

# Essener Eckpunkte zur Telematik-Testung

Dr. Ludger Wollring

Vortrag auf der 3. Sitzung der Kammerversammlung der  
Ärztekammer Nordrhein  
Düsseldorf – 20.03.2010

Das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium plant gemeinsam mit 22 Organisationen der Selbstverwaltung in der ARGE eGK/HBA-NRW die sog. elektronische Gesundheitskarte (e-Card) nach dem noch ausstehenden Abschluss der 10.000er Testung in Bochum in der Region Essen in einem 100.000er Versuch zu testen. Diese Planung stößt seit vielen Jahren auf grundsätzliche Kritik sowie zudem auf umfängliche technische und logistische Probleme. In einer gemeinsamen Unterredung mit Vertretern der Essener Ärzteschaft wurde nachgefragt unter welchen Bedingungen die Einführung bzw. Testung einer solchen Telematikinfrastruktur denn nach Vorstellung der Essener Ärzteschaft erfolgen sollte.

# Fakten zur Lage

- ▶ Laut KVNo haben 68,3% der Vertragsärzte und 93,9% der Zahnärzte bis Ende 2009 die Förderung für ein onlinefähiges Lesegerät (e-Health-BCS-Lesegeräte) für die eCard erhalten. (Krankenhäuser: 92,9%)

Wie viele dieser Geräte installiert sind, ist nicht bekannt.

- ▶ Die BCS-Lesegeräte sind imstande die bisherige KVK zu lesen.

Einige der Praxisprogramme sind aber noch nicht imstande die neuen eCards einzulesen (obwohl es sich ja um von der KBV zugelassene Programme handelt).

# Fakten zur Lage

- ▶ Bisher kommt allenfalls jeder 2000. Patient mit einer eCard zur Behandlung in die Praxen. Entgegen den Ankündigungen der Kassen 100.000–120.000 eCards bis Ende 2009 auszustellen, sind es mit Sicherheit bisher weniger als 10.000.
- ▶ Die gematik hat etwa die Hälfte ihrer meist freien Mitarbeiter entlassen (früher über 300, jetzt unter 200).
- ▶ In den Testregionen wurden bisher etwa 3.000 elektronische Rezepte erstellt.

# Fakten zur Lage

BMV-Ä, vereinbart zwischen GKV und KBV:

- ▶ 2004 wurde das Pooling von Patientendaten aufgehoben

(Abrechnungsbegründungen -> (Ausschluss-) Diagnosen -> ICD 9 -> ICD 10)

bisher: nur behandlungsrelevante Daten/Diagnosen

- ▶ 2008 Identitätssicherstellung
- ▶ ... noch verschoben ... Online-Abrechnung

# Fakten zur Lage

Die Politik ist manchmal etwas hastig:

- ▶ siehe Swift Abkommen, Internetzensurgesetz, Vorratsdatenspeicherung

- ▶ § 291a SGB V ist viel zu speziell formuliert und leider ohne frühzeitige Einbeziehung der Ärzte entstanden

(Wie z.B. soll eine Krankenkasse sicherstellen, dass Kartendaten von abgelaufenen auf neue Karten übertragen werden?)

# Fakten zur Lage

- ▶ Kosten-Nutzen Analyse Booz/Allan/Hamilton aus 2006

(mind. 3 MRD €, ROI 9 Jahre,

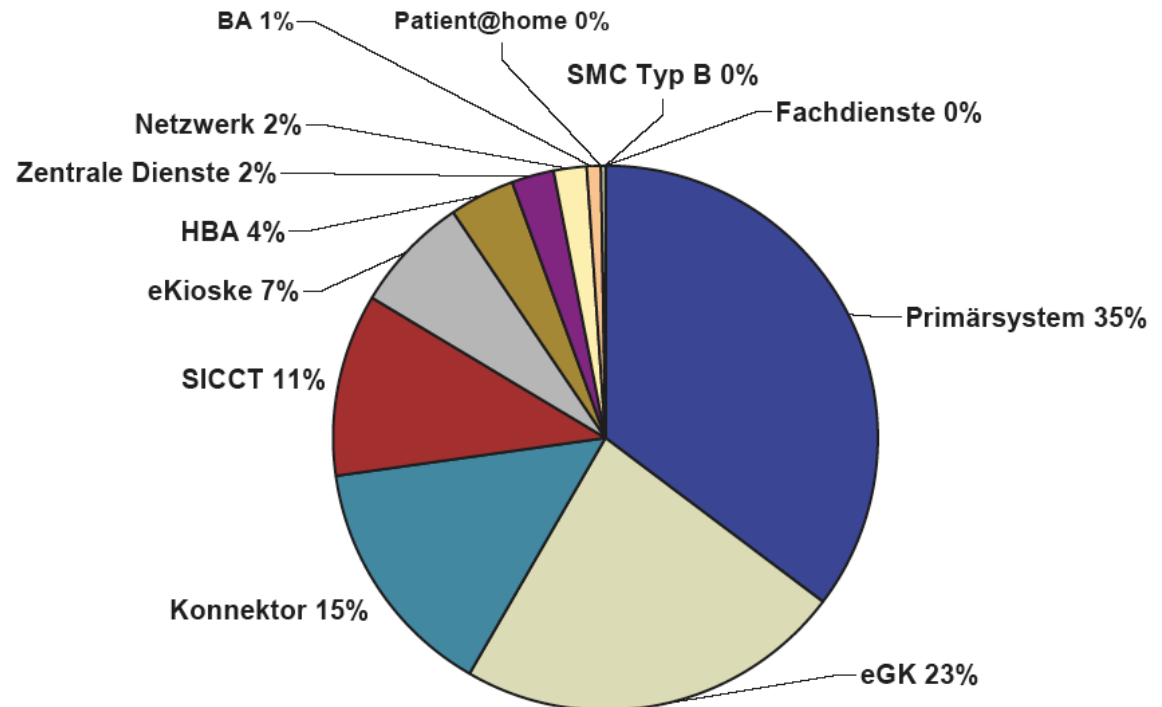
BMG favorisiert IBM Orga Studie von 2004 = 1,4 MRD)

Keiner akzeptiert diese Studie, es gibt aber keine neuere und auch keinen Auftrag dafür.

