Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)

Charitéstr. 4, 10117 Berlin
Tel. 030-28094480, Fax 030-28094481
e-Mail: bmcev@bmcev.de

Berlin, 24.06.2003

(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(64 B)
vom 30.06.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme III

für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG) der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen

(BT-Drucksache Nr. 15/1170 vom 16.06.2003)

soweit es sich dabei um

Regelungen zur Hilfsmittelversorgung

und damit im Zusammenhang stehende weitere Bestimmungen handelt.

I.

Vorbemerkungen

Der BMC setzt sich als bundesweiter pluralistischer Verein im Gesundheitswesen dafür ein, die Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Beachtung bewährter Errungenschaften und unter Einbeziehung aller Akteure zukunftsfähig zu gestalten.

Der BMC vertraut dabei auf die Kräfte eines freiheitlichen und wettbewerbsorientierten, gleichwohl auch solidarischen Systems, bei einem hohen Maß an Selbstbestimmung und Verantwortung der Bürger für ihre Gesundheit. Er wendet sich gegen staatlichen Dirigismus und Zentralismus.

Der BMC steht zu den gesellschaftlich anerkannten Grundprinzipien: Solidarität, Subsidiarität, Eigenverantwortung, Qualität, Zugang zum medizinischen Fortschritt, wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen, Wahrung der Patientenrechte und Beachtung ethischer Grundsätze.

Der vorliegende Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens zeigt Ansätze zu notwendigen strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen folgt aber u.a. im Bereich der Hilfsmittelversorgung in wichtigen Punkten einer Kostendämpfungspolitik. Es ist zu befürchten, dass diese nur zu kurzfristigen Effekten führen und insbesondere zu Lasten der Versorgung der Patienten gehen wird.

Durch den Gesetzentwurf wird der ohnehin schon stark regulierte Hilfsmittelmarkt noch stärker staatlich reglementiert. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die erhoffte Verbesserung der Qualität der Versorgung ökonomischen Zwängen zum Opfer fällt und die Entscheidungsfreiheit der Patienten noch weiter eingeschränkt wird. Anstatt Wettbewerb zu fördern werden Wettbewerbselemente abgebaut. Der BMC hält eine Anpassung des Gesetzentwurfes für notwendig und unterbreitet hierfür konkrete Vorschläge.

II.

Stellungnahme

Der Gesetzentwurf sieht u.a. weitreichende und ordungspolitisch problematische Änderungen im Bereich der Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln vor. Hierbei wird nach Meinung des BMC zu wenig berücksichtigt, dass eine optimale und qualitätsorientierte Versorgung der Patienten

- die wettbewerbliche Gleichbehandlung der Leistungserbringer
- die Stärkung des Wettbewerbs der Leistungserbringer um Qualität
- die Einbeziehung der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen der Produktbereitstellung in die Vergütung der Leitungserbringer

voraussetzt.

Entscheidend für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Hilfsmitteln ist nicht alleine der Produktpreis sondern Umfang der Versorgungsleistung und der Qualität der Versorgung. Bei einer ausschließlichen Konzentration der Leistungszahler auf eine Minimierung des Produktpreises besteht die Gefahr, dass Qualität und Umfang der Versorgung der Patienten negativ beeinflusst wird.

Der BMC steht für eine stärker wettbewerbliche und qualitative Orientierung des Gesundheitssystems. Dies setzt voraus, dass alle Leistungserbringer eine Chance haben, an diesem Wettbewerb teilzunehmen. Durch die Stärkung der Vertragsrechte der GKV besteht die Gefahr, dass sich eine Monopolstellung der Leistungszahler herauskristallisiert, die durch selektives Kontrahieren die Wettbewerbsfähigkeit des Marktes einseitig steuern. Hierdurch würde die Wahlfreiheit der Patienten und die Versorgungsqualität irreversibel beeinflusst. Gleichzeitig würde die Wirtschaftskraft des Mittelstandes im Bereich der Hilfsmittelversorgung negativ betroffen. Um dies zu vermeiden, muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass eine wettbewerbliche Öffnung des Hilfsmittelmarktes unter Gleichbehandlung aller Leistungserbringer erfolgt und dass die Vergütung der Leistungserbringer nach Leistungsumfang und –qualität differenziert wird.

