

vhb-Vorlesung „Telematik in der Gesundheitswirtschaft“

3.4. Telematik-Infrastruktur zur Einführung der eGK

Prof. Dr. Horst Kunhardt
Hochschule Deggendorf

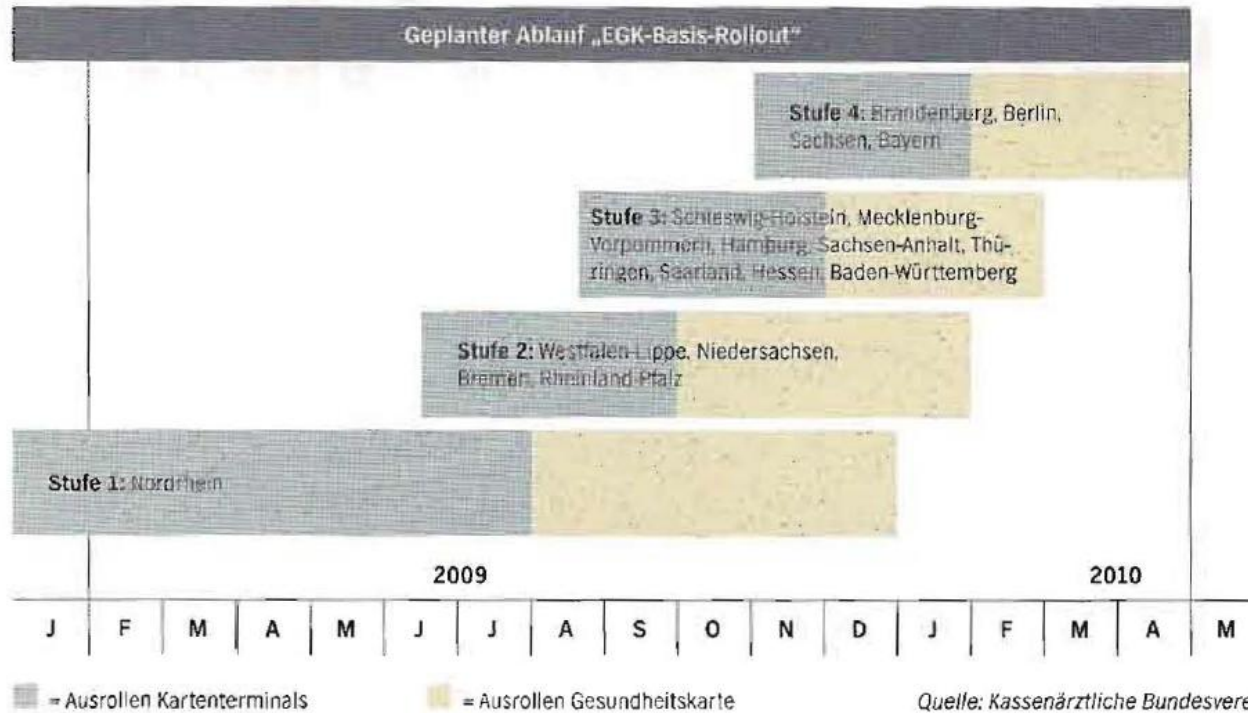
Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
2. Notwendige IT-Infrastruktur
3. Projektstand/Testregionen
4. Zu erwartende Kosten
5. Nutzen der eGK
6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)
7. Fazit

Wann kommt die eGK?

Plan zum Rollout der EGK

Flächendeckend bis 2010 eingeführt



Grundlagen

- § 291 SGB V
 - Einführung der eGK bis 01.01.2006 ?!

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791)

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte

(1) Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird bis spätestens zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung für die in den Absätzen 2 und 3 genannten Zwecke zu einer elektronischen Gesundheitskarte erweitert.

- Elektronische Gesundheitskarte in Europa (EHIC)

Gesetzliche Grundlagen

■ § 291a, Elektronische Gesundheitskarte, Absatz 4

Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten:

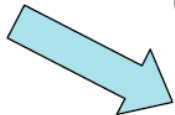
1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 (*eRezept*) ausschließlich

a) Ärzte,

b) Zahnärzte,

c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure,
Apothekenassistenten

d) Personen, die bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder in einem Krankenhaus **als berufsmäßige Gehilfen** oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff **unter Aufsicht** der in a bis c Genannten erfolgt,



Gesetzliche Grundlagen

■ § 291a, Elektronische Gesundheitskarte, Absatz 4

... *(Fortsetzung)* ...

1. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 *(Notfalldaten, eArztbrief, Arzneimitteldokumentation, ePatientenakte, eigene Gesundheitsdaten)* ausschließlich

a) ...

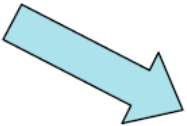
b) ...

c) ...

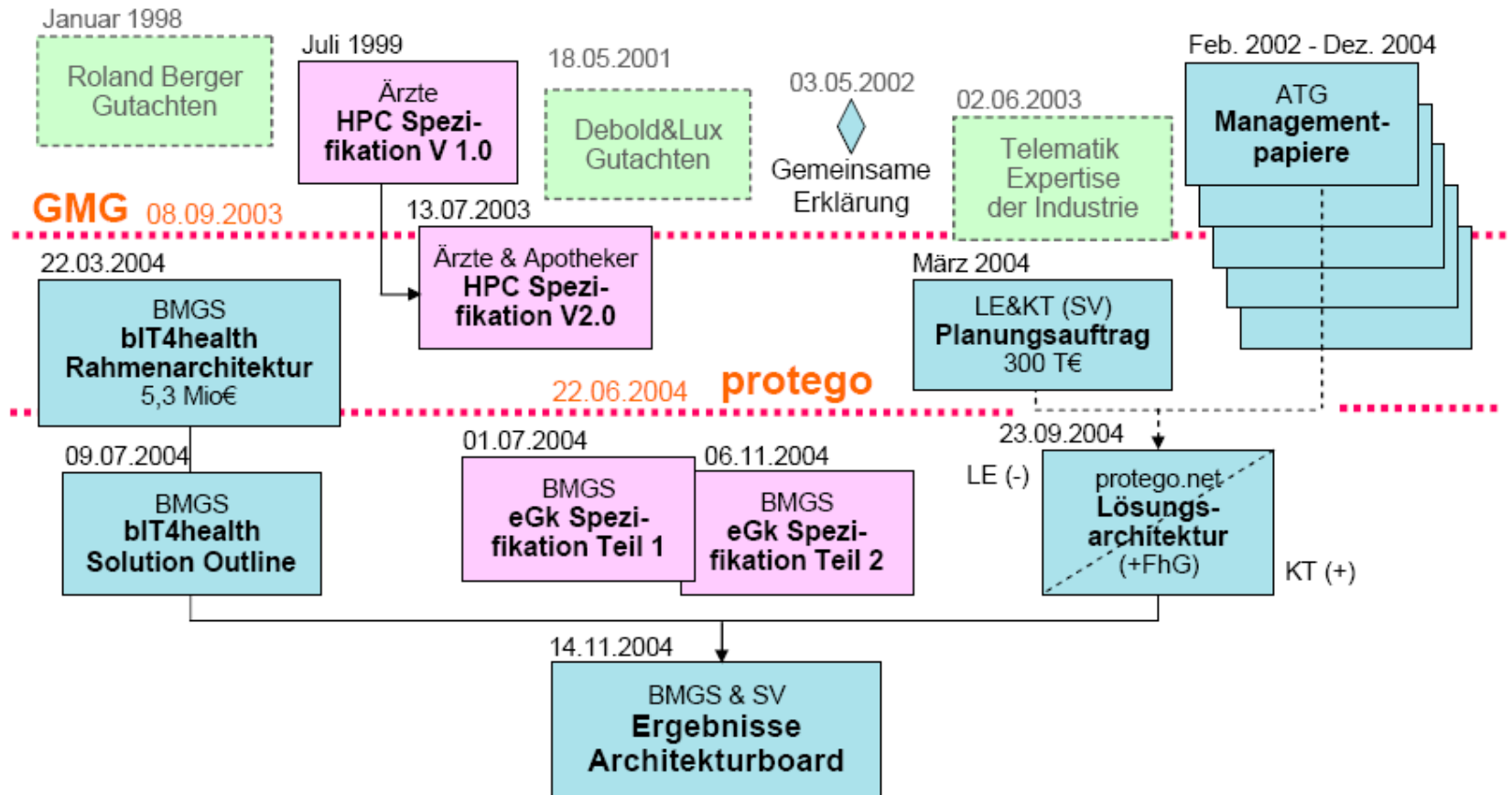
d) ...

e) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 in Notfällen auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

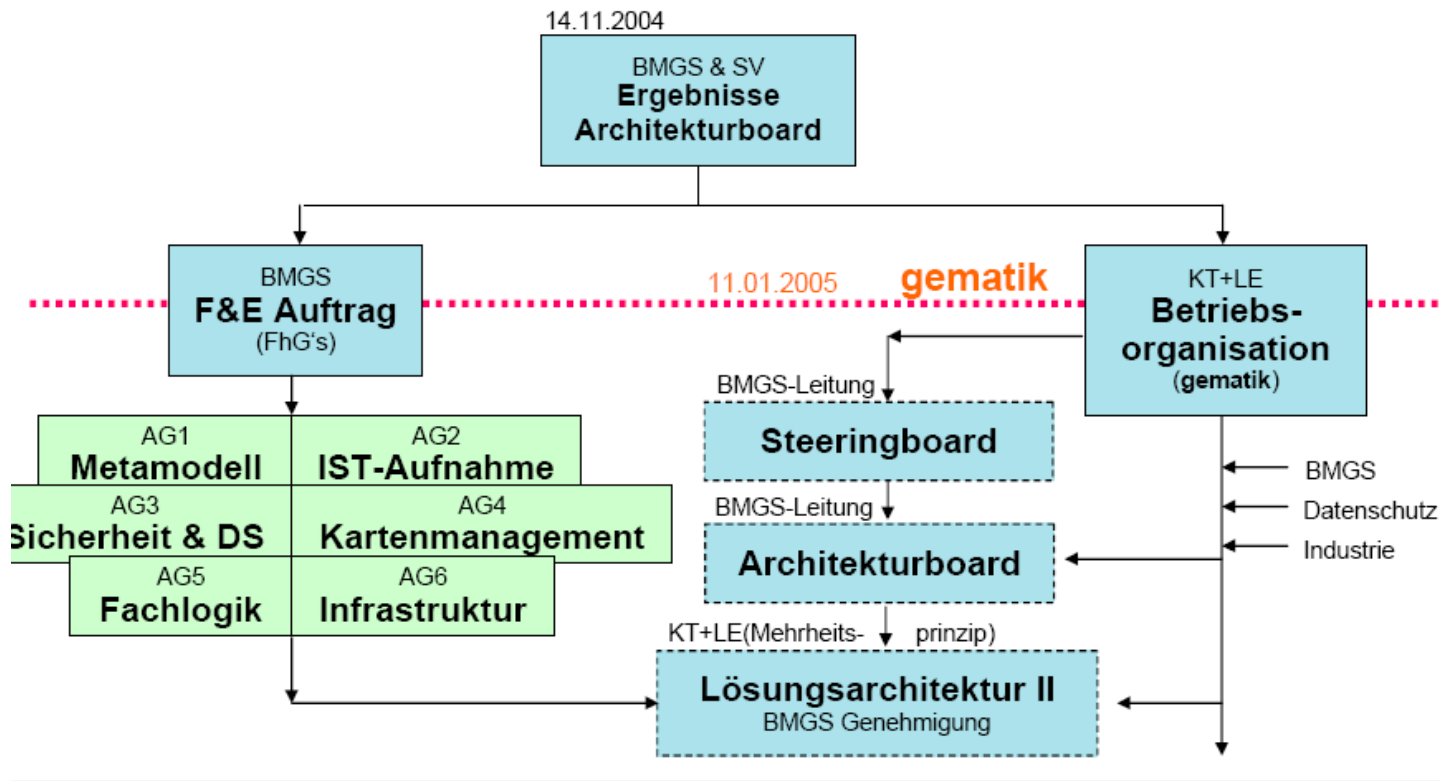
f) **Psychotherapeuten**



Zeitliche Planung



Zeitliche Planung



Begriffsbestimmungen

■ „Ausweise der Gesundheitseinrichtungen“

„Heilberufsausweise“ ✓
„Berufsausweise“ ✓
„Institutionsausweise“

} (Health Professional Cards)

„Sicherheitsmodule“ → (Security Module Cards)

✓ = Gesetzlich verankerte Begriffe

Heilberufsausweise

■ Heilberufsausweise (HBA)

- Eigenständige Smartcards **mit direktem Personenbezug nach SigG** die auf Antrag eines Heilberufsangehörigen nach SGB V für diesen ausgestellt werden mit voller Funktionalität gemäß HPC-Spezifikation.