# Fakten zur Lage

Booz/Allan/Hamilton

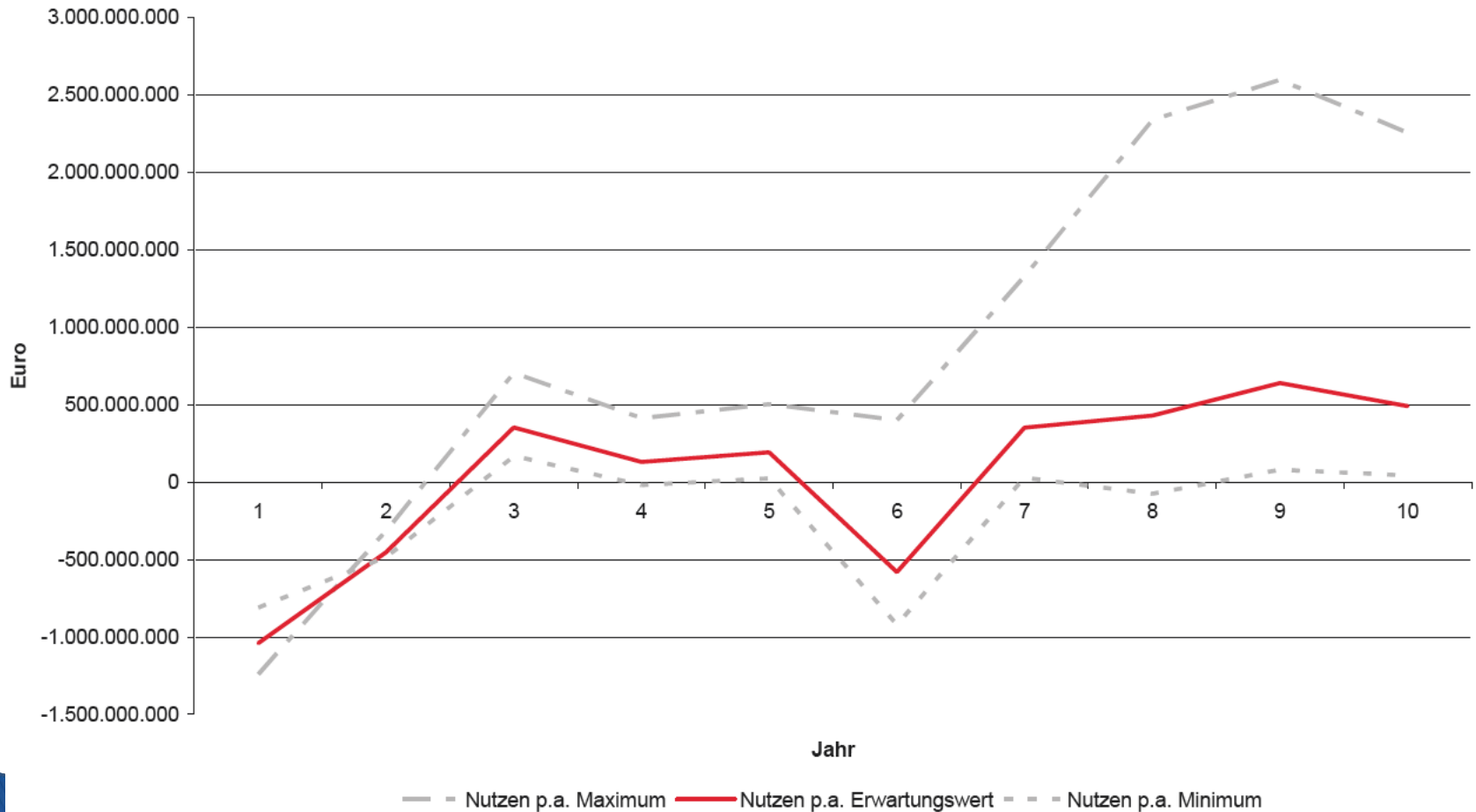
Komponente	Kosten
Primärsystem	992
eGK	648
Konnektor	410
SICCT	301
eKioske	200
HBA	107
Zentrale Dienste	69
Netzwerk	60
BA	24
Patient@home	4
SMC Typ B	1
Fachdienste	
<b>Summe</b>	<b>2.818</b>
eGK u.a. nicht KNA relevante Erstausgabe:	585



# Fakten zur Lage

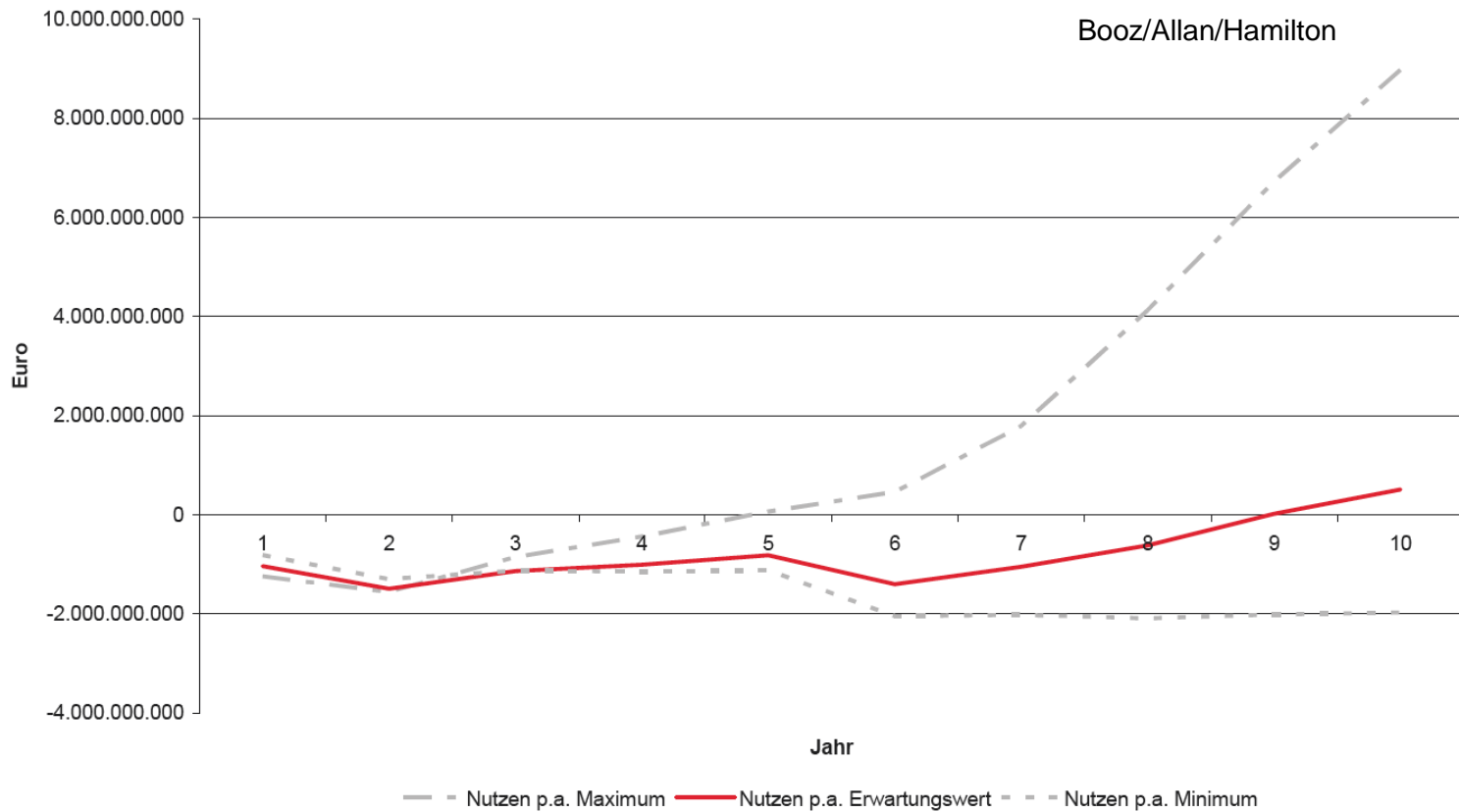
Nettonutzen p.a. 10-Jahres-Perspektive

Booz/Allan/Hamilton



# Fakten zur Lage

Nettonutzen kumuliert 10-Jahres-Perspektive.