Art. 1 Nr. 12, § 33 SGB V – Hilfsmittel

Zukünftig sollen die Krankenkassen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, für die keine Festbeträge festgesetzt sind, höchstens die in Einzelverträgen nach § 127 Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Preise tragen. Darüber hinaus können die Krankenkassen ihre Versicherten an bestimmte, vertraglich gebundene Leistungserbringer verweisen. Falls der Versicherte dennoch einen nicht bei seiner Krankenkasse vertraglich gebundenen Leistungserbringer wählt, erhält dieser unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten lediglich eine Kostenerstattung in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit einem vertraglich gebundenen Leistungsanbieter vereinbart hat.

Grundsätzlich stellt diese Regelung eine Einschränkung der Wettbewerbsfähigkeit der Anbieter und eine Einschränkung der gesetzlich geregelten Wahlfreiheit der Patienten dar. Gleichzeitig ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen aufgrund ihres Verhandlungsmonopols regulierend in den Markt eingreifen und den Wettbewerb erheblich einschränken. Dies hat zur Konsequenz, dass der Patient weniger Entscheidungsmöglichkeiten und –spielräume hat. Dies schränkt das

Selbstbestimmungsrecht der Patienten erheblich ein, das gerade durch das GMG deutlich gestärkt werden soll.

Um die Gefahr eines eventuellen Verhandlungsmonopols der Leistungszahler zu vermeiden und die Wettbewerbsfähigkeit des Marktes zu erhalten, hält der BMC es für erforderlich, dass der Gesetzgeber analog zu anderen Leistungsbereichen Schiedsstellen einrichtet, die ein angemessenes Vertragswesen und die Wettbewerbsfähigkeit des Marktes sichern.

Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln weist u.a. die Besonderheit der häuslichen Therapie (Homecare-Versorgung) auf. Im Bereich der Homecare-Versorgung wird neben der reinen Produktübergabe ein qualifizierter Service erbracht. Dieser Service beinhaltet die umfassende Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen, die kontinuierlich auf die Versorgung mit beratungsintensiven Hilfsmitteln angewiesen sind. Eine besondere Bedeutung gewinnt dieser Bereich vor dem Hintergrund des neuen Vergütungssystems im stationären Bereich auf der Basis von DRG's. Im Rahmen der poststationären Versorgung wird die Homecare-Versorgung eine wichtige Rolle spielen. Derzeit erfolgt die Vergütung der Homecare-Versorgung ausschließlich über den Produktpreis. Vor dem Hintergrund der geplanten direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und den hieraus resultierenden Preisverhandlungen erscheint es notwendig, in der Vergütungsstruktur eine Differenzierung nach Leistungsumfang und der definierten Versorgungsqualität vorzunehmen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass aufgrund allgemein gültiger Niedrigstpreise, ausgehandelt zwischen Krankenkassen und reinen Produktanbietern, eine Homecare-Versorgung nicht mehr kostendeckend durchführbar ist. Dies stellt eine klare Einschränkung und Verschlechterung der Versorgungsqualität der betroffenen Patienten dar. Der BMC schlägt daher vor, den vorliegenden Gesetzentwurf in der Form anzupassen, dass eine Differenzierung der Vergütung der Leistungserbringung im Hilfsmittelbereich nach reiner Produktübergabe und Produktversorgung und Dienstleistung erfolgt.