■ Berufsausweise (BA)

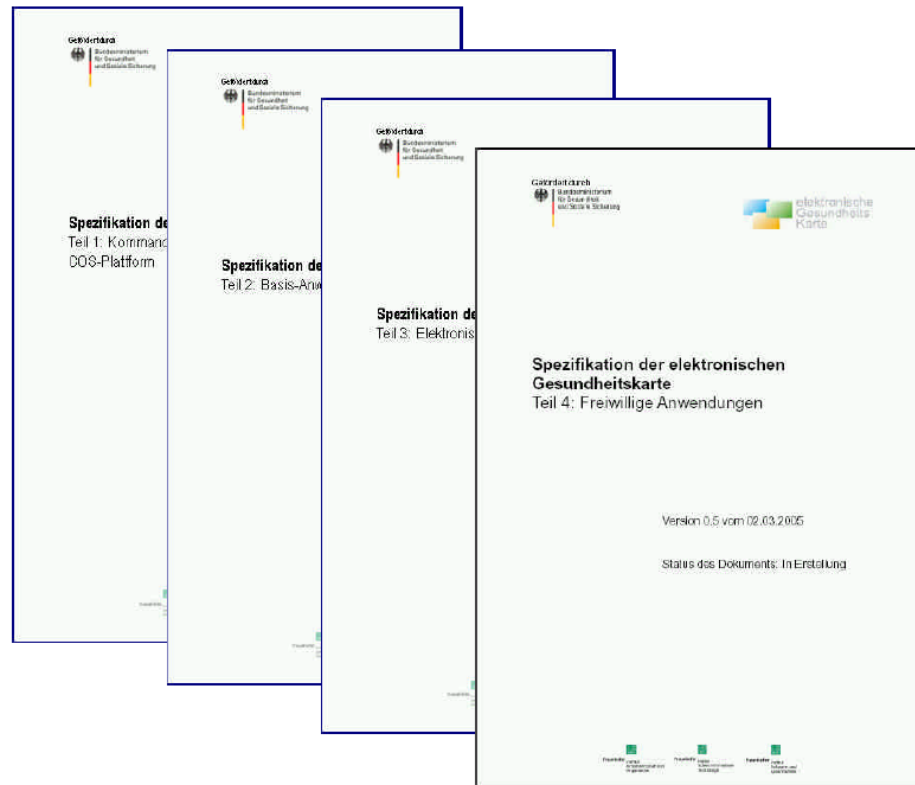
- Eigenständige Smartcards **mit direktem Personenbezug nach SigG** die auf Antrag eines Heilberufsangehörigen für andere Dritte nach SGB V ausgestellt werden mit der Funktionalität gemäß HPC-Spezifikation.

■ Institutionsausweise (IA)

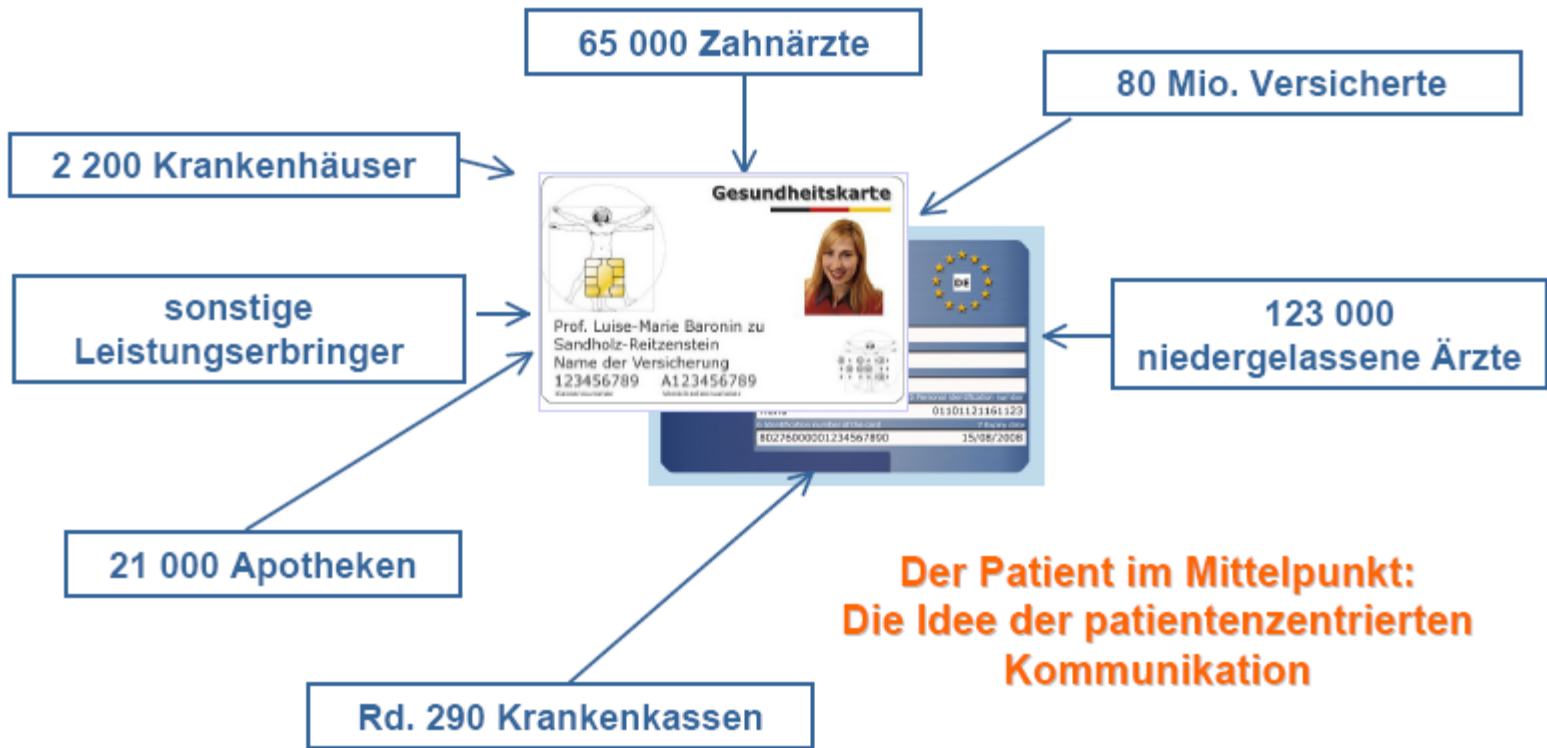
- Eigenständige Smartcards **ohne direkten Personenbezug** mit jenen Basisfunktionen, die eine Institution nach außen hin zur Verfügung stellen will. Die Funktionen richten sich, wo genutzt, nach der HPC-Spezifikation.

Dokumentation zur eGK

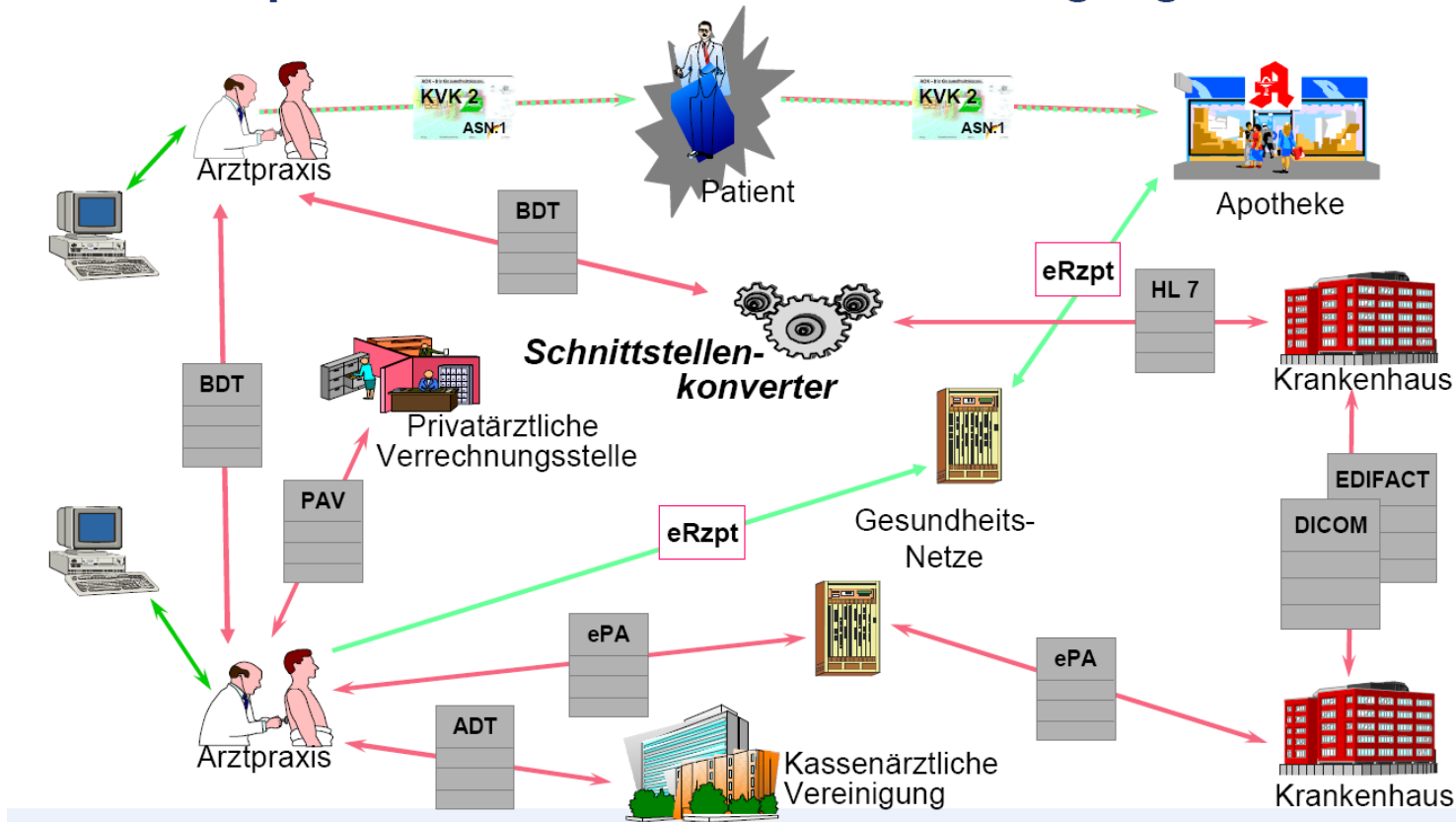
- **Teil 1**
 - Kommandos, Algorithmen und Funktionen der COS-Plattform
- **Teil 2**
 - Basis-Anwendungen und Funktionen
- **Teil 3**
 - Elektronisches Rezept
- **Teil 4**
 - Freiwillige Anwendungen



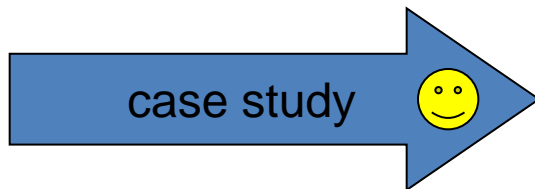
Fakten zur eGK



Schnittstellenproblematik (heute)



Elektronische Gesundheitskarte



Elektronische Gesundheitskarte

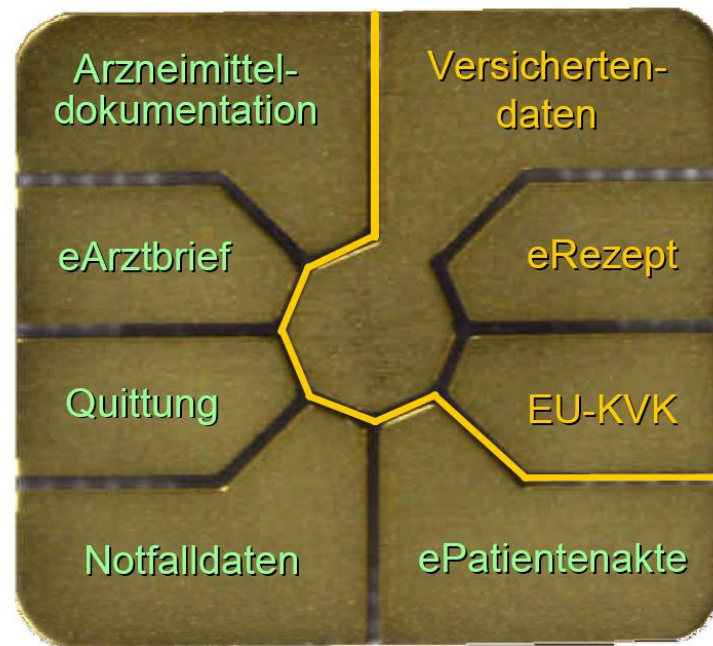
■ Festlegungen gemäß § 291a SGB V

■ Obligat

- Versichertendaten
- eRezept
- EU-KV-Karte

■ Fakultativ

- Arzneimittel-dokumentation
- eArztbrief
- Kostenquittung
- **Notfallinformation**
- ePatientenakte
- allg. Patientendaten



eRezept

Nutzung der Gesundheitskarte für das elektronische Rezept



Verzeichnisdienst



Berechtigungen/
Basisdaten



Krankenkassen/
priv. Krankenvers.



