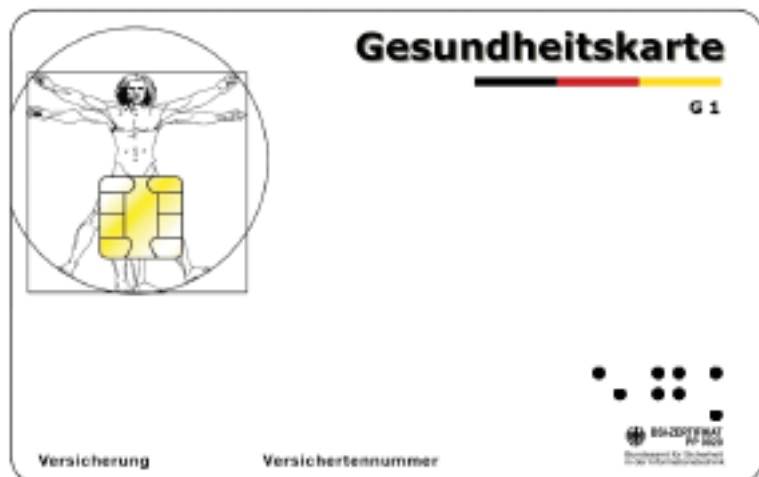




DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Übersicht Gesundheitskarte

Version 2011-März



Inhaltsverzeichnis

Vor dem Sturm

- 1 Basis-Rollout: Anpassung der Infrastruktur und Ausgabe der eGK**
 - 1.1 Ziele
 - 1.2 Voraussetzungen
 - 1.3 Basis-Rollout Nordrhein 2009
 - 1.4 Basis-Rollout bundesweit ab April 2011
 - 1.4.1 Basis-Rollout-Regelungen für den vertragsärztlichen Bereich
 - 1.4 Basis-Rollout-Regelungen für den Krankenhausbereich
 - 1.5 Ausstattung mit eHealth-BCS-Kartenterminals
 - 1.6 Verwendung der Gesundheitskarte
 - 1.7 Konformitätsverfahren für angepasste Primärsysteme
 - 1.8 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 Testverordnung 2011
 - 4.2 Voraussetzungen für den Betrieb
 - 4.3 „Konnektoren“-Komponenten
- 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

Dokumentenhistorie

Vorversionen: 2008-02, 03–06, 08–11, 12, 2009-03, 05, 06, 07, 09, 2010-03, 06, 10, 2011-03i

Vor dem Sturm

„Es ist ein gutes Zeichen, dass der Basis-Rollout jetzt losgeht“, sagt Staatssekretär Stefan Kapferer aus dem Bundesgesundheitsministerium am Dienstag bei der Eröffnung der Sonderschau TeleHealth in Hannover.

„Wir haben jetzt mit der geplanten Ausgabe der Karte ein Momentum erreicht, das werden wir nicht mehr aus der Hand geben.“ (Ärzte Zeitung 1.3.2011)

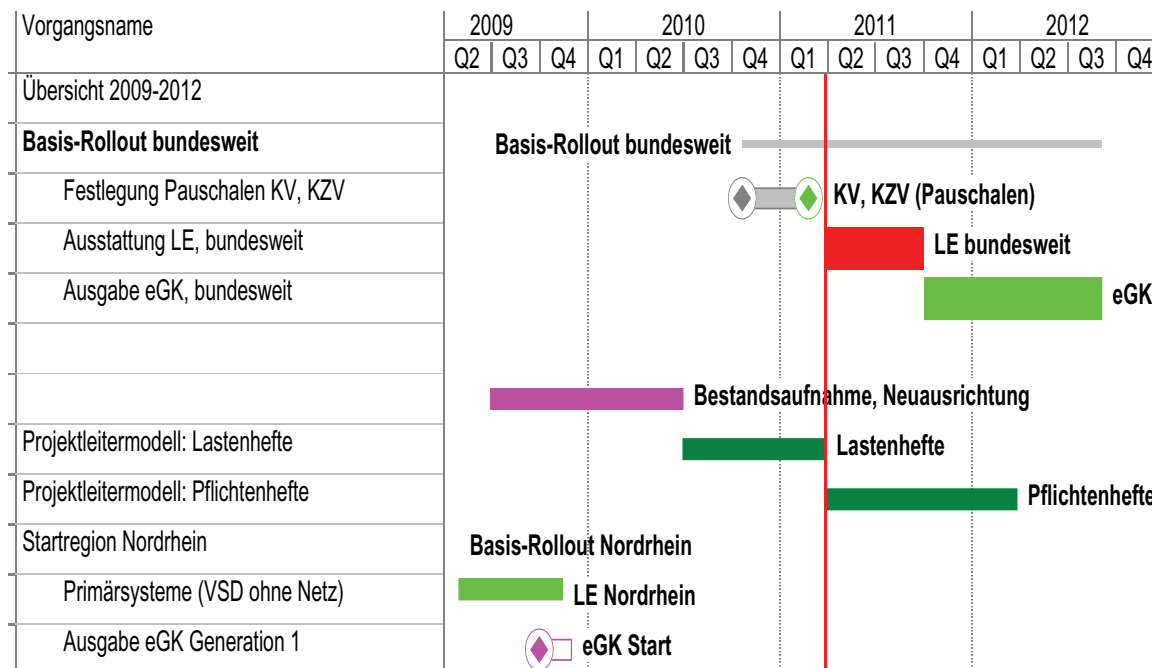
Der GKV-Spitzenverband hat die für die Vertragsärzte und Vertragszahnärzte ausstehende Vereinbarung über die Finanzierung der Kartenterminals mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenzahnärztlichen Vereinbarung (KZBV) unter Dach und Fach. Für die Krankenhäuser gilt die im Juni 2008 abgeschlossene bundesweite Finanzierungsvereinbarung (siehe Anhang).

Die Krankenkassen werden die Gesundheitskarte „ab dem Ende des dritten Quartals“ 2011 ausgeben. Bis Ende 2011 muss jede Krankenkasse an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten die neue Gesundheitskarte ausgegeben haben, um eine sonst fällige Kürzung ihrer Verwaltungsausgaben um 2 Prozent zu vermeiden (§ 4 Abs. 6 SGB V). Die Ausgabe der Gesundheitskarte unterliegt keiner regionalen Staffelung.