Ungenügend im Gesetzentwurf berücksichtigt ist die Tatsache, dass nicht alle Leistungserbringer zeitnah einen Vertrag mit den Krankenkassen erhalten werden. Um Wettbewerbsverzerrungen und -nachteile zu vermeiden schlägt der BMC vor, eine adäquate Übergangsregelung zu vereinbaren. Nur so kann eine existenzielle Gefährdung insbesondere mittelständischer Unternehmen vermieden und eine flächendeckende Versorgung im Sinne der Patienten erhalten werden.

Art 1 Nr. 72, § 127 SGB V – Verträge

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auf Länderebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer Verträge hinsichtlich der Versorgung mit Hilfsmitteln abgeschlossen werden können. Bei Gewährleistung gleicher Qualität aber niedriger Preise wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, abweichend von den Verträgen mit den Verbänden selektiv Verträge mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Versicherte und Ärzte über die Leistungserbringer, mit denen Verträge abgeschlossen wurden, zu informieren.

Die im Gesetzentwurf gewählten Formulierungen eröffnen nach Meinung des BMC eine einseitige Verhandlungsmacht auf Seiten der Krankenkassen. Hierdurch besteht die Gefahr, dass eine interessengetriebene Steuerung des Marktes von Seiten der Leistungszahler stattfindet. Dies widerspricht eindeutig einem Wettbewerbssystem im Gesundheitswesen nach Vorstellung des BMC. Der BMC schlägt daher vor, in Analogie zu anderen Leistungsbereichen auch im Hilfsmittelbereich als Regulativ Schiedsstellen einzurichten.

Der Gesetzentwurf provoziert einen einseitigen und ausschließlichen Vertragswettbewerb auf Basis von Niedrigstpreisen. Die Qualität der erbrachten Leistung findet in der Vergütung keine Berücksichtigung. Dies widerspricht eindeutig dem an anderen Stellen des Gesetzes immer wieder geforderten Wettbewerb um Qualität. Der BMC lehnt daher einen einseitigen Wettbewerb auf ökonomischer Basis ab und schlägt stattdessen vor, von Seiten des Gesetzgebers sicherzustellen, dass die Vergütung im Hilfsmittelbereich an Preis und Qualität der erbrachten Leistung ausgerichtet wird und dass klare Leistungs- und Qualitätsstandards für den Hilfsmittelbereich definiert werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf stellt die nicht in Verbänden organisierten Leistungserbringer schlechter als die in Verbänden organisierten. Dies widerspricht der notwendigen Chancengleichheit in einem Wettbewerbssystem. Der BMC schlägt daher vor, den Gesetzentwurf in der Art zu modifizieren, dass Chancengleichheit für alle Leistungsanbieter in einem offenen, preis- und qualitätsorientierten Wettbewerbssystem gewährleistet ist.

Gleiches trifft für die Pflicht der Krankenkassen zu, ihre Versicherten über fehlende Verträge mit Leistungsanbietern zu informieren. Dies birgt die Gefahr der Diskriminierung von Leistungsanbietern die – aus welchen Gründen auch immer – keine Verträge mit Krankenkassen haben.

Im übrigen sollte die Informationspflicht der Krankenkassen nicht nur auf den Preis beschränkt bleiben, sondern Umfang des Dienstleistungsangebots, Qualifikation der Leistungserbringer und Qualität der Leistung umfassen. Dies würde der geforderten Transparenz im Gesundheitswesen entsprechen.

Grundlage hierfür sollten ein externes Qualitätsmonitoring, eine Qualitätsbewertung und ein Benchmarking sein. Hierfür kommt nach Vorstellungen, die im BMC diskutiert werden, eine unabhängige, neutrale und dezentrale Einrichtung in Frage (beispielsweise in Form einer Stiftung analog „Stiftung Warentest" oder nach dem Muster der NCQA).

Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)
Charitéstr. 4, 10117 Berlin
Tel. 030-28094480, Fax 030-28094481
e-Mail: bmcev@bmcev.de

Berlin, 23.06.2003

Stellungnahme IV

für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages (Anhörung am 30.06.2003)

1. zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems”
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)
- Drucksache 15/1170 -

2. zu dem Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weitere Abgeordnete und der Fraktion der CDU/CSU,
“Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen- Gesundheitspolitik neu denken und gestalten”
- Drucksache 15/1174 -

3. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP, “Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen”
- Drucksache 15/1175 -

soweit es sich dabei um Regelungen zur

- **Stärkung der Patientensouveränität**

und damit im Zusammenhang stehende weitere Bestimmungen handelt,

mit besonderer Berücksichtigung der einer **elektronischen Gesundheitskarte und -akte**.

I.

Allgemeine Vorbemerkungen

Grundannahmen:

- Interesse an und Einfluss der Bürger auf ihre Gesundheit wachsen,
- Ohne direkte Berücksichtigung des Versichertenverhaltens sind nachhaltige Verbesserungen nicht zu erwarten,
- Der bisherige Fokus der Politik liegt zu stark bei Leistungserbringern und Kostenträgern (siehe 1. Abbildung im Anhang),
- Eine elektronische Patientenakte, bei der der Versicherte und Patient die Hoheit über seine Gesundheitsdaten erhält und aktiv in die Entscheidungsprozesse einbezogen wird, ist geeignet, die Patientensouveränität nachhaltig zu stärken.

Bottom-up-Betrachtung:

Es vollzieht sich derzeit ein kontinuierlicher Rollenwechsel der Gesunden und Kranken im Gesundheitswesen. Immer mehr Bürgerinnen und Bürger wollen sich als mitgestaltende Partner sehen *(„Nothing about me without me"),* was sowohl ihre eigene Gesundheit als auch Entscheidungsprozesse, Gestaltung und Wahlmöglichkeiten im System betrifft.

Die Politik ist gut beraten, wenn sie diese Entwicklung aufgreift und Rahmenbedingungen entwickelt bzw. weiterentwickelt, um Eigenverantwortung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger durch gesetzliche und strukturelle Maßnahmen zu fördern. Denn die Mitwirkung der Versicherten und Patienten stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung individueller und kollektiver Gesundheitsziele dar.

Top-down Betrachtung:

Das individuelle gesundheitliche Verhalten der Bürger spielt bei der zukunftsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine ausschlaggebende Rolle. Sie verfügen über das wesentliche Potenzial zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Zerstörung ihrer Gesundheit. Und damit über den größten Kostenfaktor und das größte Sparpotential im Gesundheitswesen. Dies gilt auch – unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensumstände – für Behinderte, Schwerkranke und soziale Randgruppen. Das institutionelle Gesundheitssystem kann nämlich im Durchschnitt nur maximal 40% zur Erreichung der allgemeinen Gesundheitsziele beitragen. (Diese Feststellung basiert auf Angaben des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen und wurde auch durch weitere neuere Untersuchungen bestätigt).

Dazu muss den Bürgern und Versicherten eine bei Bedarf abrufbare professionelle Unterstützung und Anleitung (Coaching) zur Verfügung stehen.

Das deutsche Gesundheitswesen hat aber in der Vergangenheit gerade den Aspekt der Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung vernachlässigt. Es gibt zu geringe Anreize zum eigenverantwortlichen Handeln. Eine der Folgen ist auch eine unsolidarische Überbeanspruchung und Fehlnutzung des Systems.

Aus Sichtweise des BMC sollte der Bürger seine Gesundheit entsprechend seinem Leistungsvermögen weit gehend eigenverantwortlich gestalten, basierend auf einem gesetzlich definierten Standard und einer allgemeinen solidarischen Versicherungspflicht.

Dieser Paradigmenwechsel verlangt die Förderung des gesundheitlichen Selbstmanagements

statt Fremdsteuerung des Versicherten.

