



Perspektiven der Digitalisierung in Kliniken

7. Mai 2019 - Wiesbaden

Markus Holzbrecher-Morys

Stellv. Geschäftsführer (IT, Datenaustausch, eHealth)

- Digitalisierung im Krankenhaus – mehr als Visite mit Tablet
 - Krankenhaus 4.0 oder „Das tastaturlose Krankenhaus“
 - Erwartungen an die Digitalisierung im Krankenhaus
 - Notwendige Anpassungen umsetzen durch Digitalisierung
- Telematikinfrastruktur – Chancen und Ausblick
 - TI als „Datenautobahn“: Anspruch und Wirklichkeit
 - Anbindung der Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur
 - eFA, ePA, eGA – Aktensysteme im Überblick
 - Finanzierung entstehender Kosten
- Ausblick – Das Digitalisierungsgesetz des BMG
 - notwendige Inhalte aus Sicht der DKG



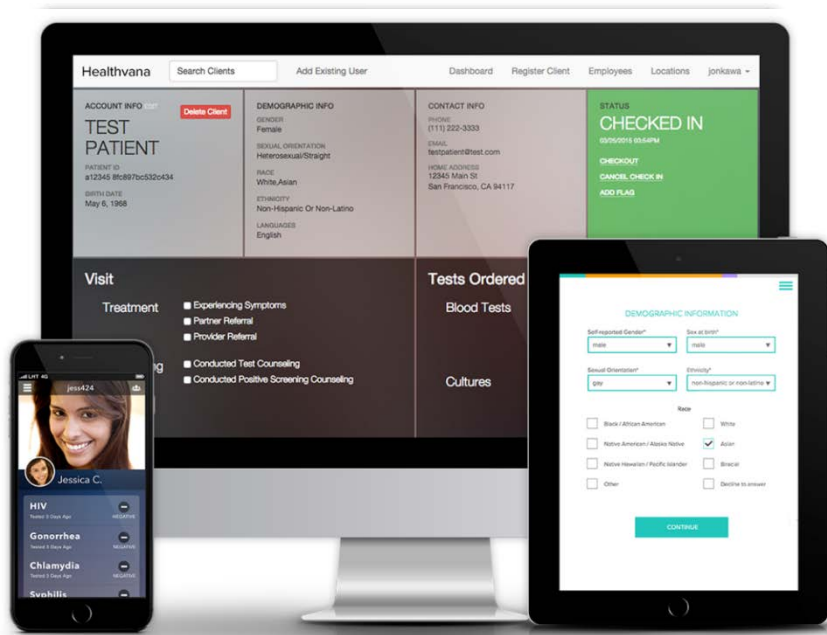
„Digitalisierung im Gesundheitswesen ist dringend notwendig – man muss es aber auch wollen!“



Von Olaf Kosinsky - Eigenes Werk, CC BY-SA 3.0 de,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=66705996>

- Koalitionsvertrag bleibt in Bezug auf Digitalisierung weit hinter den Erwartungen zurück
- Ausgliederung der Pflege bedeutet „Meteoriteneinschlag“ im DRG-System
- Investitionsfinanzierung dürfte noch prekärer ausfallen
- Personalbedarf kann an vielen Stellen nicht adäquat gedeckt werden
- Übernahme der gematik durch das BMG verspricht Veränderung

Ein Blick über den Tellerrand...



Quelle: hulahq.com



proteus
DIGITAL HEALTH

www.proteusdigitalhealth.com
Developer of an ingestible sensor

Medical grade ingestible sensor & patch

Proteus developed an ingestible sensor for medication adherence. The accompanying patch tracks the ingestible sensor and detects heart rate and activity. The ingestible sensor secured FDA clearance in 2012. Proteus is one of the best funded digital health companies (approx. \$400 million).

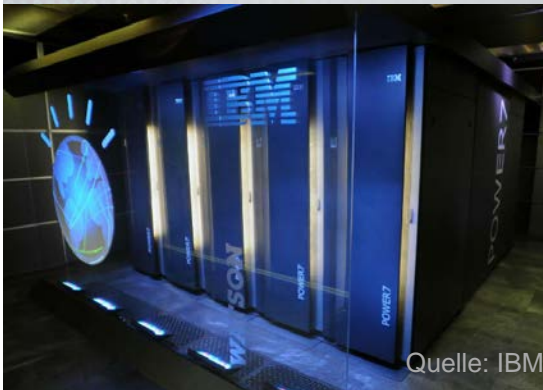
"The information we measure is verifiably accurate and not just consumer-grade or a toy." - Proteus CEO Andrew Thompson quoted in MobiHealthNews

Quelle: proteus.com

Das Krankenhaus 4.0 oder „Das tastaturlose Krankenhaus“

„Unser Ziel ist das tastaturlose Krankenhaus, um Mitarbeiter wie Patienten von Bürokratie zu entlasten, Medizin schneller und wirksamer zu machen und mehr Zeit für die wirkliche Beziehung Arzt - Patient zu gewinnen.“

Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstand des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein,
Vorstandsvorsitzender, Vorstand für Krankenversorgung anlässlich des 18. DRG-Forums
am 22.3.2019 in Berlin



- zunehmende Durchdringung des Behandlungsgeschehens mit Informationstechnik wird auch das Gesundheitswesen tiefgreifend verändern

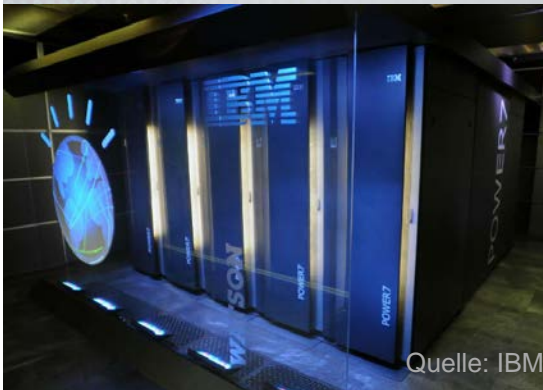
Verpflichtung zur Effektivität Digitale Transformation Informationssicherheit

- Vernetzung, Bereitstellung von Daten, Entscheidungsunterstützung (z.B. eAMTS) wird künftig größere Rolle spielen

Telematikinfrastuktur Aktensysteme (ePA, eGA, eFA)

- Herausforderung enormer Datenmengen medizinischer Verfahren meistern

Cloud-Anwendungen Big Data



- stärkerer Einfluss europäischer und internationaler Normungsbestrebungen

Gestaltungsspielraum nutzen

- legislative Anforderungen an IT steigen

IT-Sicherheitsgesetz 2.0 Digitalisierungsgesetz

- Rahmenbedingungen für IT verschärfen sich (Cyberangriffe, Markt- und Investitionsdruck)