Die neue Gesundheitskarte gilt neben der bisherigen Krankenversichertenkarte als Versicherungsnachweis. Erst ab 2013 werden die Krankenkassen voraussichtlich die Gesundheitskarte ausschließlich herausgeben, sofern die Ärzte und Zahnärzte „zuvor ausreichend mit Kartenterminals ausgestattet sind“. GKV-Spitzenverband, KBV und KZBV wollen hierüber „nach Abschluss des Basis-Rollouts“ entscheiden.

Für die neuen Projekte zur Online-Anbindung sind die Lastenhefte erstellt und abgenommen. Nun beginnt die Arbeit an den Pflichtenheften. Wenn die neue „Telematikinfrastruktur“ dann konkretisiert ist, wird man ernsthaft über eine „Online-Gesundheitskarte“ nachdenken können.

Die für den Basis-Rollout zugelassenen eHealth-BCS-Kartenterminals müssen in die künftige Online-Welt migrationsfähig sein. Unter dieser Bedingung können Krankenhäuser, bei denen die Anpassung ihrer Infrastruktur an den Basis-Rollout noch aussteht, Beschaffungen vornehmen.



1 Basis-Rollout: Anpassung der Infrastruktur und Ausgabe der eGK

Seit dem 4. Quartal 2009 verharret der Basis-Rollout in der Startregion Nordrhein im Stillstand, nachdem die Anpassung der Primärsysteme bei den Leistungserbringern dort abgeschlossen war. Der Neustart wird bundesweit im 2. und 3. Quartal mit der Anpassung der Infrastruktur bei den Leistungserbringern erfolgen. Die elektronische Gesundheitskarte wird ab Ende des 3. Quartals 2011 ausgegeben werden.

1.1 Ziele

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wird bundesweit an alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung als neue Krankenversichertenkarte ausgegeben und bei Inanspruchnahme von Leistungen vorgelegt. 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 bis Ende 2012 muss die bisherige Krankenversichertenkarte (KVK) weiter genutzt werden können.

Die Nutzung der Gesundheitskarte erfordert besondere Kartenterminals, die lokal (seriell über V24 oder USB) angeschlossen werden.

1.3 Basis-Rollout Nordrhein 2009

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 hatten 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 nicht im geplanten Maß durchgeführt worden.

1.4 Basis-Rollout bundesweit ab April 2011

Die Ausgabe der eGK ist von erfolgreichen Anpassungsmaßnahmen bei den Leistungserbringern abhängig, die bundesweit bis Ende des 3. Quartals 2011 abgeschlossen sein müssen. Für die Reihenfolge in den einzelnen Ländern bestehen keine Vorgaben.

Die bundesweite Ausgabe der eGK durch die Krankenkassen beginnt Ende des 3. Quartals 2011. Bis zum Ende 2011 muss jede Krankenkasse die im GKV-Finanzierungsgesetz für 2011 geforderte 10 Prozent-Ausstattung für ihre Versicherten erreicht haben. Sonst droht ihr ein Abzug bei ihren Verwaltungsausgaben in Höhe von 2 Prozent (§ 4 Abs. 6 SGB V).

Behindert war der Start der Anpassungsmaßnahmen bislang durch die noch ausstehenden Finanzierungsvereinbarungen für die Vertragsärzte (und Vertragszahnärzte). Inzwischen haben sich der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZBV) in dieser Frage geeinigt.

1.4.1 Basis-Rollout-Regelungen für den vertragsärztlichen Bereich

Für den vertragsärztlichen Bereich haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, dass für ein stationäres Kartenlesegerät 355 Euro, für die Installation 215 Euro und für mobile Lesegeräte 280 Euro gezahlt werden. Die Vereinbarung betrifft nicht Nordrhein, wo die Ausstattung mit Kartenterminals bereits abgeschlossen ist.

Die vereinbarten Beträge für die Ausstattung mit Kartenterminals werden durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) erstattet, die hierzu ggf. noch Einzelheiten festlegt. Der Ausstattungszeitraum endet am 30.9.2011. Ausschlaggebend für die Erstattung durch die KV wird die Tatsache sein, dass die Bestellung vor dem 30.9.2011 erfolgte. Die Regelungen betreffen auch die Ambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte und „sonstige“ Institutsambulanzen am Krankenhaus.

1.4.2 Basis-Rollout-Regelungen für den Krankenhausbereich

Für die Krankenhäuser gelten die in der Finanzierungsvereinbarung vom 27.6.2008 (und 15.11.2008) festgesetzten Beträge und Verfahren (siehe Anhang). Die Krankenhäuser refinanzieren ihren Aufwand über einen Telematikzuschlag, der jeweils in der Abrechnung ausgewiesen wird. Die Vereinbarung des Telematikzuschlags für das einzelne Krankenhaus erfolgt über die Pflegesatzvereinbarung.

Von dieser Regelung sind der stationäre Bereich, die Institutsambulanzen nach §§ 117 bis 119 SGB V und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser erfasst.

1.5 Ausstattung mit eHealth-BCS-Kartenterminals

Für den Basis-Rollout werden von der gematik zugelassene, migrationsfähige Kartenterminals mit einem Basis-Befehlssatz (eHealth-BCS-Karteterminal) benötigt. Sie müssen für die netzwerkseitige Anbindung aktualisiert werden können. Die zugelassenen Geräte werden von der gematik auf ihrer Webseite bekanntgegeben, voraussichtlich werden in der nächsten Zeit weitere Zulassungen erteilt werden.

eHealth-BCS[BasicCommandSet]-Kartenterminals (Stand: 14.3.2011, Quelle: gematik, Auszug)

Hersteller	Produkt	Zulassung
CCV Deutschland GmbH	CARDSTAR /medic2, Modelle 6011-2, 6020-2, 6020-4, 6220-2, 6220-4, 6321-4 (Version 1.53G)	21.02.2011
Gemalto GmbH	GCR 5500-D (HWP 116760I Version 1.14)	13.01.2011
gt German Telematics GmbH	eHealth GT900 BCS (Version 2.0, Firmware 1.0.10)	08.12.2010
HID Global GmbH	OMNIKEY 8751 eHealth LAN (Version 2.06, Firmware 1.0.32)	21.01.2010
Hypercom GmbH	medHybrid (Version 3.00)	06.05.2010
	medCompact (Version 2.0)	19.09.2008
Inegenico Healthcare GmbH	Orga 6041L (Version 2.07)	17.09.2009
SCM Microsystems GmbH	eHealth200 BCS (Version 2.01u)	22.09.2008
ZF Electronics GmbH (Cherry)	G87-1504 (Version 1.1.4.8)	10.12.2009
	ST-1503 (Version 1.1.3.4)	09.04.2009
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: 25.3.2011, Quelle: gematik)

