

**Xinnovations 2008 - better by networking**  
**Wissenschaftliche Konferenz – Innovations- und Wirtschaftsforum – W3C-Tag**  
**22. - 24. September 2008 - Humboldt-Universität zu Berlin**

---

## E-HEALTH - Innovation durch soziale Kompetenz?

Mit der umfassenden Nutzung von Informationstechnologien hat die Gesundheitswirtschaft einen neuen Grad an Effizienz und Gestaltungsfreiheit erreicht.

Wie geht es weiter? Welche Neuheiten sind in den kommenden Jahren aus dem Bereich E-Health zu erwarten? Welche Impulse geben Anwender und Nutzer? Das Forum E-Health im Rahmen der Xinnovations 2008 will gemeinsam mit nationalen und internationalen Branchenkennern nach Antworten auf die oben genannten Fragen suchen und einen Blick in die Zukunft wagen.

Nachfolgend als eine erste Einstimmung auf das Forum ein Impulsstatement von Matthias Grünig, M.ITConcept GmbH.

Das Forum wird getragen von den Veranstaltern der Xinnovations 2008, dem Netzwerk Health Capital Berlin-Brandenburg und der IHK Berlin.

---

## **Vorbemerkung**

Die Umbenennung der XML-Tage in Xinnovations-Tage entsprang der Erkenntnis, dass ein neuer Technologie-Terminus - extended Markup Language XML - nur eine begrenzte Zeit für den Anspruch auf Innovation stehen kann.

Der XML-Formalismus und dessen Werkzeuge haben sich in der IKT-Welt mittlerweile vollständig durchgesetzt, die XML-Technologie selbst ist - polemisch gesagt - bereits ‚kalter Kaffee‘.

Es ist deshalb an der Zeit, eine erste Bilanz der Technologiefolge von XML zu ziehen und sich darauf aufbauend verstärkt auf die Innovationspotenziale der XML-Technologie zu besinnen.

Der Anspruch auf den Siegeszug semantischer Interoperabilität (das Credo von XML!) ist bisher nicht eingelöst, die Gestaltungsfreiheit und Spielfreude der Entwickler hat eher zu noch mehr eigenen Welten (namespaces) geführt. Beide Tatsachen waren zu erwarten.

Andererseits steht uns jetzt eine ausgereifte Technologie zur Verfügung, mit der wir IKT-gestützte Kooperationsprozesse, Wissenstransfer und Mobilität neu gestalten können.

Für einen solchen Gestaltungsbedarf bietet das Gesundheitswesens unter dem Begriff ‚eHealth‘ eine besonders schwergewichtige Herausforderung.

Wie kommen wir mit ‚kaltem Kaffee‘ zu Innovation? Die folgende Betrachtung ist ein Plädoyer für mehr Gestaltungswillen und offene Entwicklungsstrukturen vs. Pflichtenheft-Erfüllung.

Der Autor bittet um Nachsicht, wenn gewollt polemischen Überspitzungen hier und da nicht als solche zu erkennen sind.

## **Was ist eHealth?**

Es ist bezeichnend, dass trotz boomender Kongresse unter dem Label *eHealth* noch immer keine verbindliche Definition für den Begriff eHealth vorliegt.

Vermutlich reicht schon *eHealth* als gefühlte Ahnung, dass Internet- und Mobilitätstechnologien bald auch im Gesundheitswesen zu großen Umbrüchen führen (ankommen) werden, zum Füllen zahlreicher Veranstaltungsorte.

Für eine wissenschaftlichen Aufarbeitung und letztendlich planvolle Gestaltung des unvermeidlichen Modernisierungsprozesses im Gesundheitswesen ist es an der Zeit, eHealth nicht nur von der Thematik sondern auch von der Aufgabenstellung her zu präzisieren und einzugrenzen.

