

Berlin, 23.06.2003

Stellungnahme IV

für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages (Anhörung am 30.06.2003)

1. zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems”
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

- Drucksache 15/1170 -

2. zu dem Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weitere Abgeordnete und der Fraktion der CDU/CSU,

“Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen- Gesundheitspolitik neu denken und gestalten”

- Drucksache 15/1174 -

3. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP, “Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen”

- Drucksache 15/1175 -

soweit es sich dabei um Regelungen zur

- **Stärkung der Patientensouveränität**

und damit im Zusammenhang stehende weitere Bestimmungen handelt,

mit besonderer Berücksichtigung der einer **elektronischen Gesundheitskarte und -akte**.

I.

Allgemeine Vorbemerkungen

Grundannahmen:

- Interesse an und Einfluss der Bürger auf ihre Gesundheit wachsen,
- Ohne direkte Berücksichtigung des Versichertenverhaltens sind nachhaltige Verbesserungen nicht zu erwarten,
- Der bisherige Fokus der Politik liegt zu stark bei Leistungserbringern und Kostenträgern (siehe 1. Abbildung im Anhang),
- Eine elektronische Patientenakte, bei der der Versicherte und Patient die Hoheit über seine Gesundheitsdaten erhält und aktiv in die Entscheidungsprozesse einbezogen wird, ist geeignet, die Patientensouveränität nachhaltig zu stärken.

Bottom-up-Betrachtung:

Es vollzieht sich derzeit ein kontinuierlicher Rollenwechsel der Gesunden und Kranken im Gesundheitswesen. Immer mehr Bürgerinnen und Bürger wollen sich als mitgestaltende Partner sehen („*Nothing about me without me*“), was sowohl ihre eigene Gesundheit als auch Entscheidungsprozesse, Gestaltung und Wahlmöglichkeiten im System betrifft.

Die Politik ist gut beraten, wenn sie diese Entwicklung aufgreift und Rahmenbedingungen entwickelt bzw. weiterentwickelt, um Eigenverantwortung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger durch gesetzliche und strukturelle Maßnahmen zu fördern. Denn die Mitwirkung der Versicherten und Patienten stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Erreichung individueller und kollektiver Gesundheitsziele dar.

Top-down Betrachtung:

Das individuelle gesundheitliche Verhalten der Bürger spielt bei der zukunftsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine ausschlaggebende Rolle. Sie verfügen über das wesentliche Potenzial zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Zerstörung ihrer Gesundheit. Und damit über den größten Kostenfaktor und das größte Sparpotential im Gesundheitswesen. Dies gilt auch – unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensumstände – für Behinderte, Schwerkranke und soziale Randgruppen. Das institutionelle Gesundheitssystem kann nämlich im Durchschnitt nur maximal 40% zur Erreichung der allgemeinen Gesundheitsziele beitragen. (Diese Feststellung basiert auf Angaben des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen und wurde auch durch weitere neuere Untersuchungen bestätigt).

Dazu muss den Bürgern und Versicherten eine bei Bedarf abrufbare professionelle Unterstützung und Anleitung (Coaching) zur Verfügung stehen.

Das deutsche Gesundheitswesen hat aber in der Vergangenheit gerade den Aspekt der Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung vernachlässigt. Es gibt zu geringe Anreize zum eigenverantwortlichen Handeln. Eine der Folgen ist auch eine unsolidarische Überbeanspruchung und Fehlnutzung des Systems.

Aus Sichtweise des BMC sollte der Bürger seine Gesundheit entsprechend seinem Leistungsvermögen weit gehend eigenverantwortlich gestalten, basierend auf einem gesetzlich definierten Standard und einer allgemeinen solidarischen Versicherungspflicht.

Dieser Paradigmenwechsel verlangt die Förderung des gesundheitlichen Selbstmanagements statt Fremdsteuerung des Versicherten.

Der BMC betrachtet die Erziehung zu einem bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit als vorrangige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auf allen Stufen des Bildungssystems erfüllt werden muss und nicht alleine vom Gesundheitswesen geleistet werden kann.

Selbstbestimmung ist ein Element der Solidarität, die sowohl Rechte wie auch Pflichten definiert.

Der BMC spricht sich für Regelungen aus, die in diesem Sinne die Patientensouveränität stärken.

II.

