

Digitalisierung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir?

13. Hans-Böckler-Forum zum Arbeits- und Sozialrecht
17.-18. Februar 2022, Berlin
Referent: Robert Spiller



1. Bestandsaufnahme: 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik?
2. Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens
3. Elektronische Patientenakte: Bestandsaufnahme nach einem Jahr Verfügbarmachung
4. Ausblick: Fragen und Handlungsbedarfe

1. Bestandsaufnahme: 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- Legislative Bilanz der Vorgängerregierung – Stand Ende 2021:
- in 32 Monate 34 Gesetze, davon 28 Gesetze mit Bezügen zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung
- 6 Gesetze mit ausschließlichem Schwerpunkt Digitalisierung
- Davon ausgehend **ambitionierte Entwicklungen mit langfristig potentiell weitreichenden Auswirkungen auf Versorgungsrealität:** u.a. Launch der elektronischen Patientenakte, Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen, digitaler Pflegeanwendungen, Rechtliche Voraussetzung für Telemedizin als Regelversorgung,
- dazu **strukturelle Veränderungen:** Neustrukturierung der Gematik, Weiterentwicklung des Telematik- Prozesses
- **Weiterführende Prozesse:** Einführung des Patientendaten- Schutz- Gesetz, Etablierung zentraler Versorgungsdatenforschung, Einstieg gesetzlicher Krankenkassen in Unternehmensbeteiligungen an App- Entwicklungen

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **Elektronische Patientenakte (ePA)**
- in der Umsetzung beschleunigt und ausgeweitet– als digitale Patientenakte (zb. Smartphone) seit 2021 für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen zugänglich
- Grundsatz: Selbstverwaltung und Einsichtnahme in versichertenbezogene Daten, optionale Datenfreigabe an Ärzte und Kontrolle des Datenschutzes, Sukzessive Erweiterung des Funktionskatalogs
- Versorgungsdaten der Versicherten werden an zentraler Stelle für Forschungszwecke verfügbar gemacht –betrifft sowohl ePA- Daten als auch pseudonymisierte Abrechnungs- und Versorgungsdatendaten

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

3-Phasen-Modell

So startet die ePA planmäßig 2021

1

Start der
*Einführungs-
und Testphase*
am 01.01.2021

- Alle Versicherten können von ihrer Krankenkasse eine elektronische Patientenakte erhalten und verwalten
- Vernetzung der ePA wird mit ausgewählten Leistungserbringern in Berlin und Westfalen-Lippe erprobt

2

Start der
Rollout-Phase
im 2. Quartal 2021

- Die ePA wird mit ca. 200.000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Apothekerinnen und Apothekern, sowie Krankenhäusern verbunden

3

*Flächendeckende
Vernetzung*
zum 01.07.2021

- Zum 01.07.21 sind alle Ärztinnen und Ärzte, sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte gesetzlich verpflichtet, sich an die ePA anzubinden

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- Seit 01.01.2022: Mutterpass, Impfausweis, Bonusheft und Untersuchungsheft für Kinder werden als Bestandteile in den Funktionsumfang der ePA aufgenommen
- Patientendaten- Schutz- Gesetz: Zur leistungserbringerseitigen Durchsetzung der ePA erfolgt zusätzliche Vergütungsfestschreibung (ambulant, stationär, Apotheken) bei erstmaliger Befüllung der ePA mit Daten als Anreiz für ePA-Nutzungsverbreitung (zb.Eintragung Notfalldaten pro Vers. 8,79€)
- Bei Nutzung der ePA durch 20 Prozent der Versicherten werden dadurch Mehrkosten i.H.v. 140 Mio. Euro prognostiziert
- Umfassende Regelungen zu Datensouveränität und Datenzugriffen – Klarstellung, dass ePA- Nutzung freiwillig erfolgt, ebenso freiwillige Nutzung der einzelnen Funktionen. Entscheidung der Versicherten, welche Daten wann und in welchem Umfang abgespeichert werden, soll durchgängig gewahrt bleiben.
- Daten aus DiGas / DiPas sollen in ePA übertragen werden können, um dort gebündelt für Leistungserbringer zur Verfügung zu stehen
- Regelung zu Datenspende: Versicherte erhalten voraussichtlich 2023 Möglichkeit zur freiwilligen, pseudonymisierten Datenspende zu Forschungszwecken bei Nutzung der ePA

