

MEHR KOSTENWIRKSAMKEIT IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN



ERSTELLT FÜR

IKK classic

März 2015

ERSTELLT VON

HANDELSBLATT RESEARCH INSTITUTE

Dennis Huchzermeier

Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup

IGES

Dr. Martin Albrecht

Alina Wolfschütz

Dr. Stefan Loos

Inhalt

Abbildungen	5
Tabellen	5
1 Die Ausgangslage in Deutschland.....	6
1.1 Dokumentationspflichten in der ambulanten Versorgung.....	7
1.2 eHealth-Konzepte in der ambulanten Versorgung	10
2 Auswahl der Vergleichsländer	12
3 Dokumentationspflichten von niedergelassenen Ärzten in Deutschland gegenüber ausgewählten Dritten	14
3.1 Pflichten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen	17
3.2 Pflichten gegenüber anderen Leistungserbringern	22
3.2.1 Pflichten gegenüber Pflegeheimen.....	22
3.2.2 Pflichten gegenüber Krankenhäusern.....	23
3.2.3 Pflichten von niedergelassenen Vertragsärzten untereinander	24
3.2.4 Pflichten gegenüber Rehabilitationseinrichtungen	26
3.3 Pflichten gegenüber Patienten.....	27
3.4 Pflichten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern.....	29
3.5 Pflichten gegenüber dem Datenschutz.....	31
3.6 Pflichten gegenüber dem Staat und den Einrichtungen der Sozialversicherung	33
4 Internationaler Vergleich der Dokumentationspflichten	35
4.1 Dänemark.....	35
4.2 Australien	37
4.3 Schweiz.....	41
5 Bestandsaufnahme von eHealth-Konzepten in der ambulanten Versorgung	47
5.1 Definition – eHealth und Telemedizin	47
5.2 Typologie von Arzt-Patienten-Interaktionen und Dimensionen zur Beurteilung der Umsetzung von eHealth	48
6 Status quo von eHealth in Deutschland.....	50
6.1 Stellenwert von eHealth.....	50
6.2 eHealth-Struktur	52
6.3 Elektronische Gesundheitsdaten	55
6.4 Telemedizin	58
7 Internationaler Ländervergleich	61
7.1 Dänemark.....	61
7.1.1 Stellenwert von eHealth.....	61
7.1.2 eHealth-Strukturen	63
7.1.3 Elektronische Gesundheitsdaten.....	64

7.1.4	Telemedizin	67
7.1.5	Fazit Dänemark	68
7.2	Australien	69
7.2.1	Stellenwert von eHealth.....	69
7.2.2	eHealth-Strukturen	72
7.2.3	Elektronische Gesundheitsdaten.....	72
7.2.4	Telemedizin	77
7.2.5	Fazit Australien	78
7.3	Schweiz.....	79
7.3.1	Stellenwert von eHealth.....	80
7.3.2	eHealth-Strukturen	80
7.3.3	Elektronische Gesundheitsdaten.....	82
7.3.4	Telemedizin	86
7.3.5	Fazit Schweiz	89
8	Welche Empfehlungen ergeben sich für Deutschland?	92
8.1	Empfehlungen für die Dokumentation	92
8.2	Empfehlungen für eHealth-Anwendungen	96
Quellen.....		101

Abbildungen

Abbildung 1: Schematische Darstellung zum Status quo von eHealth-Anwendungen in den drei ausgewählten Vergleichsländern	13
Abbildung 2: Schematische Darstellung der auf der elektronischen Gesundheitskarte enthaltenen Daten und sogenannter Datencontainer	56
Abbildung 3: Schematische Darstellung des dänischen eHealth-Entwicklungspfades	62
Abbildung 4: Schematische Darstellung des australischen eHealth-Entwicklungspfades	71
Abbildung 5: Electronic Transfer of Prescriptions (ETP) – Funktionsweise eMedikationsmanagement Australien	73
Abbildung 6: Verordnungs- und Abgabefenster für Patienten und Leistungserbringer im Rahmen der australischen ePatientenakte	76
Abbildung 7: Entwicklung von eHealth in der Schweiz (evolutionärer Bottom-up-Ansatz)	81
Abbildung 8: „Impfdossier“ und eHealth-Architektur	83
Abbildung 9: Weg zum Patientendossier als Grundlage für weitere eHealth-Anwendungen	87

Tabellen

Tabelle 1: Projekte im Rahmen der eGK und zugehörige Projektleiter	54
Tabelle 2: Anteile verschiedener Arten des digitalen Datenaustausches in Dänemark im Jahr 2012, in Prozent	65
Tabelle 3: Übersicht über verschiedene Typologien von eHealth und ihren Umsetzungsdimensionen in Dänemark	69
Tabelle 4: Übersicht über verschiedene Typologien von eHealth und ihren Umsetzungsdimensionen in Australien	79
Tabelle 5: Übersicht über verschiedene Typologien von eHealth und ihren Umsetzungsdimensionen in der Schweiz	90

1 Die Ausgangslage in Deutschland

Die Frage der Höhe und der Angemessenheit der Verwaltungskosten des deutschen Gesundheitssystems im Allgemeinen und bei den gesetzlichen Krankenkassen im Besonderen ist ein Dauerbrenner in der gesundheitspolitischen Diskussion.

