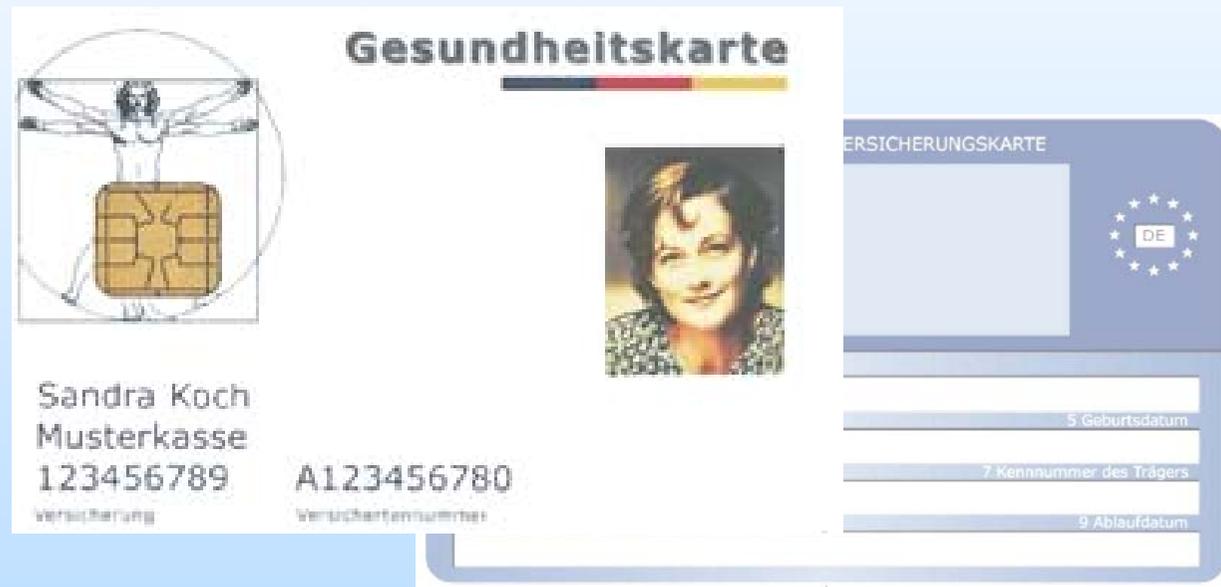
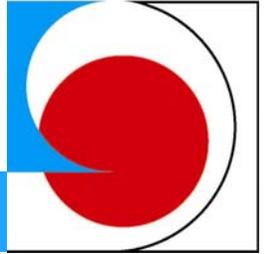


Elektronische Gesundheitskarte

Rollout 2009 – Status und Perspektive

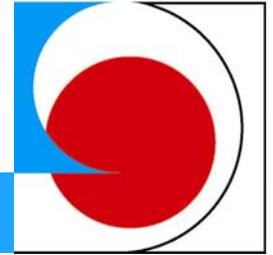


Stuttgart, 1. Dezember 2008

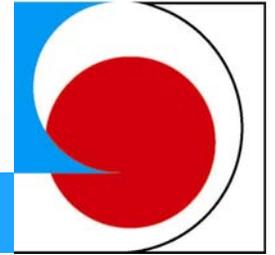


- I. Zur Erinnerung: Was soll die eGK leisten?
- II. Rollout der eGK 2009
- III. Tests der eGK
- IV. IT-Strukturen der eGK
- V. Rahmenbedingungen der eGK

I. Zur Erinnerung: Was soll die eGK leisten?



Vorteile durch die eGK - Patient



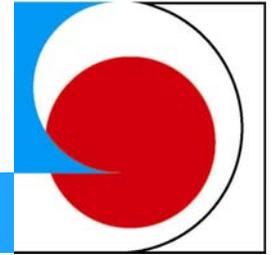
Erhoffte Vorteile für Versicherte/Patienten

Medizinische Aspekte:

- Zielgerichtete Therapie aufgrund einer besseren Verfügbarkeit sämtlicher Patientendaten (z.B. höhere Diagnosesicherheit)
- Vermeidung von Komplikationen (z.B. Medikamentenunverträglichkeit)
- Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen
- Zugriff auf wichtige Patientendaten im Notfall

Nicht-medizinische Aspekte:

- Höhere Sicherheit durch moderne Prozessor-Chipkarte
- Versicherter ist Herr seiner Daten; Zugriff über Infosysteme



Erhoffte Vorteile für Leistungserbringer

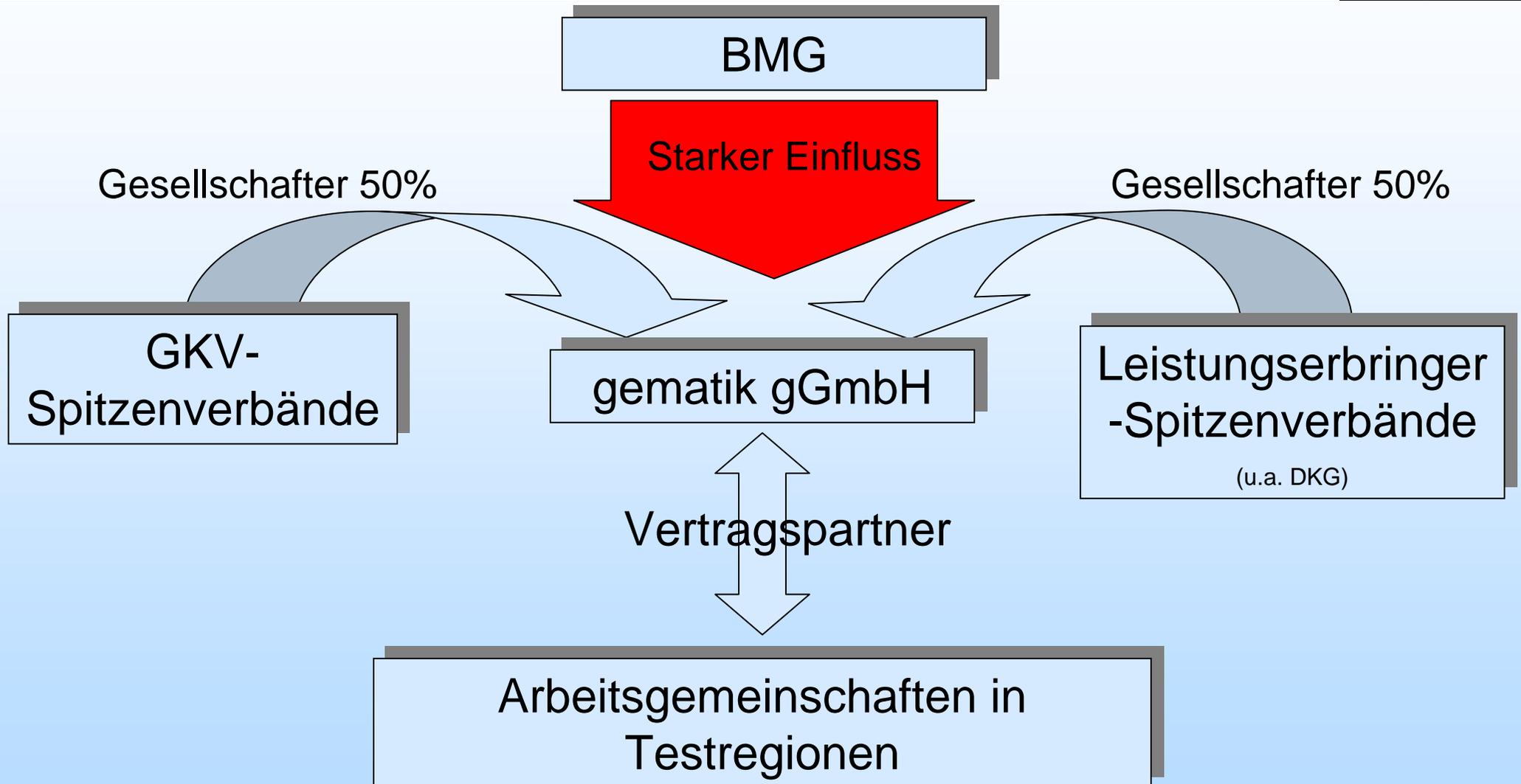
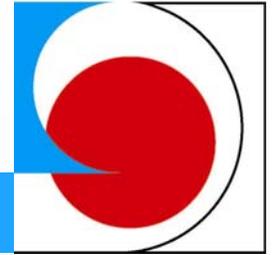
Medizinische Aspekte:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern (z.B. schnelle Weitergabe von Diagnosen und Medikation, Vermeidung von Doppeluntersuchungen)
- Vermeidung von gesundheitlichen Schäden (z.B. durch Arzneimittelinteraktionsprüfung, Medikamentenunverträglichkeit)
- Zugriff auf wichtige Patientendaten im Notfall

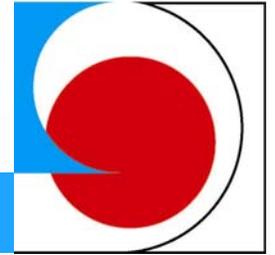
Nicht-medizinische Aspekte:

- Zeitgewinn aufgrund des Abbaus von Bürokratie und aufgrund verbesserter Information über die Patienten
- Vermeidung von Portokosten (z. B. elektronischer Arztbrief)
- Verringerung Kartenmissbrauch

Wer trägt die Verantwortung für den Aufbau?



