



Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung

Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen

Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat
des GKV-Spitzenverbandes am 16. März 2016



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Abteilung Ambulante Versorgung

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titelseite: Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, www.schupfner.com

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

Vorbemerkung	4
1. Zusammenfassung	5
2. Einsatz von Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung	7
2.1. Aktueller Stand	7
2.1.1. Definition und Anwendungsbereiche von Telemedizin	7
2.1.2. Erfahrungen der Krankenkassen im Bereich Telemedizin	7
2.1.3. Umsetzung des gesetzlichen Prüfauftrages durch den Bewertungsausschuss	9
2.2. Kriterien für die Prüfung von telemedizinischen Anwendungen	9
2.2.1. Voraussetzungen für die Prüfung von telemedizinischen Anwendungen	9
2.2.2. Telemedizinische Anwendungen als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ..	10
2.2.3. Erforderliche Nachweise vor Einführung von telemedizinischen Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung	11
2.3. Potenzial der Telemedizin in der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum	12
2.4. Perspektiven für den Einsatz der Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung	13
2.4.1. Erprobung von innovativen Telemedizin-Anwendungen	13
2.4.2. Mögliche Anwendungsbereiche für Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung ..	14
3. Telematik	18
3.1. Überblick über die Telematikinfrastruktur	18
3.1.1. Rahmenbedingungen	18
3.1.2. Technische Kernelemente	18
3.1.3. Informationssicherheit und Datenschutz in der Telematikinfrastruktur	20
3.2. Aktueller Stand	20
3.3. Ausbau und Nutzung der Telematikinfrastruktur	21
3.4. Finanzierung der Telematikinfrastruktur	21
4. Auswirkungen des E-Health-Gesetzes	22
Glossar	23

Vorbemerkung

Das deutsche Gesundheitswesen unterliegt einem permanenten Wandel. Dies zeigt sich unter anderem an dem Trend, dass die Telemedizin zunehmend an Bedeutung gewinnt. Zahlreiche Krankenkassen beteiligen sich an Telemedizinprojekten oder unterstützen diese im Rahmen von Selektivverträgen.

Gleichzeitig stehen wir auf dem Weg von telemedizinischen Modellprojekten hin zur regelhaften telemedizinischen Versorgung und elektronischen Kommunikationsprozessen noch am Anfang. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und die Materie ist komplex. Es stellt sich nicht nur die Frage, wie eine telemedizinische Leistung zu definieren ist und welche Untergruppen zu unterscheiden sind. Auch die Kriterien zur Beurteilung telemedizinischer Anwendungen und Wege in die Regelversorgung unterscheiden sich voneinander. So gibt es zum Beispiel telemedizinische Anwendungen, die primär das Ziel haben, Kommunikations- und Versorgungsprozesse zu optimieren. Hier müssen Prozessoptimierung und verbesserte Wirtschaftlichkeit ausschlaggebende Kriterien für die Aufnahme in die Regelversorgung sein. Hingegen können Telemonitoring-Anwendungen, wie die tägliche Übertragung von Vitalparametern, neue therapeutische Vorgehensweisen beinhalten (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Diese müssen ihr Nutzen- und Schadenpotenzial in klinischen Studien nachweisen.

Darüber hinaus kann Telemedizin nicht ohne eine sichere und zuverlässige Datenübertragung funktionieren. Der Aufbau und die Nutzung der vom Gesetzgeber hierfür vorgesehenen Telematikinfrastruktur, als das zentrale Netz für telemedizinische Anwendungen, sind deshalb ebenso elementar und bei Entscheidungen mitzudenken.

Mit diesem Papier stellen wir Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen qualifizierten Einsatz der Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung zur Diskussion und geben einen Überblick über den aktuellen Stand zur Aufnahme telemedizinischer Leistungen in die Regelversorgung. Es besteht ein ureigenes Interesse der gesetzlichen Krankenkassen daran, Versorgungs- und Kommunikationsprozesse an sich ändernde technologische Entwicklungen und Bedürfnisse der Versicherten anzupassen. Durch elektronische Kommunikation können Effizienzreserven gehoben werden, die es in eine gute und innovative Versorgung und medizinische Behandlung zu investieren gilt. Dieses Positionspapier zeigt, wo wir heute stehen. Hierauf wollen die gesetzlichen Krankenkassen aufbauen.

1. Zusammenfassung

Die Telemedizin gewinnt zunehmend an Bedeutung in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die gesetzlichen Krankenkassen stehen der Anwendung von telemedizinischen Verfahren aufgeschlossen und positiv gegenüber, da die Telemedizin Chancen zur Verbesserung der Versorgung von GKV-Versicherten sowie der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bietet.

In Deutschland gibt es mittlerweile sehr viele Projekte, in denen telemedizinische Anwendungen zum Einsatz kommen. Jedoch hat nicht jede telemedizinische Anwendung das Potenzial, die medizinische Versorgung nachhaltig zu verbessern oder Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Daher fordert der GKV-Spitzenverband:

1. In die vertragsärztliche Versorgung sollen nur jene telemedizinischen Leistungen aufgenommen werden, die nachweislich die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Daher müssen telemedizinische Anwendungen auf ihren Nutzen und Wirtschaftlichkeit geprüft werden.
2. Für die Prüfung der telemedizinischen Anwendungen sollen folgende Kriterien in Abhängigkeit von der Art der telemedizinischen Leistung herangezogen werden:
 - Bei telemedizinischen Anwendungen, die primär zum Ziel haben, Kommunikations- und Versorgungsprozesse zu optimieren (z. B. elektronischer Arztbrief), soll neben der Gewährleistung des Datenschutzes insbesondere die Wirtschaftlichkeit und eine mögliche Prozessoptimierung geprüft werden.
 - Von diesen Verfahren abzugrenzen sind telemedizinische Anwendungen, bei denen bestehende medizinische Leistungen im engeren Sinne mit Hilfe von elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden (z. B. Funktionsanalyse von implantierten Defibrillatoren und CRT-Systemen auf telemedizinischem

Wege). Bei diesen Anwendungen ist entscheidend, ob eine Verbesserung oder zumindest Gleichwertigkeit der Versorgung im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) und hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit nachgewiesen werden kann. Für den Nachweis der Erfüllung dieser Kriterien sollen Studienergebnisse vorliegen, die entsprechende Aussagen zu den Kriterien treffen. Die Aufnahme einer telemedizinischen Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die eine Verbesserung bei den patientenrelevanten Endpunkten bei gleichzeitig sehr hohen Mehrkosten aufweist, muss im Einzelfall geprüft werden.

- Telemedizinische Anwendungen, die maßgebliche Änderungen an der bisherigen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise beinhalten (z. B. Telemonitoring), können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darstellen, die in klinischen Studien auf ihren patientenrelevanten Nutzen überprüft werden müssen, bevor sie in die Regelversorgung aufgenommen werden können.

Vor dem Hintergrund dieser Kriterien und Anforderungen für die Erbringung von telemedizinischen Anwendungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eignen sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zurzeit insbesondere der elektronische Arztbrief sowie die telemedizinische konsiliarische Befundbeurteilung von beispielsweise Röntgenbildern oder Aufnahmen von chronischen Wunden für die Aufnahme in den EBM. Die telemedizinische Unterstützung von nichtärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld kann zur Unterstützung und Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen beitragen.

Eine zusätzliche Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung

sind (z. B. der Versand von Arztbriefen), wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich abgelehnt.

Für die Weiterentwicklung des Einsatzes der Telemedizin bei der Versorgung der Versicherten spielen die zahlreichen Telemedizinprojekte der

Die kritische Prüfung von telemedizinischen Anwendungen in Bezug auf ihren Beitrag zur einer verbesserten Versorgung erfolgt im Interesse der GKV-Versicherten, die vor medizinisch nicht sinnvollen oder nicht wirksamen Leistungen bewahrt werden sollen.

Krankenkassen eine wichtige Rolle. Im Rahmen dieser Projekte können innovative telemedizinische Anwendungen erprobt und evaluiert werden. Auf Basis der Evaluations-

ergebnisse sollen der Nutzen, die Umsetzbarkeit und die Kosten der von den Krankenkassen in Modellprojekten und Selektivverträgen erprobten telemedizinischen Anwendungen für eine flächendeckende Versorgung überprüft werden.

Die kritische Prüfung von telemedizinischen Anwendungen in Bezug auf ihren Beitrag zur einer verbesserten Versorgung erfolgt im Interesse der GKV-Versicherten, die vor medizinisch nicht sinnvollen oder nicht wirksamen Leistungen bewahrt werden sollen. Zum anderen geht es bei der Prüfung von telemedizinischen Verfahren auch

um den Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten. Daher spielt im Rahmen von telemedizinischen Leistungen die Gewährleistung des Datenschutzes und der Informationssicherheit eine besondere Rolle. In diesem Zusammenhang wird vonseiten des GKV-Spitzenverbandes gefordert:

3. Die sichere Telematikinfrastruktur (TI) soll zukünftig als einziges Netz für telemedizinische Leistungen und Anwendungen der Gesundheitskarte zulässig sein. Nur die Telematikinfrastruktur verfügt über klare Vorgaben bezüglich der Gewährleistung des Datenschutzes und der Informationssicherheit.