Einige Studien haben sich in der jüngeren Vergangenheit mit der Frage der wirtschaftlichen Angemessenheit der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen beschäftigt. Darunter befindet sich auch ein Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung und der ADME GmbH aus dem Juli 2010. Dort wurden – auf Basis der Datengrundlagen des Jahres 2008 – jährliche Bruttoverwaltungskosten je Versichertem von gut 129 Euro als Benchmark identifiziert. Würde die durchschnittliche Krankenkasse diesen Wert erzielen, könnten der Analyse zufolge insgesamt 1,4 Milliarden Euro jährlich eingespart werden. Bezogen auf alle 51 Millionen Mitglieder entstände je Mitglied ein Einsparpotenzial von 27,50 Euro pro Jahr oder 2,30 Euro pro Monat.¹

Geht man realistischerweise davon aus, dass zahlreiche Mitglieder bereits heute in einer Kasse mit günstigen Verwaltungskosten versichert sind, träfe dieses durchschnittliche Sparpotenzial nicht auf alle Mitglieder gleichermaßen zu. Angenommen nur die Hälfte aller Mitglieder würde von der Reduktion der Verwaltungskosten profitieren, so beliefe sich bei diesen Mitglieder der eingesparte Betrag laut dieser Analyse auf 55 Euro pro Jahr oder 4,60 Euro pro Monat.² Der „organizational slack“, das Einsparpotenzial bei den Verwaltungsausgaben, hält sich nach dieser Untersuchung daher in recht bescheidenen Grenzen.

Zum Jahreswechsel 2011/2012 sind zwei Untersuchungen erschienen, deren Ergebnisse unterschiedlicher nicht sein können. Die Expertise von Blümel et al. (2012) kommt zu dem Ergebnis, dass die „Verwaltungskosten im deutschen Gesundheitssystem, die zulasten der GKV (gesetzlichen Krankenversicherung) gehen ..., in den letzten Jahren gestiegen (sind) – allerdings nur etwa so stark wie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt.“³ In einem internationalen Vergleich der Verwaltungskosten nimmt Deutschland – wie im Übrigen auch im Hinblick auf die Höhe und Dynamik der Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt – eine unauffällige mittlere Position ein.

Eine praktisch zeitgleich erschienene Studie der Unternehmensberatung A.T. Kearney⁴ stellt das gesamte öffentlich-rechtliche Gesundheitssystem auf den Prüfstand. Danach sollen die Verwaltungskosten – nicht nur der gesetzlichen Krankenkassen, sondern im gesamten öffentlichen Gesundheitssystem – 23 Prozent der Gesamtausgaben ausmachen. Dieser Befund war spektakulär und hatte das entsprechende mediale Echo. So aufsehenerregend die Befunde dieser Untersuchung waren, so gravierend sind die methodischen Fehler und so fragwürdig die gesundheitspolitischen Empfehlungen. Wo immer von den Autoren dieser Studie auf der Basis einer internetgestützten Fragebogenerhebung – nach Empfinden der Befrag-

¹ Vgl. Augurzky et al. (2010), S. 8 ff.

² Vgl. Augurzky et al. (2010), S. 10.

³ Vgl. Blümel et al. (2012), S. 63.

⁴ Scheel et al. (2011).

ten – überflüssiger Verwaltungsaufwand identifiziert wurde, waren regelmäßig die gesetzlichen Krankenkassen die Kostentreiber. Nach Erhebungen von IGES ist die Höhe der Verwaltungskosten einer gesetzlichen Krankenkasse allerdings positiv mit ihren Leistungsausgaben korreliert. Das heißt, je höher die Leistungsausgaben einer gesetzlichen Krankenkasse sind, desto höher liegen – nicht überraschend – ihre Verwaltungskosten.

Eine differenzierte Bestandsaufnahme der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen ist Gegenstand eines im März 2013 angelaufenen Forschungsprojektes, welches von mehreren Partnern der Selbstverwaltung und Bundesbehörden unter Leitung des Normenkontrollrates durchgeführt wird.

In Anbetracht der bereits in Auftrag gegebenen nationalen Erhebung und überfälligen Dekomposition der Verwaltungskosten werden wir in diesem Gutachten eine international vergleichende Analyse durchführen. Dazu soll zunächst untersucht werden, ob sich die grundsätzlichen Dokumentationspflichten eines ambulant tätigen Arztes⁵ in den verschiedenen Ländern unterscheiden. Anhand dieser Analyse wird geprüft, ob die in Deutschland gestellten Dokumentationsanforderungen einen Sonderweg darstellen oder der verbreiteten Praxis in anderen Ländern entsprechen.

In einem ersten Schritt wird untersucht, zu welchen Dokumentationen – und aus welchem Grund – die Praxen verpflichtet sind. Außerdem werden die Anforderungen, die an eine ordnungsgemäße Dokumentation gestellt werden, analysiert. Hieraus werden im Anschluss Handlungsempfehlungen – im internationalen Kontext – zur effizienteren Gestaltung der ärztlichen Dokumentationstätigkeit abgeleitet.

In einem zweiten Schritt wird – ebenfalls im Rahmen eines internationalen Vergleichs – geprüft, welche grundsätzlichen Ansätze es gibt, die Interaktion von Ärzten untereinander und mit den Patienten durch den Einsatz von IT-Systemen und eHealth-Konzepten effizienter zu gestalten. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, ob die Möglichkeit besteht – angesichts der nur langsam fortschreitenden Architektur rund um die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in Deutschland –, bestimmte Elemente von eHealth-Konzepten auch außerhalb dieses Projektes zu implementieren.

