



Wichtige Bestimmungen des GMG zur Einführung neuer Telematikanwendungen im Gesundheitswesen

Roland H. Kaiser, Frankfurt

Zum 1. Januar 2004 trat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) unter anderem mit zahlreichen neuen Bestimmungen und Änderungen des SGB V¹ zum Einsatz elektronischer Kommunikationsmittel im Gesundheitswesen in Kraft.

§ 67 Abs. 1 fordert sehr allgemein: „Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern so bald und so umfassend wie möglich durch die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichten, die sich auch für eine einrichtungsübergreifende fallbezogene Zusammenarbeit eignen, ersetzt werden.“ Gemäß Abs. 2 soll dieser Prozeß durch die Krankenkassen und Leistungserbringer und ihre Verbände unterstützt werden.

Ohne Zweifel erfordern solch tiefgreifenden Veränderungen sehr hohe, kaum präzise kalkulierbare Investitionen in einem Gesundheitswesen, das derzeit in fast allen Bereichen unter starkem Kostendruck steht. Der mageren Finanzierungshinweis im Abs. 2 vermag kaum zu überzeugen – es ist derzeit nicht ersichtlich, woher die erforderlichen Mittel für die Umsetzung dieser Vorgabe herkommen sollen. Die Einführung elektronischer Kommunikation alleine führt auch keineswegs zwangsläufig zu Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Hier müßten vorweg zuerst einmal die Investitions- und Einführungskosten wieder erwirtschaftet werden.),

sondern kann höchstens durch effizientere Kommunikation die dazu erforderliche Verbesserung von Versorgungsprozessen unterstützen.

Dies klingt in der Fokussierung auf Daten, die sich für „...eine einrichtungsübergreifende fallbezogene Zusammenarbeit eignen...“ auch an, und aus der Gesetzesbegründung geht auch klar hervor, daß die Vorschriften des § 67 der Unterstützung der Integrierten Versorgung (gem. §140a ff) und der Disease-Management-Programme (i.S.d. § 137f) dienen sollen. Unter Datenschutzgesichtspunkten eröffnet eine umfassende, fallbezogene Datenerfassung und -übermittlung der Leistungserbringer aber auch z. B. den Krankenkassen und ihren Beauftragten grundsätzlich die technischen Möglichkeiten des „Mißbrauches“ solcher Daten für vielfältige Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen. (Wichtiger als das häufig diskutierte Problem der technischen Datensicherheit gegen unbefugten Zugriff beliebiger Dritter, z. B. auf dem Übertragungswege, ist also die Gefahr des möglicherweise sogar „legalen Mißbrauches durch Systembeteiligte“.)

§ 68 enthält eine Kann-Regelung zur Finanzierung besonderer persönlicher elektronischer Gesundheitskarten durch die Krankenkassen. Diese letztlich wohl Wettbewerbsüberlegungen und Kontrollinteressen der Kassen entsprungene Regelung erscheint in Hinblick auf das Ziel einheitlicher übergreifender Kommunikationsstrukturen und der Einführung einer elektronischen Krankenversicherten-/Gesundheitskarte (vgl. § 291 und

291a) wenig sinnvoll und ökonomisch.

§ 87 Abs. 1 verpflichtet die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag, „Spätestens bis zum 1. Januar 2006...“ einen „...elektronischen Verordnungssatz für die Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.“ Dies ist neben der elektronischen Gesundheitskarte und einem elektronischen Ausweis für Ärzte und Apotheker (HPC = Health Professional Card) eine Grundvoraussetzung für das „elektronische Rezept“.

§ 291 Abs. 1 beschreibt die zukünftige Krankenversichertenkarte. Sie trägt ein Lichtbild des/der Versicherten, „...muß technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.“, und ist gemäß Abs. 2a bis spätestens 1. Januar 2006 zur „elektronischen Gesundheitskarte“ i.S.d. § 291a zu erweitern.

Als anfängliche Mindestfunktionalitäten (zu realisieren bis 1. Januar 2006) der neuen elektronischen Gesundheitskarte fordert das Gesetz:

- Versichertenkarte i.S.d. § 291 mit EG-weiter Nutzbarkeit
 - Aufnahme von Daten über Leistungsansprüchen und für Abrechnung
 - elektronisches Rezept
- Später sollen dann u. a. hinzukommen:
- Daten zur Arzneimitteldokumentation
 - medizinische Notfalldaten



- elektronischer Arztbrief, elektronische Patientenakte und eigene Daten des Versicherten

Der Zugriff Befugter (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker etc.) auf Daten der Gesundheitskarte soll nur mittels eines neuen „elektronischen Heilberufsausweises“ (Health Professional Card = HPC) möglich sein.

