



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 30.4.2004
KOM(2004) 356 endgültig

**MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS
UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN**

**Elektronische Gesundheitsdienste – eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas
Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen
Gesundheitsdienste**

{SEC(2004)539}

**MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE
PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS
UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN**

**Elektronische Gesundheitsdienste – eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas
Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen
Gesundheitsdienste**

(Text von Bedeutung für den EWR)

| | | |
|----------|--|----|
| 1. | Einleitung | 4 |
| 2. | Herausforderungen und Erwartungen in Bezug auf das europäische Gesundheitswesen und die Rolle der elektronischen Gesundheitsdienste | 5 |
| 2.1. | Elektronische Gesundheitsdienste: Systeme und Dienste für das Gesundheitswesen .. | 7 |
| 2.2. | Stärkung der ‚Gesundheitskunden‘ - Patienten und gesunde Bürger..... | 8 |
| 2.3. | Unterstützung von Angehörigen der Heilberufe | 9 |
| 2.4. | Unterstützung von Gesundheitsbehörden und Gesundheitsmanagern | 9 |
| 2.5. | Elektronische Gesundheitsdienste: die drittgrößte europäische Gesundheitsbranche | 11 |
| 3. | Aktueller Stand | 11 |
| 3.1. | Beispiele für elektronische Gesundheitsdienste und ihre Vorteile | 11 |
| 3.2. | Wesentliche Herausforderungen auf dem Weg zu einer stärkeren Verbreitung..... | 14 |
| 4. | Hin zu einem europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste: Themen und Massnahmen..... | 18 |
| 4.1. | Aktionsplan | 18 |
| 4.2. | Aktionsbereich 1: Gemeinsame Probleme angehen..... | 19 |
| 4.2.1. | Führung der Gesundheitsbehörden | 19 |
| 4.2.2. | Interoperabilität von Gesundheitsinformationssystemen..... | 19 |
| 4.2.2.1. | Patientenidentifikation | 19 |
| 4.2.2.2. | Interoperabilität elektronischer Gesundheitsdatensätze | 20 |
| 4.2.3. | Mobilität von Patienten und Angehörigen der Heilberufe..... | 20 |
| 4.2.4. | Verbesserung von Infrastrukturen und Technologien..... | 20 |
| 4.2.5. | Konformitätstests und Akkreditierung für einen Markt der elektronischen Gesundheitsdienste..... | 21 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.2.6. | Unterstützende Investitionen..... | 22 |
| 4.2.7. | Rechts- und Regelungsfragen | 22 |
| 4.3. | Aktionsbereich 2: Pilotaktionen um eine förderliche Einführung zu beschleunigen. | 23 |
| 4.3.1. | Information der Bürger und Behörden über Gesundheitserziehung und Krankheitsverhütung..... | 23 |
| 4.3.2. | Hin zu integrierten Gesundheitsinformationsnetzwerken..... | 24 |
| 4.3.3. | Förderung der Verwendung von Karten in der Gesundheitsversorgung | 24 |
| 4.4. | Aktionsbereich 3: Zusammenarbeit und Überwachung der Praxis..... | 24 |
| 4.4.1. | Verbreitung vorbildlicher Verfahren..... | 24 |
| 4.4.2. | Leistungsbewertung | 25 |
| 4.4.3. | Internationale Zusammenarbeit..... | 26 |
| 5. | Schlussfolgerungen | 26 |
| | ANHANG..... | 27 |

1. EINLEITUNG

Elektronische Gesundheitsdienste sind wichtig. Durch sie können der Zugang zur Gesundheitsfürsorge verbessert und die Qualität und Wirkung der angebotenen Dienste gesteigert werden. Elektronische Gesundheitsdienste stehen für die Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien bei allen Funktionen, die Einfluss auf das Gesundheitswesen haben.

Instrumente oder Lösungen der elektronischen Gesundheitsdienste umfassen Produkte, Systeme und Dienste, die über einfache internetgestützte Anwendungen hinausgehen. Zu ihnen zählen Instrumente für Gesundheitsbehörden und Angehörige von Heilberufen sowie individuelle Gesundheitssysteme für Patienten und Bürger. Beispiele hierfür sind Gesundheitsinformationsnetze, elektronische Gesundheitsdatensätze, telemedizinische Dienste, persönliche, in die Kleidung integrierte und tragbare Kommunikationssysteme, Gesundheitsportale und viele andere Werkzeuge der Informations- und Kommunikationstechnologie, die bei der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Gesundheitsüberwachung und Steuerung der eigenen Lebensweise helfen.

Zusammen mit organisatorischen Veränderungen und der Entwicklung neuer Qualifikationen können elektronische Gesundheitsdienste im Rahmen von auf den Bürger gerichteten Gesundheitssystemen dabei helfen, die Versorgung besser und preiswerter zu machen. Damit bietet sie eine Antwort auf die wichtigsten Herausforderungen, denen das Gesundheitswesen - in dem 9 % aller europäischen Arbeitskräfte beschäftigt sind - gegenübersteht.

Elektronische Gesundheitsdienste sind das Instrument unserer Zeit für eine erhebliche Steigerung der Produktivität und gleichzeitig das Instrument der Zukunft für reformierte, **auf den Bürger gerichtete Gesundheitssysteme**, die gleichzeitig die multikulturelle und mehrsprachige Vielfalt der herkömmlichen Gesundheitsversorgung in Europa wahren. Für erfolgreiche Entwicklungen elektronischer Gesundheitsdienste gibt es zahlreiche Beispiele: Gesundheitsinformationsnetzwerke, elektronische Gesundheitsdatensätze, telemedizinische Dienste, in die Kleidung integrierte und tragbare Überwachungssysteme und Gesundheitsportale. Heute sind mindestens vier von fünf europäischen Ärzten ans Internet angeschlossen, und jeder vierte Europäer nutzt das Internet zur Information über die Gesundheit.

Die Forschungsprogramme der Europäischen Gemeinschaft unterstützen elektronische Gesundheitsdienste seit 15 Jahren. Seit Anfang der 90er Jahre wurden im Rahmen der Kofinanzierung Zuschüsse in Höhe von 500 Mio. Euro gewährt, und die Gesamtmittel belaufen sich auf etwa das Doppelte dieses Betrages. Viele Forschungsergebnisse wurden inzwischen geprüft und in die Praxis umgesetzt. Damit hat Europa eine Führungsposition in der Verwendung elektronischer Gesundheitsdatensätze in der Grundversorgung und der Einführung elektronischer Gesundheitskarten erreicht. Diese Entwicklungen haben zur Entstehung einer neuen „Branche der Elektronischen Gesundheitsdienste“ beigetragen, die mit einem Umsatz von 11 Mrd. Euro zur drittgrößten Gesundheitsbranche werden kann. Bis 2010 könnte sie 5 % der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen auf sich vereinigen. Derzeit besitzt diese - hauptsächlich aus kleinen und mittelgroßen Unternehmen bestehende - Branche in Europa einen Wettbewerbsvorteil, benötigt aber immer noch ein günstigeres Geschäftsumfeld.

Die Mitgliedstaaten haben gezeigt, dass sie an der Förderung der Elektronischen Gesundheitsdienste¹ durch Verbreitung vorbildlicher Verfahren und Erfahrungen aus der ganzen Union interessiert sind. Dies sollte einen Schritt hin zu einem „Europäischen Raum der Elektronischen Gesundheitsdienste“ ermöglichen; einem Rahmen auf der Grundlage eines breiten Spektrums europäischer politischer Konzepte und Initiativen. Zur Beschreibung dieses Europäischen Raumes elektronischer Gesundheitsdienste wird ein neuer Rahmen für konzertierte Aktionen und Synergien auf dem Gebiet der Elektronischen Gesundheitsdienste angestrebt, um so ein günstiges Umfeld für die Integration einschlägiger politischer Konzepte auf Gemeinschaftsebene zu schaffen. Da das Gesundheitswesen in Europa hauptsächlich in den öffentlichen Sektor fällt, gelten hier auch die meisten Herausforderungen und Aktionen, die in der Mitteilung über die „Rolle elektronischer Behördendienste (E-Government) für die Zukunft Europas“² beschrieben werden.

Die Elektronische Gesundheitsdienste spielen eindeutig eine Rolle in der eEurope-Strategie der Europäischen Union und sind entscheidend für die Erreichung einer stärkeren Wachstums und die Schaffung hoch qualifizierter Arbeitsplätze in einer dynamischen, wissensgestützten Wirtschaft - dem auf der Tagung des Europäischen Rates im März 2000 in Lissabon erklärten Fernziel.^{3 4} Um voranzukommen, sind Maßnahmen in mehreren wichtigen Politikbereichen erforderlich: Forschungsarbeiten und Ausbau von Breitbandnetzen in der Telekommunikation, Maßnahmen auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit, Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Förderung der Mobilität und zur Bewertung der Auswirkungen der Alterung der europäischen Bevölkerung auf die Gesundheitsfürsorgesysteme.

2. HERAUSFORDERUNGEN UND ERWARTUNGEN IN BEZUG AUF DAS EUROPÄISCHE GESUNDHEITSWESEN UND DIE ROLLE DER ELEKTRONISCHEN GESUNDHEITSDIENSTE

Weltweit stehen die Gesundheitsversorgungssysteme großen Herausforderungen gegenüber⁵, wenn auch mit großen Unterschieden in Art und Umfang in den Industrieländern einerseits und den Entwicklungsländern andererseits. In der Union umfassen diese Herausforderungen

- den steigenden Bedarf an Gesundheits- und Sozialdiensten aufgrund der alternden Bevölkerung, höherer Einkommen und besserer Bildung. Im Jahr 2051 werden 40 % der Einwohner der Union älter als 65 Jahre sein;⁶

¹ Ministererklärung auf der Ministerkonferenz über die Elektronische Gesundheitsdienste 2003.
http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

² *Die Rolle elektronischer Behördendienste (E-Government) für die Zukunft Europas*, 2003.

³ Europäischer Rat (2000), *Schlussfolgerungen des Vorsitzes*. Tagung des Europäischen Rates in Lissabon. 23.-24. März 2000.

⁴ KOM(2002) 263 endg. *eEurope 2005: Eine Informationsgesellschaft für alle - Aktionsplan zur Vorlage im Hinblick auf den Europäischen Rat von Sevilla am 21./22. Juni 2002*. Brüssel, 28.5.2000.

⁵ KOM(2001) 723 endgültig vom 5.12.2001, *Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern*; (6528/03, 20.02.2003) und *Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung der nationalen Strategien für die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege*. In diesem Zusammenhang liegt der Schwerpunkt auf der Gesundheitsfürsorge für alle in einer alternden Gesellschaft, mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten und -systemen bei gestiegenen Erwartungen der Bürger und Mangel an in Heilberufen Tätigen, aber mit der notwendigen langfristigen Finanzierbarkeit und Nachhaltigkeit der nationalen Gesundheitssysteme in allen Mitgliedstaaten.

- die steigenden Erwartungen der Bürger, die die beste verfügbare Versorgung und gleichzeitig einen Abbau der Ungleichgewichte beim Zugang zu guter Gesundheitsfürsorge wünschen;
- die höhere Mobilität von Patienten⁷ und Angehörigen der Heilberufe in einem besser funktionierenden Binnenmarkt;⁸
- die Notwendigkeit zur Verringerung der so genannten ‚Krankheitslast‘⁹ und zur Reaktion auf neue Krankheitsrisiken (z. B. neue ansteckende Krankheiten wie SARS);
- die Schwierigkeiten öffentlicher Stellen, nicht nur in die Technologie, sondern auch entsprechend in den komplexen organisatorischen Umbau zu investieren, durch den das technologische Potenzial erst genutzt werden kann;
- die Notwendigkeit der Bekämpfung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, der Verbesserung des Wohlbefindens bei der Arbeit und der Behandlung neuer Formen arbeitsbedingter Krankheiten;¹⁰
- die Verwaltung riesiger Mengen an Gesundheitsdaten, die sicher, zugänglich und rechtzeitig dort verfügbar sein müssen, wo sie gebraucht werden, und für Verwaltungszwecke effizient verarbeitet werden müssen, und
- die Notwendigkeit, mit beschränkten Haushaltsmitteln die beste mögliche Gesundheitsversorgung zu bieten.