Ausgangspunkt eGK und „Heute“



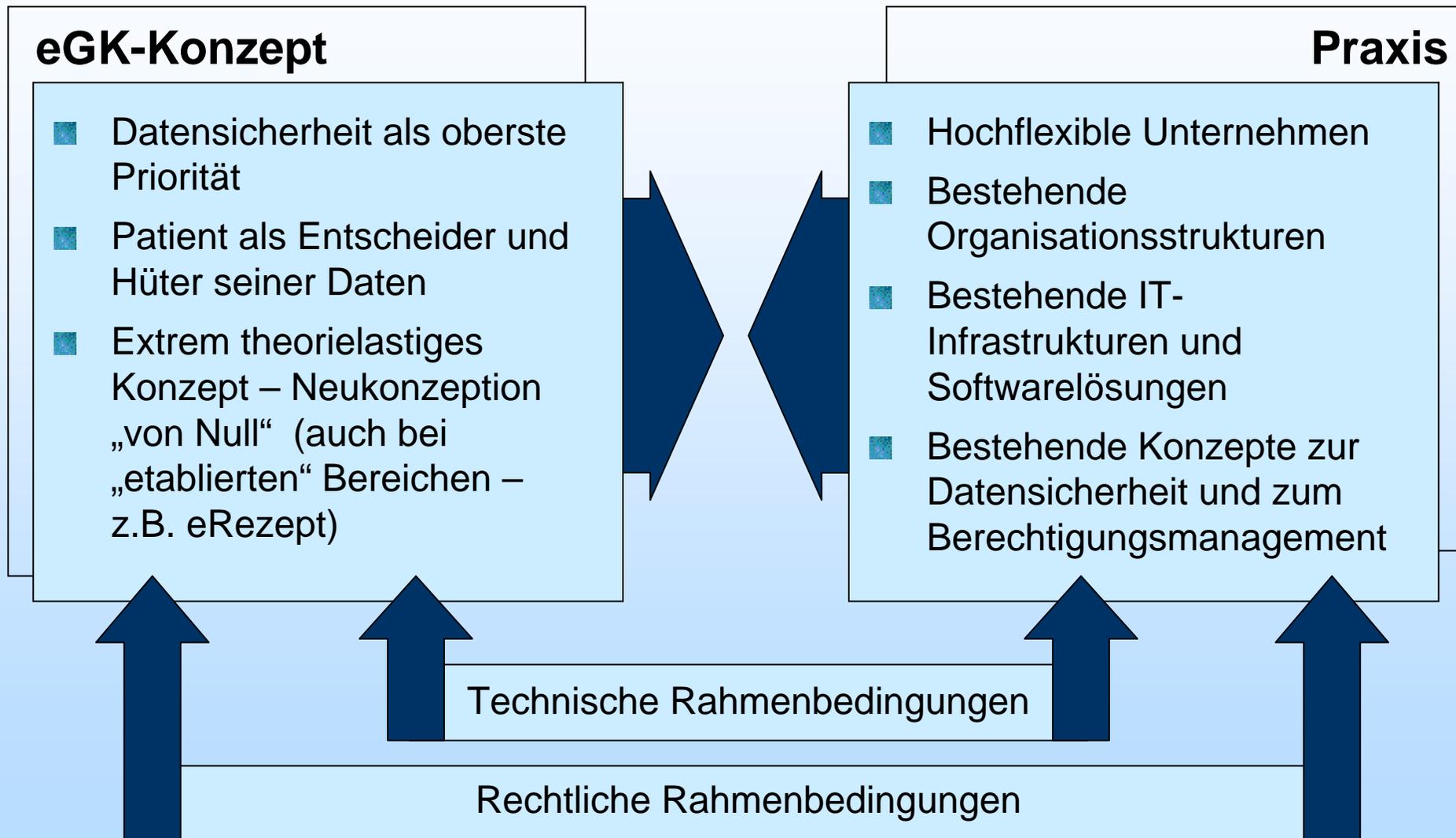
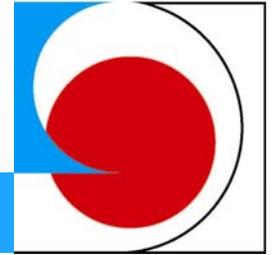
- Start des Projekts „elektronische Gesundheitskarte“ war 2002. Im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004 mit der Schaffung von §291 SGB V festgeschrieben
- 2004 bestand verglichen mit dem Unternehmenssektor ein nicht unerheblicher Nachholbedarf
- Bereits heute sind jedoch elektronische Patientenakten weit verbreitet und insbesondere in Klinikverbänden i.d.R. etabliert
Problem: Verschiedene Systeme sind nur bedingt kompatibel

Bereits aus dem zeitlichen Vorlauf der eGK ergibt sich ein gravierendes Problem:

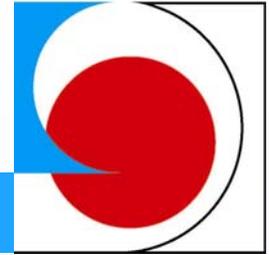
Die IT-Struktur heute ist nicht mehr die von 2002

aber: durch die eGK werden die Fortschritte der letzten Jahre neu zu bewerten sein!

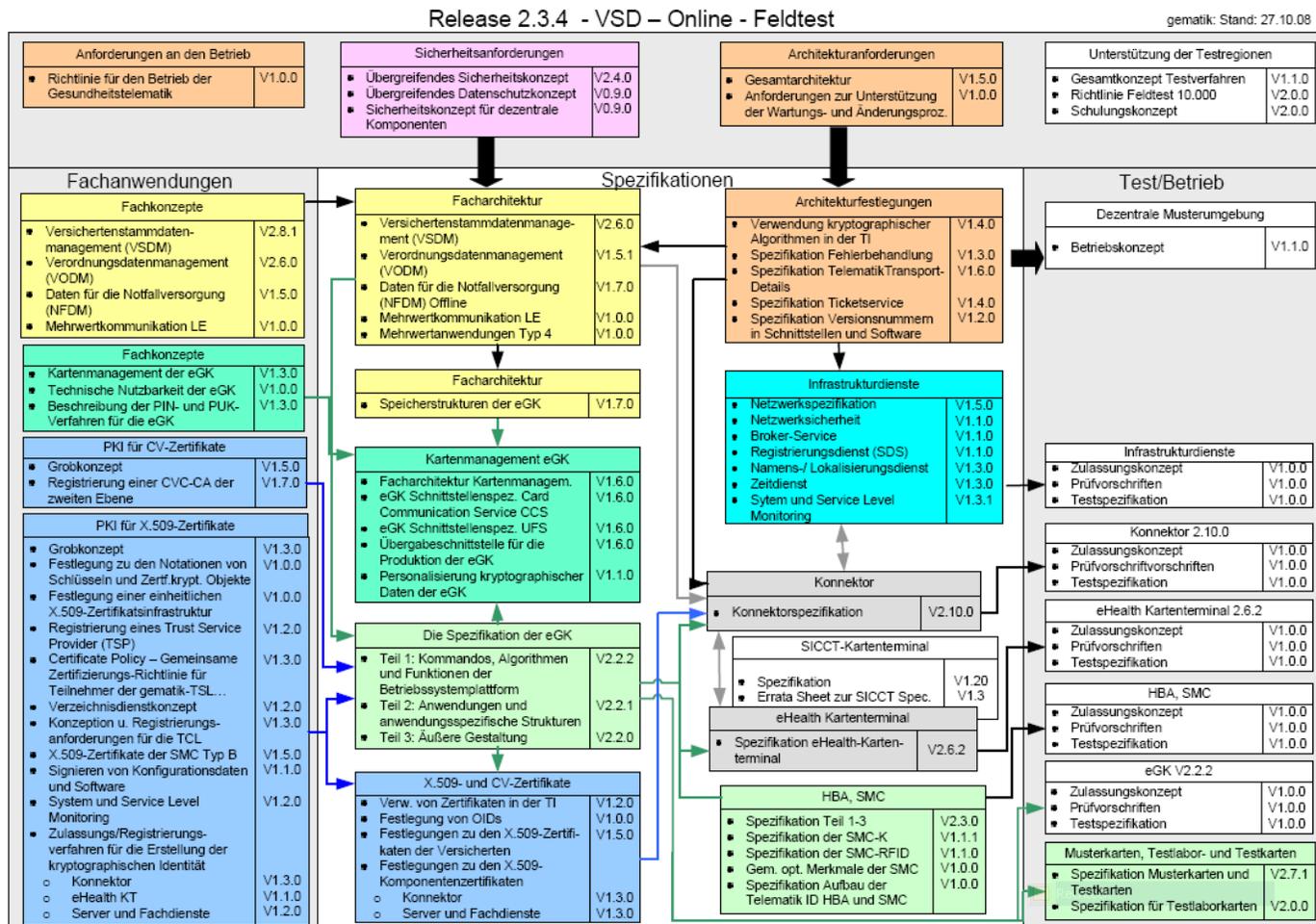
Spannungsfelder des Projekts eGK



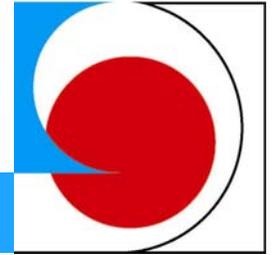
eGK-Konzept – ein Ausschnitt

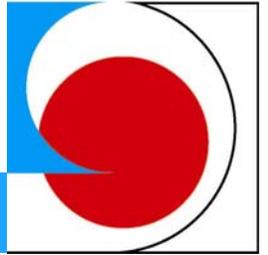


Dokumentenlandkarte
 Releasestand 2.3.4 – Online Feldtest 10.000
 Festlegung der Versionsstände



II. Rollout der eGK 2009

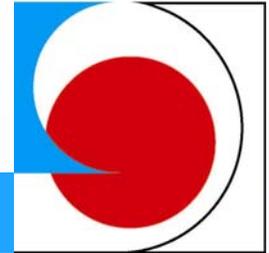




Rollout 2009

- Stand: Rollout der eGK im Jahre 2009 geplant
- Funktionsumfang:
 - Auslesen der Versichertenstammdaten
 - In naher Zukunft evtl. Notfalldaten, Online-VSD oder Arztbrief
- Technische Basis:
 - Neue Karten – eGK der Generation 1
 - neue „migrationsfähige“ Lesegeräte
 - eHealth-BCS-Terminals die zunächst an den PC angeschlossen werden und später an den Konnektor angebunden werden können (als netzwerkbasierende SICCT-Terminals)
- Zeitliche Planung:
 - Ausstattung der Häuser im Laufe des Jahres 2009 nach Zwiebelschalenprinzip
 - Ausgabe der eGKs an Versicherte im Laufe des Jahres 2009
 - Beide Rolloutprozesse nach Bundesländern gestaffelt

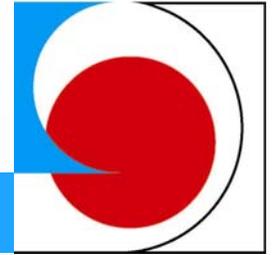
Rollout der eGK 2009 (II)