Ausgangspunkt hierfür könnten die beiden Definitionsansätze von Eysenbach und Della Mea sein, die zusammengefasst als Aufgabenstellung etwa so formuliert werden kann:

Die Neugestaltung der Rollen und Interaktionen von Akteuren und Institutionen im Gesundheitswesen mit Hilfe von Internet- und Mobilitätstechnologien mit der Aufgabenstellung:

- Verstärkte Kooperation der Heilberufe bei hoher Spezialisierung
- Optimierung von Wissenstransfer
- Verantwortliche Mitarbeit des Patienten/nicht Patienten
- Etablierung der Prävention im Alltag
- Verlagerung der Handlungsorte (Ambient Assisted Living/Home Care)
- Verlängerung individueller Autonomie (Menschenwürde)

eHealth findet also im Wesentlichen im ambulanten Bereich, der Pflege und in der Gesundheitsaufklärung statt.

## Wie innovativ ist eHealth?

Die entscheidenden Kriterien für Innovation sind: Neu?, Besser?, Verbreitet?

Diese Kriterien führen je nach Standpunkt (Produzentsicht, Anwendersicht, Systemsicht usw.) zu sehr unterschiedlichen Bewertungen.

Ob Innovation auch Fortschritt bedeutet, ist – wie unterschiedlich auch die Maßstäbe immer sein mögen – eine rückbetrachtende und bilanzierende Gesamtsicht. Man sollte mit diesem Begriff also behutsam umgehen aber nicht daraus folgern, dass es keinen Fortschritt gibt.

Wie sieht es nun im Bereich von eHealth aus?

Unter den gegebenen Strukturen sind aus Anwendersicht (Heilberufe, Patienten) die Innovationspotenziale weitestgehend ausgeschöpft. Die technologische Umstellung der KBV-Abrechnungsmodule auf JAVA/XML wurde beispielsweise bestenfalls nur noch als kleine Störung wahrgenommen. Die DMP-Administrations-SW (DMP Disease Management Program) schon eher als lästige Störung.

Die Einführung der Gesundheitskarte eGK mit ihrer reduzierten Funktionalität (alte Karte + 0) wird bei den Anwendern leider auch nur als befremdlich empfunden.

(Es bleibt nur ein Dauerbrenner: Die Befreiung von Bürokratieaufwand durch konsequente IT-gestützte Automatisierung. Dieser Innovationstraum gilt aber nicht nur für eHealth: keine überflüssigen Tätigkeiten, die nicht durch programmiertes Vorwissen vermieden werden könnten. Eigentlich eine Grundstudium-Aufgabenstellung - die *Ehre des Programmierers*).

Was aber sind die Alternativen?

Innovation findet derzeit nur dort statt, wo neue Formen der Zusammenarbeit ausprobiert werden können. Die Einführung der eGK unter den gegebenen Umständen ist - obwohl zur zukünftigen Unterstützung moderner Kooperationsformen konzipiert und notwendig – dafür derzeit allerdings ungeeignet und eher kontraproduktiv.

Innovationen in eHealth liegen eindeutig im Bereich der Systemänderung, die vor allem durch eine phantasievolle Einplanung von Informationstechnologie bestimmt werden wird. Dies ist die eigentliche Aufgabe von eHealth.

Impulse und Vordenken für eine verändertes Zusammenspiel und Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen müssen daher mit recht auch von IT-Systemanalytikern kommen. Denn wir brauchen die Antizipation zukünftiger Verfahrensweisen und insbesondere die Vorstellungskraft von effektiver(kollegialer) und kostengünstiger Kommunikation und Kooperation.

Nicht die Nutzung von IKT an sich wird bereits Innovation auslösen, sondern die Entwicklung von Szenarien, die bisher von den großen Interessengruppen (Kassen, Ärzteverbände, KBV, Politik u.v.a.m.) nicht gedacht werden.

Innovation kann hier also als Zukunftsentwurf verstanden werden, der etwa mit Blick auf das Jahr 2020 einen wünschenswerten Gesundheitsbetrieb vorstellt und vor allem den geänderten Verhaltensweisen (Informiertheit, *open community*, Mobilität, ...) in der Gesellschaft gerecht wird.

## Digitale Signatur – Innovation zu jedem Preis?

*'To a man with a hammer, everything looks like a nail'*

Das im Internetboom im Glauben an einen Vorteil für den Wirtschaftsstandort Deutschland eifertig beschlossene Signaturgesetz ist auf den ersten Blick ein mutiger Beitrag der Politik zur Innovationsförderung.