Dieser Schwerpunkt auf elektronische Gesundheitsdienste ist Teil der allgemeineren Anerkennung des Mehrwerts europäischer Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheit. Dies spiegelt sich im Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit

⁶ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligoet, & J-C. Burgelman (2003) *Prospecting ehealth in the context of a European Ageing Society: Quantifying and qualifying needs. Abschlussbericht*. November 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, Spanien.

⁷ Die Patientenmobilität ist Thema der Mitteilung der Kommission KOM(2004) 301 mit dem Titel *Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union*.

⁸ Die Verordnung 1408/71 zur Koordinierung der sozialen Systeme wurde kürzlich geändert, um den Zugang zur grenzüberschreitenden Gesundheitsfürsorge insbesondere dann zu straffen und zu modernisieren, wenn im Heimatstaat des Patienten unzumutbare Verzögerungen auftreten. Im Januar 2004 nahm die Kommission einen Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt (KOM(2004) 2 endg.) an, mit der Dienstleistungen (einschließlich Gesundheitsdienste) im Binnenmarkt und - wenn die Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat erfolgte - die Kostenerstattung durch die einschlägigen Krankenversicherungen geregelt werden sollen. Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Kommission im März 2002 einen Vorschlag über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (KOM(2002) 119 endg.) machte, der auch für Heilberufe gilt.

⁹ Die Krankheitslast ist ein Maß für die öffentliche Gesundheit. Dabei werden die gesamten Auswirkungen von Krankheiten auf die Sterblichkeits- und Berufsunfähigkeitsrate sowie die Krankheitskosten beziffert.

¹⁰ Die Kosten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betragen in den einzelnen Mitgliedstaaten zwischen 2,6 % und 3,8 % des Bruttoinlandsprodukts. Nähere Angaben dazu sind in der Mitteilung der Kommission über die praktische Durchführung der Bestimmungen der Richtlinien über Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu finden. KOM(2004) 62 endg. vom 1. Februar 2004.

wider, das Inhalt des Beschlusses 1786/2002/EG¹¹ ist. Zusätzlich hat die Kommission weitere Schritte zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der laufenden Reform ihrer Gesundheitssysteme vorgeschlagen. Die Fortschritte sollten überwacht und miteinander verglichen werden, und die Kommission hat die Anwendung der offenen Koordinierungsmethode auf das Gesundheitswesen und die Altenpflege vorgeschlagen.¹²

Aus dem Bericht für die Frühjahrstagung 2004 ergibt sich eine weitere Unterstützung des Aktionsplans eEurope 2005 und der Lissabonner Strategie in Bezug auf die Verbesserung der Gesundheitsfürsorge und die Erzielung von Effizienzgewinnen.¹³ Obwohl gemäß Artikel 152 EG-Vertrag, insbesondere Absatz 5, bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt werden muss, können sich andere Entwicklungen – wie Systeme und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste – auf die Gesundheitssysteme auswirken.

2.1. Elektronische Gesundheitsdienste: Systeme und Dienste für das Gesundheitswesen

Systeme und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste sind zusammen mit organisatorischem Umbau und der Entwicklung neuer Qualifikationen wesentliche Antriebskräfte. Sie können zu erheblichen Verbesserungen beim Zugang zur Versorgung und deren Qualität sowie der Effizienz und Produktivität¹⁴ des Gesundheitswesens führen. Aus einer neueren, groß angelegten Erhebung geht hervor, auf welcher unterschiedlichen Weise die Systeme und Unternehmen der einzelnen Mitgliedstaaten den Aspekt ‚elektronischer Geschäftsverkehr‘ der elektronischen Gesundheitsdienste behandeln, so dass dieser in Bereichen wie Ausbau von Infrastruktur und Qualifikationen, interne Geschäftsabläufe, Beschaffungsverfahren und Lieferkettenmanagement, Vermarktung und Verkauf sowie Funktionen des Unternehmens in weiterem Sinne zu einer zentralen Triebkraft für Wandel und Produktivitätssteigerung werden kann.¹⁵ Als Dienstleistungsbranche des öffentlichen

¹¹ Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), ABl. L 271 vom 9.10.2002.

¹² Siehe Frühjahrsbericht 2004: *Die Lissabon-Strategie realisieren*, KOM(2004) 29 von 21.1.2004. Die Kommission wird im Jahr 2004 in einer Mitteilung über die offene Koordinierungsmethode im Bereich des Gesundheitswesens auf diesen Ideen aufbauen. Die offene Koordinierungsmethode soll den Mitgliedstaaten eine Hilfe bei der schrittweisen Entwicklung ihrer eigenen Politiken sein und umfasst die Festlegung von Leitlinien sowie von quantitativen und qualitativen Indikatoren und ‚Benchmarks‘, die Umsetzung der europäischen Leitlinien in die nationale und regionale Politik sowie die Überwachung, Bewertung und gegenseitige Prüfung – siehe Europäischer Rat, 2000. *Schlussfolgerungen des Vorsitzes*. Europäischer Rat von Lissabon, 23./24. März 2000.

¹³ Frühjahrsbericht 2004: *Die Lissabon-Strategie realisieren*, KOM(2004) 29 von 21.01.2004.

¹⁴ Systeme und Dienste der Elektronische Gesundheitsdienste können zur Kostenreduzierung und zur Produktivitätssteigerung i) bei der Rechnungslegung und Datenhaltung, ii) durch Verringerung ärztlicher Kunstfehler, iii) durch Minderung unnötiger Versorgung und iv) durch Einsparungen aufgrund des elektronischen Geschäftsverkehrs zwischen Unternehmen beitragen. Quelle: P.M. Danzon und M. Furukawa, ‚e-Health: Effects of the Internet on Competition and Productivity in Health Care‘ (2001) in *The Economic Payoff from the Internet Revolution*, the Brookings Task Force on the Internet, Brookings Institution Press: Washington.

¹⁵ Stroetmann K.A. und V.N. Stroetmann (2004) *Electronic business in the health and social services sector – Sector Impact Study No. 10-I (Entwurf)*. *The European e-business W@tch 2003/4*, Europäische Kommission, Generaldirektion Unternehmen: Brüssel/Bonn, Februar 2004.

Sektors handelt es sich bei rund 80 % der Kosten um Personalkosten. In den alten wie in den neuen Mitgliedstaaten stammen 75 % aller Mittel aus öffentlichen Quellen.¹⁶

Menge und Komplexität von Informationen und Wissen über die Gesundheit haben dermaßen zugenommen, dass die Informationsverarbeitung einen wesentlichen Bestandteil jeder Gesundheitsorganisation bildet. Das Gesundheitswesen ist eindeutig informationsintensiv und zunehmend auf Informations- und Kommunikationstechnologien angewiesen. Diese Technologien tragen zu Fortschritten bei der medizinischen Forschung, einer besseren Verwaltung und Verbreitung medizinischen Wissens und einer Verschiebung hin zur faktengestützten Medizin bei. Instrumente der elektronischen Gesundheitsdienste unterstützen die Aggregation, Analyse und Speicherung klinischer Daten in all ihren Formen; Informationssysteme bieten Zugang zu den neuesten Ergebnissen, und Kommunikationssysteme ermöglichen die Zusammenarbeit zwischen zahlreichen unterschiedlichen Organisationen und Angehörigen von Heilberufen.

2.2. Stärkung der ‚Gesundheitskunden‘ - Patienten und gesunde Bürger

Sowohl Patienten als auch gesunde Bürger können aus besserer persönlicher Gesundheitserziehung und Krankheitsverhütung Nutzen ziehen. Sie brauchen Hilfe beim Umgehen mit ihren eigenen Krankheiten und Risiken - einschließlich arbeitsbedingter Krankheiten - und Hinweise zur Lebensführung. Immer mehr Menschen suchen aktiv nach Informationen über ihre Gesundheitsprobleme.¹⁷ Sie wollen aktiv an Entscheidungen in Bezug auf ihre eigene Gesundheit beteiligt sein und nicht einfach den beträchtlichen Wissensunterschied zwischen ihnen und den Angehörigen der Heilberufe hinnehmen. Elektronische Gesundheitsdienste bieten rechtzeitige Informationen, die auf die Wünsche des Einzelnen zugeschnitten sind. Für die Gesundheitserziehung, die Sicherheit am Arbeitsplatz¹⁸ und die Lebensführung stehen spezielle Online-Ressourcen zur Verfügung. Die Kommission hat Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Webseiten¹⁹ und die Zugänglichkeit von Webseiten²⁰ festgelegt.

Inzwischen gibt es auch personenbezogene Systeme für die Überwachung und Unterstützung von Patienten - etwa in die Kleidung integrierte oder implantierte Kommunikationssysteme für die laufende Überwachung des Herzschlags eines Patienten. Diese Systeme können Patienten dabei helfen, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder ganz zu vermeiden, während sie die Überwachung ihres Gesundheitszustands gewährleisten.

Der Zugang zu umfassenden und sicheren elektronischen Gesundheitsdatensätzen verbessert nachweislich die Qualität der Versorgung und die Sicherheit des Patienten. Dadurch können Patienten leichter angemessen behandelt werden, weil die Ärzte bessere Informationen über die Krankenvorgeschichte und frühere Eingriffe anderer Kollegen erhalten. Da die Patienten

¹⁶ Siehe Fußnote 15.

¹⁷ Detmer, D.E., P.D. Singleton, A. Macleod, S. Wait, M. Taylor, und J. Ridgwell (2003), *The Informed Patient: Study Report*, Cambridge University Health, Judge Institute of Management: Cambridge, VK, März 2003.

¹⁸ Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz bietet im Internet ein breites Spektrum an Informationen über die Unfall- und Krankheitsverhütung sowie Leitfäden über vorbildliche Verfahren für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Siehe <http://europe.osha.eu.int/>.

¹⁹ Mitteilung zu ‚eEurope 2002: Qualitätskriterien für Webseiten zum Gesundheitswesen‘
http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/doc/communication_acte_de_fin.pdf.

²⁰ KOM(2001) 529. *eEurope 2002: Zugang zu öffentlichen Webseiten und deren Inhalten*.
http://europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2001/com2001_0529de01.pdf.

mobil sind, ergeben sich bei interoperablen elektronischen Gesundheitsdatensätzen auch bessere Voraussetzungen für eine Behandlung in anderen Ländern der Europäischen Union.

2.3. Unterstützung von Angehörigen der Heilberufe

Medizinische Fachkräfte wollen vor allem die qualitativ beste Versorgung im Rahmen der verfügbaren Ressourcen leisten und dabei - gemäß dem Hippokratischen Eid - dem Patienten keinesfalls schaden (*primum non nocere*). Doch leider kommen immer wieder medizinische Kunstfehler vor. Einige dieser Fehler könnten vielleicht durch eine gute Nutzung von elektronischen Gesundheitsdiensten vermieden werden,²¹ die entscheidende Informationen und Warnungen liefern und vorbildliche Verfahren, den Rat von Fachleuten und die Ergebnisse klinischer Behandlungen besser bekannt machen können.