Der BMC betrachtet die Erziehung zu einem bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit als vorrangige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auf allen Stufen des Bildungssystems erfüllt werden muss und nicht alleine vom Gesundheitswesen geleistet werden kann.

Selbstbestimmung ist ein Element der Solidarität, die sowohl Rechte wie auch Pflichten definiert.

Der BMC spricht sich für Regelungen aus, die in diesem Sinne die Patientensouveränität stärken.

II.
Stellungnahme zu speziellen Regelungen

1. Versorgungsstrukturen

a) Integrierte Versorgung

Die Orientierung der Strukturen und an der Versorgungskette und die Überwindung der sektoralen Zergliederung sowie der Schnittstellenprobleme des gegenwärtigen Systems kommt den Erfordernissen der konkreten Behandlungssituation von Patienten entgegen, soweit sie einer sektorübergreifenden Kooperation der Leistungserbringer bedürfen. Insofern ist die Förderung der Integrierten Versorgung zu begrüßen. (Näheres hierzu in der Stellungnahme des BMC vom 23.06.2003).

Dabei müssen die Rahmenbedingungen gewährleisten, dass die berechtigten Interessen und Rechte der versorgten Patienten und eingeschriebenen Versicherten gewahrt und durchgesetzt werden können, insbesondere durch :

- Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versorgungsformen und unterschiedlichen Versicherungspaketen,
- verlässliche Informationen und Transparenz über das Leistungsgeschehen der im Qualitätswettbewerb stehenden Versorgungsformen als Voraussetzung für eine Wahlentscheidung,
- Definition eines Versorgungsstandards, der nicht unterschritten werden darf,
- Freiwilligkeit der Teilnahme,
- Einführung eines Versichertenbeirates der eingeschriebenen Versicherten als deren legitimierter Interessensvertretung.

b) Coachingfunktion versus Hausarztsystem

Der BMC geht davon aus, dass Versicherte und Patienten bei Ihrer Lebensführung und Krankheitsbewältigung je nach Situation der professionellen Anleitung und Hilfe im Sinne einer „Coaching-Funktion“ bedürfen. "Coaching" im Gesundheitswesen ist eine eigene, qualifizierte Dienstleistung.

Der BMC weist darauf hin, dass die alleinige Beschränkung auf ein Hausarztsystem dem differenzierten Anforderungsprofil nicht in allen Fällen gerecht werden kann.

2. Qualitätssicherung und Transparenz

a) Externes Qualitätsmonitoring (neutral, pluralistisch, unabhängig und staatsfern)

Für die Bewertung der Versorgungsqualität vor Ort sollte im Versicherten- und Patienteninteresse eine neutrale, unabhängige, kompetente und pluralistische Einrichtung zuständig sein, an der auch Patientenvertreter zu beteiligen sind. Hierfür kommt nach Vorstellungen, die im BMC diskutiert werden, eine Stiftung analog „Stiftung Warentest“ oder nach dem Muster der NCQA in Frage, zu deren Aufgaben Versorgungsforschung, Prozeßmonitoring, Outcomes Research, Benchmarking, Herstellung von Transparenz für Patienten, Definition und Weiterentwicklung von Standards, Zertifizierung und ggf. die Schaffung von Grundlagen für notwendige Sanktionen gehören.

Eine derartige zur Neutralität verpflichtete und unabhängige externe Qualitätssicherungsinstitution wäre ein Steuerungsinstrument, das Qualitätsverluste für Patienten und/oder Nachteile für Leistungserbringer verhindern hilft. Eine nur interne oder einseitig gesteuerte externe Qualitätssicherung (z.B. ausschließlich durch Leistungserbringerorganisationen, eine Körperschaft, eine Behörde oder ein wissenschaftliches Institut) birgt die Gefahr, zu stark an Partialinteressen gebunden zu sein. Bei reinen Selbstverwaltungslösungen ist zu bedenken, dass auch Selbstverwaltungen nicht frei von Partialinteressen sind.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen steht der BMC sowohl der Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin nach §§ 139a-l der GMG-Entwurfsfassung als auch reinen Selbstverwaltungslösungen, die relevante Beteiligte an der Versorgung ausschließen, kritisch gegenüber.

3. Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Der BMC begrüßt die Benennung eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

4. Beteiligungs- und Stellungnahmerechte für Patienten- und Versichertenvertreter in Entscheidungsgremien

Eine Öffnung von Entscheidungsgremien hinsichtlich Anhörungs- und Mitwirkungsrechten von Versicherten- und Patientenvertretern ist zu begrüßen. Dazu gehören

a) die Beteiligung an verschiedenen Gremien und Kommissionen, z.B.

- Mitgliedschaft in der Kommission des Instituts für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Mitgliedschaft im neu einzurichtenden „Steuerungsausschuss Telematik im Gesundheitswesen“ und Beirat der „Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz“,
- ggf. Einbindung in neu einzurichtende Qualitätssicherungs- und Steuerungseinrichtungen (z.B. einer privatrechtlichen Stiftung zum Qualitätsmonitoring),

b) sowie das Stellungnahmerecht bei

- Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Rahmenempfehlungen über Heilmittelversorgung,
- Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege,

- und beim Hilfsmittelverzeichnis.

5. Informationstechnologische Vernetzung

Ein kontinuierlicher zielgerichteter Informationsfluss zwischen allen Beteiligten (Akteuren, Patienten und Versicherten) muss im Sinne einer effektiven und effizienten Versorgung gewährleistet sein.

Mit IT-Unterstützung können alle Prozesse unabhängig von Organisationsgrenzen abgebildet, eine einrichtungsübergreifende, multimediale elektronische Gesundheitsakte und das E-Rezept. realisiert, die Transparenz der zur medizinischen und wirtschaftlichen Steuerung notwendigen Parameter erreicht sowie einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Qualitätsstandards zwischen Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen unterstützt werden (siehe Abbildung im Anhang).

Der BMC hält es deshalb für vorrangig, eine einheitlichen Telematikplattform für das Gesundheitswesen zu etablieren, Standards für Kommunikation und Dokumentation medizinischer Informationen festzulegen, die Finanzierung zum Aufbau der neuen Kommunikationsinfrastruktur sicherzustellen und Gesundheitsinformationssysteme für gesunde und kranke Bürgerinnen und Bürger zu zertifizieren.

a) e- Gesundheitskarte

Die e-*Gesundheitskarte* ist eine Karte mit oder ohne digitale Signatur (inklusive Server und Netzwerk zum Management und Backup der Karte) zwecks:

- Identifikation und Authentifikation des Inhabers
- Speicherung wichtiger administrativen Daten
- Speicherung medizinischer Notfalldaten
- Ermöglichung einer digitale Signierung von Dokumenten
- Transport einfacher, digitaler Daten bei Fehlen des Online-Zugriffs
- Schlüsselfunktion zur Gesundheitsakte

Nebenbedingung des Einsatzes einer Gesundheitskarte sind:

- Health Professional Card (HPC) für medizinisches Personal
- Zentrales Melderegister für Heil- und Assistenzberufe

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a des Gesetzentwurfs) auf freiwilliger Basis ist in diesem Sinne ein Schritt in die richtige Richtung.
Sie muss aber durch eine elektronische Gesundheitsakte ergänzt werden.

b) e-Gesundheitsakte

Eine *e-Gesundheitsakte* ist ein digitalisiertes Dokument zur Speicherung von Gesundheitsdaten des Bürgers (z.B. Genom, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen,

