



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Übersicht Gesundheitskarte

Version 2010-Oktober

Inhaltsverzeichnis

Vorschau

1 Basis-Rollout: Anpassung der Infrastruktur und Ausgabe der eGK in 2009/2010

- 1.1 Ziele
- 1.2 Voraussetzungen
- 1.3 Basis-Rollout Nordrhein
- 1.4 Basis-Rollout bundesweit
- 1.5 eHealth-BCS-Kartenterminals
- 1.6 eGK-Zielinfrastruktur für den Krankenhaussektor

2 Online-Rollout: Neuausrichtung des Projektes „Gesundheitskarte“

- 2.1 Projektleitermodell
- 2.2 Ziele
- 2.3 Projekt Basis-Telematikinfrastruktur (Basis-TI)
- 2.4 Projekt Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)
- 2.5 Projekt Notfalldatenmanagement (NFDM)
- 2.6 Projekt Gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer (KOM-LE)
- 2.7 Projekt Migration von Mehrwertanwendungen am Beispiel der Fallakte (eFA-Migration)
- 2.8 Meilensteine

3 Krankenhausanforderungen an Telematikinfrastruktur und Anwendungen

4 Testmaßnahmen

- 4.1 Voraussetzungen für den Betrieb
- 4.2 Konnektoren
- 4.3 Konformitätsverfahren für angepasste Primärsysteme

5 Perspektiven und Probleme

- 5.1 Planungsübersicht
- 5.2 Datenhoheit, Sicherheit, Freiwilligkeit
- 5.3 Harmonische Migration

6 Sektorale Schwerpunkte für Krankenhäuser

- 6.1 Zugriffsrechte, Identitäts- und Berechtigungsmanagement
- 6.2 Elektronische Fallakte (eFA)

Anhang

- A1 Finanzierungsvereinbarung vom 27.6.2008 (Schiedsstellenergebnis)
- A2 Ergänzungsvereinbarung für Notfallambulanzen
- A3 Ergänzungsvereinbarung über die Festlegung der Höhe der Pauschalen ...
- A4 Gemeinsame Empfehlung vom 6.8.2009 zur Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung
- A5 Hinweise zur Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung

Zielsetzung des Dokuments

Das Dokument soll eine Übersicht über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geben.

Dokumentenhistorie

Vorversionen: 2008-02, 03–06, 08–11, 12, 2009-03, 05, 06, 07, 09, 2010-03, 06

Vorschau

Ende Oktober 2010 müssen die (Kartenterminal-)Pauschalen für die Vertragsärzte und Vertragszahnärzte in den auf Nordrhein folgenden Regionen/Ländern vereinbart sein, Danach kann die bundesweite Anpassung der Infrastruktur bei den Leistungserbringern für den Basis-Rollout einsetzen.

Ab 2011 ist eine Fortsetzung der eGK-Herausgabe durch die Krankenkassen in Nordrhein. Die bereits zugelassenen eHealth-BCS-Kartenterminals können dafür eingesetzt werden.

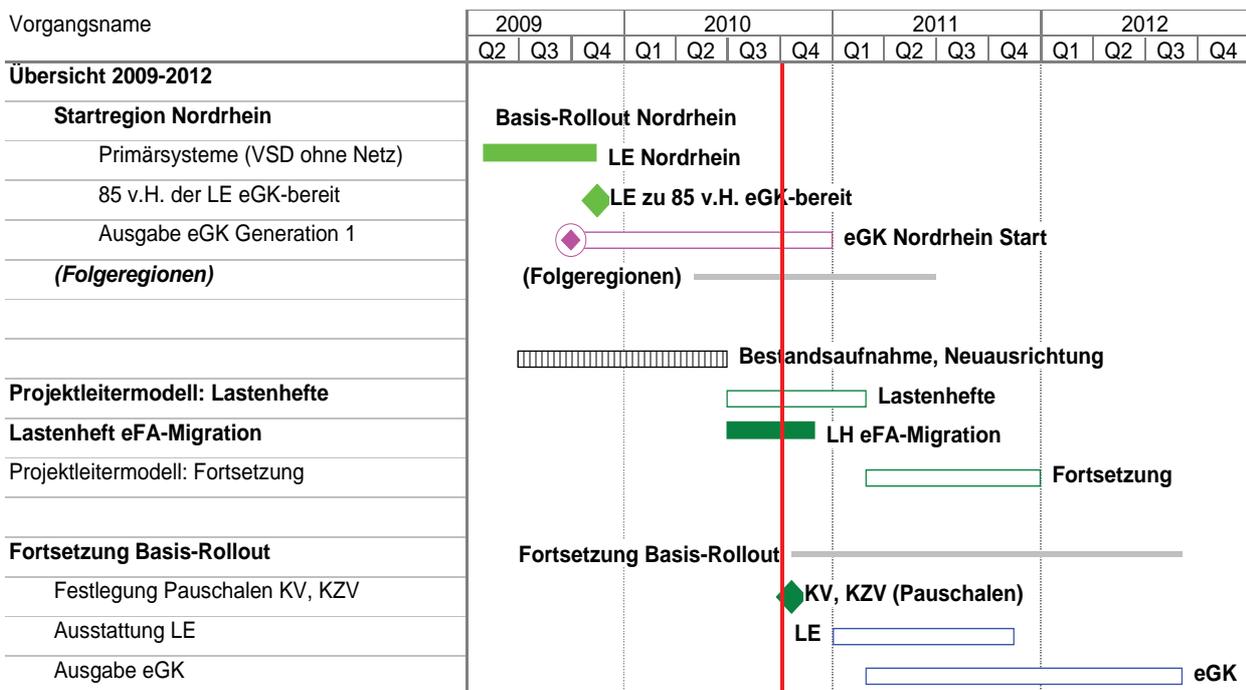
In der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wird eine ausgegebene Gesundheitskarte erst durch gesonderte Vereinbarung zwischen KBV bzw. KZBV gültig, im Krankenhausbereich ist die Gesundheitskarte ohne besondere Einschränkung verwendbar.

Im 1. Quartal 2011 werden die Lastenhefte für die neuen Projekte zur Online-Anbindung fertig gestellt sein. Planungsüberlegungen über den Fortgang werden dann möglich.

Der Beginn der bundesweiten Ausgabe der eGK in 2011 ist offen, er kann für die 2. Jahreshälfte 2011 erwartet werden. Bis dahin muss bundesweit bei den Leistungserbringern die Anpassung der Infrastruktur an den Basis-Rollout erfolgt sein.

Voraussetzung für flächendeckende Testmaßnahmen, beginnend in Nordrhein, sind die Überführung der für den Online-Rollout maßgeblichen Lastenhefte in Pflichtenhefte und angepasste Spezifikationen und darauf aufbauende zentrale Labor- und Anwendertests der gematik. Mit flächendeckenden Testmaßnahmen ist in der ersten Jahreshälfte 2011 nicht zu rechnen.

Für flächendeckende Testmaßnahmen wird eine Neuorganisation geprüft. Gegenstand der Prüfung ist auch die Ausschreibung von Testmaßnahmen durch die gematik mit dem Ergebnis, dass industrielle Anbieter die Testmaßnahmen in einer Testregion abwickeln, einschließlich einer Betreuung der Testanwender.



1 Basis-Rollout: Anpassung der Infrastruktur und Ausgabe der eGK in 2009/2010

Seit dem 4. Quartal 2009 stockt der Basis-Rollout in der Startregion Nordrhein. Eine Fortsetzung kann 2011, eine Ausweitung auf weiteren Regionen kann nach dem 1. Quartal 2011 erwartet werden.

1.1 Ziele

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll bundesweit an alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (und an Privatversicherte) als neue Krankenversichertenkarte ausgegeben und in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bei Inanspruchnahme von Leistungen genutzt werden. Die Nutzung ist auf die Zuordnung der eGK zu der inanspruchnehmenden Person (Identifikation) und das Einlesen der Versichertenstammdaten ohne Netzanbindung beschränkt.

1.2 Voraussetzungen

Bei den Leistungserbringern müssen die Primärsysteme die neuen Versichertenstammdaten einlesen und in weiteren Anwendungen, z. B. Abrechnungsverfahren, verarbeiten. In der Übergangszeit muss die bisherige Krankenversichertenkarte (KVK) weiter genutzt werden können.

Die Krankenversicherungen müssen das Herausgabeverfahren mit Personalisierung der Versicherten (Lichtbild) für die eGK einrichten.

Die (künftige) Nutzung der Gesundheitskarte erfordert besondere Kartenterminals. Im Basis-Rollout kann eine Variante mit einem Basis-Befehlssatz (eHealth-BCS-Karteterminal) eingesetzt werden. Die Kartenterminals müssen migrationsfähig sein und für die netzwerkseitige Anbindung an einen Konnektor aktualisiert werden können. Die Gesundheitskarte kann vorläufig auch von vorhandenen Multifunktionskarteterminals (MKT) gelesen werden, wenn sie eine Zulassung der gematik besitzen; sie müssen spätestens vor Beginn der Netzanbindung ausgetauscht sein.

Die Finanzierung der Anpassungskosten für den stationären Bereich, die Institutsambulanzen der Krankenhäuser und die Notfallambulanzen hat die DKG mit dem GKV-Spitzenverband bundesweit einheitlich vereinbart. Für ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Institutsambulanzen sind die Finanzierungsregelungen für den vertragsärztlichen Bereich maßgeblich. Die Krankenhäuser werden über einen Telematikzuschlag finanziert, der in der Abrechnung der Behandlungsfälle ausgewiesen wird. Die Vereinbarung des Telematikzuschlags für das einzelne Krankenhaus erfolgt über die Pflegesatzvereinbarung.

1.3 Basis-Rollout Nordrhein

Die Anpassungsmaßnahmen und die Ausgabe der Gesundheitskarte beginnen in Nordrhein und setzen sich dann bundesweit fort.

