



## **Elektronische Gesundheitskarte – „Guided Tour“ über eine Großbaustelle**

**103. Fortbildung des VKD am 09./10. Oktober 2006**

### **Gliederung**



- I. Was soll die Telematik-Infrastruktur können?
- II. Wer trägt die Verantwortung für den Aufbau der Telematik-Infrastruktur?
- III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?
- IV. Wo stehen wir?
- V. Was ändert sich im Krankenhaus?
- VI. Wer soll das bezahlen?
- VII. Fazit

## I. Was soll die Telematik-Infrastruktur können?



### Erhoffte Vorteile für Versicherte/Patienten

- Zugriff auf wichtige Patientendaten im Notfall
- Vermeidung von Medikamentenunverträglichkeit
- Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen
- Erhöhung der Diagnosesicherheit
- Zielgerichtete Therapie aufgrund der Verfügbarkeit sämtlicher Patientendaten
- Versicherter ist Herr seiner Daten; Zugriff über Infosysteme

## I. Was soll die Telematik-Infrastruktur können?



### Erhoffte Vorteile für Ärzte und KH

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern wegen Möglichkeit der schnellen Weitergabe von Diagnosen und Medikation
- Zeitgewinn aufgrund des Abbaus von Bürokratie und aufgrund verbesserter Information über die Patienten
- Vermeidung von gesundheitlichen Schäden durch Arzneimittelinteraktionsprüfung
- Vermeidung von Portokosten (z. B. elektronischer Arztbrief)
- Verringerung von Kartenmissbrauch

## I. Was soll die Telematik-Infrastruktur können?



### Verpflichtend sofort nach Einführung

- Versichertenstammdaten inkl. Zuzahlungsstatus
- eRezept
- Europäische Krankenversichertenkarte

### Verpflichtend (später)

- Weitere ärztliche Verordnungen (inkl. Einweisung)

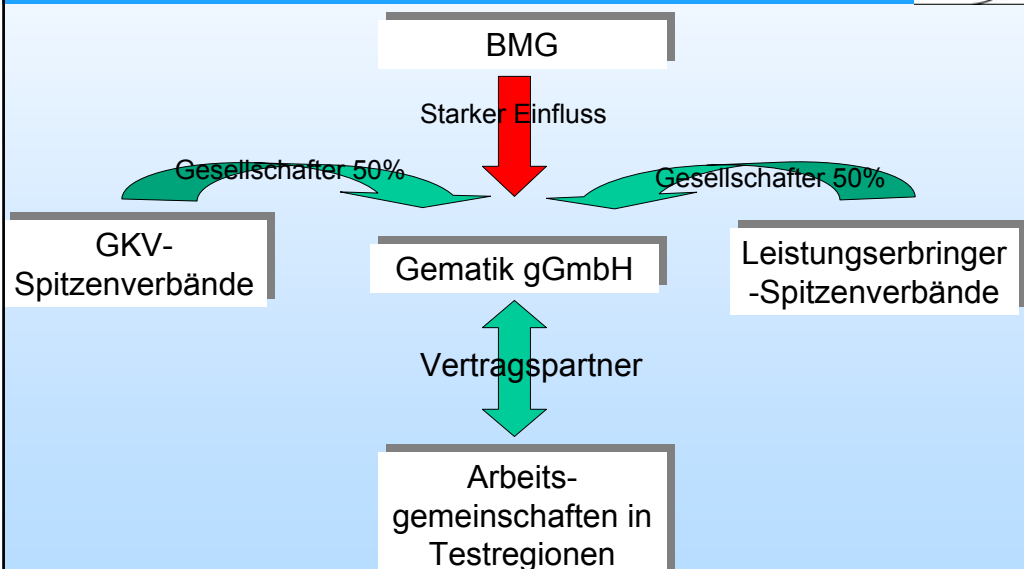
### Freiwillig sofort

- Notfalldaten
- Arzneimitteldokumentation

### Freiwillig später

- ePatientenakte
- eArztbrief
- Patientenfach

## II. Wer trägt die Verantwortung für den Aufbau?



## Primärsysteme

Primärsystem  
Arzt/Zahnarzt (PVS)



Primärsystem  
Krankenhaus (KIS)



Primärsystem  
Apotheker (AVS)



## Primärsysteme

Primärsystem  
Arzt/Zahnarzt (PVS)



Primärsystem  
Krankenhaus (KIS)