Werkzeuge und Anwendungen der elektronischen Gesundheitsdienste können schnellen und leichten Zugang zu elektronischen Gesundheitsdatensätzen dort verschaffen, wo diese benötigt werden. Sie können die Diagnose durch nicht invasive bildgestützte Systeme unterstützen. Sie helfen Chirurgen bei der Planung klinischer Eingriffe mit digitalen patientenspezifischen Daten, bieten Zugang zu speziellen Ressourcen für den Unterricht und die Ausbildung und lassen Radiologen Aufnahmen an einem beliebigen Ort betrachten. Der Arbeitsplatz wird so neu definiert und erweitert. Die digitale Datenübertragung ermöglicht eine wirkungsvolle Vernetzung klinischer Einrichtungen in ganz Europa und die Schaffung eines europäischen Netzes von Referenzzentren – wie sie in der Mitteilung über die Patientenmobilität, auf die sich diese Initiative stützt, geplant ist. Elektronische Gesundheitsdatensätze ermöglichen auch den Auszug von Informationen für Zwecke der Forschung, der Verwaltung oder der öffentlichen Gesundheit oder andere einschlägige Statistiken, die Angehörigen der Heilberufe nutzen können.

Die elektronischen Gesundheitsdienste können nicht nur den Ärzten helfen, sondern allen im Gesundheitswesen Beschäftigten einschließlich Krankenpflegern, Betreuern und Verwaltungspersonal (im Jahr 2002 handelte es sich um 17,5 Millionen Personen in der künftigen Europäischen Union mit 25 Mitgliedstaaten bzw. 9,3 % aller Beschäftigten)²². Außerdem können elektronische Gesundheitsdienste zu einem sicheren Arbeitsumfeld für im Gesundheitswesen Praktizierende beitragen. (In der Europäischen Union liegt die Unfallrate im Gesundheitswesen und bei den sozialen Diensten um 30 % über dem Durchschnitt anderer Branchen.²³ Bei denen meisten Unfällen geht es um Infektionskrankheiten und entsprechende Gefahren, Rückenverletzungen sowie Schocks und Risiken in Zusammenhang mit elektrischen Geräten oder komprimierten Gasen.)

2.4. Unterstützung von Gesundheitsbehörden und Gesundheitsmanagern

Gesundheitsbehörden und Gesundheitsmanager sind für den ordnungsgemäßen Aufbau und Betrieb der Gesundheitssysteme verantwortlich. Sie müssen dabei mit zunehmender Mittelknappheit und steigenden Patientenerwartungen zurechtkommen. Elektronische

²¹ Silber, Denise (2003) Comment améliorer le système de santé? Harvard University Colloquium, August 2003. *Espace Européen*, 17. Oktober 2003.

²² Labour Force Survey 2002, veröffentlicht 2003. Siehe auch *Beschäftigung in Europa 2003*: http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_analysis/employ_de.htm.

²³ Mitteilung der Kommission - Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: Eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002-2006, KOM(2002) 118 endg., März 2002.

Gesundheitsdienste können bei der Bewältigung dieser Herausforderungen entscheidend helfen, da sie die Gesundheitsbranche produktiver machen und bessere Ergebnisse mit geringeren Ressourcen ermöglichen. Leider bringt jedoch die derzeit noch auf Papier gestützte Zusammenführung und Verarbeitung von Informationen wesentliche Einschränkungen mit sich.

Für ein ordnungsgemäßes Management des öffentlichen Gesundheitswesens und der Krankenhäuser sind umfassende und qualitativ hochwertige Verwaltungs- und klinische Daten notwendig. Die Gesundheitsbehörden in den Mitgliedstaaten könnten einen besseren Zugang zu vergleichbareren Daten zu Gesundheitsfragen gut gebrauchen. Benötigt werden Daten und eine entsprechende Infrastruktur, um den Gesundheitsbehörden bei der Zusammenarbeit - zum Beispiel in Bezug auf die Bekämpfung ansteckender Krankheiten - zu helfen.

Durch Nutzung von Werkzeugen der elektronischen Gesundheitsdienste, wie elektronische Gesundheitsdatensätze und der Unterstützung für die Steuerung des Ablaufs der Versorgung, lassen sich rechtzeitig integrierte und umfassende Daten erhalten. Der automatische Datenauszug aus elektronischen Gesundheitssystemen, die im Einklang mit den europäischen Rechtsvorschriften über Datenschutz und den Schutz der Privatsphäre²⁴ betrieben werden, könnte fehlende Daten liefern, die den sinnvollen Einsatz höchst notwendiger Ressourcen erleichtern und die enorme Bürde für die Verwaltung beseitigen, die das Ausfüllen getrennter Formulare für die Kostenerstattung darstellt - ein klares Beispiel für Produktivitätsgewinne durch Systeme und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste. Solche Initiativen liegen eindeutig im Trend der Modernisierung der Gesundheitsfürsorgesysteme.²⁵

Zunehmende Vernetzung, Erfahrungs- und Datenaustausch sowie Leistungsvergleiche sind im Gesundheitswesen auf europäischer Ebene notwendig. Dies ergibt sich aus der erforderlichen Verbesserung der Effizienz und der zugenommenen Mobilität von Patienten und Berufstätigen im Gesundheitswesen im sich entwickelnden Binnenmarkt für Dienstleistungen. Jetzt müssen klinische, organisatorische und wirtschaftliche Informationen über die Gesundheitseinrichtungen hinweg zusammengeführt werden, um virtuelle Unternehmen auf Rechtsebene und darüber hinaus zu ermöglichen.²⁶

Elektronische Gesundheitsdienste können den Verantwortlichen durch die Verbreitung vorbildlicher Verfahren beim Zurückdrängen ineffizienter und unangemessener Behandlungen helfen. Dies ist der wichtigste Schritt, um Ressourcen frei zu machen und dafür zu sorgen, dass jeder weitgehend Zugang zu einer Qualitätsversorgung erhält. Daneben eröffnen die elektronischen Gesundheitsdienste neue Möglichkeiten für Bewohner abgelegener Gebiete mit nur eingeschränkten Gesundheitsdiensten sowie für ausgegrenzte Gruppen (etwa Personen mit unterschiedlich schweren Behinderungen).^{27 28} In Europa wie in

²⁴ Datenschutzrichtlinie 95/46/EG. ABl. L 281 vom 23.11.1995.

²⁵ Frühjahrsbericht 2004: *Die Lissabon-Strategie realisieren*, KOM(2004) 29 vom 21.1.2004.

²⁶ A. Rossi Mori. *Integrated clinical information systems: an essential resource – an opportunity for international cooperation*. Entwurf in Vorbereitung vom 11. Februar 2004 zur Veröffentlichung im *Swiss Medical Informatics Journal*, Frühjahrsausgabe 2004.

²⁷ Beschäftigungspolitische und soziale Dimension der Informationsgesellschaft; Arbeitspapier zur ‚eInclusion‘, 2003.

²⁸ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligoet, & J-C. Burgelman (2003) *Prospecting ehealth in the context of a European Ageing Society: Quantifying and qualifying needs*. Abschlussbericht. November 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, Spanien.

der Dritten Welt beweisen elektronische Gesundheitsdienste bereits, dass sie eine Plattform bilden können für Dienste der Telemedizin wie Fernkonsultationen (medizinisches Zweitgutachten), Fernüberwachung und Fernversorgung, entweder zu Hause oder im Krankenhaus.^{29 30}

2.5. Elektronische Gesundheitsdienste: die drittgrößte europäische Gesundheitsbranche

Aus einer neueren Studie³¹ geht hervor, dass die elektronischen Gesundheitsdienste sich neben Arzneimitteln und Medizinprodukten zu einer neuen „Branche“ entwickeln. Bis zum Jahr 2010 könnten die Ausgaben für die elektronischen Gesundheitsdienste von 1 % im Jahr 2000 (für 15 Mitgliedstaaten) auf 5 derzeit 1% aller Gesundheitsausgaben (für 25 Mitgliedstaaten) ansteigen.³² Die europäischen Unternehmen haben alle Möglichkeiten, in dieser neuen Branche weltweit führend zu werden.

Informations- und Kommunikationstechnologien haben in den Branchen Arzneimitteln und Medizinprodukte eine Schlüsselrolle gespielt. In der Arzneimittelforschung helfen neue Technologien den Wissenschaftlern, Daten aus klinischen Prüfungen zu simulieren und zusammenzuführen und neue Theorien zu prüfen. Die neuesten Medizinprodukte sind mit moderner Software ausgestattet, die sie leistungsfähiger und sicherer macht - zum Beispiel durch eine Fernüberwachung ihrer Funktionen - und die medizinischem Personal und/oder Patienten Entscheidungshilfen liefert.

3. AKTUELLER STAND

3.1. Beispiele für elektronische Gesundheitsdienste und ihre Vorteile

Nach 15 Jahren Forschung auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene und der Entwicklung der Finanzierung der elektronischen Gesundheitsdienste in Europa sind zahlreiche Anwendungen entstanden und in mehreren Mitgliedstaaten umgesetzt worden.³³ In der Europäischen Union gibt es viele gute Beispiele für nationale und regionale Initiativen zu elektronischen Gesundheitsdiensten.³⁴ Auf der *e-Health*-Ministerkonferenz 2003 wurden 40

²⁹ Siehe L. Beolchi (Herausgeber) (2003) *Telemedicine glossary, 5th edition, 2003 working document. Glossary of concepts, technologies, standards and users*. Generaldirektion Informationsgesellschaft: Brüssel, Belgien, September 2003. Dort finden sich zahlreiche Definitionen insbesondere in Bezug auf die medizinische Versorgung zu Hause.

³⁰ Eine Reihe vorbildlicher Verfahren in den Bereichen Fernkonsultation und Fernversorgung wurde zur Konferenz „eHealth 2004“ eingereicht und wird in der damit verbundenen Ausstellung gezeigt. Siehe <http://www.ehealthconference2004.ie> und <http://www.e-europeawards.org/>.

³¹ Deloitte and Touche (2003) *eHealth*. Health Information Network Europe. Abschlussbericht.

³² [The European e-Business Report - 2002/2003 edition. A portrait of e-business in 15 sectors of the EU economy](#) - 1st Synthesis Report of the e-Business W@tch. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2003. ISBN 92-894-5118-1; Empirica, SIBIS, *Benchmarking Highlights 2002: Towards the Information Society in Europe and the US*, Mai 2003. Siehe <http://www.empirica.biz/sibis/>.

³³ *Applications relating to health. Fifth research and development framework programme 1998-2002*. Abschlussbericht. Ausgabe vom April 2003. Generaldirektion Informationsgesellschaft: Europäische Kommission 2003.

³⁴ Die erwiesenen Vorteile regionaler Gesundheitsinformationssysteme (auf Gemeinde-, Kreis- oder Länderebene) werden im Leitfaden zur Begleitausstellung zur Ministerkonferenz *e-Health 2003* erörtert.

von mehr als 180 eingereichten Beispielen für tatsächlich umgesetzte elektronische Gesundheitsdienste ausgestellt. Einige unterstützen den Einsatz intelligenter Chipkarten, bei anderen handelt es sich um umfassende Gesundheitsinformationsnetze zur Unterstützung von Dienstleistungen, wie etwa MEDCOM in Dänemark, EVISAND in Spanien, SJUNET in Schweden und HYGEIANET in Griechenland.³⁵

Auf diesem Gebiet besteht eine beträchtliche Nachfrage aus den Mitgliedstaaten nach weiteren Maßnahmen zur Förderung vorbildlicher Verfahren und zum Erfahrungsaustausch. Derzeit etwa sammelt die Gruppe für die beschäftigungspolitische und soziale Dimension der Informationsgesellschaft vorbildliche Verfahren bezüglich derjenigen Aspekte der elektronischen Gesundheitsdienste und der Gesundheitsversorgung in der Wissensgesellschaft, die die Beschäftigung und die soziale Eingliederung betreffen.³⁶

MEDCOM – Dänisches Gesundheitsinformationsnetz

MEDCOM verarbeitet derzeit über 80 000 Mitteilungen täglich. 100 % aller Krankenhäuser, Apotheken, Notärzte, 90 % aller praktischen Ärzte, 98 % aller Laboratorien, 55 % aller Fachärzte und 20 % aller Gemeinden sind daran angeschlossen. Dank MEDCOM können Krankenhäuser die elektronische Überweisung von Patienten nutzen und die erneute Dateneingabe vermeiden. Die fachliche Qualität der Überweisungen ist gestiegen, und die Entlassungsschreiben werden direkt gespeichert. Der monatliche Stand und die Zahl der Mitteilungen pro Monat sind unter www.medcom.dk einzusehen.