Die Anpassungsmaßnahmen der Krankenhäuser in Nordrhein sind seit Oktober 2009 abgeschlossen. Die notwendigen Anpassungen der Primärsysteme werden für Krankenhausinformationssysteme durch ein Konformitätsverfahren unterstützt, das die DKG mit dem Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen (VHitG) eingerichtet hat. Für den vertragsärztlichen Bereich hat der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Implementierungsleitfaden für Praxisverwaltungssysteme erstellt.

Die Krankenkassen haben im April 2009 erklärt, „dass sie in der Startregion Nordrhein ab dem 1. Oktober 2009 damit beginnen werden, elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten auszugeben“. Tatsächlich ist die Ausgabe u.a. durch die Bestandsaufnahme nicht im geplanten Maß durchgeführt worden.

Vor Beginn der eGK-Ausgabe ist die Onlinefähigkeit, d.h. Aktualisierbarkeit der eGK im Rahmen des FuE-Projektes „ProOnlineVSDD“ geprüft worden.

1.4 Basis-Rollout bundesweit

Die Ausgabe der eGK in den Folgeregionen ist von der Reihenfolge der Anpassungsmaßnahmen bei den Leistungserbringern abhängig. Voraussetzung für den Start der Anpassungsmaßnahmen ist, dass die noch ausstehenden Finanzierungsvereinbarungen für die Vertragsärzte (und Vertragszahnärzte) in den Folgeregionen abgeschlossen sind und damit die Beschaffungs- und Refinanzierungsfristen geregelt sind. Hierfür besteht eine Frist bis zum 21.10.2010.



Für die Reihenfolge und den zeitlichen Verlauf stehen zwei Rolloutkonzepte zur Diskussion:

- variabler Beginn in den Ländern mit bundesweitem Abschluss im 3. Quartal 2011 oder
- gestaffelter Rollout mit Abschluss im 1. Quartal 2012.

Die bundesweite Ausgabe der eGK kann danach im 4. Quartal 2011 oder im 2. Quartal 2012 beginnen.

Zur Klärung der Finanzierung für die Krankenhäuser haben zur Berücksichtigung in den Budgetverhandlungen 2009 der GKV-Spitzenverband und die DKG im August 2009 eine gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung herausgegeben (siehe Anhang).

1.5 eHealth-BCS-Kartenterminals

Für den Basis-Rollout werden von der gematik zugelassene eHealth-BCS-Kartenterminals benötigt. Seit September 2008 hat die gematik folgende Produkte zugelassen:

eHealth-BCS[BasicCommandSet]-Kartenterminals (Stand: 1.10.2010, Quelle: gematik)

Hersteller	Produkt	Zulassung
Hypercom GmbH	medHybrid (Version 3.00)	06.05.2010
	medModular eHealth BCS (Version 02.00)	20.05.2009
	medCompact (Version 2.0)	19.09.2008
SCM Microsystems GmbH	eHealth200 BCS (Version 2.01u)	22.09.2008
Sagem Monétel GmbH	Orga 6041L (Firmware 2.07)	17.09.2009
HID Global GmbH	OMNIKEY 8751 eHealth LAN (Version 2.02, Firmware 1.0.32)	21.01.2010
gemalto GmbH	GCR 5500-D BCS (Version 1.11)	17.12.2008
CCV Deutschland GmbH	CARDSTAR /medic2, Modelle 6011/2, 6020-2, 6020-4, 6220-2, 6220-4, 6321-4 (Version 1.50)	03.04.2009

eHealth-BCS[BasicCommandSet]-Kartenterminals (Stand: 1.10.2010, Quelle: gematik)

Hersteller	Produkt	Zulassung
ZF Electronics GmbH (Cherry)	G87-1504 (Version 1.1.4.8)	10.12.2009
	ST-1503 (Version 1.1.3.4)	09.04.2009
gt German Telematics GmbH	eHealth GT900 BCS (Version 1.0)	29.05.2009
3M Medica GmbH	OMNIKEY 8751 eHealth LAN distributed by 3M (Version 1.0.31, GS2.02)	24.07.2009

Vorhandene, von der gematik zugelassene, MKT-Kartenterminals können zunächst verwendet werden.

zugelassene MKT-Kartenterminals (Stand: 18.9.2009, Quelle: gematik; nicht mehr auf gematik-Webseite)

Hersteller	Produkt	Zulassung
CCV Deutschland GmbH (Celectronic GmbH)	CARDSTAR/medic2 (Version M1.20)	05.05.2009
Cherry GmbH	G80-1502 (Version 1.19)	08.11.2007
	ST-2052 (Version 5.13)	15.09.2008
Fujitsu Siemens Computers GmbH	KBPC CX (Version 1.04)	07.12.2006
	KB SCR Pro (Version 1.06)	04.07.2007
Kobil Systems GmbH	KAAN Advanced /RS232	24.10.2006
Sagem Monétel GmbH	Orga 5000-Serie	24.10.2006
	Orga 6000-Serie (Version 1.02)	21.04.2008
	Orga 920M KV2 (Version 1.0)	11.03.2008
SCM Microsystems GmbH	eHealth 100 MKT (Version 0.28u)	09.01.2008

1.6 eGK-Zielinfrastruktur für den Krankensektor

Die Planungen der Krankenhäuser für ihre IT-Infrastruktur müssen sich mit der angemessenen Einbindung der dezentralen Komponenten und ihren Problemen befassen. Für die Planung zum Basis-Rollout hat die DKG mit IBM Global Business Services in einem Projekt zur „eGK-Zielinfrastruktur“ im Jahr 2009 die für die Krankenhäuser wichtigen Aspekte in einem „Start-Szenario für den Basis-Rollout der eGK“ aufgearbeitet.



2 Online-Rollout: Neuausrichtung des Projektes „Gesundheitskarte“

Die Aktivitäten für den Online-Rollout sind durch die Bestandsaufnahme und Neuausrichtung des Projektes „Gesundheitskarte“ (Oktober 2009 bis Mitte 2010) überrollt worden. Wesentliche Ergebnisse sind die Neuorganisation im Projektleitermodell, die Einrichtung eines Schlichterverfahrens und die gesetzliche Verpflichtung zur Online-Prüfung und -Aktualisierung der Krankenversichertenkarte (§ 291 Abs. 2b SGB V).

2.1 Projektleitermodell

Als ein Ergebnis der Bestandsaufnahme haben die Gesellschafter jeweils einem Gesellschafter die Verantwortung für ein Projekt übertragen. Der Projektverlauf wird über einen Projektausschuss koordiniert und durch die Gesellschafterversammlung kontrolliert. Dabei hat der beauftragte Gesellschafter zunächst ein Lastenheft mit allen wesentlichen Anforderungen vorzulegen, das nach Abnahme durch die Gesellschafter von der gematik in ein Pflichtenheft zu überführen ist.

Projekt	Projekthalt	Projektleitung
Basis-TI	Migrationsfähige „Startversion“ der Telematikinfrastruktur mit anwendungsspezifisch ausgelegter Architektur	GKV-SV, KBV
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement	GKV-SV
NFDM	Notfalldatenmanagement	BÄK
KOM-LE	Gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer	KBV
eFA-Migration	Zugang/Migration von Gesundheitsdatendiensten als Mehrwertdienste in die Telematikinfrastruktur (am Beispiel der elektronischen Fallakte)	DKG

Die Projektleiter der einzelnen Projekte bilden einen Projektausschuss, in dem die Projektleiter Basis-TI die Leitung wahrnehmen. Die einzelnen Projekte befinden sich im Wesentlichen in der Analyse und Bewertung der Anforderungen, auf deren Basis dann die jeweiligen Lastenhefte erstellt werden.

2.2 Ziele

Die Krankenkassen sollen die Krankenversichertenkarte bei Inanspruchnahme von Leistungen aktualisieren können. Dem Versicherten soll die freiwillige Nutzung der Notfalldaten, den Leistungserbringern eine sichere gerichtete Kommunikation ermöglicht werden. Weiter soll die Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur durch Mehrwertdienste am Beispiel der elektronischen Fallakte geprüft sein.

Im Vergleich zu den bisherigen Planungen der gematik für den Online-Rollout soll die Komplexität der Telematikinfrastruktur unter weitgehender Bewahrung der bereits vorhandenen Komponenten und ohne Verlust der Migrationsfähigkeit verringert werden.

2.3 Projekt Basis-Telematikinfrastruktur (Basis-TI)

Das Projekt soll die Anforderungen an die für den Start der Telematikinfrastruktur notwendigen Komponenten und Dienste festlegen und zugleich die Erweiterbarkeit um neue Anwendungen sichern. Es muss die notwendigen Festlegungen insbesondere für folgende Sachverhalte liefern:

- Herausgabe von Karten und Generationswechsel der Karten,
- Bereitstellung der dezentralen Komponenten (Kartenterminals, Konnektor),
- Verfügbarkeit der Dienste der Telematikinfrastruktur und der Fachdienste.

Die bisher in der gematik erarbeiteten Festlegungen werden voraussichtlich vielfach bestätigt werden, insbesondere für das eHealth-Kartenterminal und die Ausgestaltung des Versichertenstammdatenmanagements. Damit dürften bisherige Investitionen in migrationsfähige Kartenterminals und der Krankenkassen in ihr VSDM im Kern erhalten bleiben können. Offen ist besonders, in welchem Maß der Konnektor und die TI-Dienste angepasst werden.

2.4 Projekt Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

Für das Versichertenstammdatenmanagement werden die bestehenden Spezifikationen zur eGK, zum Kartenmanagement und zu den VSDM-Diensten im Wesentlichen übernommen werden können.

Aktuelle Versichertenstammdaten (VSD) werden benötigt, um bei Inanspruchnahme von Leistungen

- den oder die Kostenträger für die Abrechnung erbrachter Leistungen festzustellen,
- eine für den Leistungserbringer eindeutige Zuordnung von Leistungsanforderungen und erbrachten Leistungen, einschließlich von Leistungen aus vorangegangenen Behandlungsepisoden, vorzunehmen und
- die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen festzustellen.

Die Anwendung Versichertenstammdaten betrifft bei GKV-Versicherten folgende Daten:

- Persönliche Versichertendaten (PD),
- Allgemeine Versicherungsdaten (VD),
- Geschützte Versichertendaten (GVD).