Die Analyse soll Wege aufzeigen, wie dem medizinischen Personal mehr Zeit zur Versorgung der Patienten eingeräumt werden kann und wie die ärztlichen Verwaltungsaufgaben reduziert werden können.

1.1 Dokumentationspflichten in der ambulanten Versorgung

Die Dokumentationspflichten niedergelassener Ärzte und Zahnärzte in Deutschland sind sehr umfangreich. Neben den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches finden sich Regelungen zu den Dokumentationspflichten in den Sozialgesetzbüchern, in Richtlinien der Ärztekammern, Richtlinien des Gemeinsa-

⁵ Die Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen in diesem Gutachten wurden unter dem Aspekt der Verständlichkeit des Textes verwendet. Mit den verwendeten Bezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint. Eine geschlechterspezifische Differenzierung ist nicht beabsichtigt.

men Bundesausschusses, Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen und in den Vorschriften der Krankenkassen. Die Vielzahl von Regelungen führt dazu, dass Ärzte einen nicht unwesentlichen Teil ihrer Arbeitszeit mit Formalitäten verbringen müssen.

Die intensive Dokumentation dient dabei vor allem drei Zielen. Erstens trägt sie zur Therapiesicherung bei. Sie ist für den behandelnden Arzt eine Gedächtnisstütze, hilft bei der Koordination von mehreren an der Behandlung beteiligten Ärzten und soll damit Mehrfachuntersuchungen vermeiden. Zweitens dient sie zur Rechenschaftslegung gegenüber den Kostenträgern des Gesundheitswesens und gegenüber dem Patienten. Drittens erleichtert sie die Beweissicherung bei Rechtsstreitigkeiten.

Die Grundlage für die Dokumentationspflichten ergibt sich aus § 295 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und wird in den Berufsordnungen der Bundesländer⁶ konkretisiert. Die Anforderungen an die medizinische Dokumentation durch gesetzliche Vorgaben und Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in den §§ 135ff. SGB V geregelt. Sie müssen dabei auf die Erfordernisse der jeweiligen Empfänger zugeschnitten werden. Eine gesetzliche Krankenkasse stellt als Kostenträger andere Angaben in den Vordergrund als beispielsweise ein Patient. Zusätzlich gibt es weitere Berichts- und Dokumentationsverpflichtungen im Rahmen der Abrechnung und Statistikerstellung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie im Rahmen der allgemeinen Berufsordnung gegenüber der Bundesärztekammer und gegenüber anderen Leistungserbringern wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, (hinzugezogenen) Fachärzten oder Rehabilitationseinrichtungen. Des Weiteren gibt es rechtliche Anforderungen bezüglich gesetzlicher Meldepflichten oder zum Schutz und zur Sicherheit der Patientendaten.

Im Jahr 2013 wurde das neue Patientenrecht in das deutsche Bürgerliche Gesetzbuch (§§ 630a bis 630h) eingeführt. Es räumt den Patienten umfassende Rechte im Rahmen ihrer Behandlung ein. Bestandteil dessen sind unter anderem die Sammlung von Informationen und die Pflicht zur Dokumentation von Patientendaten und Behandlungsabläufen. Dies soll Sicherheit für Patienten und Ärzte schaffen, indem Behandlungsabläufe transparent und nachvollziehbar gemacht werden. Die umfassenden ärztlichen Dokumentationspflichten dienen dabei vor allem dem Ziel der optimalen Behandlung des Patienten.

Infas hat im Frühjahr 2014 mehr als 10.500 niedergelassene und angestellte ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland über ihren zeitlichen Aufwand für Verwaltungstätigkeiten befragt. Als Ergebnis stellte sich bei Hausärzten ein Aufwand von fast 7,5 Stunden pro Woche und bei Fachärzten sogar von mehr als 8,5 Stunden pro Woche heraus. Dies bedeutet rechnerisch, dass die Ärzte als Folge dieser Verwaltungstätigkeiten etwa einen Tag pro Woche ihren Patienten nicht zur Verfügung stehen. Rechnet man noch die Stunden für sonstigen Verwaltungsaufwand⁷ hinzu, dann erreicht der gesamte

⁶ Diese beruhen im Wesentlichen auf der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer. Deshalb wird im Folgenden auf die Vorschriften der „(Muster-)Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ (MBO-Ä) der Bundesärztekammer Bezug genommen. Rechtswirkung entfalten dagegen die entsprechenden Berufsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern.

⁷ Bei Hausärzten liegt der sonstige Verwaltungsaufwand bei etwa 1,5 Stunden pro Woche und die in der Befragung durchschnittlich angegebene Gesamtarbeitszeit beträgt 55,7 Stunden. Bei Fachärzten liegt der sonstige Verwaltungsaufwand bei knapp 3,5 Stunden pro Woche und die Gesamtarbeitszeit beträgt 52,5 Stunden.

Aufwand neun Stunden pro Woche für Hausärzte – dies macht über 16 Prozent ihrer in der Befragung durchschnittlich angegebenen Arbeitszeit aus – und etwa 12 Stunden für Fachärzte – dies sind knapp 23 Prozent ihrer Arbeitszeit. Die angesprochene Studie von A.T. Kearney kommt zu dem Ergebnis, dass niedergelassene Ärzte im Jahr 2010 insgesamt fast zehn Milliarden Euro oder knapp 23 Prozent ihrer Einnahmen für die gesamte Verwaltungstätigkeit aufwenden mussten.⁸ Bei den Zahlen dieser beiden Untersuchungen ist allerdings zu beachten, dass es sich hier um den gesamten Verwaltungsaufwand handelt. In diesem Gutachten werden dagegen nur Teilaspekte berücksichtigt.