Die geniale Umdeutung des Eulerschen Primzahlsatzes (RSA) war aus Sicht der Kryptologie eine echte Innovation. Ist es das aber aus Sicht der Anwender bezüglich von Unterschriftenleistung?

Welche Bedeutung hat eine Unterschrift? Welche Bedeutung hat meine Unterschrift unter der Einkommensteuererklärung? Irrtum ausgeschlossen?

Wann wird überhaupt eine Unterschrift benötigt? Könnte man das Unterschreiben nicht auf Notartermine begrenzen (was de facto heute schon der Fall ist)?

Möchten wir uns bei Unterschriften, die schwerwiegende Konsequenzen haben können, wirklich auf die *public private key infrastructure* PPKI verlassen?

Sollte einer Diskussion um digitale Signaturen nicht die Diskussion um den modernen Gebrauch von Unterschriften voran gehen?

Diese könnte beispielsweise zu dem Ergebnis führen, dass man die digitale Form nicht braucht bzw. nicht gebrauchen will.

Insbesondere die Möglichkeit, dass alles was den digitalen Schreibtisch verlässt, automatisch signiert werden könnte (Modellfall papierloses Krankenhaus), ist in seinen Konsequenzen noch nicht durchdacht.

Ist es ein Fortschritt, wenn wir uns auf ein Hase und Igel Spiel der Algorithmen eingelassen haben?

Ist es ein Fortschritt, wenn die Möglichkeit rückwirkender Fälschungen immer wahrscheinlicher wird (Rechenleistungen, Sicherheitslücken bei Signaturstellen)?

Ist es ein Fortschritt, wenn die Gültigkeit von Signaturen ein nicht vorhersehbare Lebensdauer (Rechenleistung, einzuplanende Schlampigkeit) haben?

Ist es ein Fortschritt, wenn wir uns auf eine Signatur verlassen, die wir nicht sehen können, von Dritten vergeben und verwaltet wird?

Der Bürger hat das Recht auf eine Signatur, die er selbst produziert und sein eigen ist, die er wiedererkennen und nachvollziehen kann.

Auch wenn es überzogen klingt, die Nutzung von PPKI für die eigene Unterschrift bedeutet eine schleichende Abhängigkeit und kann vom Individuum durchaus als Entwürdigung verstanden werden. Der Zusammenhang von Virtualisierung (Entkörperlichung) und Steuerbarkeit der Bedürfnisse ist im Übrigen in der Konsumwelt längst erkannt worden.

Wollen wir diesen Preis für den geringen Nutzen zahlen? Können wir nicht sympathische Verfahren finden und die Primzahlen dem Kosmos wieder zurückgeben?

### **Innovationshemmnis *Paternalismus***

Ein *deadly embarrassing* von Besitzständen – wie im Gesundheitswesen der Fall - ist ein deutliches Innovationshemmnis. Es ist sichtbar und wird klar benannt.

Umstrittener sind kurzatmige Innovationen, die allein auf die Technologie setzen, ohne deren strukturellen Entfaltungsmöglichkeiten zu gestalten. De facto können solche unfertigen Neuerungen zur Innovationsbremse werden, weil sie die Technologie diskreditieren, wie es bei der eGK zu befürchten ist.

Für Innovation viel bedeutender sind aber die ‚Scheren im Kopf‘, der Gedankenspielraum der Entscheider, Planer und Entwickler. Dieser Spielraum, größer als der Horizont eines Pflichtenhefts, wird in großem Maße vom gesellschaftlichen Diskurs bestimmt.

Der sozialetische Prämisse: „Der Bürger muss vor den Härten der Industriegesellschaft und Globalisierung geschützt werden“ hat zwei Interpretationen: die Stärkung des Individuums oder aber den *Paternalismus*. Letztere Interpretation gewinnt in unserer Gesellschaft unmerklich an Überhand und setzt sich in den Köpfen fest.