Durch das „GKV-Änderungsgesetz“ vom 24. Juli 2010 ist die Online-Aktualisierung der Gesundheitskarte durch § 291 Abs. 2b SGB V ausdrücklich geregelt worden.:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten ... bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können.“

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten .. mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. Die Prüfungspflicht besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem die Dienste nach Satz 1 sowie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur zur Verfügung stehen und die Vereinbarungen nach § 291a Absatz 7a und 7b geschlossen sind. ...

Die Durchführung der Prüfung ist auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist Bestandteil der an die Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295. Die technischen Einzelheiten zur Durchführung des Verfahrens nach Satz 2 bis 5 sind in den Vereinbarungen nach § 295 Absatz 3 zu regeln.“

Die Verpflichtung der Krankenkassen, den Leistungserbringern die online-Prüfung der Gültigkeit der VSD auf der eGK und ihr online-Aktualisierung zu ermöglichen, wird durch Spezialvorschriften für die Vertragsarztpraxen ergänzt, denen eine „stand alone-Lösung“ (ohne Anbindung an das Praxisverwaltungssystem) zugestanden und ein Quittungsbeleg bei der Abrechnung abverlangt wird.

2.5 Projekt Notfalldatenmanagement (NFDm)

Das bisherige Fachkonzept für die Notfalldaten, das durch die Leistungserbringer mit maßgeblicher Beteiligung der Bundesärztekammer erarbeitet worden war, sieht für die Notfalldaten folgende Informationen vor:

- Letzte Aktualisierung (Tag und Uhrzeit)
- Notfallrelevante Diagnosen, Operationen oder Prozeduren
- Notfallrelevante Medikation
- Allergien, Unverträglichkeiten,

- Name und Telefonnummer(n) des behandelnden Arztes,
- Name und Telefonnummer(n) einer zu benachrichtigenden Person,
- sonstige Hinweise
- ggf. eine Erklärung zur Organspende (auf Vorgabe des BMG).

In den Tests hat die Anwendung, auch wegen zu seltener Nutzungsmöglichkeit, keine Akzeptanz finden können.

Es ist zu erwarten, dass die BÄK in dem Projekt eine sorgfältige Bestandsaufnahme der Anforderungen in Abstimmung mit Anwendern in der Arztpraxis und im Krankenhaus vornimmt. Bedeutung werden erneut die Fragen einnehmen, welcher Notfallbegriff zu Grunde gelegt wird und welchen Inhalt die Notfalldaten haben sollen.

2.6 Projekt Gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer (KOM-LE)

Das Projekt soll ein Lastenheft für einen sicheren Nachrichtentransport (Secure Messaging) unter Verwendung von Standard-E-Mail-Protokollen und einen Austausch qualifiziert signierter Dokumente (z.B. PDF-Dokumente oder auch VHitG-Arztbrief) ermöglichen.

2.7 Projekt Migration von Mehrwertanwendungen am Beispiel der Fallakte (eFA-Migration)

Das Projekt hat die Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur für Mehrwertanwendungen am Beispiel der elektronischen Fallakte zum Gegenstand. Eine besonderes Anliegen ist die Verwendung von Industriestandards zur sicheren Kommunikation im Rahmen der Web-Services-Familie.

2.8 Meilensteine

Die einzelnen Projekte befinden sich in der Anforderungsphase. Die Lastenhefte sollen im 1. Quartal 2011 fertiggestellt sein.

3 Krankenhausanforderungen an Telematikinfrastruktur und Anwendungsprojekte

Für den Krankenhausbereich ergeben sich folgende allgemeine Anforderungen:

Offene Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur

Für Krankenhäuser muss die künftige Infrastruktur offen und erweiterbar ausgestaltet sein. Eine marktoffene Ausgestaltung muss Wettbewerb der Anbieter ermöglichen. Es muss möglich sein, eigene Online-Aktivitäten außerhalb der Telematikinfrastruktur fortzuführen, solange in der Telematik keine entsprechenden Angebote verfügbar sind. Bestehende Anwendungen (Fallakte, Telemedizin, Abrechnung) müssen unabhängig nutzbar bleiben. Grundlage hierfür ist die Anwendung von im Gesundheitswesen erfolgreich etablierten Standards.

Praxistaugliche Unterstützung von Behandlungsprozessen

Leistungsfähigkeit in der Patientenversorgung und optimale Behandlungsabläufe dürfen nicht behindert werden. Eine praxistaugliche Telematikinfrastruktur ist für den schnellen und sicheren Datenaustausch im Gesundheitswesen unerlässlich. Anwendungen und Komponenten müssen vor dem Einsatz im Krankenhaus ihre Alltagstauglichkeit und Bedienbarkeit belegen und die Unterstützung der Abläufe im Krankenhaus nachweisen.

Vertrauenswürdigkeit für die Patienten

Die Telematikinfrastruktur muss Patienten die Ausübung ihres informationellen Selbstbestimmungsrechts ermöglichen. Dabei müssen praktikable Prozesse für die Patienten gewährleistet sein. Ein Nutzungsausschluss für Patienten durch technische Barrieren (z. B. PIN-Problematik) ist nicht hinnehmbar.

Qualität durch getestete Anwendungen und Komponenten

Die Praxistauglichkeit von Anwendungen und Komponenten muss durch Tests belegt sein. Für alle Anwendungen muss sichergestellt sein, dass durch eine ausreichende Nutzungsfrequenz die Alltagstauglichkeit geprüft und nachgewiesen ist. Jede Komponente oder Anwendung muss vor einer Entscheidung über den Wirkbetrieb ausgereift sein und diesen Nachweis erbracht haben.

Planungs- und Investitionssicherheit

Zur Einführung und Fortentwicklung der Telematikinfrastruktur müssen verlässliche Planungsdaten sowie eine gesicherte Verfügbarkeit von Anwendungen und Komponenten gewährleistet sein.

Die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden telematikbedingten Aufwände muss gesichert sein.

Anforderungen an die Basis-TI:

Die zur Nutzung der Telematikinfrastruktur notwendigen technischen Komponenten müssen in die Anwendungsumgebung von Krankenhäusern unterschiedlicher Größe zukunftsfähig integrierbar und unter Einbeziehung bestehender Technologien und Infrastrukturen praktikabel betreibbar sein.

Die Komponenten, insbesondere der Konnektor, müssen die Besonderheiten des Krankenhausbereichs erfüllen. Bei Nicht-Verfügbarkeit von technischen Komponenten muss sichergestellt sein, dass alternative Abläufe reibungslos anwendbar sind.

Der Konnektor muss die Leistungsanforderung des Krankenhauses erfüllen und bei Bedarf als Mehrkomponentenlösung eingesetzt werden können. Er muss mandantenfähig und ausfallsicher (redundant) sein. Er muss eine sessionsbasierte Kommunikation unterstützen, eine Fernwartung ermöglichen und zuverlässig aktualisierbar sein.

Betriebene dezentrale Komponenten müssen ohne Verlust der Zulassung um neue zugelassene Funktionen erweiterbar sein.

Neue und bestehende Gesundheitsdatendienste sollen die Telematikinfrastruktur nutzen können (Migration). Vorhandene Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur sollen hierfür nutzbar sein.

Anforderungen an das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

Die neue Gesundheitskarte muss umgehend von den Krankenkassen ausgegeben werden. Die Online-Aktualisierung muss den Krankenhäusern verlässliche und aktuelle Versichertenstammdaten bereitstellen. Die Versichertenstammdaten müssen umfassend über das aktuelle Versicherungsverhältnis informieren, einschließlich einer ggf. ruhenden Mitgliedschaft und der Anzahl der Zuzahlungstage.

Das Ergebnis der Online-Überprüfung der Gesundheitskarte muss für einen definierten Vertrauenszeitraum (z. B. bis zu 10 Tage) genutzt werden können.

Anforderungen an Notfalldaten (NFDM)

Die Notfalldaten müssen im Zusammenhang mit einer Notfallversorgung im Krankenhaus von berechtigten Mitarbeitern ohne Zeitverlust lesbar sein.

Informationen zur Erstversorgung im Rettungsdienst mit ggf. bereits gelesenen Notfalldaten sollen in der Notfallambulanz ohne Reibungsverluste zur Verfügung stehen können.

Die Notfalldaten müssen mit Einverständnis des Versicherten für die medizinische Versorgung in der klinischen Routine zur Vermeidung von Zwischenfällen genutzt werden können.

Arztsignatur und Übertragung der Notfalldaten auf die Gesundheitskarte müssen zeitlich getrennt ablaufen können. Arztsignierte Notfalldaten müssen durch nichtärztliches Medizinpersonal auf die Gesundheitskarte geschrieben werden können.

Die Abläufe zur Nutzung der Daten zur Notfallbehandlung müssen praktikabel in die bestehenden Krankenhausprozesse integrierbar sein.

Anforderungen an die gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer (KOM-LE)

Die gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer muss die medizinische Versorgung in der klinischen Routine unterstützen.

Eine gerichtete Kommunikation muss an eine Patientendaten-Poststelle des Krankenhauses zur Weiterleitung an die zuständigen Krankenhausärzte gerichtet werden können. Für die Adressierung muss ein Verzeichnisdienst vorhanden sein.

Die gerichtete Kommunikation soll auf der Grundlage strukturierter Informationsobjekte erfolgen. Es muss möglich sein, empfangene, strukturierte Informationsobjekte regelhaft in die Behandlungsdokumentation zu übernehmen.

4 Testmaßnahmen

Mit der Neuausrichtung der gematik-Arbeiten ist auch eine angepasste Konzeption der Testmaßnahmen zu erwarten. Voraussetzung für flächendeckende Testmaßnahmen, beginnend in Nordrhein, ist die Überführung der für den Online-Rollout maßgeblichen Lastenhefte der laufenden Projekte in Pflichthefte und angepasste Spezifikationen und darauf aufbauende zentrale Labor- und Anwendertests. Mit flächendeckenden Testmaßnahmen ist in der ersten Jahreshälfte 2011 nicht zu rechnen.