Bereits in einem Gutachten von KPMG aus dem Jahr 2006 wurde für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe eine Belastung der Vertragsärzte mit Bürokratiekosten⁹ in einer Höhe von insgesamt etwa 160 Millionen Euro festgestellt.¹⁰ Auf das gesamte Bundesgebiet hochgerechnet ergibt sich damit laut Untersuchung eine Belastung von mindestens 1,6 Milliarden Euro. Die Kosten für die reinen Dokumentationspflichten belaufen sich auf etwa 82 Millionen Euro allein im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.¹¹

Viele Ärzte sehen dementsprechend die Dokumentation als Belastung, obwohl sie nicht zuletzt dem Selbstschutz dient. Aus diesem Grund arbeiten einige Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen mit Vertragsärzten in sogenannten Formularlaboren zusammen, um verständlichere und bürokratieärmere Formularversionen zu entwickeln und zu testen.

Eine ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation ermöglicht es, Sachverhalte auch nachträglich zu rekonstruieren: So zum Beispiel in einem Schadensersatzprozess oder bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dokumentationsversäumnisse des Arztes werden im Haftpflichtprozess unter Umständen zugunsten des Patienten ausgelegt. Die Dokumentation ist damit von entscheidender Wichtigkeit für den Fortgang der Behandlung und bei eventuellen Haftungsfragen.

Mangelnde Dokumentation kann die Behandlungsabläufe stören und so eine optimale Behandlung des Patienten verhindern. So fanden sich in einer Untersuchung zwischen den Jahren 2007 und 2011 in 751 der 7.039 untersuchten Fälle Dokumentationslücken. Dies entspricht knapp elf Prozent.¹² Eine Untersuchung aus dem Jahr 2006 förderte noch erheblichere Mängel zu Tage. Eine vollständige Dokumentation

⁸ Vgl. Scheel et al. (2011), S. 44.

⁹ Bürokratiekosten wurden in dem Gutachten definiert als diejenigen Kosten, die einem Vertragsarzt bei der Erfüllung seiner gesetzlichen und vertraglichen Informationspflichten entstehen und die nicht in der originären Unternehmereigenschaft (zum Beispiel die Erstellung der Steuerklärung, die Anmeldung der Angestellten zur Sozialversicherung oder Arbeitsschutzbestimmungen) begründet sind, vgl. KPMG (2006), S. 3. Nicht erfasst wurden allerdings entstehende Kosten durch die Leistungsabrechnung mit den privaten Krankenversicherungen und im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Rechnungslegung (EBM), vgl. KPMG (2006), S. 9.

¹⁰ Vgl. KPMG (2006), S. 32. Eingerechnet wurde auch die mittlerweile abgeschaffte aber damals noch aktuelle Praxisgebühr. Diese schlug im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mit rund 20 Millionen Euro Kosten zu Buche (Vgl. S. 24). Die Bürokratiekosten für Überweisungen beliefen sich in der Untersuchung auf rund 3,5 Millionen Euro (Vgl. S. 25), für Disease-Management-Programme auf etwa 16,3 Millionen Euro (Vgl. S. 25) und die Belastung durch gesetzliche Meldepflichten auf gut 1,8 Millionen Euro (Vgl. S. 30).

¹¹ Vgl. KPMG (2006), S. 23.

¹² Anders stellt sich die Situation bei der Dokumentation der Risikoaufklärung dar. Lediglich in 110 der 7.039 Verfahren (1,6 Prozent) wurden Dokumentationsmängel bei der Risikoaufklärung festgestellt und nur in 27 Fällen mussten Ärzte aufgrund ihrer Fehler für Gesundheitsschäden tatsächlich haften, da sie die erforderlichen Nachweise für ein ordnungsgemäßes Aufklärungsgespräch nicht erbringen konnten, vgl. Weber et al. (2013), S. 25.

war einzelfallbezogen nur bei 27 Prozent der untersuchten Fälle vorzufinden. Dabei stellte sich zusätzlich heraus, dass in allen betrachteten Dokumentationsteilen die Fehlerquote in Praxen höher lag als in Krankenhäusern. Dies lag vermutlich an einem größeren Zeitmangel und an anderen Vorgaben für Praxen.¹³ Dazu kam offenbar noch ein gewisser Grad an Überforderung, zum Beispiel durch komplexe Kodierungsverpflichtungen der verschiedenen Indikationen, so die Autoren.¹⁴

Im weiteren Verlauf werden die Dokumentationspflichten niedergelassener Ärzte gegenüber verschiedenen Institutionen in Deutschland dargestellt. Anschließend werden die Dokumentationspflichten in ausgewählten Drittländern analysiert und dargestellt. Hierbei handelt es sich um die Schweiz, deren Gesundheitssystem eher dezentral organisiert ist, Dänemark mit seinem in Sachen eHealth sehr fortschrittlichen Gesundheitssystem und Australien als Flächenland. Aus den Ergebnissen und Erfahrungen der Drittstaaten lassen sich Empfehlungen hinsichtlich möglicher Effizienzsteigerungen bei niedergelassenen Ärzten in Deutschland ableiten.