Abgrenzung zur e-Gesundheitskarte

- **Gesundheitskarte:**
  - Sicherstellung Authentifizierung des Patienten/Bürgers durch digitales Zertifikat
  - Ermöglicht digitale Signierung von Dokumenten
  - Speicherung der wichtigen, administrativen Daten
    - Versichertenkarte der 2. Generation
    - Inklusive Patientengeschlecht und eventuell Zuzahlungsstatus
  - Aufnahme relevanter Daten für Notfälle
  - Transport einfacher, digitaler Daten bei Fehlen des Online-Zugriffs
  - Kann als Zugangsschlüssel und Ergänzung der Gesundheitsakte gesehen werden
- **Nebenbedingung des Einsatzes einer Gesundheitskarte**:
  - Health Professional Card (HPC) für medizinisches Personal
  - Zentrales Melderegister für Heil- und Assistenzberufe

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende Prozesse, die mit der Gesundheitsakte unterstützt werden (1)

- Elektronischer Austausch der wesentlichen Dokumente innerhalb des Versorgungsablaufes und Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten aller am Prozeß Beteiligten:
  - Arztbriefe, OP-Berichte, Befunde, Behandlungspläne, Rezepte, Diagnoseergebnisse (teure und gesundheitsschädliche), Einweisungen, Überweisungen, Terminvereinbarungen
- Nutzung bereits bestehender Daten durch alle Dienstleister während des Behandlungsprozesses durch ständigen Zugriff
- Einsichtmöglichkeit der wesentlichen Dokumente und relevanten Informationen im Rahmen des Versorgungsprozesses durch den Bürger
- Schneller Zugriff zu kritischen Parametern im Notfall
- Abgleich und Vergleichsmöglichkeiten (inhaltlich und ökonomisch) mit standardisierten Behandlungspfaden
  - Für medizinisches Personal
  - Für den Bürger

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende Prozesse, die mit der Gesundheitsakte unterstützt werden (2)

- Wechselwirkungskontrolle von Medikamenten:
  - Individuelle Unverträglichkeiten
  - Kontraindikationen
- Kontextsensitive Information zur Erhöhung der Kompetenz
- Aktive Unterstützung von Prävention durch Statusverfolgung, Erinnerung und Aufklärung
- Schrittweise Ergänzung der Informationen zu den Kosten der Behandlung
- Steuerinformationen über pseudonymisierte Datenströme

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende Inhalte einer Gesundheitsakte

- Familien-Anamnese
- Labordaten
- Risikofaktoren
- Impfstatus
- Krankheitshistorie
- Monitoring-Daten von Diagnose-Geräten
- Präventionsrelevante Daten
  - Trainingspläne
  - Ernährungspläne

- Diese Daten werden jeweils um indikationsspezifische Datenstrukturen ergänzt.

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende technische Funktionalitäten (1)

- **Ein- und Ausgabemöglichkeiten über verschiedene Kanäle**
  - Internet Browser am PC
  - SmartPhones und PDAs
  - Fax (In und Out)
    - In: Meßwerte, Kurzberichte
    - Out: Notfalldaten und ausgewählte Sichten in verschiedenen Sprachen
  - HomeCare-Devices, z.B.
    - Blutzucker-Messung
    - Pulsmessung
    - EKG
    - Waage
- **Erinnerungsfunktion**
  - E-mail
  - SMS
- **PKI (Public Key Infrastructure)**
  - Sichere und einfache Authentifizierung
  - Digitale Signatur für Dokumente
  - Möglichkeit von Signaturketten
  - Anbindung an Signatur-Management

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende technische Funktionalitäten (2)

- **Kommunikationsfunktionen und User-Management-Funktionen**
  - Sichere interne E-Mail, externe e-mail-Anbindung
  - Suchfunktionen für Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser
- **Schnittstellenfunktionen**
  - Integration zu Laborsystemen
  - Anbindung klinischer Informationssysteme, Apothekensoftware- und Praxissoftware-Systeme
    - Medizinische Grunddaten
    - Arztbrief, OP-Bericht, Befunde
    - E-Rezept
    - Digitale Bilder
  - Systemübergreifende Workflow-Definition und -Verfolgung
    - Behandlungspläne
    - Terminmanagement
- **Patientenfokussiertes Berechtigungskonzept bis auf Feldebene**
  - Zugriffskontrolle
  - Protokollierung von Löschungen/ Änderungen – Audit-Fähigkeit
- **Gruppenspezifische Sichten einstellbar**