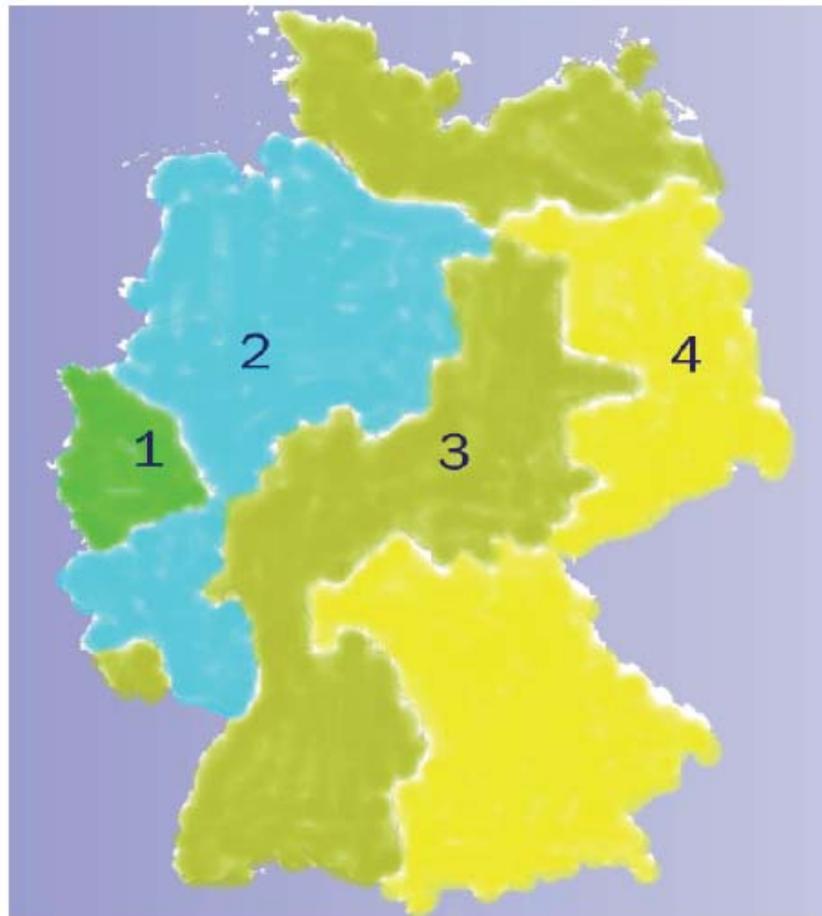
Aktueller Status und Planungen (I)



Quelle: DKG – Übersicht Gesundheitskarte 2008-12



Aktueller Status und Planungen (II) - Zwiebelschalen

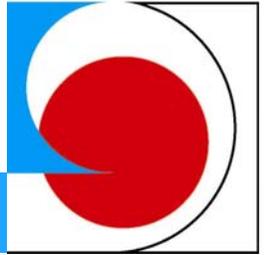


1. Durchstichregion
Nordrhein
2. Staffel unmittelbar ab Quality Gate
Bremen
Niedersachsen
Rheinland-Pfalz
Westfalen-Lippe
3. Staffel
Baden-Württemberg
Hamburg
Hessen
Mecklenburg-Vorpommern
Saarland
Sachsen-Anhalt
Schleswig-Holstein
Thüringen
4. Staffel
Bayern
Berlin
Brandenburg
Sachsen

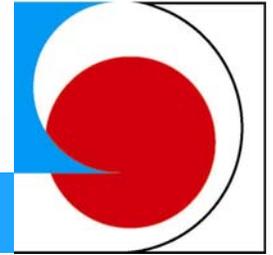
Ursprünglich:
1. Quartal 2009

wahrscheinlich:
2./3. Quartal 2009

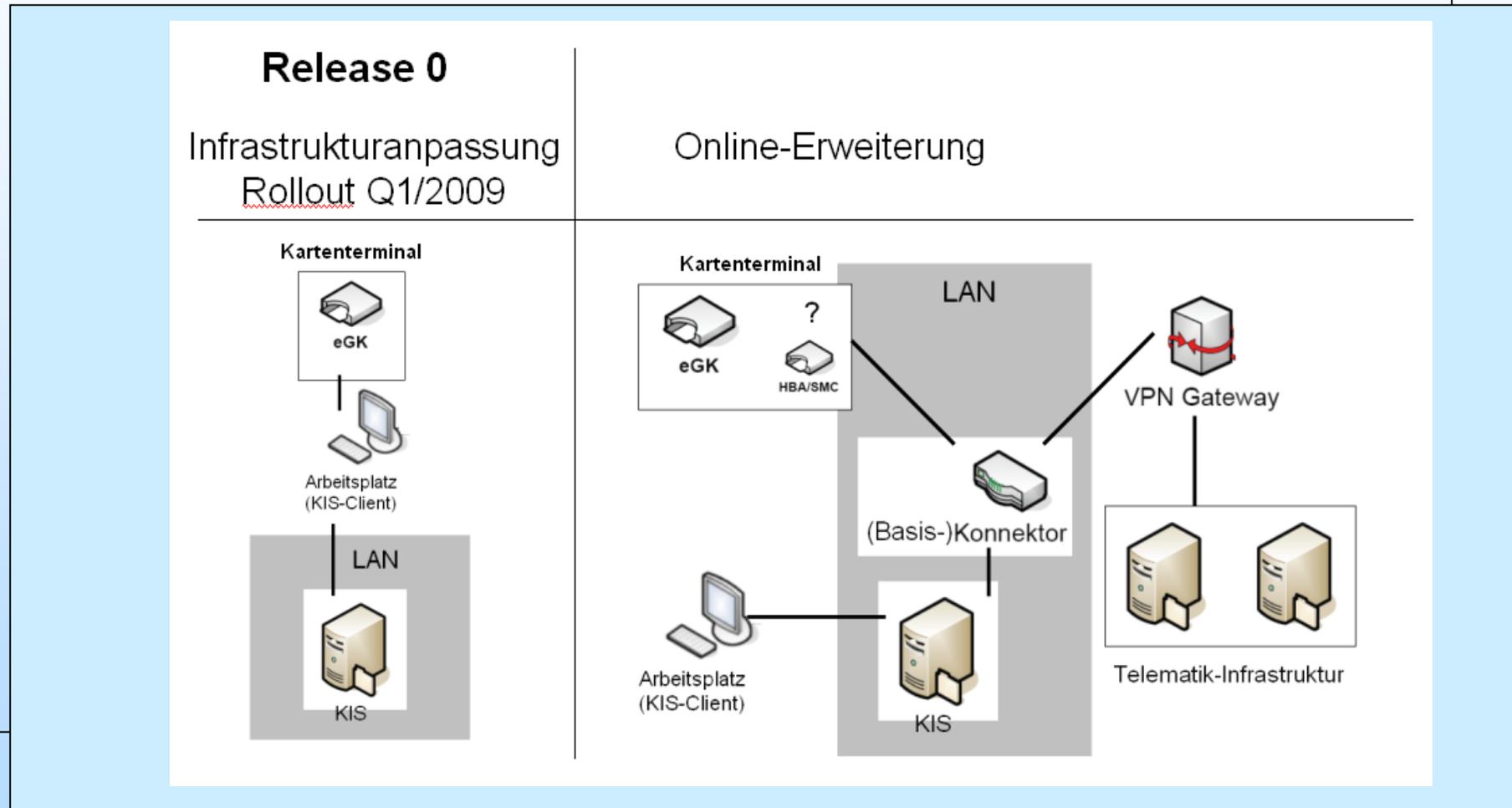
Rollout der eGK 2009 (IV)

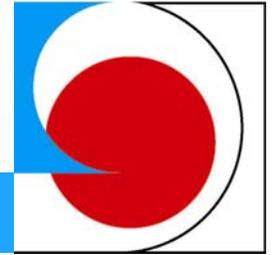


Rollout der eGK 2009 (V)



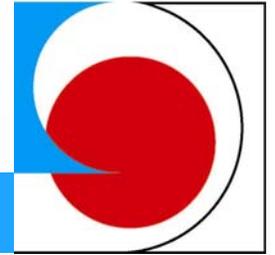
Mögliche Umsetzungen eines Rollouts





Investitionsbedarf

- Krankenhäuser müssen neue Lesegeräte anschaffen
- Schnittstellen zum Einlesen der Versichertenstammdaten müssen angepasst werden
- Schulungen zu neuer Software
- Datenmanagement zwischen „alten“ und „neuen“ Versichertennummern – z.B. bei Patienten, die schon einmal im Haus waren
- zusätzlich: Aufklärung von Patienten zu neuer Karte



Investitionsbedarf – Offline Rollout

Aktueller Stand:

- Finanzierungsvereinbarung für den Rollout 2009 ist getroffen und wird als fallbezogener Zuschlag im Jahr 2009 abgerechnet von den Krankenhäusern

ABER:

- Finanzierung wahrscheinlich nicht kostendeckend, da Kosten für Primärsystemanpassung unzureichend einbezogen
- Zu geringe Anzahl von Geräten bei Ersatz noch akzeptabel aber kritisch im Hinblick auf weitere Infrastrukturanpassungen bei Online-Anbindung

Finanzierungsvereinbarung (I)

Gemeint: „je angefangene 25 Betten je Fachabteilung“

DKG-Info 27.11.2008

§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.

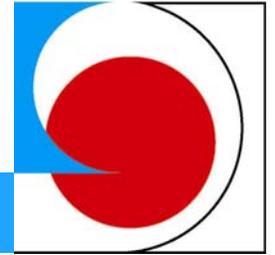
Die **Zuordnung der Betten zu den Abteilungen** und die **Abteilungsstrukturen** werden **primär über den Ausweis im Krankenhausplan durchgeführt**.

Hilfsweise wird die von den Pflegesatzparteien vor Ort den Budgetverhandlungen zugrunde gelegte Abteilungstruktur 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.

Finanzierungsvereinbarung (II)



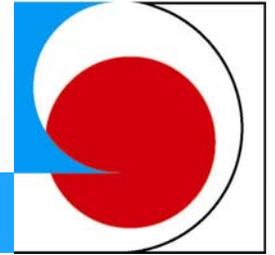
§ 1 (Fortsetzung)

430 Euro (inkl. MWSt.)
nach Festlegung am 27.11.2008

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

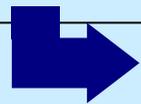
§ 2 Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen

- (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).



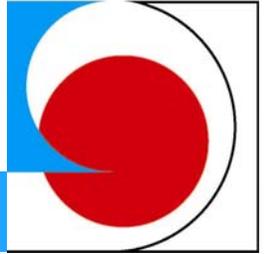
Umsetzung der Vereinbarung

- Die **Finanzierungsvereinbarung** stellt ausdrücklich auf von der Telematik **zugelassene, migrationsfähige eHealth-BCS-Kartenterminals** ab. Eine Beschaffung bereits im Feld befindlicher Nicht-eHealth-BCS-Kartenterminals wird nicht finanziert.



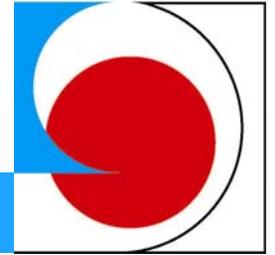
Es spricht nichts dagegen, vorhandene, MKT+-fähige Kartenlesegeräte vorläufig weiter zu nutzen. Eine Neuanschaffung solcher Geräte ist mit dem Telematikzuschlag nicht zulässig.