Stellungnahme zu speziellen Regelungen

1. Versorgungsstrukturen

a) Integrierte Versorgung

Die Orientierung der Strukturen und an der Versorgungskette und die Überwindung der sektoralen Zergliederung sowie der Schnittstellenprobleme des gegenwärtigen Systems kommt den Erfordernissen der konkreten Behandlungssituation von Patienten entgegen, soweit sie einer sektorübergrei-

fenden Kooperation der Leistungserbringer bedürfen. Insofern ist die Förderung der Integrierten Versorgung zu begrüßen. (Näheres hierzu in der Stellungnahme des BMC vom 23.06.2003).

Dabei müssen die Rahmenbedingungen gewährleisten, dass die berechtigten Interessen und Rechte der versorgten Patienten und eingeschriebenen Versicherten gewahrt und durchgesetzt werden können, insbesondere durch :

- Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versorgungsformen und unterschiedlichen Versicherungspaketen,
- verlässliche Informationen und Transparenz über das Leistungsgeschehen der im Qualitätswettbewerb stehenden Versorgungsformen als Voraussetzung für eine Wahlentscheidung,
- Definition eines Versorgungsstandards, der nicht unterschritten werden darf,
- Freiwilligkeit der Teilnahme,
- Einführung eines Versichertenbeirates der eingeschriebenen Versicherten als deren legitimer Interessensvertretung.

b) Coachingfunktion versus Hausarztssystem

Der BMC geht davon aus, dass Versicherte und Patienten bei Ihrer Lebensführung und Krankheitsbewältigung je nach Situation der professionellen Anleitung und Hilfe im Sinne einer „Coaching-Funktion“ bedürfen. "Coaching" im Gesundheitswesen ist eine eigene, qualifizierte Dienstleistung.

Der BMC weist darauf hin, dass die alleinige Beschränkung auf ein Hausarztssystem dem differenzierten Anforderungsprofil nicht in allen Fällen gerecht werden kann.

2. Qualitätssicherung und Transparenz

a) Externes Qualitätsmonitoring (neutral, pluralistisch, unabhängig und staatsfern)

Für die Bewertung der Versorgungsqualität vor Ort sollte im Versicherten- und Patienteninteresse eine neutrale, unabhängige, kompetente und pluralistische Einrichtung zuständig sein, an der auch Patientenvertreter zu beteiligen sind. Hierfür kommt nach Vorstellungen, die im BMC diskutiert werden, eine Stiftung analog „Stiftung Warentest“ oder nach dem Muster der NCQA in Frage, zu deren Aufgaben Versorgungsforschung, Prozeßmonitoring, Outcomes Research, Benchmarking, Herstellung von Transparenz für Patienten, Definition und Weiterentwicklung von Standards, Zertifizierung und ggf. die Schaffung von Grundlagen für notwendige Sanktionen gehören.

Eine derartige zur Neutralität verpflichtete und unabhängige externe Qualitätssicherungsinstitution wäre ein Steuerungsinstrument, das Qualitätsverluste für Patienten und/oder Nachteile für Leistungserbringer verhindern hilft. Eine nur interne oder einseitig gesteuerte externe Qualitätssicherung (z.B. ausschließlich durch Leistungserbringerorganisationen, eine Körperschaft, eine Behörde oder ein wissenschaftliches Institut) birgt die Gefahr, zu stark an Partialinteressen gebunden zu sein. Bei reinen Selbstverwaltungslösungen ist zu bedenken, dass auch Selbstverwaltungen nicht frei von Partialinteressen sind.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen steht der BMC sowohl der Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin nach §§ 139a-I der GMG-Entwurfassung als auch reinen Selbstverwaltungslösungen, die relevante Beteiligte an der Versorgung ausschließen, kritisch gegenüber.

3. Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Der BMC begrüßt die Benennung eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

4. Beteiligungs- und Stellungnahmerechte für Patienten- und Versichertenvertreter in Entscheidungsgremien

Eine Öffnung von Entscheidungsgremien hinsichtlich Anhörungs- und Mitwirkungsrechten von Versicherten- und Patientenvertretern ist zu begrüßen. Dazu gehören

- a) die Beteiligung an verschiedenen Gremien und Kommissionen, z.B.
 - Mitgliedschaft in der Kommission des Instituts für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
 - Mitgliedschaft im neu einzurichtenden „Steuerungsausschuss Telematik im Gesundheitswesen“ und Beirat der „Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz“,
 - ggf. Einbindung in neu einzurichtende Qualitätssicherungs- und Steuerungseinrichtungen (z.B. einer privatrechtlichen Stiftung zum Qualitätsmonitoring),
- b) sowie das Stellungnahmerecht bei
 - Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,
 - Rahmenempfehlungen über Heilmittelversorgung,
 - Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege,
 - und beim Hilfsmittelverzeichnis.