Eine finanzielle Förderung von telematischen oder telemedizinischen Anwendungen, die über parallele Netze betrieben werden, wird abgelehnt, da damit starke Anreize zur Finanzierung von Doppelstrukturen gesetzt werden, die bisher zudem nicht die notwendigen Sicherheitsanforderungen nachgewiesen haben. Die Kassen dürfen weder für die Finanzierung von Doppelstrukturen noch für die Übernahme möglicher Kosten bei der Migration dieser Parallelnetze in die Telematikinfrastruktur herangezogen werden.

Tabelle 1
Überblick über Kriterien zur Beurteilung von telemedizinischen Anwendungen

Art der telemedizinischen Anwendung	Wichtige Prüfkriterien	Beispiel
Anwendungen zur Optimierung von Kommunikations- und Versorgungsprozessen	Wirtschaftlichkeit Prozessoptimierung Datenschutz	Elektronischer Arztbrief
Erbringung bestehender medizinischer Leistungen mittels Telemedizin	patientenrelevante Endpunkte Wirtschaftlichkeit	Telemedizinische Funktionsanalyse von Defibrillatoren und CRT-Systemen
Telemedizinische Anwendungen mit maßgeblichen Änderungen an der bisherigen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweise	Überprüfung des patientenrelevanten Nutzens in klinischen Studien	Telemonitoring

2. Einsatz von Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung

2.1. Aktueller Stand

2.1.1. Definition und Anwendungsbereiche von Telemedizin

Für den Begriff der Telemedizin bestehen unterschiedliche Definitionen. Um den gesetzlichen Auftrag aus § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V zur Telemedizin im vertragsärztlichen Bereich zu präzisieren, hat der Bewertungsausschuss eine eigene Definition entwickelt¹. In Anlehnung an diese Definition bezeichnet die Telemedizin verschiedene medizinische Versorgungskonzepte. Sie sollen helfen, räumliche Entfernungen zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient zu überwinden und zielen darauf ab, Behandlungsdaten zu erfassen und zu übermitteln oder eröffnen medizinische Behandlungsverfahren, die auf elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien basieren. Telemedizin kann daher sowohl bei präventiven und diagnostischen Maßnahmen als auch bei der Behandlung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden und soll notwendige medizinische Interventionen frühzeitiger und gezielter ermöglichen.

Unter dem Begriff der Telemedizin wird eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Techniken und Anwendungen verstanden, insbesondere:

- die Verbesserung und Erleichterung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern (z. B. elektronischer Arztbrief, Telekonsile)
- die elektronische Befunddokumentation mit ortsunabhängigem Datenzugriff (z. B. in einer elektronischen Patientenakte)
- die intensivierete Überwachung von Vitalparametern (z. B. Blutdruck) durch Telemonitoring-Verfahren
- die Telekonsultation mit ärztlichem Gespräch, Beratung und/oder Therapieempfehlung (z. B. Video-Sprechstunde)

2.1.2. Erfahrungen der Krankenkassen im Bereich Telemedizin

Grundlage für die flächendeckende Anwendung telemedizinischer Angebote für alle Versicherten ist eine leistungsfähige und sichere Telematikinfrastruktur. Solange diese nicht verfügbar ist, können telemedizinische Konzepte in der Regel zunächst nur in kleineren, abgegrenzten Modellumgebungen angewendet werden. Eine Reihe von Krankenkassen hat sich des Themas Telemedizin und E-Health inzwischen angenommen und erprobt verschiedene Versorgungskonzepte im Rahmen wettbewerblcher Vertragsmodelle.

Die von Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen und Modellprojekten unterstützten telemedizinischen Anwendungen sind überwiegend im Bereich des Telemonitorings² zur automatischen und kontinuierlichen (in der Regel täglichen) Übertragung von Vitalparametern angesiedelt (z. B. im Bereich der Kardiologie bei Patienten mit Herzinsuffizienz)³. Innerhalb dieser Modellprojekte wird ein Monitoring der krankheitsrelevanten Parameter durch Zugriff auf einen Server der Hersteller der telemedizinischen kardiologischen implantierten Systeme gewährleistet, an den die Daten von einem externen Übertragungsgerät der Patientin bzw. des Patienten in verschlüsselter Form übermittelt werden.

Die erhobenen Daten werden täglich von qualifiziertem medizinischem Personal ausgewertet und beurteilt. Bei auffälligen Werten und Anzeichen für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der überwachten Patientin bzw. des überwachten Patienten wird die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt umgehend informiert und kann zeitnah intervenieren (vgl. Abbildung 1).

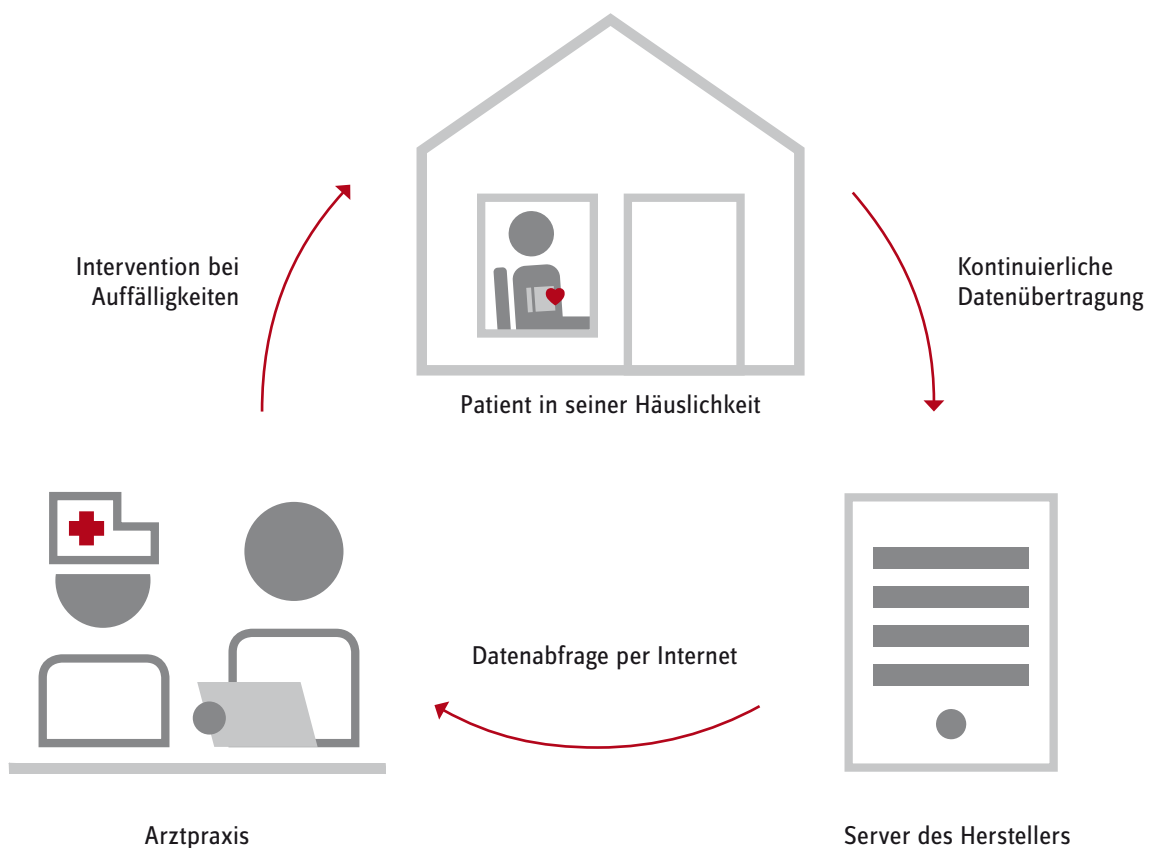
Die von Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen und Modellprojekten unterstützten telemedizinischen Anwendungen sind überwiegend im Bereich des Telemonitorings zur automatischen und kontinuierlichen Übertragung von Vitalparametern angesiedelt.

1 Vgl. Rahmenvereinbarung zur Überprüfung des EBM zum Umfang der Erbringung ambulanter telemedizinischer Leistungen 2013.

2 Eine ausführliche Definition des Telemonitorings ist dem Glossar zu entnehmen.

3 Vgl. Projekt „AOK-Curaplan Herz Plus“ der AOK Nordost.

Abb. 1
Beispielhafte Darstellung einer Anwendung des Telemonitorings in Modellprojekten von Krankenkassen



Entscheidende Erfolgsfaktoren für die in den Modellprojekten erprobten telemedizinischen Anwendungen bestehen dabei zum einen darin, dass die teilnehmenden Patientinnen und Patienten gezielt ausgewählt werden können (Patientenselektion) und eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme und Umsetzung von anwendungsbezogenen Vorgaben und Empfehlungen aufweisen. Zum anderen wird durch die Möglichkeit der täglichen Datenabfrage eine kontinuierliche Überwachung der Patientinnen und Patienten gewährleistet. In den Modellprojekten wird somit ein besonderes Versorgungssetting mit optimalen Bedingungen für die teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte geschaffen, das nicht ohne Weiteres in der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung anwendbar ist.