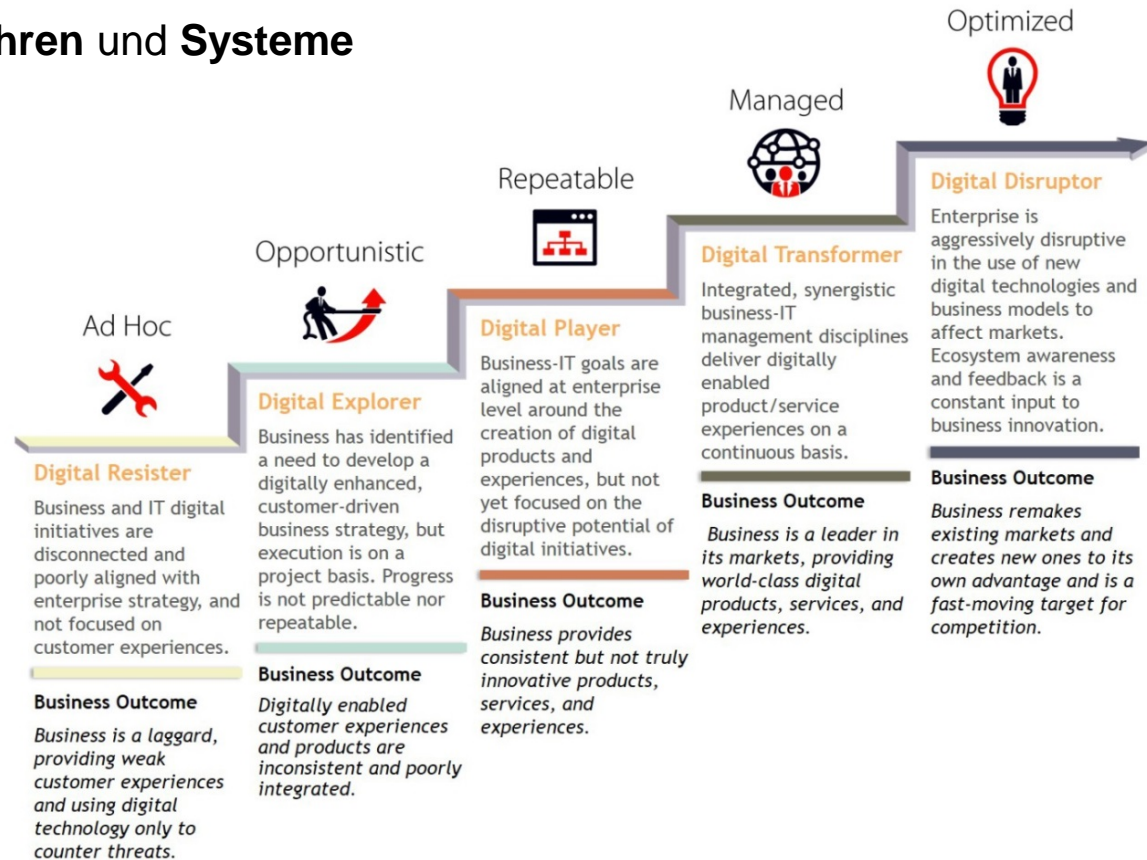
Veränderung der Markt- und Wettbewerbssituation

- heterogenes Anwendungsumfeld in Kliniken

Konsolidierungsdruck durch Informationsmanagement

Informationsmanagement – die digitale Transformation

- Krankenhaus-Informationstechnik muss sich auf neue Anforderungen einstellen
- Digitaler Reifegrad als „Gradmesser“ der digitalen Transformation
- Übersicht über eingesetzte Verfahren und Systeme
- Organisation von Informationen
- Definition von Prozessen
- bedingt IT-Strategie
- Informationssicherheit muss immer mitgedacht werden
- Komplexität durch heterogene Systemumgebung



Die Telematikinfrastuktur als „Datenautobahn“



Gesundheitskarte

Milliardenkosten: De...

Muster der elektronischen Gesundheitskarte: Größte Unterschiede

Die elektronische Gesundheitskarte droht zu einem Milliardenprojekt zu werden. Krankenkassen und Ärzte, die die Karte mit Kliniken, Apothekern und der Industrie gemeinsam einführen sollen, haben sich

Elektronischer

Freien Ärzteschaft

Alle (eGK) für jeden Versicherten Pflicht. Die Kosten dafür

Die einheitliche Kartenbezeichnung als Erkennungsmerkmal

Das Foto der/des Versicherten

A123456781

Erika Musterfrau
Musterkasse
123456789
Versicherung

A123456789
Versichertennummer

Nutzen der neuen Krankenkassen-Karte bleibt zurück

Die neue elektronische **Gesundheitskarte** gilt seit dem 1. Januar 2014 allerdings noch bis zum 1. Oktober 2014 mit der alten Krankenkassen-Karte abrechnen. Danach werden die alten Versicherungskarten ungültig. Dennoch sind Arztbesuche ohne die elektronische **Gesundheitskarte** schon jetzt umständlicher. Versicherte innerhalb von 10 Tagen nach der Behandlung einen Krankenversicherungsnachweis erbringen sollten, sonst können Behandlung privat abgerechnet werden. Den Krankenversicherungsnachweis erhalten gesetzlich Krankenversicherte von Ihrer Krankenkasse auf Nachfrage.

Mittwoch, 18.06.2014 - 18:32 Uhr

Drucken | Senden | Merken

Nutzungsrechte | Feedback

Kommentieren | 41 Kommentare

Teilen | Empfehlen

Elf Jahre nach dem Beschluss zur Einführung der **elektronischen Gesundheitskarte, kurz eGK**, droht das IT-Projekt zum Milliardengrab zu werden. Krankenkassen und Ärzte, die die Karte mit Kliniken, Apothekern und der Industrie gemeinsam einführen sollen, haben sich

Quelle gematik

2003

- GKV-Modernisierungsgesetz

2005

- Gründung gematik

2009

- Basis-Rollout
- Moratorium eRezept und Neuausrichtung der gematik

2011

- Verringerung der Funktionalität (Vorgezogene Lösung)

2013

- Vorbereitung der nächsten Umsetzungsstufe

2014

- Ablösung der KVK

2016

- Beginn der Erprobung (VSDM)

2017

- Erprobung VSDM abgeschlossen

2018

- Beginn Wirkbetrieb (VSDM)
- TSVG-Entwurf

2019/20

- Anwendungen nach § 291a SGB V:
 - NFDM, eMP / AMTS, KOM-LE
 - neue Anwendung ePA
 - Projekt Migration GDD/eFA, Neuausrichtung eRezept

Mehrwert der TI

dynamische Entwicklung der Anforderungen an KH

- einrichtungsübergreifende, intersektorale Kooperation
- Informationsaustausch zwischen Patienten, anderen Leistungserbringern und Dritten (Behörden, staatl. beauftragte Stellen)
- Anforderungen an elektronische Datenaustauschverfahren (Qualität, Quantität, aber auch Datenschutz und Datensicherheit) immer komplexer

Mehrwert der TI

es stellen sich immer dieselben Fragen...

- Wie werden die Kommunikationspartner erreicht?
- Welche Form der Transportverschlüsselung ist möglich?
- Wie werden Dokumente signiert / verschlüsselt?
- Wie werden zugriffsberechtigte Personen oder Institutionen digital authentifiziert / authorisiert?
- Wie erfolgt die Anmeldung an den Systemen?
- Werden standardisierte Formate für Dokumente unterstützt (wenn ja: welche)?
- Wer implementiert neue Schnittstellen zu welchen Kosten?