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **Patienten-Datenschutz- Gesetz** (in Kraft seit 01.01.2021):
- Anbindung weiterer Leistungserbringer an Telematische Infrastruktur: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienstleister
- Elektronische Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel per E-Rezept auf Smartphone ab 01.01.2022
- Einführung elektronischer Überweisungsscheine
- -> **Sachverständigengutachten Digitalisierung:**
- Betrachtung der freiwilligen, informierten Versichertenentscheidung
- Befürwortung umfassender Datennutzung zu Forschungszwecken unter Voraussetzung der Anonymisierung

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **DiGa** können als **verordnungs- und erstattungsfähige** digitale Anwendungen den Versicherten verschrieben werden
- Wesentliche Voraussetzung: Feststellung „positiver Versorgungseffekte“ durch BfArM
- 1. medizinischer Nutzen: Verbesserung des Gesundheitszustands, Verkürzung der Krankheitsdauer, Verlängerung des Überlebens oder Verbesserung der gesamten Lebensqualität
- 2. patientenrelevante Verfahrens- und Strukturverbesserungen: verbessern die Teilhabe der Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung, Strukturierung des Therapiebeitrags
- Per Studie: Nachweis von 1.) oder 2.), dadurch gilt Nachweis positiver Versorgungseffekte als gesichert
- Kostenerstattung erfolgt durch gesetzliche Krankenkassen für anerkannte (im Anwendungskatalog enthaltene) Anwendungen



- zunächst auf 12 Monate befristete Aufnahme in Anwendungskatalog (bspw. Prüfung auf Funktion, Qualität und Datenschutz durch BfArM), wissenschaftliche Evaluation erst später
- Garantierte Vergütung der App-Entwicklung und Verschreibung per Marktpreis (erste 12 Monate), im Anschluss per Rahmenvertrag
- Denkbar breites Spektrum für Entwicklung und Vermarktung von Gesundheitsanwendungen aller Art

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

DiGA und Gesundheits-Apps sind nicht identisch

	DiGA	Gesundheits-App
Prüfung durch BfArM	Ja	Nein
Verschreibung durch Ärzte	Ja	Nein
Erstattung durch Krankenkasse	Ja	Nein
Unterstützung bei Krankheiten	Ja	Ja
Präventionsangebote	Nein	Ja
Folgekosten durch In-App-Käufe möglich	Ja	Ja
Werbung möglich	Nein	Ja

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik



DiGa-Bezeichnung	Anwendungsgebiet	Eigenschaften
deprexis	Leichte / mittlere /schwere Deperession	Dauerhaft genehmigt, webbasiert, zuzahlungsfrei
Elevida	Multiple sklerose	Dauerhaft genehmigt, webbasiert, zuzahlungsfrei
Invirto	Agoraphobie, Panikstörung	Vorläufig genehmigt, App-basiert, zuzahlungsfrei
Kalmeda	Tinnitus	Vorläufig genehmigt, App-basiert, zuzahlungsfrei
M-sense Migräne	Migräne	Vorläufig genehmigt, App-basiert, zuzahlungsfrei
Mika	Bösartige Neubildung cervix uteri / uterus / Ovar	Vorläufig genehmigt, App-basiert, zuzahlungsfrei
Rehappy	Zerebrale transitorische Ischämie, Intrazerebrale Blutung	Vorläufig genehmigt, App-basiert, zuzahlungsfrei

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **Einführung digitaler Pflegeanwendungen (DiPa):**
- Gesetz zur Digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege betrifft verordnungsfähige Anwendungen abhängig vom Pflegegrad und Bedarf
- Pflegekasse übernimmt bis zu 50 pro Monat für eine DiPa / Pflegeperson
- DiPa sollen zb. Pflegebedürftigen dabei helfen, eigenen Gesundheitszustand durch Übungen und Trainings zu verbessern, aber auch die Kommunikation mit Angehörigen und Pflegekräften erleichtern
- Neben Anwendungen zur Organisation und Bewältigung des pflegerischen Alltags unterliegen dem neuen Leistungsanspruch auch Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenzerkrankungen eingesetzt werden können

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

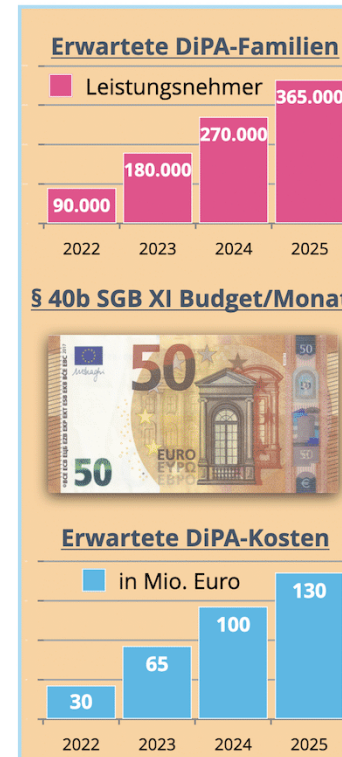


Infografik: Digitale Pflegeanwendungen DiPAs *Wir bringen Licht in den Pflege-Dschungel*