Insgesamt bleibt abzuwarten, welche Erfahrungen aus den unterschiedlichen telemedizinischen Angeboten gewonnen werden können und die Versorgungsansätze das Potenzial haben, in die Regelversorgung überführt zu werden. Hierfür muss klar zwischen telemedizinischen Anwendungen unterschieden werden, die unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nachweislich eine verbesserte Versorgung für die Patientinnen und Patienten aufweisen und solchen, die eher im Bereich der Life-Style-Produkte zu verorten sind. Nur telemedizinische Anwendungen, die nachweislich die Versorgung und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse verbessern, sollen auch Eingang in die Regelversorgung finden.

2.1.3. Umsetzung des gesetzlichen Prüfauftrages durch den Bewertungsausschuss

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V den Auftrag erhalten, bei seiner regelmäßigen Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auch zu überprüfen, in welchem Umfang bestehende Leistungen des EBM telemedizinisch erbracht werden können, und bis zum 31. März 2013 zu beschließen, inwieweit der EBM anzupassen ist.⁴ Dieser gesetzliche Auftrag beinhaltet somit nicht eine Vorgabe zur Aufnahme von telemedizinischen Leistungen in den EBM, sondern vielmehr eine Überprüfungspflicht des Bewertungsausschusses, welche bestehenden EBM-Leistungen für eine telemedizinische Leistungserbringung geeignet sein könnten und wie im Falle der Eignung eine entsprechende Anpassung des EBM vorzunehmen wäre. Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags wurde 2013 gemeinsam vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Rahmenvereinbarung⁵ entwickelt, die Prüfkriterien und Rahmenbedingungen definiert, die bei der Aufnahme von telemedizinischen Leistungen zwingend zu erfüllen sind (vgl. Kapitel 2.2.3). Für den GKV-Spitzenverband stellt die Rahmenvereinbarung mit ihren Kriterien die relevante Grundlage für die Prüfung von telemedizinischen Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung dar.

Entscheidende Kriterien, wie die Verbesserung der patientenrelevanten Endpunkte oder eine höhere Wirtschaftlichkeit, wurden von den bislang untersuchten telemedizinischen Leistungen nicht nachgewiesen. Bisher konnte daher nur eine

telemedizinische Anwendung in die Versorgung integriert werden: Mit Wirkung zum 1. April 2016 erfolgt die Aufnahme der telemedizinischen Funktionsanalyse von implantierten Defibrillatoren und CRT-Systemen in den EBM.

2.2. Kriterien für die Prüfung von telemedizinischen Anwendungen

2.2.1. Voraussetzungen für die Prüfung von telemedizinischen Anwendungen

Grundlage für die Aufnahme von telemedizinischen Leistungen in den EBM stellt die o. g. Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dar. Grundsätzlich muss die telemedizinische Intervention für die Anwendung im vertragsärztlichen Versorgungsbereich geeignet sein. So stellt sich beispielsweise bei Telemonitoring-Projekten wie in Kapitel 2.1.2. beschrieben die Frage, ob derartige telemedizinische Anwendungen in die vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen eingebettet werden können.

Des Weiteren muss für die Prüfung von telemedizinischen Projekten eine ausreichende Informationsbasis vorliegen. Derzeit werden viele telemedizinische Anwendungen nicht oder nur in geringem Umfang evaluiert. In der Anlage zur Rahmenvereinbarung werden Aspekte genannt, zu denen Informationen vorliegen sollten, damit eine Prüfung überhaupt erfolgen kann.

Für die Prüfung von telemedizinischen Projekten muss eine ausreichende Informationsbasis vorliegen. Derzeit werden viele telemedizinische Anwendungen nicht oder nur in geringem Umfang evaluiert.

Im Rahmen der Prüfung von telemedizinischen Anwendungen ist weiterhin festzustellen, ob es sich bei einer telemedizinischen Anwendung um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) gemäß § 135 Abs. 1 SGB V handelt.

4 Vgl. § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V: „Bei der Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 prüft der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Oktober 2012, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können; auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. März 2013, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist.“

5 Vgl. Rahmenvereinbarung zur Überprüfung des EBM zum Umfang der Erbringung ambulanter telemedizinischer Leistungen 2013.

2.2.2. Telemedizinische Anwendungen als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Bei telemedizinischen Anwendungen handelt es sich nicht per se um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wenn mit Hilfe der Telemedizin in erster Linie Versorgungsprozesse vereinfacht werden. So können die übertragenen Informationen dabei wie bisher auf konventionelle Art und Weise erhoben worden sein. Beispielsweise hat eine Ärztin eine Indikation für eine Röntgenaufnahme gestellt und bekommt das Röntgenbild elektronisch übermittelt oder ein Patient hat auf Anraten seines Arztes Körpergewicht oder Blutzucker gemessen und schickt die Daten auf elektronischem Weg an die Praxis. Die therapeutische Konsequenz, die aus den übertragenen Informationen gezogen wird, bleibt

dieselbe wie ohne den Einsatz der Telemedizin, sodass eine solche telemedizinische Anwendung nicht zwangsläufig eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode darstellt.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn gezielt die Häufigkeit, mit der ein bestimmter Befund oder Vitalparameter erhoben wird, erhöht und mit einem bestimmten, strukturierten Vorgehen beim Auswerten der Informationen und bei der daraus folgenden Behandlung verknüpft wird. Eine gezielte Veränderung meint, dass dadurch eine Verbesserung hinsichtlich patientenrelevanter Ergebnisparameter beabsichtigt wird.

Am Beispiel des Telemonitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern und implantierten Defibrillatoren soll verdeutlicht



Überblick über relevante Fragen im Zusammenhang mit Telemonitoring von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern und implantierten Defibrillatoren

- Gelegentliche Rhythmusstörungen sind weit verbreitet, nicht alle bedürfen einer Behandlung. Welche der verschiedenen von den Geräten erfassten Rhythmusstörungen oder sonstigen Auffälligkeiten sind für den Gesundheitszustand und damit für die Überwachung relevant?
- Wann genau wird ein Alarm ausgelöst? Welche therapeutischen Maßnahmen als Konsequenz aus den Alarmen sind effektiv? Aktuell reicht das Spektrum der möglichen Maßnahmen von Motivationsgesprächen mit der Patientin bzw. dem Patienten über die Anpassung der entwässernden Medikation oder den Neubeginn einer blutverdünnenden Therapie bis zu Herzkatheter-Eingriffen.
- Werden die Therapieziele, also Senkung der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und Verminderung der Sterblichkeit, erreicht?
- Bei welchen Patientinnen bzw. Patienten mit welchen Rhythmusstörungen und in welchem Erkrankungsstadium ist das Telemonitoring mittels implantierter Herzschrittmacher und Defibrillatoren sinnvoll?
- Wie wird die Versorgungskette optimal organisiert? Wird nur die behandelnde niedergelassene Ärztin bzw. der Arzt informiert oder gibt es zusätzlich regelmäßige Reviews der Daten durch erfahrene Kardiologen?
- Wie gehen die Patientinnen und Patienten mit Alarmen und Fehlalarmen um? Welche Themen müssen dementsprechend mit der Patientin bzw. dem Patienten bei der Aufklärung zur Teilnahme am Telemonitoring angesprochen werden?
- Welche potentiellen Risiken können durch das Telemonitoring für die Patientin bzw. den Patienten entstehen?

werden, dass insbesondere für Telemonitoringverfahren geprüft werden muss, ob eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit nachgewiesenem Nutzen vorliegt. Patientinnen und Patienten, denen ein Herzschrittmacher, ein Defibrillator oder ein Gerät zur kardialen Resynchronisationstherapie implantiert wurde, sind durch das Auftreten von lebensgefährlichen Herzrhythmusstörungen bedroht. Alle drei Gerätearten zeichnen Unregelmäßigkeiten des Herzrhythmus und andere Werte, die auf eine erhöhte Gefährdung hinweisen können, kontinuierlich auf. Einmal täglich werden die gespeicherten Daten ausgelesen und an den Server des Telemedizin-zentrums übermittelt. Die Auswertung der Daten erfolgt nach festgelegten Regeln und bei entsprechender Handlungsnotwendigkeit finden medizinische Interventionen statt.

Unklar ist bisher, wie ein derartiges Versorgungskonzept im Detail ausgestaltet werden soll (vgl. relevante Fragen zum Telemonitoring im Infokasten) und was es den Patientinnen und Patienten wirklich nutzt.

Diese Fragen sind für die Betroffenen von erheblicher Bedeutung, weil aufgrund von Rhythmusstörungen z. B. eine Behandlung mit blutverdünnenden Medikamenten eingeleitet werden könnte, die belastend ist und ihrerseits Risiken birgt. Durch ein Telemonitoring werden sehr viel häufiger Auffälligkeiten registriert. Unklar ist aber häufig, ob eine Behandlung überhaupt notwendig ist und ob die Behandlung gesundheitliche Vorteile für die Betroffenen bringt.

Das Beispiel des Telemonitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern und implantierten Defibrillatoren soll verdeutlichen, dass Anwendungen des Telemonitorings zu den telemedizinischen Anwendungen gehören können, die erheblich vom konventionellen Vorgehen ohne Telemedizin abweichen können. Sie zielen auf einen verbesserten Patientennutzen ab, zugleich bergen sie aber auch Schadensrisiken, etwa bei Versagen der technischen Systeme

oder der organisatorischen Abläufe. Durch die intensivierete Überwachung können auch kleinste Auffälligkeiten zu Maßnahmen führen, die für die Patientinnen und Patienten belastend und beängstigend sein können, ohne dass klar ist, ob der Gesundheitszustand verbessert wird. Außerdem erfordern solche Monitoringkonzepte einen nicht unerheblichen

Aufwand, was den Aufbau und den Unterhalt der notwendigen Infrastruktur sowie die Arbeitsorganisation der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

angeht. Telemonitoring-Verfahren sind deshalb als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzusehen und müssen in aussagekräftigen Studien ihren Nutzen nachweisen, bevor sie in die Regelversorgung aufgenommen werden können. Aus diesem Grund setzt sich der GKV-Spitzenverband für die Bewertung des Telemonitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzschrittmachern im Rahmen der Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses ein.