Erste Studien weisen darauf hin, dass MEDCOM zu erheblichen Einsparungen geführt hat. An menschlicher Arbeitskraft wurden mehr als 25 000 Personenmonate eingespart. Bei einem monatlichen Durchschnittsgehalt eines Angestellten von 3350 € wurden damit 22,5 Mio. Euro eingespart.

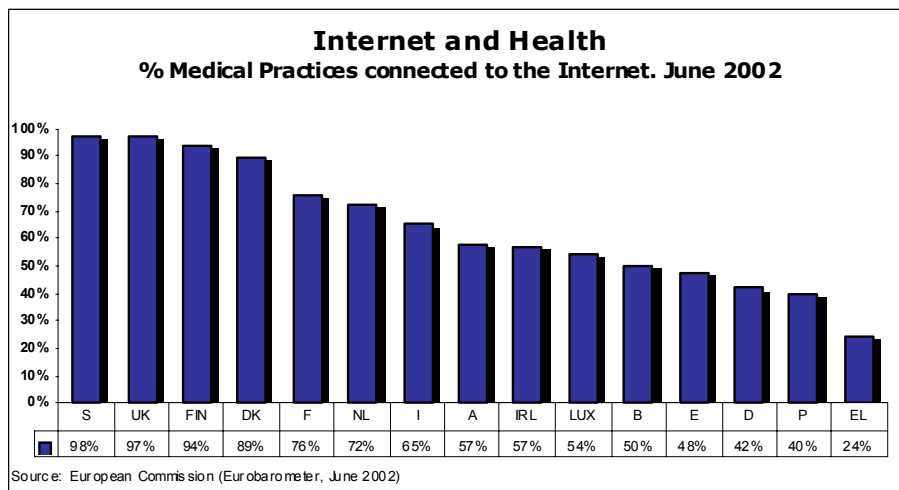
Mit zunehmender der Verbreitung von PCs und steigender Internetnutzung in Europa entsteht eine kritische Masse an Nutzern - Ärzte, Patienten und Bürger -, so dass elektronische Gesundheitsdienste angeboten werden können. Eurobarometer-Erhebungen erweisen einen stetigen Anstieg der Zahl der Internetanschlüsse bei Ärzten.³⁷ Die Erhebung von 2002³⁸ zeigte, dass durchschnittlich 78 % aller Ärzte in der EU ans Internet angeschlossen waren. Die höchsten Werte waren dabei mit 98 % in Schweden und mit 97 % im Vereinigten Königreich zu verzeichnen.

³⁵ Silber, D (2003) *The Case for eHealth*. Einreichung zur ersten hochrangigen Konferenz der Europäischen Kommission zur Elektronische Gesundheitsdienste, 22./23 Mai 2003. EIPA, Niederlande.

³⁶ Bisher hat sich die hochrangige Gruppe für die beschäftigungspolitische und soziale Dimension der Informationsgesellschaft (ESDIS) auf die sichere und gesunde Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien am Arbeitsplatz (SEC(2002) 372 und (SEC(2003) 652) sowie auf die Möglichkeiten konzentriert, die Online-Gesundheitsdienste benachteiligten Gruppen bieten (SEC(2001) 1428), auf die auch in einer im Oktober 2001 angenommenen Entschließung des Rates über die digitale Integration Bezug genommen wird.

³⁷ Eurobarometer 2001-2003.

³⁸ Eurobarometer, 2002 http://europa.eu.int/comm/public_opinion/.



Auch die Nutzung von Netzen einschließlich des Internet zur Versorgung der Patienten nimmt zu. In den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union verwenden durchschnittlich 48 % aller Ärzte elektronische Patientenakten, und 46 % nutzen das Internet zur Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder Einrichtungen, um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten. Doch befindet sich die vollständig interaktive Nutzung des Internet für die Versorgung von Patienten - etwa für Konsultationen via Internet (12 %) oder für die Online-Vereinbarung von Terminen (2 %) – anscheinend noch im Frühstadium zu befinden. Die Zahlen für 2000 bis 2002 zeigen, in welchem unterschiedlichem Maße Europas praktische Ärzte ans Internet angeschlossen sind, wie stark sie das Internet für die Weiterbildung nutzen und wie wenig für telemedizinische Dienste.

| Eurobarometer EU 15 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Praktische Ärzte mit Internetanschluss | 44% | 77% | 78% |
| für die Weiterbildung | 34% | 70% | 72% |
| für die Übertragung medizinischer Patientendaten | 9% | 37% | 46% |
| für telemedizinische Dienste | 5% | 7% | 12% |

Das medizinische Personal in Europa profitiert zunehmend von Anwendungen zur Verbesserung seiner Dienste und zur Verringerung medizinischer Risiken. Dazu gehören Online-Register oder Datenbanken für die Krebsprognose, vollständig integrierte Krankenhausinformationssysteme wie COHERENCE in Paris, Zugang zu elektronischen ‚Bibliotheken‘, Archiven oder Datenbanken mit Daten über faktengestützte Medizin, elektronisch unterstützte Verschreibungen zur Verringerung von Fehlern und Kosten und Fernkonsultationen in Fächern wie Neurologie, Pathologie und Psychiatrie. Weitere Beispiele für durch Patienten und Bürger sowie andere ‚Gesundheitskunden‘ nutzbare Systeme sind Anwendungen auf seltene Krankheiten, Foren und Dienste für die geistige Gesundheit sowie Rufzentralen für die Grundversorgung und Kioske wie NHS Direct im VK.

NHS Direct Online

NHS Direct Online, <http://www.nhsdirect.nhs.uk/>, 1999 eingerichtet, liefert Online-Gesundheitsinformationen, und Krankenschwestern geben rund um die Uhr telefonisch Auskunft. In rund zwei Jahren wurde NHS Direct Online von 6 Millionen Menschen aufgesucht. Im Januar 2003 gab es eine halbe Million Nutzer. Die Internetadresse ist seit Juli 2000 zugänglich. Sie liefert Informationen über mehr als 70 000 Anlaufstellen des nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), die Gesundheitsversorgung leisten. Die Rufzentralen von NHS Direct verweisen die Anrufer an dieser Anlaufstellen. Außerdem hat NHS Direct an vielen öffentlichen Orten 200 Kioske mit Berührbildschirmen aufgestellt, die mit Druckern ausgestattet und Rollstuhlbenutzern zugänglich sind. Solche Orte sind etwa NHS-Zentren, Drogerien, Bibliotheken und Supermärkte. Jeder Kiosk wird monatlich von etwa 300 Personen genutzt, wodurch jährlich rund 60 000 Nutzer hinzukommen.

Durch solche Systeme erhalten die Patienten mehr Informationen über ihren Zustand und ihre Wahlmöglichkeiten, so dass sie verantwortlichere Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können. Aus der Eurobarometer-Erhebung vom März 2003³⁹ über Quellen der Gesundheitsinformation ergab sich, dass 23 % aller Europäer dafür das Internet nutzen. 41 % aller Europäer sehen das Internet als gute Quelle für Gesundheitsinformationen an.

3.2. Wesentliche Herausforderungen auf dem Weg zu einer stärkeren Verbreitung

Trotz ihrer Verfügbarkeit und erwiesenen Vorteile werden elektronische Gesundheitsdienste und -systeme im praktischen Leben noch recht wenig genutzt. Häufig befindet sich die Entwicklung noch in einer Pilotphase und wird über Forschungsbeihilfen finanziert. Der organisatorische Umbau geht oft langsam vonstatten, und bis zur vollständigen Umsetzung können bis zu 20 Jahren vergehen. Auf dem Weg zu einer stärkeren Verbreitung sind zahlreiche Probleme zu überwinden.⁴⁰

- **Engagement und Vorgehen der Gesundheitsbehörden** insbesondere in finanziellen und organisatorischen Fragen sind für eine erfolgreiche Einführung elektronischer Gesundheitsdienste wesentlich. Damit letztere zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen kann, muss sie von organisatorischem Umbau und der Entwicklung neuer Fähigkeiten bei den Nutzern begleitet werden. Bisher sahen die Gesundheitsbehörden keine Notwendigkeit, größere finanzielle Mittel für elektronischen Gesundheitsdienste aufzuwenden. Inzwischen gelten sie jedoch als wichtiger Bereich der Gesundheitspolitik. In den letzten Jahren wurden rasche Fortschritte erzielt, und viele Mitgliedstaaten - wie das Vereinigte Königreich und Slowenien - haben strategische Pläne für die Einführung der elektronischen Gesundheitsdienste verabschiedet. Außerdem ist der **organisatorische und kulturelle Umgang** mit der Gesundheitsversorgung je nach Mitgliedstaat und Organisation unterschiedlich. Üblicherweise wurden im Gesundheitswesen neue

³⁹ Eurobarometer 58.0, März 2003.

⁴⁰ I. Iakovidis (1998) Towards Personal Health Record: Current situation, obstacles and trends in implementation of Electronic Healthcare Records in Europe, in *International Journal of Medical Informatics*, Band 52, Nr. 123, S. 105 –117.

Anwendungen, Techniken und Arzneimittel nur langsam eingeführt, während die organisatorische Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien relativ rasch erfolgte. Auch Krankenhäuser werden bei der Entwicklung elektronischer Gesundheitsdienste eine wichtige Rolle spielen, und ihr Engagement für neue Formen der Gesundheitsversorgung wird entscheidend sein.

- **Interoperabilität von elektronischen Gesundheitsdiensten.** Interoperabilität soll die nahtlose Integration heterogener Systeme erlauben. Dadurch wird ein sicherer und schneller Zugang über verdrahtete und drahtlose Geräte zu vergleichbaren Daten über die öffentliche Gesundheit und vorhandenen Patienteninformationen aus verschiedenen Quellen möglich. Dies hängt jedoch von der Standardisierung von Systemkomponenten und -diensten wie Gesundheitsinformationssystemen, Gesundheitstipps, Architekturen für elektronische Gesundheitsdatensätze und Diensten zur Identifizierung von Patienten ab. Die europäischen Normenorganisationen befassen sich inzwischen mit dieser Frage, aber Interoperabilitätsnormen für elektronische Gesundheitsdienste setzen sich nur langsam durch. Die tatsächliche Interoperabilität zu erreichen ist eine zusätzliche Aufgabe. Interoperable Lösungen für elektronische Gesundheitsdienste sollten auch die technische Plattform für Initiativen wie der Schaffung eines europäischen Netzes von Bezugszentren zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen medizinischen Einrichtungen in der Gemeinschaft unterstützen.⁴¹
- **Benutzerfreundlichkeit elektronischer Gesundheitsdienste und -systeme.** Für eine Gesundheitsversorgung mit Hilfe elektronischer Gesundheitsdienste ist eine schneller Realisierung hochwertiger Ergebnisse besonders wichtig. Daraus ergibt sich die Bedeutung von Breitbandanschlüssen für Online-Gesundheitsdienste und für die Infrastruktur für regionale Gesundheitsinformationsnetze gesorgt werden.⁴² Wichtig für die Benutzung ist auch die Konfigurierbarkeit nach persönlichen Vorlieben.
- **Fehlende Regelung und Fragmentierung des elektronischen Gesundheitsdienstmarktes in Europa.** Die meisten Lösungen zu elektronischen Gesundheitsdiensten in der Union wurden entweder von kleinen und mittelgroßen Unternehmen entworfen oder intern von einzelnen Gesundheitsorganisationen entwickelt. Neben unterschiedlichen nationalen Vorschriften hat die fehlende Standardisierung und Zertifizierung von Produkten zu hohen Entwicklungs- und Anpassungskosten geführt. Deshalb haben die einschlägigen Unternehmen bisher erst relativ wenig in Lösungen der elektronischen Gesundheitsdienste investiert. Insgesamt gibt es in den einzelnen Mitgliedstaaten umfangreiche Vorschriften für die Gesundheitsfürsorgesysteme, gleichzeitig aber muss die Rechtssicherheit in Bezug auf die Bedingungen für die Rückerstattung medizinischer Kosten, die in einem anderen Mitgliedstaat angefallen sind, verbessert werden.⁴³
- **Vertraulichkeit und Sicherheit.** Für die **Vertraulichkeit** und der Schutz von Patientendaten gelten die allgemeinen Datenschutzvorschriften der Europäischen Union

⁴¹ Diese Fragen der Bezugszentren werden in der Mitteilung der Kommission KOM(2004) 301 mit dem Titel *Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union* behandelt.