- Das vom Krankenhaus nach der Finanzierungsvereinbarung ermittelte Finanzierungsvolumen ist mit den Kostenträgern nach § 18 Abs. 2 KHG einmalig zu vereinbaren, sobald in der Region die Ausstattung der Krankenhäuser beginnt. Dafür ist ein **Nachweis der nach der Finanzierungsvereinbarung benötigten eHealth-BCS-Kartenterminals zu erbringen**, eine **Rechnungsvorlage entfällt**.



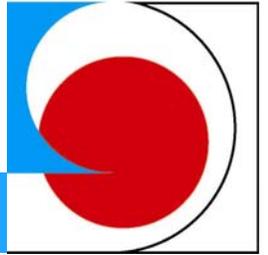
Bewertung des Rollout-Szenarios 2009

- Szenario ist als sehr wahrscheinlich einzustufen (Wahlen 2009)
→ Kartenlesegeräte sind verfügbar, Pionierregion Nordrhein startet
- Kollision mit laufendem Test der eGK in den Testregionen
→ große Verunsicherung in Testregionen
- Online-Szenario zeitnah sehr wahrscheinlich
→ Zeithorizont wahrscheinlich 2010



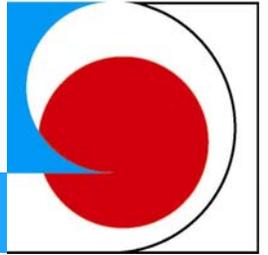
Investitionsbedarf - zukünftig

- In den Planungen des Rollouts wurden bislang lediglich Ärzte, Zahnärzte, Apotheken und Krankenhäuser berücksichtigt. Andere medizinische Institutionen, die momentan de KVK nutzen müssten im Zuge eines fortschreitenden Rollouts (Online-Erweiterung) ebenfalls einbezogen werden.
- Für den Rollout wurde noch **keine Finanzierungsvereinbarung zu Betriebskosten** getroffen. Die bestehende Vereinbarung betrifft lediglich die Ausstattung der Krankenhäuser (Ärzte und Apotheken) mit Kartenlesegeräten und die notwendigen Anpassungen der IT-Infrastruktur. Eine Vereinbarung zu Betriebskosten ist nach § 291a Abs. 7 Satz 4 Nr. 2 SGB V zu treffen, wenn ein Anschluss an die Telematik-Infrastruktur erfolgen soll (Online-Szenario).



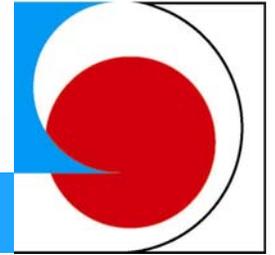
FuE-Projekt ProOnline VSDD

- Projekt soll die Anbindung und Funktionalität der Telematik-Infrastruktur testen
- Zunächst Kartengeneration 0 und Versichertenstammdatendienst
- Wechsel auf Kartengeneration 1 sobald hierfür Zulassung erfolgt ist
- Feststellung der Netzfähigkeit bis Ende 2008 geplant
→ Bedingung für den Start der flächendeckenden Ausgabe der Karten
- Das FuE-Projekt selbst soll bis Mitte 2009 verlängert werden und neben der Fortführung der Migration der Kartengenerationen in Betriebstests die Machbarkeit der VSD-Aktualisierung und Mehrwertkommunikation der Leistungserbringer prüfen und nachweisen.



Online Rollout 2009 (?)

- Angekündigt für Ende 2009 (4. Quartal)
- Grundlage soll ein sogenannter „Basis-Konnektor“ sein
- gematik erarbeitet eine Konzept, das auch die bestehende Planung der Testmaßnahmen berücksichtigt
→ Entscheidung Ende 2008
- Voraussetzung ist die industrielle Verfügbarkeit von zugelassenen (**migrationsfähigen**) **Konnektoren** (Aufgabe der gematik)
- Voraussetzung ist die Verfügbarkeit der erforderlichen zentralen Dienste in der Telematikinfrastruktur, die eine Netzanbindung der Leistungserbringer ermöglichen.
Für die Testmaßnahmen der gematik sollen diese Dienste planmäßig ebenfalls im 3. Quartal 2009 bereit stehen.



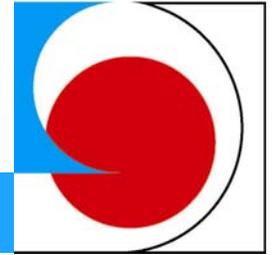
Online Rollout 2009 (?)

■ Funktionell:

- Aktualisierung der Versichertenstammdaten
- „Mehrwertkommunikation“ zwischen den Leistungserbringern (auf Basis des VHitG-Implementierungsleitfadens für einen Arztbrief)

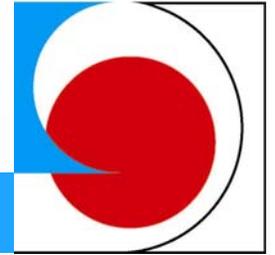
■ Folgen für Krankenhäuser

- Komponente Konnektor (Anwendungs- und Netzkonnektor) muss in bestehende IT-Infrastruktur eingepasst werden
- vorhandene eHealth-BCS-Kartenterminals nach einer Aufrüstung auf netzwerkfähige eHealth-Kartenterminals an den Anwendungskonnektor über das interne Netzwerk anzuschließen



Bewertung des Szenarios Online Rollout 2009

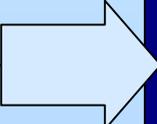
- Bereits 2009 eher unwahrscheinlich
- 2010 denkbar, da Interessenlagen der Beteiligten einen Online-Rollout nahe legen
 - Kassen werden Online-Abgleich der VSD haben wollen, weil hier erhebliche Kosteneinsparungen vermutet werden
 - Die Mehrwertkommunikation kann die elektronische Fallakte voran bringen
 - Elektronischer Arztbrief könnte Argument für Ärzte sein (weniger Verwaltungsaufwand?)
- **Kritischer Punkt:** Verfügbarkeit eines (mandantenfähigen) Konnektors unwahrscheinlich!
ABER: Basiskonnektor muss nicht vollwertiger (KH-)Konnektor sein!



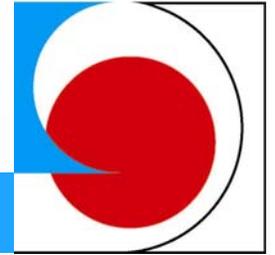
Kollision eines Rollouts mit Tests der eGK (I)

Empirische Probleme und Handling der Tests:

- Roll-Out-eGK und Test-eGK werden nach gegenwärtigem Stand nicht zu unterscheiden sein und verfügen über identische Funktionalitäten
- Noch unklar ob Kostenträger weiterhin „Test-eGKn“ ausgeben
- Grundsätzlich keine Unterscheidung zwischen Test- und Nicht-Testteilnehmern möglich
- Gefahr einer Verfälschung der Tests wenn Nicht-Testteilnehmer eingebunden



Maßnahmen suchen, um die Tests möglichst eindeutig abgrenzen zu können



Kollision eines Rollouts mit Tests der eGK (II)

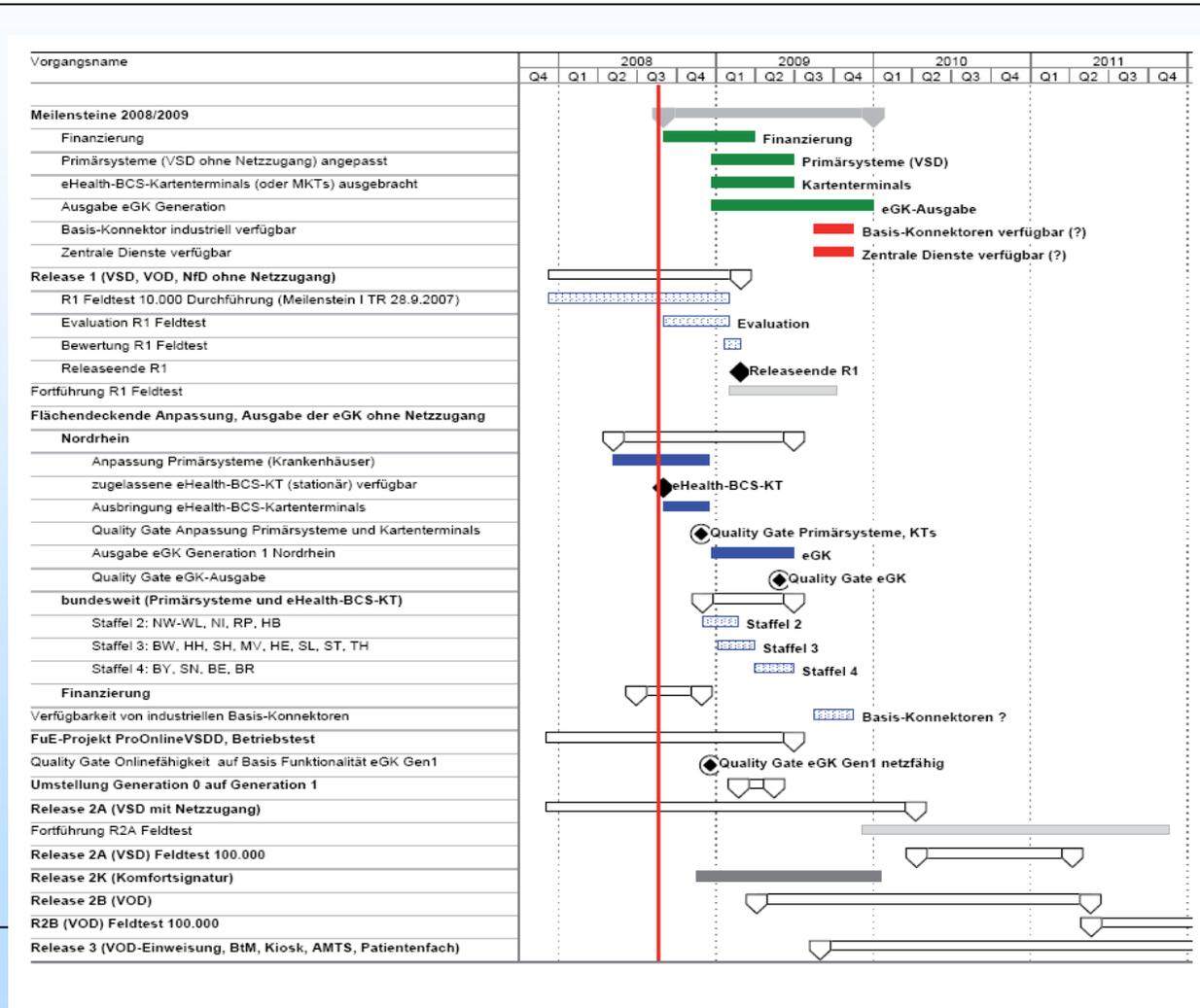
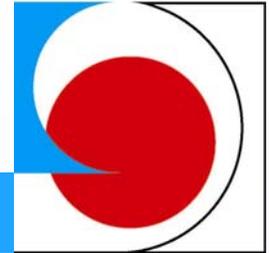
Rechtliche Probleme:

- möglicherweise rechtliche Probleme wenn Nicht-Testteilnehmern als Testteilnehmer behandelt werden (bzw. umgekehrt).