Versicherten-
Stammdatendienst

prüft Gültigkeit
der eGK und HBA

prüft Berechtigung
für eGK und HBA

liefern aktuellen, erforderlichen
Versichertenaten bereich

prüft
Versicherungsstatus

erhält Versichertenaten

weist sich mit HBA aus

übermittelt Verordnungsdaten

weist sich mit eGK aus

Arztpraxis

Datenstelle
Verordnungen

gibt Zugriff auf
Verordnung frei

weist sich mit HBA aus

ruft Verordnungs-
daten ab

Apotheke

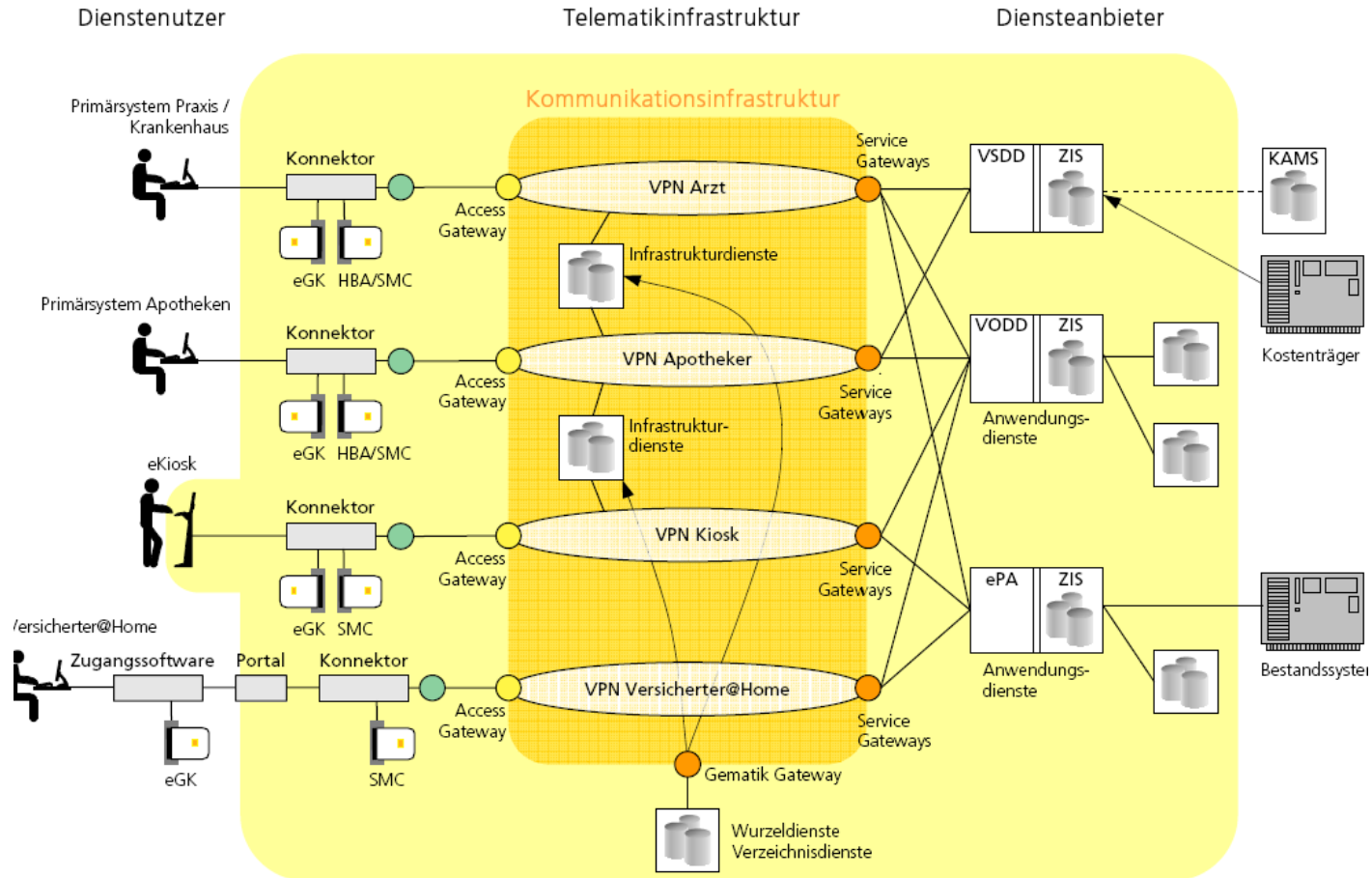
übermittelt Abrechnungsdaten

Datenstelle
Abrechnungen

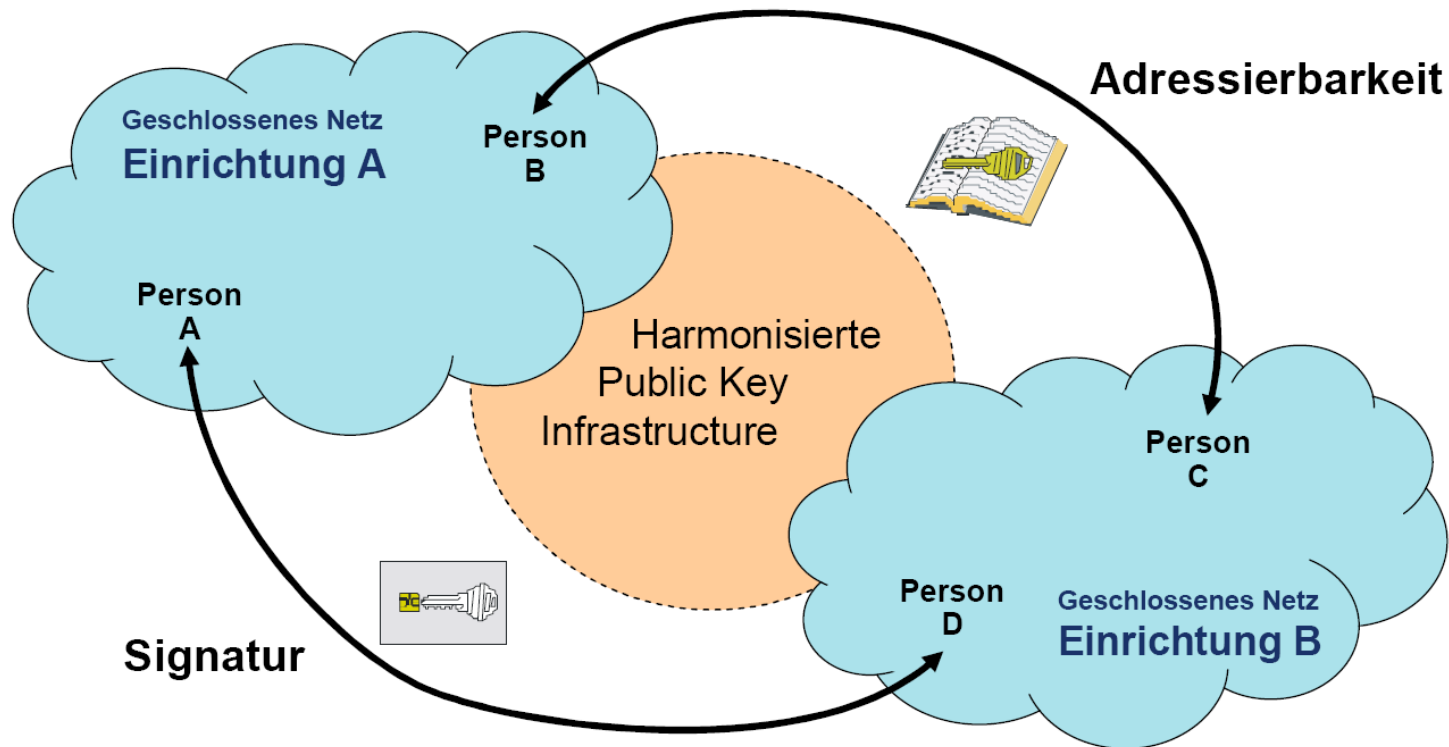


Versicherter

Telematik-Infrastruktur



PKI



Sicherheit

■ Feststellung:

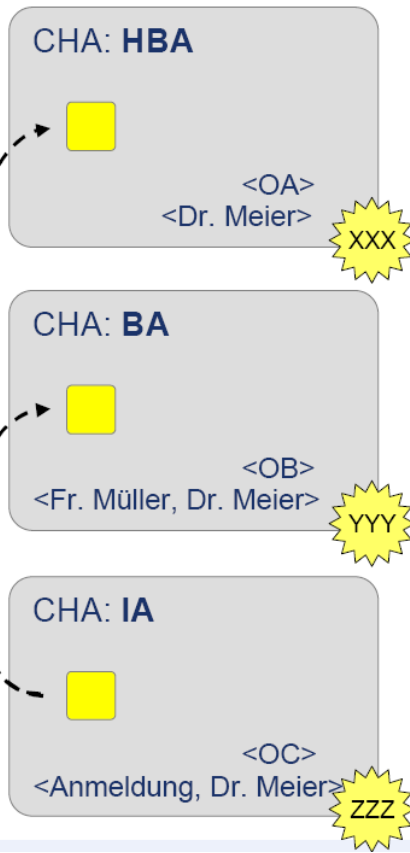
- Eine „Security Module Card“ wird zur Herstellung sicherer Kanäle verwendet.
- Eine „SMC“ ist weder ein HBA, ein BA noch ein IA.
- Eine eigenständige Spezifikation der SMC mit „Andockpunkt“ in den Spezifikationen der elektronischen Gesundheitskarten und den Ausweisen der Heil- und Heilhilfsberufe.



Wer zertifiziert?

- Arge „Zertifizierungsinfrastruktur“
 - Bundesärztekammer
 - Kassenärztliche Bundesvereinigung
 - Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
 - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
 - Bundespsychotherapeutenkammer
 - Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Moderation durch:
 - ZI für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik

Heilberufsausweise

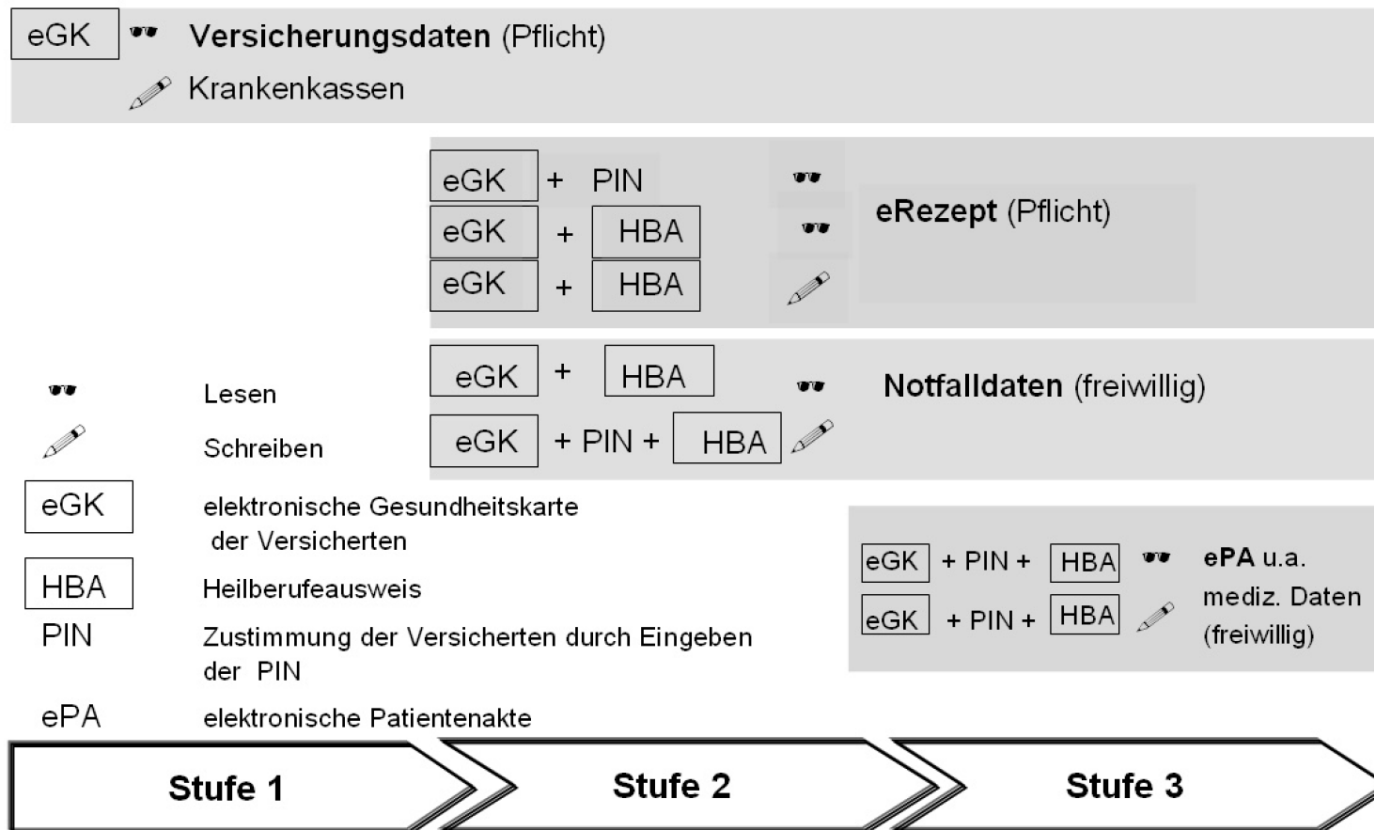


Größe: Full-Size
Kennung: Unique **Personal** Identifier (Personenbezug)
adressierbar in einer PKI
ermöglicht eine qualifizierte SigG-Signatur
eGK Zugriff, CV Merkmal: „0A“
X.509 Attribut: „Dr. Meier“

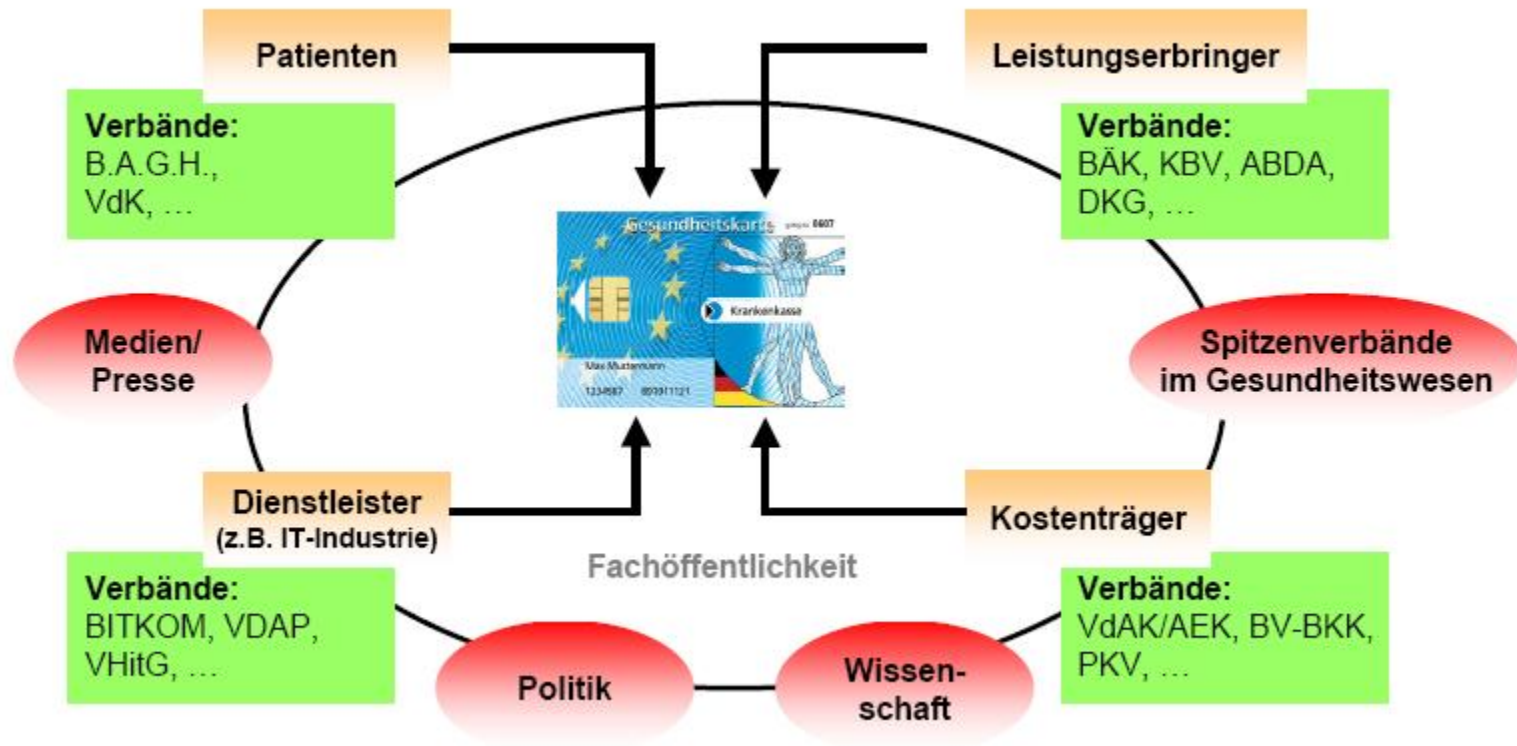
Größe: Full-Size
Kennung: Unique **Personal** Identifier (Personenbezug)
adressierbar in einer PKI
ermöglicht eine qualifizierte SigG-Signatur
eGK Zugriff, CV Merkmal: „0B“
X.509 Attribut: „Fr. Müller“, (Dr. Meier?)

Größe: Full-Size **oder** Plugin
Kennung: Unique **Card** Identifier (**Kartenbezug**)
adressierbar in einer PKI
ermöglicht „einfachere“ SigG-analoge Signatur
eGK Zugriff, CV Merkmal: „0C“, (**wenn** „0A“ **oder** „0B“)
X.509 Attribut: „Anmeldung“, (Dr. Meier?)

Wer darf was mit den Daten?



Schaffung von Akzeptanz



Umsetzung in die Praxis

■ Gründung der „gematik“



Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH

■ Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte

■ Gesellschafter sind seitens der Kostenträger mit insgesamt 50 %:

- der AOK-Bundesverband
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- der IKK-Bundesverband
- der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- die Bundesknappschaft
- die See-Krankenkasse
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
- der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- der Verband der Privaten Krankenversicherung

■ und seitens der Leistungserbringer mit insgesamt 50 %:

- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)
- die Bundeszahnärztekammer
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- der Deutsche Apothekerverband e.V.

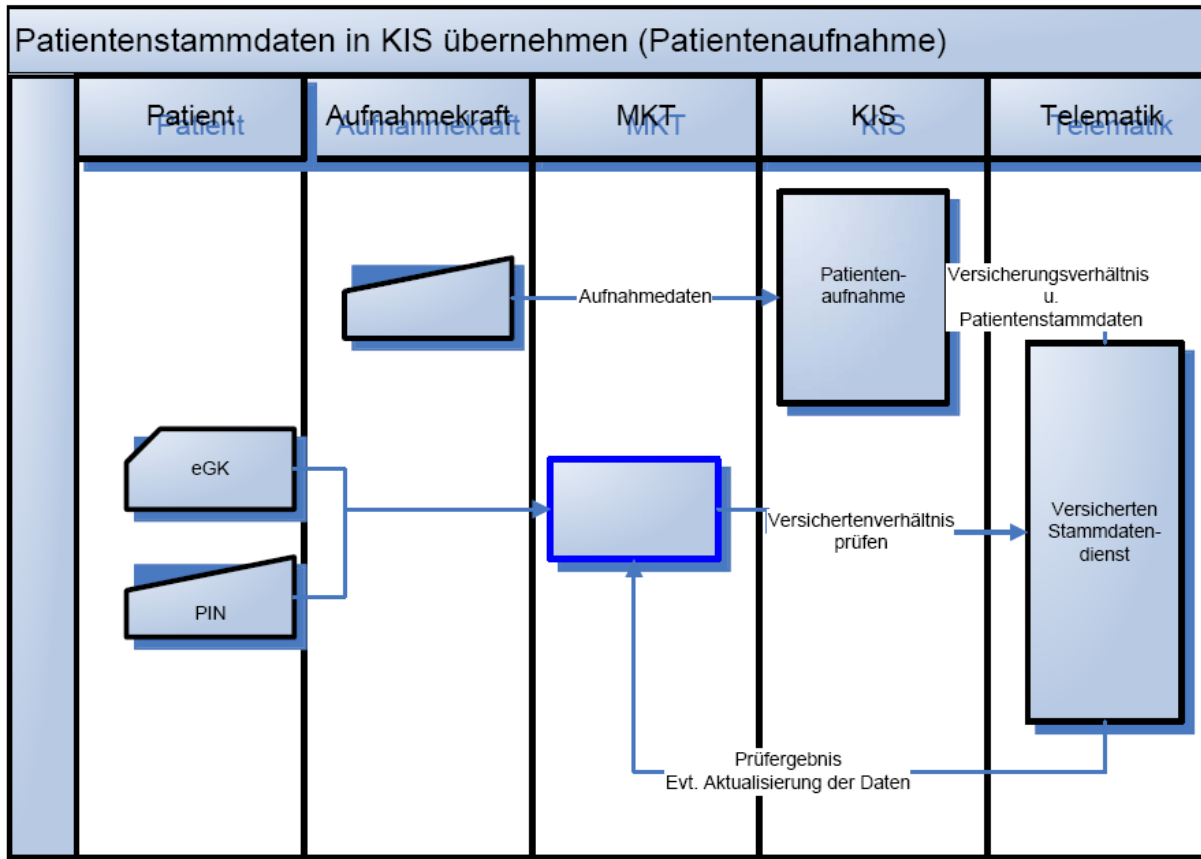
**Entscheidungen
nach dem
Mehrheitsprinzip!**

*) Hinweis:
Das Logo von gematik ist noch
nicht endgültig abgestimmt !

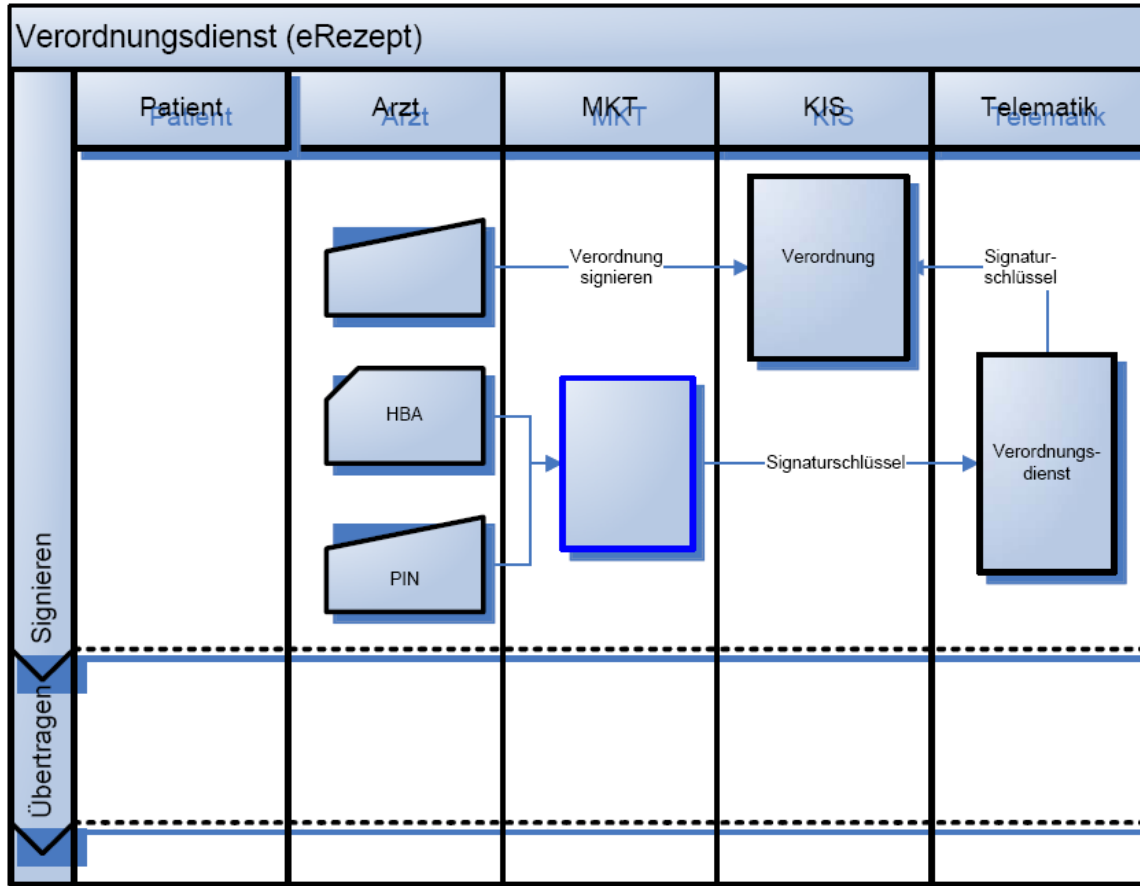
Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
- 2. Notwendige IT-Infrastruktur**
3. Projektstand/Testregionen
4. Zu erwartende Kosten
5. Nutzen der eGK
6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)
7. Fazit