Mehrwert der TI

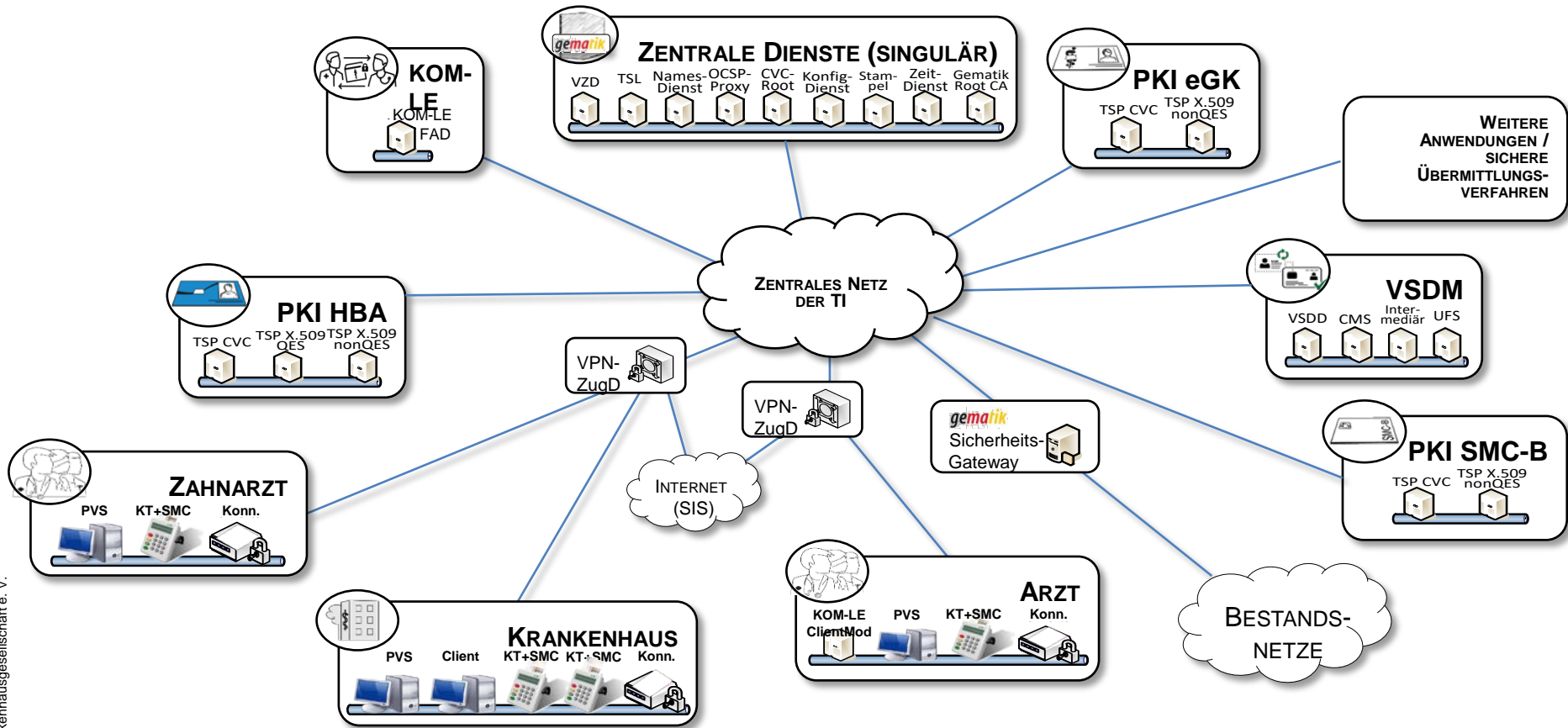
Unterstützung durch technische Verfahren

- Vernetzung der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen
- Sicherstellung der Schutzziele der Informationssicherheit:

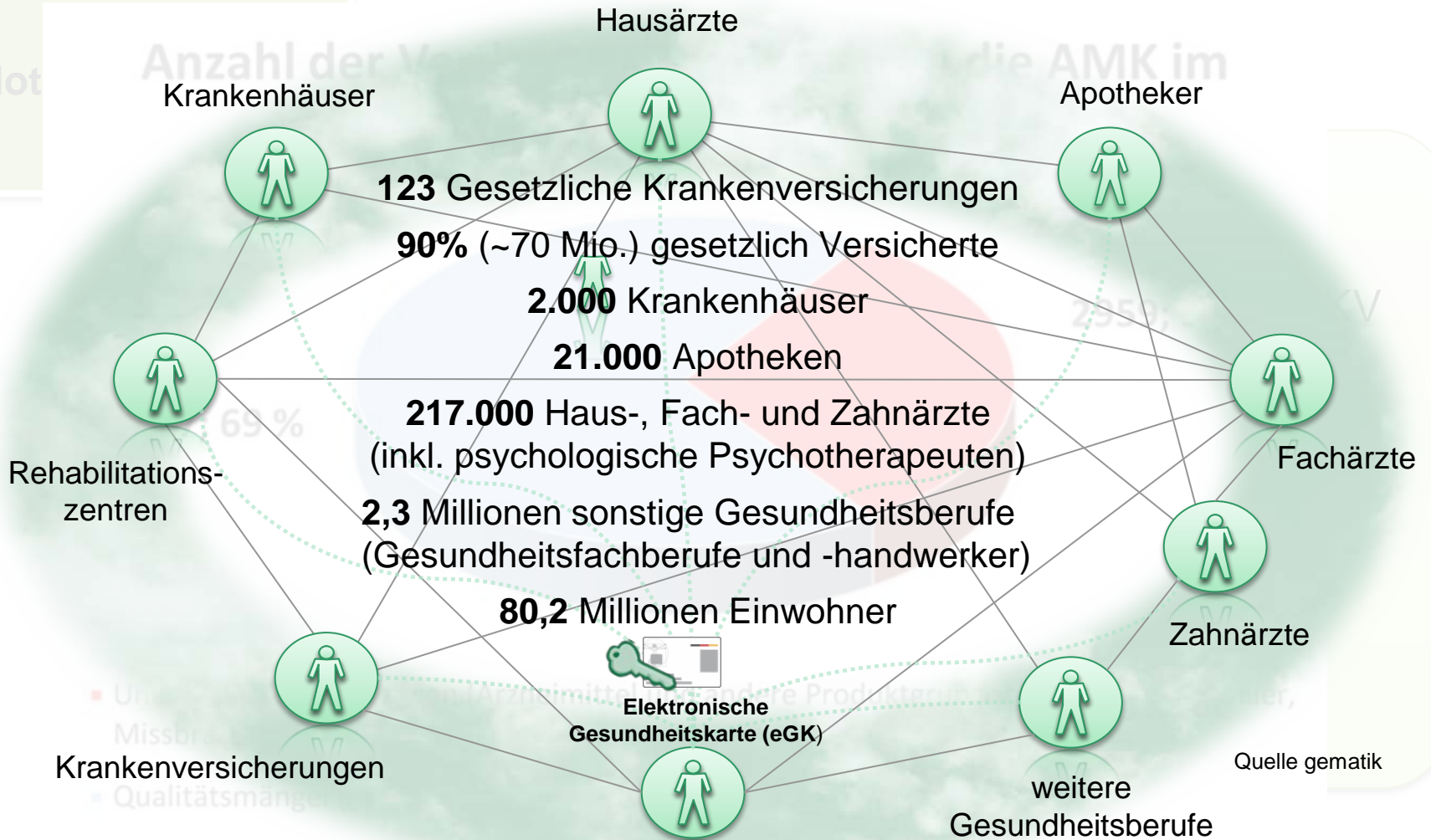
Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität, Vertraulichkeit