1.2 eHealth-Konzepte in der ambulanten Versorgung

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) ziehen – mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung – ins Gesundheitssystem ein. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen beträgt der Rückstand bei der Umsetzung von IK-Technologien im Gesundheitswesen derzeit rund zehn Jahre, schätzt der Vorsitzende der unabhängigen eHealth-Taskforce der EU.¹⁵ Der Einsatz von IK-Technologien und die Umsetzung von IT-Lösungen dienten in den anderen Wirtschaftsbereichen und auch jetzt im Gesundheitswesen vornehmlich der Effizienzsteigerung. Gleichzeitig soll die Qualität der Versorgung für die Patienten erhöht werden.

In Deutschland schreitet die Implementierung von eHealth-Ansätzen nur langsam voran. Im Rahmen der Studie sollen daher – anhand eines internationalen Vergleichs – Ansätze untersucht werden, die die Interaktion zwischen Patienten und ambulant tätigen Ärzten¹⁶ durch den Einsatz von eHealth-Konzepten effizienter gestalten können. Hierzu werden zunächst eine Typologie von Arzt-Patienten-Interaktionen sowie Dimensionen zur Beurteilung des Umsetzungsgrades der eHealth-Anwendungen in den Vergleichsländern erarbeitet. Für drei ausgewählte Vergleichsländer, die ein breites Spektrum an eHealth-Anwendungen abdecken, werden die Entwicklung und der aktuelle Stand der Umsetzung von eHealth-Anwendungen anhand der Typologie beschrieben und anhand der Umsetzungsdimensionen bewertet. Anschließend wird die Übertragbarkeit dieser Ansätze auf Deutschland geprüft und beurteilt, was Deutschland aus dem internationalen Vergleich lernen kann. Dabei werden vor allem spezifische rechtli-

¹³ Vgl. Püschmann et al. (2006), A 124 f.

¹⁴ Vgl. Püschmann et al. (2006), A 126.

¹⁵ Vgl. http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_de.pdf, (Zugriff: 20.10.2014).

¹⁶ Die Analyse konzentriert sich auf den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, allerdings ist nicht immer eine konkrete sektorale Trennung möglich. Zudem ist ein postuliertes Ziel von eHealth die Überwindung bestehender Sektorgrenzen, so dass eine Vielzahl der eHealth-Anwendungen gerade zum Ziel haben, alle Sektoren mit einzubinden.

che Rahmenbedingungen in Deutschland berücksichtigt, darunter zum Beispiel das Verbot der Fernbehandlung in Verbindung mit telemedizinischen Ansätzen oder das Verbot mobiler Behandlungsangebote, sowie der aktuelle Stand der Einführung beziehungsweise Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte.

2 Auswahl der Vergleichsländer

Als Vergleichsländer wurden für diese Studie Dänemark, Australien und die Schweiz ausgewählt.

Dänemark nimmt bei der EU-weiten Vergleichsstudie beim „Gesamtindikator eHealth“¹⁷ den ersten Platz im Ländervergleich ein und liegt in allen Teilbereichen mindestens auf dem zweiten Rang. Nur bei der Adaption im Bereich Telemedizin steht Dänemark auf Platz 16 (Platz 1: Ungarn). Als Gründe für die hohe dänische IT-Affinität und -Adaption im Gesundheitswesen werden unter anderem der Breitbandausbau, Systemintegrationsfähigkeit der Softwareanwendungen, der sichere Zugang des „Danish Health Data Network“¹⁸ sowie die gleich nach der Geburt zugeteilte persönliche Identifikationsnummer und eine softwarebasierte digitale Signatur (anstatt Hardware in Form einer Karte) genannt. Zum heutigen Zeitpunkt findet der gesamte Datenaustausch im dänischen Gesundheitswesen digital statt.

Dänemark gilt als ein First Mover in den Bereichen eHealth und IT-Anwendungen. Seit rund 20 Jahren werden hier eHealth-Strategien formuliert, um die Entwicklung und Umsetzung von eHealth-Anwendungen schrittweise voranzutreiben. Dabei wird ein Bottom-up-Ansatz mit einer nationalen eStrategie gepaart. Auch wenn es sich bei Dänemark um ein – im Vergleich zu Deutschland – relativ kleines Land mit einer übersichtlichen Bevölkerung und Fläche handelt, so können die eHealth-Strategie und die Umsetzung in Dänemark dennoch als Good-Practice-Beispiele verwendet werden. Zudem kann der Vergleich mit Dänemark aufzeigen, welche Strecke in Deutschland noch zurückgelegt werden müsste, bis vergleichbare eHealth-Anwendungen großflächig eingesetzt werden können.

Als zweites Vergleichsland wurde **Australien** ausgewählt, da es bereits im umfassenderen Maße telemedizinische Anwendungen aufgebaut hat – insbesondere zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der Fläche. Das große und dünn besiedelte Land hatte bereits in Präinternetzeiten innovative Versorgungsformen entwickelt, um den Zugang zur medizinischen Versorgung auch über große Distanzen zu sichern. So kombinierte beispielsweise der Royal Flying Doctor Service of Australia die verfügbare Technik (Radio, Telefon) mit Transportmitteln (Flugzeug), um die Versorgung per Telehealth in dünn besiedelten Gebieten zu gewährleisten.