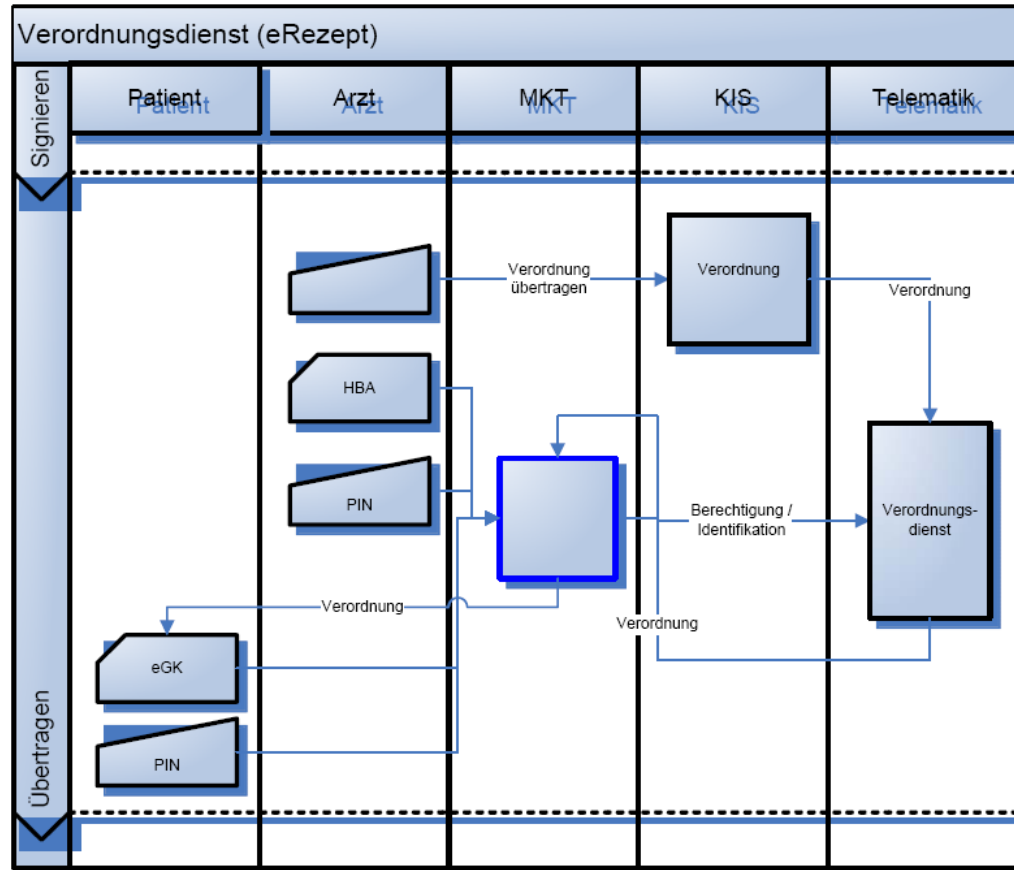
Szenario – Datenfluss KIS



Szenario – Datenfluss eRezept



Szenario – eRezept auf eGK übertragen



Kisoksysteme für Patienten

■ eGK-Informationsmanagement im Kioskverfahren




■ Aufstellungsorte

- potenzielle Verfügbarkeit bei allen Leistungserbringern
- technisch mittels HBA, BA oder IA (Sicherheitsmodule) gesicherte Präsenz
- Einfachste Bedientechnik

■ Leistungsangebot

- Abgesichertes User-Interface
- Verbergen von nutzer-bestimmten Inhalten
- Aufdeckung verborgener Inhalte
- Löschung freiwilliger Inhalte (bzw. Vorbereitung dazu)

Quelle: Fraunhofer  Institut
Sichere Informations-
Technologie

Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
2. Notwendige IT-Infrastruktur
- 3. Projektstand/Testregionen**
4. Zu erwartende Kosten
5. Nutzen der eGK
6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)
7. Fazit

Ringen um Positionen I

- Umfrage der Bundesapothekerkammer:
 - **„mindestens 7.000 ärztliche Rezepte in Deutschland jeden Tag falsch oder unvollständig“**
- NAV-Virchow-Bund bezieht Gegenposition

Ringen um Positionen II

- Modellversuch in Trier:
 - mehr als 50 teilnehmende Ärzte
 - über 500 Patienten bestätigen den Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte „Vita-X“
 - **„Kein anderes Projekt in ganz Deutschland könne auf so viel praktische Erfahrung beim Test der Gesundheitsakte verweisen wie das Trierer Modell“**

Quelle: Staatskanzlei Rheinland-Pfalz

Ringen um Positionen III

- „eHealth wird der Schlüssel für eine sanfte Revolution im Gesundheitswesen.“
- **„Wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen, kann die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Versicherten noch im 4. Quartal 2006 starten.“**

Quelle: Studie „Monitoring eHealth Deutschland 2005/2006“, BDI, BITKOM, ZVEI (Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V.)

Ringen um Positionen IV

- Region Schleswig-Holstein
- AOK Schleswig-Holstein, BKK Nord, DAK, GEK, IKK, TK schreiben 4.379 Patienten an und bitten um Teilnahme für neue eGK
 - 1.100 Patienten antworten (Rücklaufquote: 25 %)
 - **„Mit einer so großen Unterstützung des Projekts durch die Patienten hatte anfänglich niemand gerechnet“**

Quelle: Firma MediSoftware, Projektleitung Gesundheitskarte Schleswig-Holstein

Modellregionen



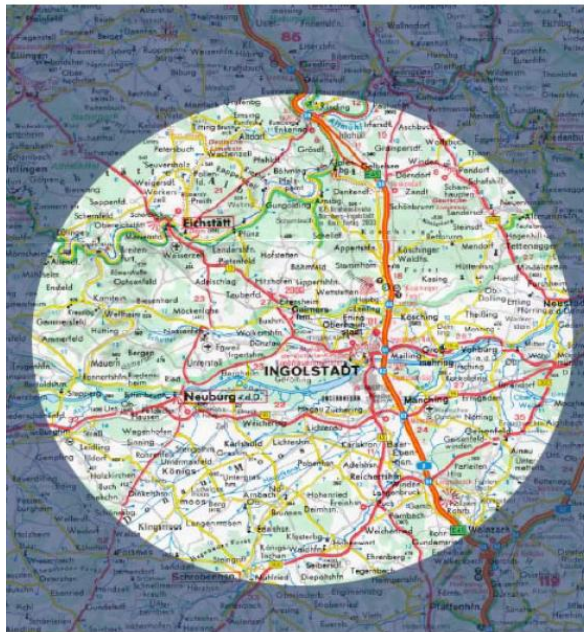
Modellregion in Bayern



Bayern

Projektname:	Gesundheitskarte - Modellregion Bayern (BGK)
Projektträger:	Gesundheitsnetz Ingolstadt (GOIN)
Projektleiter:	Dr. Siegfried Jedamzik (GOIN)
Projektregion(en):	Kreisverband Ingolstadt-Eichstätt, Kreisverband Neuburg-SOB, Kreisverband Pfaffenhofen Ingolstadt
Projekthalt	Realisierung der GMG Pflichtanwendungen, - Verwaltungsdatenmanagement, - E-Rezept, - Arzneimitteldokumentation, - Notfalldaten, Realisierung E- Patientenakte als Basis für die integrierte Versorgung, Realisierung einer bundesweit einheitlichen Architektur nach BIT4Health
Selbstverwaltung:	AOK-Landesverband Bayern, Kassenärztliche Vereinigung Bayern (GOIN-Kooperationspartner)
Industrie / Konsortium:	SIEMENS, Giesecke&Devrient

Fakten zur Modellregion Ingolstadt



	Region	GO IN
Einwohnerzahl	447 891	
Fläche	2 847,9 km ²	
Kliniken/ Krankenhäuser	12	
Niedergelassene Ärzte	649	504
davon: Hausärzte	232	238
Fachärzte	417	266

Testinstallation:

Sept. 2006

Beginn 10.000-Test:

Mai 2007

Webbasierte Patienteninformation

Webbasierte Akzeptanzbildung und Patienteninformation

Internetpräsenz

Gesundheitsorganisation
GOIN
Region Ingolstadt e.V.

Neue Wege für eine bessere Patientenversorgung

Hohes Versorgungsniveau durch regelmäßige qualitätssichernde Maßnahmen der Netzärzte

Bei bestimmten Krankheitsbildern oder auf Ihren Wunsch kann die Meinung eines weiteren Arztes eingeholt werden

www.goin.info

Persönlicher Gesundheitspass mit Ihren medizinisch relevanten Daten

Schnelle Diagnostik und Therapie. Keine unnötigen Doppeluntersuchungen

Enger Kontakt zwischen Netz- und Klinikärzten

Praxisnetz GO IN e.V. · Beckerstraße 12, 85049 Ingolstadt · Tel: 08 41-88 66 80 · Fax: 08 41-8 86 88 18 · info@goin-ingolstadt.de

www.goin.info

GOIN

Suchergebnisse

1. Ergebnis: ...

2. Ergebnis: ...

3. Ergebnis: ...

4. Ergebnis: ...

5. Ergebnis: ...

6. Ergebnis: ...

7. Ergebnis: ...

8. Ergebnis: ...

9. Ergebnis: ...

10. Ergebnis: ...

11. Ergebnis: ...

12. Ergebnis: ...

13. Ergebnis: ...

14. Ergebnis: ...

15. Ergebnis: ...

16. Ergebnis: ...

17. Ergebnis: ...

18. Ergebnis: ...

19. Ergebnis: ...

20. Ergebnis: ...

21. Ergebnis: ...

22. Ergebnis: ...

23. Ergebnis: ...

24. Ergebnis: ...

25. Ergebnis: ...

26. Ergebnis: ...

27. Ergebnis: ...

28. Ergebnis: ...

29. Ergebnis: ...

30. Ergebnis: ...

31. Ergebnis: ...

32. Ergebnis: ...

33. Ergebnis: ...

34. Ergebnis: ...

35. Ergebnis: ...

36. Ergebnis: ...

37. Ergebnis: ...

38. Ergebnis: ...

39. Ergebnis: ...

40. Ergebnis: ...

41. Ergebnis: ...

42. Ergebnis: ...

43. Ergebnis: ...

44. Ergebnis: ...

45. Ergebnis: ...

46. Ergebnis: ...

47. Ergebnis: ...

48. Ergebnis: ...

49. Ergebnis: ...

50. Ergebnis: ...

51. Ergebnis: ...

52. Ergebnis: ...

53. Ergebnis: ...

54. Ergebnis: ...

55. Ergebnis: ...

56. Ergebnis: ...

57. Ergebnis: ...

58. Ergebnis: ...

59. Ergebnis: ...

60. Ergebnis: ...

61. Ergebnis: ...

62. Ergebnis: ...

63. Ergebnis: ...

64. Ergebnis: ...

65. Ergebnis: ...

66. Ergebnis: ...

67. Ergebnis: ...

68. Ergebnis: ...

69. Ergebnis: ...

70. Ergebnis: ...

71. Ergebnis: ...

72. Ergebnis: ...

73. Ergebnis: ...

74. Ergebnis: ...

75. Ergebnis: ...

76. Ergebnis: ...

77. Ergebnis: ...

78. Ergebnis: ...

79. Ergebnis: ...

80. Ergebnis: ...

81. Ergebnis: ...

82. Ergebnis: ...

83. Ergebnis: ...

84. Ergebnis: ...

85. Ergebnis: ...

86. Ergebnis: ...

87. Ergebnis: ...

88. Ergebnis: ...

89. Ergebnis: ...

90. Ergebnis: ...

91. Ergebnis: ...

92. Ergebnis: ...

93. Ergebnis: ...

94. Ergebnis: ...

95. Ergebnis: ...

96. Ergebnis: ...

97. Ergebnis: ...

98. Ergebnis: ...

99. Ergebnis: ...

100. Ergebnis: ...

Gesundheitsorganisation
GOIN
Region Ingolstadt e.V.