Für eine Neuorganisation wird die Möglichkeit einer Ausschreibung geprüft, wobei industrielle Anbieter die Testmaßnahmen in einer Testregion abwickeln können, einschließlich einer Betreuung der Testanwender.

4.1 Voraussetzungen für den Betrieb

Bei den Leistungserbringern müssen die Primärsysteme die Gesundheitskarten auf Aktualisierungsbedarf prüfen und eine Aktualisierung veranlassen können. Zusätzlich müssen die Primärsysteme die weiteren freiwilligen Anwendungen (Notfalldaten, gerichtete Kommunikation, Fallakte) unterstützen können.

Die vorhandenen eHealth-BCS-Kartenterminals müssen aufgerüstet (eHealth-Karteterminals) und über das lokale Netzwerk an einen Konnektor angebunden werden. Der Konnektor vermittelt und kontrolliert den Informationsfluss zwischen Kartenterminal (Karte) und Primärsystem sowie zwischen Primärsystem und den benötigten Diensten, die über einen Zugangsdienst erreicht werden.

Für die Zugriffsberechtigung auf die eGK und die Dienste der Telematikinfrastruktur wird eine Institutionskarte (SMC-B) benötigt, die von den einzelnen Sektoren herausgegeben wird. Für den Krankenhausbereich ist die DKG zuständig; die Herausgabe der SMC-B und die Bereitstellung damit verbundener PKI-Dienste für die Prüfung des SMC-B-Zertifikats wird durch die Deutsche Krankenhaus-Trustcenter und -Informationsverarbeitungs GmbH (DKTiG mbH) wahrgenommen.

Für die gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer ist bei einrichtungsbezogener Nachrichtenkommunikation eine Annahmeorganisation einzurichten, die die Nachricht an den beabsichtigten Empfänger leitet. In Krankenhäusern ist dafür eine „Patientendaten-Poststelle“ erforderlich.

4.2 Konnektoren

Drei Konnektor-Versionen haben eine beschränkte Freigabe der gematik für Testmaßnahmen erhalten. Die Siemens AG, hat den Ausstieg aus dem Konnektor-Entwicklungsprojekt zum 30.9.2009 erklärt.

Konnektoren mit vorläufiger Freigabe (Stand: 1.10.2010, Quelle: gematik)

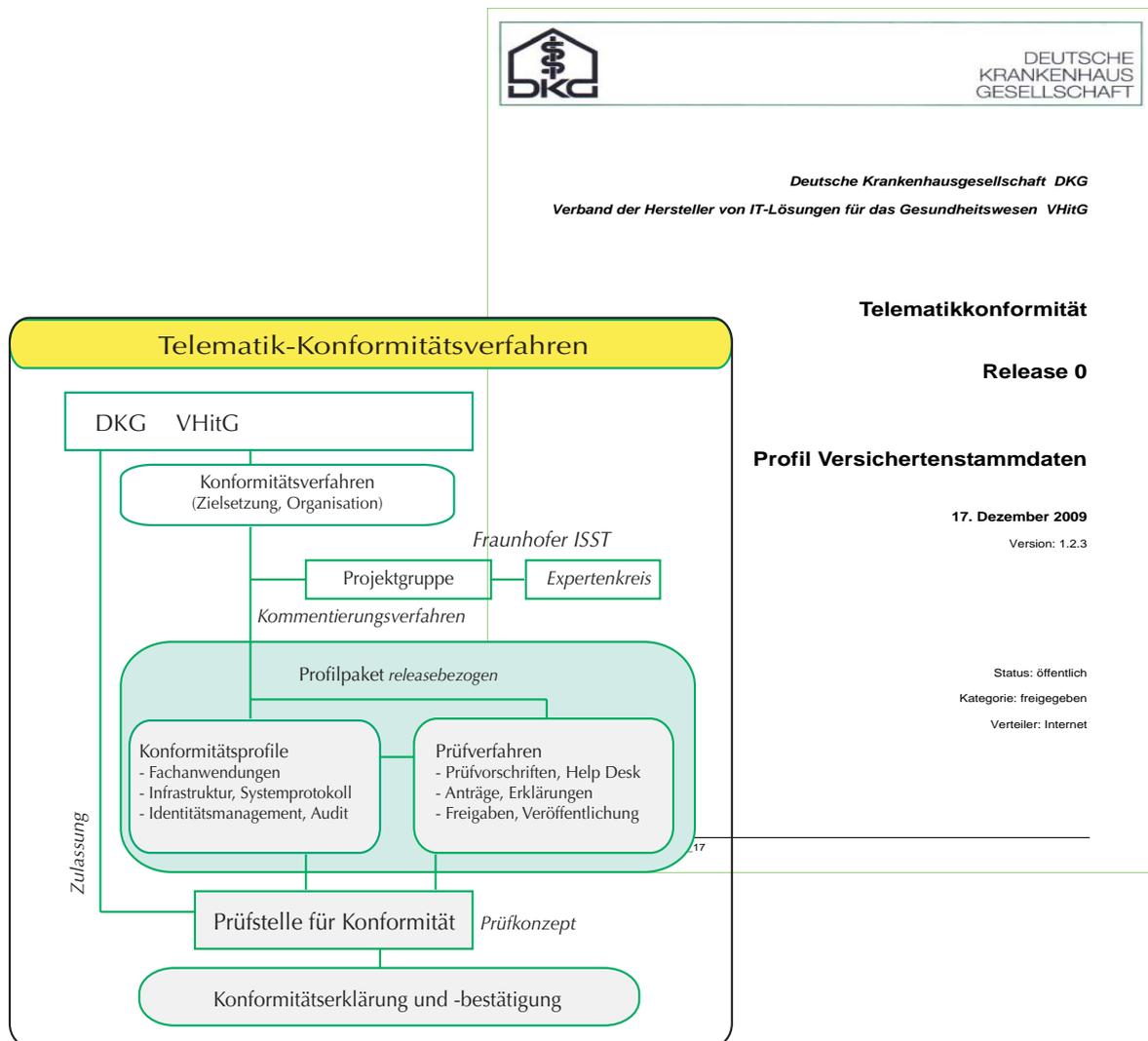
Hersteller	Produkt	Freigabe für Feldtest
InterComponentWare AG	ICW-Healthcare Connector, Version HCA-GEM 3.0.0	07.07.2009
(Siemens AG)	CardOS HealthCare Connector auf secunet Netzkonnektor Plattform, Version 1.10.22 C	07.07.2009
KoCo Connector AG	KoCoBox 2008/1 (Version 2008/1)	01.03.2010

Für Krankenhäuser mit Rechenzentrumsbetrieb hat der Mehrkomponenten-Konnektor Bedeutung, weil er die Integration der Anwendungs- und Netzkonnektor-Funktionalitäten in die bestehende IT-Infrastruktur ermöglichen kann. Im Jahr 2007 sind von IBM Deutschland GmbH im Auftrag der DKG wesentliche Elemente einer Sicherheitspolicy in Abstimmung mit Krankenhäusern erarbeitet worden.

Eine wesentliche Anforderung an den Konnektor besteht in der Möglichkeit, mehrere eigenständige Organisationsbereiche (Mandanten) mit jeweils eigener Identität (SMC-B) über einen mandantenfähigen Konnektor anzubinden. Für Krankenhäuser ist Mandantenfähigkeit erforderlich, um für getrennte rechtliche Verantwortungsbereiche (Krankenhaus, ermächtigte Ärzte) die gleiche Infrastruktur nutzen zu können.

4.3 Konformitätsverfahren für angepasste Primärsysteme

Für die Feststellung angepasster Primärsysteme hat die DKG ein Verfahren zur Bestätigung der Telematikkonformität auf der Basis von Konformitätserklärungen und Bestätigungsprüfungen eingerichtet. Das Verfahren wird gemeinsam mit dem VHitG als freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren durchgeführt.



Die Konformitätsanforderungen werden in „Profilpaketen“ organisiert, die Konformitätsprofile, Verfahrensbeschreibungen und Erläuterungen zu Prüffällen enthalten. Sie werden auf der DKG-Webseite veröffentlicht.

Die Prüfung wird auf der Grundlage von Profilpaketen durch zugelassene Prüfstellen organisiert.

Konformitätsbestätigungen wurden erteilt für Produkte der Siemens AG, der Agfa HealthCare GmbH, der CoM.Med GmbH, der fliegel data GmbH, der CORTEX Software GmbH und der Institut für Unternehmensforschung OR GmbH. Für die iSOFT Health GmbH und die AMC Holding GmbH wurde das Verfahren begonnen.