Australien blickt beim Aufbau von eHealth-Anwendungen auf eine längere Reihe von Projekten zurück, die zumeist unkoordiniert und auf lokaler, teilweise kommunaler Ebene umgesetzt wurden – und scheiterten oder eingestellt wurden. Diese Erfahrungen haben in Australien zur Entwicklung und Formulierung einer nationalen eHealth-Strategie geführt, die ein stärker konzertiertes Vorgehen zum Ziel hat. Es folgte die Abkehr von unkoordinierten regionalen Insellösungen und deren vielfältigen Interoperabilitätsprob-

¹⁷ Für den Ländervergleich bildeten die Autoren vier einzelne Indikatoren und einen Gesamtindikator, um den Stand der Adaption wiedergeben zu können. Die vier Indikatoren – (1) Elektronische Gesundheitsakte (in der Praxis), (2) Gesundheitsinformationsaustausch (zwischen Leistungserbringern), (3) Telemedizin (Versorgung, medizinisches Training und Schulungen zur Überwindung von Distanzen), (4) persönliche Patientenakte (sicherer Zugang und Management eigener Patientendaten) – wurden jeweils aus verschiedenen Variablen zusammengesetzt und bilden zusammen genommen den (5) Gesamtindikator eHealth, vgl. Codagnone et al. (2013).

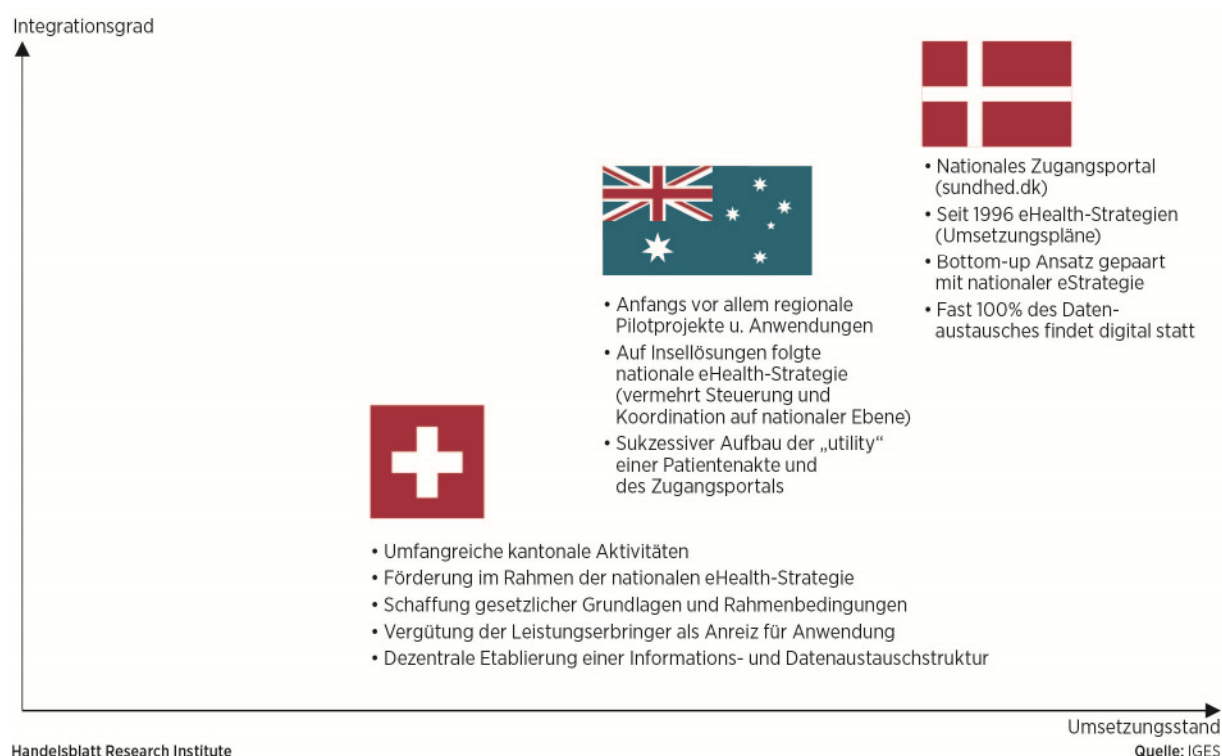
¹⁸ Ähnlich der Telematikinfrastruktur, welche derzeit in Deutschland durch die gematik GmbH aufgebaut wird, stellt das Danish Health Data Network ein geschlossenes Netzwerk für ausgewählte Teilnehmern dar.

lemen. Die vermehrte Steuerung und Koordination auf nationaler Ebene richtet sich nun auf den sukzessiven Aufbau einer Patientenakte und ein einheitliches Zugangsportal.

Als drittes Vergleichsland wurde die **Schweiz** ausgewählt. In der Schweiz gibt es zum einen schon deutlich sichtbare Fortschritte im Bereich eHealth – das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)¹⁹ liegt in einer Entwurfsfassung vor und wird voraussichtlich noch im ersten Halbjahr 2015 ratifiziert. Zum anderen ist die Schweiz ein Vorreiter in der Telemedizin. Viele Versicherungen bieten spezielle Telemedizintarife an, welche unter anderem als Gatekeeping-Funktion den Zugang steuern und die Kosteneffizienz erhöhen sollen.²⁰ Sowohl Prämieneinsparungen als auch Vergütungsanreize für die Leistungserbringer haben die Verbreitung der Telemedizin in der Schweiz positiv beeinflusst.

Vergleicht man die drei ausgewählten Länder im Hinblick auf Umsetzungsstand und Integrationsgrad von eHealth-Anwendungen, ist Dänemark der am meisten fortgeschrittene Entwicklungsstand zu attestieren, gefolgt von Australien und der Schweiz (Abbildung 1).

Abbildung 1: Schematische Darstellung zum Status quo von eHealth-Anwendungen in den drei ausgewählten Vergleichsländern



¹⁹ www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de; (Zugriff: 19.11.2014).