5. Informationstechnologische Vernetzung

Ein kontinuierlicher zielgerichteter Informationsfluss zwischen allen Beteiligten (Akteuren, Patienten und Versicherten) muss im Sinne einer effektiven und effizienten Versorgung gewährleistet sein.

Mit IT-Unterstützung können alle Prozesse unabhängig von Organisationsgrenzen abgebildet, eine einrichtungsübergreifende, multimediale elektronische Gesundheitsakte und das E-Rezept realisiert, die Transparenz der zur medizinischen und wirtschaftlichen Steuerung notwendigen Parameter erreicht sowie einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Qualitätsstandards zwischen Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen unterstützt werden (siehe Abbildung im Anhang).

Der BMC hält es deshalb für vorrangig, eine einheitlichen Telematikplattform für das Gesundheitswesen zu etablieren, Standards für Kommunikation und Dokumentation medizinischer Informationen festzulegen, die Finanzierung zum Aufbau der neuen Kommunikationsinfrastruktur sicherzustellen und Gesundheitsinformationssysteme für gesunde und kranke Bürgerinnen und Bürger zu zertifizieren.

a) e- Gesundheitskarte

Die e-*Gesundheitskarte* ist eine Karte mit oder ohne digitale Signatur (inklusive Server und Netzwerk zum Management und Backup der Karte) zwecks:

- Identifikation und Authentifikation des Inhabers
- Speicherung wichtiger administrativen Daten
- Speicherung medizinischer Notfalldaten
- Ermöglichung einer digitale Signierung von Dokumenten
- Transport einfacher, digitaler Daten bei Fehlen des Online-Zugriffs
- Schlüsselfunktion zur Gesundheitsakte

Nebenbedingung des Einsatzes einer Gesundheitskarte sind:

- Health Professional Card (HPC) für medizinisches Personal
- Zentrales Melderegister für Heil- und Assistenzberufe

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a des Gesetzentwurfs) auf freiwilliger Basis ist in diesem Sinne ein Schritt in die richtige Richtung. Sie muss aber durch eine elektronische Gesundheitsakte ergänzt werden.

b) e-Gesundheitsakte

Eine *e-Gesundheitsakte* ist ein digitalisiertes Dokument zur Speicherung von Gesundheitsdaten des Bürgers (z.B. Genom, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapien, Daten aus dem Präventionsbereich, Home-Care-Daten, etc) mit folgenden Eigenschaften:

- enthält alle relevanten Daten der Krankengeschichte
- ist unter Kontrolle des Bürgers
- ist jederzeit verfügbar

Dabei lassen wir hier zunächst offen, wo die Daten physisch vorhanden sein sollen (zentraler Rechner als Kopie, verteilt aber zugreifbar auf vernetzten Arzt- und Krankenhaussystemen). Allerdings ist eine Realisierung über Vernetzung der Originalsysteme schwer vorstellbar.

c) Finanzierung einer persönlichen elektronischen Patientenakte

Die im GMG-Entwurf (§ 68) vorgesehene mögliche finanzielle Unterstützung als Satzungsregelung der Krankenkassen für Versicherte für von Dritten angebotenen Dienstleistungen im Rahmen einer elektronischen Gesundheitsakte wird im Sinne der Stärkung der Patientenautonomie begrüßt.