Verstärkt wird dies - trotz partieller politischer Gegenkonzepte zu mehr Eigenverantwortung – durch die immanente und leider nahezu ungezügelter Eigendynamik von Behörden und Verwaltungen, also der Bürokratie.

Immer weiter verschärfte Verordnungen und Gesetze beispielsweise zur Produkthaftung (Einzelkennzeichnung), falsch verstandener Datenschutz oder zur erzwungenen Qualitätssicherung (Akkreditierung) begleitet von einer Beratungsindustrie sind ein Beleg für eine schleichende *Paternalisierung*, ohne den Bürger jemals gefragt zu haben, ob er eine derartige Fürsorglichkeit überhaupt will.

Der *Paternalismus* entwirft ein Menschenbild vom wehrlosen Arbeitnehmer, Mieter, Konsumenten, Patienten usw. und spiegelt vermutlich intuitiv und damit leider auch *self fulfilling* gesellschaftliche Machtverhältnisse.

So sehr diese Sichtweise immer ihre Berechtigung haben wird, so sehr darf sie nicht den Blick auf die Potenziale des Individuums versperren und vor allem den Gedankenspielraum einengen. Informationstechnologie ist nicht nur Verwaltung sondern auch Emanzipationstechnologie für das Individuum zur Erweiterung seiner Fähigkeiten und Freiheitsgrade.

In Zeiten der konstatierten postindustriellen -, *Informations-* oder auch *Wissensgesellschaft* brauchen wir ein modernes Menschenbild, eine erneuerte Aufklärung:

- Der informierte Mensch und Wissensaneigner
- Der Gestalter
- Der vertragsfreie Bürger
- Der soziale Mensch in neuen Formen der Selbstorganisation bzw. Subsidiarität
- ...

Es ist erstaunlich, wie ein solcher Blick nach vorn kreative Visionen ermöglicht, die im Lichte des *Paternalismus* im Schatten ständen.

### ***open eHealth vs. Telematik-Plattform***

Das Attribut *open* ist schnell voran gestellt. Dennoch ist es berechtigt, dieses Attribut zu vergeben, um der globalen Kommunikation und Kooperation Ausdruck zu verleihen, die in der Tat aus Quantität neue Qualitäten geschaffen haben.

*The net is the computer* - diese These wird im Internet noch überboten durch die flächendeckende und intensive Wissensspeisung und massenhafte individuelle Beteiligung. Das Internet ist deutlich mehr als die Summe seiner Teile.

Die Erforschung der Mechanismen der Wissensverdichtung (und deren Güte) in diesem *net computer* kommen bei dem Entwicklungstempo kaum noch hinterher. Spannend ist dabei besonders die zukünftige Entwicklung pragmatischen (handlungsrelevanten) *Allgemeinwissens* und dessen Rezeption durch den *Normalbürger*.

Der jetzt schon hohe Durchdringungsgrad (Stichworte: *pervasiv, ubiquitär, embedded* und *personal*) ist noch längst noch nicht abgeschlossen. Insbesondere die noch nahezu ungenutzten Potenziale von Personalisierung und *location based services* lassen neue

individuelle Verhaltensmuster erahnen, die dem Begriff von der *Wissensgesellschaft* vielleicht doch noch eine Berechtigung geben könnten.

Das Wort *open* steht für den Anspruch und die Realität individueller Beteiligung an der Nutzung und Bildung gesellschaftlichen Wissens. Das viel kritisierte Phänomen der Geschwätzigkeit und Extrovertiertheit wird sich vermutlich als Übergangsform einer Emanzipation herausstellen.

Das ist angesichts des Konsum- und Unterhaltungsaspekts eine gewagt positive Sichtweise. Aber gibt es gute Gründe diese Sichtweise nicht hochzuhalten?

Wie sieht es nun im eHealth-Bereich aus?