²⁰ www.helsana.ch/de/private/versicherungen/grundversicherung/benefit-plus-telemedizin; <https://www.medgate.ch/de-ch/>; (Zugriff: 19.11.2014).

3 Dokumentationspflichten von niedergelassenen Ärzten in Deutschland gegenüber ausgewählten Dritten

Nimmt der Patient eine Leistung eines Arztes in Anspruch, dann geht er mit dem Arzt einen Behandlungsvertrag nach den §§ 630a bis 630h Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ein. Aufzeichnungen über den Behandlungsverlauf werden vom Arzt als vertragliche Nebenpflicht geschuldet. Die erforderlichen Dokumentationspflichten sind in § 630f Absatz 2 BGB geregelt. Danach ist der behandelnde Arzt verpflichtet „in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind ebenfalls in die Patientenakte aufzunehmen.“²¹ Konkrete Bestandteile der ärztlichen Dokumentation sind:²²

- a) Stammdaten des Patienten,
- b) Stammdaten des Arztes,
- c) Datum des Besuchs,
- d) Anamnese und Aufklärungen beziehungsweise ein Verzicht auf die Aufklärung,
- e) Beschwerden,
- f) Verdachtsdiagnosen,
- g) Verordnung von Arzneimitteln,
- h) Ergebnis der Behandlung,
- i) Art der Nachbehandlung,
- j) Operationsberichte und Sektionsbefunde,
- k) Besondere Behandlungsarten,
- l) Zwischenfälle,
- m) Röntgen- und Sonografieaufnahmen,
- n) EKG- und CTG-Streifen,
- o) Laborbefunde,
- p) Überweisungsempfehlungen,
- q) Wiedereinbestellungen,
- r) Warnhinweise an den Patienten,
- s) gegebenenfalls unterschriebene Weigerungserklärungen des Patienten,
- t) Einsatz von Blut und Blutprodukten,
- u) Chargennummern,
- v) Namen der Präparate und Hersteller,
- w) Dosis und Datum der Applikation,

²¹ Auch nichtärztliche Dokumente, für die per Gesetz keine Dokumentationspflicht vorsieht, sollten – müssen aber nicht – unter Haftungsrisikogesichtspunkten mit in die Patientenakte aufgenommen werden, vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014), A 966.

²² In Anlehnung an KVNO (2001), S. 30. Ein Anspruch auf Vollständigkeit der Bestandteile wird nicht erhoben.

- x) gegebenenfalls Daten zu Lagerzeiten, Lagerbedingungen und Beschaffung von Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmittel,
- y) Hygiene und Sterilitätskontrollen sowie
- z) Sicherheitsüberprüfungen in der Praxis.

Die Dokumentation der Behandlung ist daher eine Pflicht des Arztes. Aus § 73 Absatz 1 Nr. 3 SGB V gehen die Dokumentationspflichten für die hausärztliche Versorgung nochmals gesondert hervor. Sie beinhalten demnach „die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung.“ Wer dies nicht beachtet, dem drohen eine Leistungsverweigerung der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ein Disziplinarverfahren bis hin zum Entzug der kassenärztlichen Zulassung.²³

Die Dokumentation von Behandlungsdaten dient mehreren Zwecken. Eine Dokumentation soll die Therapie sichern, indem sie zum Beispiel Mehrfachuntersuchungen vermeidet. Gleichzeitig erleichtert sie den an der Behandlung beteiligten Ärzten die Koordination. Sie dient weiter der Rechenschaftslegung, und zwar sowohl gegenüber dem Patienten als auch gegenüber den Kostenträgern. Der Patient hat ein Recht auf Einsicht in seine Behandlungsdaten. Außerdem soll ihm die Möglichkeit eingeräumt werden, sich die Meinung eines zweiten Arztes einzuholen. Kostenträger sollen die erbrachten Leistungen leichter überprüfen können. Die Aufzeichnungen müssen daher so detailliert sein, dass zum einen den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch den gesetzlichen Krankenkassen eine Überprüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung möglich ist, die sich aus § 275 und § 295 SGB V ergibt. Abschließend dienen sie dem Zweck der Beweissicherung. Sollte es im Rahmen der Behandlung zu Rechtsstreitigkeiten kommen, kann man anhand der Dokumentation nachweisen, ob die Behandlung korrekt erfolgte. Inhaltliche Mängel der Krankenunterlagen führen im Haftungsprozess zu Beweisnachteilen für den Arzt. Im Patientenrecht lautet die Grundregel: Was an dokumentationspflichtigen Vorgängen nicht dokumentiert wurde, hat – vermutlich – nicht stattgefunden.²⁴ Daher ist es wichtig, die einzelnen Behandlungsschritte gewissenhaft und detailliert aufzuzeichnen. Um sich möglichst genau erinnern zu können, ist gesetzlich gefordert, die Behandlung möglichst zeitnah zu dokumentieren.²⁵

Die Rechte und Pflichten für Ärzte in Deutschland regelt die (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer (MBO-Ä). Dort heißt es in § 10 Absatz 1:

„Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“

²³ Vgl. Weidinger (2014), S. 74. Eine konkrete Checkliste durchzuführender Untersuchungen, um die Dokumentationspflichten aus § 630f BGB nicht zu verletzen findet sich auf den Seiten 74 und 75.

²⁴ Vgl. § 630h Absatz 3 BGB.

²⁵ Vgl. § 630f BGB.