Telemonitoring-Verfahren sind als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzusehen und müssen in aussagekräftigen Studien ihren Nutzen nachweisen, bevor sie in die Regelversorgung aufgenommen werden können.

2.2.3. Erforderliche Nachweise vor Einführung von telemedizinischen Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung

Telemedizinische Anwendungen müssen in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität) im Vergleich zur Versorgung ohne Telemedizin nachweislich einen Vorteil ergeben oder mindestens gleichwertig sein. Eine verbesserte Patientenversorgung liegt demnach vor, wenn positive Effekte auf die patientenrelevanten Endpunkte im Vergleich zur Regelversorgung nachgewiesen sind. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss eine Verbesserung nachgewiesen werden im Vergleich zur Versorgung ohne Telemedizin. Von einer verbesserten Wirtschaftlichkeit kann gesprochen werden, wenn im Vergleich zur Regelversorgung Einsparungen entstehen.

Die Anforderungen und die Prüfkriterien für telemedizinische Anwendungen unterscheiden sich abhängig von der Art der Anwendung und der angestrebten Ziele.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten im Vergleich zur konventionellen Versorgung eine Verbesserung der patientenrelevanten Endpunkte vordringlich bei telemedizinischen Anwendungen belegt werden, die eine Erbringung bestehender medizinischer Leistungen mit Hilfe von elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien vorsehen. Für den Nachweis der Erfüllung dieser Kriterien sollen Studienergebnisse vorliegen, die entsprechende Aussagen zu den Kriterien im Sinne einer tragfähigen Nutzenbewertung ermöglichen.

Davon abzugrenzen sind Anwendungen, die primär zum Ziel haben, Kommunikations- und Versorgungsprozesse zu optimieren (z. B. elektronischer Arztbrief, Telekonsile zwischen Ärztinnen und Ärzten). So handelt es sich beim elektronischen Arztbrief und der elektronischen Patientenakte nicht um die Anwendung neuer medizinischer Techniken, sondern um die elektronische Übertragung und Verarbeitung

Bei der Befundung aus der Distanz muss zusätzlich geprüft werden, ob die Verlässlichkeit der Diagnostik und der Therapieempfehlung weiterhin gewährleistet ist.

von patientenbezogenen Daten im Rahmen der medizinischen Versorgung. Bei diesen telemedizinischen

Anwendungen soll neben der Gewährleistung des Datenschutzes die Wirtschaftlichkeit und eine mögliche Prozessoptimierung geprüft werden. Der Beleg einer verbesserten oder gleichwertigen Wirtschaftlichkeit soll auf Grundlage von Erfahrungen aus größeren Modellprojekten, bei denen diese Anwendungen zum Einsatz kamen, erfolgen. Bei der Befundung aus der Distanz (z. B. wenn eine Fachärztin bzw. ein Facharzt auf Basis eines übertragenen Bildes eine Therapieempfehlung zu einer Wunde abgibt) muss zusätzlich geprüft werden, ob die Verlässlichkeit der Diagnostik und der Therapieempfehlung weiterhin gewährleistet ist. Die telemedizinische Unterstützung von nichtärztli-

chen Praxisassistentinnen bzw. -assistenten durch Übersendung von im Rahmen eines Hausbesuchs erhobenen Daten und Bildern an die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte zur Befundung und Anleitung der weiteren Behandlung kann zur Versorgung in strukturschwachen Regionen beitragen. Hier müssen zusätzlich zu den technischen Fragen verlässliche Kommunikations- und Kooperationsregeln zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal abgesprochen sein.

Ein weiterer Anwendungsbereich ist die Telekonsultation, bei dem Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient mittels Webcam miteinander kommunizieren und so im Vergleich zu einem Telefongespräch der Ärztin bzw. dem Arzt auch eine visuelle Beurteilung der Patientin bzw. des Patienten möglich ist. Wenn die Telekonsultation einen kompletten Haus- oder Praxisbesuch ersetzen soll, muss allerdings auch geklärt werden, unter welchen Bedingungen eine solche Kommunikationsform ohne Nachteile für die Patientin bzw. den Patienten angewendet werden kann (z. B. Eignung der Patientinnen und Patienten, Anforderungen an die Qualität der Datenübertragung). Da insbesondere bei der Telekonsultation noch viele offene Fragen zu klären sind, ist eine regelhafte Anwendung derzeit noch nicht möglich.

2.3. Potenzial der Telemedizin in der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Deutschland verfügt insgesamt über eine im internationalen Vergleich bemerkenswert hohe Arztdichte sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung. Allerdings bestehen Verteilungsprobleme: Einer erheblichen Überversorgung in vielen urbanen Regionen stehen absehbare Versorgungsengpässe in einigen ländlichen Regionen gegenüber. Oft werden bereits bestehende strukturelle Defizite durch eine ungünstige demografische Entwicklung und Wanderungsbewegungen verstärkt. Die damit einhergehenden Schrumpfungs- und Veränderungsprozesse stellen die Verantwortlichen vor Ort hinsichtlich der Erhaltung der Infrastruktur vor große Heraus-

forderungen. Das gilt auch für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund muss geprüft werden, ob die Telemedizin einen Beitrag leisten kann, um die medizinische Versorgungssituation der Menschen in ländlichen Regionen zu verbessern. Die wesentlichen telemedizinischen Anwendungsgebiete wie die Verbesserung von Kommunikation und Kooperation, ein verbessertes Monitoring chronisch Kranker, die Organisation eines Fall- und Arzneimittelmanagements sowie Möglichkeiten der Befundung aus der Distanz erscheinen grundsätzlich geeignet, um größere Entfernungen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten zu überbrücken und infrastrukturelle Nachteile, wie einen reduzierten öffentlichen Personennahverkehr und eine geringere Arztdichte, auszugleichen.

Es ist jedoch sorgfältig abzuwägen, welche Angebote einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten bieten. Daher muss geprüft werden, ob und inwieweit telemedizinische Anwendungen tatsächlich geeignet sind, patientenrelevante Endpunkte im Vergleich zur Regelversorgung positiv zu beeinflussen. Die angestrebte Verbesserung von Behandlungserfolg, Lebensqualität oder dem Grad der Selbständigkeit muss nachgewiesen werden. Einige Probleme in der Versorgung bestehen nicht deshalb, weil technische Lösungen fehlen, sondern weil die vorhandenen Möglichkeiten nicht ausreichend genutzt werden, um beispielsweise Kommunikationsdefizite zwischen den Leistungserbringern auszugleichen.

Des Weiteren kann die Telemedizin zur Prozessoptimierung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum beitragen, zum Beispiel durch eine Verringerung von Wegezeiten, eine verbesserte Therapietreue oder eine höhere Kontinuität in der Betreuung.

Telemedizinische Anwendungen können einen Beitrag dazu leisten, die medizinische Versorgung dort zu verbessern, wo dies unter den gegebenen

Bedingungen schwierig, aber aus medizinischen Gesichtspunkten erforderlich und sinnvoll ist. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen künftig ausschließlich telemedizinisch konzipiert wird. Auch in Zukunft sollen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte in einem direkten Kontakt zu ihren Patientinnen und Patienten stehen. Telemedizin kann hier unterstützen, ersetzen kann sie eine medizinische Versorgung durch direkten Kontakt zwischen Leistungserbringerin bzw. -erbringer und Patientin bzw. Patient nicht.

2.4. Perspektiven für den Einsatz der Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung

2.4.1. Erprobung von innovativen Telemedizin-Anwendungen

Für die Weiterentwicklung der Versorgung der Versicherten durch einen verstärkten Einsatz von Telemedizin spielen insbesondere die Telemedizinprojekte der Krankenkassen eine bedeutende Rolle. Im Rahmen von Selektivverträgen können und sollen innovative, telemedizinische Anwendungen in der Versorgung erprobt werden.

Für diese Projekte sollten verbindliche Evaluationen vereinbart werden, die Aussagen zu den Prüfkriterien in Abschnitt 2.2. erlauben. Auf Basis der Evaluationsergebnisse kann dann festgestellt werden, ob die telemedizinischen Anwendungen die Anforderungen für die Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung gemäß der Rahmenvereinbarung des Bewertungsausschusses erfüllen.

Neue Anreize für eine nachhaltige Erprobung telemedizinischer Angebote können sich auch aus dem Innovationsfonds ergeben. Mit diesem Instrument fördert der Gemeinsame Bundesausschuss in den kommenden vier Jahren neue Versorgungsformen, die über die heutige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere solche

Neue Anreize für eine nachhaltige Erprobung telemedizinischer Angebote können sich auch aus dem Innovationsfonds ergeben.

Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial für eine dauerhafte Übernahme in die Regelversorgung aufweisen. Vorgesehen ist darüber hinaus eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben. Nach Auffassung aller Beteiligten könnten Förderschwerpunkte auch im Bereich der Telemedizin liegen.

2.4.2. Mögliche Anwendungsbereiche für Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung

Elektronischer Arztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief können wichtige Informationen zur Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten ohne Zeitverzug zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten übertragen werden. Die elektronische Befundübermittlung verbessert zudem die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxen, da die übermittelten Patienteninformationen schneller und fehlerfrei in das eigene Dokumentationssystem übernommen und weiterverarbeitet werden können. Der elektronische Arztbrief wird seit 2012 im Rahmen von Modellprojekten u. a. in Nordrhein-Westfalen angewendet und ist mittlerweile Bestandteil zahlreicher Praxisverwaltungssysteme.

Das E-Health-Gesetz sieht die verpflichtende Einführung des elektronischen Arztbriefes zum 1. Januar 2017 in die vertragsärztliche Versorgung vor.

Im Rahmen der Verhandlungen zur Umsetzung des gesetzlichen Prüfauftrages zur Telemedizin hat sich der GKV-Spitzenverband für die Aufnahme des elektronischen Arztbriefes in den EBM eingesetzt. Das E-Health-Gesetz sieht die verpflichtende Einführung des elektronischen Arztbriefes zum 1. Januar 2017 in die vertragsärztliche Versorgung vor, was ausdrücklich begrüßt wird. Jedoch wird ohne Notwendigkeit eine Vergütung in Höhe von 0,55 Euro pro übermitteltem Arztbrief gesetzlich festgelegt. Zudem wird die Kompetenz zur Ausgestaltung des Inhaltes, der Struktur, der anzuwendenden Übertragungstechnik sowie zur Regelung von Maßnahmen zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten Mengenausweitung ausschließlich

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) übertragen.

Damit wird dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit der Mitgestaltung des elektronischen Arztbriefes entzogen.⁶ Der GKV-Spitzenverband wird sich dennoch aktiv in die Beratungen zur Ausgestaltung des Arztbriefes einbringen und sich insbesondere auch dafür einsetzen, dass künftig die sichere Telematikinfrastruktur als einziges Netz für die Übertragung medizinischer Daten zulässig ist.

Telekonsil am Beispiel der Versorgung chronischer Wunden

Das Telekonsil beinhaltet die Beratung zwischen zwei oder mehreren Ärztinnen und Ärzten der gleichen oder verschiedenen Fachgebiete über die Diagnose und/oder die Behandlung eines konkreten Krankheitsfalls und unterscheidet sich vom herkömmlichen Konsil durch die Nutzung moderner audio-visueller Kommunikationsmittel. Neben der Durchführung von Videokonferenzen mit Expertinnen und Experten zur Befundung einer Patientin bzw. eines Patienten kann unter Telekonsil auch die elektronische Übermittlung von Bildern an ärztliche Expertinnen und Experten zur Befundung gefasst werden. Diese Form des Telekonsils erscheint grundsätzlich nur sinnvoll bei Befunden, die ausschließlich auf der Basis von Bildmaterial erstellt werden können.

Eine mögliche Anwendung des Telekonsils in der vertragsärztlichen Versorgung könnte im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden erfolgen. Eine Diagnosestellung sowie die Unterbreitung von Therapievor schlägen können vonseiten der Dermatologin bzw. des Dermatologen auf Basis von Bildern sowie der Beschreibung der Wunden erfolgen, ohne dass dafür immer ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig ist.

⁶ Vgl. § 291h SGB V nach dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen.

Insbesondere ältere, bettlägerige Pflegeheimbewohner leiden oftmals unter chronischen Wunden, deren Behandlung einer fachärztlichen Expertise bedarf. Gleichzeitig lassen sich Defizite in der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern feststellen, da Fachärztinnen und -ärzte nur selten Besuche in Pflegeheimen durchführen. Daher erscheint die Anwendung des Telekonsils insbesondere bei der Wundversorgung dieser Patientengruppe als sinnvoll.

Im Rahmen vorhandener Modellprojekte werden auf Basis von standardisierten Vorgaben zur Bildqualität die chronischen Wunden von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern durch qualifiziertes Praxis- oder Pflegepersonal fotografiert und - ergänzt um anamnestische und klinische Angaben zur Wunde - elektronisch an eine am Telekonsil teilnehmende Dermatologin bzw. einen Dermatologen übermittelt. Die Befundergebnisse sowie Therapieempfehlungen werden von dort an die behandelnde Hausärztin bzw. den Hausarzt übermittelt, die bzw. der die Befundergebnisse sowie die Therapieempfehlungen für die weitere Behandlung der Patientin bzw. des Patienten nutzen kann.

Während eine alleinige Befundung auf Basis der telefonischen Beschreibung der Wunden für eine Diagnose zu ungenau ist und eine ständige Erreichbarkeit der Dermatologin bzw. des Dermatologen voraussetzt, ermöglicht die Befundung von Wunden auf Basis von Bildern eine verlässlichere Diagnosestellung und Ableitung von Therapievor schlägen. Des Weiteren kann mit dem Telekonsil fachärztliche Expertise bei der Wundversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern einbezogen werden, ohne dass immer eine Vorstellung der Patientinnen und Patienten in der Facharztpraxis notwendig ist.

Auch bei einer möglichen Aufnahme des Telekonsils in den EBM muss jedoch weiterhin eine direkte ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Des Weiteren

werden Vorgaben zur Bildqualität sowie technische Standards für die Übermittlung der Bilder benötigt. Es muss gewährleistet werden, dass die gesetzlichen Bestimmungen zu Datenschutz und Datensicherheit eingehalten werden. Zudem sind mit dem Telekonsil Zeit- und Kostenersparnisse für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte verbunden, da Besuche im Pflegeheim bzw. eine zeitaufwendige Untersuchung der Patientinnen und Patienten in der Facharztpraxis entfallen und die gewonnene Zeit anders eingesetzt werden kann.

Insofern stellt eine wirtschaftlichere Leistungserbringung im Vergleich zur Regelversorgung eine wichtige Bedingung für eine mögliche Aufnahme des Telekonsils in den EBM dar.

Telemedizinische Unterstützung der Delegation ärztlicher Leistungen

In der vertragsärztlichen Versorgung werden delegierbare ärztliche Leistungen (wie z. B. Blutentnahmen oder allgemeine Laborleistungen) in den Anlagen 8 und 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte definiert und sowohl in der Arztpraxis als auch im Rahmen von Hausbesuchen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten bzw. in Alten- oder Pflegeheimen durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten erbracht und vergütet. Die delegierenden Ärztinnen und Ärzte haben dabei das nicht-ärztliche Personal zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anzuleiten sowie regelmäßig zu überwachen und somit sicherzustellen, dass die nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation sowie ihrer allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistungen geeignet sind.⁷

Auch bei einer möglichen Aufnahme des Telekonsils in den EBM muss jedoch weiterhin eine direkte ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

⁷ Vgl. Anlage 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem.

Die Rahmenvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der KBV zur Telemedizin verweist darauf, dass zu prüfen ist, inwiefern Telemedizin in strukturschwachen Regionen einen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung leisten kann.⁸ Eine telemedizinische Unterstützung im Zusammenhang mit delegationsfähigen Tätigkeiten könnte dazu beitragen, die Versorgung auch in dünnbesiedelten, ländlichen Regionen zu verbessern und die dort tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte zu entlasten. In der Ausgestaltung einer solchen telemedizinischen Unterstützungsleistung könnte

Eine telemedizinische Unterstützung im Zusammenhang mit delegationsfähigen Tätigkeiten könnte dazu beitragen, die Versorgung auch in dünnbesiedelten, ländlichen Regionen zu verbessern.

z. B. vorgesehen werden, dass die nichtärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten Daten und Bilder an die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt übertragen, um unter ärztlicher Anleitung delegierbare, medizinisch notwendige Maßnahmen direkt bei der Patientin bzw. dem Patienten vor Ort durchführen zu können. Um eine qualitativ hochwertige Telekooperation in diesem Zusammenhang sicherzustellen, wären die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über entsprechende Fortbildungen in der elektronischen Kommunikation und in der Anwendung telemedizinischer Verfahren zu qualifizieren.

Zur telemedizinischen Unterstützung im Zusammenhang mit delegationsfähigen Tätigkeiten werden bereits Pilotprojekte von einzelnen Krankenkassen durchgeführt, die allerdings in einem sehr begrenzten Rahmen mit einer geringen Anzahl an teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringern erprobt werden und für die bislang in der Regel keine aussagekräftigen Evaluationen vorliegen.

⁸ § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen) und Anlage 24 Bundesmantelvertrag-Ärzte (Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V).

⁸ Vgl. Rahmenvereinbarung zur Überprüfung des EBM zum Umfang der Erbringung ambulanter telemedizinischer Leistungen 2013.

Um tiefere Erkenntnisse über die Effektivität und den medizinischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu gewinnen, könnten zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Modellvorhaben gemäß §§ 63 und 64 SGB V zum Einsatz von telemedizinisch unterstützten Delegationstätigkeiten durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten in ausgewählten KV-Bezirken vereinbart werden. Um den Nutzen, die Umsetzbarkeit und die Kosten dieser telemedizinischen Anwendungen wissenschaftlich zu untersuchen und eine Übertragbarkeit dieser telemedizinischen Anwendung auf die flächendeckende kollektivvertragliche Versorgung überprüfen zu können, wäre begleitend eine repräsentative Evaluation zur Schaffung einer Evidenzbasis durchzuführen.