Hersteller	Produkt
CCV Deutschland GmbH (Celectronic GmbH)	CARDSTAR/medic2 Modelle 6011, 6020, 6220, 6020-3, 6220-3 (Version M1.20) CARDSTAR/Medic2 (Version M1.03, M1.00)
Cherry GmbH	G80-1502 (Version 1.19) ST-2052 (Version 5.13), ST-2052UCZ (Version 5.11)
Fujitsu Siemens Computers GmbH	KBPC CX (Version 1.04) KB SCR Pro (Version 1.06)
Kobil Systems GmbH	KAAN Advanced /RS232 (Version 1.06)
Sagem Monétel GmbH	Orga 5000-Serie (Version 1.1) Orga 6000 (Version 1.02) Orga 910/Orga 920 (KV2 Version 1.0)
SCM Microsystems GmbH	eHealth 100 MKT (Version 0.28u)

1.6 Verwendung der Gesundheitskarte

Legt ein gesetzlich Versicherter seine neue elektronische Gesundheitskarte vor, kann anhand des Lichtbilds auf der Gesundheitskarte festgestellt werden, ob zwischen dem Lichtbild und dem Karteninhaber, der die eGK vorlegt, eine Übereinstimmung besteht. Im Zweifelsfall kann der Versicherte gebeten werden, einen gültigen Nachweis seiner Identität, z. B. Personalausweis, vorzulegen. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine Gesundheitskarte ohne Lichtbild.

Kann die Gesundheitskarte nicht eingelesen werden, weil der der Leistungserbringer seine Infrastruktur noch nicht hat anpassen können oder die Karte ggf. nicht lesbar ist, kommen folgende Ersatzverfahren in Betracht:

- Verwendung der alten, noch gültigen Krankenversichertenkarte (KVK)

Hat der gesetzlich Versicherte noch sein alte, gültige Krankenversichertenkarte bei sich, können die Versicherteninformationen anhand dieser Karte eingelesen werden.

- Manuelle Eingabe

Kann der Versicherte seine alte KVK nicht vorlegen, können die auf der eGK sichtbaren Versicherteninformationen für eine manuelle Eingabe verwendet werden.



Auf der Vorderseite der Gesundheitskarte sind folgende Informationen ablesbar:

- Name und Vorname des Versicherten, ggf. mit Namenszusatz, Titel, Vorsatzwort,
- Institutionskennzeichen der Krankenkasse des Versicherten (Versicherung) und
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten.

Auf der Rückseite der Gesundheitskarte, die als Europäische Krankenversichertenkarte dient, sind zusätzlich ablesbar:

- Geburtsdatum des Versicherten und
- Gültigkeitsdatum der Gesundheitskarte.

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

Die Liste der Prüfstellen und konformitätsbestätigter Primärsysteme (für Release 0.5.2) sind auf der DKG-Webseite veröffentlicht. Für den Basis-Rollout ist das Profil „Versichertenstammdaten in der Version 1.2.3 vom 17. Dezember 2009 maßgeblich.



1.8 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 Oktober 2009 die für die Krankenhäuser wichtigen Aspekte in einem „Start-Szenario für den Basis-Rollout der eGK“ aufgearbeitet.

Die Ergebnisse sind auf die geänderten Rahmenbedingungen nach der Neuausrichtung des eGK-Projektes fortgeschrieben worden.



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 Pflicht zur Online-Prüfung und -Aktualisierung der Krankenversichertenkarte (§ 291 Abs. 2b SGB V). Die Ergebnisse der Neuausrichtung sind auch in die anstehende Novellierung der Verordnung über Testmaßnahmen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einfließen.

2.1 Projektleitermodell

Als ein Ergebnis der Bestandsaufnahme haben die Gesellschafter jeweils einem Gesellschafter die Verantwortung für ein Projekt übertragen. Die Arbeiten werden über einen Projektausschuss koordiniert und durch die Gesellschafterversammlung kontrolliert. Der beauftragte Gesellschafter hat zunächst ein Lastenheft mit allen Anforderungen vorzulegen, das nach Abnahme durch die Gesellschafter in ein Pflichtenheft überführt wird.

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 Projekte bilden einen Projektausschuss, der die projektübergreifende Verzahnung sicherstellt.

2.2 Ziele

Die Krankenkassen müssen eine Prüfung und Aktualisierung der Krankenversichertenkarte bei Inanspruchnahme von Leistungen ermöglichen. 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 herbeigeführt 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. Für Komponenten, die insbesondere den Basis-Rollout betreffen, ist ein strikter Bestandsschutz vorgesehen. Änderungen an diesen Komponenten sollen auf ein erforderliches Mindestmaß reduziert werden. Dies gilt für folgende Komponenten und Dienste, die sich bereits im Feld befinden:

- eGK
- HBA
- SMC
- BCS-Kartenterminals (Basis-Rollout)
- eHealth-Kartenterminals
- migrationsfähige, mobile Kartenterminals der Stufe 1

Die über das Projekt bereitgestellten Funktionen betreffen insbesondere folgende „Leistungsmerkmale“:

Übergreifende Leistungsmerkmale mit Architekturbezug, z.B.

- Bedarfsgerechte Leistungsfähigkeit
- Skalierbarkeit
- Mandantenfähigkeit
- Prozesse und Verfahren zur Wahrnehmung der Rechte der Versicherten und ggf. weiterer Betroffener
- Diskriminierungsfreier Wettbewerb

Kommunikation und Netzwerk, z.B.

- Dynamische Lokalisierung von fachanwendungsspezifischen Diensten
- Sichere Kommunikation auf Anwendungsebene
- Sichere Kommunikation auf Transportebene
- Sichere Anbindung auf Netzwerkebene

Zertifikatsfunktionen und PKI, z.B.

- Verzeichnis für Identitäten von Anwendern und Institutionen
- Prüfung von Zertifikaten
- Authentisierung von Akteuren

Karten und kartennahe Operationen, z.B.

- Bereitstellung der eGK (Smartcard des Versicherten)
- Bereitstellung des HBA (Smartcard eines Leistungserbringers)
- Bereitstellung von institutionsbezogenen Sicherheitsmodulen
- Speichern und Lesen auf der eGK und Lesen von der KVK
- Signatur zum Integritäts- und Authentizitätsschutz für Daten
- Verschlüsselung zur Sicherstellung der Vertraulichkeit für Daten

Leistungsmerkmale dezentraler Komponenten der TI-Plattform, z.B.