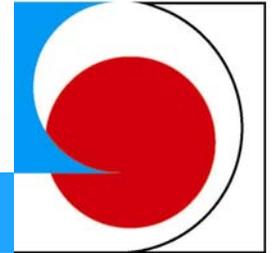
Technische Probleme (Zukunftsszenario!):

- Wenn Online-Rollout während der Tests kommt müssten rein theoretisch zwei Konnektorinfrastrukturen im Krankenhaus gegeben sein um echte Tests zu ermöglichen
→ nicht praktikabel

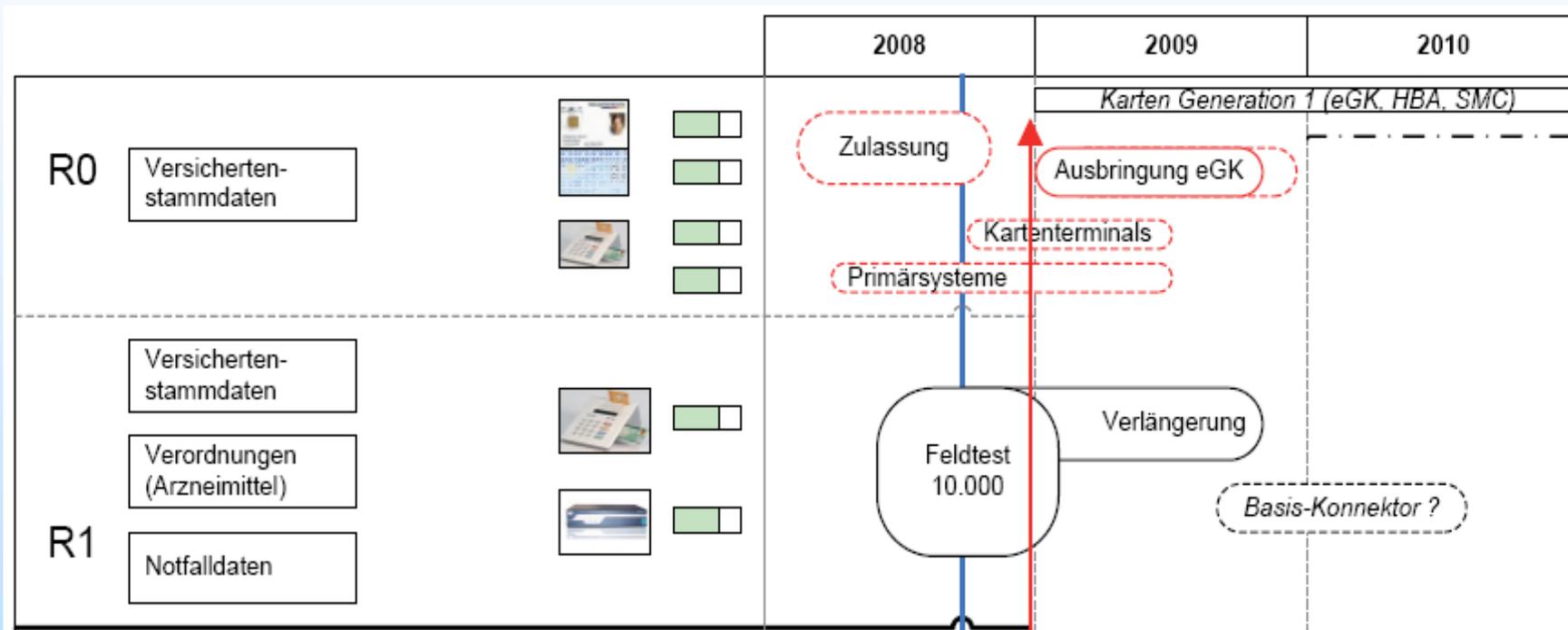
IV. Test der eGK

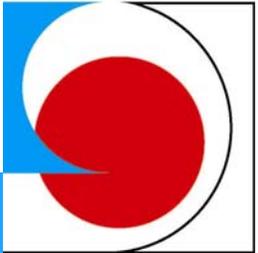


Zeitliche Planung des Tests der eGK (I)



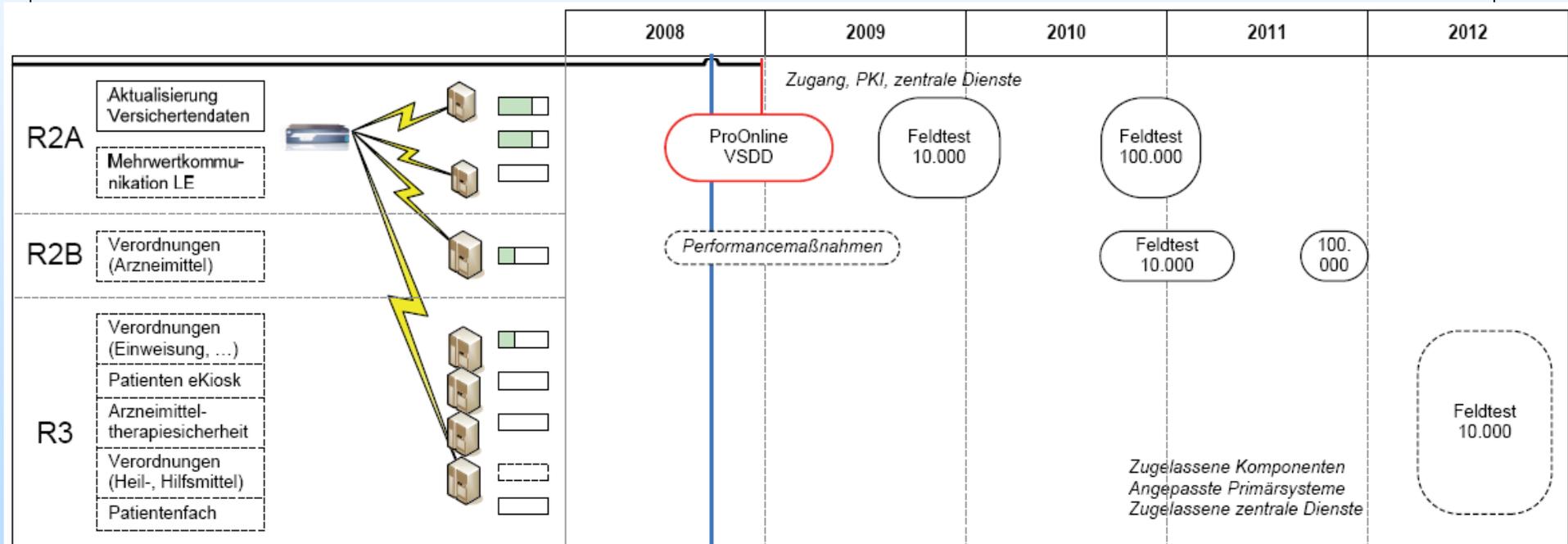
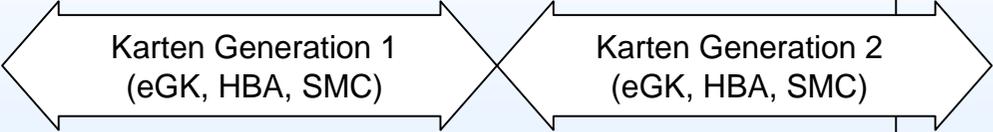
Aufbau und zeitliche Planung – Offline Phase



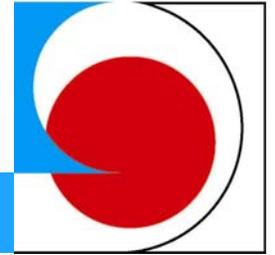


Zeitliche Planung des Tests der eGK (II)

Aufbau und zeitliche Planung – Online Phase



Aufbau der Tests (I)



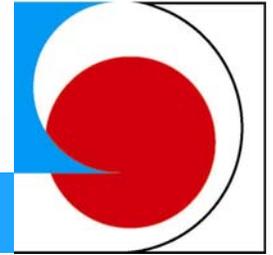
4 stufiges Verfahren

- Stufe 1: Labortests (gematik)
 - Stufe 2: Anwendertests
 - Stufe 3: 10.000er Tests
 - Stufe 4: 100.000er Tests
- } Testregion