Primärsystem  
Apotheker (AVS)



eKiosk



Versicherter@home



eGK

## Fachdienste (Pflicht und freiwillig)



VSDD



CAMS



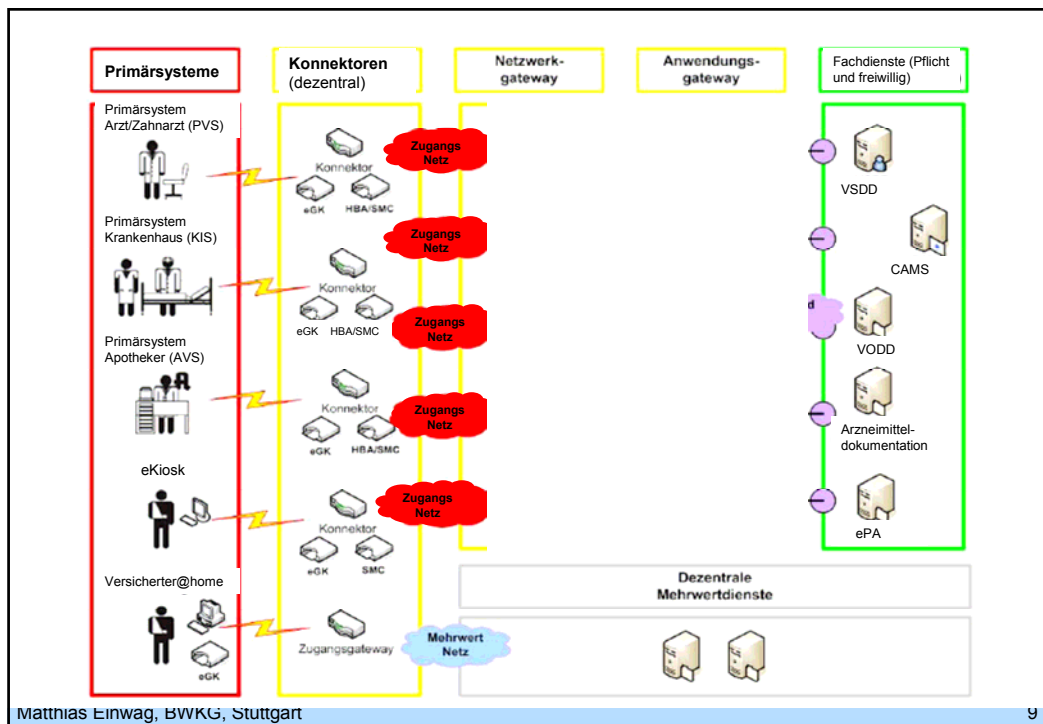
VODD



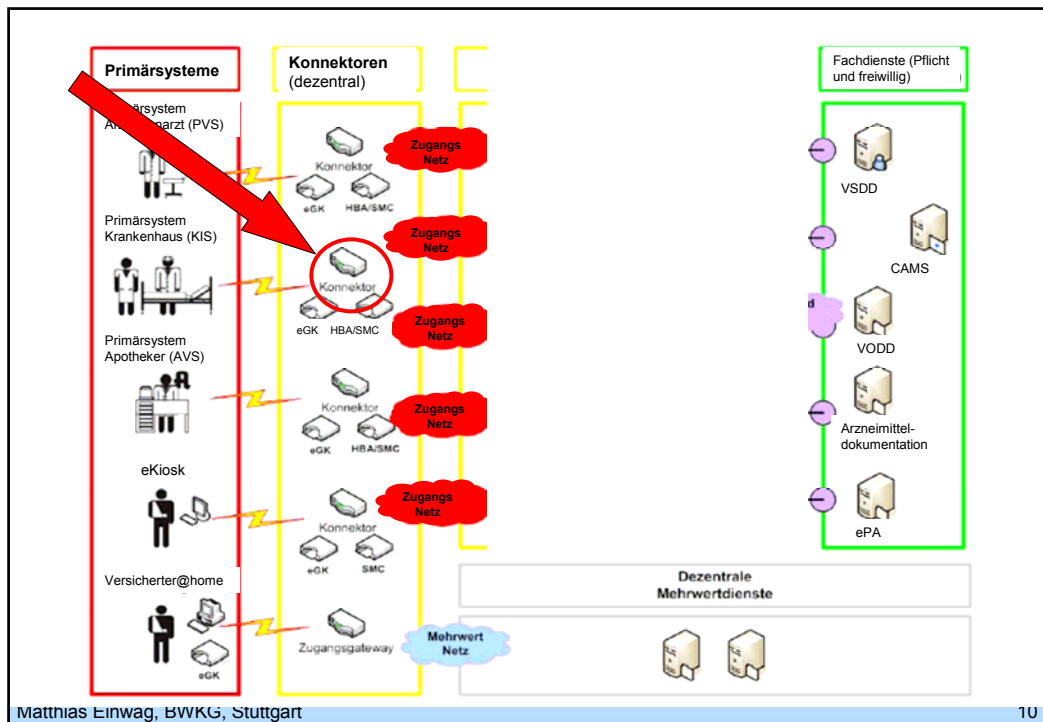
Arzneimittel-  
dokumentation



ePA



9



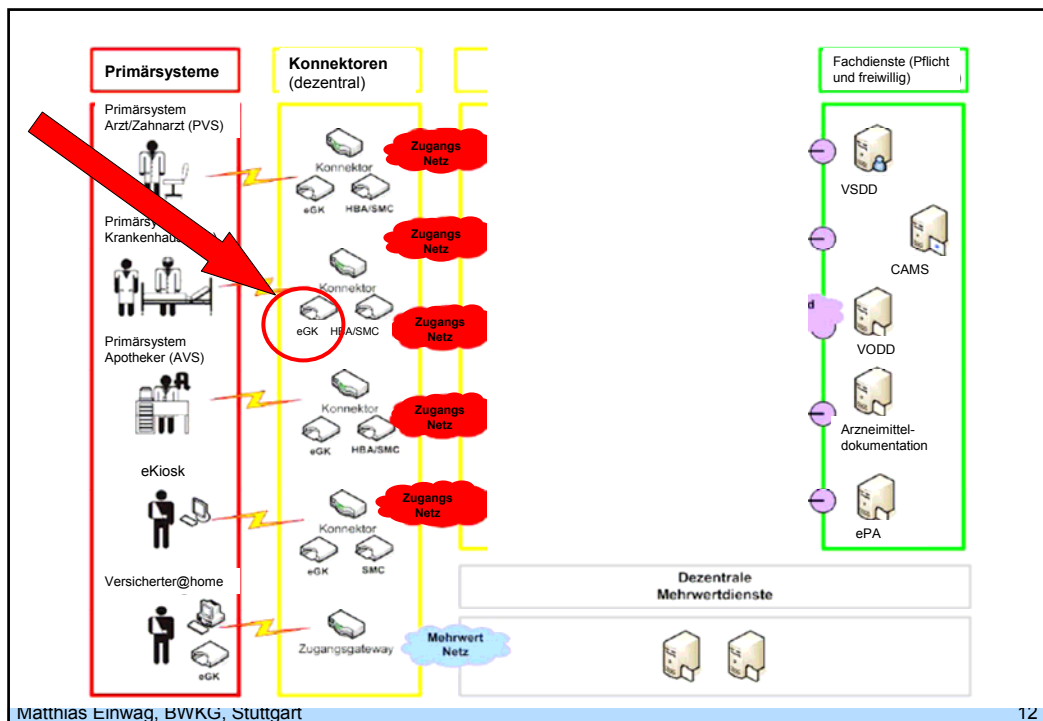
10

### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



#### Konnektor

- Komponente mit Funktionsfeld zwischen dem Krankenhausinformationssystem und der Telematikplattform