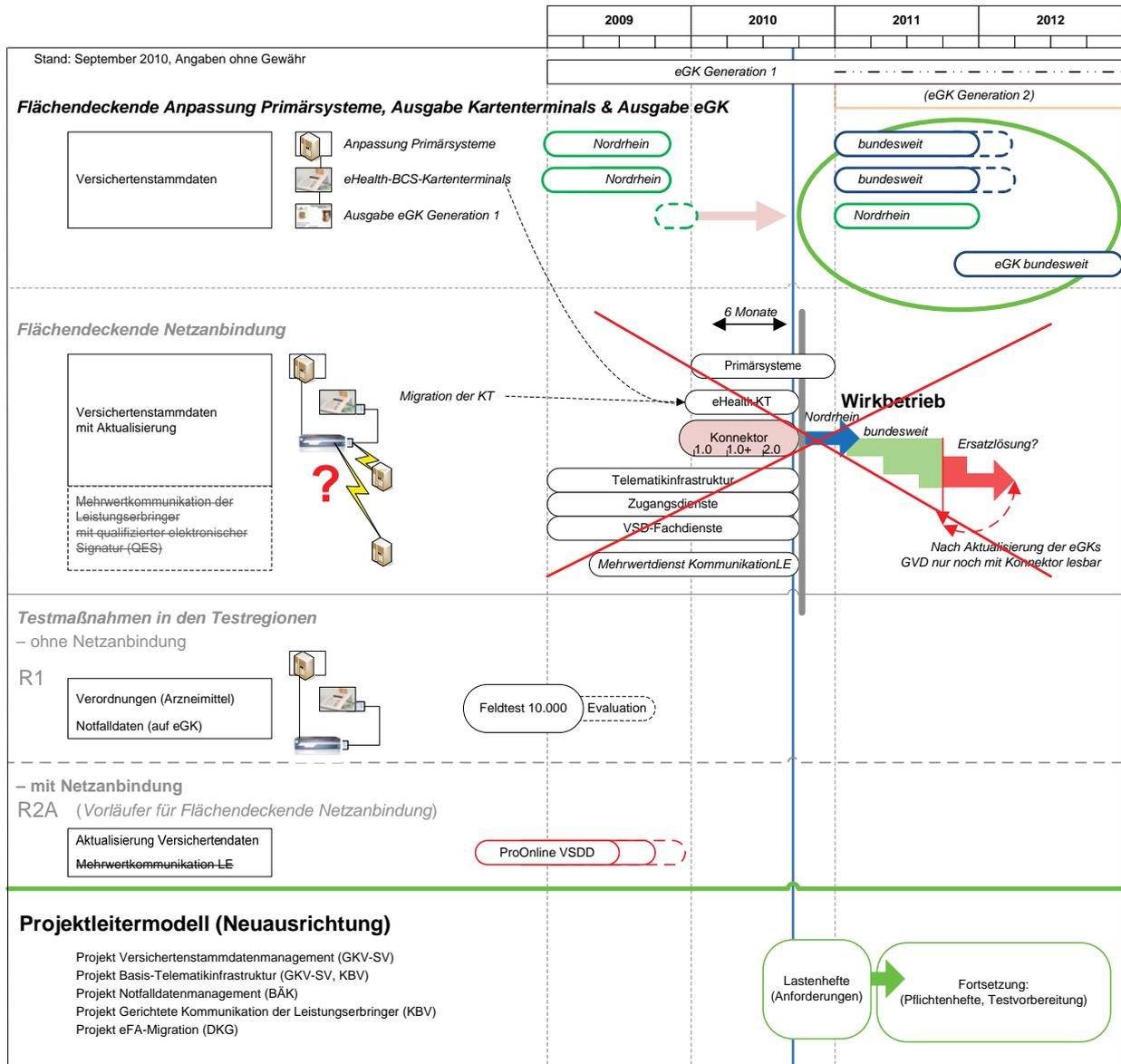
Als Prüfstellen wurden zugelassen: Toll Mobile GmbH & Co. KG und Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik ISST (als „Fallback-Prüfstelle“).

Die Liste der Prüfstellen und konformitätsbestätigter Primärsysteme (für Release 0.5.2) werden auf der DKG-Webseite veröffentlicht.

5 Perspektiven, Probleme

5.1 Planungsübersicht

Die bisherige Projektplanung ist mit der Neuausrichtung und dem Projektleitermodell obsolet geworden. Die alten Releases für den Online-Rollout bilden noch einen Orientierungsrahmen und enthalten Spezifikationen, die in den neuen Projekten noch zu prüfen und ggf. anzupassen sind.



Besonderes Gewicht wird auf Maßnahmen zur Verbesserung der Performanz, zur Vereinfachung und Überschaubarkeit der Spezifikationen und zur Sicherung der Migrationsfähigkeit der Basis-TI liegen. Für die Leistungserbringer hat die angemessene Berücksichtigung der Arbeitsablauforganisation in den Einrichtungen und die Sicherung der notwendigen Primärsystemanpassungen Bedeutung.

Investitionsentscheidungen sind für Krankenhäuser zunächst sehr begrenzt auf die Funktion „Übernahme der Versichertenstammdaten von der eGK“ (ohne Netzanbindung) möglich. Gesicherte Grundlagen für weiter reichende Investitionsentscheidungen bestehen noch nicht.

5.2 Datenhoheit, Sicherheit, Freiwilligkeit

Die Telematikinfrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte zielt auf eine technische Lösung, die mit einer deutlich gestärkten Datenhoheit des Versicherten in der Ausübung seines Rechts an seinen Daten einhergeht. Der Versicherte hat umfassende Möglichkeiten, die Nutzung seiner Daten zu steuern und zu kontrollieren. Seine Daten sind kryptografisch so geschützt, dass sie nur genutzt werden können, wenn er damit einverstanden ist und persönlich und, abgesehen von wenigen Ausnahmen, durch PIN-Eingabe die Nutzung erlaubt. Die technische Umsetzung zielt auf einen vorausgehenden Schutz in den Anwendungsszenarien ab und stellt starke Hürden für die Nutzung sensibler Daten auf.

Für die Geschäftsprozesse bei den Leistungserbringern bedingt dieser hohe Schutz zwangsläufig Anpassungen aufgrund neuer Anforderungen, die in die bestehenden Abläufe integriert werden müssen. Die eigentliche Aufgabe, die medizinische Versorgung des Versicherten, darf dadurch nicht behindert werden. Schon die PIN-Eingabe des Versicherten zur Nutzung seiner Daten, abgesehen von den Versichertenstammdaten und dem Lesen der Notfalldaten, wird vielfach eine Nutzung behindern oder gar ausschließen. Insbesondere in Krankenhäusern ist voraussehbar, dass die heroische Voraussetzung „Jeder Versicherte kann seine PIN jederzeit erinnern und einsetzen!“ im Alltag nicht Bestand haben wird.

Zur Sicherheit der Daten der Gesundheitskarte hat die gematik 2008 ein „whitepaper Sicherheit“ veröffentlicht. Zur Frage von Speichermedien in der Hand des Versicherten kommt ein Gutachten in diesem Jahr zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitskarte das sicherste Speichermedium ist. Ein weiteres Sicherheitsgutachten unabhängiger Experten auf der Grundlage der bisherigen Architektur und Konzepte zur Sicherheit der Gesundheitskarte wird in die Anpassungsplanung für die Basis-TI einbezogen.

Die Freiwilligkeit der Nutzung ist ein weiterer zentraler Baustein der Telematikinfrastruktur. Aktuell steht diese Frage weniger aus der Sicht des Versicherten in der Diskussion als vielmehr aus der Sicht der Vertragsärzte. Von der Ärzteschaft wird die Freiwilligkeit der Anbindung der Arztpraxis an die Telematikinfrastruktur gefordert; auch der Start der Online-Anwendung VSDM soll für die Vertragsärzte freiwillig sein.

Die Diskussion zur Freiwilligkeit ist schon bei der nicht medizinischen Anwendung „Aktualisierung der Versichertenstammdaten“ entbrannt. Dahinter steht auch die Frage, ob die Telematikinfrastruktur als technische Umgebung den Handlungsspielraum der Beteiligten einengen darf, der bislang durch die Vertragshoheit der jeweils zuständigen Vertragspartner ausgestaltet wird.

Mit § 291 Abs. 2b SGB V ist eine Lösung für das Problem der Freiwilligkeit eröffnet worden, die es einem Vertragsarzt und Vertragszahnarzt ermöglicht, auf seine Kosten eine Online-Prüfung und -Aktualisierung der eGK vorzunehmen, ohne eine Netzanbindung seines Praxisverwaltungssystems vornehmen zu müssen.

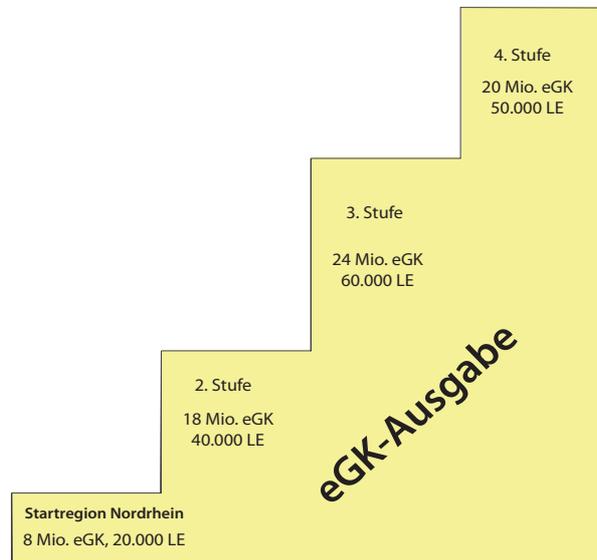
Für die Krankenhäuser hat diese Diskussion keine Bedeutung. Für die Abläufe in den Krankenhäusern sind aktuelle Versichertenstammdaten als sozialversicherungsrechtlicher Legitimationsnachweis unerlässlich. Entscheidend ist hier vor allem, dass eine Aktualisierung in akzeptabler Zeit durchgeführt wird.

5.3 Harmonische Migration

Die Migration in die Telematikinfrastruktur erfolgt (zu gegebener Zeit) in zwei Schritten:

1. Basis-Rollout

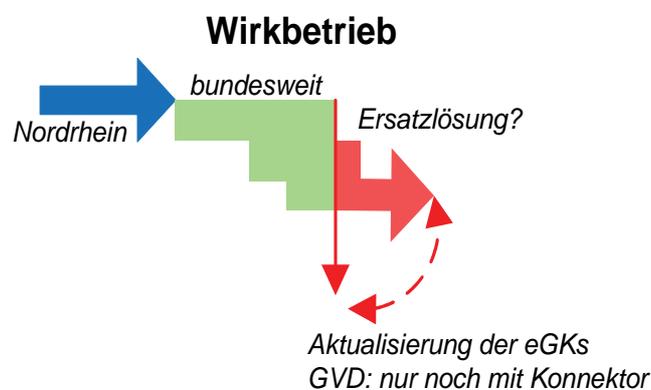
Anpassung der Infrastruktur und danach Ausgabe der Gesundheitskarte in der Startregion Nordrhein; dann flächendeckende Anpassung bei den Leistungserbringern (in regionaler Staffelung oder bundeseinheitlich) und danach Ausgabe der eGK.