Elektronische Patientenakte

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellt die elektronische Patientenakte die „Königsdisziplin“ unter den gesetzlichen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte dar. Bei der elektronischen Patientenakte handelt es sich gemäß § 291a Abs. 3 Nr. 4 SGB V um eine freiwillige Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, die von der Telematikinfrastruktur unterstützt werden soll. Diese Anwendung soll Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen beinhalten, um eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation zu ermöglichen.

Besonderes Merkmal der elektronischen Patientenakte ist die fallübergreifende Datenvorhaltung und -bereitstellung, auf die die Versicherten Zugriff haben. Damit erhalten die Versicherten erstmals einen Überblick und Transparenz über die für sie vorliegenden Gesundheitsdaten. Darüber hinaus können die Versicherten Leistungserbringern wie z. B. Ärztinnen und Ärzten den Zugriff auf die Daten ermöglichen. Es handelt sich somit um eine freiwillige Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte in der Verfügungsgewalt der versicherten Person. Die mittels der elektronischen Patientenakte bereitgestellten

Daten werden daher im Regelfall Kopien ausgewählter Patientendaten sein, die sektoren- und leistungserbringerübergreifend unter Kontrolle der versicherten Person zur Verfügung gestellt werden sollen.

In Abhängigkeit der Vergabe von Zugriffsberechtigungen durch die Versicherten können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser sowie Apotheken auf die elektronische Patientenakte zugreifen. Damit können mögliche Schnittstellenprobleme beispielsweise beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung verringert werden, da alle im Krankenhaus erhobenen Befunddaten (z. B. Röntgenuntersuchungen) elektronisch gespeichert und durch die niedergelassene Ärztin bzw. den niedergelassenen Arzt abgerufen werden können. Somit können Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Weitere Vorteile sind die Steigerung der Patientensicherheit durch eine schnelle und adäquate Reaktion in Notfallsituationen sowie die Unterstützung der kontinuierlichen Versorgung bei einem Umzug der Patientin bzw. des Patienten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann die elektronische Patientenakte die Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erheblich steigern. Demgegenüber stehen aber durch die hohe Komplexität bedingte erhebliche Risiken - z. B. im Bereich des Datenschutzes und der Informationssicherheit sowie der Kostenentwicklung bei Umsetzung, Einführung und Betrieb. Aufgrund dieser Situation wird die elektronische Patientenakte derzeit noch nicht von der gematik projektiert - es handelt sich somit um eine langfristig zu entwickelnde und zu erprobende Anwendung der Telematikinfrastruktur, die weit über die grundlegenden Funktionen der in Kapitel 3 beschriebenen, derzeit gestarteten Erprobung der Telematikinfrastruktur hinausgeht.

Daher erscheint es ratsam, die Umsetzung der elektronischen Patientenakte an die flächendeckende, stabile Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur mit entsprechendem hohem

Entwicklungsgrad zu koppeln. Erkenntnisse aus bisherigen telemedizinischen Modellvorhaben wie beispielsweise der elektronischen Fallakte des eFA-Vereins sowie weitere thematisch ähnliche Projekte müssen berücksichtigt werden. Denkbar sind der schrittweise Aufbau und die schrittweise Ergänzung der Patientenakte, da weitere wichtige Voraussetzungen für die Etablierung neben der Einrichtung der Telematikinfrastruktur eine flächendeckende elektronische Dokumentation durch Leistungserbringer sowie die Schaffung und Verbreitung einheitlicher, interoperabler Datenerhebungs- und Datenspeicherungsstandards sind. Langfristiges Ziel muss sein, ein interoperables, erweiterbares Aktensystem zu schaffen, welches letztendlich positive Auswirkungen auf die Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der GKV-Versicherten haben wird.

Es erscheint ratsam, die Umsetzung der elektronischen Patientenakte an die flächendeckende, stabile Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur mit entsprechendem hohem Entwicklungsgrad zu koppeln. Weitere wichtige Voraussetzungen sind eine flächendeckende elektronische Dokumentation durch Leistungserbringer sowie die Schaffung und Verbreitung einheitlicher, interoperabler Datenerhebungs- und Datenspeicherungsstandards.

3. Telematik

3.1. Überblick über die Telematikinfrastruktur

3.1.1. Rahmenbedingungen

Zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz in der Versorgung der Versicherten wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2004 die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und dem Aufbau der hierfür erforderlichen Telematikinfrastruktur beauftragt.

Gemäß der gesetzlichen Vorgaben der §§ 291a und 291b SGB V wurde für den Aufbau und Betrieb der Telematikinfrastruktur die Gesellschaft für Telematik (gematik) gegründet.

Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens wurde 2004 mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und dem Aufbau der hierfür erforderlichen Telematikinfrastruktur beauftragt.

gematik (gematik) gegründet. Aufgabe der gematik ist es, die technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzeptes zu erstellen und Inhalt und Struktur der

Datensätze für die mit der Gesundheitskarte zur Verfügung zu stellenden Anwendung festzulegen. Zudem hat die gematik im späteren Betrieb mittels Zulassungsverfahren sicherzustellen, dass die Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur nachweislich funktionsfähig, interoperabel und sicher sind.

Gesellschafter der gematik sind der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene.

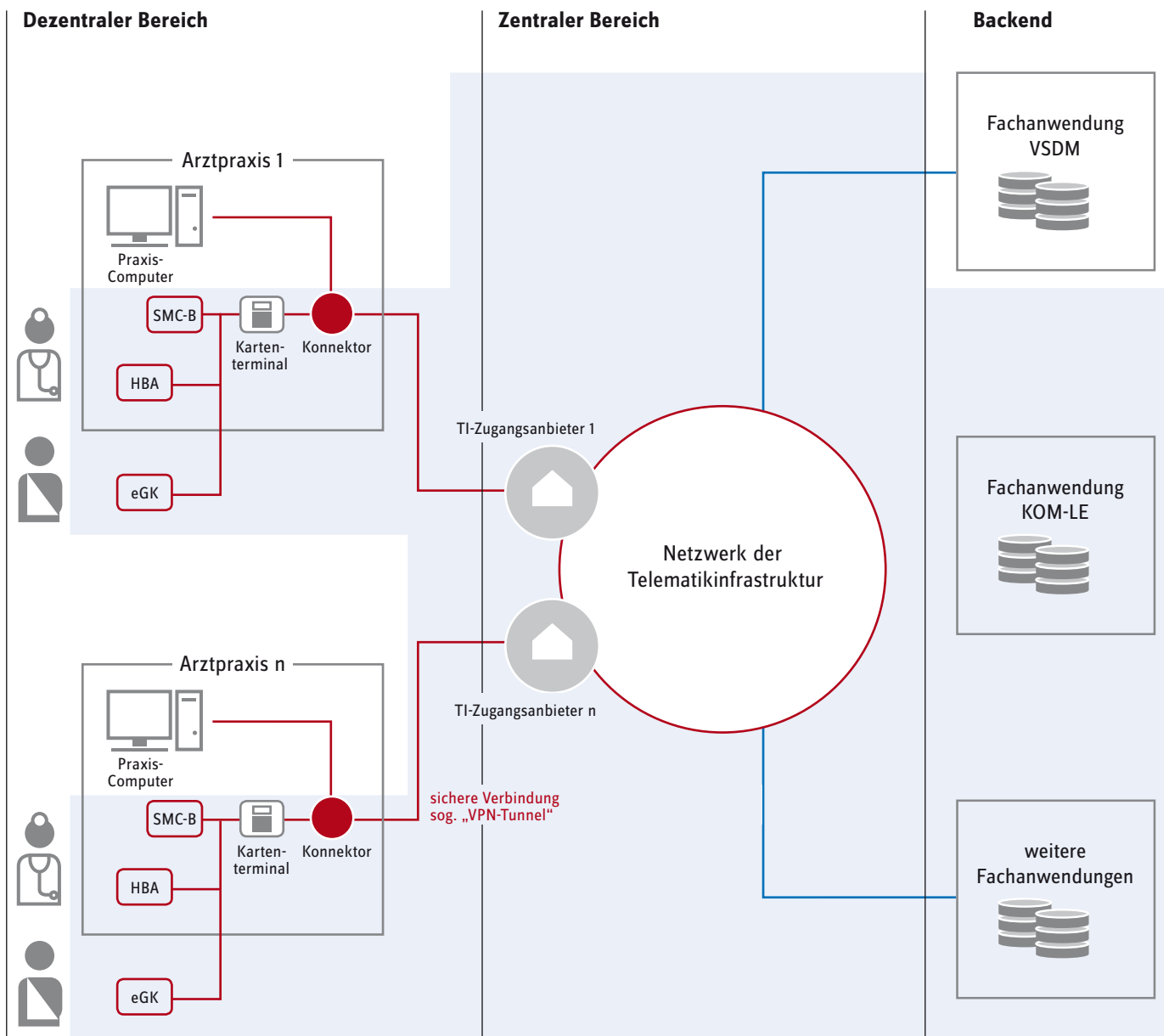
3.1.2. Technische Kernelemente

Die Telematikinfrastruktur ermöglicht einen sicheren, interoperablen und organisationsübergreifenden Datenaustausch innerhalb des Gesundheitswesens.