# Fakten zur Lage

## Bisherige Kosten zu § 291a SGB V

- ▶ **Gematik**

2005:	2.000.000 €,
2006:	15.000.000 €,
2007:	30.000.000 €,
2008:	50–60.000.000 €,
2009:	60.000.000 €,
- ▶ **Industrie**

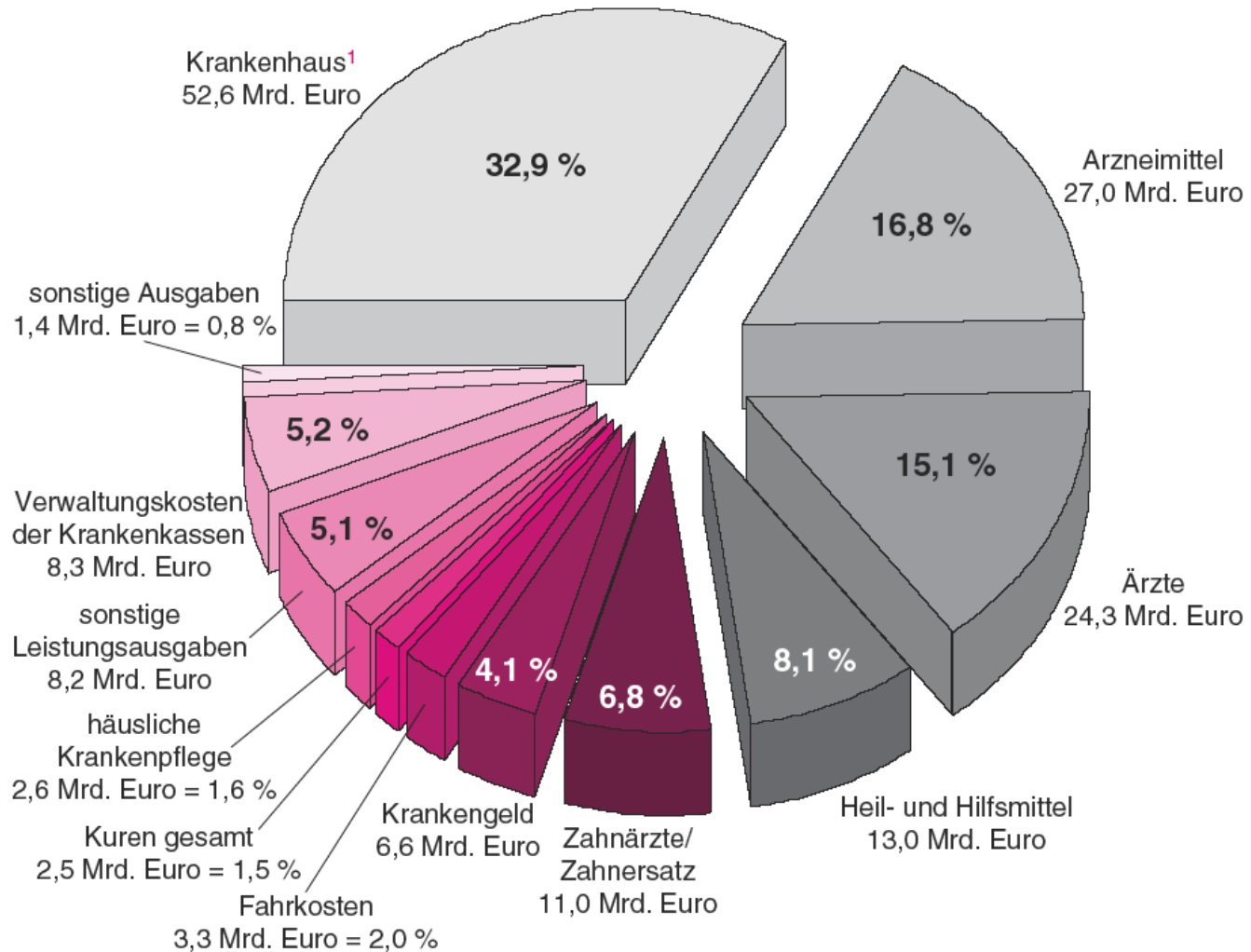
min.	100.000.000 €,
------	----------------
- ▶ **Kassen**

min.	10.000.000 €,
------	---------------
- ▶ **Körperschaften**

	???
--	-----

# Fakten zur Lage – GKV Ausgaben 2008 (Quelle BMG & KBV)

Ausgaben insgesamt: 160,8 Mrd. Euro  
darunter Leistungsausgaben: 151,1 Mrd. Euro



# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

Alle **Beschlüsse der Ärzteschaft** und ihrer ärztlichen Körperschaften des Öffentlichen Rechts müssen vollumfängliche Berücksichtigung finden derart, dass keine Strukturen geschaffen oder begünstigt werden, die diesen Beschlüssen entgegenstehen.

# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

Wir lehnen die Einführung der "Elektronischen Gesundheitskarte" ab, so lange die **Unverletzlichkeit der Patientendaten** nicht gesichert ist und so lange keine nachvollziehbare **Kosten-Nutzen-Analyse** vorliegt. **Wer den wirtschaftlichen Nutzen an der „eCard“ hat, soll auch deren Kosten tragen.**

(Punkt 9 der Essener-Resolution vom 01.02.2006)

*In unserer Demokratie müssen alle Bürgerinnen und Bürger als mündig und selbstverantwortlich ernst genommen werden. Dazu gehört notwendig die Freiheit, über den Umfang der eigenen Gesundheitsversorgung frei von Bevormundung durch Staat oder Kostenträger selbst und eigenverantwortlich bestimmen zu dürfen.*

Am 04.03.2006 ist dies einstimmig angenommen worden von der VV der KVNo, ebenso am 18.03.2006 von der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein (bei 2 Enthaltungen – gemeinsam mit der Düsseldorfer Entschließung vom 17.3.) und ebenso am 24.03.2006 in Berlin bei dem größten Protest der Ärzteschaft am Brandenburger Tor.

# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

Hierzu zählen die Beschlüsse der Ärztekammer Nordrhein und ihrer Kammerversammlung, die Beschlüsse der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bzw. ihrer Vertreterversammlung, die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages sowie die Beschlüsse und Entscheidungen der Bundesärztekammer. Es wird insbesondere auf folgende Dokumente hingewiesen:

- ▶ Entschließung der Nordrheinischen Kammerversammlung vom 19.04.2008 zum Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses: *“Der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein wird beauftragt, sich sowohl auf Landesebene wie auch auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass der besondere Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses auch dadurch gewährt wird, **dass prädiktive Diagnosen (oder Befundergebnisse) nicht an Dritte weitergegeben oder einer zentralen elektronischen Datenerfassung zugänglich gemacht werden.** Ausnahmen bedürfen der Einzelfallprüfung und Genehmigung durch die Ärztekammer. Diese wird sich unter anderem dafür einsetzen, dass der Patient in verständlicher Form und umfassend über die möglichen Konsequenzen einer solchen Datenweitergabe aufgeklärt wird.“*
- ▶ Jahresbericht der Ärztekammer Nordrhein 2009, Seite 50 *„Forderungskatalog der Ärzte zum Projekt elektronische Gesundheitskarte“.*
- ▶ Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 21.11.2009: positiv beschiedener Antrag der Dres. Rütz, Bertram, Brock et aliter, in dem für das Projekt u.a. gefordert wurde: *„**keine zentrale Datenspeicherung und kein zentralisierbarer Zugriff auf Daten; Freiwilligkeit der Nutzung insbesondere der Online-Anbindung; gute Funktionalität des Systems im Praxisablauf; nachweisbarer medizinischer Nutzen; kalkulierbare Kosten für die Anwender**“.*

# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

- ▶ Ebenso aktuell ist der an den Vorstand der Ärztekammer Nordrhein überwiesene und derzeit im Ausschuss „e-Health“ in Bearbeitung befindliche Antrag des Kollegen Dr. Larisch von der Kammerversammlung am 14.11.2009 in Düsseldorf, der folgendes zum Inhalt hat: *„Bei der Neukonzipierung der Telematikprojekte spricht sich die Kammerversammlung für folgende Grundsätze aus: 1. Bei der künftigen Telematik-Infrastruktur muss die Sicherheit der Patientendaten und die Unverletzlichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung im Vordergrund stehen. Bei einer Datenablage auf Zentralservern, bei dem die Datenträger sich nicht allein im physischen Besitz des Patienten befinden, kann diese Sicherheit nicht zuverlässig gewährleistet werden. Durch einfache Gesetzesänderung könnten die Patientendaten dem Staat oder parastaatlichen Organisationen jederzeit zugänglich gemacht werden. Daher spricht sich die Kammerversammlung dafür aus, **vorwiegend** [dieser Passus wurde während des Antrages modifiziert] **solche Projekte weiter zu verfolgen, bei denen die Telematik-Patientendaten nur auf Datenträgern abgelegt werden dürfen, in deren physischem Besitz sich der Patient befindet.** 2. Die Kammerversammlung bekräftigt die vielfach von Körperschaften und ärztlichen Vertretungen gestellte Forderung, dass **vor Einführung einer Telematik-Infrastruktur eine ausführliche Kosten-Nutzen-Analyse zu stehen hat** und die Kosten für Errichtung und Betrieb der Telematik von jenen zu tragen sind, die den wirtschaftlichen Nutzen aus der Telematik ziehen. 3. Die Kammerversammlung spricht sich konsequent für die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit aus. Mit diesem Grundsatz ist nicht vereinbar, dass administrative Aufgaben der Krankenkassen in Kliniken oder Praxen verlagert werden. Dies sind originäre Aufgaben der Krankenkassen. **Klinik und Praxis sind keine Außenstellen der Krankenkassen** und dürfen daher nicht mit deren Aufgaben betraut werden. Alle mit der Telematik zusammenhängenden Abläufe müssen so gestaltet werden, dass die ärztliche Tätigkeit unterstützt und nicht behindert wird.“*

Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages finden sich hier: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23> .

# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

Alle datenschutzrechtlichen Vorgaben müssen ebenso Berücksichtigung finden und es dürfen keine Strukturen geschaffen oder begünstigt werden, die die datenschutzrechtlichen Vorgaben nicht vollumfänglich implizieren.

# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

Die Teilnahme an der Testung der Telematikinfrastuktur sowie die Teilnahme an der **Online-Anbindung muss für die Kollegen freiwillig** sein. Insbesondere darf aus der Teilnahme an der Testung **keine Verpflichtung zu einer späteren Online-Anbindung** abgeleitet werden.

# 1. Voraussetzung: Berücksichtigung der Beschlüsse der Ärzteschaft

Im Rahmen der Einführung der Telematikinfrastruktur werden auch in der Testphase von allen Beteiligten nur Vereinbarungen getroffen, die **keine Verschwiegenheitserklärung** implizieren.

## 2. Intention: Verbesserung für Patientinnen und Patienten

Es muss vor Beginn der Testung bei allen Beteiligten Einigkeit darüber bestehen, dass es die Intention der Einführung einer Telematikinfrastuktur ist **eine Verbesserung für die Patientinnen und Patienten** zu erreichen. Dies soll unter Berücksichtigung der Vorgaben des SGB V erfolgen.

## 2. Intention: Verbesserung für Patientinnen und Patienten

Sobald Zweifel auftauchen bzw. von der Ärzteschaft vorgebracht werden, sollten weitere Maßnahmen nur dann getroffen bzw. fortgeführt werden, wenn Einigkeit darüber besteht, dass die veranlassten Maßnahmen – auch für die Ärzteschaft erkennbar – positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten haben.

### 3. Zuerst ergebnisoffene Testung sicherer Point-to-Point Kommunikation

In Entsprechung der Beschlusslage der Ärzteschaft und in Anbetracht der bisherigen Misserfolge sollte nunmehr bei der Testung schrittweise vorgegangen werden.

**Zunächst sollte begonnen werden mit der so genannten Testung einer sicheren Point-to-Point Kommunikation.**

- Hierbei geht es um die Kommunikation Arzt zu Arzt unter Einbeziehung der Ärzte sowohl in der Niederlassung als auch im Bereich der stationären bzw. klinischen Versorgung.
- Vgl. Jahresbericht 2009 der Ärztekammer Nordrhein, Seite 50, „*Forderungskatalog der Ärzte zum Projekt elektronische Gesundheitskarte*“, Punkt 4 „*Möglichkeiten sicherer Punkt-zu-Punkt Kommunikation*“

### 3. Zuerst ergebnisoffene Testung sicherer Point-to-Point Kommunikation

Beim Procedere sollte, so wie es auch von der KBV und auch von Herrn Redders gefordert wurde, „**ergebnisoffen**“ vorgegangen werden.

Entsprechend den Beschlüssen der ärztlichen Gremien und Körperschaften ist insoweit **gleichwertig zu testen, ob eine solche Point-to-Point Kommunikation über einen mobilen Datenträger (USB-Stick, Chipkarte etc.) oder anders dezentral erfolgen sollte** – oder ob ein oder mehrere stationäre Datenträger besser und/oder sicherer eine solche Kommunikation darstellen.

Das heißt es sollte bereits vor der so genannten eventuellen Online-Anbindung überprüft werden, welche Möglichkeiten der sog. Point-to-Point Kommunikation in Frage kommen.

## 4. Nach Realisation funktionierender Telematikstruktur Weiteres entscheiden

Sofern und sobald der Test bezüglich der vorgenannten Point-to-Point Kommunikation abgeschlossen ist und von den unter 1. Genannten bzw. den zugehörigen Gremien aus dem Abschluss des Testes eine positive Empfehlung für die Fortführung der getesteten Strukturen abgeleitet wird, kann eventuell erörtert und entschieden werden, ob und wie die von den Kassen geforderte Implementierung administrativer Aufgaben in der Telematikinfrastruktur von der Ärzteschaft mit zu tragen ist.

# Weitere Fakten

- ▶ Gemäß § 291 a SGB V gehört das **elektronische Rezept** (noch immer) zu den Pflichtanwendungen.

# Weitere Fakten

## Versichertenstammdatenabgleich (VSA)

- ▶ Verpflichtung steckt teils bereits in 291a Abs. 2 Satz 2 „... muss geeignet sein, Angaben ...Berechtigungs- nachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen ... “
- ▶ Nicht aber ein Online-VSA!  
(obwohl 291a Abs. 3 Satz 6 enthält: „Nutzung der Daten nach Nr. 1 muss auch auf der Karte ohne Netzzugang möglich sein.“)
- ▶ Seit 01.07.2008 vereinbart zwischen GKV und KBV Bundesmantelvertrag der Ärzte (BMV-Ä), Anlage 4a, Anhang 1

# Weitere Fakten

Bundesmantelverträge

Bundesmantelvertrag (BMV-Ä/EKV) Anlage 4a – Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Vertragsgegenstand sind **Regelungen zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte**. Sie dienen ferner der Beschreibung des Inhaltes der elektronischen Gesundheitskarte, die die Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V erweitert und regeln die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Arztpraxis (§ 1a Nr. 18 BMV-Ä). Die Einzelheiten werden in Anlagen geregelt, die als Bestandteil dieses Vertrages vereinbart werden.

In-Kraft-Treten: **01.07.2008**

# Weitere Fakten

Elektronische Gesundheitskarte (Anlage 4a BMV-Ä und EKV)

Anhang 1 – Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte

1. Prüfung des Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber der Krankenkasse und Aktualisierung der Versichertenstammdaten

1.1. Der Versicherte ist verpflichtet, **bei jedem Arztbesuch** die elektronische Gesundheitskarte vorzulegen.

1.2. **Der Arzt ist verpflichtet, die Identität des Versicherten zu prüfen.**

Identitätsprüfung

Die Identität des Versicherten ist **anhand der auf der elektronischen Gesundheitskarte aufgetragenen Identitätsdaten** (Lichtbild, Unterschrift, Name, Vorname, Geburtsdatum) zu prüfen.