F&E zunächst einmal beiseite gelassen gibt es vereinfacht zwei Welten:

- die Welt der Selbsthilfegruppen, der Patienteninformation, der Wellnessangebote, des Sports und privat geführter Gesundheitsakten – die Welt der Patienten und Gesundheitsbewussten -
- die Welt der Praxis-Computersysteme, HIS, LIS usw.  
- die Welt der Heilberufe –

Die ursprünglich politisch gewollte Ansatz von 2001, diese beiden Welten mit Hilfe der eGK in produktiver Weise zu verschmelzen und damit vor allem die Welt der Heilberufler durch die Hintertür zu mehr Koordination und Kooperation zu bewegen, scheint bereits überholt und ist als Hintertür-Politik voraussichtlich gescheitert.

Vermutlich ist es produktiver, die Welten nicht verschmelzen zu wollen, sondern ihrer spezifischen Eigenheit gerecht werden und auf diese Weise konkurrieren zu lassen.

Dies würde vor allem auch die kaum beherrschbare und tendenziell intransparente *privilige management* - Technologie (wer darf wann was mit wem!) zur Patientenbeteiligung an einer Telematik-Plattform deutlich entzerren, diese auf die Heilberufe beschränken und für klare Verhältnisse sorgen.

So sehr man den Standpunkt des aufgeklärten Patienten einnimmt, so sehr muss man die berufliche Sicht des Arztes ernst nehmen und modern interpretieren.

Das Arzt-Patienten Verhältnis wird auch in Zukunft – bei aller anzunehmenden Informiertheit des Patienten – durch das besondere Können, Wissen und die Entscheidungsverantwortung des Arztes bestimmt sein. Der Patient ist auch in Zukunft auf dieses Vertrauensverhältnis angewiesen.

Der Arzt muss vernünftig arbeiten und seinen Pflichten - etwa der Dokumentationspflicht - komfortabel nachkommen können. Er wird in Zukunft verstärkt kollegial kommunizieren (Konsilium). Dazu braucht er eine Honorierung dieser Tätigkeiten und einfache Verfahren. Der Beruf als Arzt muss – auch im Interesse des Patienten – noch Spaß machen (beruflich erfüllen) dürfen.

Aus Sicht des Patienten besteht das Vertrauen zukünftig besonders darin, dass der behandelnde Arzt mit Kollegen kommuniziert, also die Vertrauensperson eines *ideellen Gesamtarztes* verkörpert.

Grundlage der Kommunikation ist die elektronische Krankenakte (ehemals Karteikarte), für die der Arzt eine vollständige Verantwortung und Aufbewahrungspflicht hat.

Es ist angesichts der hochtrabenden Diskussion um die Telematik-Infrastruktur skandalös, dass die juristische und semantische Kategorisierung der komplexen Informationssammlung Krankenakte (Anamnese, Hypothesen, Diagnostik, Diagnosen, Indikation, Medikamentation,

Therapien, Kommentare, Abrechnung u.v.a.m) immer noch nicht geklärt ist. Wem gehören (hat Verantwortung für) überlassene Informationen?

Wer bekommt (hat ein Anrecht auf?) welche Informationen zu welchem Zweck? Diese ungeklärte Frage und mangelnde Nachfrage führt unter anderem zu der Tatsache, dass die Arztpraxis-Systeme bis auf die wenigen KBV-Formate nicht einmal einfachste Auszüge formalisieren können.

Noch problematischer wird die Kommunikation aus Sicht der Haftung. Die Grauzone, in der das LDT (Labordatenübertragung nach KBV) - Verfahren diesbezüglich läuft, ist ein Pragmatismus, an dem lieber nicht gerüttelt werden sollte.

Die Versöhnung der Welten sollte nicht über Interessenvermischung sondern über des Attribut *open* passieren: Ein Diskurs der offen und ehrlich, realitätsnah und kritisch und vor allem interdisziplinär geführt wird.

Das Bindeglied zwischen diesen Welten (Experten – Laien) ist *open eHealth* im Bereich der Forschung und des Wissensmanagements. Dabei geht es nicht um die Zusammenarbeit von Forschungsinstituten (eine Selbstverständlichkeit), sondern um die massenhafte und aktive Einbindung von Laien.