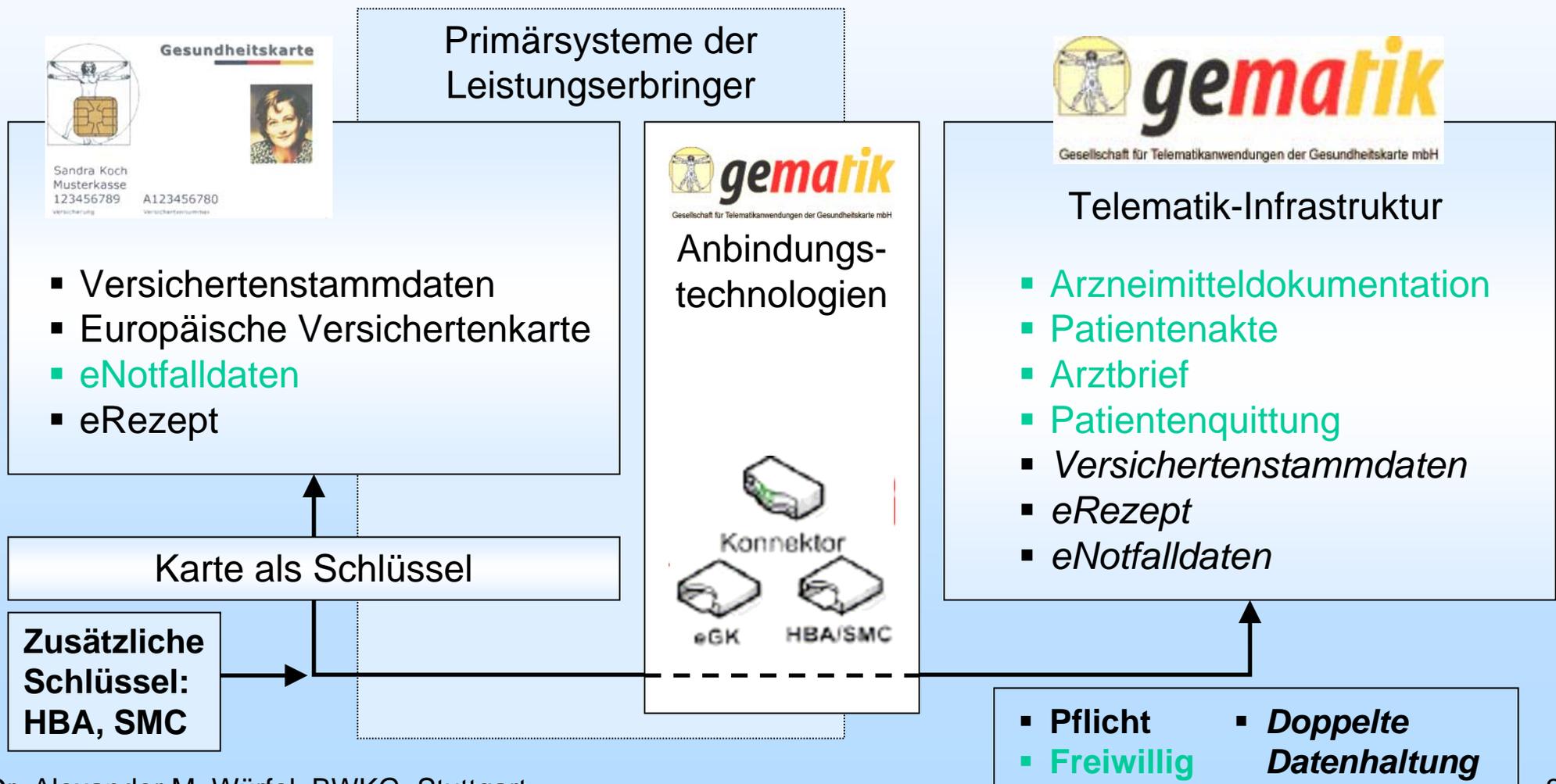
Testregion

- In Baden-Württemberg: Heilbronn – SLK Kliniken
- Insgesamt 7 Testregionen: 5xTest eGK, 2xTest MKT+ und eGK
- Beteiligt: 15 Ärzte, 9 Apotheken, 1 Krankenhaus
- 8832 Versicherte haben bereits eine Karte (8 Kassen) –
Stand 11.11.2008

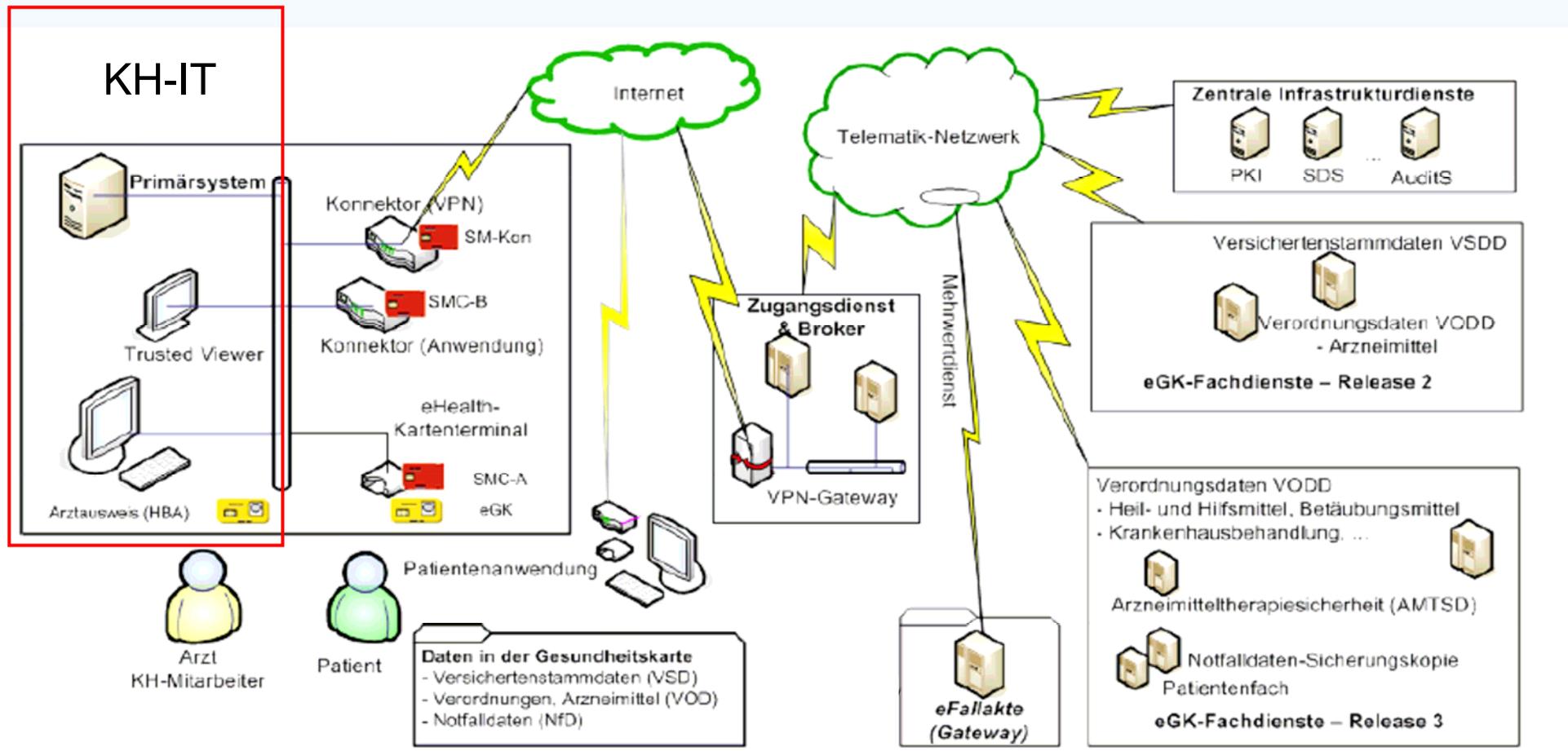
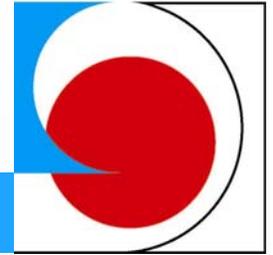
IV. IT-Strukturen der eGK

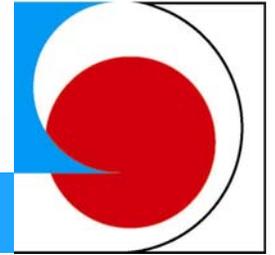


Datenhaltung – was liegt wo?



KH-IT und Telematik-Infrastruktur



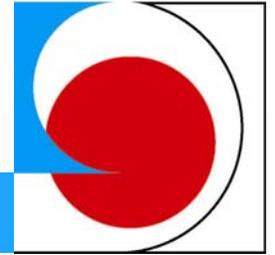


Konnektor

- schafft sichere Kommunikationsumgebung zwischen der Krankenhaus-IT, den Kartenlesegeräten und der Telematik-IT
- Ermöglicht in Zusammenhang mit der SMC Zugriff auf die Telematikinfrastruktur
- Für 10.000er Tests sind erste Konnektoren vorhanden

Kritische Größe für Krankenhäuser

- Gegenwärtig kein „Krankenhauskonnektor“ vorhanden
- Entwicklung für Industrie wenig interessant weil kleiner Markt
- Sicherheitsrichtlinien reduzieren Entwicklungsspielraum für eine Krankenhauslösung

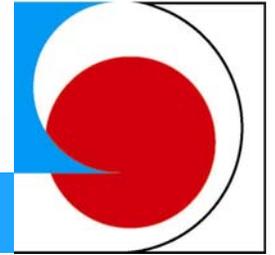


Lesegeräte

- Netzwerkangeschlossene Kartenlesegeräte, die direkt vom Konnektor angesprochen werden
Grund: Sicherheit der Datenübermittlung
- Anbindung an den Konnektor über das LAN der Einrichtung (des Krankenhauses)
- bislang Kartenleser an PC angeschlossen – i.d.R. eingebaut in die Tastaturen

Problem:

- Neue Infrastrukturen notwendig (Verkabelungen, Anschlüsse)
- Veränderter Wartungsaufwand bei zusätzlichen Geräten im Netzwerk und virtuell getrennten Netzen für Krankenhaus und Telematikumgebung

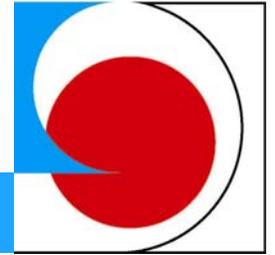


Elektronische Gesundheitskarte - eGK

- Prozessor- statt Speicherkarte
- Speichert Daten: Versichertenstammdaten, Notfalldaten, eRezept
- ist **EIN** Schlüssel zur gematik-Datenhaltung
- Generation 0 aktuell verfügbar
- Generation 1 (Rollout) im abschließenden Test

Charakteristika:

- Bild
- lebenslang gültige Versichertennummer
- eher geringer Speicherplatz

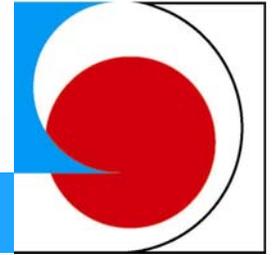


Heilberufeausweis - HBA

- Zugangsschlüssel für den Heilberufler
- personengebunden
- Schlüssel für kryptographische Funktion
- Enthält qualifizierte elektronische Signatur