⁴² KOM(2003) 65 endg. *Elektronische Kommunikation: der Weg zu einer wissensbestimmten Wirtschaft*.

⁴³ Artikel 23 des Vorschlags für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt (KOM(2004) 2 endg.), SEK(2003) 900 über die Anwendung der Binnenmarktvorschriften im Bereich der Gesundheitsdienste.

sowie die Vorschriften zum Schutz der Privatsphäre in Bezug auf die Kommunikationsinfrastruktur.⁴⁴ Wegen der Anforderungen an die Vertraulichkeit sind Gesundheitsinformationssysteme **sicherheitskritisch**. Die allgemeine Datenschutzlinie sieht die Schaffung eines Verhaltenskodex für spezielle Bereiche wie die Gesundheit vor, doch dies wurde nicht weiterverfolgt. Eine andere wichtige Rechtsfrage ist die **Haftung** bei Problemen, durch die ein Patient ernsten Schaden erleidet - wie etwa technischen Fehlfunktionen des Systems, Netzes oder der Dienstleistung selbst. Da es bisher keine speziellen Leitlinien oder Haftungsvorschriften gibt, werden wie in allen neuen oder praktisch wichtiger werdenden Bereichen erst die zunehmende Nutzung von Anwendungen der elektronischen Gesundheitsdienste und ihre Leistungen ihr volles Potenzial sichtbar machen und Hinweise auf bleibende Rechtsunsicherheiten geben.⁴⁵ Für die Leistung von Online-Gesundheitsdiensten gilt auch die Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr⁴⁶, mit der ein Rechtsrahmen für das Angebot von Diensten der Informationsgesellschaft geschaffen wurde. Die Richtlinie trägt hauptsächlich durch ihre Binnenmarktklausel zur Rechtssicherheit und Klarheit bei, die für die gemeinschaftsweite Erbringung von Online-Diensten der Informationsgesellschaft erforderlich sind. Insbesondere ihre Bestimmungen über Anforderungen an die Information und Transparenz, die kommerzielle Kommunikation, die Verantwortlichkeit der Vermittler und die Grundsätze für den elektronischen Abschluss von Verträgen sorgen für hohe Normen bei der Erbringung von Online-Diensten in allen Mitgliedstaaten und stärken somit das Vertrauen der Verbraucher. Weitere Schritte könnten erwogen werden, wenn sich zeigen sollte, dass eine noch größere Rechtssicherheit das Vertrauen der Patienten in Online-Gesundheitsdienste weiter stärken würde. Nützlich könnten auch ähnliche Vorkehrungen in Bezug auf Qualifikationen sein. Aufbau von **Vertrauen** ist Voraussetzung für die Entwicklung einer Informationsgesellschaft - bei elektronischen Gesundheitsdiensten wahrscheinlich noch mehr als irgendwo sonst. Die Bürger bevorzugen Dienste und Informationen, die auf ihre Bedürfnisse und Anforderungen zugeschnitten sind und bei denen sie wissen, dass ihr Recht auf Schutz der Privatsphäre gewahrt bleibt.

- Von zunehmender Bedeutung sind Fragen in Bezug auf die **Mobilität** von Patienten einschließlich des grenzüberschreitenden Verkehrs von Waren und Dienstleistungen, worunter auch Online-Gesundheitsdienste fallen.⁴⁷ Hier ist eine europäische Strategie notwendig - die in der Mitteilung über die Patientenmobilität beschrieben wird -, um sicherzustellen, dass die Bürger ihr Recht ausüben können, sich nach Wunsch in anderen Mitgliedstaaten versorgen zu lassen, und dass die europäische Zusammenarbeit den Systemen dabei hilft, ihre Aufgaben gemeinsam den besser zu bewältigen. Die Verordnung

⁴⁴ Siehe etwa die *Datenschutzrichtlinie 95/46/EG*, ABl. L 281 vom 23.11.1995; die *Richtlinie 99/93/EG über elektronische Signaturen*, ABl. L 13 vom 19.1.2000 oder die *Datenschutzrichtlinie für elektronische Kommunikation (2002/58/EG)*, ABl. L 281 vom 31.7.2002, die die Richtlinie 97/66/EG ersetzt hat.

⁴⁵ Entwurf eines Arbeitspapiers der Kommissionsdienststellen, *eEurope 2002: Rechtsfragen der Gesundheitsversorgung über das Netz*. Nicht veröffentlicht.

⁴⁶ Richtlinie 2000/31/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2000 über bestimmte rechtliche Aspekte der Dienste der Informationsgesellschaft, insbesondere des elektronischen Geschäftsverkehrs, im Binnenmarkt (Richtlinie über den elektronischen Geschäftsverkehr), ABl. L 178 vom 17.7.2000, S. 1.

⁴⁷ Die Patientenmobilität ist Thema der Mitteilung der Kommission KOM(2004) 301 mit dem Titel *Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union*.

1408/71 wurde kürzlich aktualisiert, um diesen Fragen Rechnung zu tragen: Sie bietet nun einen moderneren Rahmen für die Übernahme von Kosten, die bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstehen, und stützt sich auf die geltenden Tarife und Gebühren in den Mitgliedstaaten, in denen die Versorgung erfolgt. Diese Gleichbehandlung kann jedoch unter bestimmten Umständen davon abhängig sein, dass die Sozialversicherungseinrichtungen (vor allem bei der Versorgung im Krankenhaus) eine vorherige Genehmigung erteilen. Zusätzlich nahm die Kommission im Januar 2004 einen Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt an, in der die grenzüberschreitende Erbringung von Gesundheitsdiensten geregelt wird.⁴⁸

- Für eine umfassendere Umsetzung ist eine stärkere Zusammenarbeit der Anbieter von Gesundheitsdiensten in ganz Europa erforderlich. Daher könnten durch die von der hochrangigen Arbeitsgruppe über die Patientenmobilität in ihrem Schlussbericht 2003 empfohlene **Einrichtung europäischer Referenznetze**⁴⁹ Gesundheitsfürsorgedienste in den Fällen - insbesondere bei seltenen Krankheiten - angeboten werden, die eine Konzentration von Ressourcen oder Fachwissen erfordern. Zur Schaffung der technischen Plattform für die Umsetzung einer solchen Initiative werden interoperable Lösungen der elektronischen Gesundheitsdienste benötigt.
- **Bedürfnisse und Interessen der Nutzer.** Systeme und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste würden rascher genutzt, wenn die Bedürfnisse und Interessen der Nutzergemeinschaften (Angehörige der Heilberufe, Patienten und Bürger) berücksichtigt würden. Diesen sollte im Allgemeinen bei der Entwicklung und Bekanntmachung der elektronischen Gesundheitsdienste stärker Rechnung getragen werden.
- **Zugang für alle zu elektronischen Gesundheitsdiensten.** Ein wichtiges Ziel der öffentlichen Gesundheitspolitik ist der gleiche Zugang aller Gesellschaftsgruppen zu Gesundheitsdiensten. Es besteht das Risiko, dass bestimmte Teile der Gesellschaft - etwa Alleinerziehende, isolierte Gemeinschaften, Innenstadtbewohner, Menschen mit Lese- oder Rechenschwächen, Immigrantengruppen, Obdachlose, Ältere und Behinderte - von den Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitsdienste (einschließlich Internet-gestützter Gesundheitsdienste) ausgeschlossen bleiben könnten, falls keine speziellen Anstrengungen unternommen werden, um solchen Trends entgegenzuwirken. Andererseits bieten elektronische Gesundheitsdienstesolchen Personen, Gruppen und Gemeinschaften beträchtliche Möglichkeiten.
- **Gemeinsames Verständnis und konzertierte Anstrengungen aller Interessengruppen.** Keine einzige Interessengruppe kann alleine, ohne aktive Mitarbeit aller anderen, die elektronische Gesundheitsdienste erfolgreich verwirklichen. Alle Interessengruppen - ob Gesundheitsbehörden, Berufstätige, Verbraucher oder Unternehmen - können sich der Umsetzung entgegenstellen, wenn sie nicht als vorteilhaft empfunden wird. Nur durch konzertierte Anstrengungen aller Interessengruppen können wir die elektronischen Gesundheitsdienste erfolgreich verwirklichen, so dass alle Partner Gewinn daraus ziehen.

⁴⁸ Siehe Fußnote 8. Siehe auch verschiedene Urteile des Europäischen Gerichtshofs wie Kohll C-158/96 (1998), Slg. 1998, I-1931, und Decker C-120/95 (1998), Slg. 1998, I-1831.

⁴⁹ Diese Netze oder Referenzzentren sind als spezialisierte Versorgungsdienste gedacht, an die Patienten aus dem Ausland verwiesen werden. Siehe auch ABl. C 62 vom 15.3.2003, S. 21. *Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003 bis 2008). Arbeitsprogramm 2003* (ABl. C 62/2003, S. 7).

4. HIN ZU EINEM EUROPÄISCHEN RAUM DER ELEKTRONISCHEN GESUNDHEITSDIENSTE: THEMEN UND MASSNAHMEN

Die elektronischen Gesundheitsdienste sind Teil der eEurope-Strategie der Europäischen Union. Sie können eine wichtige Rolle im Hinblick auf ein stärkeres Wachstum und die Schaffung von Arbeitsplätzen spielen, für die in einer dynamischen, wissensgestützten Wirtschaft höhere Qualifikationen erforderlich sind. Dies ist das auf der Tagung des Europäischen Rates im März 2000 in Lissabon erklärte Fernziel.⁵⁰ Fortschritte erfordern Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen, von der Forschung und dem Ausbau von Breitband-Telekommunikationsnetzen über das öffentliche Gesundheitswesen bis zu Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Förderung der Patientenmobilität⁵¹ und der Beurteilung der Auswirkung des steigenden Durchschnittsalters auf die Gesundheitsfürsorgesysteme. Mehrere der in diesem Papier umrissenen Maßnahmen stützen sich auf den Aktionsplan eEurope 2005 – die Grundlage der Verpflichtung zum Voranbringen der Informationsgesellschaft auf europäischer Ebene. Dies gilt vor allem in den Bereichen elektronische Gesundheitsdienste, elektronische Behördendienste, Sicherheit, Breitband sowie Entwicklung, Analyse und Verbreitung vorbildlicher Verfahren.

Obwohl für die Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern nach Art und Umfang andere Erfordernisse gelten, sollte doch vermerkt werden, dass die elektronischen Gesundheitsdienste in den Ergebnissen des UN-Weltgipfels über die Informationsgesellschaft im Dezember 2003⁵² erwähnt wurden und dass die Weltgesundheitsorganisation jetzt an mehreren entsprechenden Initiativen beteiligt ist.