Zentrale Plattformleistung ist die sichere Datenübertragung in einem geschlossenen Netz zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens (vgl. Abbildung 2). Dazu nutzt die Telematikinfrastruktur ein vom Internet abgeschottetes eigenes Netzwerk. Die Telematikinfrastruktur überträgt medizinische personenbezogene Daten ausschließlich verschlüsselt, d. h. eine unbefugte dritte Person erhält keinen Einblick in die hochsensiblen Daten. Über sichere Verbindungen (sogenannte VPN-Tunnel) verbinden sich Institutionen des Gesundheitswesens mit der Telematikinfrastruktur durch spezielle, durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und gematik zugelassene Hardware-Komponenten, den sogenannten Konnektoren. Der Konnektor bildet den technischen Endpunkt der Telematikinfrastruktur nach außen und ist Schnittstelle zu beispielsweise den Primärsystemen der Leistungserbringerinstitutionen. Er stellt zudem sicher, dass keine Daten unverschlüsselt in die TI gelangen. Zusätzlich sind zugelassene, sichere und kompatible Kartenterminals notwendig. Fachanwendungen wie z. B. die Übermittlung von Arztbriefen in der Telematikinfrastruktur nutzen Smartcards (eGK, Heilberufsausweis ‚HBA‘, Institutionskarte ‚SMC-B‘), Kartenterminal und das zentrale Netz der Telematikinfrastruktur. Von der gematik zugelassene Anbieter stellen den Anwenderinnen und Anwendern der Telematikinfrastruktur Fachanwendungen entsprechend den zwischen gematik und BSI abgestimmten Sicherheitsvorgaben zur Verfügung.

Um die sehr hohen Anforderungen an den Schutz personenbezogener medizinischer Daten zu erfüllen, lassen BSI und gematik Smartcards, Kartenterminals und Konnektoren zu.

Abb. 2
Übersicht über Bereiche der Telematikinfrastruktur



Blau hinterlegte Bereiche sind Bestandteil der Telematikinfrastruktur und damit in der Regelungshoheit der gematik, z. B. bezüglich Betriebsführung, Informationssicherheit, Datenschutz und Zulassung.

3.1.3. Informationssicherheit und Datenschutz in der Telematikinfrastruktur

Informationssicherheit und Datenschutz sind ein zentrales Anliegen der Telematikinfrastruktur. Dies verdeutlichen bereits die gesetzlichen Vorgaben der §§ 291a und 291b SGB V.

Hinsichtlich des Datenschutzes benennt das Gesetz klare Aufgaben von der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und BSI. So hat das BSI das Recht, zu Be-

schlussfassungen der gematik im Rahmen des Beanstandungsverfahrens des Bundesministeriums für Gesundheit Stellungnahmen abzugeben. BSI und gematik entwickeln

gemeinsam Verfahren, welche die Sicherheit der Komponenten der TI gewährleisten. Dies schlägt sich z. B. im Rahmen der Zulassungsverfahren nieder, in denen das BSI die Zertifizierungsmaßnahmen vorgibt.

Der Gesetzgeber hat somit Informationssicherheit und Datenschutz der TI auf eine gesetzliche Basis gestellt, die sowohl die Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens als auch die auf Bundesebene für diese Belange maßgeblichen Behörden BfDI und BSI einbezieht. Ein solches stabiles Fundament fehlt den heute im Aufbau befindlichen „Bestandsnetzen“ im Gesundheitswesen, da diese in der Regel ohne Unterstützung von BSI bzw. BfDI auskommen müssen und meistens von maximal einer Spitzenorganisation verantwortet werden.

3.2. Aktueller Stand

Den ersten Schritt des Rollouts der Telematikinfrastruktur stellte die 2011 begonnene Ausgabe der eGK sowie die Ausstattung der Arzt- und Zahnarztpraxen mit eGK-fähigen Kartenlesegeräten dar. Diese Offline-Nutzung der eGK ermöglicht neben dem Auslesen der Versichertenkarten analog zur

Krankenversicherungskarte noch keine zusätzlichen nutzenbringenden Anwendungen. Solche sind erst mit dem Aufbau der Telematikinfrastruktur möglich.

Im Hinblick auf den Aufbau der Telematikinfrastruktur haben sich die Gesellschafter auf ein gemeinsam getragenes, stufenweises Vorgehen geeinigt. Im Rahmen der ersten Stufe, der Online-Rollout-Stufe 1 (ORS1), soll zunächst die Anwendung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) erprobt werden. Mit dieser Anwendung können die Gültigkeit der eGK online geprüft und die auf der eGK gespeicherten Versichertendaten bei Bedarf online über die Telematikinfrastruktur aktualisiert und Karten gesperrt werden.

In einer zweiten Phase wird die qualifizierte elektronische Signatur gemeinsam mit der sogenannten adressierten Kommunikation der Leistungserbringer erprobt. Diese ermöglichen es den Leistungserbringern, elektronische Dokumente wie z. B. Arztbriefe rechtsverbindlich zu signieren und sicher an andere Leistungserbringer zu übermitteln.

Im Rahmen einer Erprobung soll dabei in zwei Testregionen mit jeweils 500 Leistungserbringern die Betriebs- und Praxistauglichkeit aller bereitgestellten Teile der Telematikinfrastruktur und Betriebsprozesse unter realen Einsatzbedingungen erprobt werden. Alle Versicherten, die einen an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringer aufsuchen, nehmen automatisch an der Erprobung teil.

Derzeit erfolgt der Aufbau der Betriebsumgebung für die Erprobung und den späteren Produktivbetrieb des ORS1. Nach Abschluss der Aufbaumaßnahmen, Zulassung durch die gematik und das BSI sollen die Erprobung und eine nachgelagerte wissenschaftliche Evaluation starten. Die Vorbereitungen des bundesweiten Rollouts sind gestartet. Ein finaler Zeitplan hierfür liegt jedoch noch nicht vor.

Den im Aufbau befindlichen „Bestandsnetzen“ im Gesundheitswesen fehlt das stabile Fundament: Sie müssen in der Regel ohne Unterstützung von BSI bzw. BfDI auskommen und werden meistens von maximal einer Spitzenorganisation verantwortet.

3.3. Ausbau und Nutzung der Telematikinfrastruktur

In weiteren, zum Teil bereits in Konzeption befindlichen Ausbaustufen ist die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur in Hinblick auf neue Basisfunktionalitäten und die Umsetzung von weiteren Anwendungen vorgesehen. In diesen Ausbaustufen sollen z. B. die Notfalldaten des Versicherten sowie die Angaben zu Allergien und eingenommenen Medikamenten zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren ist geplant, die Anwendungen zur Überprüfung der Wechselwirkungen von Medikamenten (Arzneimitteltherapie-sicherheit, Medikationsplan) zu integrieren und die Möglichkeit der Speicherung der elektronischen Organspendeerklärung auf der eGK zu schaffen.

Darüber hinaus wurde durch den Gesetzgeber unter anderem vorgeschrieben, dass die eGK auch das elektronische Rezept, die Patientenquittung und die Patientenakte unterstützen muss. Diese Anwendungen sind jedoch bisher noch nicht durch die gematik projektiert. Darüber hinausgehende Anwendungen mit anderen Zielsetzungen sind vorstellbar.

3.4. Finanzierung der Telematikinfrastruktur

Die Finanzierung der Telematikinfrastruktur setzt sich aus zwei gesetzlich geregelten Teilen zusammen. Dies ist zum einen die Finanzierung der gematik, zum anderen die Finanzierung der Ausstattung der Leistungserbringer. Grundsätzlich ist festzustellen, dass entsprechend der gesetzlichen Regelungen des SGB V ausschließlich (zu 100 Prozent) die gesetzliche Krankenversicherung für die Finanzierung der Telematikinfrastruktur aufkommt.

Die dafür erforderlichen Regelungen enthält § 291a Abs. 7 SGB V. Die GKV entrichtet je Mitglied einen bestimmten, durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) per Rechtsverordnung jährlich festgelegten Betrag an die gematik. Bei der Festsetzung des Betrages hat das BMG den Mittelbedarf der gematik sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass entsprechend der gesetzlichen Regelungen des SGB V ausschließlich (zu 100 Prozent) die gesetzliche Krankenversicherung für die Finanzierung der Telematikinfrastruktur aufkommt.

Im selben Absatz ist auch festgelegt, dass die Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen eine Vereinbarung zur Finanzierung der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, treffen. Darüber hinaus sind die Kosten, die bei den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur anfallen, zu finanzieren.

Die Nachfrage der Leistungserbringer (und ggf. weiterer Anwender) nach der erforderlichen technischen Ausstattung soll einen Markt schaffen, der durch den gesetzlichen Rahmen gemäß § 291b SGB V gefördert wird.

Der Gesetzgeber hat somit die Finanzierung der grundlegenden Kosten, d. h. der Kosten der Infrastruktur bei Krankenhäusern, Apotheken und Vertragsärzten außerhalb der Vergütung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) geregelt. Über das marktöffene Modell schafft er somit Anreize für die Industrie, im Wettbewerb kostengünstige Lösungen zu erarbeiten.