- Sichere Anbindung von Fachmodulen
- Sicherer Ausführungsbereich für Fachmodule
- Verteilmechanismen für Software und Konfigurationen

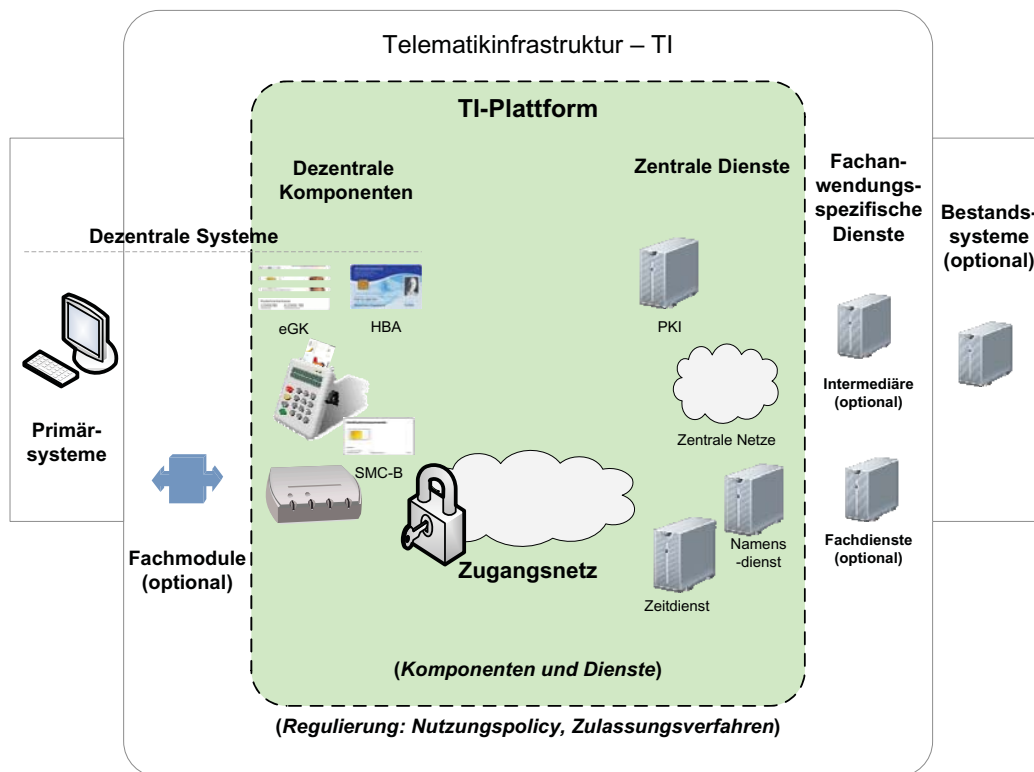
QES (Qualifizierte Elektronische Signatur)

Als „Zukunftsthemen“ der Basis-TI, die für die Realisierung der Leistungsmerkmale und Anforderungen der Fachprojekte NFDm und eFA-Migration für zukünftige Umsetzungsstufen in der TI-Plattform benötigt werden, sind u.a. folgende Leistungsmerkmale vorgesehen:

- Erweiterte Verfahren und Lösungen zur Wahrnehmung der Rechte des Versicherten
- Generische Mechanismen zur Unterstützung eines Daten- und Berechtigungserhalts
- Erweiterung der Kommunikations- und Sicherheitsleistung der TI-Plattform
- Verwaltung von Einwilligungen der Versicherten

Ein möglicher, nicht verbindlicher Architekturansatz zur groben Abgrenzung der Komponenten und Dienste unterscheidet zwischen der „Telematikinfrastuktur (TI)“ und der „TI-Plattform“, die den „Kern“ der Telematikinfrastuktur darstellt.

Die TI-Plattform enthält dezentrale Komponenten, zentrale Dienste und Zugangsnetze. „Fachmodule“ und fachanwendungsspezifische Dienste, deren Bedarf sich aus der jeweiligen Fachanwendung ergeben muss und die in der Verantwortung der Fachanwendung liegen, nutzen die TI-Plattform nach den für die Telematikinfrastruktur vorgegeben Rahmenbedingungen.



2.4 Projekt Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

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

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.

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 ihre 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.

Für die Krankenhäuser ist wichtig, ob im Rahmen der Aktualisierung auch Informationen über das Ruhen der Mitgliedschaft gemäß § 16 Abs. 3a SGB V und den aktuellen Zuzahlungsstatus mit Zuzahlungstagen verfügbar sein werden.

Das neue Informationsmodell für die Versichertenstammdaten der Online-Phase sieht derzeit die Möglichkeit vor, eine Angabe über das Ruhen der Mitgliedschaft aufzunehmen. Daneben sind erweiterte Angaben zur Kostenerstattung und zu Selektivverträgen vorgesehen.

Die Spezifikation der Gesundheitskarte wurde aufgrund von Anforderungen aus den Fachprojekten und zur Aufnahme einer Information über die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V („Praxisgebühr“) inzwischen angepasst (siehe gematik-Webseite).

2.5 Projekt Notfalldatenmanagement (NFDM)

Bei der Nutzung der Notfalldaten wird nicht nur die präklinische Versorgung durch den Rettungsdienst, sondern auch eine Notfallaufnahme im Krankenhaus und die (ambulante) Versorgung eines unbekanntem Patienten mit Akutbeschwerden berücksichtigt. Das Lastenheft NFDM definiert folgende Einsatzszenarien:

- Präklinische Versorgung des Patienten durch Rettungsdienst
- Ungeplante Aufnahme des Patienten in der Notaufnahme eines Krankenhauses
- Arzt trifft im ambulanten Versorgungssektor auf unbekanntem Patienten mit Akutbeschwerden
- Auslesen der persönlichen Erklärungen
- Anzeigen der NFDM-Daten des Versicherten in der Apotheke oder psychotherapeutischen Praxis
- Verwalten der NFDM-Daten in der „Umgebung zur Wahrnehmung der Rechte des Versicherten“

Das automatische Lesen der Notfalldaten in Verbindung mit dem Stecken der eGK in ein Kartenterminal ist ausdrücklich untersagt. Das Schreiben auf die eGK soll auf die Mitarbeiter der medizinischen Institution delegiert werden können, nachdem der Arzt die Notfalldaten im Primärsystem qualifiziert signiert hat.