- schafft sichere Kommunikationsumgebung
- Ermöglicht in Zusammenhang mit dem „Krankenhaus-HBA“ (SMC) Zugriff auf die Telematikinfrastruktur

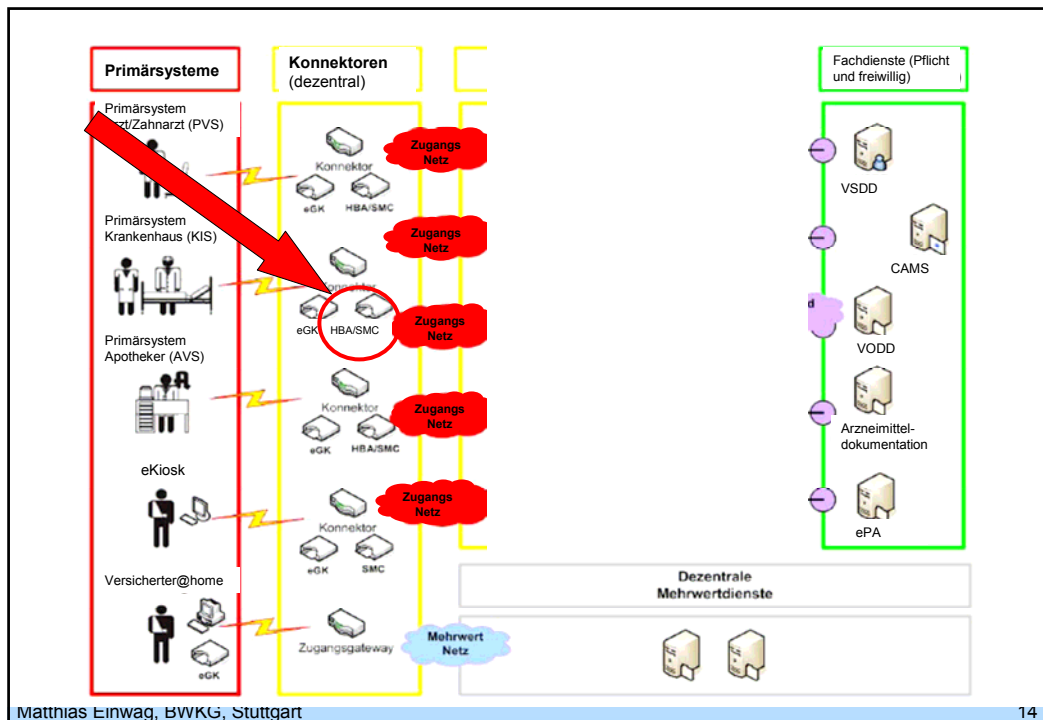


### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



- eGK **enthält** administrative Daten
- **nimmt Angaben auf** für eVerordnungen und Notfalldaten und
- **unterstützt** Anwendungen zu med. Daten, Arzneimittelsicherheit, eArztbrief, ePatientenakte, ...