Perspektivische und reale Anwendungsbeispiele

Nutzergruppen/ DiPA-Kategorien	Pflegebedürftige Personen (ambulant)	Sorgende und Pflegendе Angehörige (SPA)	Pflegeberater/innen §37,3, §45, §7a
	3,6 Mio. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege	Weit über 5 Mio Hauptpflegepersonen und ihre Unterstützer	Pflegestützpunkte, Freie Pflegeberatungen, Ambulante Pflegedienste, u.a.
Betreuung, Begleitung, Kommunikation	Emma (A) *		
		myo (A) *	
		Telepflegezentrale (D)	
	Cafe / Kneipe Beisammensein (D)		
Information, Organisation, Administration	nui (A)		
	meinPAUL (A)	lidaa (D)	
	Pflege-Dschungel COCKPIT (D)		
Körperliche Themen	Lindera (A)		
	neolexon Aphasie (A)		
Kognitive Themen	memore (A) *		
	Memorado (A)		



© Pflege-Dschungel.de

A = Smartphone / Tablet APP
D = Browserbasierte DiPA für Desktop / Laptop

* mögliche DiPA-Angebote inklusive Hardware-Komponente erfordern neues monatliches Abo-Preismodell

Prognose-Erwartungen des BMG

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- Verhandlungen zu Rahmenvergütungen finden zwischen Pflegekassen sowie neu gegründetem Verband DiPa- Allianz der Pflegeverbände statt, zu dem zahlreiche Einzelverbände wie der Bundesverband der Betreuungsdienste und der Verein pflegender Angehöriger gehören
- Eine Beteiligung der GKV bei der Frage der Feststellung des Pflegenutzens ist nicht vorgesehen
- durch die Einführung von DiPa werden voraussichtlich zahlreiche, zentrale und sensible Fragestellungen im Kontext von Pflege und Betreuung berührt
- BMG kalkuliert mit vierjähriger Aufwuchsphase, bei der bis 2025 ca. 10% aller ambulant Pflegebedürftigen mit einer DiPa versorgt werden sollen
- dies würde nach gegenwärtigen Zahlen ca. 365.000 DiPa- Nutzende mit einem Kostenvolumen von ca. 120 Mio. € im Jahr 2025 bedeuten
- Seit 01.01.2022 sind DiPa als § 63 Abs. 3 SGB XI regulärer Bestandteil des Leistungsanspruchs im Rahmen der Hilfe zur Pflege

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **Telemedizin-** soll die Durchführung von Videosprechstunden ohne vorherige persönliche Konsultation von Ärzten als Regelfall ermöglichen
- Sicherstellung erleichterten Datenaustauschs zwischen einzelnen Versorgungsebenen und Ärzten durch simultane Softwarezugriffe auf Diagnosebestandteile und Patientendaten
- -> zb. digitale Übertragung von Aufnahmen von Computer- und Magnetresonanztomografien als Beinahe-Echtzeit-Auswertung
- -> Austausch zwischen verschiedenen Ärzten / Disziplinen per Telekonsil wird als extrabudgetäre Vergütung zusätzlich Vergütung, um Teilnahme und Durchsetzung zu

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **Ausbau der Telematik-Infrastruktur:** Apotheken sollen fortlaufend flächendeckend an TI angeschlossen sein
- freiwillige und nicht zeitlich begrenzte zusätzliche Anschlussmöglichkeit für Hebammen, Physiotherapeuten, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen sowie weitere Leistungserbringer
- Finanzielle Sanktionierung von Ärzten, die sich bis März 2020 nicht an TI angeschlossen haben, steigt – bis zu 2,5% Honorarabzug
- Höhere Vergütung für Versenden elektronischer Arztbriefe als für Versenden von Faxen