4.1. Aktionsplan

Durch die nachstehend umrissenen Maßnahmen sollte die Europäische Union das volle Potenzial von Systemen und Diensten der elektronischen Gesundheitsdienste in einem Europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste nutzen können. Die drei Aktionsbereiche sind:

- Lösung gemeinsamer Probleme und Schaffung des richtigen Rahmens zur Unterstützung der elektronischen Gesundheitsdienste,
- Pilotaktionen, um den elektronischen Gesundheitsdiensten eine kräftige Starthilfe zu geben und
- Austausch vorbildlicher Verfahren und Messung der Fortschritte.

⁵⁰ Europäischer Rat (2000), *Schlussfolgerungen des Vorsitzes*. Tagung des Europäischen Rates in Lissabon. 23.-24. März 2000.

⁵¹ Siehe die Mitteilung KOM(2004) 301 der Kommission mit dem Titel *Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union*.

⁵² Weltgipfel über die Informationsgesellschaft, *Bericht und Aktionsplan*, Dezember 2003.

4.2. Aktionsbereich 1: Gemeinsame Probleme angehen

4.2.1. Führung der Gesundheitsbehörden

Bereits mit ihrer Ministererklärung⁵³ auf der Ministerkonferenz 2003 über die elektronischen Gesundheitsdienste haben die europäischen Gesundheitsminister gezeigt, dass sie aktiv handeln wollen. Die Minister begrüßten die Initiativen der Kommission, die Möglichkeiten zur Förderung einer europäischen Koordinierung zu untersuchen. Sie schlugen vor, die Ziele zu verwirklichen, die im Aktionsplan eEurope und im Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008) (Beschluss Nr. 1486/2002/EG) festgelegt sind, und Verbindungen zu anderen Gemeinschaftsinitiativen zu schaffen. Auf der Konferenz wurde auch auf die Wichtigkeit der Überwachung und vergleichenden Bewertung der Fortschritte durch die Entwicklung einer einschlägigen offenen Koordinierungsmethode hingewiesen. Auf der Grundlage regionaler und nationaler Strategien für die elektronischen Gesundheitsdienste müssen diese Worte jetzt in Taten umgesetzt werden.

Bis Ende 2005 soll jeder Mitgliedstaat eine nationale oder regionale Marschroute für die elektronischen Gesundheitsdienste entwickeln. Dabei sollte der Schwerpunkt auf dem Ausbau der Online-Gesundheitssysteme liegen, mit Zielvorgaben für die Interoperabilität und die Nutzung elektronischer Gesundheitsdatensätze; behandelt werden sollten auch Fragen wie die Kostenerstattung für Online-Gesundheitsdienste.

4.2.2. Interoperabilität von Gesundheitsinformationssystemen

Die Mitgliedstaaten haben den Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen zu erkennen gegeben, die der Entwicklung von Normen im Hinblick auf die Interoperabilität unterschiedlicher Systeme und Dienste gelten, und den Wunsch nach einer Untersuchung der speziellen Möglichkeiten von Anwendungen mit frei zugänglichem Quellcode zur Erreichung dieses Ziels. Die Notwendigkeit künftiger Normen tritt hier ganz klar hervor, damit Interoperabilitätsprobleme durch die mögliche Übernahme von Bezugssimplemmentierungen mit frei zugänglichem Quellcode für Fürsorgedienste vorteilhaft für alle Beteiligten gelöst werden können. Außerdem sollte ein offener und freier Zugang zu künftigen und bestehenden Normen für die elektronischen Gesundheitsdienste empfohlen werden, der sich etwa an Vorbildern wie dem World Wide Web Consortium⁵⁴ orientiert. Der Austausch von Erfahrungen mit der Nutzung offener Normen und „Open-Source“-Lösungen durch die Gesundheitsverwaltungen in den Mitgliedstaaten sollte gefördert werden.

4.2.2.1. Patientenidentifikation

Eine wichtige Komponente der Interoperabilität von Gesundheitsinformationssystemen ist die eindeutige Kennzeichnung einer Person. Bereits der Aktionsplan eEurope 2005 unterstützt die Entwicklung von Normen für ein gemeinsames Konzept für Patienten Kennungen und Architekturen für elektronische Gesundheitsdatensätze. Die neue europäische Krankenversicherungskarte⁵⁵ enthält die persönliche Kennung eines Patienten als Teil der Daten, dies es ermöglichen, mittels der Karte in einem anderen als dem eigenen Mitgliedstaat behandelt zu werden.

⁵³ eHealth 2003, Ministererklärung, Brüssel, 22. Mai 2003
http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

⁵⁴ <http://www.w3.org/>.

⁵⁵ ABl. vom 27. Oktober 2003.

Bis Ende 2006 sollen die Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission ein gemeinsames Konzept für Patienten Kennungen vorlegen. Dabei sollen vorbildliche Verfahren und Entwicklungen in Bereichen wie der europäischen Krankenversicherungskarte und des Identitätsmanagements für europäische Bürger berücksichtigt werden.

4.2.2.2. Interoperabilität elektronischer Gesundheitsdatensätze

Ein nahtloser europaweiter Austausch von Gesundheitsinformationen erfordert gemeinsame Strukturen und Ontologien⁵⁶ der zwischen Gesundheitssystemen übertragenen Informationen.

Bis Ende 2006 sollen die Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission Interoperabilitätsnormen für Mitteilungen von Gesundheitsdaten und elektronische Patientenakten beschließen und skizzieren und dabei vorbildliche Verfahren und einschlägige Standardisierungsbemühungen berücksichtigen.

4.2.3. *Mobilität von Patienten und Angehörigen der Heilberufe*

Patienten und Angehörige der Heilberufe werden innerhalb der Europäischen Union immer mobiler. Die Mitteilung über die Patientenmobilität enthält mehrere Vorschläge, wie die Herausforderungen aufgrund dieser Entwicklung zu bewältigen sind. Unter anderem werden ein besserer Informationsaustausch und die Einrichtung spezialisierter Gesundheitsinformations-Referenzzentren zu empfehlen.

Die Mitteilung über die Patientenmobilität wird zusammen mit dieser Mitteilung und derjenigen über die offene Koordinierungsmethode⁵⁷ als Teil einer Gesamtstrategie für die Gesundheitsversorgung vorgestellt.

Es laufen bereits Arbeiten zur Verbesserung der Information über die europaweite Mobilität von Patienten und Angehörigen der Heilberufe, die insbesondere durch die Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme im Rahmen des Programms im Bereich der öffentlichen Gesundheit fortgeführt werden.

4.2.4. *Verbesserung von Infrastrukturen und Technologien*

Da der beschleunigte Ausbau der Breitbandkommunikation ein Schwerpunkt von eEurope ist, sollte Breitband umfassend zur Unterstützung von Systemen und Diensten der elektronischen Gesundheitsdienste eingesetzt werden. Breitbandnetze ermöglichen hohe Übertragungsraten und entscheidende Zeitersparnisse beim Zugang zum Netz und sekundenschnelle Antworten auf Anfragen, die in der Gesundheitsversorgung oft lebenswichtig sein können. Sie können

⁵⁶ Eine Ontologie definiert die Begriffe, die zur Beschreibung und Darstellung eines Wissensbereichs dienen und die von Menschen, Datenbanken und Anwendungen verwandt werden, die eine Bereichsinformation gemeinsam nutzen müssen (ein Bereich ist ein spezielles Themengebiet wie Gesundheit oder Medizin). Siehe <http://www.w3.org/TR/2002/WD-webont-req-20020307/>.

⁵⁷ Die offene Koordinierungsmethode in Bezug auf die Gesundheitsversorgung ist Thema der Mitteilung KOM(2004) 304 der Kommission - *Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“*.

erhebliche Kosten- und Leistungsvorteile mit sich bringen.⁵⁸ Für eine umfangreiche Nutzung sind auch die Zugänglichkeit und Erschwinglichkeit entscheidend. Die Konvergenz der Dienstqualität (Betreiber bieten über das Festnetz oder den Mobilfunk zusätzliche Dienste an) eröffnet für Anwendungen der elektronischen Gesundheitsdienste neue Möglichkeiten. Die Behörden können sowohl das Angebot an Breitband als auch die Nachfrage danach anregen, während Gemeinschaftszuschüsse das Breitbandangebot in schlecht bedienten Gebieten verbessern helfen können. Auch Programme wie eTEN⁵⁹ oder das neue IDABC⁶⁰-Programm können zur Unterstützung von Anwendungen der elektronischen Gesundheitsdienste und von Gesundheitsinformationsnetzen beitragen. Die Maßnahmen der Kommission werden den Aufbau europaweiter Computernetze auf der Grundlage von Breitband-Infrastrukturen und Gittertechnologien (GRID)⁶¹ ermöglichen.

Im Zeitraum 2004-2008 sollen die Mitgliedstaaten den Aufbau von Gesundheitsinformationsnetzen für die elektronischen Gesundheitsdienste fördern, die sich auf feste und drahtlose Breitband- und Mobilfunk-Infrastrukturen und Gittertechnologien stützen.

4.2.5. Konformitätstests und Akkreditierung für einen Markt der elektronischen Gesundheitsdienste

Es besteht ein Bedarf an vereinbarten Attributen und Normen über die bestehenden Normen hinaus, durch die Produkte und Dienste von guter Qualität definiert werden. Mehrere Länder haben elektronische Gesundheitsdienste akkreditiert, die zu Vorbildern für andere Regionen werden, darunter diejenigen im Vereinigten Königreich und in Belgien. Ein anderes Beispiel für Konformitätstests und Akkreditierung liefern die Interoperabilitätsleitlinien von *Integrating the Healthcare Enterprise in Europe* (IHE).⁶²

⁵⁸ GAO Highlights (2003) Information Technology. Benefits realized for selected health care functions. GAO-04-224, Report to the Ranking Minority Member, Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, U.S. Senate. United States General Accounting Office, USA. Siehe <http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-04-224>

⁵⁹ Hauptziele des eTEN-Arbeitsprogramms sind die Verwendung zuverlässiger Informationsnetze zur Gesundheitsfürsorge und über öffentliche Gesundheit und die Vorbeugung auf europäischer Ebene. Weiter konzentriert sich eTEN auf elektronische Gesundheits- und Versicherungskarten als Teil der Kostenerstattungs- und Verwaltungssysteme, die paramedizinische Unterstützung, elektronische Gesundheitsdienste und die Pflege daheim. Prioritäten für 2004 sind: Verbesserter Zugang zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten für regionale Gesundheitsämter und Leistungserbringer durch Verwendung „intelligenter“ Chipkarten, elektronische Patientenakten, Kosteneffizienz der Gesundheitsfürsorge (im medizinischen wie im administrativen Bereich), Zugang zu brauchbaren medizinischen Notfalldaten und Unterstützung von Gesundheitsämtern bei der Bedarfsermittlung und Kapazitätsplanung. Weitere Einzelheiten siehe <http://europa.eu.int/eten/>.

⁶⁰ KOM(2004) 13 endg., 2003/0147 (COD), Gemeinsamer Standpunkt des Rates im Hinblick auf den Erlass eines Beschlusses des Europäischen Parlaments und des Rates über die Interoperabilität europaweiter elektronischer Behördendienste (eGovernment-Dienste) für öffentliche Verwaltungen, Unternehmen und Bürger (IDABC). http://europa.eu.int/eur-lex/de/com/pdf/2004/com2004_0013de01.pdf.

⁶¹ Gittertechnologien werden definiert als Technologien, die die koordinierte gemeinsame Nutzung von Ressourcen und das gemeinsame Problemlösen in dynamischen, virtuellen Organisationen ermöglichen. Siehe Foster, I. und C. Kesselman (1999) *The GRID, blueprint for a new computing infrastructure*. San Francisco: Morgan Kaufman.

