

Refinanzierung, Vereinbarung, gesetzlicher Rahmen zur Telematik-Infrastruktur

26.11.2018, 11.00 - 15:00 Uhr
Gesundheitszentrum 4.0
Baar-Ebenhausen



gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Thomas Kleemann
Leiter der Abteilung Informationstechnologie
thomas.kleemann@klinikum-ingolstadt.de



Digitalisierung im Gesundheitswesen

Gemeinsam auf digITaler Reise



DIGITALISIERUNG IM KRANKENHAUS - Mehr Technik – bessere Arbeit?

Diese Studie erschien als Band 364 der Reihe Study der Hans-Böckler- Stiftung im Dezember 2017.

DIE PERSPEKTIVE DES MANAGEMENTS

3.1 Digitalisierungsstrategie

In beiden untersuchten Einrichtungen lag jeweils seit mehreren Jahren (in einem Fall wurde dies nicht genau spezifiziert, im anderen Fall seit sechs Jahren) eine Digitalisierungsstrategie vor, die auch umgesetzt wird. Zentral für die Formulierung einer Strategie war das jeweilige Verständnis von Digitalisierung. Da es hierbei keine einheitliche Sichtweise gibt und sich diese nicht nur nach Branchen unterscheidet, sondern auch zwischen den jeweiligen Krankenhäusern, zielte die Einstiegsfrage darauf ab, die jeweilige Definition zu erfassen. Es zeigte sich, dass unter Digitalisierung bei den interviewten Personen ein sehr komplexes Verständnis vorherrscht, das viele Bereiche der direkten Gesundheitsversorgung umfasst, aber auch krankenhauserne Prozesse einschließt. Im Mittelpunkt steht dabei eine Orientierung am Krankenhausinformationssystem (KIS), dessen zentrale Rolle weiter ausgebaut werden soll. Die Strategie wurde dabei in beiden Fällen durch das Management formuliert und angestoßen. Während bei dem einzelnen Krankenhaus die Strategie als Angelegenheit der zentralen Geschäftsführung angesehen wurde, wurde im Fall des Krankenhauskonzerns die Marketingabteilung als treibende Instanz angesehen, da hier die Trends identifiziert und kommuniziert werden. Im Hinblick auf die Ziele der Häuser lässt sich festhalten, dass einerseits die Qualität der Versorgung durch eine koordinierte Abstimmung nach innen sowie außen verbessert werden und andererseits Kosten für Betriebsabläufe minimiert werden sollen. Hierzu zählt auch die Überwindung von Personalengpässen:

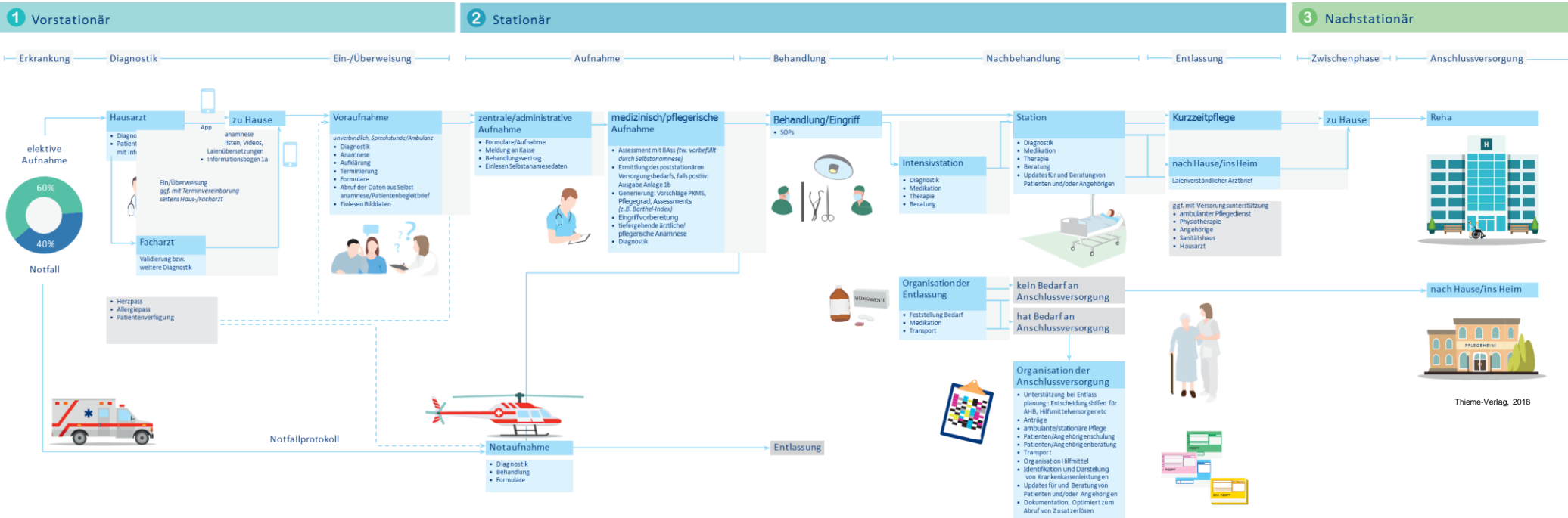
„Wir werden immer weniger Pflegepersonal in Zukunft zur Verfügung haben, so dass wir uns Gedanken machen müssen, ich sage mal die Prozesse so gestalten, dass wir mit weniger Personal trotzdem eine gute Pflege noch sicher stellen können und da hilft natürlich eine entsprechende Digitalisierungsstrategie.“ (I1)