Die Epidemiologie von Gesunden (Physiologie des Alltags) in größeren Feldstudien (Auswertung von Gesundheitstagebüchern) könnte einen starken Impuls auf die Präventionsforschung ergeben. Es nicht auszuschließen, dass sich zahlreiche Bürger in einen solchen Dienst der Forschung stellen würden

Ein Wissensmanagement rund um pragmatisches Gesundheitswissen hätte nicht nur die Aufgabe, dieses *einzufangen* sondern auch für Laien *aufzubereiten*, was ja zunehmend bereits der Fall ist. *evidence based medicine*, medizinische Leitlinien, Beipackzettel u.v.a.m. sind Kandidaten für eine Übersetzung und Operabilität, die auch dem Laien direkt Rat geben könnten.

### ***Lösungsarchitektur***

*Lösungsarchitektur* ist ein Artefakt, das bei einem Architekten den Schauer des Grauens hervorrufen müsste.

Wer – und das waren ca. 100 Telematik-Esotheriker diagonal - die ersten mehrhundertseitigen Entwürfe einer Lösungsarchitektur zur eGK gelesen hatte, konnte sich des Eindrucks nicht erwehren, dass hier eine (vermutlich gut bezahlte) überdetaillierte Fleißarbeit vorgelegt wurde, um IT-Laien zu beeindrucken und ein *fait accompli* zu schaffen bzw. einen *claim* abzustecken.

Diese schwergewichtige Arbeit war der bekannte Mix aus eingebauten Datenschutz (hier: 2 Karten-Prinzip), PPKI, XML, Komponenten-Zerlegung und extra Box und hätte auch von der kurzfristig ausgeliehenen *toll collect* Mannschaft geschrieben sein können.

War das die fertige Schubladenlösung, dessen Existenz seit Jahren von der *Industrie* behauptet wird? Ein System ohne Systemanalyse?

Architektur ist als Stichwort hervorragend geeignet, eine alternative Sichtweise zu entwerfen.

Der Architekt als *Generaldilettant*, dieses Bonmot sagt alles über das produktive Spannungsverhältnis und die de facto Anmaßung des Architekten, Lebensräume in ein Gebäude *einmauern* zu wollen (und zu müssen).

Den guten Architekten zeichnet der generalistische Anspruch aus, den er vor allem seinem Auftraggeber entgegenhalten muss. Wenn man so will, ist eine gute Architektur eine zukunftssichere Architektur:



Die Bewohner fühlen sich dauerhaft wohl. Das Gebäude ist anpassungsfähig.

Das Geheimnis der Kunst ist die Einfachheit und eine Ästhetik als für jedermann erlebbare Ausdrucksform von durchgängigen Prinzipien.

Was zeichnet den guten Architekten aus?

- Er streitet mit dem Auftraggeber
- Er hat Empathie mit den zukünftigen Bewohnern seiner Gebäude
- Er hat eigene Vorstellungen und ist visionär
- Er ist offen für neue Materialien
- ....

Auch wenn der *Generaldilettant* sich gelegentlich blamiert oder als naiv gilt, wir brauchen gerade diese fordernde Naivität, den eigenwilligen Blick auf das Ganze und eine Streitkultur.

Eine so verstandene *soziale Kompetenz* (nicht soziale Weisheit) und nicht ein Algorithmen-Autismus wird eHealth-Innovationen – wo es letztendlich um Verhaltensänderung geht - auslösen.

Wir brauchen weniger Lösungsarchitektur. Wir brauchen mehr Software-Architekten, wobei der Gedanke an Software-Ästhetik im Zusammenhang mit *usability engineering* durchaus reizvoll sein könnte.

### **Innovationspotenzial soziale Kompetenz**

Eine fundierte Systemanalyse beruht auf einfachen Fragen, die letztlich auf Neugier und Empathie beruhen. Einfache Fragen sprengen a priori herkömmliche Systeme.

- Was bedeutet heutzutage das Recht auf freie Arztwahl?
- Wie kommt der Patient an *seine* Daten?
- Was nützt eine umfassende (synoptische) Krankenakte? Wo ist die Studie? Reicht ein: ‚es kann nicht schaden‘?
- Was ist, wenn der Patient den Ärzten grundsätzlich vertraut und eine *carte blanche* ausstellen will?
- Was hat der Patient vom eRezept?
- Kann ein Patient Leitlinien verstehen?
- ...