- verschlüsselte Datenübermittlung
- Sicherung der Datenintegrität
- Authentifizierung der Akteure

Telematikinfrastruktur - Überblick



Quelle: gematik-Konzept Architektur der TI-Plattform



Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

- Verwaltung der Versichertenstammdaten (Daten nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 – 10 SGB V) im sog. VSDM als erste Anwendung der Telematikinfrastuktur
- Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 291 SGB V)
- Daten auf der eGK vorhanden sowie über Versichertenstammdatendienst (VSDD) abrufbar (Aktualisierung der elektronischen Gesundheitskarte möglich und notwendig)
- Ausgabe und Pflege in Verantwortung der jeweiligen Krankenversicherung
- Verbesserung der Datenaktualität (z.B. Zuzahlungsstatus) als Ziel
- EHealth-Gesetz: Sanktionsmechanismus bei Nicht-Umsetzung des VSDM etabliert (Fristenverschiebung im Pflegepersonalstärkungsgesetz)

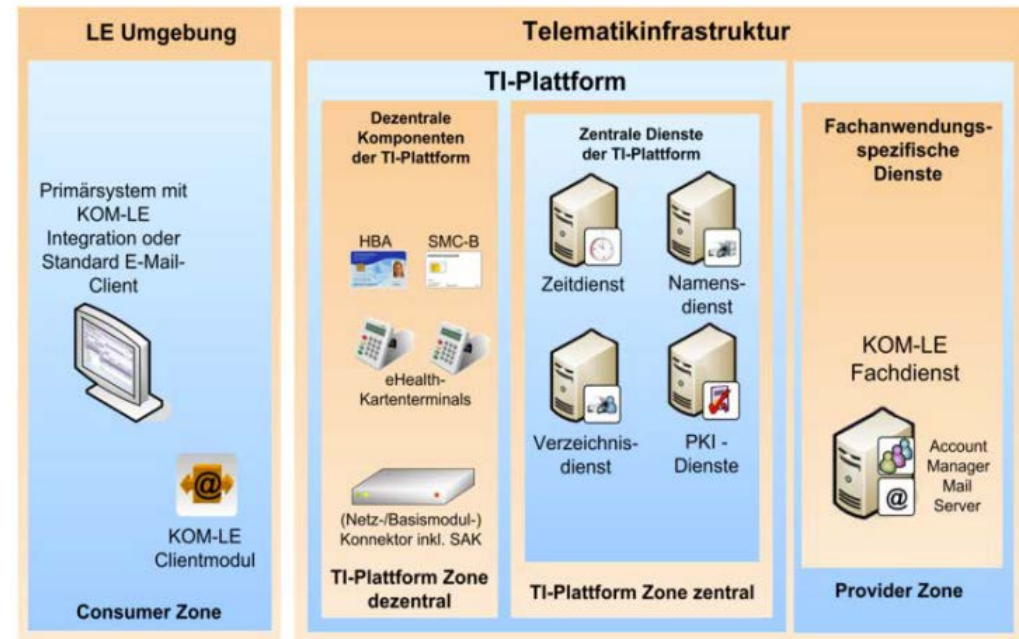


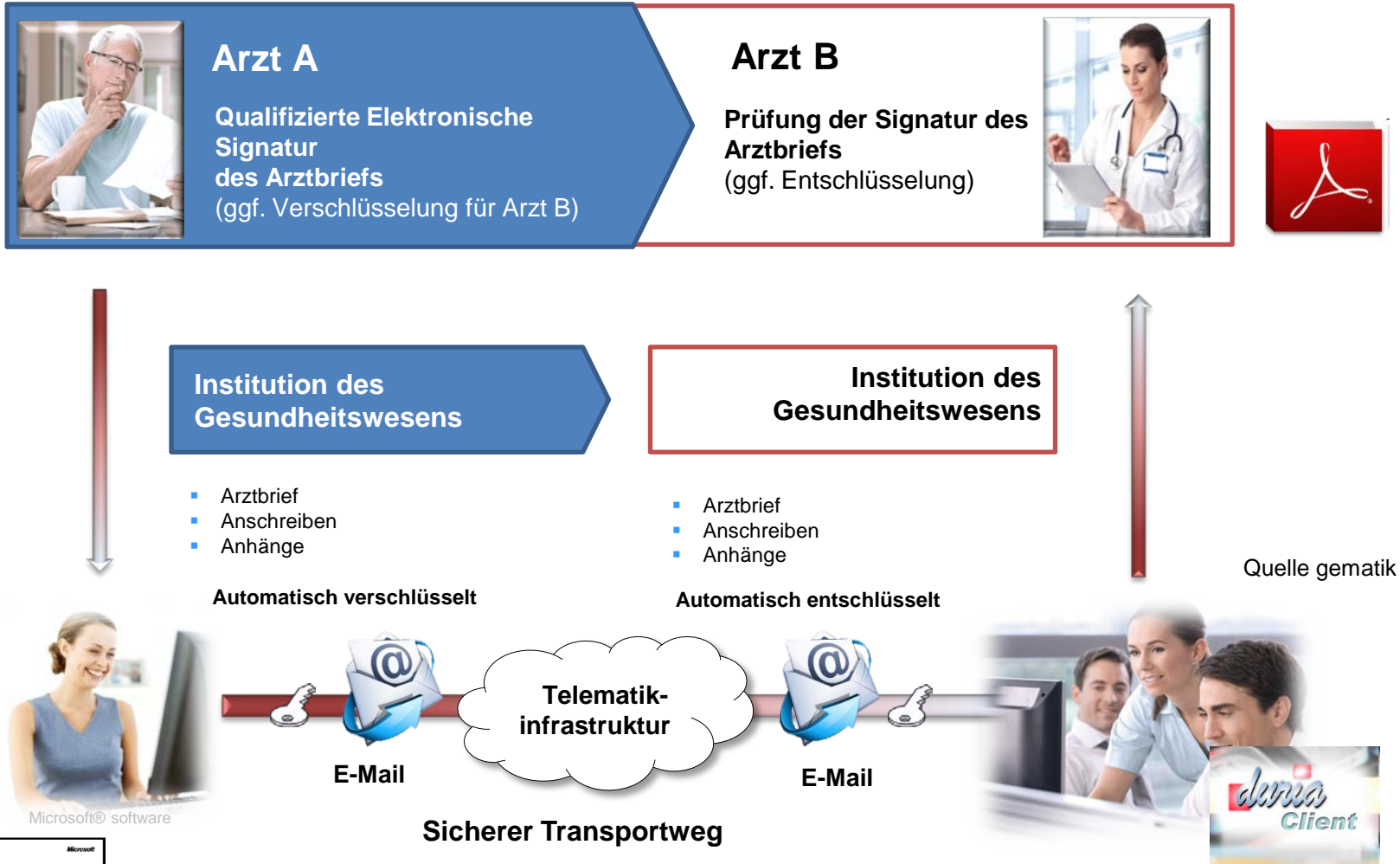
Migration von Gesundheitsdatendiensten am Beispiel der elektronischen Fallakte (GDD/EFA)

- Beauftragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit einem Projekt zur Migration bestehender Anwendungen in die Telematikinfrastruktur („Migrationspfad“)
 - an einem für Krankenhäuser wichtigen Beispiel
- viele Gesundheitsdatendienste schon heute im praktischen Einsatz (in der Regel Abdeckung spezifischer Versorgungssituationen auf regionaler Ebene)
- Ziel: Anbindung („Migration“) von Fallaktendiensten an die TI
- Nutzung der Plattformfunktionen („Dienste“) für die eFA
- für spätere Stufe des Online-Produktivbetriebs vorgesehen

Sichere Kommunikation der Leistungserbringer

- Beauftragung der KBV mit der Entwicklung eines Systems für den gesicherten Informationsaustausch unter den Leistungserbringern und Institutionen (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser usw.) (Ersatz für eArztbrief)
- bei Versand: automatische Signatur und Verschlüsselung der Nachricht
- bei Abholung: automatische Entschlüsselung und Prüfung der Nachrichtensignatur





Notfalldatenmanagement (NFDM) / Datensatz persönliche Erklärungen (DPE)



- Bundesärztekammer wurde 2010 mit Projektleitung für sog. „Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte“ beauftragt
- notfallrelevante Informationen können von einem Arzt auf der eGK gespeichert werden und im Notfall mit HBA von eGK gelesen werden (ohne PIN)
- mit Transplantationsgesetz (2012) Aufnahme der Speicherung von persönlichen Erklärungen (Hinweise auf Vorhandensein und Aufbewahrungsort von Organspendeerklärung, Patientenverfügung, Vollmachten)
- Erprobung im Rahmen „NFDM-Sprint“ (Arztpraxen, Apotheken, Krankenhaus): „grundsätzlich geeignet“ (Teilnahmeziel deutlich verfehlt!)

Inhalte Notfalldatensatz

- Angaben zum Patient
- Diagnosen
- Medikation
- Allergien
- besondere Hinweise
- Angaben zu behandelnden Ärzten
- Schreiben muss signiert werden (derzeit mit HBA, evtl. SMC-B)
- im Notfall ohne PIN auslesbar
- Heilberufsausweis als Voraussetzung für das Lesen der Notfalldaten

Notfalldaten Martin Mustername

geb. 01.02.1946 Zuletzt Aktualisiert: 29.04.2016

An die versorgenden Notfallmediziner / Rettungskräfte:

Der vorliegende Notfalldatensatz wurde im Rahmen des Forschungsprojektes **NFDM-Sprint** durch einen Arzt erstellt. Ab 2018 soll jeder gesetzlich Versicherte die Möglichkeit haben, einen solchen Notfalldatensatz anlegen zu lassen. Um den Notfalldatensatz weiter verbessern zu können, möchten wir Sie herzlich bitten, nach der Versorgung des Patienten an einer **kurzen telefonischen Befragung** (wenige Minuten) zum Notfalldatensatz teilzunehmen. Selbstverständlich erfolgt die Befragung **komplett anonym**. Sie erreichen uns innerhalb der Projektlaufzeit (Juni bis Dezember 2016) montags bis freitags von 8.30 bis 17.00 Uhr unter Tel.: 0251/83-58222. Ihre Stabsstelle Telemedizin des Universitätsklinikums Münster. Mehr Informationen erhalten Sie auch unter: <http://nfdm.gematik.de>.

DIAGNOSEN

Vorhofflimmern, paroxysmal (G)	2008	2
Koronare Herzkrankheit 2-Gefäßl., Z.n. PCI/DES med. Riva 09/2015 (G)	09/2015	7
Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry (I)	29.04.2016	2
Z.n. Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand (Z)	09/2014	2
rez. Ulcus ventriculi unter Lang. NSAR Einnahme (G)	2010	2
Niereninsuffizienz Stad. 2 (GFR > 70) (G)	01.03.2013	2
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen multiplen Komplikationen, als en (G)	1998	2
Hypothyreose, Z.n. Strumektomie 2006 (G)	2006	2
Arthralgie des Kniegelenks rechts (G)	18.04.2016	2
arterielle Hypertonie (G)	18.04.2016	2
Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht (G)	18.04.2016	2
Depressive Störung als mittelgradige Episode (G)	18.04.2016	2

MEDIKATION

Phenprocoumon 3 mg	Du/Fr Pause,Ziel-INR 2-3	0-0-0-5-	nr	2
Diclofenac natrium 100 mg	b.Bed._Ausnahme!	---	ret	2
Allopurinol 300 mg		0-0-0-5-0	nr	2
Valsartan 160 mg		1-0-0-0	nr	2
Torasemid 10 mg	b.starkem Ödem 2-1-0-0	1-1-0-0	nr	2
Oxycodon hydrochlorid 5 mg	b.Knieschmerz max 2xtgl.!	---	nr	2
Levothyroxin natrium 75 µg		1-0-0-0	nr	2
Metformin hydrochlorid 1000 mg		1-0-1-0	nr	2
Metoprolol tartrat (Ph.Eur.) 50 mg		1-0-1-0	nr	2
Pantoprazol natrium-1,5-Wasser 45.11 mg		1-0-1-0	ret	2

ALLERGIEN

Metamizol (Novalgine u.a)	CAVE: schwere anaphylaktische Reaktion mit Lufnot, Quincke-Ödem!	2
Benzodiazepine	bekannte paradoxe Reaktion	2

BESONDERE HINWEISE

Implantat: Defibrillator Biotronik Inventa 7 (02.05.2015)	1
Kommunikationsstörung: ausgeprägte Presbyakusis, Hörgerät bds.	2
Weglaufgefährdung: bei Wechsel der gewohnten Umgebung kann es zu Verwirrtheit und Weglaufgefahr kommen!	2

Zusatzinformationen auf Wunsch des Patienten:

PATIENT

Patientendaten: Martin Mustername (* 01.02.1946) Versicherten ID: B123456789 Telefon: 0251-1234567	Im Notfall kontaktieren Ehefrau Maria Mustermann Telefon: 00151-12345678 Telefon: 0251-1234567	Einwilligung hinterlegt bei: Dr.med.Petra Meier Friedrichstr. 136 10117 Berlin
--	--	--

ÄRZTE

Diagnose / Indikation durch: (s.o.)

1	Institution 2	Arzt 7	Institution
Dr. R. Rysm UK Münster, Schrittmachereambulanz Münster	Dr.med.Petra Meier Fachärztin für Telemedizin Berlin	Dr. M. Mahler Fachärztin für Kardiologie Waldberg/Ts.	Dr.med.Petra Meier Fachärztin für Telemedizin Hausärztliche Versorgung Friedrichstr. 136 10117 Berlin

Dr.med.Petra Meier
Fachärztin für Telemedizin
Hausärztliche Versorgung
Friedrichstr. 136
10117 Berlin

Stempel / Unterschrift des Arztes

elektronischer Medikationsplan / Arzneimitteltherapiesicherheit

DAV



- Vermeidung von gesundheitlichen Gefährdungen durch Medikationsfehler
- Unterstützung des gesamten Medikationsprozesses (Ärzte, Apotheker, Patienten, Angehörige, Dritte)
- Bundeseinheitlicher Medikationsplan gem. § 31a SGB V (verpflichtend bei mind. 3 Medikamenten auszustellen, Papierform)
- künftig: eMP (elektronisch auf der eGK gespeichert, PIN-gesichert, historisierbar)

Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP) mit 2-D Barcode (enthält alle Informationen)

Medikationsplan Seite 1 von 1	für: Jürgen Wernersen geb. am: 24.03.1940	
	ausgedruckt von: Praxis Dr. Michael Müller Schloßstr. 22, 10555 Berlin Tel: 030-1234567 E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de	

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mit-tags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprolol succinat	METOPROLOLSUCCINAT 1A 95MG	95 mg	RetTabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	RAMIPRIL RATIOPHARM 5MG	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NOVORAPID PENFILL ZYLINAMP	100 E/ml	Amp	20	0	20	0	IE	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	SIMVA ARISTO 40MG	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette

zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente

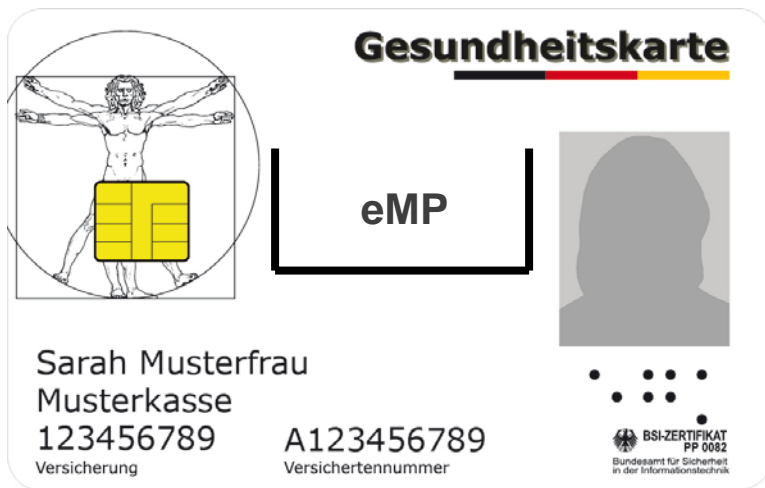
Fentanyl	FENTANYL ABZ 75UG/H	0,075 mg/h	Pflast	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
----------	---------------------	------------	--------	------------------	--	--	--	-------	----------------------------------	-----------

Selbstmedikation

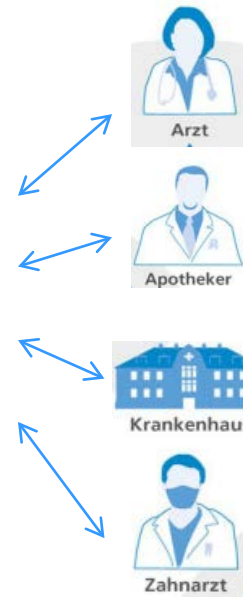
Johanniskraut-Trockenextrakt	LAIF 900 BALANCE	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung
------------------------------	------------------	--------	------	---	---	---	---	-------	--	----------

- elektronischer Medikationsplan (eMP) künftig als alternatives Speichermedium zum BMP
- keine Signatur für eMP vorgesehen

Nutzungsszenario eMP



Quelle: gematik



Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	Einheit	Minerale	Grund
Ramipril	Ramipril STADA/N	5mg	Tab.	1	0	0	Stk	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	HCT-Kurall 25mg/N	25mg	Tab.	1	0	0	Stk	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Cholestagil	Flavell 25mg/N	25mg	Tab.	0	0	1	Stk	während der Mahlzeiten	erhöhtes Cholesterin

Anwendung unter der Haut		Startzeit	Dauer	Einheit	Minerale	Grund		
Insulin human	Insulin B Braun Basal	Startzeit	(21)	(1)	(1)	Stk	kein Insulin	Diabetes

Bedarfmedikation		max	Einheit	Minerale	Grund			
Glyzerinalkohol	Caragell Mörpny	Spray	max 3	ml	keine	Hauterkrankungen		
Varnofyllin	stark	Tab.	2	0	0	Stk	bei Bedarf	Schilddrüse

- Daten für den eMP entsprechen den AMTS-Daten
- Die Versicherten-PIN ist auf Wunsch deaktivierbar
- Erstellung und Fortschreibung des eMP durch den Leistungserbringer auf der eGK
- Versicherte erhält nach jeder Änderung Ausdruck in standardisierter Form

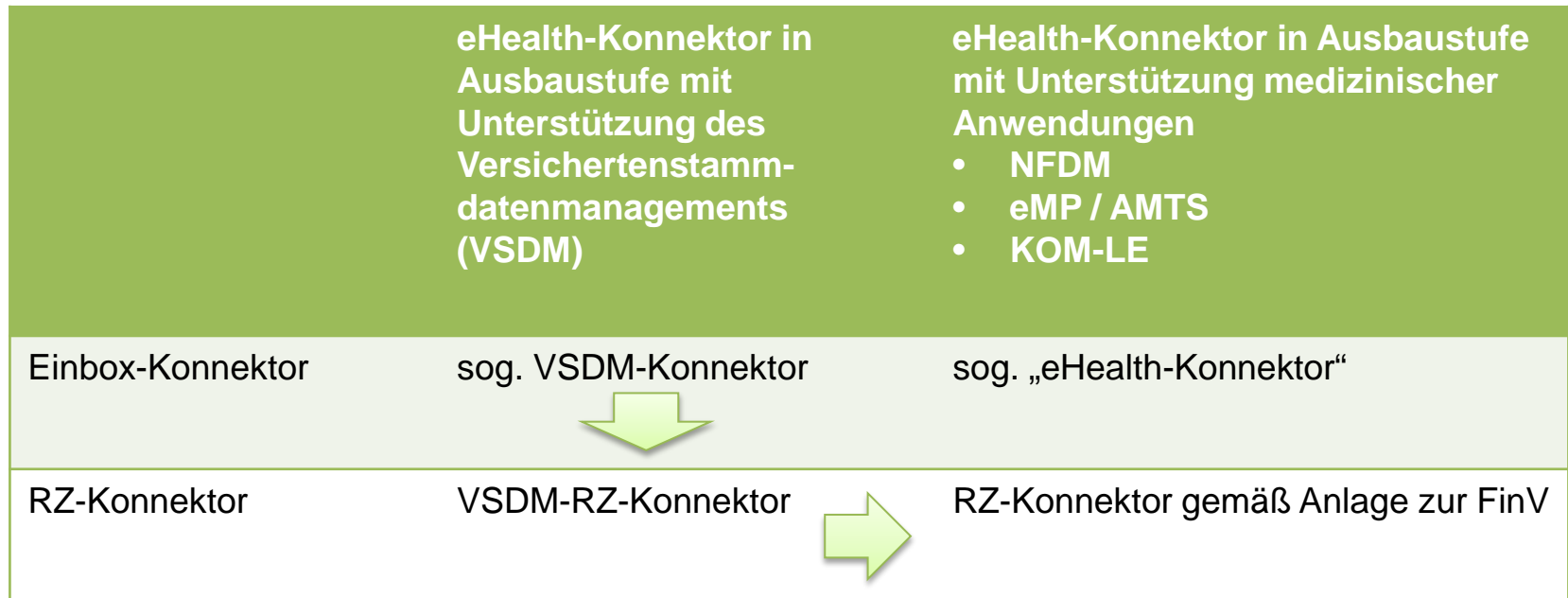
EPA

Projekt elektronische Patientenakte

- Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA), in der Daten über den Versicherten bereit gestellt werden können, einschließlich einer Patientenfach-Funktionalität, über die der Versicherte selbst Daten zur Verfügung stellen kann oder Daten für ihn zur Verfügung gestellt werden können
- Zwei-Schlüssel-Prinzip, alternative Authentisierung in Vorbereitung (gesetzlich vorgesehen)
- Nutzung im Krankenhaus z.B. bei Anamnese und Entlassung