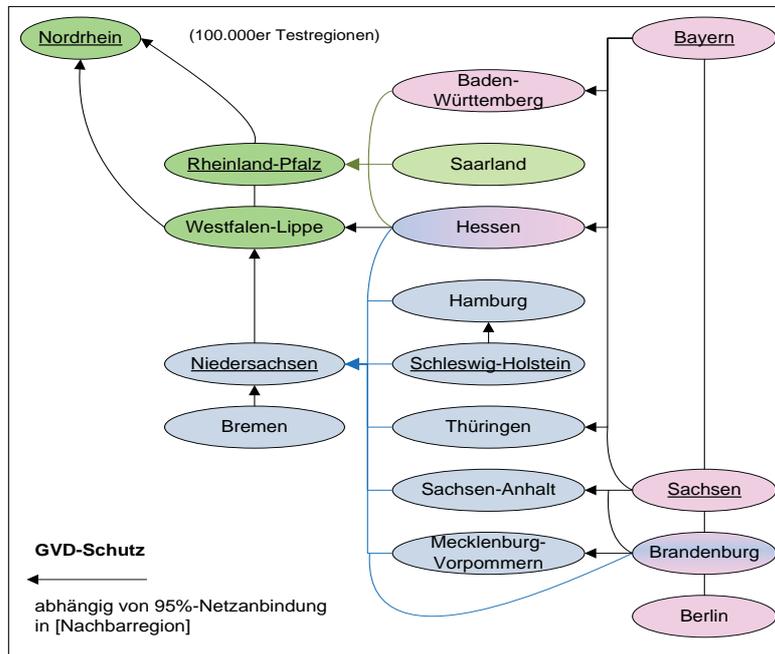
Ob die Gesundheitskarte erst nach bundesweiter Anpassung bei den Leistungserbringern ausgegeben wird oder jeweils nachlaufend in regionaler Staffelung, ist noch nicht entschieden. Je früher die eGK ausgegeben wird, um so höher ist das Risiko, dass ein Leistungserbringer seine Infrastruktur noch nicht anpassen konnte und für die Abrechnung darauf angewiesen ist, dass der Versicherte auch seine alte KVK vorlegen kann.

2. Online-Rollout

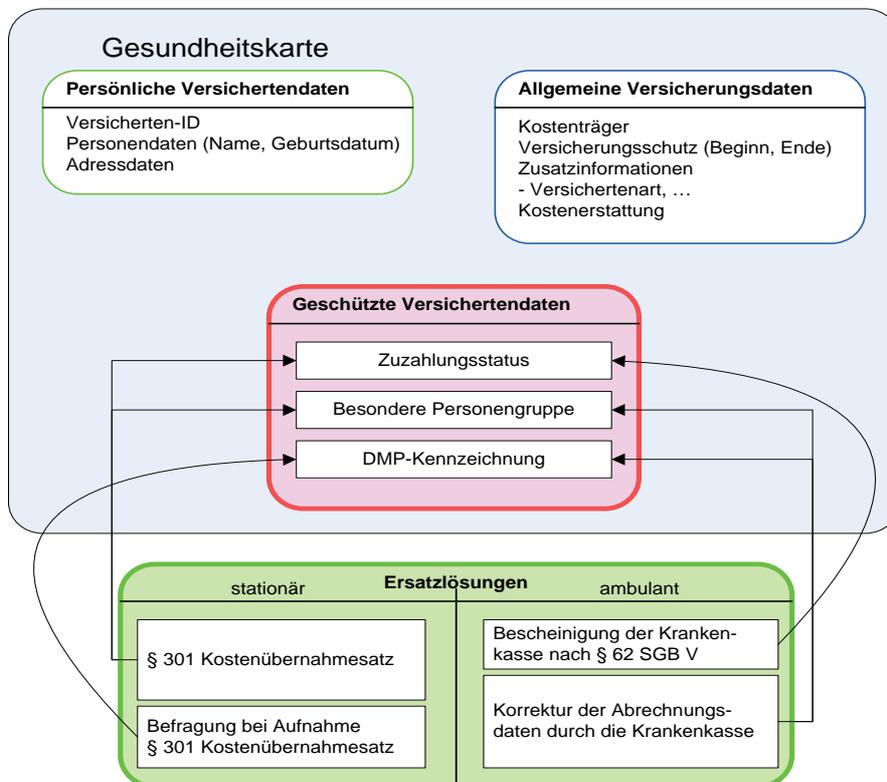
Im Rahmen einer staffelweisen Netzanbindung (Konnektor, eHealth-Kartenterminals, Primärsystemanpassung) fordert der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) die Einlösung einer zugesagten frühestmöglichen Anhebung des Schutzes der Versichertendaten durch Aktualisierung. Nach einer Aktualisierung der eGK können die geschützten Daten nur noch unter Verwendung des Konnektors ausgelesen werden.



Nach der mit dem BfDI abgestimmten Lösung soll in einer Region, in der 95 v. H. der Leistungserbringer mit Konnektoren ausgestattet sind, die Aktualisierung der eGK den Schutz der geschützten Versichertendaten (GVD) auf der eGK durchsetzen, wenn in den Nachbarregionen ebenfalls 95 v. H. der Leistungserbringer ausgestattet sind.



Für Krankenhäuser, die noch nicht über einen Konnektor verfügen, sind Übergangslösungen für stationäre Patienten im Verfahren nach § 301 SGB V verfügbar. Ob für ambulante Patienten auch eine Ersatzlösung besteht, wird von den Regelungen im KV-Bereich und der Bereitschaft der Krankenkassen abhängen, die für den Leistungserbringer nicht auslesbaren Merkmale aus ihren eigenen Bestandsdaten zu übernehmen.



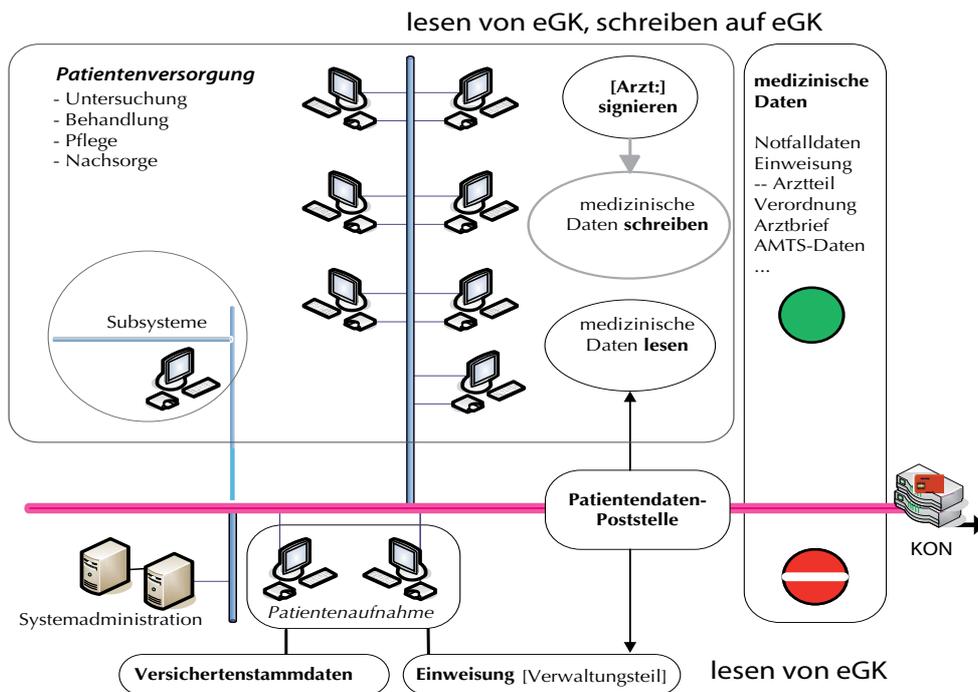
6 Sektorale Schwerpunkte für Krankenhäuser

6.1 Zugriffsrechte, Identitäts- und Berechtigungsmanagement

Krankenhausmitarbeiter greifen in der Regel ohne eigene HPC-Karte über die Institutionskarte (SMC-B) auf die eGK zu. § 291a Abs. 5 Satz 4 SGB V fordert dazu eine nachprüfbar elektronische Protokollierung des den Zugriff autorisierenden HBA-Inhabers und der zugreifenden Person im Primärsystem.

Zugriff erlaubt, soweit zur Versorgung des Versicherten erforderlich							
VSD	VOD		Einwilligung bei Arzt		Einwilligung (bis 10)	TTN	Logging (bis 50)
			Einverständnis				
VD GVD PD StatusVD	eVerordnungs Container (bis 8) StatusVerordnungen	eVerordnungs Tickets (bis 8)	NFD Notfalldaten StatusNotfalldaten	AMTS, ... Verweis (bis 10)			
VSD lesen	eVerordnung (1-8) lesen/schreiben	eVerordnungsTicket lesen/schreiben	Notfalldaten lesen	PIN-Autorisierung		Testkennzeichen	Protokollsatz anhängen
			Notfalldaten schreiben	Dienstverweis lesen/schreiben	Dienstverweis aktivieren/deaktivieren	Einwilligung lesen/schreiben	Einwilligung aktivieren/deaktivieren
Profil 2 (Arzt oder Mitarbeiter medizinische Institution): [Heilberufsausweis] oder [SMC-B und Mitarbeiter ohne Karte mit nachprüfbarer elektronischer Protokollierung des Zugreifenden und des autorisierenden HBA-Inhabers gem. § 291a Abs. 5 Satz 4 SGB V]							
[Icon]			& PIN-Autorisierung		[Icon]		
lesen		schreiben				anhängen	
CMS						CMS	
löschen			aktivieren/deaktivieren				
Profil 8 (Verwaltungsmitarbeiter Institution): [SMC-B und Mitarbeiter ohne Karte]							
lesen							

Damit der Versicherte Zugriffe auf seine eGK-Daten überprüfen kann, muss der Nutzer eindeutig identifiziert und im internen Zugriffsprotokoll ausgewiesen sein. Dazu ist eine Zuordnung der Zugriffsrechte, besonders auf medizinischen Daten, über ein Identitäts- und Berechtigungsmanagement erforderlich.