13



14

### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



#### Wie erfolgt der Zugang zur Telematik-Infrastruktur?

##### > Karten notwendig

##### SMC

- Institutionsbezogen – indentifiziert das Krankenhaus
- Ws. fest installiert in Konnektor

##### HBA

- Personenbezogen – identifiziert den Heilberufler
- mit kryptographischen Funktionen
- Enthält qualifizierte elektronische Signatur des Arztes
- Heilberufler können sich damit gegenüber der Telematikinfrastruktur ausweisen und vertraulich (verschlüsselt) kommunizieren.



### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



#### Wer hat Zugang zur Telematik-Infrastruktur?

##### Gesetzeslage:

##### Grundsätzliche Voraussetzung: eGK liegt vor

##### 1. SMC (ohne HBA)

- Zugriff der „Institution Krankenhaus“
- nur für administrative Daten

##### 2. SMC plus HBA/BA

- personenbezogener Zugriff
- Durch Ärzte, Apotheker oder „berufsmäßige Gehilfen“
- grundsätzlich für alle medizinischen Daten

### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



#### Große Diskussion

Wer gibt die Karten für die „berufsmäßigen Gehilfen“ aus?

Mitarbeiterausweis-  
konzept (LKGs)



„Nationales  
Berufsregister“

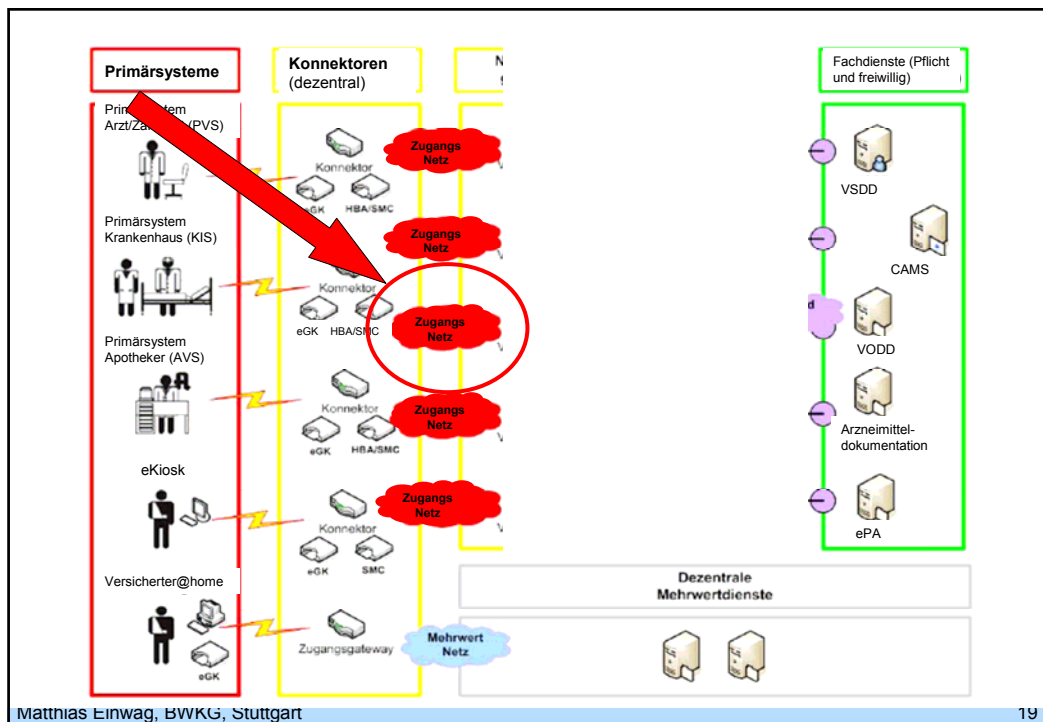
- Zentraler Unterschied der Konzepte: Berechtigt das von einer Vertrauensperson im KH bestätigte Attribut **„Mitarbeiter im KH auf einer Stelle, die Zugang zur Infrastruktur benötigt“** zur Ausgabe eines Berufsausweises oder ist es das von einem nationalen Berufsregister bestätigte Attribut **„abgeschlossene Ausbildung zum Krankenpfleger“** (z.B.)?

### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



#### Alternativlösung in der Diskussion

- Stärkere institutionsbezogene Zugangsmöglichkeiten (über SMC **ohne** HBA)
- Ggfs. interne Berechtigungskonzepte nach Vorgaben des Gesetzgebers
- HBA nur notwendig für Arztbriefe/Patientenakte