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- **Umbau der Selbstverwaltung:** Gematik als beauftragte Ebene der Gemeinsame Selbstverwaltung und bisheriger Treiber von ePa und Telematik wurde personell und fachlich eng an BMG gekoppelt
- Bund / BMG ist seit 2019 Mehrheitseigentümer der zuvor zu 50% durch GKV-Spitzenverband verwalteten Gematik (damit auch Schwächung der Gewerkschaften und Arbeitgeber, da diese im Verwaltungsrat des GKV-SV mitvertreten sind)
- zugleich Ausweis problematischer Einordnung der Selbstverwaltungsformen seitens BMG (sowohl gemeinsame Selbstverwaltung als auch soziale Selbstverwaltung –problematisch für Sozialpartner)

1. Bestandsaufnahme : 2017-2021 – Paradigmenwechsel oder Symbolpolitik

- Thesen:
 - 1. Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in der zurückliegenden Legislaturperiode kann **sowohl als** Paradigmenwechsel (Vervielfachung individueller Schnittstellen zur Nutzung) **als auch als** Symbolpolitik (tatsächlicher Wirkung digitaler Bestandteile der Gesundheitsversorgung unklar – quantitative Veränderungen der Versorgung sind nicht mit qualitativen Auswirkungen gleichzusetzen)
 - 2. Digitalisierung wurde politisch primär als Prozess der digitalen „Aufwertung“ der Leistungserbringerseiten mit amtlicher „Schützenhilfe“ verstanden (u.a. Rolle der Gematik, Konflikt mit Bundesdatenschutzbeauftragten, Ausgestaltung der leistungswirksamen Ausgaben der Krankenkassen mit Digitalisierungsbezug)
 - 3. Viele Prozesse sind „weitergekommen“, wenige wurden finalisiert

2. Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens

- Auszug Koalitionsvertrag:
- „Wir ermöglichen Innovationen und treiben die Digitalisierung voran“ (Z. 2650)
- „Die Approbationsordnung (*bei Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege*) wird mehr auf Digitalisierung, Ambulantisierung, Spezialisierung, Individualisierung (...) ausgerichtet“ (Z. 2731)
- „In einer regelmäßig fortgeschriebenen Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen und in der Pflege legen wir einen besonderen Fokus auf die Lösung von Versorgungsproblemen und die Perspektive der Nutzer*innen. In der Pflege werden wir die Digitalisierung u.a. zur Entlastung bei der Dokumentation, zur Förderung sozialer Teilhabe und für therapeutische Anwendungen nutzen. Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.“ (Z. 2752-2758)

2. Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens

- Auszug Koalitionsvertrag:
- „Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezepts sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastruktur an. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA- zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (opt-out). Die gematik bauen wir zu einer digitalen Gesundheitsagentur aus. Zudem bringen wir ein Registergesetz und ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz zur besseren wissenschaftlichen Nutzung in Einklang mit der DSGVO auf den Weg und bauen eine dezentrale Forschungsdateninfrastruktur auf.“
- „Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht. Wir verstetigen die Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben. Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V.“

2. Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens

- Beobachtung 1: kleinere spezifische Vorhaben
- -> Ausrichten der Approbationsordnung auf Digitalisierung

- Beobachtung 2: Fortschreibung laufender oder verzögerter Prozesse
- -> Beschleunigung der Einführung der ePA und des eRezeptes – beide Anwendungen sind Gesetzeslage; Wille zur Beschleunigung ist aus Not geboren
- -> Anbindung leistungserbringender Akteure an die TI – gesetzlich bereits beschlossen, ggf. Lückenschluss bei einzelnen Leistungsanbietern
- In der Pflege: Digitalisierung zur Entlastung bei der Dokumentation, zur Förderung sozialer Teilhabe und für therapeutische Anwendungen – gesetzlich durch DiPa begonnen
- Ermöglichen regelhafter telemedizinischer Leistungen – gesetzlich bereits verankert, eher Frage der Verbreitung und Akzeptanz in der Fläche

2. Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens

- Beobachtung 3: Ausbau der Angebotsseite
- -> Ausbau der gematik zur digitalen Gesundheitsagentur (Verstaatlichung?)
- -> Einführung Registergesetz, Gesundheitsdatennutzungsgesetz, Aufbau dezentraler Forschungsdateninfrastruktur

- Beobachtung 4: Unspezifischer Bereich des Bürokratieabbaus
- -> Bürokratieabbau als Voraussetzung für gute Versorgung der Patient*innen
- -> Belastungen durch Bürokratie werden kenntlich gemacht

- Beobachtung 5: Steigerung der Durchsetzung
- -> Alle Versicherten erhalten ePA; Nutzung bleibt freiwillig, jedoch künftig auf opt-out-Basis

2. Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens

- Einordnung
- viele Erwähnungen beziehen sich inhaltlich auf eine Fortführung von Prozessen, die durch Vorgängerregierung begonnen wurden.
- bestimmte versorgungsrelevante Aspekte werden nicht aufgeführt (bspw. Digitalisierung stationärer Versorgung, Schutz kritischer TI- Infrastruktur in der stationären Versorgung, Förderung von Digitalisierungsprogrammen in Krankenhäusern)
- Auswirkung von Digitalisierung auf Versorgung als „Lösung von Versorgungsproblemen“ Pflege-> Ausgestaltung?
- Perspektive der Versicherten, Nutzenfragen für Versicherte, Möglichkeit der Einbindung von Versicherten- und Patient*inneninteressen werden nicht gesondert aufgeführt
- Deutliche Betonung von Bürokratieabbau (Vergleich Wahlprogramm der FDP)
- Adressierung von Problemen bei den ePA- Nutzungen durch opt-out Zielsetzung

3. Elektronische Patientenakte: Bestandsaufnahme nach einem Jahr Verfügbarmachung

Gesetzlich verpflichtende Verfügbarmachung der elektronischen Patientenakte seit dem 01.01.2022 für alle GKV-Versicherten durch ihre jeweiligen Krankenkassen

- Aktuell zur Verfügung stehende Funktionen (sofern Leistungserbringer dafür ausgestattet sind): Impfpass, Mutterpass, U-Heft für Kinder, Zahnbonusheft
- Versicherte können pro Dokument über Zugriffsberechtigung entscheiden

- Nutzungszahlen: von 73,36 Mio. GKV-Versicherten wurden kassenübergreifend ca. 240.000 ePA-Konten beantragt
- dies entspricht einem Nutzungsgrad von 0,4 Prozent

- Ursachen?

3. Elektronische Patientenakte: Bestandsaufnahme nach einem Jahr Verfügbarmachung

- 1. Fehlen nutzerrelevanter Funktionen
- ein wichtiger Aspekt der ePA wurde nicht wie vorgesehen realisiert: e-Rezept sollte zum 01.01.2022 zur Verfügung stehen. Dies ist nicht der Fall.
- Pilotphase in Berlin Brandenburg Mitte Dezember gilt mittlerweile als gescheitert. Angestrebte realisierte Rezepte, die über die TI verschickt werden sollten: 1000 e-Rezepte
- Tatsächlich realisierte e-Rezepte: 42
- BMG hat in der Folge die Einführung des e-Rezeptes auf unbestimmte Zeit verschoben
- im Hintergrund divergierende Interessenlage: einerseits Gematik als staatlich beauftragter „Digitalisierungstreiber“, andererseits gemeinsame Selbstverwaltung als Hauptfinanzierer der Gematik (GKV trägt 93% der Kosten), die auf Richtungsentscheidungen und Ausgestaltung von laufenden Prozessen zuletzt wenig Einfluss nehmen konnten (und Steuerungshoheit an Bund abgeben mussten)
- -> mögliche Umsetzungsdefizite aufgrund technischer Fragen (flächendeckende Anbindung der TI- Infrastruktur bei Leistungserbringern hinkt hinterher) oder Differenzen zwischen Verbänden der organisierten Interessenvertretung und Rolle des Staates bei Digitalisierungsvorhaben

3. Elektronische Patientenakte: Bestandsaufnahme nach einem Jahr Verfügbarmachung

- 2. Akzeptanzprobleme und schlechte Nutzenbewertung auf Versichertenseite
- Bericht Tagesspiegel Background Gesundheit & e-Health 31.01.: Auswertung einer Studie zu Nutzungserfahrungen mit ePA- Anwendungen der gesetzlichen Krankenkassen
- Aussage: „Der anderthalbmonatige Test der EPA verschiedener Krankenkassen und von Krankenkassen-Apps sorgte vor allem für massive Frustrationserlebnisse. Das fängt bei der Registrierung an und hört bei der Nutzung auf.“
- - dabei offensichtliches Qualitätsgefälle zwischen standardisierter ePA zu kasseneigenen Apps (bzw. Vorläufermodelle zur ePA)
- oft bemängelt: begrenzter Funktionsumfang der ePA; häufig keine Integration der ePA in kasseneigene Anwendungen, fehlende Relevanz in Bezug zu Pandemiebekämpfung (keine Integration der Corona- Warn-App)
- -> tatsächlich sind bisher nur wenige Übernahmen von Funktionen in kassenindividuellen Anwendungen (bspw. Behandlungschronik) in die elektronische Patientenakte festzustellen