6. Patientenquittung für ärztliche Leistungen auf Antrag

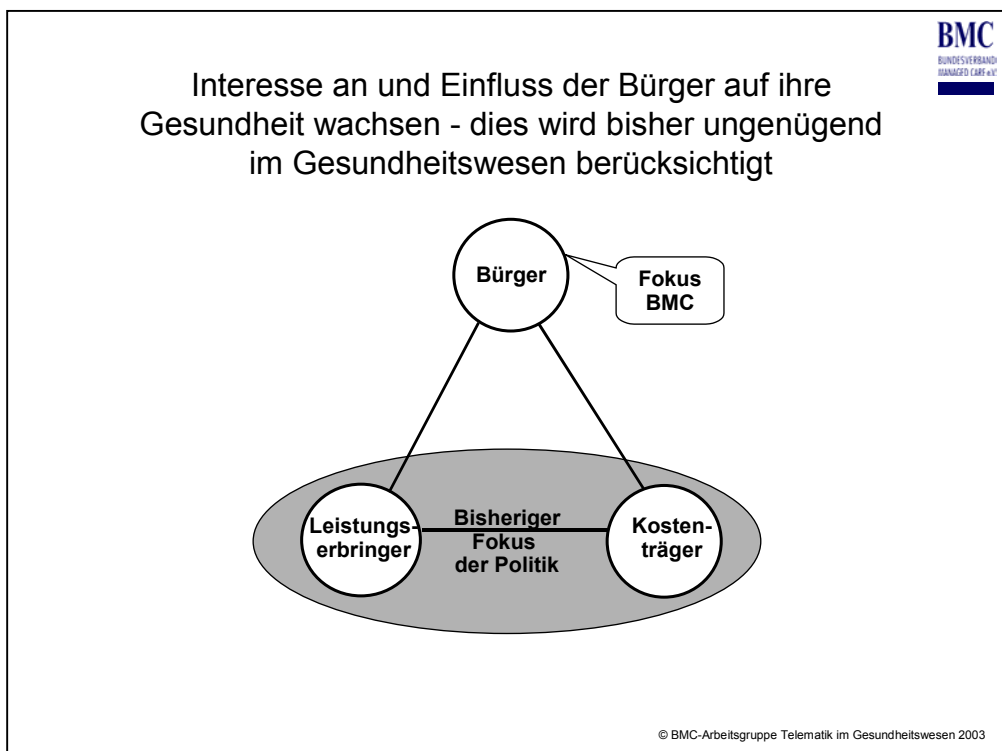
Die Erwartungen, die an eine Patientenquittung gestellt werden, sind zu hoch. Auf die Möglichkeit einer kontraproduktiven Wirkung muss hingewiesen werden, da eine solche Regelung dem Wunsch mancher Versicherter Vorschub leisten könnte, einen Anteil der hohen Krankenkassenbeiträge wieder „herauszubekommen“ und damit das Solidaritätsprinzip zu unterlaufen.

7. Beauftragte oder Beauftragter zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Die Bekämpfung von Missbrauch und Korruption wird durch die Einführung eines Bundesbeauftragten zusätzlich zu anderen Prüfmaßnahmen und der Einrichtung von Korruptionsbekämpfungseinheiten nicht sinnvoll gelöst. Dezentrales Monitoring und regelmäßige Stichproben des Leistungsgeschehens sowie Transparenz der Abrechnung und der Mittelverwendung erscheinen praktikabler, um Missbrauch und Korruption entgegenzuwirken. Es muss geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen die Dokumentation aller Vorgänge in einer e-Gesundheitsakte bei der Ermittlung in schwerwiegenden Verdachtsfällen hinzugezogen werden kann.

8. Sozialwahlen

Die Regelungen des Sozialwahlrechts sollten im Sinne einer echten Versichertenbeteiligung und Bildung einer Versichertenversammlung verändert werden. Bei der Wahl sollten auch Versicherten-, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zugelassen werden.



BMC
BUNDESVERBAND
MANAGED CARE e.V.

Definition e-Gesundheitsakte

Eine **e-Gesundheitsakte** ist ein digitalisiertes Dokument zur Speicherung von Gesundheitsdaten des Bürgers (z.B. Genom, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapien, Daten aus dem Präventionsbereich, Home-Care Daten, etc) mit folgenden Eigenschaften:

- Enthält alle relevanten Daten der Krankengeschichte
- Ist unter Kontrolle des Bürgers
- Ist jederzeit verfügbar
- Integration von Verwaltungs- und Abrechnungsdaten schrittweise ergänzbar

Schlussfolgerungen:

<p>Jederzeit: Zugriff zu und von allen Sektoren des Gesundheitswesens möglich (also auch im Notfall)</p>	<p>Kopie erscheint als der einzig gangbare Weg: Dokumentationspflicht der Ärzte bleibt unberührt, Redundanz ist gewollt und notwendig</p>	<p>Relevante Daten: also nicht zwingend alle, sondern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens Behandlungen, die einen Arztbrief erfordern würden • Gesundheitsbelastende oder teure Untersuchungen
---	---	--