Matthias Einwag, BWKG, Stuttgart

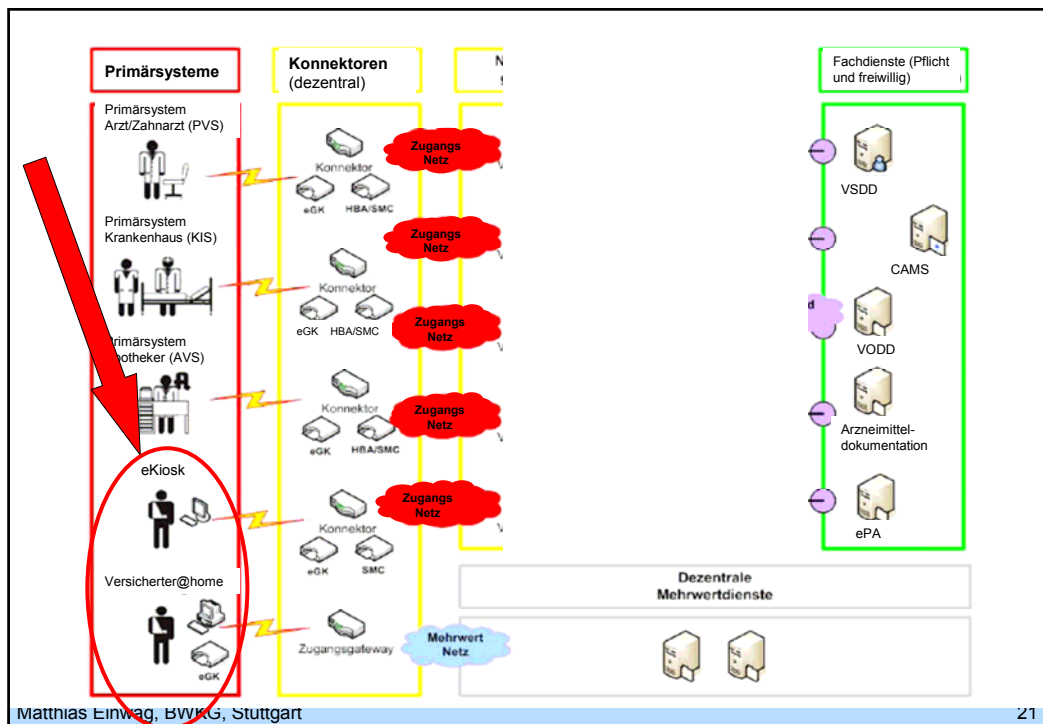
19

### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?

Entscheidung über Betreiber des „Krankenhaus-Zugangsknotens“ von erheblicher politischer Bedeutung

Aktuelle Entwicklung (GKV-WSG):

- Betrieb durch gematik-Gesellschafter ausgeschlossen
- Vergabe über Ausschreibung



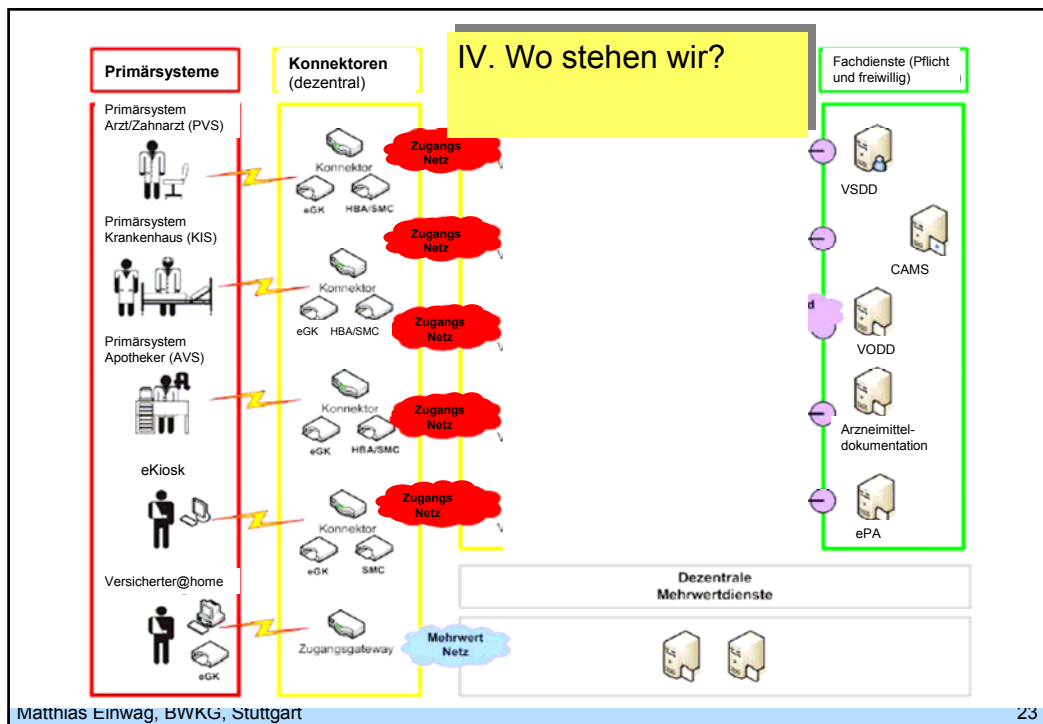
21

### III. Was ist notwendig, damit das funktioniert?



#### Patientenrechte

- Erheben, Verarbeiten und Nutzen von allen Daten ist nur mit der Einverständnis des Versicherten möglich
- z.B. über PIN-Code
- Ausnahme z.B. bei Stammdaten und Notfalldaten
- Zugriff nur über HBA/BA
- Wichtig: Möglichkeit zur (auch teilweisen) Löschung bzw. zum „verstecken“ von Daten führt zu Verlust der Verlässlichkeit