Diese Ziele beschränken sich nicht nur auf interne Prozesse und Produktivität: **Die Vernetzung mit externen Anbietern wird explizit angestrebt. Hierzu gehören andere Krankenhäuser, aber auch Arztpraxen und weitere Einrichtungen wie Seniorenheime. Das Management hofft, durch digitale Prozesse ein besseres Stellenmanagement zu erreichen und auf diese Weise z. B. Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Die Digitalisierungsstrategie bezieht sich also nicht nur auf die Patientepfade innerhalb der Häuser, sondern schließt auch die Vor- und Nachsorge mit ein.** Allerdings hängt dieser Aspekt u. a. davon ab, welche Spezialisierungen das jeweilige Krankenhaus verfolgt. Im Fall des Betreibers mehrerer Häuser geht es außerdem um die Vernetzung der Standorte. Durch eine Zentralisierung von Aufgaben können Betriebsprozesse effizienter und ressourcenschonender ablaufen. Den aktuellen Grad der Digitalisierung beurteilen die Experten unterschiedlich. Während im Fall des einzelnen Hauses nur einige Bereiche „digitalisiert“ wurden, ist dies im anderen Fall (Konzern) bereits fortgeschrittener. Auf die Frage, wo digitale Prozesse bereits zum Standard gehörten, wurden vor allem die Radiologie und der Austausch von Röntgenbildern, aber auch die Onkologie genannt. Auch das Labor sei „Industrie 4.0 pur“ (I3). So wurde geschildert, dass in den Abläufen innerhalb des Labors bereits ein so hoher Automatisierungs- und Digitalisierungsgrad vorliege, dass menschliche Tätigkeiten nur noch punktuell notwendig seien. Die Analyse von Blutproben erfolge z. B. weitestgehend automatisch, d. h. die Proben werden analysiert und die Ergebnisse archiviert und an die entsprechenden Abteilungen versendet. Bezogen auf die Gesamtsituation in der Gesundheitswirtschaft und den stationären Sektor waren die Interviewpartnerinnen der Meinung, dass bestehende Ansichten, die die Branche als Nachzügler ansehen, keine Bedeutung haben. Im Gegenteil, nach Meinung der Gesprächspartner seien insbesondere Krankenhäuser Treiber der Digitalisierung.

https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf

https://www.boeckler.de/106575_111994.htm#

Die TI als Grundlage der Digitalisierung entlang der Reise des Patienten



Telematikinfrastuktur (TI)