⁶² Siehe <http://www.cocir.org/>.

Bis Mitte 2005 soll die Kommission als Leitfaden für die Mitgliedstaaten einen Überblick über vorbildliche Verfahren innerhalb Europas herausgeben.

Bis Ende 2007 sollen die Mitgliedstaaten, vorbildlichen Verfahren folgend, Konformitätstests und Akkreditierungssysteme einführen.

4.2.6. *Unterstützende Investitionen*

Die Mitgliedstaaten müssen gemeinsam vorgehen, um die Investitionen in elektronische Gesundheitsdienste beizubehalten und zu verstärken. In der Europäischen Kommission stehen bereits regionale Finanzierungshilfen zur Verfügung (etwa die Regionalfonds INTEREG III).⁶³ Daneben laufen eine Reihe anderer internationaler Kooperationsmaßnahmen. Für zusätzliche Investitionen zur Beschleunigung der Entwicklung der elektronischen Gesundheitsdienste könnte die Europäische Investitionsbank angesprochen werden. Die Bank bezuschusst derzeit ein breites Spektrum förderungswürdiger Projekte - wenn sie Kosteneinsparungen für die Gesundheitspolitik bringen. Auch die Weltbank kann sowohl in der Europäischen Union als auch weltweit internationale Programme zu elektronischen Gesundheitsdiensten finanzieren.

Bis Ende 2006 sollen die Mitgliedstaaten ein gemeinsames Konzept für die Aufrechterhaltung und Verstärkung der Investitionen in die elektronischen Gesundheitsdienste verwirklichen.

4.2.7. *Rechts- und Regelungsfragen*

Benötigt wird eine europäische Mindestnorm für die Qualifikation zur Leistung von Online-Gesundheitsdiensten in Krankenhäusern und Verwaltungen. Nützlich wäre im Zusammenhang mit dem bestehenden Produkthaftungsrecht außerdem eine Sicherheit bezüglich der Haftung für Produkte und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste. Entwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnologien sollten zu einem sichereren Arbeitsumfeld für Ärzte beitragen. Weiter ist in Zusammenhang mit dem freien Verkehr von Menschen, Gütern und Dienstleistungen in zunehmendem Maße eine größere Rechtssicherheit in Bezug auf Online-Gesundheitsdienste erforderlich.

Bis Ende 2009 soll die Europäische Kommission zusammen mit den Mitgliedstaaten Maßnahmen ergreifen, um

- eine europäische Mindestnorm für die Qualifikation zur Leistung von Online-Gesundheitsdiensten in Krankenhäusern und Verwaltungen festzulegen;
- einen Rahmen für eine größere Rechtssicherheit bezüglich der Haftung für Produkte und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste im Zusammenhang mit dem

⁶³ Siehe insbesondere die Bestimmungen der *Leitlinien für die Kriterien und Modalitäten des Einsatzes der Strukturfonds zur Förderung der elektronischen Kommunikation* (Dok. SEK(2003) 895 vom 28.7.2003).

bestehenden Produkthaftungsrecht zu schaffen;

- die Information der Patienten, Krankenversicherungssysteme und Gesundheitsdienstleister über die Regeln zu verbessern, die für die Übernahme der Kosten von Online-Gesundheitsdiensten gelten;
- die elektronischen Gesundheitsdienste im Hinblick auf die Verringerung der Arbeitsunfälle und der Berufskrankheiten zu fördern und vorbeugende Maßnahmen angesichts neuer Gefahren am Arbeitsplatz zu unterstützen.

4.3. Aktionsbereich 2: Pilotaktionen um eine förderliche Einführung zu beschleunigen

4.3.1. Information der Bürger und Behörden über Gesundheitserziehung und Krankheitsverhütung

In Zusammenhang mit ihrem Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit bereitet die Kommission die Einrichtung eines EU-weiten öffentlichen Gesundheitsportals vor, das eine flexible informationstechnologische Plattform für die Verbreitung faktengestützter Informationen über die öffentliche Gesundheit sein wird, soweit sie für europäische Bürger relevant sind, und eine zentrale Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen werden soll.

Außerdem beteiligt sich die Kommission an der Finanzierung der Entwicklung von Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Webseiten („Websiegel“). Ziel ist eine erhöhte Transparenz bezüglich gesundheitsbezogener Webseiten im Interesse ernsthafter Diensteanbieter und Nutzer, von Bürgern bis zu Angehörigen der Heilberufe.

Der Ausbau des Gesundheitsüberwachungssystems für übertragbare Krankheiten - mit Schwerpunkt auf der Echtzeiterfassung von klinischen und Labordaten und -analysen - wird die Frühwarnfähigkeit auf nationaler und auf Gemeinschaftsebene stärken. Er wird die Beobachtung bedrohlicher Krankheiten und möglicher bioterroristischer Drohungen verbessern.

Die einheitliche Patientenkenntung, gemeinsame Normen und Protokolle werden die von den Mitgliedstaaten wie den Kommissionsdienststellen geforderte Zusammenstellung zuverlässiger statistischer Informationen über die Gesundheitsversorgung auf europäischer Ebene erleichtern. Entscheidungsträger und die interessierte Öffentlichkeit erhalten so frühzeitiger bessere Informationen.

Bis Ende 2005 wird ein öffentliches Gesundheitsportal der Europäischen Union Zugang zu Informationen über die öffentliche Gesundheit in Europa bieten. Gesundheitsportale werden gezielte Informationen über Sicherheit und Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zur Verfügung stellen.

Bis Ende 2005 werden bessere Informations- und Kommunikationsinstrumente für frühzeitigere Warnungen, bessere Aufdeckung und Überwachung von Gesundheitsgefahren sorgen.

4.3.2. *Hin zu integrierten Gesundheitsinformationsnetzwerken*

Gesundheitsinformationsnetze verbinden Krankenhäuser, Laboratorien, Apotheken, Zentren für gesundheitliche Grundversorgung und Sozialzentren, ermöglichen also eine sichere Kommunikation. Beispiele dafür sind genormte Nachrichtenübertragungssysteme, etwa für elektronische Verschreibungen und die elektronische Überweisung von Patienten, oder telemedizinische Dienste wie Fernkonsultationen (medizinisches Zweitgutachten) oder Fernversorgung (Überwachung von Patienten zuhause).

Bis Ende 2008 sollen die meisten europäischen Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsregionen (Gemeinden, Kreise, Bundesländer) Online-Dienste wie Fernkonsultationen (medizinisches Zweitgutachten), elektronische Verschreibungen und elektronische Überweisung von Patienten, Fernüberwachung und Fernversorgung anbieten können.

4.3.3. *Förderung der Verwendung von Karten in der Gesundheitsversorgung*

Im Gesundheitswesen können zwei Arten von Karten verwandt werden: Gesundheitskarten und Krankenversicherungskarten. Gesundheitskarten können Notfalldaten (wie Blutgruppe, Krankheiten, Behandlungen) oder Patientenakten enthalten oder den Zugang zu solchen Daten über ein sicheres Netz ermöglichen. Krankenversicherungskarten geben Zugang zur Gesundheitsversorgung und erleichtern die Verwaltung und Rechnungstellung.

Die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte ab 1. Juni 2004 ist beschlossene Sache. Sie wird alle derzeitigen Papierformulare ersetzen, die für die medizinisch notwendige Versorgung bei zeitweiligen Aufenthalten (Reise, Abstellung ins Ausland, Studium usw.) erforderlich sind. Laut Aktionsplan eEurope 2005 werden Maßnahmen unternommen, die auf der Europäischen Krankenversicherungskarte aufbauen. In den Mitgliedstaaten sollen gemeinsame Konzepte in Bezug auf elektronische Gesundheitsdatensätze, Notfalldaten und elektronische Patienten Kennungen unterstützt werden.

Förderung der Verwendung von Karten in der Gesundheitsversorgung. Verwirklichung einer elektronischen Krankenversicherungskarte **bis 2008**.

4.4. **Aktionsbereich 3: Zusammenarbeit und Überwachung der Praxis**

4.4.1. *Verbreitung vorbildlicher Verfahren*

Mit der Einführung von Systemen und der Umformung von Organisationen wird die erfolgreiche Entwicklung eines europäischen Raumes der elektronischen Gesundheitsdienste vom unionsweiten Austausch vorbildlicher Verfahren und Erfahrungen abhängen. Dabei kommt der Kommission eine zentrale Aufgabe zu. Erfahrungen können zwischen den Mitgliedstaaten bilateral oder multilateral ausgetauscht werden, da sich die Staaten auf einer sehr unterschiedlichen Stufe der Entwicklung und Umsetzung befinden können. Unter Wahrung der multikulturellen und mehrsprachigen Vielfalt der herkömmlichen Gesundheitsversorgungssysteme in Europa sollte darauf geachtet werden, dass Erfahrungen mit der Nutzung und den Auswirkungen von Anwendungen der elektronischen Gesundheitsdienste und mit Konzepten zur Gewährleistung der Interoperabilität unterschiedlicher Systeme und Dienste ausgetauscht werden. Anwendungen mit frei

zugänglichem Quellcode können eine wichtige Rolle für die Erzielung der Interoperabilität spielen.

Die weite Verbreitung vorbildlicher Verfahren sollte die elektronischen Gesundheitsdienste stützen. Solche Verfahren betreffen etwa: Auswirkungen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und ihre Qualität, Beurteilung von Kostenvorteilen und Produktivitätsgewinnen, Beispiele für die Behandlung von Haftungsfragen bei telemedizinischen Diensten, Kostenerstattungssysteme sowie Akkreditierung von Produkten und Diensten der elektronischen Gesundheitsdienste.

Noch 2004 soll zur Unterstützung der Kommissionsdienststellen ein hochrangiges Forum zu elektronischen Gesundheitsdiensten eingerichtet werden. Es sollte alle erforderlichen Interessengruppen umfassen, auch auf der Ebene der nationalen, regionalen oder lokalen Krankenhausbehörden, und dadurch das Verständnis der Kommissionsdienststellen bezüglich des derzeitigen und geplanten Standes der Entwicklung der elektronischen Gesundheitsdienste in den Mitgliedstaaten verbessern helfen. Seine Aufgaben wären die Überwachung der verschiedenen Marschrouten und die Ermittlung weiterer Maßnahmen mit deutlichem Schwerpunkt auf Nutzern und dem Zugang für alle zu elektronischen Gesundheitsdiensten sowie die Sammlung von Fakten, die für die elektronischen Gesundheitsdienste sprechen. Die Arbeiten des Forums zu elektronischen Gesundheitsdiensten werden auch in enger Verbindung mit der Umsetzung des Gemeinschaftsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit stehen.

Im Zeitraum 2004-2008 werden die Mitgliedstaaten mit Unterstützung der Europäischen Kommission Sonderveranstaltungen organisieren, etwa hochrangige Konferenzen zur Verbreitung vorbildlicher Verfahren.

Gleichzeitig sollte die Europäische Kommission mit Beiträgen der Mitgliedstaaten **bis Ende 2005** eine wirkungsvolle Methode zur Verbreitung vorbildlicher Verfahren und Begleitmaßnahmen innerhalb des Europäischen Raumes der elektronischen Gesundheitsdienste erarbeiten.

4.4.2. *Leistungsbewertung*

Die Fortschritte müssen auch gemessen werden. Entscheidend für künftige Maßnahmen zu elektronischen Gesundheitsdiensten sind angemessene Leistungsvergleiche bezüglich der Bekanntheit der elektronischen Gesundheitsdienste bei den Bürgern und ihrer wirkungsvollen und effizienten Nutzung.