Gezielter Informationsabruf

- zum Thema Gesundheit
- über GO IN
 - Ärzteverzeichnis
 - Ärztlicher GO IN-Notdienst
 - Selbsthilfegruppen
 - Interner Bereich für Mitglieder
 - Pressebereich Modellregion
 - täglich 600-800 Hits

Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
2. Notwendige IT-Infrastruktur
3. Projektstand/Testregionen
- 4. Zu erwartende Kosten**
5. Nutzen der eGK
6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)
7. Fazit

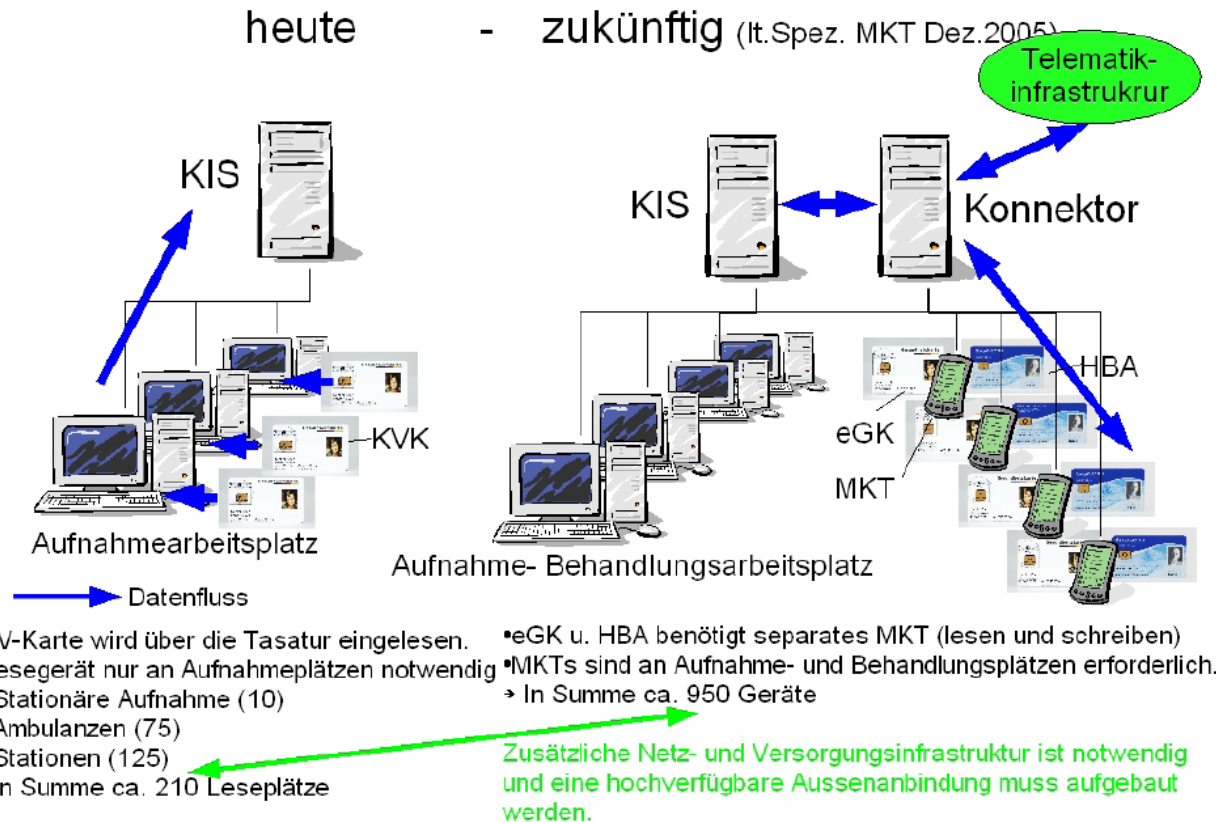
Grundsätzliche Überlegungen

- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG)
 - Anschubfinanzierung für IV wird bis 31.12.2007 verlängert (bis zu 1% des KH-Budgets)
- offene Tarifverhandlungen
- Erhöhung der KK-Beiträge ab 01.01.2008

Beispiel: Annahmen zum Mengengerüst

- Universitätsklinikum mit rd. 1100 Betten, 40.000 stationären und 140.000 ambulanten Fällen pro Jahr.
- Eine Nutzung der eGK erfolgt sowohl bei der Aufnahme und Entlassung des Patienten als auch während dessen Versorgung. Die Aufnahme erfolgt zentral und dezentral.
- Für die hochverfügbare und performante Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird von einer redundanten und räumlich getrennten Ausführung ausgegangen. Daher gehen 2 Konnektoren in die Beispielkalkulation ein.
- Für den ambulanten und stationären Bereich werden an den Aufnahme- und Behandlungsarbeitsplätzen MKTs benötigt. Dies betrifft ca. 75% der Arbeitsplätze am KIS. Mit 940 MKTs liegt die Zahl etwa doppelt so hoch wie die Zahl der heute eingesetzten KV-Kartenlesegeräte, die in die PC-Tastatur integriert sind.
- Neben den Kosten für die KIS-Schnittstelle fallen noch Kosten für die Signaturschlüssel an, die im ersten Ansatz nur für das ärztliche Personal angesetzt werden.
- Die MKTs benötigen eigene Netzwerkanschlüsse. Diese müssen zum Teil neu geschaffen werden.

Vorüberlegungen zur Kostenschätzung



Beispielkostenschätzung Hardware

Hardware	Einzelpreis	Anzahl	Gesamtkosten
Konnektor ¹⁾	5.000,00 €	2	10.000,00 €
Außenanbindung ²⁾	1.500,00 €	2	3.000,00 €
Kartenlesegeräte ³⁾	280,00 €	940	263.200,00 €
Heilberufeausweise ⁴⁾	30 €	1200	36.000,00 €
Bereitstellung Netzanschlüsse ⁵⁾	950,00 €	940	893.000,00 €
	Summe Hardware		1.205.200,00 €

- 1) Kostenansatz Standardserver 2) Angebot lokaler Netzanbieter 3) Listenpreis Fa. OrgaCard
 3) Geschätzte Kosten lt. Literatur 5) Interner Verrechnungssatz für Netzanschlüsse

Beispielkostenschätzung Software und Dienstleistung

Software	Einzelpreis	Anzahl	Gesamtkosten
Anpassung der KIS Schnittstelle	60.000,00 €	1	60.000,00 €
Signaturen für HBA	60,00 €	600	36.000,00 €
	Summe Software		96.000,00 €
Dienstleistungen	Einzelpreis	Anzahl	Gesamtkosten
Installation Konnektor	2.000,00 €	2	4.000,00 €
Installation Kartenlesegeräte	50,00 €	940	47.000,00 €
Schulung Mitarbeiter (1250 Personen)	1.000,00 €	12,5	12.500,00 €
	Summe Dienstleistungen		63.500,00 €

Beispielkostenschätzung Betriebskosten

	Einzelpreis	Anzahl Monate	Gesamtkosten pro Jahr
Erneuerung der Signaturen im HBA alle 5 Jahre	600,00 €	12	7.200,00 €
Erneuerung der Signaturen in den Dokumenten alle 5 Jahre	20.000,00 €	12	240.000,00 €
Telekommunikationskosten	120,00 €	12	1.440,00 €
Wartungsgebühr Netzkomponenten (1,5 % /Monat des Listenpreises)	6.697,50 €	12	80.370,00 €
Wartungsgebühr Konnektor (1,5 % /Monat des Listenpreises)	150,00 €	12	1.800,00 €
Wartungsgebühr Schnittstellen-Software (1,5 % /Monat des Listenpreises)	900,00 €	12	10.800,00 €
	Summe		341.610,00 €

Kosten für die Karten

- ca. 30 €/eGK Produktionskosten
 - Karte + Bild + digitale Signatur
- ca. 10 €/Jahr/Versicherten
 - Gebühren der Trustcenter

 2,4 Milliarden €

Kosten für den Kartenleser

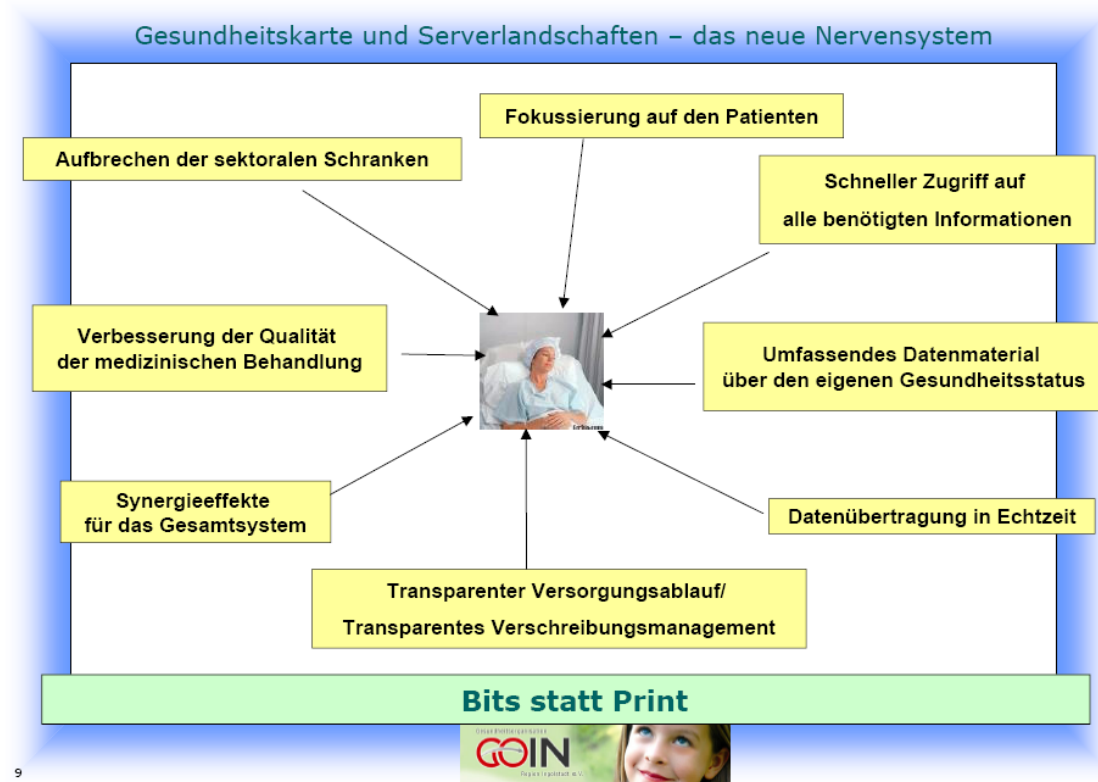
- ca. 300 €/Konnektor-Box
- erste Prototypen liegen im Juli 2006 der gematik zum Test vor



Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
2. Notwendige IT-Infrastruktur
3. Projektstand/Testregionen
4. Zu erwartende Kosten
- 5. Nutzen der eGK**
6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)
7. Fazit

Nutzen der eGK



Wie gefährlich ist das Gesundheitswesen?



Quelle: Gaede, K.: Risikomanagement – Wider das Chaos, kma, 04/06, S. 59ff

Pannen bei der Informationsweitergabe

Leidensweg durch Kliniken: Großmutter verschollen

12: 18.05.06, S. 11

VON WALTER SCHÖTTL tz Landshut

Es war eine Odyssee durch mehrere Krankenhäuser. Die Rentnerin Erika Hübner (84) aus Landshut wurde so oft verlegt, bis nicht einmal die nächsten Angehörigen, Tochter Karola Hübner-Domakowski und deren Mann Frank, am Ende wussten, wo sie eigentlich war. Sie spürten die Greisin schließlich im Landshuter Klinikum auf. „Vor ihrem Leidensweg war sie geistig fit, jetzt vegetiert sie nur vor sich hin“, klagen die Eheleute.

Am 28. März war die Berlinerin, die seit 35 Jahren in Bayern lebt, mit Herzproblemen ins Landshuter Klinikum eingeliefert worden. Am nächsten Morgen erlitt sie einen Herzinfarkt und wurde nach München ins Klinikum Bogenhausen verlegt, wo am 30. März eine Bypassoperation vorgenommen wurde.