- Ca. 60.000 Praxen / MVZ ausgestattet
- Zulassungen für eHealth-Konnektoren nicht vor Q3 2019
- damit auch Ausstattung für die stationären Bereiche der Krankenhäuser nicht finanzierbar
- zugelassene Komponenten auf gematik-Webseite
 - 4 Kartenterminals
 - 4 Inbox-VSDM-Konnektoren
 - „viele“ Primärsysteme (wenige KIS)
- Simulatoren für Prüfung Primärsysteme für NFDM/eMP sind verfügbar
- Betrieb und Netzwerküberwachung laufen „normal“

Anbindung via Konnektor: Typen und Ausbaustufen





EPA – Elektronische Patientenakte (nach § 291a)	EFA – Elektronische FallAkte	EGA – Elektronische Gesundheitsakten (§ 68)
<p>Eigenschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Kontrolle des Patienten • Lebenslang geführt • Dokumente aus unterschiedlichen Quellen • Speicherung bei Provider des Patienten 	<p>Eigenschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Kontrolle des Leistungserbringer • Für einen definierten Behandlungskontext • Nur Dokumente der Leistungserbringer • Für Speicherung Vertrag mit Provider / Leserecht geht ohne 	<p>Eigenschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Kontrolle des Patienten • Lebenslang geführt • Dokumente aus unterschiedlichen Quellen (auch Abrechnungsdaten) • Speicherung bei Provider der Krankenkasse
<p>Diskussionsfelder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feinstrukturierte Daten • Pflicht zum Einstellen 	<p>Diskussionsfelder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Löschfristen bei chronischen Erkrankungen • Umfang und Art der Aufklärung / Einwilligung 	<p>Diskussionsfelder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine einheitlichen Schnittstellen zu Primärsystemen • Keine Pflicht der Leistungserbringer, Daten einzustellen
<p>Einordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilft insb. bei ungeplanten Episoden, Zweitmeinungen und Arztwechsel • Keine Sicherheit für Leistungserbringer! • Könnte Standardschnittstelle für Sensoren werden 	<p>Einordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei einrichtungsübergreifenden Versorgungsprozessen • Kann Grundlage für Verträge sein • Wird auch über TI verfügbar 	<p>Einordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hilft insb. bei ungeplanten Episoden, Zweitmeinungen und Arztwechsel (Kein Mehrwert gegenüber EPA!) • Keine Sicherheit für Leistungserbringer! • Einstellen wird für Leistungserbringer zur Zusatzbelastung • Anbindung blockiert Ressourcen bei Krankenhäusern und Herstellern

ePA vs. eGA

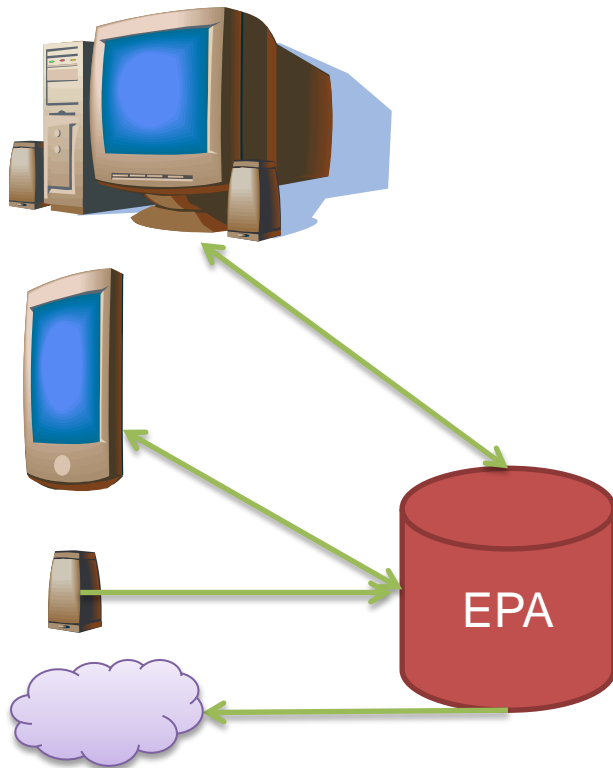
Elektronische Gesundheitsakten

- Angebote insbesondere der Krankenkassen, ihren Versicherten im Rahmen von Bonusprogrammen die Möglichkeit der Speicherung von Gesundheitsdaten einzuräumen:
 - Abrechnungsdaten der Kassen
 - Fitnessdaten
 - medizinische Daten
 - Ernährungsdaten
- Daten in der Hand des Versicherten
- unterschiedliche Zielstellungen zur ePA nach § 291a jedoch Ziel: Kompatibilität

Die Zukunft: zwei Akten – zwei Aufgaben!

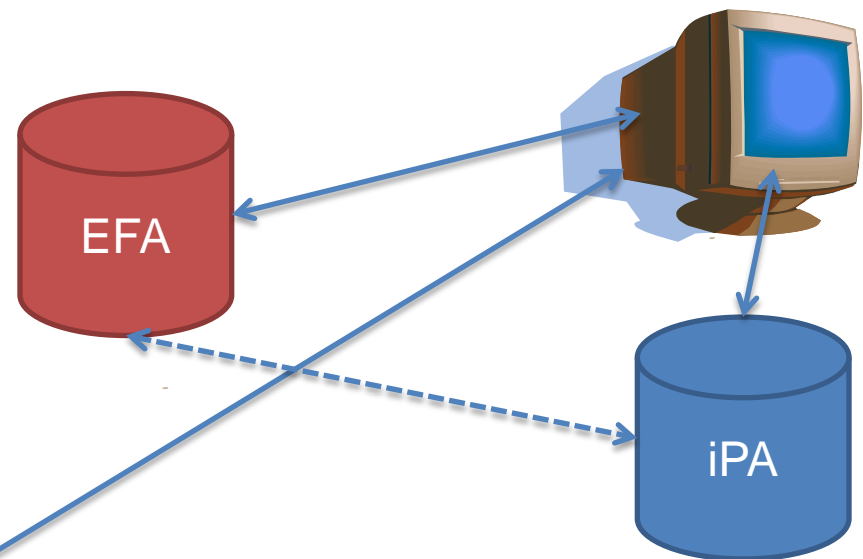
EPA für den Versicherten

- Erreichbar über PC und Smartphone
- Einbindung von Sensoren in der Hand des Patienten
- Patient kann Daten freigeben



EFA für den Leistungserbringer

- Kommunikation
- Prozesssteuerung / -verbesserung!