Im Zweifelsfall kann der Personalausweis oder ein anderes Ausweisdokument bzw. der gesetzliche Vertreter (z.B. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) zur Prüfung der Identität des Versicherten herangezogen werden.

# Weitere Fakten

1.3. Von dem Zeitpunkt an, ab dem die technischen Komponenten zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur zur Verfügung stehen, erfolgt die Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse des Versicherten durch Nutzung der Onlinefunktion der Telematikinfrastuktur. Die Vertragspartner werden Vereinbarungen treffen, die das Nähere regeln.

## Gültigkeitsprüfung

Die Vertragspartner werden Regelungen treffen, die sicherstellen, dass die Abrechnung von Leistungen ohne vorherige Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgeschlossen ist.

## 1.4. Übernahme der administrativen Daten

Die Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der eGK und die Übernahme der (geänderten) Daten in die Praxisverwaltungssysteme erfolgt in der erforderlichen Reihenfolge automatisch.

# Weitere Fakten

## 2. Nichtvorlage / ungültige Karte

2.1. Kann bei einer Arzt-/Patientenbegegnung im Behandlungsfall die Identität des Versicherten nicht bestätigt werden, oder kann bei einer Arzt-/Patientenbegegnung eine gültige elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt werden, kann der Arzt nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, **die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige elektronische Gesundheitskarte bis zum Ende des Quartals vorgelegt wird oder wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse nachgewiesen wird.** Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel kann der Vertragsarzt in derartigen Fällen ohne Angabe der Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk "ohne Versicherungsnachweis" privat verordnen.

**Der Arzt ist verpflichtet, im Falle eines Verdachts auf Missbrauch die zuständige Krankenkasse zu informieren** und ist berechtigt, die elektronische Gesundheitskarte einzuziehen.

# Weitere Fakten

Gemäß des von unserer KBV mit der GKV abgeschlossenen Bundesmantelvertrages ist also damit zu rechnen, dass wir als Vertragsärzte **auch gegen unseren Willen verpflichtet werden**, administrative Aufgaben zu übernehmen.

Wir müssen also zumindest versuchen, die Art der Verpflichtung zu modifizieren (**Kostenaufteilung, Haftungsrecht, QM** etc.) damit wir künftig nicht mit einer reinen Malusregelung der folgenden Art konfrontiert werden:

# Weitere Fakten

*„Die gesetzlichen Krankenkassen sind berechtigt die von den Leistungserbringern oder deren Beauftragten veranlassten Kosten und erhaltenen Honorare zurückzufordern, sofern diese nicht nachweisen können, dass sie jeweils direkt vor der Veranlassung oder Erbringung solcher Leistungen durch eine aktuelle Überprüfung inklusive einer Online-Prüfung die Gültigkeit des Versichertenverhältnisses verifiziert haben.“*

# Weitere Fakten

Worum geht es?

Durch Verwaltungsfehler und Betrug werden unrechtmäßig Karten genutzt; das jährliche **Kostenvolumen dieser unrechtmäßigen Fehlnutzung beträgt ca. 350.000.000 € bis 500.000.000 €.**

Der Schaden entsteht den Kassen, somit müssten diese auch die Kosten der Schadensvermeidung tragen.

3 ‰ der Leistungsausgaben (150 MRD €) bzw.

2% der Ausgaben für die Ärzte (24,3 MRD €)

(KV Bayern 2002: der Schaden beträgt 1.000.000.000 € p.a.)

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben

Die Einbindung des Versichertenstammdatenabgleichs oder vergleichbarer administrativer Prozesse in die Testung der Telematikstrukturen setzt (neben den vorgenannten Konditionen) voraus,

1. dass auch **bezüglich des Procedere einer dezentralen bzw. zentralen Datenerfassung und Datenspeicherung ergebnisoffen getestet** wird und
2. dass die **Freiwilligkeit und Widerrufbarkeit der Teilnahme für Ärzte und Patienten** erhalten bleibt und
3. dass für den Fall einer zentralen Datenspeicherung zunächst eine aktiv gegebene **Einverständniserklärung der Patienten** zu einer solchen zentralen Datenspeicherung vorzuliegen hat, der eine **individuelle Aufklärung durch die zuständigen Körperschaften** vorauszugehen hat, in der die Risiken einer solchen Datenerfassung explizit und nach bestem Kenntnisstand dargelegt und verständlich aufgezeigt werden.

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben

4. In einer **Kosten-Nutzen-Analyse** ist der Ärzteschaft (und letztlich auch den Patienten) zu verdeutlichen, **warum ein solcher Stammdatenabgleich in den Arztpraxen wirtschaftlicher erfolgen kann oder soll als bei den Krankenkassen**. Hierzu ist die Kalkulation vollumfänglich und verständlich nachvollziehbar offen zu legen und hierbei zu implementieren, mit welchen Kosten für einen solchen Datenabgleich bei der Ärzteschaft zu rechnen ist.
5. Die technischen Installationen müssen hard- und softwareseitig initial sowie auch bezüglich des Unterhaltes **qualitätsgesicherten Standards auf dem von den ärztlichen Gremien geforderten Niveau** folgen. Die Kosten hierfür sind der Ärzteschaft bzw. den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen vollumfänglich und zügig zu erstatten.

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben

6. Ein Rückbau zum **Status quo ante** muss jederzeit gewährleistet sein, ebenso die vollumfängliche Erstattung der hierzu erforderlichen Kosten. Vgl. Jahresbericht 2009 der Ärztekammer Nordrhein, Seite 50, „*Forderungskatalog der Ärzte zum Projekt elektronische Gesundheitskarte*“, Punkt 8.
7. Die **Honorierung allen Testaufwandes** inklusive der auch erst später resultierenden **Folgekosten** des Betriebes wird der Ärzteschaft bzw. den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen vollumfänglich erstattet.
8. Die von Herrn Redders avisierte **Erfassung der Praxisgebühr** über die elektronische Gesundheitskarte bzw. das im Rahmen der ergebnisoffenen Prüfung alternativ zu testende dezentrale Speichermedium **wird zur Entlastung der Ärzteschaft implementiert.**

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben

- Es muss deutlich sein, dass die Vorhaltung von Technik und Qualifikation in den Arztpraxen bestimmte **initiale und auch bleibende Kosten** verursacht. Diese Kosten werden primär nicht wesentlich anders als in jeder Verwaltungsstruktur sein.
- a) Die **Sicherheit** der bereits vorhandenen elektronisch gespeicherten Patientendaten und ihr unbeschädigter Erhalt muss gewährleistet sein und bleiben. Die meisten Praxen haben den Teil der EDV-Anlage, auf dem der Datenbestand liegt, in der Regel nicht verknüpft mit einer potentiellen Internet- oder Intranetanbindung. Dies stellt bisher die sicherste Lösung dar. Wenn man hiervon abweicht, muss man diesen EDV-Systemen langfristige Sicherheit vor Interferenz mit Telekommunikationsprogrammen, Browsern u.ä. sowie natürlich auch Viren, Trojanern etc. gewährleisten.
- b) Nicht nur für die Testphase muss ein besonderes Backup-System für die Daten und Programme in den Praxen zur Verfügung stehen. Dies gilt für die Hard- und Software. Ferner müssen **jederzeit entsprechende Wartungseinsätze durch die EDV-Techniker ebenso gewährleistet sein, wie die Übernahme der entsprechenden Kosten**. Dies gilt auch für den Fall und den Umfang der Online-Anbindung und des Betriebes.  
Bei den Transaktionskosten ist zu berücksichtigen, dass diese ja auch Personal, Arbeitsplatz und Raum binden und – bei einem administrativen Abgleich je Quartal – zu kalkulieren sind in der Größe der Regelversorgung der jeweiligen Arztgruppen.