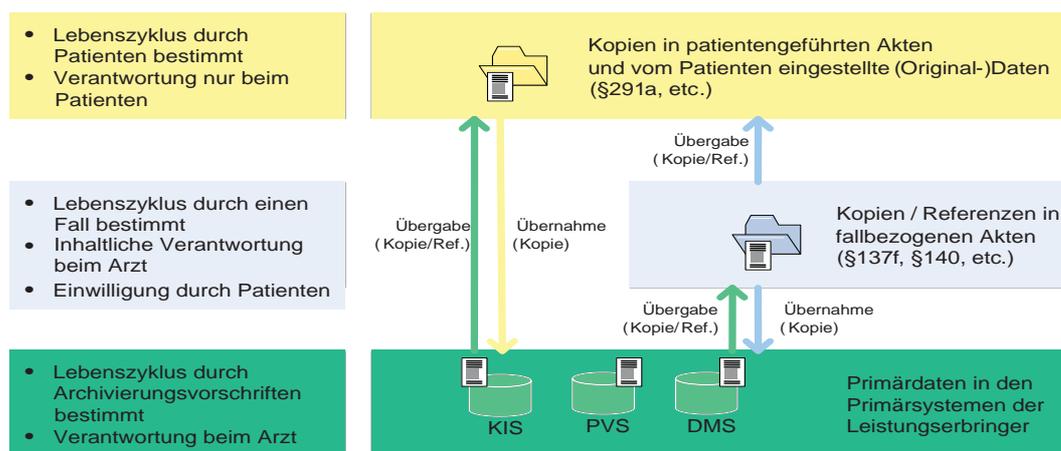


6.2 Elektronische Fallakte (eFA)

Die elektronische Fallakte ist eine 2006 von den privaten Klinikketten Asklepios, Rhön-Klinikum und Sana sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) begonnene Initiative des stationären Sektors.

Elektronische Fallakten (eFA) geben eine strukturierte und integrierte Sicht auf medizinische Daten wieder, die einem einzelnen Fall zugeordnet werden können. Ein Fall beginnt mit der initialen Diagnose und endet mit dem Abschluss der Fallbehandlung. Die Fallakte integriert beliebig viele Behandlungsepisoden bei unterschiedlichen Bahendlern in einen übergreifenden Fall. Die eFA ist von der Einwilligung des Patienten abhängig; sie ist arztgeführt – die behandelnden Ärzte sind für die Inhalte und ihre Vollständigkeit verantwortlich.

Patientenbezogene vs. Fallbezogene Akten



Im Unterschied zu einer lebenslang geführten Patientenakte werden nur die Daten ausgetauscht, die im konkret vorliegenden Fall für die Behandlung relevant sind. Dadurch erhalten alle Behandler die gleiche Sicht auf den Fall, ohne zuvor dutzende von verfügbaren Dokumenten auf ihre Relevanz hin prüfen zu müssen. Auf diese Weise fügt sich diese einrichtungsübergreifend nutzbare Fallakte in die Behandlungsabläufe ein und kann nahtlos in die ohnehin immer vorhandene lokale Falldokumentation der Ärzte integriert werden.

Die elektronische Fallakte unterstützt die Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten im ambulanten und stationären Bereich:

- Sie bietet bei Bedarf einen raschen Zugriff auf benötigte Dokumente (etwa Arztbriefe, Befunde, OP-Berichte, Verordnungen).
- Sie ermöglicht den behandelnden Ärzten einen aktuellen und vollständigen Überblick über den bisherigen Behandlungsverlauf.
- Sie unterstützt komplexe Behandlungsabläufe, die eine enge Kooperation von Ärzten über Einrichtungs- und Sektorgrenzen hinweg erfordern – wie etwa bei schweren Krebserkrankungen.
- Sie bietet sich als vielfältig einsetzbarer, medienübergreifender Standard für die IT-gestützte Kommunikation im Gesundheitswesen an.

Die von privaten, öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern getragene Initiative hat sich als eFA-Verein etabliert. Sie wird durch ein Industrial Board und einen Arbeitskreis der Landesdatenschützer begleitet und soll die Arbeiten der gematik ergänzen.

Auf der Webseite *Fallakte.de* sind aktuelle Informationen des eFA-Vereins und die Version 1.2 der Spezifikation für die elektronische Fakte mit ergänzenden Dokumenten veröffentlicht.

Anhang

Den Krankenhäusern werden nach § 291a Abs. 7, 7a SGB V die bei ihnen entstehenden erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten sowie die im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Der Zuschlag wird gem. § 291a Abs. 7a SGB V in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen und geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 BpflV oder das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein.

Am 27.6.2008 haben die DKG und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Umsetzung eines Schiedsspruchs auf Grundlage des § 291a Abs. 7, 7a SGB V eine Vereinbarung zur Ermittlung und Finanzierung eines krankenhausindividuellen Telematikzuschlags für das Jahr 2009 geschlossen, der über die voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses abgerechnet wird (s. A1).

Am 30.10.2008 haben die DKG und der nun zuständige GKV-Spitzenverband die Vereinbarung um Regelungen zur Finanzierung von Kartenlesegeräten in Notfallambulanzen an Krankenhäusern ergänzt (s. A2). Am 19.11.2008 haben die DKG und der GKV-Spitzenverband nach entsprechender Ermittlung durch die gematik die Höhe der je Kartenterminal zu erstattenden Kostenpauschale und die Höhe des Zuschlags zur Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen vereinbart (s. A3).

Ergänzend wurde zur Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung eine gemeinsame Empfehlung (vom 6.8.2009) verabschiedet (s. A4).

A1 Finanzierungsvereinbarung vom 27.6.2008 (Schiedsstellenergebnis)

Präambel:

Diese Vereinbarung dient der einmaligen Finanzierung der bei den Krankenhäusern anfallenden Kosten, die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowie den damit einhergehenden Anwendungen entstehen. Zunächst umfasst die Vereinbarung die Finanzierung der mit der Realisierung des Release 0 der Planungen der gematik anfallenden Kosten im Rahmen des Roll-Outs der elektronischen Gesundheitskarte (Anbindung der Lesegeräte). Diese Vereinbarung wird weiterentwickelt, wenn absehbar ist, dass weitere Anwendungen im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte bzw. der Telematikinfrastruktur zur flächendeckenden Anwendung kommen können (Anbindung der Infrastruktur).

§ 1 Finanzierung der stationären Kartenlesegeräte

(1) Jedes Krankenhaus erhält für je angefangene 25 Betten ein eHealth-BCS-Kartenterminal, mindestens aber ein eHealth-BCS-Kartenterminal pro Fachabteilung. Die Zuordnung der Betten zu den Abteilungen und die Abteilungsstrukturen werden primär über den Ausweis im Krankenhausplan durchgeführt. Hilfsweise wird die von den Pflegesatzparteien vor Ort den Budgetverhandlungen zugrunde gelegte Abteilungsstruktur herangezogen. Sollte eine Zuordnung der Bettenzahl nach beiden Alternativen nicht möglich sein, erfolgt eine Division der Bettenzahl des Krankenhauses durch den Faktor 25, um die notwendige Anzahl der Kartenleseterminals zu ermitteln. Jede räumlich getrennte Institutsambulanz im Sinne der §§ 117, 118 und 119 SGB V erhält ein eHealth-BCS-Kartenterminal.

(2) Die Höhe der Pauschale errechnet sich aus dem Durchschnitt der Marktpreise des unteren Preisdrittels der eHealth-BCS-Kartenterminals.

§ 2 Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen

(1) Die Krankenhäuser erhalten als Ausgleich für die Anpassung der Primärsysteme und den installationsbedingten Aufwand der eHealth-BCS-Kartenterminals eine Pauschale in Höhe von 1.500 € pro Krankenhaus und einen Zuschlag in Höhe von 30 v. H. der Pauschale nach § 1 Absatz 2 je eHealth-BCS-Kartenterminal.

(2) Eine Finanzierungsregelung zu den Betriebskosten erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt (s. Präambel).

§ 3 Abwicklung

(1) Die Vertragspartner beauftragen die gematik mit der Berechnung der in § 1 genannten durchschnittlichen Marktpreise bis zum 15. November 2008, damit der Telematikzuschlag für das Jahr 2009 ermittelt und vereinbart werden kann.

(2) Die Kostenträger nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbaren mit jedem Krankenhaus einmalig das Finanzierungsvolumen nach §§ 1 und 2, sobald in der Region die Ausstattung der Krankenhäuser mit Kartenterminals beginnt.

(3) Der Nachweis über die benötigten Geräte erfolgt gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und bzw. § 17 BPfV und dient als Grundlage für die entsprechenden Vereinbarungen. Die Finanzierung der vereinbarten Gesamtaufwände erfolgt anteilig, d. h. fallbezogen im nächsten Pflegesatzzeitraum über den Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 2 SGB V. Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des Finanzierungsvolumens nach Absatz 2 durch die vereinbarte Fallzahl der stationären Krankenhausesfälle, nach den Formularen E1, E3.1, E3.3 der Anlage zum KHEntgG sowie aus dem LKA-Formular L1 Anlage zur BPfV.

(4) Jedes Krankenhaus erhält einmalig den Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 2 SGB V, der von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG nach Maßgabe der Vorgaben zu der Anzahl der benötigten Lesegeräte nach § 1 und auf Basis der Preiskomponenten nach § 1 Abs. 2 und § 2 vereinbart wird.

§ 4 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum 30. Juni 2008 in Kraft

A2 Ergänzungsvereinbarung für Notfallambulanzen

Präambel

Im Einvernehmen der Vertragspartner wird die Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008 auf die Notfallambulanzen des Krankenhauses ausgeweitet. Die Finanzierung der den ermächtigten Krankenhausärzten und ermächtigten Institutsambulanzen entstehenden Kosten wird in der entsprechenden Vereinbarung zwischen dem GKV Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt.