Institutionenkarte - SMC

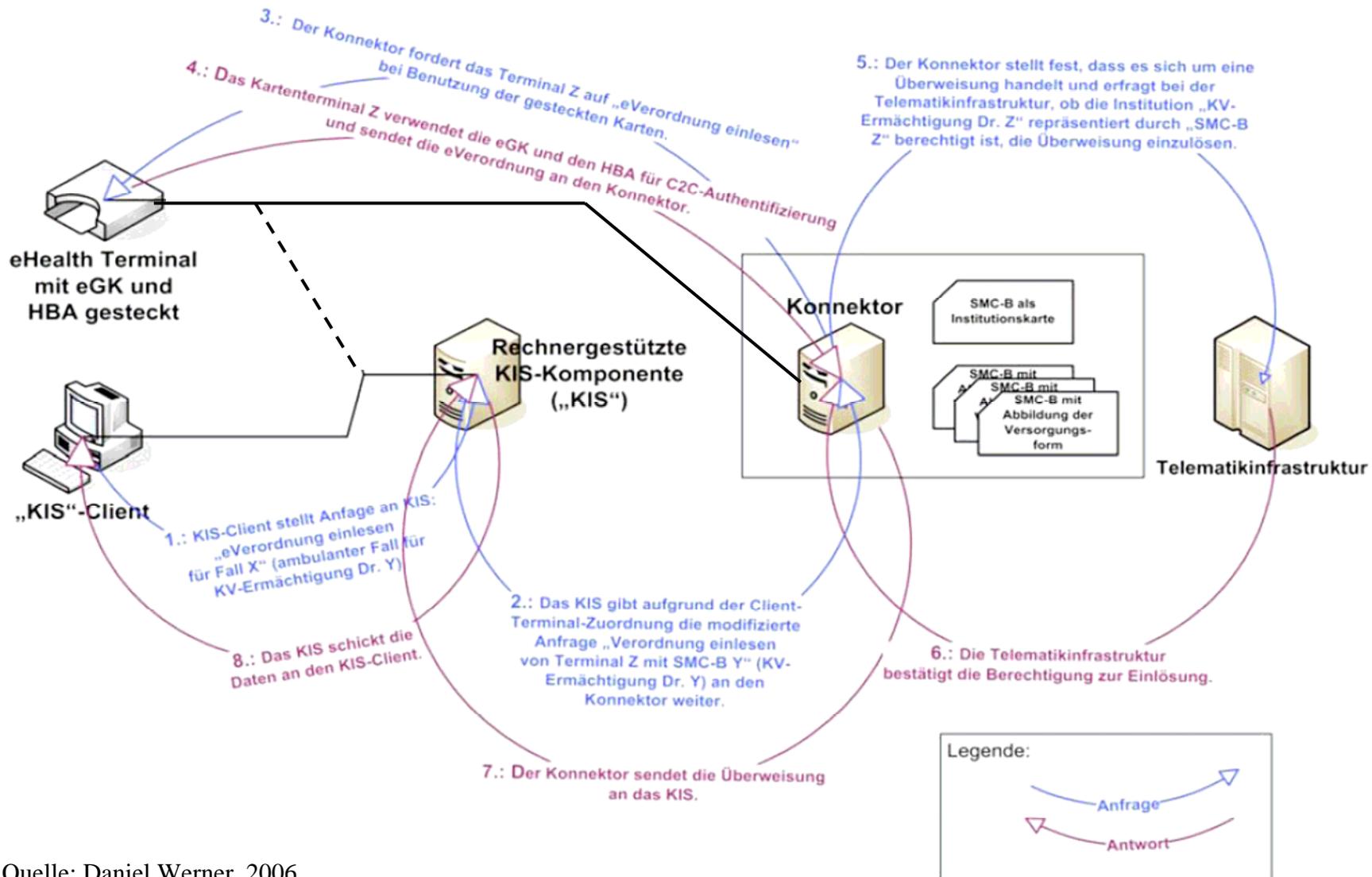
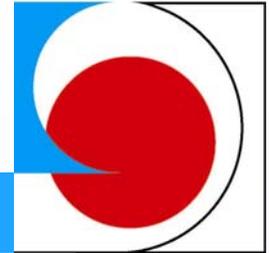
- identifiziert das Krankenhaus bzw. eine Abrechnungseinheit
- Schlüssel für den Zugang von Nicht-Heilberuflern die Zugang zu Patientendaten haben dürfen
- Nach bisherigem Konzept: im Konnektor verankerte Hardware



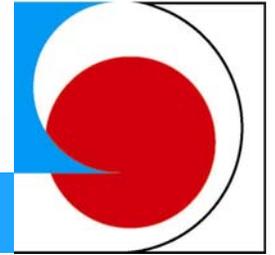
Warum Karten und kein USB-Stick

- Karte kann verloren oder kaputt gehen – Daten bleiben abgelegt und über PIN gesichert und abrufbar
- USB ist in Krankenhäusern aus Gründen der Datensicherheit nicht einsetzbar – Einfallstor für Viren
- Praktikabilität: Karten sind etabliert als Identifikationsmedium (und leichter transportabel)
- Meldung über Test von USB-Sticks als Alternative zur eGK (u.a. im Ärzteblatt):
Die Geschäftsführung der gematik wurde beauftragt, eine „konzeptionelle Bewertung“ vorzunehmen und eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen auszusprechen. Die Geschäftsführung der gematik wird ihre konzeptionelle Bewertung voraussichtlich im 1. Quartal 2009 vorlegen.

Kommunikationsprozesse der IT

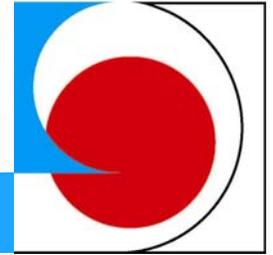


Quelle: Daniel Werner, 2006



Konnektoren und SMC-B

- Ausgangspunkt:
Jede SMC-B bildet einen Abrechnungsfall ab. Insbesondere in Ambulanzen wird somit der Fall auftreten, dass unterschiedliche SMC-B von einem Raum erreichbar sein müssen.
- Folge:
Die Zuordnung von Kartenterminals zu SMC-B bzw. Konnektor muss flexibel sein, so dass nicht für jeden Abrechnungsfall ein eigenes Kartenterminal aufgestellt werden müsste. Anderenfalls ergeben sich Stapel von Kartenterminals an Arbeitsplätzen mit unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten (z.B. Ambulanzen).
- Lösung:
Ein **mandantenfähiger** Konnektor, der mehrere SMC-B so verwalten kann, dass ein Kartenterminal pro Behandlungsplatz ausreicht.



Mandantenfähigkeit des Konnektors

- Mandantenfähigkeit bedeutet vereinfacht, dass eine n:m-Beziehung zwischen Konnektoren (bzw. SMC-B) und Kartenterminals aufgebaut werden kann

Einfacher Konnektor

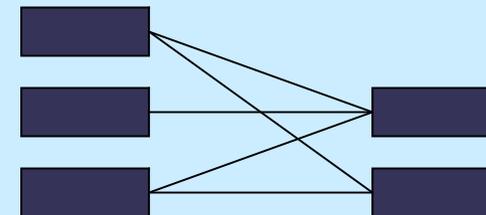
KT Konnektor



Ein Konnektor kann n
Kartenterminals verwalten
(1:n-Beziehung)

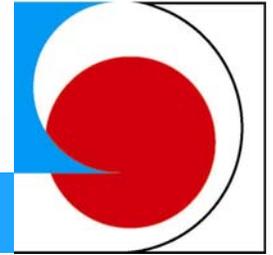
Mandantenfähiger Konnektor

KT Konnektor

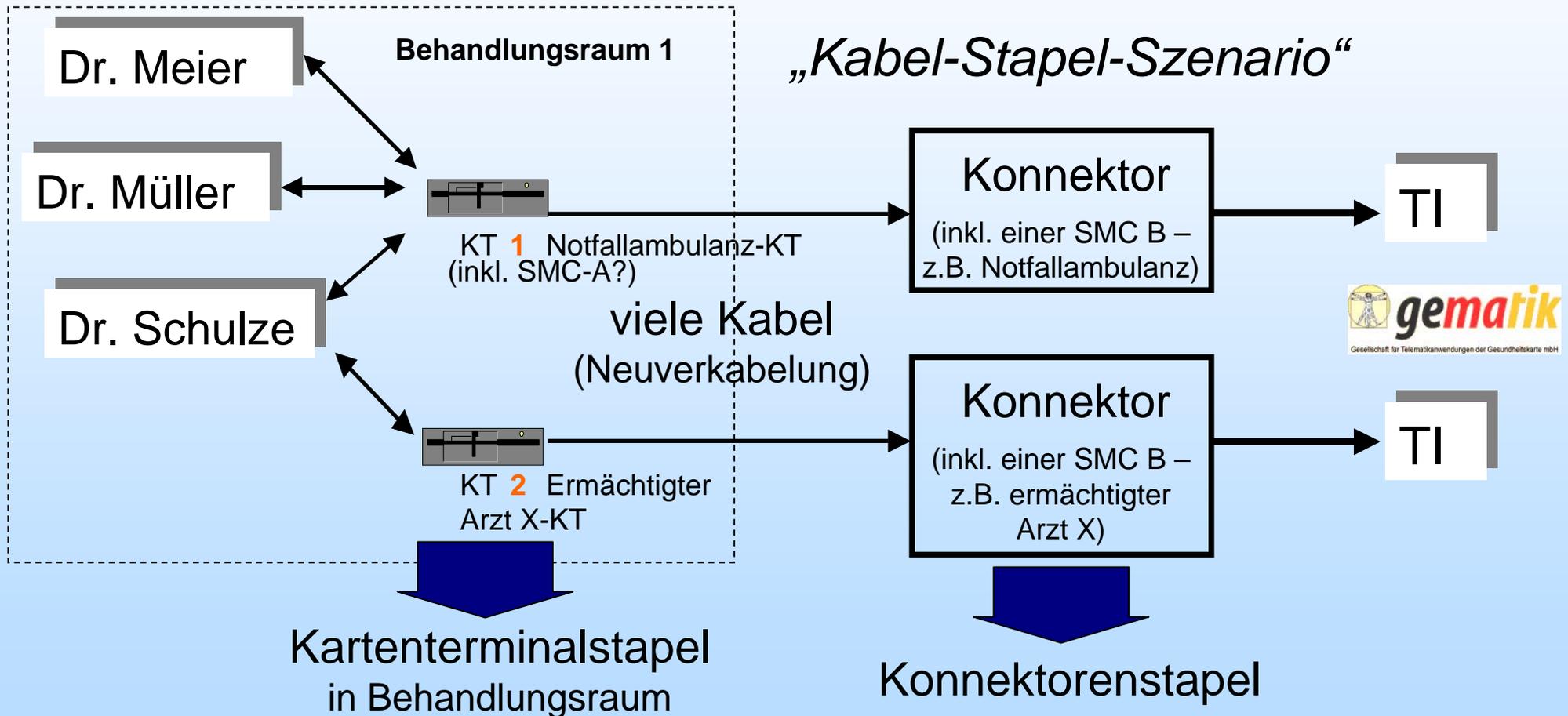


Ein Konnektor kann n Kartenterminals
verwalten und ein Kartenterminal kann m
Konnektoren erreichen

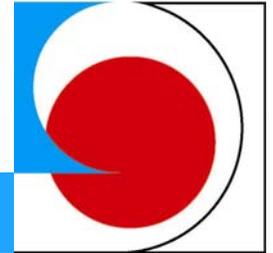
Kartenterminals und Konnektor(en) (I)