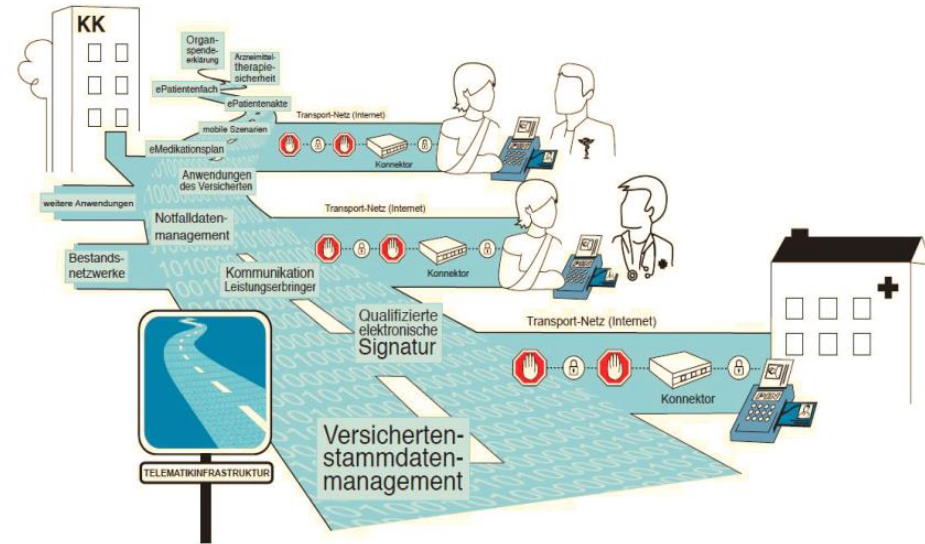
Telematikinfrastruktur – das sichere Netz für alle

Der Begriff "Telematik" ist eine Kombination der Wörter "Telekommunikation" und "Informatik". Als Telematik wird die **Vernetzung verschiedener IT-Systeme** und die Möglichkeit bezeichnet, Informationen aus unterschiedlichen Quellen miteinander zu verknüpfen.

Die Telematikinfrastruktur vernetzt **alle Akteure des Gesundheitswesens** im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und gewährleistet den sektoren- und systemübergreifenden sowie **sicheren Austausch von Informationen**. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) mit einem elektronischen Heilberufs- und Praxisausweis Zugang erhalten.

Um allen Datenschutzanforderungen gerecht zu werden und insbesondere die medizinischen Daten von Patienten zu schützen, wird in der Telematikinfrastruktur auf starke **Informationssicherheitsmechanismen** gesetzt. Die sichere, verschlüsselte Kommunikation zwischen bekannten Kommunikationspartnern sowie der Schutz vor dem Zugriff auf sensible Informationen sind daher das Fundament der Telematikinfrastruktur.

Damit die sichere Kommunikation und der Schutz von **sensiblen Informationen** in der Telematikinfrastruktur langfristig gewährleistet sind, werden die verwendeten kryptographischen Verfahren durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) regelmäßig überprüft und an die neuesten Entwicklungen angepasst.



<https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/>
26.11.2018

Gesetzliche Grundlage

Vereinbarung

zwischen

dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
und der
Deutschen Krankenhausgesellschaft

zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung
und des Betriebs der Telematikinfrastruktur gem. § 291a Abs. 7a SGB V

Unterzeichnet am 23.08.2018 mit Inkrafttreten am 01.10.2018

§ 291a SGB V

(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2, die bei Leistungserbringern nach § 115b Absatz 2 Satz 1, § 116b Absatz 2 Satz 1 und § 120 Absatz 2 Satz 1 sowie bei Notfallambulanzen in Krankenhäusern, die Leistungen für die Versorgung im Notfall erbringen, entstehen, finden die Sätze 1 und 2 erster Halbsatz sowie die Sätze 3 und 4 entsprechend Anwendung.

Präambel

Diese Vereinbarung regelt die Finanzierung

1. der **Ausstattung und des Zusatzaufwands** der an der Erprobung der Telematikinfrastruktur (Feldtests) teilnehmenden Krankenhäuser (§ 1) sowie
2. der **Investitions- und Betriebskosten** der am späteren **Produktivbetrieb der Telematikinfrastruktur** teilnehmenden Krankenhäuser (§§ 2-11)

im Rahmen der Erprobung, Einführung und des Betriebs der elektronischen Gesundheitskarte gem. § 291a Abs. 7a SGB V („Online-Rollout der Telematikinfrastruktur“). Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung sind ferner die erforderlichen Ausstattungskosten sowie die Kosten im laufenden Betrieb für die Fachanwendungen **Notfalldatenmanagement** (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V) und **elektronischer Medikationsplan** (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V) sowie die **sichere Kommunikation Leistungserbringer** (KOM-LE) als sicheres Übermittlungsverfahren gemäß § 291b Abs. 1e SGB V.