„Einen Tag später war sie wieder ansprechbar“, berichtet die Tochter. Allerdings freuten sich alle zu früh: Die 84-Jährige fiel ins Koma, konnte aber nach Tagen auf die Wachstation verlegt und schließlich am 11. April zurück ins Landshuter Klinikum gebracht werden. Die Tochter: „Sie lag nur im Bett, niemand bemühte sich,

84-Jährige wurde so lange verlegt, bis sie keiner mehr fand



Erika Hübner war weg Fotos: ws



Ihre Tochter Karola und Ehemann Frank klagen die Ärzte an

sie zu mobilisieren. Ihr wurde der Blasenkatheter nicht entfernt – bis heute!“

Ende April fing dann ein ungeheurer Kliniktourismus an: Zunächst wurde Erika Hübner auf Reha in die Simssee-Klinik verlegt. Als sie ihre Landshuter Angehörigen am 1. Mai besu-

chen wollten, war sie plötzlich nicht mehr da. Sie war ins Klinikum Rosenheim gebracht worden, nachdem bereits bei der Ankunft in der Rehaklinik erhöhte Werte im Blut festgestellt worden waren.

„Die Rosenheimer Ärzte erklärten uns, dass die Entzündung während des Auf-

enthalts der Oma im Landshuter Klinikum im Körper gewesen sein muss und sie sich nicht erklären könnten, warum man sie in die Reha geschickt habe“, berichten Tochter und Schwiegersonn.

Als sie zum Besuch nach Rosenheim kamen, war Erika Hübner aber nicht mehr

da. Nachdem die Ursache für die Entzündung nicht festgestellt werden konnte, hatten sich die Ärzte entschlossen, sie wieder nach Bogenhausen bringen zu lassen. Was dann passierte, ist unerklärlich: „Plötzlich war die Oma verschollen“, so Schwiegersonn Frank Domakowski. „Weder in Bogenhausen noch in der Simssee-Klinik oder in Rosenheim konnte man uns sagen, wo sie sich befindet.“

Bei einem besorgten Anruf bei der Landshuter Polizei wurde man „zwecks Zuständigkeit“ an die Rosenheimer Kollegen verwiesen. Also recherchierten die Eheleute auf eigene Faust weiter und fanden die Oma am 7. Mai im Landshuter Klinikum, wo sie zwei Tage zuvor hinverlegt worden war. „Niemand hat uns verständigt“, sagen die Angehörigen. Das Widersprechen mit der Großmutter war dann ein Schock. Tochter Karola: „Sie liegt in ihrem Bett und hat völlig an Kraft und Antrieb verloren. Wir haben Angst, dass sie es nicht mehr schafft. Die Ärzte, die ihr das zugemutet haben, müssten zur Rechenschaft gezogen werden.“ Im Klinikum Landshut wird derzeit geklärt, was in dem Fall schief gelaufen sein könnte.

Pannen bei der Informationsweitergabe

Sechs Tage lang gesucht: Patient lag tot im Heizraum von Berliner Klinik

Staatsanwaltschaft ermittelt nach Serie von Krankenhaus-Zwischenfällen

Von David Rollik

Berlin. Die Serie folgenschwerer Zwischenfälle in Berliner Kliniken reißt nicht ab. Bereits zum dritten Mal innerhalb einer Woche gibt es einen Vermissten. Gestern wurde ein hilfloser Patient im Jüdischen Krankenhaus vermisst.

Der 46-Jährige war am Donnerstagabend stark alkoholisiert in die Rettungsstelle eingeliefert worden. Gegen 22 Uhr meldete ihn eine Klinik-Mitarbeiterin als vermisst. Dem Mann war im Krankenhaus eine Branüle eingesetzt worden, über die dem Körper Flüssigkeit zugeführt werden kann. Werde sie nicht fachgerecht entfernt, könne dies schwerwiegende Folgen für den Mann haben, sagte ein Polizeisprecher.

Erst am Donnerstag war ein 63-jähriger demenzkranker Patient sechs Tage nach seinem spurlosen Verschwinden von der Inneren Station des Vivantes-Klinikums Neukölln tot aufgefunden worden. Dutzende Polizisten und Klinikmitarbeiter hatten in der Stadt und auf

dem Klinikgelände nach dem Mann gesucht. Schließlich fanden sie ihn nach einer Woche zwei Etagen unter seinem Stationszimmer tot in einem un abgeschlossenen Technikraum, den er eigentlich von innen hätte öffnen können. Gegenüber Kritikern verwies die Klinikleitung darauf, dass es in dem Gebäude rund 7300 Zimmer gebe. Bereits 2002 war dort nach mehreren Tagen ein 86-jähriger Patient tot im Keller entdeckt worden.

Nur durch Zufall wurde vor einigen Tagen ein 68-jähriger Rollstuhlfahrer, der rund 80 Stunden in einem defekten Fahrstuhl des Benjamin-Franklin-Klinikums ausharren musste, gefunden und gerettet. Außerdem starb nach Presseberichten in einem Pflegeheim in Friedrichshain am Samstag letzter Woche ein 79-jähriger Rentner nach Verbrühungen durch ein zu heißes Bad. Die Fälle würden von der Staatsanwaltschaft untersucht, sagte ein Sprecher. Bei dem 63-jährigen und 79-jährigen sei ein Todesermittlungsverfahren eingeleitet worden.

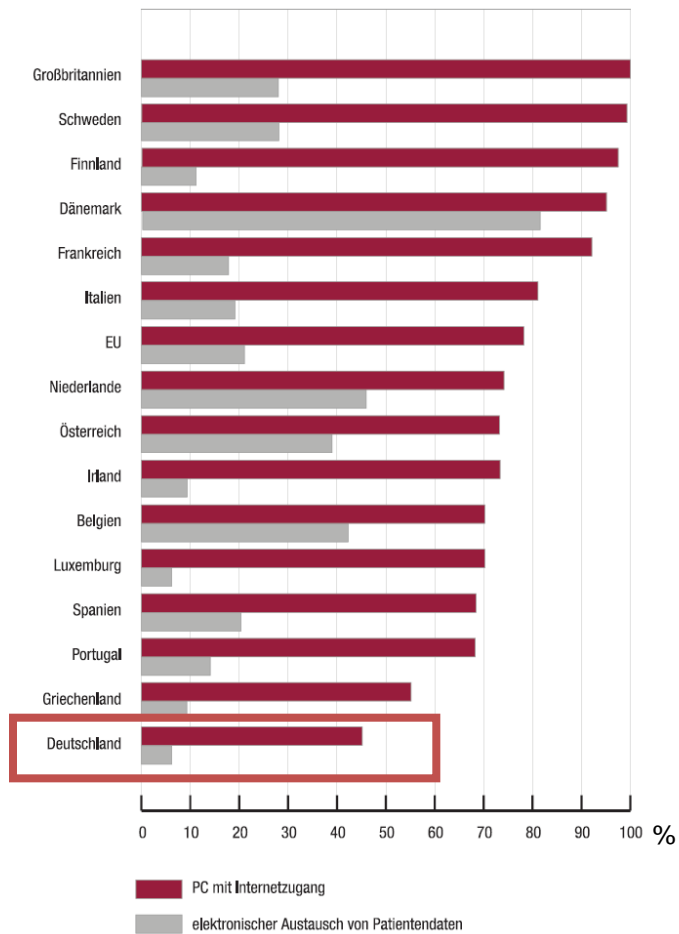
Die Vermisstenfälle lösten eine Sicherheitsdebatte aus. Was in der Hauptstadt geschehen sei, sei „kein Einzelfall“, sondern könne in fast jedem größeren Krankenhaus passieren, sagte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP), Wolfgang Candidus. Er führte dies vor allem auf den „massiven Personalabbau“ zurück. Ärzte, Schwestern und Pfleger seien überlastet. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) forderte ein neues Betreuungskonzept für verwirrte Patienten. „Man muss versuchen, so viel wie möglich ambulant zu behandeln, damit diese Menschen nicht so lange aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen werden“, sagte Johanna Knüppel.

Berlins Gesundheitsministerin Heidi Knake-Werner (Linkspartei.PDS) forderte von den Kliniken „umgehende Aufklärung“. „Tragische Einzelfälle“ seien nie ganz auszuschließen, so die Ministerin, ein Krankenhaus könne aber „nicht wie ein Gefängnis“ gesichert werden.

ddp

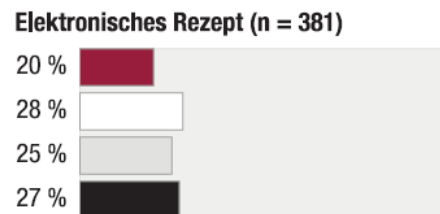
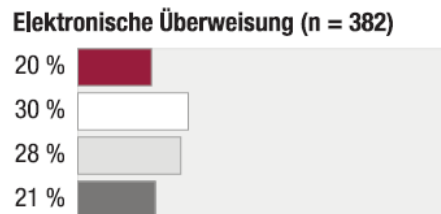
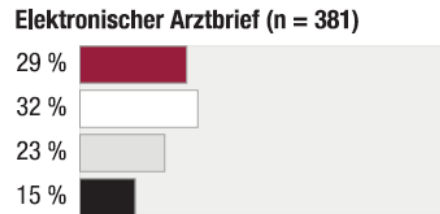
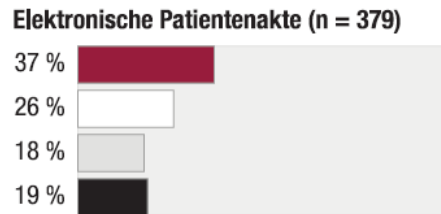
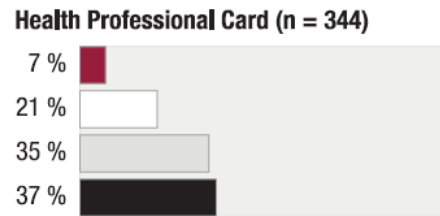
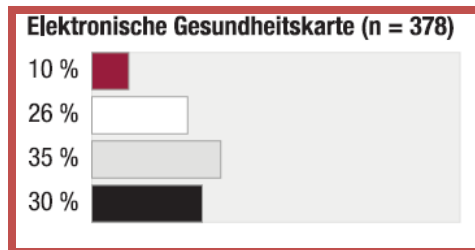
PNP, 17.6.2006

PC-Nutzung durch Ärzte im Ländervergleich

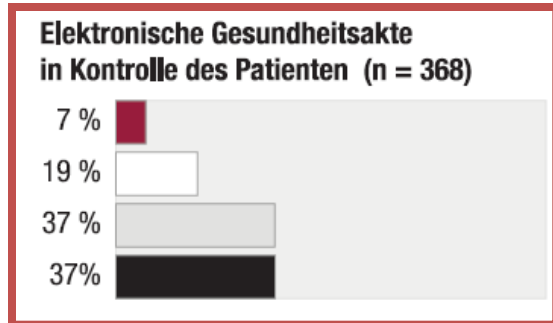


Quelle: Zach, B., eHealth und Telemedizin in Österreich, Graz, 2004, S. 51 und Bitkom

Nutzenbewertung von eHealth durch Ärzte



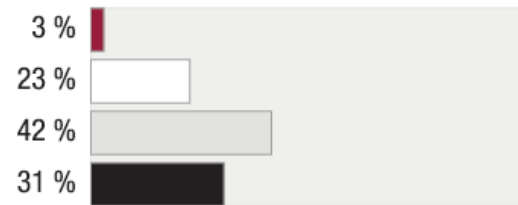
Nutzenbewertung von eHealth durch Ärzte



Patienteninformationssystem (n = 364)



Telemedizinportal (n = 349)



Patient Monitoring Systeme (n = 353)



Meinungsbildung

ägwl - von Ärzten für Ärzte - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Zurück · Suchen · Favoriten

Adresse <http://www.aegwl.de/news/news.php?id=73> Wechseln zu Links

ärztegenossenschaft
Westfalen-Lippe eG

von ärzten für ärzte

HOME ÄGWL AKTUELL PARTNER SERVICE KONTAKT PRESSE ÄGWL-INTERN IMPRESSUM

ägwl-Newscenter

Kategorie wählen: Alle Hits: 259

Ärzteprotest 06.03.2006

Elektronische Gesundheitskarte - besser vorher NEIN sagen als nachher klagen
Brief an Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten

dieser Brief geht an möglicherweise interessierte Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten. Es geht um das Thema ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE. Bei aller berechtigten Kritik an uns bereits aktuell betreffenden Umständen im Gesundheitswesen sollte nicht vergessen werden, WAS NOCH AUF UNS ZU KOMMT.