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Abgrenzung zur e-Gesundheitskarte

- **Gesundheitskarte:**
 - Sicherstellung Authentifizierung des Patienten/Bürgers durch digitales Zertifikat
 - Ermöglicht digitale Signierung von Dokumenten
 - Speicherung der wichtigen, administrativen Daten
 - Versichertenkarte der 2. Generation
 - Inklusive Patientengeschlecht und eventuell Zuzahlungsstatus
 - Aufnahme relevanter Daten für Notfälle
 - Transport einfacher, digitaler Daten bei Fehlen des Online-Zugriffs
 - Kann als Zugangsschlüssel und Ergänzung der Gesundheitsakte gesehen werden
- **Nebenbedingung des Einsatzes einer Gesundheitskarte:**
 - Health Professional Card (HPC) für medizinisches Personal
 - Zentrales Melderegister für Heil- und Assistenzberufe

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende Prozesse, die mit der Gesundheitsakte unterstützt werden (1)

- Elektronischer Austausch der wesentlichen Dokumente innerhalb des Versorgungsablaufes und Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten aller am Prozeß Beteiligten:
 - Arztbriefe, OP-Berichte, Befunde, Behandlungspläne, Rezepte, Diagnoseergebnisse (teure und gesundheitsschädliche), Einweisungen, Überweisungen, Terminvereinbarungen
- Nutzung bereits bestehender Daten durch alle Dienstleister während des Behandlungsprozesses durch ständigen Zugriff
- Einsichtmöglichkeit der wesentlichen Dokumente und relevanten Informationen im Rahmen des Versorgungsprozesses durch den Bürger
- Schneller Zugriff zu kritischen Parametern im Notfall
- Abgleich und Vergleichsmöglichkeiten (inhaltlich und ökonomisch) mit standardisierten Behandlungspfaden
 - Für medizinisches Personal
 - Für den Bürger

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende Prozesse, die mit der Gesundheitsakte unterstützt werden (2)

- Wechselwirkungskontrolle von Medikamenten:
 - Individuelle Unverträglichkeiten
 - Kontraindikationen
- Kontextsensitive Information zur Erhöhung der Kompetenz
- Aktive Unterstützung von Prävention durch Statusverfolgung, Erinnerung und Aufklärung
- Schrittweise Ergänzung der Informationen zu den Kosten der Behandlung
- Steuerinformationen über pseudonymisierte Datenströme

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende Inhalte einer Gesundheitsakte

- Familien-Anamnese
- Labordaten
- Risikofaktoren
- Impfstatus
- Krankheitsgeschichte
- Monitoring-Daten von Diagnose-Geräten
- Präventionsrelevante Daten
 - Trainingspläne
 - Ernährungspläne
- Diese Daten werden jeweils um indikationsspezifische Datenstrukturen ergänzt.

© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende technische Funktionalitäten (1)

- **Ein- und Ausgabemöglichkeiten über verschiedene Kanäle**
 - Internet Browser am PC
 - SmartPhones und PDAs
 - Fax (In und Out)
 - In: Meßwerte, Kurzberichte
 - Out: Notfalldaten und ausgewählte Sichten in verschiedenen Sprachen
 - HomeCare-Devices, z.B.
 - Blutzucker-Messung
 - Pulsmessung
 - EKG
 - Waage
- **Erinnerungsfunktion**
 - E-mail
 - SMS
- **PKI (Public Key Infrastructure)**
 - Sichere und einfache Authentifizierung
 - Digitale Signatur für Dokumente
 - Möglichkeit von Signaturketten
 - Anbindung an Signatur-Management