Die NFDM-Daten werden ausschließlich auf die eGK gespeichert. Zur Datensicherung soll allerdings dem Versicherten eine Online-Sicherungskopie ermöglicht werden, um gesicherte NFDM-Daten auf eine neu ausgegebene eGK schreiben zu können.

Das Datenmodell unterscheidet zwischen den eigentlichen Notfalldaten und persönlichen Erklärungen des Versicherten.

Für die Notfalldaten sind folgende medizinische Informationsblöcke vorgesehen:

- Allergien und Unverträglichkeiten,
- Diagnosen,
- Medikation (mit Arzneimittel, Wirkstoffmenge, Dosierungsschema mit Zeitraster (Zeitpunkt oder Periode) und Medikationsstatus),
- Besondere Hinweise (zu Schwangerschaft, Kommunikationsstörungen, Weglaufgefährdung, Implantate).
- Name und Telefonnummer(n) des behandelnden Arztes und einer zu benachrichtigenden Person,
- zusätzliche medizinische Informationen auf Wunsch des Patienten (z.B. Blutgruppe)

Als persönliche Erklärungen des Versicherten sind Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, zur Patientenverfügung und zur Vorsorgevollmacht berücksichtigt. Allerdings werden nicht die Erklärungen selbst, sondern Hinweise auf den Aufbewahrungsort gespeichert.

2.6 Projekt Gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer (KOM-LE)

Das Projekt sieht für die adressierte Kommunikation der Leistungserbringer eine E-Mail-Infrastruktur vor, bei der der Absender grundsätzlich frei entscheiden kann, mit welchem Integritäts- und Vertrauensschutz er Dokumente elektronisch kommunizieren will. Für Dokumente im Format PDF/A und „VHitG-Arztbrief“ soll ein Integritätsschutz durch fortgeschrittene oder qualifizierte elektronische Signatur und Vertraulichkeitsschutz durch Verschlüsselung ermöglicht werden. Für die Adressierung soll ein Teilnehmerverzeichnis bereitgestellt werden.

Die Kommunikation kann an Personen und Institutionen gerichtet sein. Im Krankenhaus bedingt die einrichtungsbezogene Kommunikation das Vorhandensein einer elektronischen Poststelle für Patientendaten.

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.

Das Lastenheft definiert die Anforderungen für die Einbindung der elektronischen Fallakte in die (Basis-) Telematikinfrastruktur und die Anforderungen an die Erweiterung der Basis-Telematikinfrastruktur für eine Auslagerung von eFA-Dienstfunktionalitäten als allgemein für Mehrwertdienste verfügbare Telematikdienste nach dem eFA-Muster. Besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Nutzbarkeit der bei der eFA realisierten WebServices-Standards.

Mit dem Projekt werden in einem ersten Schritt zunächst Funktionalitäten der Basis-TI für die eFA und weitere Gesundheitsdatendienste nutzbar gemacht:

- Über Dienste der TI können Anwender und Leistungserbringereinrichtungen über Heilberufsausweise (HBA und SMC-B) identifiziert und authentifiziert werden. Hiermit ist grundsätzlich für jeden Leistungserbringer eine elementare Voraussetzung zum Zugang zu einem Mehrwertdienst gegeben.
- Die TI bietet Verfahren zur Registrierung und zur Identifikation, Authentisierung und Lokalisierung von an die TI angebotenen Mehrwertdiensten. Die bisherigen anwendungsspezifischen Mechanismen zum Aufbau abgeschlossener Kommunikationsverbünde werden damit durch einen einheitlichen Mechanismus ersetzt.
- Die TI bietet eine gesicherte Transportschicht, die von allen angebotenen Systemen gleichermaßen und vor allem unabhängig von der adressierten Anwendung genutzt werden kann.
- Verweise auf Einwilligungen in die Nutzung von Mehrwertdiensten können über die eGK vermittelt werden, wodurch die Administration von Mehrwertdiensten vereinfacht werden kann.

In einer zweiten Stufe sollen auch Teile der eFA-Sicherheitsarchitektur als Dienste in die TI migriert werden und für andere Mehrwertanwendungen nutzbar sein:

- Durch die Kodierung von Identitäts- und Authentizitätsnachweisen für Leistungserbringer und/oder Einrichtungen in einem einheitlichen, standardisierten Format (SAML2.0) wird eine „Einmalanmeldung“ (Single Sign-On) über Mehrwertdienste hinweg ermöglicht. Auf Basis der Nachweise können standardisierte Mechanismen einer sitzungsbasierten Kommunikation umgesetzt werden, die die Performanz der Mehrwertkommunikation verbessern und die Umsetzung von Mehrwertdiensten vereinfachen.
- Durch die transparente Weiterleitung von Sicherheitstoken in über die TI vermittelten SOAP-Nachrichten können auch Berechtigungsnachweise und -policies an Mehrwertdienste übertragen werden, ohne dass hierzu die bestehenden Anwendungsschnittstellen verändert werden müssten. Hierdurch können standardisierte Verfahren eines policy-basierten Berechtigungsmanagements anwendungsübergreifend nutzbar gemacht werden.

2.8 Meilensteine

Die einzelnen Projekte haben ihre Lastenhefte abgeschlossen und zur Beschlussfassung durch die Gesellschafter vorgelegt. Die Lastenhefte wurden abgenommen, zu Einzelfragen wurde Klärungsbedarf festgestellt. Für die einzelnen Projekte werden nun die Pflichtenhefte ausgearbeitet werden.

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

Das Informationsobjekt „Zuzahlungsstatus“ muss um die Zuzahlungstage gemäß § 39 Abs. 4 und § 40 Abs. 6 SGB V ergänzt werden.

VSDM muss in den Fällen des § 16 Abs. 3a SGB V Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bereitstellen.

Anforderungen an Notfalldaten (NFDm)

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

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

4.1 Testverordnung 2011

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom 11. Januar 2011 (BGBl. I S. 39 ff.) sind die Testbedingungen in wesentlichen Teilen geändert und konkretisiert worden.

In die Testmaßnahmen werden insbesondere folgende Komponenten, Dienste und Einrichtungen einbezogen (§ 3 Abs. 2 TestV):

1. die elektronische Gesundheitskarte,
2. der elektronische Heilberufsausweis und der elektronische Berufsausweis,
3. Kartenlesegeräte,
4. die Anbindung der Systeme der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur („Konnektor“, Zugangnetz),
5. Komponenten und Dienste der zentralen Netzwerkinfrastruktur,
6. sektorspezifische und sektorübergreifende Fachdienste sowie deren Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur,
7. Dienste zur Unterstützung der Nutzerinnen und Nutzer sowie
8. Technische Einrichtungen für Versicherte zur Wahrnehmung ihrer Rechte.