§ 1 Finanzierung der stationären Kartenlesegeräte der Notfallambulanzen an Krankenhäusern

(1) Jedes Krankenhaus, bei dem ein Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 4 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG nicht vereinbart wurde, erhält für jede räumlich getrennte Notfallambulanz ein eHealth BCS Kartenterminal.

(2) Die Notfallambulanzen nach Absatz 1 sind vom Krankenhaus anhand der Quartalsabrechnung der Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt II 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs 2008 (EBM) mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

(3) Die Höhe der Pauschale, die Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen und die Abwicklung richten sich nach der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008.

§ 2 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum 1.11.2008 in Kraft.

A3 Ergänzungsvereinbarung über die Festlegung der Höhe der Pauschalen ...

Präambel

Im Einvernehmen der Vertragspartner wird die in der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß §291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008 vorgesehene Festlegung der Höhe der Pauschale der Kartenlesegeräte gemeinsam festgestellt.

§ 1 Höhe der Pauschale für stationäre Kartenlesegeräte

1. Die Höhe der Pauschale nach § 1 Abs. 2 i.V.m. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291 a Abs. 7 a Satz 6 SGB V in der Fassung vom 27.06.2008 für ein stationäres Kartenlesegerät beträgt 430,00 Euro.

2. Die Höhe des prozentualen Zuschlags nach § 2 Abs. 1 (Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen) beträgt 129,00 Euro.

§ 2 Schlussbestimmung

Diese Vereinbarung tritt zum 15.11.2008 in Kraft.

A4 Gemeinsame Empfehlung vom 6.8.2009 zur Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft verfolgen das gemeinsame Bestreben, den Nutzen der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ohne Verzögerungen zugänglich zu machen.

Hierfür haben sie am 27.6.2008 eine „Vereinbarung zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291a Abs. 7a SGB V“ geschlossen, nach der die Finanzierung der mit der Realisierung des Release 0 der Planungen der gematik anfallenden Kosten im Rahmen des Basis-Rollouts der elektronischen Gesundheitskarte refinanziert werden, und diese Vereinbarung im weiteren Verlauf des Jahres 2008 durch zwei Folgevereinbarungen im Oktober und November 2008 weiter konkretisiert.

Hierbei war es das gemeinsame Verständnis beider Partner, zeitlich gleichlaufend zu den Planungen der gematik und der tatsächlichen Durchführung des Basis-Rollouts die hierfür erforderliche Ausstattung der Krankenhäuser mit eGK-fähiger Infrastruktur und deren Refinanzierung sicherzustellen, um den Rollout-Prozess nicht durch ungeklärte Finanzierungsfragen zu belasten.

Aufgrund der für den Krankenhausbereich maßgeblichen budgetrechtlichen Regelungsmechanismen und Genehmigungserfordernisse erfordert dies eine grundsätzliche Vereinbarung des Telematikzuschlags in den Budgetvereinbarungen für das Jahr 2009, um den Zuschlag entsprechend den gematik-Planungen mit dem jeweiligen Beginn der Ausstattung der Krankenhäuser in den jeweiligen Rollout-Regionen auch tatsächlich erheben zu können. Die Abrechnung des Telematikzuschlags erfolgt dabei in direkter Abhängigkeit vom Beginn der Ausstattung in den Regionen gemäß den Beschlüssen der gematik.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfehlen den Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regelmäßig über den Stand der Ausstattung der Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern mit Kartenlesegeräten („e-GK ready“) zu informieren.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft appellieren an die Verantwortlichen vor Ort, sowohl in den Pflegesatzverhandlungen als auch den Genehmigungsverfahren im Sinne dieses gemeinsamen Verständnisses der Finanzierungsvereinbarungen zu handeln.

Schon abgeschlossene Budgetvereinbarungen genießen Bestandsschutz.

A5 Hinweise zur Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung

Die in Krankenhäusern eingesetzten Kartenterminals müssen sowohl die bisherige Krankenversichertenkarte als auch die neue Gesundheitskarte lesen können. Für den anschließenden Übergang in eine Netzanbindung der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur (über einen dann erforderlichen Konnektor) dient das von der gematik spezifizierte migrationsfähige eHealth-BCS-Kartenterminal.

Die Finanzierungsvereinbarung regelt eHealth-BCS-Kartenterminals, die im stationären Leistungsbereich und in Institutsambulanzen (§§ 117 bis 119 SGB V) eingesetzt werden müssen. Im stationären Leistungsbereich wird je angefangene 25 Fachabteilungsbetten ein eHealth-BCS-Kartenterminal (mindestens 1 je Fachabteilung) finanziert. Bei den Institutsambulanzen (Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren) wird für jede räumlich getrennte Institutsambulanz ein eHealth-BCS-Kartenterminal finanziert.

Für die Notfallambulanzen der Krankenhäuser ist über die Ergänzungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG der Wert „ein eHealth-BSC-Kartenterminal je räumlich getrennte Notfallambulanz“ festgelegt.

Bei den eHealth-BCS-Kartenterminals ist zu berücksichtigen, dass die fachabteilungsbezogene Mengenermittlung nicht eine fachabteilungsbezogene Aufstellung bedingt, sondern auch die Aufstellung in einer zentralen Patientenaufnahme vorsieht. Die Finanzierungsvereinbarung stellt auf ein „pauschaliertes Mengengerüst“ anhand von Anhaltszahlen ab; sie ist Ergebnis eines Schiedsstellenspruchs. Daher dürfte nicht jede individuelle Gegebenheit finanzierbar sein. Hiervon sind auch ggf. gesonderte Geräte in ambulanten Bereichen betroffen, die nicht aufgeführt sind (z. B. §§ 115b, 116b SGB V).

Jedes Kartenterminal wird mit einer Pauschale in Höhe von 430 EUR finanziert.

Für die Anpassung der Primärsysteme und für den installationsbedingten Aufwand der eHealth-BCS-Kartenterminals ist eine einmalige Pauschale in Höhe von 1.500,- Euro je Krankenhaus (für die Primärsystemanpassung) und ein einmaliger Zuschlag in Höhe von 30 v. H. der Kartenterminalpauschale je eHealth-BCS-Terminal (129 EUR) festgelegt.

Das vom Krankenhaus nach der Finanzierungsvereinbarung ermittelte Finanzierungsvolumen ist mit den Kostenträgern nach § 18 Abs. 2 KHG einmalig zu vereinbaren und **von den Krankenhäusern abrechenbar sein, sobald in der Region die Ausstattung der Krankenhäuser beginnt**. Dafür ist ein Nachweis der nach der Finanzierungsvereinbarung und Ergänzungsvereinbarung ermittelten eHealth-BCS-Kartenterminals zu erbringen, eine Rechnungsvorlage entfällt. In der Startregion Nordrhein ist eine Erklärung der „eGK-Betriebsbereitschaft“ durch die Krankenhäuser vorgesehen, dieses Vorgehen kann auch in den weiteren Ländern als Muster in Betracht kommen.

Die Finanzierungsvereinbarung sieht entsprechend § 291a Abs. 7a Satz 2 SGB V einen fallbezogenen Telematikzuschlag vor (Division des Finanzierungsvolumens durch die stationäre Fallzahl). Er soll „für das Jahr 2009“ vereinbart werden. Für Nordrhein-Westfalen hat das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales inzwischen klargestellt, dass der Telematikzuschlag im Rahmen der Budget- und Pflegesatzver-

handlungen zu vereinbaren ist und im Rahmen der Pflegesatzgenehmigung genehmigt werden muss. Eine darüber hinausgehende Umsetzungsvereinbarung ist nicht erforderlich. **Angesichts der Verschiebung in das Jahr 2010 hinein, ist eine Vereinbarung des Telematikzuschlags in der Budgetrunde 2009 erforderlich, um eine Abrechenbarkeit mit Beginn der Ausstattungsmaßnahmen zu erreichen.**

Das nachfolgende Berechnungsbeispiel kann zur Ermittlung der Kartenterminalanzahl und des Finanzierungsvolumens für ein Krankenhaus herangezogen werden.

Krankenhaus:				
1	eHealth-BCS-Kartenterminals, Gesamtmenge (§1)			14
	Bettenzahl (lt. Krankenhausplan)	264		
	Fachabteilungen und Fachabteilungsbetten (lt. Krankenhausplan, hilfsweise Budgetvereinbarung)			
1.1	Maßgebliche Anzahl für stationären Bereich			[12]
	1. Chirurgie	86	:25=3,4	4
	2. Innere Medizin	120	:25=4,8	5
	3. Frauenheilkunde, Geburtshilfe	39	:25=1,6	2
	4. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	19	:25=0,8	1
1.2	Institutsambulanzen, räumlich getrennt			[0]
	1. § 117 SGB V (Hochschulambulanzen)			0
	2. § 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen)			0
	3. § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren)			0
1.3	Notfallambulanzen, räumlich getrennt			[2]
	Chirurgische Notfallambulanz			1
	Internistische Notfallambulanz			1
2	Durchschnittspreis eHealth-BCS-Kartenterminal (inkl. USt.)	[430,- × 14]		6.020,00
3	Installationsbedingte Aufwendungen (§ 2)			
3.1	Pauschale für Anpassung Primärsystem	1.500,- inkl. USt.		1.500,00
3.2	Installation eHealth-BCS-Kartenterminal (30 v.H.)	[129,- × 14]		1.806,00
4	Finanzierungsvolumen (§ 3)			9.326,00
5	Vereinbarte Fallzahl der stationären Krankenhausfälle (E1, E3.1, E3.3, L1)			
6	Telematikzuschlag (Nr. 4 dividiert durch Nr. 5)			

Hinweis: Ambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte und ermächtigte Institutsambulanzen sind durch die Finanzierungsvereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband für den vertragsärztlichen Bereich geregelt, die für persönlich ermächtigte Ärzte und ermächtigte Institutsambulanzen entsprechend gilt. Hierfür sind die zwischen der KBV bzw. den Landes-KVen und den jeweiligen Kostenträgern getroffenen Regelungen maßgeblich. Über die dortigen Nachweis-, Auszahlungsmodalitäten und ggf. Antragsfristen geben die KVen Auskunft.