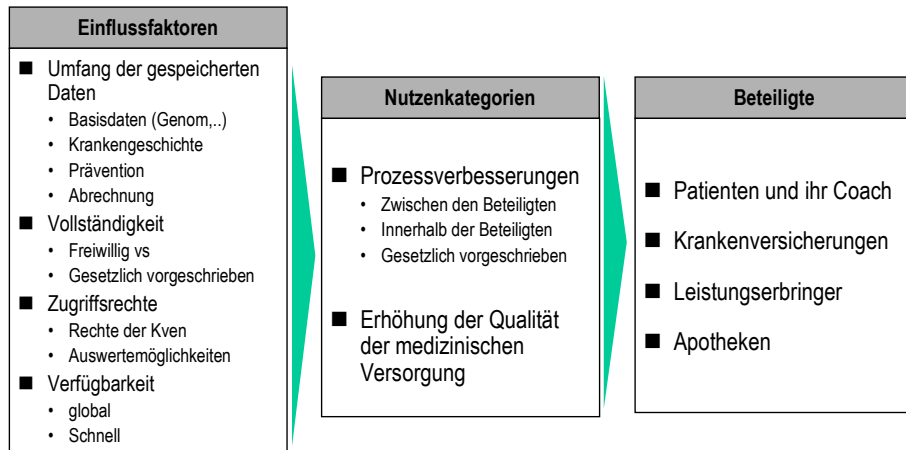
© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Grundlegende technische Funktionalitäten (2)

- **Kommunikationsfunktionen und User-Management-Funktionen**
 - Sichere interne E-Mail, externe e-mail-Anbindung
 - Suchfunktionen für Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser
- **Schnittstellenfunktionen**
 - Integration zu Laborsystemen
 - Anbindung klinischer Informationssysteme, Apothekensoftware- und Praxissoftware-Systeme
 - Medizinische Grunddaten
 - Arztbrief, OP-Bericht, Befunde
 - E-Rezept
 - Digitale Bilder
 - Systemübergreifende Workflow-Definition und -Verfolgung
 - Behandlungspläne
 - Terminmanagement
- **Patientenfokussiertes Berechtigungskonzept bis auf Feldebene**
 - Zugriffskontrolle
 - Protokollierung von Löschungen/ Änderungen – Audit-Fähigkeit
- **Gruppenspezifische Sichten einstellbar**

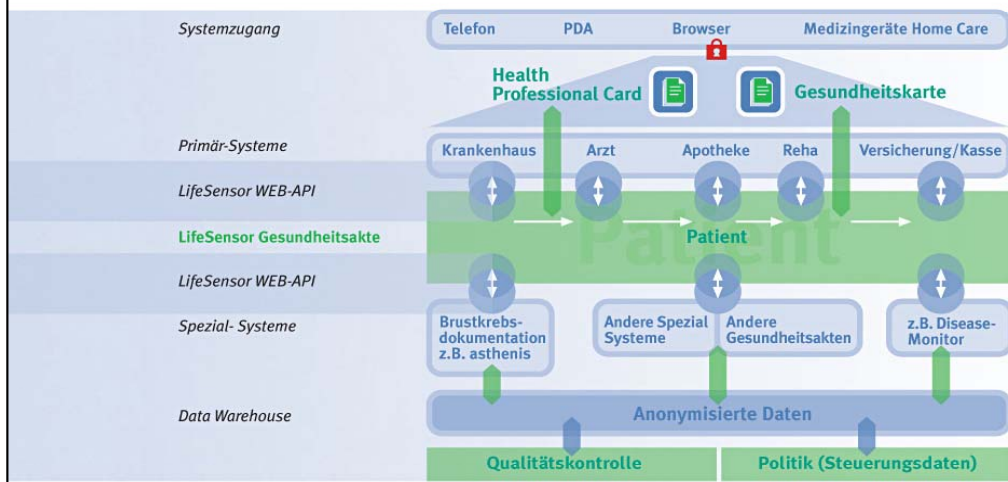
© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Nutzen von Gesundheitskarte und -akte ergeben sich bei allen Beteiligten der Gesundheitswertschöpfungskette, abhängig von Funktionsumfang, Vollständigkeit und Zugriffsrechten



© BMC-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen 2003

Schema einer informationstechnologisch und prozessorientierten Vernetzung des Versorgungssystems auf der Basis einer einheitlichen standardisierten Gesundheitsplattform



Generelle Services:
 → Fax In + Out
 → Übersetzungsdienst
 → Erinnerungsdienst
 → Kontextsensitiver Inhalt

Genutzte Plattformdienste:
 → Trust Center Services
 → Ärztl. Melderegister (geplant)
 → Krankheitsspezifisches Melderegister (geplant)
 → Zahlungsbüroprüfung (geplant)
 →

Der Versicherte und Patient wird in die Entscheidungsprozesse einbezogen

Quelle: ICW