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben

- c) Die **EDV-Techniker müssen zertifiziert** sein; es muss eine **Unbedenklichkeitsbescheinigung der jeweiligen Softwareanbieter** für solche Testungen vorliegen, notfalls kann das durch Bescheinigung der KBV substituiert werden; es müssen **Garantieerklärungen** vorliegen und/oder entsprechende **Versicherungsnachweise** (denn Garantieerklärungen reparieren keine Datenbestände).
- d) Es muss jederzeit gewährleistet sein, dass man wieder auf den Standardbetrieb (**status quo ante**) zurückschwenken kann. Sollten Daten beschädigt sein, muss eine **vollumfängliche Reparatur gewährleistet** sein. Jeglicher Schaden – auch durch Betriebsunterbrechung bzw. Praxisablaufverzögerungen oder Behinderungen – ist zu vermeiden bzw. zu entschädigen.
- e) Hardware- und Softwareinstallateure, die auf die EDV-Systeme der beteiligten Praxen zugreifen bzw. Modifikationen im Rahmen der Vorbereitungen der Telematik-Testungen durchführen sollen, haben zuvor ihre **Erfahrungen mit vernetzten Installationen** nachweisen. Seitens des Ministeriums wird der Ärzteschaft eine **Referenzliste** übergeben, mittels derer überprüft werden kann, über welche Qualifikationen die EDV-Techniker verfügen und ob ausreichender Versicherungsschutz besteht.

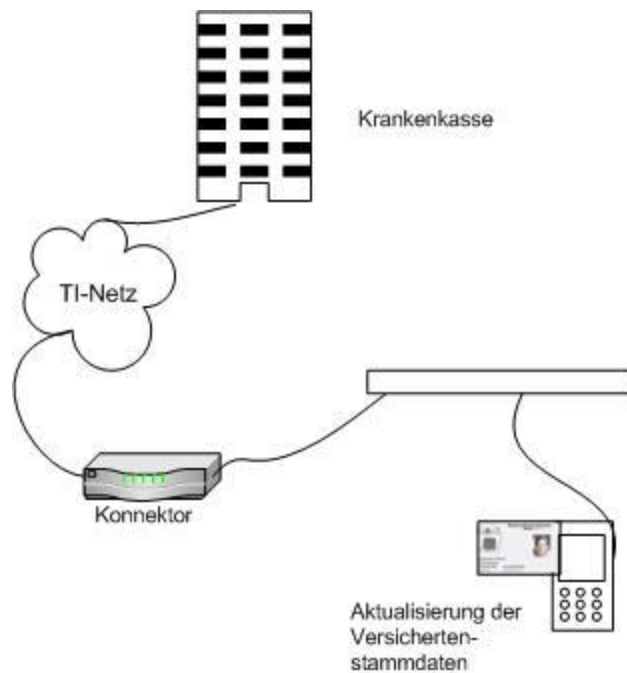
Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben

- f) Das Ministerium garantiert gegenüber der Ärzteschaft, dass für den Fall der Schädigung der EDV oder des Datenbestandes sowie auch des Betriebsablaufes die **Beweislast nicht beim Arzt bzw. der Praxis** liegt. Für alle solche Schäden und ihre Folgen wird eine zügige (d.h. innerhalb einer Woche), unbürokratische und vollumfängliche Behebung durch das Ministerium zugesagt.
- g) Die zu installierende Soft- und Hardware hat in jedem **Falle mit dem elektronischen Arztausweis der Kammer kompatibel** zu sein.
- h) Sofern die Ärzteschaft nicht anders votiert, erfolgt **maximal ein „Stammdatenabgleich“ je Quartal.**

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben



Empfang

BMG will Telematik  
Kassen wollen VSA

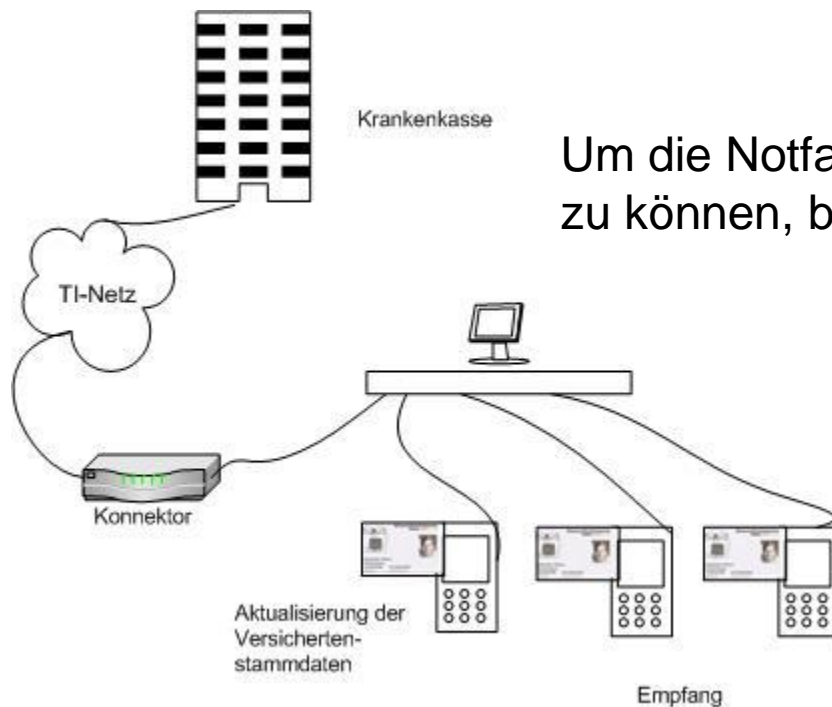
Patient will informelle Selbstbestimmtheit  
und hochgradig effiziente Versorgung