23

## IV. Wo stehen wir?

### Stand der Vorbereitungsarbeiten der gematik (Fachkonzepte und Facharchitekturen)

**AMTS**  
Entwurf

**Notfalldaten**  
Entwurf

**„Anwendungen der Versicherten“**  
Vorläufige Fassung

**Versichertendaten und Verordnungsdaten**

- Vorl. Fassung
- Stark Arzt-zentriert

**Karten (eGK, SMC, HBA)**

Spez. 1.2.1 (Muster)

**Karten-terminals**  
Spezifikationen

**Konnektoren**

Spez. 0.5

## IV. Wo stehen wir?



**Stufe 1**  
Labortest

**Stufe 2**  
Anwendertest

**Stufe 3**  
10.000er-Test

**Stufe 4**  
100.000er-Test

**Roll Out**

### „Schritt 1“

neue Versichertenkarte + neue Lesegeräte und erste **offline**-Anwendungen (Versichertenstammdaten, eRezept, Notfalldaten)

### „Schritt 2“

Versichertendaten und eRezept **online**

### „Schritt 3“

elektron. KH-Einweisung, Betäubungsmittel, Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung **online**

## IV. Wo stehen wir?



**Stufe 1**  
Labortest

**Stufe 2**  
Anwendertest

**Stufe 3**  
10.000er-Test

**Stufe 4**  
100.000er-Test

**Roll Out**

### *?Schritt 0: „MKT+“ Neue Karte mit alten Lesegeräten?*

### „Schritt 1“

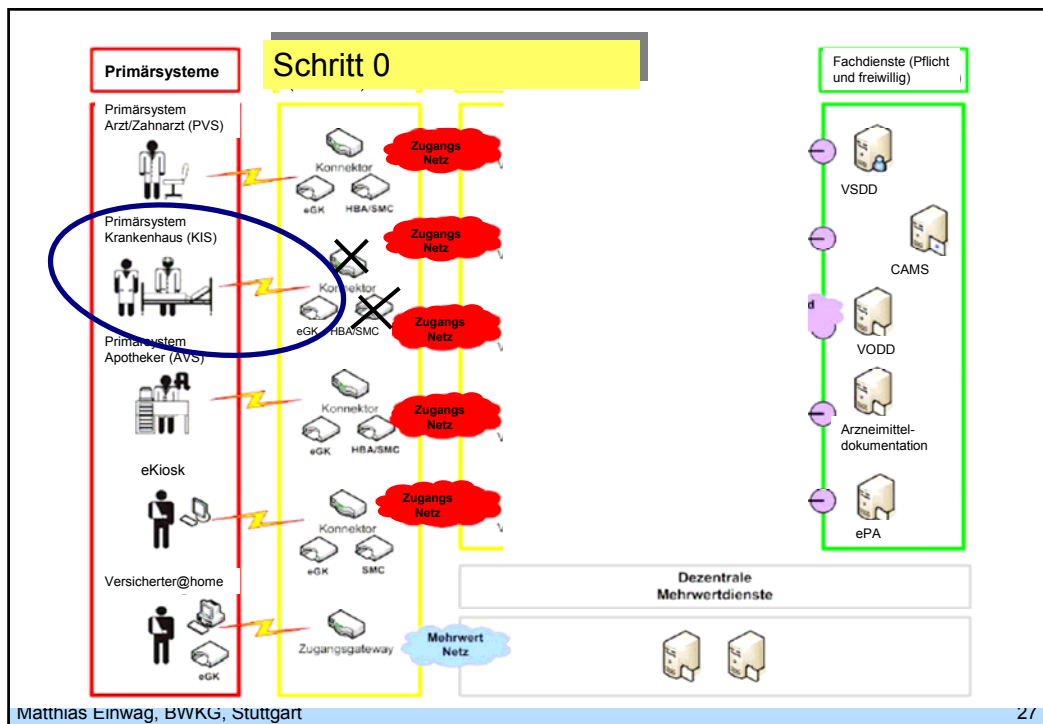
neue Versichertenkarte + neue Lesegeräte und erste **offline**-Anwendungen (Versichertenstammdaten, eRezept, Notfalldaten)