Neben der Testung der Funktionalität, Interoperabilität, Kompatibilität, Stabilität und Sicherheit wurde auch die Praxistauglichkeit der einzelnen Komponenten und Dienste einbezogen (§ 2 Abs. 1 TestV).

Der Funktionsumfang der Testung wird in § 4 Abs. 1 TestV wie folgt festgelegt:

1. die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte
 - a. für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und für die Abrechnung sowie
 - b. für die Aktualisierung der auf ihr gespeicherten Daten und
2. die Bereitstellung medizinischer Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte, um die Notfallversorgung zu unterstützen.

Krankenkassen, die an der Testung zu Nr. 1 teilnehmen, sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach § 291 Abs. 1 und 2 SGB V 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.

Soweit die Gesellschaft für Telematik beschließt, weitere Anwendungen zu testen, ist bei der Testung der Nachweis zu erbringen, dass durch die weiteren Anwendungen die Nutzung der Telematikinfrastruktur nicht gefährdet wird, insbesondere im Hinblick auf Datenschutz, Datensicherheit, Interoperabilität, Kompatibilität und Verfügbarkeit der Anwendungen. Diese Vorgabe der TestV betrifft die Gesellschafterprojekte „Gerichtete Kommunikation der Leistungserbringer“ und „Migration der elektronischen Fallakte“.

Spätestens nach der Testung der Anwendungen nach § 4 Abs. 1 TestV (Versichertenstammdaten, Notfalldaten) sind den Versicherten organisatorische und technische Verfahren zur Wahrnehmung ihrer Rechte sowie mobile serverunabhängige Speichermedien, die auch datenverarbeitende Funktionen enthalten können, anzubieten und technikoffen zu testen.

Umfassend überarbeitet wurden die Vorgaben zur Organisation der Testung (§ 5):

Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, vor der Aufnahme des Wirkbetriebs der Anwendungen diese in realen Versorgungssituationen (Feldtests) zu testen; die erforderliche Parallelität von Test- und Wirkbetrieb ist durch geeignete Maßnahmen zu ermöglichen. Mit der Organisation und Durchführung der Feldtests kann die Gesellschaft für Telematik einen oder mehrere Auftragnehmer beauftragen. Soweit nicht mindestens zwei Feldtests an unterschiedliche Auftragnehmer vergeben werden, hat die Gesellschaft für Telematik mindestens einen Feldtest unmittelbar mit einer Testregion zu organisieren und durchzuführen.

Zur Sicherstellung der Praxistauglichkeit hat die Gesellschaft für Telematik die erforderlichen Leitfäden für die Implementierung von Schnittstellen zwischen den Diensten der Telematikinfrastruktur und den Praxisverwaltungssystemen der Leistungserbringer zu erstellen.

Die bereits festgelegten Testregionen sind in die Testung einzubeziehen; Änderungen werden im Benehmen mit der jeweils zuständigen obersten Landesbehörde vorgenommen. Näheres bestimmt die Gesellschaft für Telematik im Rahmen eines Testkonzeptes im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden.

Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringerorganisationen sind zu einem möglichst frühzeitigen Zeitpunkt in die Testung einzubeziehen, insbesondere um die Praxistauglichkeit der Anwendungen sicherzustellen und zu bewerten.

Die Gesellschaft für Telematik hat für Leistungserbringer, die an den Testmaßnahmen teilnehmen, Schulungsunterlagen zu erstellen und Schulungsmaßnahmen zu organisieren. Sie stimmt sich dabei ab mit den verantwortlichen Vertragspartnern in den Testregionen sowie mit den in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Leistungserbringerorganisationen.

Zur Abstimmung mit den Beteiligten in den Testregionen ist ein Berichtswesen einzurichten.

Zur Sicherung der Praxistauglichkeit der Anwendungen können in den Testregionen Beiräte eingerichtet werden. Mitglieder der Beiräte können Vertreter der Leistungserbringer, der Patienten sowie der Kostenträger sein. Die Beiräte geben Empfehlungen zur Durchführung der Testung sowie zur Eignung der getesteten Anwendungen für den Wirkbetrieb.

Die Ergebnisse der Testmaßnahmen sind so zu veröffentlichen, dass die daraus gewonnenen Erkenntnisse sowohl für andere Testmaßnahmen als auch für die Einführung weiterer Anwendungen genutzt werden können.

Zur Durchführung der Testung hat die Gesellschaft für Telematik (§ 6)

1. die Gesamtheit der Anforderungen an die Anwendungen, an die Komponenten und Dienste und die erforderlichen Spezifikationen der Telematikinfrastruktur festzulegen,
2. Projektpläne zu erstellen und fortzuschreiben.

Sie kann Gesellschafter beauftragen, die Arbeiten zur Beschlussfassung der Gesellschafter vorzubereiten. (Dies erfolgte durch Beschluss der Gesellschafter für die „Projekte“ Basis-Telematikinfrastruktur, Versichertenstammdaten, Notfalldaten, Kommunikation der Leistungserbringer und eFA-Migration.) Zur Koordination der Aufgaben (mehrerer beauftragter Gesellschafter) ist ein Projektausschuss einzurichten, der dem Bundesministerium für Gesundheit über den Stand der in Auftrag gegebenen Arbeiten zu berichten hat.

Zur Durchführung der Testverordnung hat die Gesellschaft für Telematik ein Schlichtungsverfahren einzurichten. Enthält ein Beschlussvorschlag in einer Gesellschafterversammlung mindestens 50 Prozent, aber weniger als 67 Prozent der Stimmen, ist auf Antrag von mindestens 50 Prozent der Gesellschafter oder auf Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren einzurichten.

Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens muss eine Gesellschafterversammlung einberufen werden. Kommt zu dem Entscheidungsvorschlag des Schlichters keine Entscheidung mit mindestens 67 Prozent der Stimmen zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle an Stelle der Gesellschafterversammlung. Die Entscheidung ist für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen und ihre Verbände nach dem SGB V verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Gesellschafterversammlung in gleicher Sache mit 67 Prozent der Stimmen ersetzt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zu den Entscheidungen der Gesellschaft für Telematik oder im Schlichtungsverfahren ein Beanstandungsrecht. Werden die Beanstandungen nicht fristgerecht behoben, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.