3. Elektronische Patientenakte: Bestandsaufnahme nach einem Jahr Verfügbarmachung

- 3. Erwartungen der Politik an ePA-Nutzung weichen von Vorstellungen der GKV ab
- Andrew Ullmann (FDP, Mitglied im Gesundheitsausschuss): ePA-Daten gehören nicht primär in Hände der Krankenkassen, sondern müssen für Datenaustausch zwischen Ärzt*innen und Versicherten zur Verfügung stehen
- Darüber hinaus – wichtige Grundlage für freiwillige Datenspende zu Forschungszwecken, dazu ergänzend Medikationsplanung auf Grundlage eines später funktionierenden e-Rezeptes „in dieser Legislaturperiode“
- Weiterentwicklung der Patientenakte soll modular erfolgen, keine „große Lösung“ aus einem Guss, sondern angepasst an technischen Entwicklungsstand, dazu Harmonisierung des Datenschutzes
- -> aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen, die für die Funktionsbefüllung der ePA zuständig sind, dürften hingegen Fragen eigener Anwendungsentwicklungen, der politischen Mitsprache über Schritte zur weiteren Ausgestaltung von Funktionen sowie zur Orientierung am Versichertennutzen im Vordergrund stehen

3. Elektronische Patientenakte: Bestandsaufnahme nach einem Jahr Verfügbarmachung

- 4. Anbindung der Leistungserbringer an TI-Infrastruktur verläuft schleppend
- Krankenhäuser haben erst seit 01.01.2022 Sanktionen zu tragen, wenn sie ihre Anbindung an telematische Infrastruktur verzögern
- Digitale-Versorgung-Gesetz: „Die Krankenhäuser haben sich bis zum 1. Januar 2021 mit den für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen Komponenten und Diensten auszustatten und sich an die Telematikinfrastuktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzuschließen. Soweit Krankenhäuser ihrer Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur nach Satz 4 nicht nachkommen, ist § 5 Absatz 3e Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 5 Absatz 5 der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden“ -> Kürzung von Abschlägen, allerdings erst zu 2022, keine rückwirkenden Sanktionen
- Seit 01.07.2021 ist freiwillige Anbindung von Pflegediensten und anderen Pflegeeinrichtungen an TI möglich, ab 01.01.2024 wird diese verpflichtend
- Stationäre Krankenhauspflege sowie Langzeitpflege stehen erst am Anfang der Integration in ePA- Anwendungsbereiche

4. Ausblick: Fragen und Handlungsbedarfe

- 1. Voraussetzungen (technisch, organisatorisch, politisch) für eine flächendeckende, Mehrwert sowohl für Leistungserbringer als auch Versicherte bringende Umsetzung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung sind noch nicht geschaffen.
- 2. Paradigmenwechsel erfordert Interesse, Bereitschaft und Mitwirkung von Zielgruppen
- 3. Politik muss eigene Rolle im Verhältnis zu jenen definieren, die die Umsetzung der Digitalisierung je nach eigenen Interessen tragen werden:
 - Gesetzliche Krankenkassen (Wettbewerb und Versichertennutzen)
 - Versicherte (Versorgungsnutzen und Datenschutz)
 - Leistungserbringer (Entbürokratisierung, Vermeidung von Technikbrüchen, Effizienzsteigerung)
 - Hersteller (Marktanteile)

4. Ausblick: Fragen und Handlungsbedarfe

- 4. Eine Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung ist umfassend zu definieren. Diese sollten nicht auf Fragen der modularen Umsetzung begrenzt bleiben, sondern langfristige Auswirkungen auf Versorgungs- und Leistungsgeschehen betreffen (Technikfolgenabschätzung, Auswirkung auf Gesundheits- und Pflegeberufe, Auswirkung digitaler Nutzen auf Leistungskataloge und Solidarprinzip innerhalb der GKV)
- 5. Soll Digitalisierung künftig als Staatsaufgabe (Gematik als „Digitalisierungsagentur“) oder als Aushandlungsprozess innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung vorangebracht werden? Wie ist Akzeptanz zu steigern und sicherzustellen?
- 6. Die Gesundheit der Bürger*innen ist Kern und Zielsetzung der Gesundheitsversorgung. Orientierung am Versorgungsbedarf und am Versichertennutzen ist für künftige Ausgestaltung der Digitalisierung unerlässlich.

Danke fürs Zuhören!

ver.di

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

07.03.2022

30