### „Schritt 2“

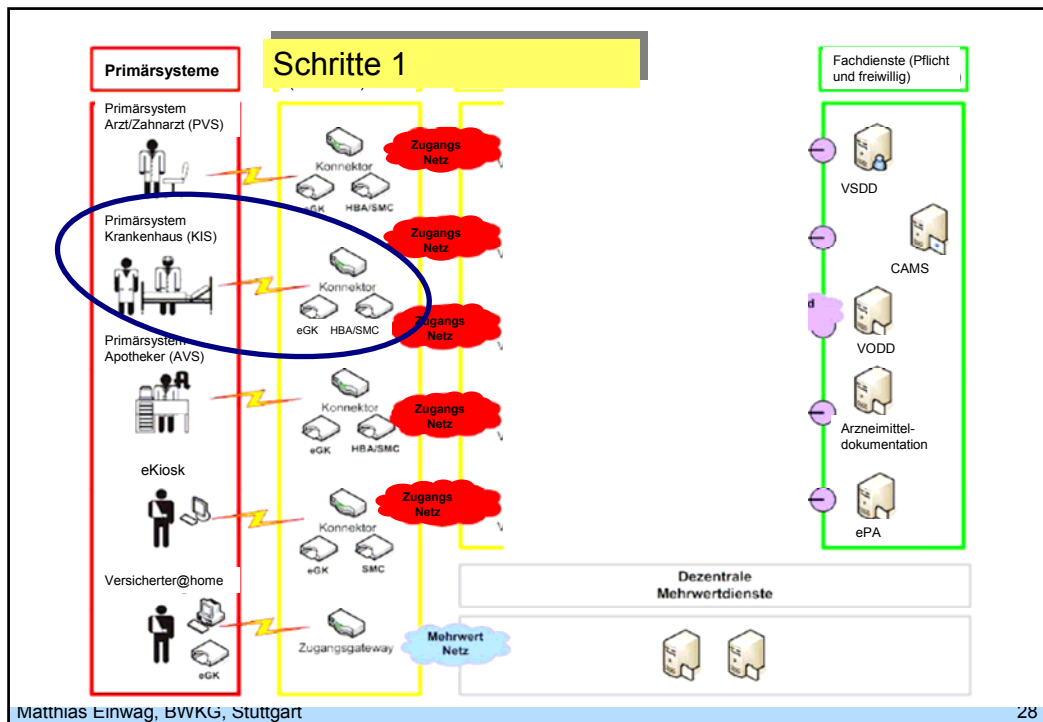
Versichertendaten und eRezept **online**

### „Schritt 3“

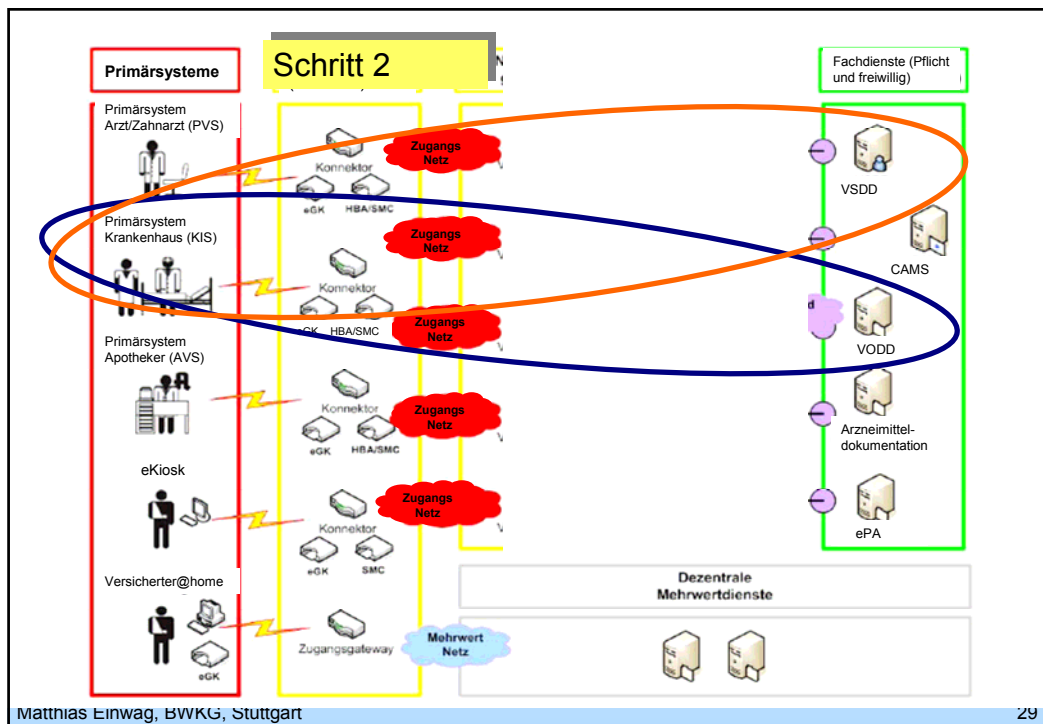
elektron. KH-Einweisung, Betäubungsmittel, Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung **online**