Patient und Ärzteschaft wollen  
geschütztes Vertrauensverhältnis

Ärzteschaft will sicheres PVS

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben



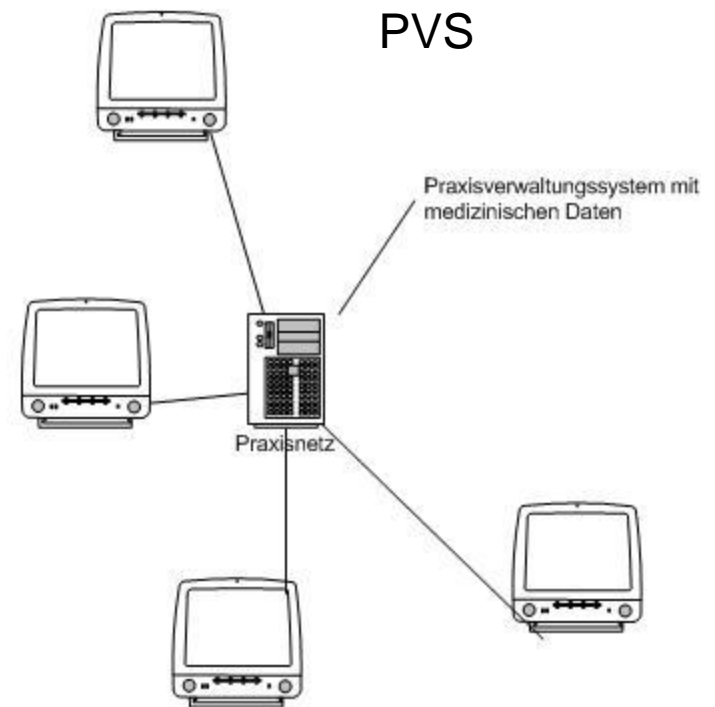
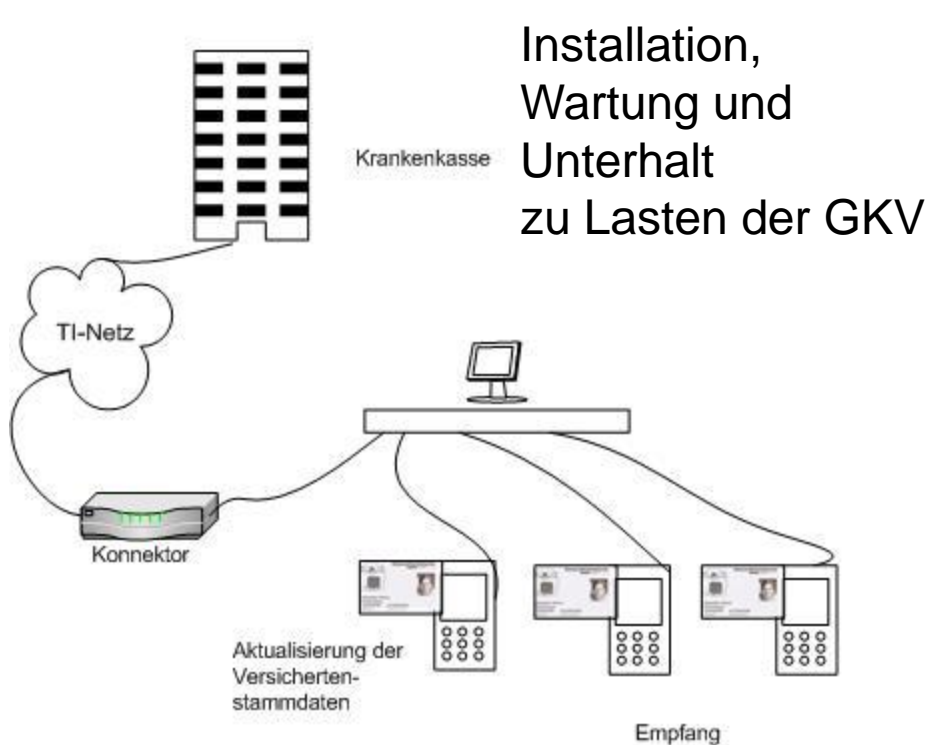
Um die Notfalldaten der eCard lesen zu können, benötigt man ein Display

Überprüfung der Gültigkeit dauert  
VSA dauert sehr lange

Um eine mit der der KVK-Einlesegeschwindigkeit vergleichbare Organisation aufrecht erhalten zu können, sind mehrere eCard-Lesegeräte erforderlich.

Nur nach Änderung der derzeitigen Beschlusslage der ärztlichen Gremien möglich:

## 5. Voraussetzungen für die Einbindung administrativer Aufgaben



Installation, Wartung und Unterhalt zu Lasten des Betreibers

# Positives

Gibt es auch Positives?

- ▶ Die Entscheidung was ein Notfalldatensatz oder ein Basisdatensatz enthält, liegt bei der Ärzteschaft. Ebenso die Entscheidung, welche (außer den administrativen) Daten überhaupt erfasst werden. Der Gesetzgeber hat an keiner Stelle ausgeführt, dass alle oder möglichst alle Daten erfasst werden müssen.

(Z.B. könnte auf dem Notfalldatensatz statt den Blutgruppen, auf die sich keiner verlassen kann, relevante Allergien oder andere Warnhinweise enthalten sein, die nicht die Privatsphäre des Patienten verletzen und gleichwohl für fast alle Behandler relevant sein können.)

# Positives

- ▶ Die von uns geforderte „*Ergebnisoffenheit der Untersuchung der Möglichkeiten der Datenspeicherung*“ (Punkt 6 des heutigen Leitantrages) hat der Gesetzgeber in seinen Rechtsverordnungen schon implementiert.
- ▶ Auch Punkt 5 unseres Leitantrages „*eindeutige Zuordnung der eCard zu den Patienten*“ ist schon im Bundesmantelvertrag Ärzte geregelt.
- ▶ Punkt 7 unseres Leitantrages („*Kontrolle und Transparenz für den Patienten*“) ist ebenso bereits rechtlich zugesichert.
- ▶ Eine Punkt-zu-Punkt-Kommunikation kann auch ohne eCard erfolgen.

# (weitere) Agenda

- ▶ Bisher ist der **Aufwand für die Beratung zur Nutzung der Telematikinfrastuktur** an keiner Stelle in die Kosten der Vergütung einkalkuliert. Gleiches gilt für die im Vorfeld erforderliche **Schulung**, die zugehörige **Versicherung** und den erforderlichen Aufwand für die Einbindung in das **Qualitätsmanagement**.

Beispiele:

Welche Diagnosen werden zu welcher Art Speicherung empfohlen?

Wie verfährt man bei Bereitschaft zur Organspende?

# (weitere) Agenda

Erhaltung der Logik der Beschlusslage (in der schon alles Wesentliche enthalten war):

Wir lehnen die Einführung der "Elektronischen Gesundheitskarte" ab, **so lange** die **Unverletzlichkeit der Patientendaten** nicht gesichert ist und **so lange** keine nachvollziehbare **Kosten-Nutzen-Analyse** vorliegt. **Wer den wirtschaftlichen Nutzen an der „eCard“ hat, soll auch deren Kosten tragen.**

(Punkt 9 der Essener-Resolution vom 01.02.2006)

Inzwischen scheint eine ergebnisoffene Testung der Telematikinfrastruktur unter den auch von uns formulierten Bedingungen denkbar. Sie, wir, entscheiden nun, ob und wann wir beginnen sollten.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ich freue mich auf eine konstruktive  
Diskussion

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

Nach Auffassung der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein besteht in der Ärzteschaft Interesse an einer stärkeren Vernetzung. Die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation untereinander sowie mit Kliniken und anderen Leistungsträgern im Gesundheitswesen können dabei dienlich sein und Effizienz ebenso fördern wie Qualität. Dafür benötigt das deutsche Gesundheitswesen eine anwendungsorientierte, zukunftsfähige und nutzbringende Telematikinfrastuktur. Medizinische Anwendungen, die dem Patienten dienen, müssen dabei ebenso im Vordergrund stehen wie verbesserte Organisationsabläufe in Praxis und Klinik.

Voraussetzungen für eine breite Akzeptanz bei der Einführung einer Telematikinfrastuktur in der Ärzteschaft sind folgende 12 Punkte:

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(1)

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf dem Prüfstand

Die Ärztekammer Nordrhein begrüßt die von der Regierungskoalition eingeleitete Bestandsaufnahme des Projekts elektronische Gesundheitskarte und fordert alle Beteiligten auf, daran intensiv mitzuarbeiten.