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich einig, dass der Inhalt dieser Vereinbarung anzupassen ist, sofern eine gesetzliche Verpflichtung zur **personenindividuellen Arztsignatur (QES) der Datensätze der medizinischen Anwendungen mittels Heilberufsausweis entfällt**.

Diese Vereinbarung knüpft an die zwischen der DKG und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) am 27.6.2008 und 30.10.2008 zum „BasisRollout“ der Telematikinfrastruktur (= offline-Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte) geschlossenen Vereinbarungen an und entwickelt diese für die nächste Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur weiter. Die Vereinbarung wird fortgeschrieben, sobald weitere Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte erprobt werden oder in einen bundesweiten Produktivbetrieb gehen.

**Diese Präambel ist ein klares Bekenntnis zur eGK und TI
Jede Abweichung von diesen Vorgaben stellt für ein Krankenhaus ein
erhebliches Investitionsrisiko dar!**

§ 2 Produktivbetrieb der Telematikinfrastruktur (Produktivbetriebskrankenhäuser)

Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung ist der bundesweite Produktivbetrieb der elektronischen Gesundheitskarte. Dieser umfasst folgende Anwendungen und Funktionalitäten:

1. Online-Versichertenstammdatenmanagement (online-VSDM),
2. Basisdienst QES,
3. Notfalldatenmanagement (NFDM),
4. elektronischer Medikationsplan/Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (eMP /AMTS),
5. Kommunikation Leistungserbringer (KOM-LE) auch als sicheres Übermittlungsverfahren für elektronische Arztbriefe

Beachten Sie die Verfahren 3-5

§ 4 Konnektor und Institutionskarten (SMC-B)

(3) Über die konkrete Ausgestaltung der Konnekturlösung (Einboxkonnektoren oder Rechenzentrumskonnektoren) sowie die Festlegung der über die Mandantenverwaltung im Konnektor abzubildenden Leistungs- und Organisationsbereiche (Mandanten) gem. § 3 Abs. 2 **entscheidet das Krankenhaus unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit.** Das Krankenhaus erhält für die jeweiligen Mandanten die erforderliche Anzahl von Institutionskarten (SMC-B) gem. Abs. 2.

Das Krankenhaus entscheidet, nicht der Gesetzgeber, die KV oder die Kassen!

§5 Stationäre eHealth-Kartenterminals für das Versichertenstammdatenmanagement

- (1) Zur Durchführung des sog. Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) im Rahmen des ORS1 Phase 1 hat das Krankenhaus für **je angefangene 25 Planbetten** einen Anspruch auf Ausstattung mit einem eHealth-Kartenterminal.
- (2) Zusätzlich erhalten die in § 3 Abs. 3 genannten ambulanten Leistungsbereiche für die Ermächtigungsambulanzen (Nr. 10) 1 eHealth-Kartenterminal und für die MVZ und Notfallambulanzen (Nr. 8 und 11) 3 eHealth Kartenterminals.
- (3) Zur Beschaffung und Inbetriebnahme der eHealth-Kartenterminals erhält das Krankenhaus für jedes stationäre eHealth-Kartenterminal eine Pauschale i. H. v. 435,00 EUR.



Die „alten“ BCS-Terminals aus dem Basis-Rollout der eGK werden ersetzt

§ 6 eHealth-Kartenterminals für die Nutzung medizinischer Anwendungen

(2) Die erforderliche Ausstattung mit eHealth-Kartenterminals wird neu verhandelt, wenn der Gesetzgeber auf eine personenindividuelle Arztsignatur der Datensätze der medizinischen Anwendungen mittels Heilberufsausweis verzichtet.