Dazu muss der erwartete Mehrwert der elektronischen Gesundheitsdienste beurteilt und quantifiziert werden. Auch ist zu prüfen, wie Lösungen der elektronischen Gesundheitsdienste zu wichtigen Herausforderungen im Gesundheitswesen, etwa in Bezug auf Beschäftigung, Zugang und Gleichbehandlung, beitragen. Weiter müssten die Auswirkungen der elektronischen Gesundheitsdienste auf die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung in der Gemeinschaft gut überwacht werden. An diesem Prozess, der zur weiteren Verbesserung der Systeme und Dienste der elektronischen Gesundheitsdienste führen sollte, müssten alle Interessengruppen beteiligt sein.

Im Zeitraum 2004-2010 wird die Europäische Kommission alle zwei Jahre eine Studie über den Stand der Einführung, Beispiele für vorbildliche Verfahren und zusätzliche

Vorteile der elektronischen Gesundheitsdienste veröffentlichen.

Bis Anfang 2005 sollten sich die Mitgliedstaaten zusammen mit der Europäischen Kommission auf ein Gesamtkonzept für die vergleichende Bewertung der quantitativen, auch wirtschaftlichen, und der qualitativen Auswirkungen der elektronischen Gesundheitsdienste einigen.

4.4.3. Internationale Zusammenarbeit

Unsere europäischen Maßnahmen auf dem Gebiet der elektronischen Gesundheitsdienste können wesentlich zur Lösung globaler Gesundheitsprobleme in einer Informationsgesellschaft beitragen. Sie können die auf dem UN-Weltgipfel über die Informationsgesellschaft (WSIS) im Dezember 2003 eingeleiteten Arbeiten sowie spezielle Initiativen ergänzen, die von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt werden.

Vor dem zweiten Teil des Weltgipfels, der **2005** in Tunis stattfinden soll, sollte die Bewertung der Entwicklungen auf dem Gebiet der elektronischen Gesundheitsdienste abgeschlossen sein.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Elektronische Gesundheitsdienste eröffnen den Bürgern Europas wichtige Möglichkeiten für einen umfassenden Zugang zu besseren Gesundheitssystemen. Sie können die Kompetenz der Patienten und des medizinischen Personals erhöhen. Sie versetzen Regierungen und Steuerzahler durch erhebliche Produktivitätssteigerungen in die Lage, der zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsdiensten gerecht zu werden. Sie können außerdem zur Umformung der künftigen Gesundheitsversorgung und ihrer stärkeren Ausrichtung auf den Bürger beitragen.

Der Europäische Raum elektronischer Gesundheitsdienste wird einen Rahmen für den Austausch vorbildlicher Verfahren und Erfahrungen bieten. Im Laufe der Zeit wird er die Entwicklung gemeinsamer Konzepte für gemeinsame Probleme ermöglichen. Inhalt dieses Aktionsplans sind einschlägige Maßnahmen, so dass bis zum Ende des Jahrzehnts

- die Europäische Union in der Lage ist, die Auswirkungen der elektronischen Gesundheitsdienste in Bezug auf besseren Zugang und bessere, effizientere Dienste sowie auf die Gesamtproduktivität des Gesundheitswesens zu ermesen;
- elektronische Gesundheitsdienste für das medizinische Personal, Patienten und Bürger zur Norm geworden sind, ausreichende Haushaltsmittel erhalten und zu umfassenderen Zielen wie Wettbewerbsfähigkeit, Beschäftigung und Zusammenhalt beitragen.

ANHANG

Überblick über die Maßnahmen

| Maßnahme | Zeitpunkt | Zuständigkeit |
|--|-----------|---------------|
| <p>Anm.: Innerhalb jedes Aktionsbereichs (Lösung gemeinsamer Probleme, Pilotaktionen sowie Zusammenarbeit und Überwachung der Praxis) führen wir die Maßnahmen in <i>chronologischer</i> Reihenfolge auf.</p> | | |

| Aktionsbereich 1: Lösung gemeinsamer Probleme | | |
|---|------------|-----------------------------|
| <p>Die Mitteilung über die Patientenmobilität wird zusammen mit dieser Mitteilung und derjenigen über die offene Koordinierungsmethode als Teil einer Gesamtstrategie für die Gesundheitsversorgung vorgestellt.</p> <p>Es laufen bereits Arbeiten zur Verbesserung der Information über die europaweite Mobilität von Patienten und medizinischem Personal, die insbesondere durch die Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme im Informationsverbund des <i>Public Health</i>-Programms vorangetrieben werden.</p> | 2004 | Kommission |
| <p>Bis Mitte 2005 soll die Kommission als Leitfaden für die Mitgliedstaaten einen Überblick über vorbildliche Verfahren in Europa herausgeben.</p> | Mitte 2005 | Kommission |
| <p>Bis Ende 2005 soll jeder Mitgliedstaat eine nationale oder regionale Marschroute für die elektronischen Gesundheitsdienste entwickeln. Dabei sollte der Schwerpunkt auf dem Ausbau der Online-Gesundheitssysteme liegen, mit Zielvorgaben für die Interoperabilität und die Nutzung elektronischer Gesundheitsdatensätze; behandelt werden sollten auch Fragen wie die Kostenerstattung elektronische Gesundheitsdienste.</p> | Ende 2005 | Mitgliedstaaten |
| <p>Bis Ende 2006 sollen die Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission ein gemeinsames Konzept zur Patientenidentifikation vorlegen. Dabei sollen vorbildliche Verfahren und Entwicklungen in Bereichen wie der europäischen Krankenversicherungskarte und des Identitätsmanagements für europäische Bürger berücksichtigt werden.</p> | Ende 2006 | Mitgliedstaaten, Kommission |
| <p>Bis Ende 2006 sollen die Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission Interoperabilitätsnormen zur Mitteilung von</p> | Ende 2006 | Mitgliedstaaten, Kommission |

| | | |
|---|-----------|-----------------------------|
| Gesundheitsdaten und elektronischen Gesundheitsdatensätzen skizzieren und beschließen . Dabei sollen vorbildliche Verfahren und einschlägige Standardisierungsbemühungen berücksichtigt werden. | | |
| Bis Ende 2006 sollen die Mitgliedstaaten ein gemeinsames Verfahren zur Absicherung und Verstärkung der Investitionen in die elektronischen Gesundheitsdienste verwirklichen. | Ende 2006 | Mitgliedstaaten |
| Bis Ende 2007 sollen die Mitgliedstaaten vorbildliche Verfahren aufgreifen und Konformitätstests und Akkreditierungssysteme einführen. | Ende 2007 | Mitgliedstaaten |
| Im Zeitraum 2004-2008 sollen die Mitgliedstaaten den Aufbau von Gesundheitsinformationsnetzen für elektronische Gesundheitsdienste fördern, die sich auf feste und drahtlose Breitband- und mobiler Infrastrukturensowie GRID-Technologien stützen. | 2004-2008 | Mitgliedstaaten |
| <p>Bis Ende 2009 soll die Europäische Kommission zusammen mit den Mitgliedstaaten Maßnahmen ergreifen, um</p> <p>eine europäische Mindestnorm für die Qualifikation zur Leistung von Online-Gesundheitsdiensten; in Krankenhäusern und Verwaltungen festlegen;</p> <p>einen Rahmen für eine größere Rechtssicherheit bezüglich der Haftung für Produkte und Leistungenelektronischer Gesundheitsdienste unter Berücksichtigung des bestehenden Produkthaftungsrechts zu schaffen;</p> <p>die Information der Patienten, Krankenversicherungssysteme und Gesundheitsdienstleister über die Regeln zu verbessern, die für die Übernahme der Kosten von Online-Gesundheitsdiensten gelten;</p> <p>elektronische Gesundheitsdienste zu fördern, die zur Verringerung der Arbeitsunfälle und der Berufskrankheiten beitragen, und vorbeugende Maßnahmen angesichts neuer Gefahren am Arbeitsplatz zu unterstützen.</p> | Ende 2009 | Kommission, Mitgliedstaaten |
| Aktionsbereich 2: Pilotaktionen für eine beschleunigte Einführung | | |
| Bis Ende 2005 wird ein öffentliches Gesundheitsportal der Europäischen Union Zugang zu Informationen über die Volksgesundheit in Europa eröffnen. Gesundheitsportale werden gezielte Informationen über Sicherheit und Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zur Verfügung stellen. | Ende 2005 | Kommission |

| | | |
|--|-------------|-----------------------------|
| Bis Ende 2005 werden bessere Informations- und Kommunikationsinstrumente für frühzeitigere Warnungen, bessere Aufdeckung und Überwachung von Gesundheitsgefahren sorgen. | | |
| Förderung der Verwendung von Karten in der Gesundheitsversorgung. Verwirklichung einer elektronischen Krankenversicherungskarte bis 2008. | 2008 | Kommission, Mitgliedstaaten |
| Bis Ende 2008 sollen die meisten europäischen Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsregionen (Gemeinden, Kreise, Bundesländer) Online-Dienste wie Fernkonsultationen (medizinisches Zweitgutachten), elektronische Verschreibungen und elektronische Überweisung von Patienten, Fernüberwachung und Fernversorgung anbieten können. | Ende 2008 | Mitgliedstaaten |
| Aktionsbereich 3: Zusammenarbeit und Überwachung der Praxis | | |
| Noch 2004 soll zur Unterstützung der Kommissionsdienste ein hochrangiges Forum zu elektronischen Gesundheitsdiensten eingerichtet werden. Es sollte alle erforderlichen Interessengruppen auch auf der Ebene der nationalen, regionalen oder lokalen Krankenhausbehörden umfassen, und dadurch das Verständnis der Kommissionsdienste bezüglich des derzeitigen und geplanten Standes der Entwicklung elektronischer Gesundheitsdienste in den Mitgliedstaaten verbessern helfen. Seine Aufgaben wären die Überwachung der verschiedenen Marschrouten und die Ermittlung weiterer Maßnahmen mit deutlichem Schwerpunkt auf Nutzern und dem Zugang für alle zu elektronischen Gesundheitsdiensten sowie die Sammlung von Fakten, die für elektronische Gesundheitsdienste sprechen. Die Arbeiten des Forums zu elektronischen Gesundheitsdiensten werden auch in enger Verbindung mit der Umsetzung des Gemeinschaftsprogramms im Bereich der Volksgesundheit stehen. | 2004 | Kommission |
| Bis Anfang 2005 sollten sich die Mitgliedstaaten zusammen mit der Europäischen Kommission auf ein Gesamtkonzept für die vergleichende Bewertung der quantitativen, einschließlich wirtschaftlichen, und der qualitativen Auswirkungen der elektronischen Gesundheitsdienste einigen. | Anfang 2005 | Mitgliedstaaten, Kommission |

| | | |
|---|-----------|-----------------------------|
| Bis Ende 2005 sollte die Europäische Kommission mit Beiträgen der Mitgliedstaaten bis Ende 2005 eine wirkungsvolle Methode zur Verbreitung vorbildlicher Verfahren und Begleitmaßnahmen innerhalb des Europäischen Raumes der elektronischen Gesundheitsdienste erarbeiten. | Ende 2005 | Kommission, Mitgliedstaaten |
| Vor dem zweiten Teil des Weltgipfels, der 2005 in Tunis stattfinden soll, sollte die Bewertung der Entwicklungen auf dem Gebiet der elektronischen Gesundheitsdienste abgeschlossen sein. | 2005 | Kommission, Mitgliedstaaten |
| Im Zeitraum 2004-2008 werden die Mitgliedstaaten mit Unterstützung der Europäischen Kommission spezielle Veranstaltungen wie etwa hochrangige Konferenzen zur Verbreitung vorbildlicher Verfahren organisieren. | 2004-2008 | Mitgliedstaaten, Kommission |
| Im Zeitraum 2004-2010 wird die Europäische Kommission alle zwei Jahre eine Studie über den Stand der Einführung, Beispiele für vorbildliche Verfahren und zusätzliche Vorteile der elektronischen Gesundheitsdienste veröffentlichen. | 2004-2010 | Kommission |