EPA für den LE

- Basisdaten / Anamnese
- Daten von Sensoren
- Pflege von „Pässen“



- Anspruchshaltung der Nutzer (Ärzte und Patienten) orientiert sich am Grad der Digitalisierung, die sie auch außerhalb des Krankenhauses erleben

hieraus ergeben sich Risiken:

- „Bring Your Own Device (BYOD)“
- Social Media Nutzung
- Orientierungshilfe „Messenger im Krankenhaus“ der Datenschutzbehörden in Planung

Grundsätze der Finanzierungs- vereinbarung

- Vereinbarung zur Finanzierung der **Ausstattungs-** und **Betriebskosten** im Rahmen der Einführung und des Betriebs der Telematikinfrastuktur gem. § 291a Abs. 7a SGB V
- knüpft an Finanzierungsvereinbarungen zum Basis-Rollout aus 2008 an
- Finanzierung der Ausstattung und des Zusatzaufwands für an der **Erprobung** teilnehmende Krankenhäuser („Feldtest“)
- Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten für Produktivbetrieb:
 - Versichertenstammdatenmanagement (online-VSDM)
 - Basisdienst QES
 - Notfalldatenmanagement (NFDM)
 - elektronischer Medikationsplan (eMP)
 - sichere Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE)

Grundsätze der Finanzierungs- vereinbarung

- Ermittlung von **Pauschalen** auf Grundlage von Kennzahlen des Krankenhauses (Grunddaten)
 - Anzahl Planbetten, Anzahl Ärzte-VK
 - Anzahl ermächtigter Ambulanzen sowie MVZ, die Verzichtserklärung gegenüber KV abgegeben haben
 - Anzahl der Fachabteilungen sowie der für stations-äquivalente Behandlung zugelassenen Behandlungsteams
 - Anzahl benötigter HBAs
 - Anzahl der Standorte des Krankenhauses (§ 293 Abs. 6 SGB V)
 - Datenschutz: Berechtigung je Fachabteilung notwendig?
 - bei unterjähriger Aufnahme die Betriebsmonate
 - Anzahl vereinbarter Behandlungsfälle aus Budgetverhandlung
- Finanzierung über **Telematikzuschlag** (Budgetvereinbarung)
- **Fortschreibung** bei Erprobung und Produktivbetrieb weiterer Anwendungen oder falls gesetzliche Verpflichtung zur QES bei medizinischen Anwendungen (HBA) entfällt

Betroffene Leistungsbereiche des Krankenhauses

stationäre Leistungsbereiche

- stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
- stationsäquivalente Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
- belegärztliche Leistungen (§ 121 SGB V)

ambulante Leistungsbereiche¹⁾

- ASV nach § 116b SGB V
- HSA nach § 117 SGB V
- PIA nach § 118 SGBV
- GIA nach § 118a SGB V
- SPZ nach § 119 SGB V
- MBZ nach § 119c SGB V
- Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V
- Notfallambulanzen nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 2 Ziff. 4 BMV-Ä
- ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V
- Ermächtigungsambulanzen persönlich ermächtigter Krankenhausärzte nach § 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV
- ambulante Leistungen bei Unter-versorgung nach § 116a SGB V

nicht umfasste Leistungsbereiche

- MVZ nach § 95 SGB V
 - Einrichtungen nach § 311 SGB V
 - Notfallambulanzen nach § 75 Abs. 1b SGB V
- (mit Kooperationsvertrag gegenüber KV und in organisatorischer Leitung des Krankenhauses)

¹⁾ spätestens ab 1.1.2021
Finanzierung über KH-Regelungen

**Was wird
finanziert?**

Überblick über Finanzierungstatbestände

- Konnektoren
- Kartenterminals
- Karten (SMC-B, HBA)
- Anpassungsbedarf der Infrastruktur (technisch, organisatorisch)
- Betriebskosten


Berechnung des Telematikzuschlag

Ermittlung des Telematikzuschlags im Rahmen der Budgetverhandlungen¹⁾

- krankenhausesindividuelles Finanzierungsvolumen vereinbart zwischen Krankenhaus und Kostenträgern
- Angabe der Grunddaten ist durch geeignete Nachweise zu belegen
- einmalige Berücksichtigung der Investitionskosten, weiter geltender Telematikzuschlag danach nur noch für Betriebskosten
- Zuschlag unterliegt nicht der Deckelung zur Beitragssatzstabilität
- anteilige Finanzierung (fallbezogener Zuschlag im § 301-Verfahren) für alle vereinbarten voll- und teilstationären Fälle:
 - 47100009 Telematikzuschlag vollstationär
 - 47100013 Telematikzuschlag teilstationär

¹⁾ ab Verfügbarkeit und Nutzung der medizinischen Anwendungen

Rechenhilfe (Excel-basierte Ermittlung des Finanzierungsvolumens)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	
1	Gemeinsame Rechenhilfe zum Telematikzuschlag für Krankenhäuser nach § 291a Abs. 7a SGB V														
2	Version 1.1 für den Vereinbarungsstand vom 23.8.2018														
3															
4	Eingabebereich			Berechnung			Berechnung			Pauschalen Erstausrüstung			Pauschale Betrieb		
5	Grunddaten Krankenhaus			Kartenterminals			Konnektoren								
6	Betten	300		KT-Auf	12		EBK	4		Konnektoren	9.000,00 €		Hardware	1.800,00 €	
7	VK	100		KT-Amb	8		RZK	3		Admin-SW	2.000,00 €		VPN-Zugänge	1.584,00 €	
8	Notfallamb	1		KT-Med	34					Kartenterminals	23.490,00 €		Betrieb	3.700,00 €	
9	Erm. Amb	2		KT-Gesamt	54		Nutze RZK*	J		Mobile KT	350,00 €		SMC-B	651,00 €	
10	MVZ	1								Bereitstellung	80.000,00 €		HBA	3.256,40 €	
11	FA	1								Anpassung SW	50.000,00 €				
12	STÄB-Teams	1								Org. Anpassung	45.000,00 €				
13	HBA	70								Einmalig:	209.840,00 €				
14	Standorte	1											Pro Jahr:	10.991,40 €	
15	DS-Auflage	N											wenn anteilig:	5.495,70 €	
16	Monate Betrieb	6													
17	Ist Folgejahr	N													
18	Vereinbarte Fälle	12.000													
19	Ausgleich für Vorjahre	0,00 €													
20															
21	 Volumen: 215.335,70 €														
22	Telematikzuschlag: 17,94 €														

§ 291a Abs. 2a (neu)

„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

§ 291a Abs. 5c SGB V (neu)

„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass

1. Daten über den Versicherten in einer **elektronischen Patientenakte** nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und
2. Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können.“

§ 291b Abs. 1 SGB V (neu)

„[...] **Die Kassenärztliche Bundesvereinigung** trifft im **Benehmen** mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1 [...] die notwendigen Festlegungen für die **Inhalte der elektronischen Patientenakte** nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen [...].“

§ 291b Abs. 2 SGB V (neu)

„Der Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik [...] ist nach folgenden Grundsätzen anzupassen:

1. [...] Die Geschäftsanteile entfallen zu **51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland**, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 24,5 Prozent auf die anderen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen. [...].“

Erwartungen der DKG

- Klares Bekenntnis zur Digitalisierung im Krankenhaus
- Beseitigung von Hemmnissen bei der Umsetzung von Digitalisierung:
 - ernsthafte Finanzierung des entstehenden Aufwands
 - Bereitstellung benötigter Komponenten (Sicherstellung)
 - Unterstützung bei der Frage des Fachpersonals
 - Aufhebung der Sanktionsregelung für Krankenhäuser





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