Protokollnotiz:

Die Partner dieser Vereinbarung halten eine personenindividuelle Arztsignatur der Datensätze der medizinischen Anwendungen mittels Heilberufsausweis für **unpraktikabel** und **kostentreibend** und befürchten **deutliche Behinderungen der Abläufe vor Ort**. Sie streben gegenüber dem Gesetzgeber die Streichung gesetzlicher Verpflichtungen zur Arztsignatur mittels Heilberufsausweises im Krankenhaus an und halten stattdessen eine **Institutionssignatur mittels SMC-B für geeignet und ausreichend**. Die erforderliche Rückverfolgbarkeit der ärztlichen Anordnung auf eine individuelle Person ergibt sich hinreichend aus der Protokollierung in den Primärsystemen der Leistungserbringer. Sofern aufgrund gesetzlicher Änderungen eine personenindividuelle Arztsignatur der Datensätze der medizinischen Anwendungen nicht erforderlich ist, werden die Absätze 1 und 2 angepasst.



§ 9 Kosten im laufenden Betrieb

- (1) Das Krankenhaus erhält die Kosten, die während des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur entstehen, insbesondere für
1. den Zugang zur Telematikinfrastruktur mittels VPN-Zugangsdienst,
 2. den Betrieb des Konnektors inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-K,
 3. den Betrieb der eHealth-Kartenterminals, inklusive Wartung, Support, Updates und Konfiguration sowie Erhalt der Funktionsfähigkeit der gSMC-KT,
 4. die Wartungsgebühren für die angepassten Softwaremodule,
 5. den Erhalt der Funktionsfähigkeit der SMC-B der Konnektorerlösung.
- (2) Die in Abs. 1 genannten Kosten für die medizinischen Anwendungen werden ab Nutzung der medizinischen Anwendungen als jährliche Pauschale wie folgt festgesetzt:
1. für jeden Konnektor 20% der Ausstattungspauschale nach § 4 Abs. 5 für Hardwarewartung
 2. eine Pauschale von 792,00 EUR für jeden in Nutzung befindlichen VPNZugangsdienst
 3. eine Betriebspauschale pro Block von 25 Kartenterminals in i. H. v. 100 EUR für den ersten Block und 1.800,00 EUR für alle weiteren Blöcke, diese ist auf maximal 54.100,00 EUR pro Krankenhaus begrenzt
 4. für jedes eingesetzte Zertifikat (SMC-B oder entsprechendes Zertifikat) eine Pauschale in Höhe von 93,00 EUR pro Jahr
- (3) Das Krankenhaus erhält nach Wahl für jeden im Krankenhaus tätigen ärztlichen Mitarbeiter gegen Nachweis anteilig die Kosten für dessen elektronischen Heilberufsausweis (HBA) in Höhe von pauschal 46,52 EUR pro Jahr. **Bei Wahl dieser Option gewährleistet das Krankenhaus im Innenverhältnis die Weiterleitung des Betrags an die jeweiligen ärztlichen Mitarbeiter.** Der Anspruch nach Satz 1 wird neu verhandelt, wenn der Gesetzgeber die Anforderung einer **personenindividuellen Arztsignatur mittels Heilberufsausweis ganz oder teilweise streicht** (Protokollnotiz zu § 6).
- (4) Die **Betriebskosten** können frühestens ab Verfügbarkeit von zugelassenen eHealth-Konnektoren angesetzt werden. Wird der Betrieb unterjährig aufgenommen, so gelten die Pauschalen proportional zur Anzahl der angefangenen Betriebsmonate.

§ 11 Ermittlung des Telematikzuschlags

(3) Die Finanzierung erfolgt anteilig, d. h. fallbezogen im **nächsten Vereinbarungszeitraum nach Einführung der jeweiligen Anwendungen durch das Krankenhaus** über den Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a SGB V. Der Zuschlag ergibt sich aus der Division des jährlichen krankenhausesindividuellen Finanzierungsvolumens nach Abs. 1 oder 2 durch die vereinbarte Fallzahl der voll- und teilstationären Krankenhausesfälle. Der Telematikzuschlag wird in den Rechnungen der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen,

Einführung in 2019 = Zahlung in 2020

Anlage 1 - Anforderungen an Rechenzentrums-Konnektoren (RZK)