An die „Vollversion“ der elektronischen Gesundheitskarte sind zahlreiche hochgesteckte Erwartungen geknüpft, die sich aber sicher nicht alle in vollem Umfange erfüllen werden – z. B.:

- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Verbesserung der Notfallversorgung und Arzneimittelsicherheit
- bessere Information und Compliance der Patienten
- personenbezogene Daten für Versorgungsforschung
- „kumulative Patientenaktenfunktion“
- kommunikative Vernetzung der Sektoren und Unterstützung neuer Versorgungsformen
- wirtschaftliche Einsparungen

Zur Umsetzung des Gesamtkonzeptes sollen gem. § 291a Abs. 7 Krankenkassen, KVen, Ärztekammern, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Apotheker auf Bundesebene **bis spätestens 1. Oktober 2004** die „...erforderliche Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsstruktur.“ ver-

einbaren. „Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.“ Die Ärzteschaft steht damit vor der Herausforderung, bis zu diesem Zeitpunkt eine definitive Spezifikation für einen elektronischen Arztausweis festzulegen und diesen bis 2006 auch tatsächlich einzuführen. Wichtige Funktionen eines solchen Ausweises müssen u. a. sein:

- Sichtausweis
- elektronische Signatur
- Zugriffsautorisierung für Daten auf elektronischer Gesundheitskarte
- Verschlüsselung, z. B. bei Kommunikation von Patientendaten.

Das elektronische Rezept wird voraussichtlich die erste und einzige wirklich neue Anwendung für elektronische Versichertenkarte und Arzt/Apotheker-Ausweis sein. (Die Zeitvorgabe 1. Januar 2006 für deren Einführung dürfte – soweit derzeit absehbar – allerdings eher Wunschtraum des Bundesgesetzgebers als realistische Zeitplanung darstellen.) Vom elektronischen Rezept versprechen sich Apotheker und Krankenkassen wesentliche Effizienzsteigerungen und Kostereinsparungen (Schätzungen sprechen von bis zu 500 Mill. Euro p. a.) bei der Versorgung mit und Abrechnung von Arzneimitteln – ein unmittelbarer finanzieller Nutzen für die Ärzte ist nicht erkennbar. Dem stehen erwartete Investitionskosten von ca. 1.200 – 1.400 Mill. Euro (da-

von ca. 300 Mill. bei Ärzten/Zahnärzten) für die Ersteinführung der erforderlichen Technik und jährliche Betriebskosten von ca. 120 – 150 Mill. Euro (70 – 80 Mill. für Ärzte/Zahnärzte) gegenüber. Die allgemeine Lebenserfahrung lehrt, daß bei derartigen umfangreichen und langwierigen Projekten die erforderliche Zeit und die Gesamtkosten in der Regel deutlich unterschätzt werden und die vorausgesagten „Einsparungen“ nur zögerlich und/oder nicht im erhofften Umfange anfallen. Derzeit gibt es Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen mit dem Ziel, über eine Art Gebühr für jedes ausgestellte elektronische Rezept den Ärzten zumindest eine gewisse Rückerstattung ihrer Aufwendungen für Lesegeräte, sonstige EDV Hard- und Software, Zeitaufwand für Einarbeitung und Mitarbeiterschulung etc. zu sichern. Konkrete Ergebnisse liegen aber noch nicht vor.

Das GMG wird also auch hinsichtlich des Einsatzes moderner IT-Technologie im Gesundheitswesen zu umfangreichen Veränderungen führen. Aus Sicht der Ärztekammern gibt es viele grundsätzlich positive Ansätze - es sind aber auch erhebliche Belastungen zu erwarten - und vor übertriebenem Optimismus und Unterschätzung einiger Probleme ist zu warnen.

¹ Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V), gesetzliche Krankenversicherung

Anzeige

eigener techn. Service	<p>NEU NEU NEU NEU</p> <p>Besuchen Sie unsere moderne, eigene Möbel- und Geräte- Ausstellung!</p> <p>Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen aller Fachrichtungen</p> <p>MEDOR® -Einrichtungsberater</p> <p>Medizintechnik · Praxiseinrichtung · techn. Service</p> <p>Dipl.-Ing. Keil + Kistler</p> <p>Heinrich-Heine-Str. 6 · 35440 Linden/Gießen</p> <p>Fon: (0 64 03) 97 23 50 · Fax: (0 64 03) 9 72 35 55</p> <p>e-mail: info@keil-kistler.de</p> <p> PC gestützte cardiopulmonale Diagnostik</p>
------------------------	---

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Kaiser
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt/Main
Tel. 069/97672-118
Fax 059/97672-224
E-Mail: roland.kaiser@laekh.de

Schlüsselwörter

elektronisches Rezept – elektronischer Arztausweis – elektronische Gesundheitskarte – GMG – Telematik – Informationstechnologie – Gesundheitswesen