4.2 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 eine „Konnektor“-Komponente angebunden werden können. Die „Konnektor“-Komponente 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.

4.3 „Konnektoren“-Komponenten

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: 21.2.2011, 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 1)	01.03.2010

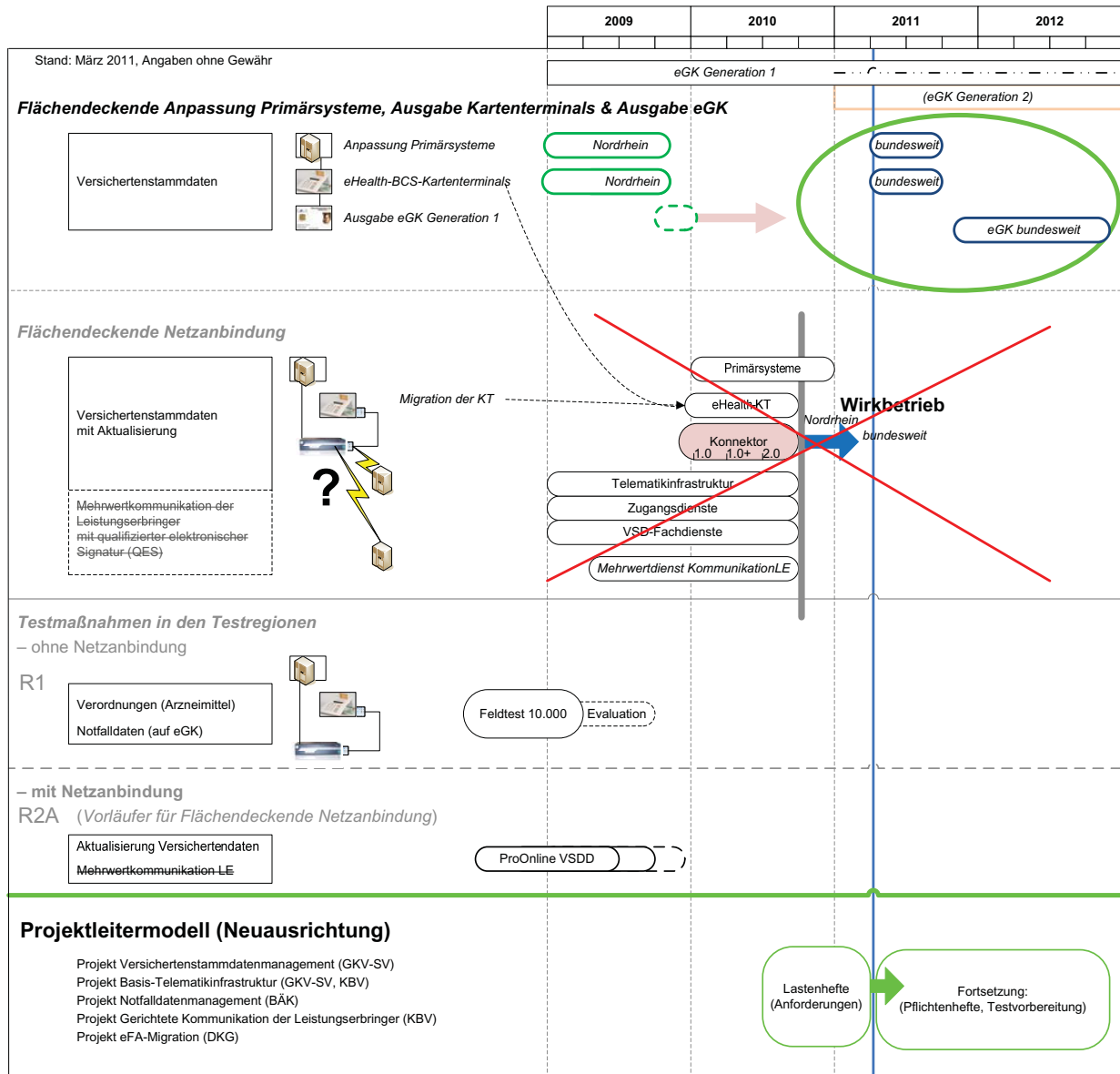
Für Krankenhäuser mit Rechenzentrumsbetrieb hat der Mehrkomponenten-Konnektor Bedeutung, weil er die Integration der Anwendungs- und Netzkonnektor-Funktionalitäten in die bestehende IT-Infrastruktur ermöglichen kann. Im Jahr 2007 sind von IBM Deutschland GmbH im Auftrag der DKG wesentliche Elemente einer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

5 Perspektiven, Probleme

5.1 Planungsübersicht

Die bisherige Projektplanung ist mit der Neuausrichtung und dem Projektleitermodell hinfällig geworden. Die alten Releases für den Online-Rollout bilden noch einen Orientierungsrahmen und enthalten Spezifikationen, die in den neuen Projekten 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 nicht.

5.2 Datenhoheit, Sicherheit, Freiwilligkeit

Die Telematikinfrastruktur der elektronischen Gesundheitskarte zielt auf eine technische Lösung, die den Versicherten mit einer deutlich gestärkten Datenhoheit in der Ausübung seines Rechts an seinen Daten ausstattet. 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.

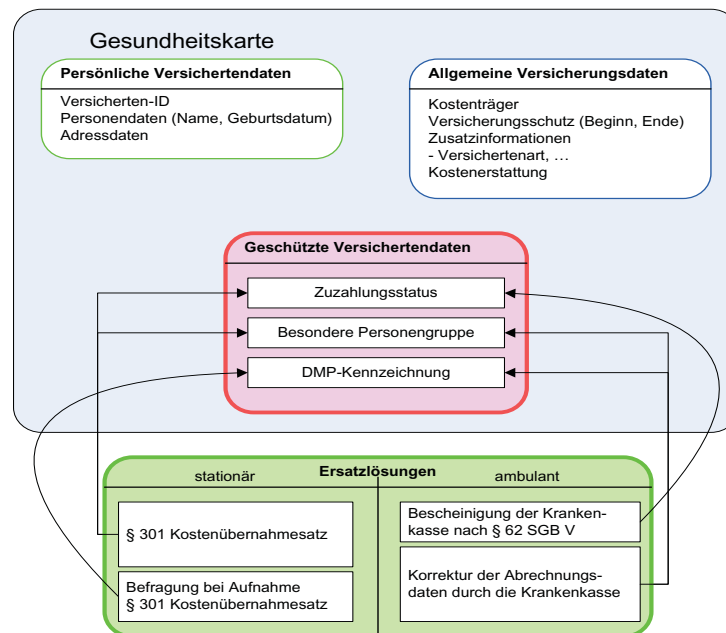
Mit § 291 Abs. 2b SGB V ist eine Lösung für das Problem der Freiwilligkeit eröffnet worden, die es einem Vertragsarzt und Vertragszahnarzt ermöglicht, auf eigene Kosten eine Online-Prüfung und -Aktualisierung der eGK vorzunehmen, ohne eine Netzanbindung seines Praxisverwaltungssystems vornehmen zu müssen.