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Nutzen von Gesundheitskarte und –akte ergeben sich bei allen Beteiligten der Gesundheitswertschöpfungskette, abhängig von Funktionsumfang, Vollständigkeit und Zugriffsrechten

Einflussfaktoren

- Umfang der gespeicherten Daten
  - Basisdaten (Genom,..)
  - Krankengeschichte
  - Prävention
  - Abrechnung
- Vollständigkeit
  - Freiwillig vs
  - Gesetzlich vorgeschrieben
- Zugriffsrechte
  - Rechte der Kven
  - Auswertemöglichkeiten
- Verfügbarkeit
  - global
  - Schnell

Nutzenkategorien

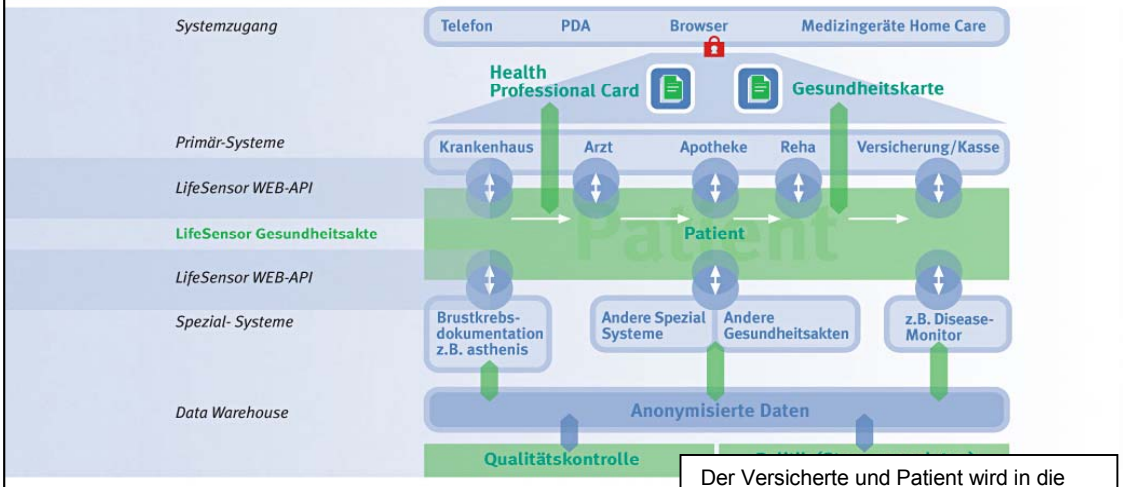
- Prozessverbesserungen
  - Zwischen den Beteiligten
  - Innerhalb der Beteiligten
  - Gesetzlich vorgeschrieben
- Erhöhung der Qualität der medizinischen Versorgung

Beteiligte

- Patienten und ihr Coach
- Krankenversicherungen
- Leistungserbringer
- Apotheken

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Schema einer informationstechnologisch und prozessorientierten Vernetzung des Versorgungsssystem auf der Basis einer einheitlichen standardisierten Gesundheitsplattform



Der Versicherte und Patient wird in die Entscheidungsprozesse einbezogen

Generelle Services:
- Fax In + Out
- Übersetzungsdienst
- Erinnerungsdienst
- Kontextsensitiver Inhalt

Genutzte Plattformdienste:
- Trust Center-Services
- Ärztl. Melderegister (geplant)
- Krankheitsspezifisches Melderegister (geplant)
- Zuzahlungsüberprüfung (geplant)
- .....