Wissen Sie, ich sehe das ganz demokratisch: wenn eine Mehrheit der Betroffenen FÜR das Projekt eCard/ Telematik ist, trage auch ich es mit, trotz meiner Bedenken. Um eine demokratische Entscheidung zu ermöglichen, ist allerdings ein Mindestmaß an objektiver Information notwendig. Genau das ist nicht der Fall, im Gegenteil, vor allem die Printmedien werden überhaupt mit einer Akzeptanz-Kampagne, die vor allem von jenen getragen wird, die tatsächlich profitieren werden: Hard- und Software-Provider sowie Kassen und Ministerien.

Mit dieser Mail möchte ich nicht weniger als ausloten, ob sich eine bundesweite Kampagne initiieren lässt. Beginnen könnte sie mit einem öffentlichkeitswirksamen NEIN von Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten. Enden könnte sie mit einer Diskussion und Abstimmung, deren Ergebnis man dann hoffentlich als demokratisch bezeichnen kann.

Noch etwas zum Hintergrund für diese Aktivität. Seit etwa einem Jahr beschäftigt mich das Thema. Im Sommer 2005 hat die bundesweit erscheinende Berliner Tageszeitung taz einen Artikel von mir veröffentlicht mit dem Titel "Gesünder durch Big Brother?". Als Folge dieses Beitrages war ich Anfang Januar von Radio SWR2 zu einer Radiodiskussion eingeladen ("Kommt der Gläserne Patient?") gesendet am 12.1.2006.

Die mir am wichtigsten erscheinenden Punkte sind:

- Thesen zur Elektronischen Gesundheitskarte:

1. Der Titel "Elektronische Gesundheitskarte" ist eine Irreführung. Er vermittelt den Eindruck, es handle sich lediglich um eine modernere Form der jetzigen Versicherten-Chipkarte. In Wirklichkeit ist aber der Kern des Projektes ein gigantisches, deutschlandweites (und später vielleicht sogar europaweites) Computernetzwerk-Projekt, in dem PERSÖNLICHE PATIENTENDATEN WIE ARZTBERICHTE ODER KRANKENHAUSBERICHTE ZENTRAL IN GROSSRECHNERN GESPEICHERT WERDEN SOLLTEN.
2. Es droht ein weiterer Vertrauensverlust ins Gesundheitswesen, weil dann die Datenbasis für persönliche Patienteninformationen nicht mehr der durch das Arztgeheimnis geschützte Raum der Praxis des Hausarztes ist, sondern anonyme und nicht greifbare Großrechner, auf die 120.000 Arztpraxen, 60.000 Zahnarztpraxen und Psychotherapiepraxen, 2.200 Krankenhäuser, 300 Krankenkassen und 22.000 Apotheken POTENTIELLEN ZUGRIFF haben müssen.
3. Das neue System ist vor allem und von Anfang an ein Wirtschaftsförderungsprogramm für die Computer- und Software-Industrie (auf Kosten des Gesundheitswesens und damit der Versicherten).
4. In zweiter Linie ist das Projekt ein Verwaltungskosten-Einsparprogramm für Krankenkassen, indem Verwaltungskosten insbesondere beim Umgang mit 700 Mio Rezepten pro Jahr verringert werden (auf Kosten der Arztpraxen, in die ein Teil der Verwaltungstätigkeit verlagert wird, und auf Kosten von Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, die ihren Arbeitsplatz verlieren werden)
5. Selbst unter der Voraussetzung, dass die meisten Patienten mit der zentralen Datenspeicherung einverstanden wären, dürfte die Verbesserung des medizinischen Informationsflusses für Ärzte und Patienten voraussichtlich gering sein und unvollständig. Außerdem werden gut eingespielte Routinevorgänge im Medizinischen Alltag umständlicher und zeitaufwändiger (wobei es viel einfachere und effektivere Möglichkeiten gäbe, den Informationsfluss im Gesundheitswesen zu verbessern, und zwar OHNE neues Netzwerk und OHNE die hochproblematischen datenschutzrechtlichen Umstände des aktuell geplanten Systems).
6. Die erhofften Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen insgesamt sind reine Spekulation, im Gegenteil, es steht zu befürchten, dass sich die Gesamtkosten erhöhen werden. Neben den hohen Kosten von 1,4 bis 4 Milliarden EURO wird wiederum die Verwaltung des eCard-Systems teuer sein, außerdem ist eine Zunahme des unsinnigen Doktor-Hopping zu erwarten.

Aus diesen Gründen sage ich als Ihr Hausarzt NEIN. Ich lehne das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" in der jetzigen Form ab. Ich werde die Umsetzung in meiner

Unser aktuelles Thema:

ÄRZTEPROTESTE gegen die Demontage unseres Gesundheitssystems

Sie planen Aktionen, haben Anmerkungen und Informationen zum Thema? Bitte informieren Sie uns.

Informationen zum Thema einlesen

!!! gemeinsam sind wir stark !!!

ÄRZTEPROTEST

BUSCHROMMEL

BONUS MALLUS

BUNDESWEIT

NEWSUCHE

PROTESTKALENDER FORUM

ädg
Die Gesundheitsärzte

LAWELL
INDIVIDUELLE INFOSYSTEME FÜR IHREN WARTBEREICH

ägwl-Newsletter abonnieren

Hier E-Mailadresse eingeben

Email

Letzte Meldungen:

- » Neues Angebot soll Bewegung in Ärzte-Tarifstreit bringen
10.07.2006
- » Kassenärzte: «20 Prozent mehr Honorar - Budgetierung weg»
10.07.2006
- » Studie: Gesundheitspolitik mit Negativ-Image und Vertrauensverlust
10.06.2006
- » Geheimtreffen zu Ärztestreiks am Wochenende - Hoffnung auf Lösung
10.06.2006
- » Verhandlungen über Gesundheitsreform in entscheidender Phase
10.06.2006
- » Bundeskabinett beschließt den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztsrechts und anderer Gesetze
24.05.2006
- » Hoppe warnt vor weiterem Spargesetz im Gesundheitswesen
24.05.2006
- » Kampf ums Geld im Gesundheitswesen spitzt sich zu
23.05.2006
- » Kassenärzte schwören sich auf gemeinsamen Kampf um mehr Geld ein
23.05.2006
- » „Ob angestellt oder in

Was wollen Patienten?

Patienten benötigen Informationen. Sie möchten

- verstehen, was nicht in Ordnung ist,
- eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten,
- das Arztgespräch bestmöglich nutzen,
- die Abläufe und die wahrscheinlichen Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlung verstehen,
- Unterstützung erhalten und Hilfe bei der Bewältigung,
- darin unterstützt werden, selber etwas zu tun
- ihr Hilfsbedürfnis und ihre Besorgnis rechtfertigen,
- andere darin unterstützen, sie zu verstehen,
- lernen, weitere Krankheit zu verhindern,
- wissen, wer die besten Ärzte sind

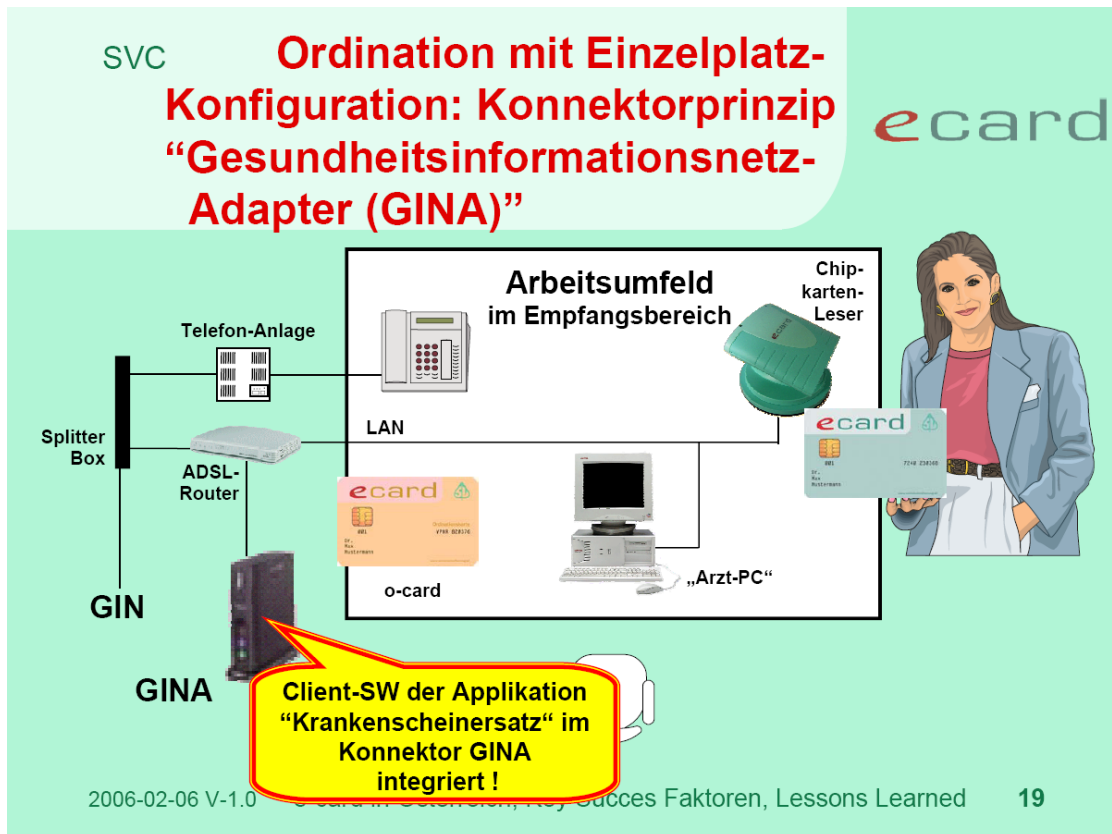
Kritik

- weltweit größtes IT-Projekt
 - Toll collect
 - Hartz IV-Software
- 1,5 bis 5 Milliarden € Kosten
- Wirtschaftsförderungsprogramm für IT-Industrie
- Verwaltungskosteneinsparprogramm für Krankenkassen
- Datenschutz und Datensicherheit

Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
2. Notwendige IT-Infrastruktur
3. Projektstand/Testregionen
4. Zu erwartende Kosten
5. Nutzen der eGK
- 6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)**
7. Fazit

eCard in Österreich



eCard in Österreich

Der aktuelle Status des Projekts zum 30.01.2006:



	aktueller Wert	in Prozent	geplante Gesamtmenge
Versendete Karten	8.380.000	>100,0%	~ 8.000.000
Ausgestattete Ärzte	11.700	99,4%	~ 11.770
Durchgeführte Schulungen	650	100,0%	~ 650
Produzierte Konnektoren	12.500	100%	~ 12.500
Produzierte Kartenleser	18.000	100%	~ 18.000
Konsultationen seit 03/2005 Durchschnitt pro Tag	35.866.000 450.000 – 500.000	85,4% 214% – 238 %	42.000.000 p.a. 210.000 pro Tag
Konsultation ausgelöst via:			
Arztsoftware		56%	
Browser		30%	
Stand Alone		14%	

2006-02-06 V-1.0 e-card in Österreich, Key Succes Faktoren, Lessons Learned 13

Übersicht

1. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)
2. Notwendige IT-Infrastruktur
3. Projektstand/Testregionen
4. Zu erwartende Kosten
5. Nutzen der eGK
6. Vergleichbare Projekte (In/Ausland)
- 7. Fazit**

Bedeutung der Information im Behandlungsprozess

Ärzte

- überschätzen, was sie an Informationen geben
- geben weniger als die Patienten wünschen
- sind nicht gut darin, Patientenbedürfnisse zu erkennen

Towle A, Godolphin W. Education and training of health care professionals.
in: Edwards A, Elwyn G. Evidence-based Patient Choice, 2001, S. 247

Erinnerung des Patienten

- 40 bis 80% der Informationen des Arztes vergisst der Patient auf der Stelle
- Je mehr Information der Patient erhält, desto mehr vergisst er
- Die Hälfte der erinnerten Information ist falsch

Kessels RPC. Patients' memory for medical information. Journal of the Royal Society of Medicine. 2003;96:219-222

→ Patient

- Vorbereitet ins Gespräch gehen, z.B. Merkzettel, Notizen
- Begleitperson
- Aufzeichnung mit Kassettenrekorder

→ Arzt

- Verständnis des Patienten sicher stellen
- Schriftliches Material
- Decision Aids

Klemperer

Fazit eGK

- Ärzte eher skeptisch
 - Praktikabilität fraglich
- Patienten eher aufgeschlossen
 - Notfalldaten
 - Arzneimitteldokumentation
- Kosten für Krankenhäuser
 - schwer abschätzbar
 - Rückstellungen erforderlich
 - Optimierungspotenzial ausnutzen