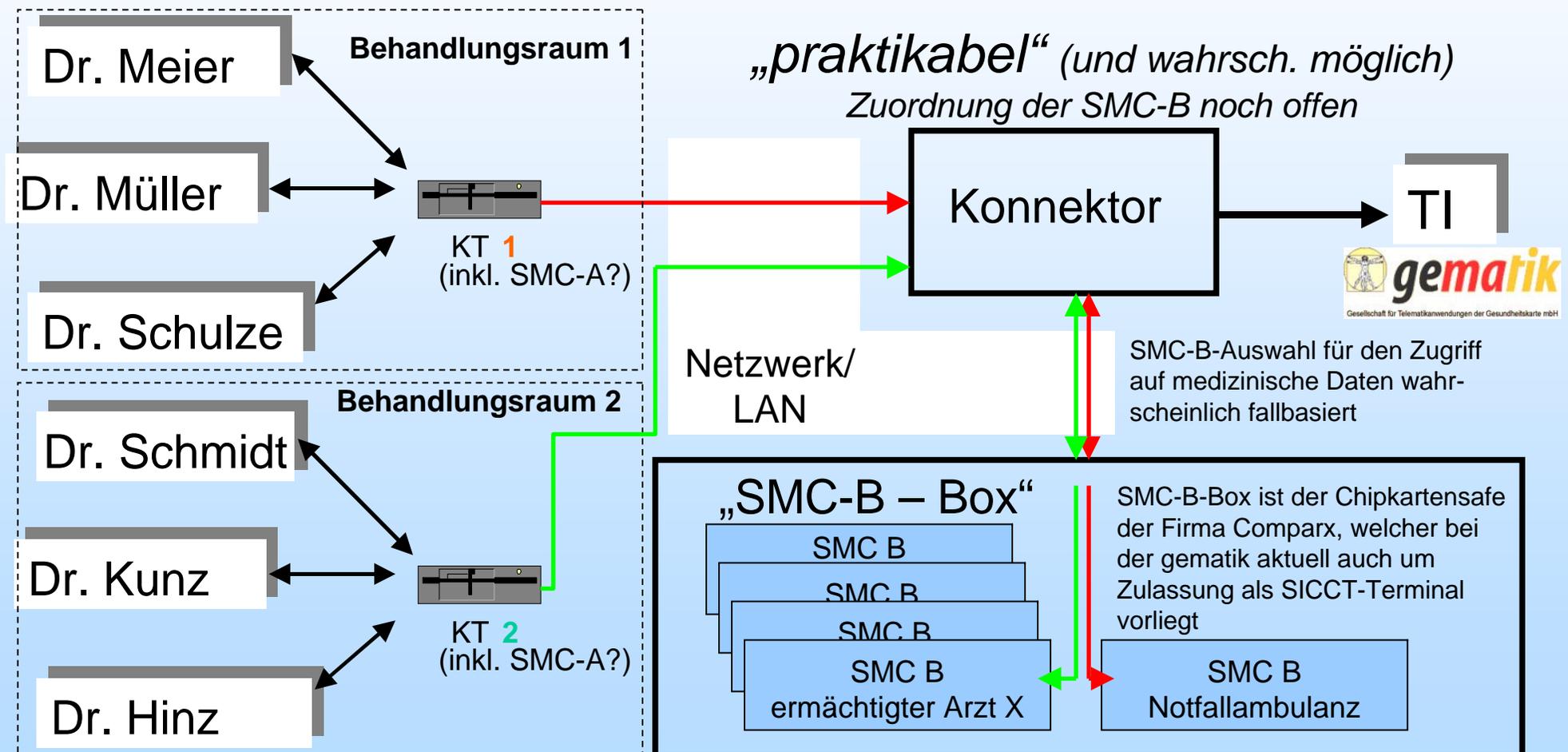
Nicht-Mandantenfähiger Konnektor

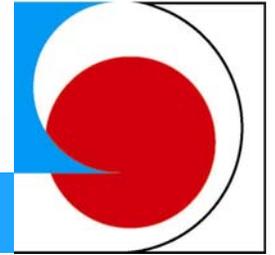


Kartenterminals und Konnektor(en) (II)



Mandantenfähiger Konnektor (Beispiel für eine Umsetzung)



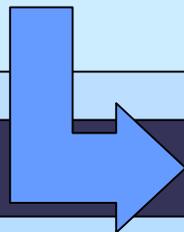


Status mandantenfähiger Konnektor

- Aktuell wenig Interesse der Industrie einen mandantenfähigen Konnektor zu entwickeln, da der Markt zu klein ist.
 - ➔ gematik hat keine Möglichkeiten Industrie zu zwingen
- Unterscheidung in Anwendungs- und einen Netzwerkkonnektor (Softwarerealisierung des Anwendungskonnektors)

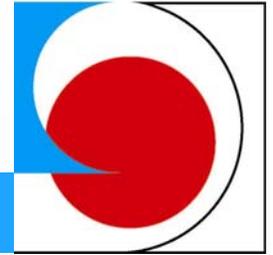
Problem: für die SMC-B Zuordnung wäre eine Verknüpfung zum KIS sinnvoll. Durch die strikte Trennung zwischen Telematik-Infrastruktur und Krankenhaus IT ist dies kaum zulässig.

- ➔ extrem strenge Sicherheitsauflagen von Seiten gematik und BSI machen eine solche Lösung momentan sehr schwierig.



Krankenhaus zu lange als große Arztpraxis gesehen!

V. Rahmenbedingungen für die eGK



Erhoffte Vorteile durch eine eGK

Medizinische Aspekte:

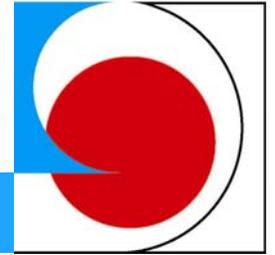
- Verbesserte Verfügbarkeit medizinischer Dokumente (z.B. Vorbefunde, Krankengeschichte)
- Verfügbarkeit von Medikamentierungen (Arzneimitteltherapiesicherheit)
- Notfalldaten

Nicht-medizinische Aspekte:

- Vermeidung von Medienbrüchen (Rezept, Arztbrief)
- Höhere Sicherheit durch moderne Prozessor-Chipkarte

Rahmenbedingung:

Versicherter ist „Herr seiner Daten“

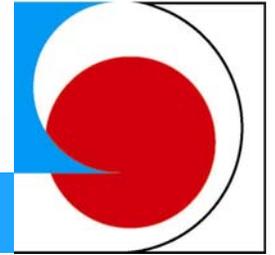


Zugriffsrechte – nach §291a Abs. 4 → Berechtigte

- Ärzte und Zahnärzte,
- Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
- Personen, die Vorgenannten oder in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe voranstehend Genannten erfolgt,
- sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,

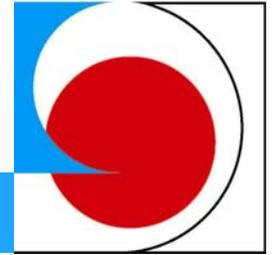


Zugriffsrechte sind personengebunden!
keine Zugriffsrechte für die Institution Krankenhaus



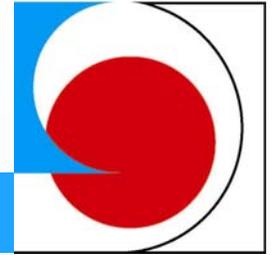
Zugriffsrechte – nach §291a Abs. 4 → Legitimation

- Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte [...] ist **nur mit dem Einverständnis der Versicherten** zulässig.
- Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass für die freiwilligen Anwendungen mit Ausnahme der Notfalldaten der Zugriff **nur durch Autorisierung der Versicherten** möglich ist
- Der Zugriff auf **Verordnungsdaten** mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf **nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis oder entsprechenden Berufsausweis** erfolgen.
- Der Zugriff auf **Notfalldaten** mittels der elektronischen Gesundheitskarte darf **nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis**.



Zugriffsrechte – nach §291a Abs. 4

- Zugriffsberechtigte **Personen, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis** oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, können auf die Daten einer eGK zugreifen, wenn sie hierfür **von Personen autorisiert sind, die über einen elektronischen Heilberufsausweis** oder entsprechenden Berufsausweis verfügen, und wenn nachprüfbar elektronisch protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat und von welcher Person die zugreifende Person autorisiert wurde.
- Der Zugriff auf Verordnungsdaten mittels der elektronischen Gesundheitskarte kann auch erfolgen, wenn die Versicherten den jeweiligen Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren autorisieren.



Fazit

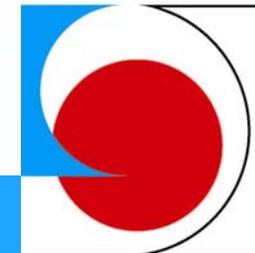
Patient ist Herr seiner Daten

ABER:

In Krankenhäusern sind 1:1-Berechtigungen für die Einsicht in Patientendaten wenig sinnvoll

Umsetzung des rechtlichen Rahmens im Krankenhaus nicht möglich:

- Personengebundene Zugriffsrechte machen Datenzugriffe und -verwaltung im Krankenhaus sehr aufwändig
- Prinzipiell wäre es denkbar, dass der Patient nur einzelne Ärzte zur Einsicht in seine Daten (freiwillige Anwendungen) autorisiert
→ nicht praktikabel im Alltag



Identitäts und Berechtigungsmanagement (IAM)

Heute

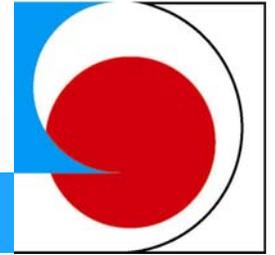
- Berechtigungen werden in Krankenhäusern werden i.d.R. als Gruppenberechtigungen verwaltet (z.B. Abteilungszugehörigkeit, Berufsspezifisch)

Mit elektronischer Gesundheitskarte:

- Berufsausweise als Berechtigungsmanagement (HBA und BA)
- Zugriffsberechtigte Personen ohne HBA müssen von HBA-Inhabern persönlich ermächtigt sein!

Notwendig:

- Personenbezogene Berechtigungskonzepte, die Rollen und Tätigkeiten abbilden



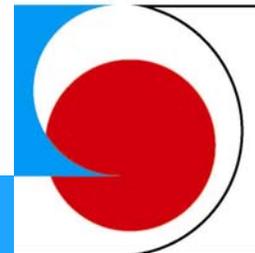
Identitäts und Berechtigungsmanagement (IAM)

Lösungsansatz:

Elektronische Berechtigungen und Protokollierung von Zugriffen mit einem Identitäts- und Berechtigungsmanagement für Krankenhäuser

Probleme:

- ➔ rollen- und tätigkeitsabhängige Zugriffsrechte sind personenbezogen nur sehr schwer zu managen
- ➔ bestehende Zugriffsberechtigungen müssen „übersetzt“ werden
- ➔ als technische Umsetzung müsste idealerweise ein eigenständiges IAM neben dem bestehenden KIS eingeführt werden.
 - ➔ technisch und finanziell hoher Aufwand, der nicht refinanziert werden wird



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Alexander M. Würfel

BWKG

Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e.V.

wuerfel@bwkg.de