Für die Ärzteschaft ergibt sich eine neue Chance, sich nach den bisher ernüchternden Erfahrungen in den Testregionen konstruktiv und ohne sachfremden Zeitdruck im Interesse von Patient und Arzt in den Aufbau einer elektronischen Kommunikationsinfrastruktur einzubringen.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(2)

Herstellung von Transparenz über die bisherigen Ausgaben und Nutzenbewertung aus ärztlicher Sicht

Die Ärzteschaft erwartet vor der weiteren Planung einen Überblick über bisherige Ausgaben für das Gesamtprojekt elektronische Gesundheitskarte und eine klare Bewertung des zu erwartenden Nutzens für Patient und Arzt. Die Kammerversammlung sieht dies als Voraussetzung einer grundlegenden Beurteilung, ob es gerechtfertigt ist, weitere finanzielle Ressourcen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte abzuzweigen, statt die Gelder der medizinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(3)Freiwilligkeit der Nutzung der elektronischen  
Gesundheitskarte durch Patienten und Ärzte

Der Patient kann nach § 291 a SGB V weitgehend frei entscheiden, ob und in welchem Umfang er diejenigen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte nutzt, die über die Funktionen der derzeitigen Krankenversicherungskarte hinausgehen. Die Ärztekammer Nordrhein fordert eine solche Entscheidungsfreiheit auch für Ärztinnen und Ärzte. Die Forderung nach Freiwilligkeit schließt insbesondere eine obligatorische Online-Anbindung von Praxisverwaltungssystemen und Krankenhausinformationssystemen mit medizinischen Patientendaten aus.

Diese Freiwilligkeit muss als gesetzliche Regelung aufgenommen werden.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(4) Keine Verlagerung administrativer Aufgaben der  
Krankenkassen auf den Arzt

Die Kammerversammlung spricht sich konsequent für die  
Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit aus. **Die  
Verpflichtung von Ärzten zur Übernahme originärer Aufgaben  
der Krankenkassen** (Aufklärung über Änderungen des  
Versichertenverhältnisses, Änderungen auf der Karte oder andere  
Verwaltungstätigkeiten mit Versichertenstammdaten) **wird daher selbst  
gegen Kostenerstattung abgelehnt.**

Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind dem  
Versicherten durch den Versicherer bekannt zu machen.  
Derartige Aufklärungsgespräche sind keine ärztliche Aufgabe.

Die bisher existierende Leistungspflicht bei Vorliegen einer  
gültigen Versicherungskarte muss gewährleistet bleiben.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(5)

Eindeutige Zuordnung der elektronischen Gesundheitskarten zu den Patienten

Die elektronische Gesundheitskarte muss so beschaffen sein, dass sie **dem Versicherten zweifelsfrei zugeordnet** werden kann. Es muss gewährleistet sein, dass anhand geeigneter praktikabler Merkmale die Identität des Versicherten geprüft werden kann, um Patientengefährdung (durch Verwechslungen von Diagnosen, Befunden etc.) ebenso wie den Missbrauch von Karten durch andere Personen zu minimieren.

Es ist Aufgabe der Krankenkassen, das Lichtbild des Versicherten zu prüfen und die Übereinstimmung mit der Identität des Versicherten zu garantieren.

(6)

## Rahmenbedingungen der Datenspeicherung

Tests der elektronischen Gesundheitskarte sind zu ergänzen durch eine **technik- und ergebnisoffene Untersuchung der sicheren Dokumentation von Patientendaten auf patienteneigenen Speichermedien**. Der Patient muss nach Auffassung der Kammerversammlung selbst entscheiden können, welche Alternative zur Speicherung von Daten eingesetzt wird.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(7) Kontrolle und Transparenz für den Patienten

Patienten müssen nach Auffassung der Ärztekammer Nordrhein das Recht haben, jederzeit zu erfahren, wo ihre Daten gespeichert sind. Der Patient muss die Zugriffsrechte auf seine medizinischen Daten selbst definieren können.

Der Patient muss frei entscheiden können, ob er seine medizinischen Daten Ärzten seiner Wahl bzw. deren ärztlichen Vertretung im Dienst zugänglich macht oder entzieht. Diesen Anspruch muss er auch innerhalb von Krankenhäusern wahrnehmen können.

Diese Zugriffsbeschränkungen müssen protokolliert sein. Die Protokolle müssen für den Patienten solange zugänglich sein, wie eine Aufbewahrungspflicht für die Daten besteht bzw. solange die Daten gespeichert sind.

Der ärztlichen Dokumentations- und Verschwiegenheitspflicht ist beruflich korrekt Rechnung zu tragen.

(8)

Punkt-zu-Punkt-Kommunikation auf der Basis  
standardisierter Dateiformate

Arztpraxen und Kliniken ist auf der Basis standardisierter und akzeptierter Dateiformate die Punkt-zu-Punkt-Kommunikation zu ermöglichen, zum Beispiel die Übermittlung von elektronischen Arztbriefen, Befunden oder medizinischen Daten telemedizinischer Anwendungen. Ziel ist die Entwicklung eines einheitlichen, rechtssicheren, praktikablen elektronischen Kommunikationsstandards im Gesundheitswesen.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(9)

## Klinischer Basisdatensatz statt Notfalldaten

Anstelle des bisher geplanten Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte ist eine Anwendung zu konzipieren, die den behandelnden Ärzten als klinischer Basisdatensatz dienen kann. Diese Basisinformation über den Patienten muss auch in der täglichen Patientenversorgung einsetzbar sein. Um die Datensicherheit zu gewährleisten, dürfen die Daten nur mit Hilfe des elektronischen Arztausweises zu lesen und ggf. zu ergänzen sein. Dies muss auch ohne aktuelle Online-Anbindung möglich sein.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(10)

Keine Speicherung von genetischen Informationen und  
besonderen Diagnosen

**In elektronischen Patientenakten der Telematikinfrasstruktur nach § 291 s SGB V dürfen keine personenbezogenen genetischen Daten sowie prädiktiven Diagnosen und Daten, die transindividuelle Prognosen ermöglichen, eingestellt werden** (eine Liste muss von der Ärzteschaft erarbeitet werden).

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(11)

Zustimmung der Versicherten darf nicht gekauft werden

Im Gegensatz zur elektronischen Patientenakte nach § 291 a SGB V ist der fachfremde Zugriff – beispielsweise von Arbeitgebern oder Versicherungen – auf die elektronischen Gesundheitsakten nach § 68 SGB V nicht gesetzlich untersagt.

Diese sozialgesetzliche Regelung eröffnet den Krankenkassen darüber hinaus sogar die Möglichkeit, ihren Versicherten einen materiellen Anreiz zur elektronischen Speicherung ihrer medizinischen Daten zu gewähren. Die Ärztekammer Nordrhein fordert, diese Rabattierung abzuschaffen und die Sicherheits- und Datenschutzanforderungen an elektronische Gesundheitsakten den Vorgaben des § 291a SGB V anzugleichen.

Leitantrag des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
laut Beschluss des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein  
(bei einer Gegenstimme) vom 03.03.2010

(12)

Keine Pseudotests – Einbeziehung des ärztlichen Beirats

Ärztlicher Sachverstand ist sowohl in der Planungs- als auch in der Aufbauphase einer Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen unverzichtbar. Das hat die nordrhein-westfälische Landesregierung erkannt und einen ärztlichen Beirat vorgesehen. Dieser soll die anstehenden Tests in der Region Bochum/Essen eng begleiten und **Empfehlungen aussprechen**.

Der ärztliche Beirat leistet somit einen wesentlichen Beitrag dazu, die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte intensiv auf ihre Praxistauglichkeit hin zu prüfen. Störungen der Abläufe in Arztpraxen und Kliniken sind zu vermeiden. Die Beachtung der bisherigen Ergebnisse aus den Testregionen – insbesondere der wissenschaftlich begleiteten Evaluationen aus der Testregionen in Heilbronn – soll Fehlfunktionen bereits vor der Durchführung weiterer Tests verhindern.