4. Auswirkungen des E-Health-Gesetzes

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) soll vor allem den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung konkreter Telematikanwendungen endlich voranbringen. Der hierfür vorgesehene Ansatz, dem Prozess durch das Setzen konkreter Fristen und Sanktionsmechanismen die nötige Dynamik zu verleihen, ist grundsätzlich richtig. Nicht zuletzt durch eine Sperre der Zuweisungen an die gematik und eine Erklärung des Verwaltungsrats im Januar 2015 hat der GKV-Spitzenverband nachdrücklich auf den Handlungsbedarf hingewiesen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen hat es oberste Priorität, dass die sichere Telematikinfrastruktur zukünftig als einziges Netz für die Übertragung medizinischer Daten zulässig ist. Allein die Telematikinfrastruktur kann nachweisen, die höchsten Sicherheitsanforderungen, die durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) an die Übertragung sensibler Gesundheitsdaten gestellt werden, zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund ist es abzulehnen, dass die Krankenkassen finanzielle Anreize in Form von Telematikzuschlägen für Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief oder Entlassbrief leisten sollen, bevor die Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht. Diese finanziellen Anreizsysteme im Vorgriff auf die Telematikinfrastruktur führen dazu, dass Parallelinfrastrukturen, denen sowohl eine Bestätigung hinreichender Sicherheit zur Einhaltung geforderter Sicherheitsanforderungen als auch eine ordentliche Zulassung fehlen, gefördert werden.

Unter anderem sieht die Neuregelung des Gesetzes die Anpassung des EBM bezüglich der Aufnahme von telemedizinischen Leistungen wie z. B. die telemedizinische konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vor. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann diese Anwendung unter Nutzung der Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur dazu beitragen, die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Darüber hinaus lehnt es der GKV-Spitzenverband ab, bei der inhaltlichen Ausgestaltung einzelner ärztlicher Leistungen, für die noch weitere Anschubfinanzierungen zu leisten sind, lediglich ins Benehmen gesetzt zu werden. Danach müssten die Krankenkassen zahlen, ohne bei der Ausgestaltung von weiteren im Gesetzentwurf genannten Anwendungen wie zum Beispiel dem Medikationsplan, dem eArztbrief oder dem eEntlassbrief die Bedürfnisse der Versicherten einbringen und die wirtschaftliche Ausgestaltung einfordern zu können. Stattdessen ist eine gleichberechtigte Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes bei der Ausgestaltung der Leistungen für Versicherte vorzusehen.

Grundsätzlich sind die Zielsetzung und die Impulse des Gesetzes für den weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte zielführend. Die Schaffung der technologischen Basis ist für die dringend benötigten medizinischen Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen unerlässlich. Die finanzielle Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur zu rechtfertigen, wenn es endlich gelingt, die Telematikinfrastruktur zu errichten und der elektronischen Gesundheitskarte mit den seit Jahren gesetzlich vorgesehenen Anwendungen zu einem spürbaren Mehrwert zu verhelfen.

Glossar

Basis-Rollout

Bezeichnet das Projekt zur Implementierung der Grundvoraussetzungen bei den Leistungserbringern zum Austausch der bisherigen Krankenversicherungskarte gegen die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und den Versand der eGK durch die Kostenträger.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Definiert den Inhalt der abrechnungsfähigen, vertragsärztlichen Leistungen. Durch die Zuordnung einer in Punkten ausgedrückten Bewertung für jede Leistung wird das wertmäßige Verhältnis der ärztlichen Leistungen zueinander ausgedrückt.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die elektronische Gesundheitskarte ist die Nachfolgerin der in § 291 SGB V beschriebenen Krankenversicherungskarte. Entsprechend den Vorgaben des § 291a SGB V ist sie neben dem Ausweis zur Inanspruchnahme von Leistungen der GKV auch in der Lage, den Versicherten Zugriff auf ihre personenbezogenen medizinischen Daten in der Telematikinfrastruktur zu gewähren.

Elektronische Patientenakte

Ist eine freiwillige Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß § 291 Abs. 3 Nr. 4 SGB V, die Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte sowie Impfungen beinhaltet, um eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation zu ermöglichen.

Elektronischer Arztbrief

Umfasst die elektronische Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichte und Bildern zwischen ärztlichen Leistungserbringern für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation.

gematik

Die gematik ist die Gesellschaft für Telematik gemäß den gesetzlichen Vorgaben in § 291b SGB V. Ihre Gesellschafter sind neben dem GKV-Spitzenverband die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die

Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apothekerinnen und Apotheker auf Bundesebene.

Heilberufsausweis (HBA)

Der Heilberufsausweis ist eine personenbezogene Mikroprozessorchipkarte mit Funktionen zur Verschlüsselung und digitalen Signatur, mit dem sich Angehörige der Heilberufe (z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Apothekerinnen und Apotheker) gegenüber der Telematikinfrastruktur ausweisen und vertraulich (d. h. verschlüsselt) kommunizieren können. Außerdem enthält er Möglichkeiten zur rechtsverbindlichen elektronischen Signatur des entsprechenden Leistungserbringers entsprechend Signaturgesetz.

Interoperabilität

Interoperabilität ist die Fähigkeit unabhängiger, verschiedenartiger elektronischer Systeme, möglichst nahtlos zusammenzuarbeiten, um Informationen auf effiziente und verwertbare Art und Weise auszutauschen bzw. der Benutzerin oder dem Benutzer zur Verfügung zu stellen, ohne dass dazu gesonderte Absprachen zwischen den Systemen notwendig sind.

Konnektor

Der Konnektor koordiniert und verschlüsselt die Kommunikation zwischen Arztcomputer, eGK, HBA/SMC und zentraler Telematikinfrastruktur. Er stellt damit das Bindeglied zwischen diesen Bestandteilen der Telematikinfrastruktur (TI) auf Leistungserbringerseite und der zentralen TI dar.

Smartcard (SMC)

Wird alternativ auch als Chipkarte oder Integrated Circuit Card (ICC) bezeichnet und ist eine spezielle Kunststoffkarte mit eingebautem integriertem Schaltkreis (Chip), der einen Speicher oder auch einen Mikroprozessor enthält. Chipkarten werden durch spezielle Kartenlesegeräte angesteuert. In

der Telematikinfrastruktur sind eGK, HBA und SMC-B Smartcards.

SMC bzw. SMC-B

Die SMC-B ist ein Schlüsselspeicher für Schlüssel, die eine Einheit oder Organisation des Gesundheitswesens (z. B. Praxis, Apotheke, Krankenhaus) ausweisen. Diese Schlüssel dienen als Ausweis gegenüber der eGK und gegenüber anderen Bestandteilen der TI.

Telekonsil

Telemedizinische Anwendung, die den Austausch von Patientendaten zwischen zwei oder mehreren Ärztinnen und Ärzten des gleichen oder eines anderen Fachbereichs durch die Nutzung moderner audiovisueller Kommunikationsmittel beschreibt. Im Rahmen des Telekonsil können u. a. Bilder zur (Erst-)Befundung an Expertinnen und Experten übermittelt und/oder Videokonferenzen mit Expertinnen und Experten zum Austausch über Befundung durchgeführt werden.

Telematikinfrastruktur (TI)

Die Telematikinfrastruktur ist die bevorzugte Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur des deutschen Gesundheitswesens mit allen technischen und organisatorischen Anteilen. Die Telematikinfrastruktur vernetzt alle Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens miteinander und ermöglicht dadurch einen organisationsübergreifenden Datenaustausch innerhalb des Gesundheitswesens. Die Telematikinfrastruktur unterstützt die Anwendungen der Versicherten gemäß § 291a SGB V und bildet darüber hinaus die Plattform für weitere interoperable und kompatible IT-Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen.

Telemedizin

Telemedizin dient der Überwindung räumlicher Entfernung im Rahmen von medizinischen Sachverhalten. Sie beinhaltet sowohl die Messung, Erfassung und Übermittlung von Informationen als auch die Anwendung medizinischer Verfahren mit Hilfe elektronischer Informations- und Kommuni-

kationstechnologien. Sie kommt in der Kommunikation von Ärztinnen, Ärzten und ggf. nichtärztlichem Fachpersonal untereinander sowie in der ärztlichen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten zum Einsatz.

Telemonitoring

Telemedizinische Anwendung, bei der Vitalparameter (z. B. Blutdruckwerte) automatisch erhoben und kontinuierlich (i. d. R. in täglichem Turnus) an (eine oder mehrere) Ärztinnen bzw. Ärzte, um diese bei klinischen oder gerätetechnischen Ereignissen zeitnah zu informieren und eine frühzeitige medizinische Intervention zu ermöglichen.

Telemedizinische Funktionsanalyse/ Telenachsorge

Die von Implantaten (z. B. Defibrillatoren) erhobenen Vitalparameter werden kontrolliert, d. h. manuell und in festgelegten Zeitabständen zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt übertragen. Die Telenachsorge dient insbesondere der Funktionsüberprüfung von Implantaten.

Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

Anwendung zur Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Basis-Daten von Versicherten gemäß § 291 SGB V.

VPN-Tunnel

Eine dank Verschlüsselungstechnologien abhörsichere „Leitung“ durch das Internet, mit deren Hilfe Dritte weder an der Kommunikation zwischen den Tunnel-Endpunkten teilnehmen, noch in diese Einsicht erlangen können.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

kontakt@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de