Es gehört zur kritischen Systemanalyse, vorhandene Denkmuster in Frage zu stellen. Und die sind oft rechtspolitischer Natur:

- Selbstregulierung vs. Pönalisierung/Verordnung
- Ist das Datenschutzgesetz bezüglich der Vertragsfreiheit angemessen?
- Kann der Arzt informelle (von Haftung freigestellte) Auskunft geben?
- ....

Ist es für einen Systemanalytiker vermessen solche Fragen zu stellen?

Es wäre vermessen von ihm, sie allein zu beantworten. Soziale Kompetenz bedeutet, interdisziplinär fachliche Expertise einzufordern und offene Fragen hochzuhalten.

Sozial Kompetent bedeutet auch, weltoffen und realistisch zu sein. Dies gilt insbesondere für die Beurteilung der Machbarkeit von eHealth Projekten.

eHealth kann bei der abzusehenden Entwicklungsdynamik und der Heterogenität der Aufgaben nicht wie ein monolithisches Großprojekt aufgezogen werden. Angemessen sind evolutionäre Teilschritte, die einfachen Fragen nachgehen.



Was könnten solche Projekte sein?

- Die Nutzungspotenziale von medizinischen Leitlinien. (Sollten Leitlinien für Patienten verständlich gemacht werden?)
- Vereinfachtes Verfahren zur Übertragung von Auszügen aus der Krankenakte des Arztes in eine privat geführte Gesundheitsakte des Patienten. (Haftungsrecht, Informationskategorien, Automatisierung)
- Modelle für die Führung einer synoptischen Krankenakte. (Vertrauensstelle/Hausarzt, extra Honorierung)
- eBeipackzettel. (Schema, automatisierte Überprüfung von Kontraindikation auch durch den Patienten)
- Lebensmitteldeklaration per Handy (Bewusste Ernährung, Vermeidung von Immunreaktionen)
- Telefonkonsilium. (Organisation einer Telefonschaltung zu vereinbarten Zeiten, Bereitstellung der Unterlagen, Honorierung)

### **Ausblick und Nachbetrachtung**

In Deutschland wird die eGK (noch) als der Motor von eHealth betrachtet. Es ist aber sicher vernünftig, diesen nicht als Schrittmotor zu verstehen, sondern unmittelbar begleitend anwendungsorientierte Projekte auf den Weg zu bringen.

Die Welt der schnell anwachsenden privat geführten Gesundheitsakte wird die schwergewichtigen Konzepte einer Telematik-Plattform bezüglich der Patientenbeteiligung vermutlich ausgehebelt haben, bevor diese zur Nutzung kommen werden.

Ist die Region Berlin Brandenburg im Bereich eHealth innovativ?

Auf behauptete Kreativität (Bionade am Spreestrand) dürfen wir uns nicht verlassen. Innovation braucht Kreativität, Kritik und Fachwissen.

Wenn es gelingt, die regionalen Anstrengungen für Synergismen im Gesundheitsbereich (Health Capital, Gesundheitsstadt u.v.a.m.) auch auf Pilotprojekte im Bereich eHealth zu lenken, sind die Aussichten allerdings gut.

Wichtigstes Merkmal solcher Pilotprojekte wären eine bewusst gewählte Unabhängigkeit (nicht nur nach Töpfen schießen), die Interdisziplinarität (Mediziner, Gesundheitsökonom, Verhaltensforscher, Juristen) und die Einbindung regionaler Softwarehäuser und der Universitäten (Forschungsbegleitung).

Dieses kann unter dem Dach einer konzertierten Aktion sehr gut gelingen.

Zur sozialen Kompetenz gehört auch Bescheidenheit. eHealth ist nicht der Nabel der Welt. Gegen die biologischen Schicksalstreffer hilft weiterhin nur intensive Forschung (etwa Metanomics), gegen Zivilisationskrankheiten bekanntermaßen ein im weitesten Sinne *sich Bewegen*. Zum Letzteren kann eHealth einen positiven Beitrag leisten, wobei der Kostenaspekt nicht überbewertet werden sollte.