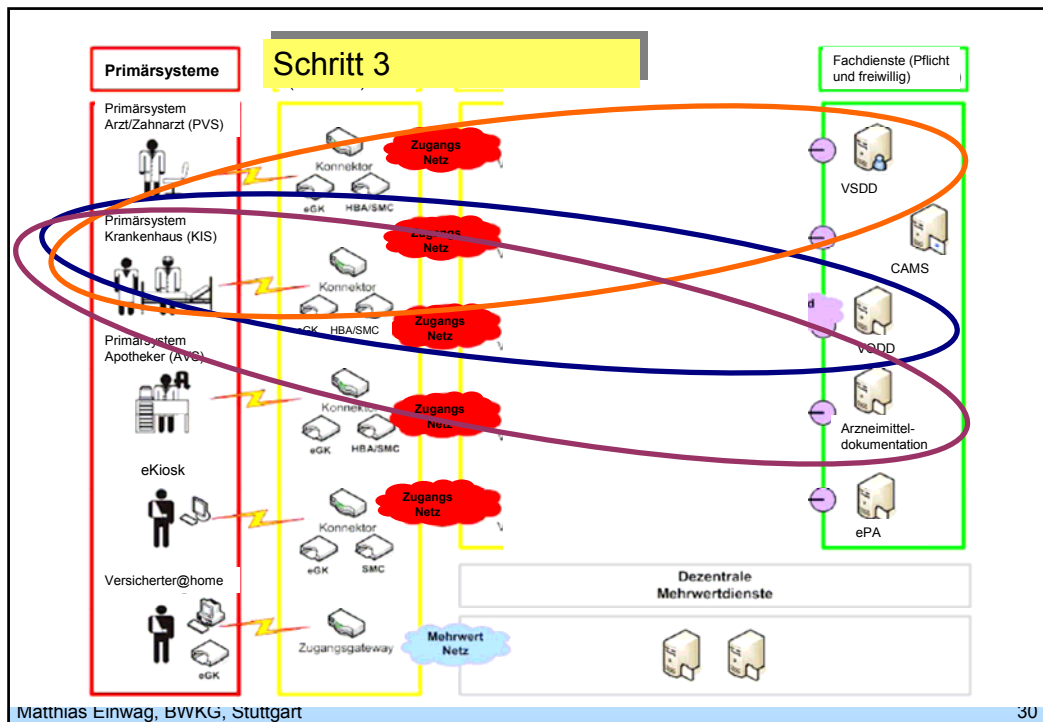
27



28



29



30

## V. Was ändert sich im KH?



### z.B. Patientenaufnahme

- Prüfung Lichtbild eGK
- Einlesen der eGK
- ggfs. Aktualisierung der administrativen Daten
- ggfs. Info über Zuzahlungspflicht
- Anfrage an VODD, ob Einweisung vorliegt
- Übergabe des Verwaltungs- und Arztteils der Einweisung
- Bei Einwilligung des Versicherten in freiwillige Nutzungen: PIN-Freigabe und Übernahme in Primärsystem
- Rückgabe der eGK

## V. Was ändert sich im Krankenhaus?



### z.B. Nutzung externer Daten auf Station

- eGK in eHealth-Terminal an Stationsarbeitsplatz stecken
- Entgegennahme der Daten aus freiwilligen Anwendungen

## V. Was ändert sich im Krankenhaus?



### z.B. Nutzung der Notfalldaten der eGK

- Med. Personal klärt anhand der eGK die Identität des Patienten ab und ob er die freiwillige Anwendung „Notfalldaten“ nutzt.
- Wenn Ja: Zugriff auf die Notfalldaten über HBA

## V. Was ändert sich im Krankenhaus?



### z.B. Prüfung Arzneimitteltherapiesicherheit

- KH-Arzt informiert sich anhand der durch den AMTS-Fachdienst bereitgestellten Daten über die aktuelle Medikation und ggfs. in Vergangenheit festgestellte Unverträglichkeiten

## V. Was ändert sich im Krankenhaus?



### z.B. Arzneimitteltherapievorschlag

- Erstellen und Signieren eines A-Therapievorschlags durch KH-Arzt
- Übermittlung an den Fachdienst „AMTS“
- Benachrichtigung eines bestimmten Arztes oder Bereitstellung zur Abholung

## V. Was ändert sich im Krankenhaus?



### z.B. Verwaltung medizinischer Daten durch den Patient

- Einlesen der eGK am eKiosk im KH
- Lesen/Verbergen/Löschen/Verbergen aufheben von Verordnungen, AMTS-Daten, Arztbriefen und/oder Bestandteilen einer elektronischen Patientenakte

## VI. Wer soll das bezahlen?



- Langfristig werden von Telematik-Infrastruktur Einsparungen (!) erwartet.
- Zeitungsberichte ... „Viel teurer als erwartet“
- In der Startphase: Finanzierung über einen Telematik-Zuschlag
- Vereinbarungslösung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene > Gemeinsames Gutachten vereinbart.

## VII. Fazit



1. eGK hat das Potential,
  - die Patientenversorgung **qualitativ zu verbessern**,
  - die Prozesse im Krankenhaus **relevant zu verändern**,
  - erhebliche **Folgeinvestitionen** auszulösen
2. Zeitpläne zur Einführung sind noch unsicher, die **Grundsatzfrage ist aber geklärt**
3. Wichtige Fragen sind noch in der Diskussion (Zugangskonzepte) > **Beobachtung notwendig** und ggfs. Führungsentscheidungen als Reaktion

## VII. Fazit



4. Schon vor Einführung der eGK sind **Prozessanalysen** sinnvoll: Was ändert sich durch Einführung konkret im Haus?
5. Schon heute sind alle **Investitionsentscheidungen** rund um die Krankenhaus-IT auf „eGK-Relevanz“ zu prüfen.
6. Grundlage für die Nutzung der Telematik-Infrastruktur ist das Vorhandensein einer sinnvollen **hausinternen Vernetzung**



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**