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

Im Zusammenhang mit einer Netzanbindung fordert der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) die Einlösung einer zugesagten frühestmöglichen Verbesserung des Schutzes der Versichertendaten durch Aktualisierung der herausgegebenen Gesundheitskarten.

Für Krankenhäuser, die noch nicht über eine „Konnektor-Komponente“ verfügen, sind Übergangslösungen für stationäre Patienten im Verfahren nach § 301 SGB V verfügbar. Ob bei ambulanten 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.



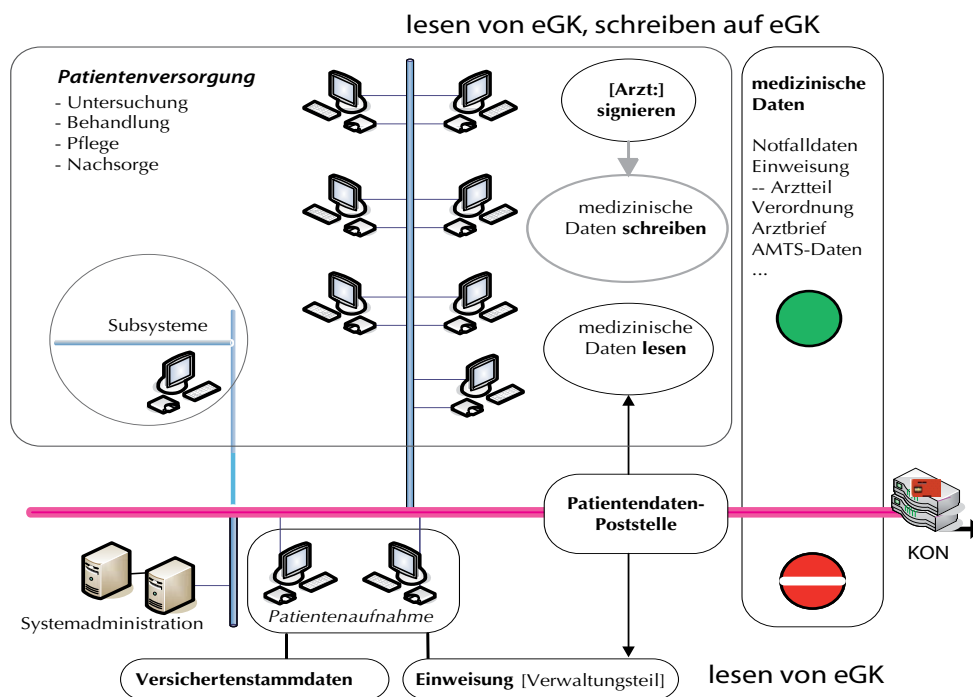
6 Sektorale Schwerpunkte für Krankenhäuser

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 nachprüfbare elektronische Protokollierung des den Zugriff autorisierenden HBA-Inhabers und der zugreifenden Person im Primärsystem.

Zugriff erlaubt, soweit zur Versorgung des Versicherten erforderlich									
Einwilligung beim Arzt Einverständnis									
VSD		vod	NFD		GDD	amts, ...	Einwilligung (bis 10)	TTN	Logging (bis 50)
PD VD GVD StatusVD	Prüfungsnachweis		Persönliche Erklärungen Status Pers. Erklärungen	Notfalldaten Status Notfalldaten	Verweise Gesundheitsdaten- dienste	Verweis (bis 10)			
VSD lesen	Prüfungsnachweis lesen/schreiben		Persönliche Erklärungen lesen/schreiben	Notfalldaten lesen/schreiben	PIN-Autorisierung		Einwilligung lesen/schreiben aktivieren/deaktivieren	Testkennzeichen lesen/schreiben	Protokollsatz anhängen
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]									
lesen					& PIN-Autorisierung			anhangen	
CMS		schreiben					CMS		anhangen
löschen						aktivieren/deaktivieren			
Profil 8 (Verwaltungsmitarbeiter Institution): [SMC-B und Mitarbeiter ohne Karte]									
lesen									anhangen
aktualisieren									

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.

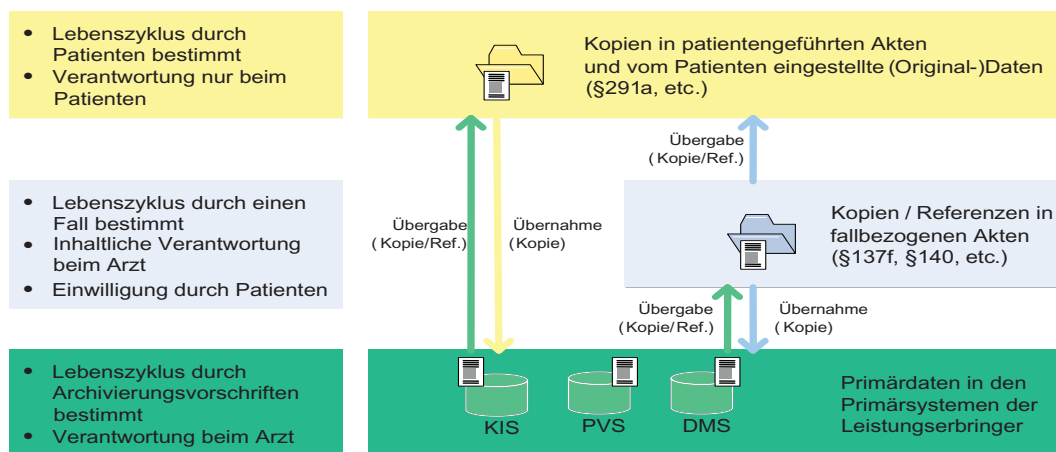


6.2 Elektronische Fallakte (eFA)

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 Behandlern 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 sonstige 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.