1 Einleitung

Um im aktuellen Marktmodell für eHealth-Konnektoren und die Anwendungen NFDM und eMP/AMTS auch für die Rechenzentren von Krankenhäusern geeignete Konnektoren in das Zulassungsverfahren und die Feldtests zu bringen, wurde in Abstimmung mit der gematik ein Verfahren gewählt, dass die bestehenden Spezifikationen und Schutzprofile nicht verändert, aber einige Zusatz-Anforderungen stellt, die von den Konnektor-Herstellern für ein Modell erfüllt werden müssen, damit sich dieses „Rechenzentrums-Konnektor“ (RZK) nennen darf und für die Feldtests unter besonderen Finanzierungsbedingungen infrage kommt. Darüber hinaus können einzelne Krankenhäuser weitere Anforderungen stellen, die aber keinen Einfluss auf die Zulassung und die Wirksamkeit der Finanzierungsvereinbarung zwischen DKG und GKV-SV haben – diese müsse dementsprechend bilateral vereinbart werden.

RZK erfordern keine komplett neuen Entwicklungen, es wird vielmehr davon ausgegangen, dass diese mit der gleichen Software betrieben werden, die ein Hersteller bereits im EinBox-Konnektor gemäß Spezifikation der gematik einsetzt. Abweichungen in der Hardware, z.B. eine angepasste Gehäuseform, sollten auf einer im EinBox-Konnektor verwendeten Platine aufsetzen können, um damit den Entwicklungs- und Zulassungsaufwand zu minimieren.

Grundsätzlich werden **RZK genau wie EinBox-Konnektoren zugelassen** und müssen die Verfahren der gematik, des BSI und der Prüfstellen durchlaufen. Allerdings **werden die RZK als Varianten der EinBox-Konnektoren verstanden** und es erscheint denkbar, dass die Wiederverwendung bestehender Bestätigungen zu **beschleunigten Verfahren** führen kann.

Anlage 1 - Anforderungen an Rechenzentrums-Konnektoren (RZK)

RZK-H003

Die Speichergröße **SOLLTE** mindestens 4 GB betragen. **Eine Speichergröße von 8 GB ist wünschenswert.**
Grundsätzlich darf die Speichergröße zu keinen Performanceeinschränkungen unter Volllast führen.

Nur mit einem genügend großen Speicher können die Performance-Anforderungen der Krankenhäuser, z.B. bei paralleler Verarbeitung von Anfragen, realisiert werden.

RZK-P002

Der RZ-Konnektor **MUSS** bei der maximalen Anzahl von Kartenterminals (RZK-P001) das Wartungspairing innerhalb von 12 Minuten abschließen.

So lässt sich eine **Wiederverfügbarkeit** innerhalb der für Krankenhäuser der Größenklasse LEU-2 bis 4 vorgegebenen **15 Minuten** sicherstellen.

@Industrie: Bauen Sie bitte zukunftssichere Konnektoren!

@Krankenhaus: Nach 15 Minuten MUSS der RZK betriebsbereit sein!

Gibt es 24x7 Betreibermodelle für die Krankenhäuser?

Können/wollen/sollen wir das mit eigenem Personal leisten?

Anlage 2 - Berechnungsregel für Pauschalen

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu_abschlaege/20181001_Anlage_2_Finanzierungsvereinbarung_TI_GKV-SV_DKG_Berechnungsregel_fuer_Pa....pdf

In dieser Anlage finden Sie die Berechnungsregeln und Beispiele zur Finanzierung.

Wünsche

An die Krankenhäuser:

- Machen sie mit und führen die neuen Terminals und Konnektoren schnell ein
- Fordern sie die KIS-Hersteller auf, die neuen Funktionen zu nutzen
- Versenden sie Medikationspläne und Arztbriefe
- Verbessern sie ihre Prozesse

An die Industrie:

- Liefern sie zukunftssichere, performante Konnektoren mit den passenden Betreibermodellen (24x7, 15 min.)
- Testen Sie ihre Konnektoren gründlich im Labor und vermeiden jeden Pressewirbel über Fehler im Design und der Hardware

An die Ärzte:

- Handeln sie zum Wohle des Patienten und machen mit.
- Keine Verweigerung zum Anschluss an die TI

An die Patienten:

- Fordern sie ihren Hausarzt/Facharzt zur Teilnahme auf
- Nutzen sie nur TI- und Vesta-kompatible Apps