Der Patient kann nicht verlangen, dass auf eine Dokumentation seiner Behandlungsdaten verzichtet wird. Eine ordnungsgemäße Behandlung könnte so nicht mehr gewährleistet werden. In der Folge müsste der Arzt die Behandlung ablehnen, um sich nicht haftbar zu machen. Allerdings hat der Patient das Recht, unverzüglich eine vollständige Einsicht in seine Akte zu bekommen und gegebenenfalls Kopien auf eigene Kosten anzufertigen.²⁶

Alle Vertragsärzte sind seit dem Jahr 2000 verpflichtet, jede einzelne Diagnose so genau wie möglich zu kodieren, um die Morbidität der Patienten bundesweit zu bestimmen und gleichzeitig ein Höchstmaß an Datenschutz zu gewährleisten. Die so dokumentierte Verteilung der unterschiedlichen Krankheiten ist ein wichtiger Indikator für den Behandlungsbedarf und damit auch für die Finanzierung der medizinischen Versorgung. Dies geschieht anhand der ICD-10-Kodierschlüssel. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung bietet hierfür ein elektronisches Nachschlagewerk inklusive Kodierhilfe an, da sich die Ärzte einem komplexen Regelwerk mit über 10.000 möglichen Kodierschlüsseln konfrontiert sehen.

Im Anschluss an die Behandlung sind die Dokumente in der Regel zehn Jahre aufzuheben, soweit sich nicht aus anderen Gesetzen eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.²⁷ Dies ist zum Beispiel nach § 28 Röntgenverordnung oder § 14 Absatz 3 Transfusionsgesetz (TFG) der Fall, mit Aufbewahrungsfristen zwischen 15 und 30 Jahren. Zu beachten sind gleichzeitig noch die zivilrechtlichen Verjährungsfristen, die für einen Schadenersatzanspruch eines Patienten gegen den Arzt gelten. Diese betragen nach § 195 BGB in der Regel drei Jahre.²⁸

Berichtigungen und Änderungen der Dokumentation sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und ersichtlich ist, wann und von wem sie vorgenommen wurden.²⁹ Grundsätzlich ist der Arzt allerdings verpflichtet, fehlerhafte Tatsachen in der Dokumentation sofort zu korrigieren. Eine Diagnose ist dagegen keine Tatsache, sondern lediglich die Bewertung der Symptome des Patienten. Eine nachträgliche Veränderung der Aufzeichnungen ist nach Abschluss der Dokumentation, also mit Ende der Behandlung oder wenn die Dokumentation bereits Dritten zugänglich gemacht wurde, nicht mehr zulässig. Löschungen aus der Dokumentation sind vor Ablauf der Aufbewahrungsfristen unzulässig. Durch eine nachträgliche Veränderung der Dokumentation kann der Arzt in den Verdacht der Urkundenfälschung kommen. Eine Urkundenfälschung wird nach § 267 Absatz 1 Strafgesetzbuch (StGB) mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe geahndet. Im Rahmen der Dokumentation über IT-basierte Praxisverwaltungssysteme ist eine unbemerkte Änderung der Unterlagen kaum noch möglich, sofern das verwendete Praxisverwaltungssystem diese Funktion bereits unterstützt.³⁰

²⁶ Vgl. § 630g BGB.

²⁷ Vgl. § 10 Absatz 3 MBO-Ä, § 57 BMV - Ärzte sowie § 630f Absatz 3 BGB.

²⁸ Da die Verjährungsfrist erst mit dem Ende des Jahres beginnt, in dem der Patient von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt hat, kann die Frist tatsächlich erheblich länger sein. Laut § 199 Absatz 2 BGB verjährt der Schadenersatzanspruch erst nach 30 Jahren endgültig. Es kann daher sinnvoll die Unterlagen auch über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus aufzubewahren. Wünscht der Patient dagegen seine Daten zu löschen, muss der Arzt nach Verstreichen der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist dem Wunsch nachkommen. Dies führt dann allerdings zu einer Umkehr der Beweispflicht zu Lasten des Patienten.

²⁹ Vgl. Weidinger (2014), S. 75 sowie Deutsches Ärzteblatt (2014), A 965 f.

³⁰ Sollte dies nicht der Fall sein, setzt sich der Arzt bei einem möglichen Haftungsprozess einem Risiko aus, wenn der Kläger die Dokumentation in Zweifel zieht. Der Arzt befindet sich dann in Beweisnot, vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014), A 966. Deshalb sollte

Die elektronische Dokumentation muss täglich auf geeigneten Medien gesichert werden. Die Speicherung außerhalb der Praxis oder bei einem externen Dienstleister ist dabei nur unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Der Arzt muss nach § 11 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) einen Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung mit dem externen Dienstleister schließen. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Maßnahmen ist vom Arzt zu dokumentieren.³¹

Bei privat abzurechnenden Leistungen folgt aus § 12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine Pflicht zur Dokumentation, da die einzelnen Punkte als Bestandteil auf der Rechnung aufgeführt werden müssen. Die Ärzte müssen ihre Leistungen mit den Patienten abrechnen und ihnen dementsprechend eine Rechnung ausstellen.

Auch der niedergelassene Zahnarzt ist verpflichtet, jeden Behandlungsfall zu dokumentieren und eine obligatorische schriftliche Befunddokumentation durchzuführen und gegebenenfalls einen Behandlungsplan zu erstellen. Auch gelten gemäß § 12 MBO-Z (Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer) grundsätzlich dieselben Aufbewahrungsfristen.³²

Wenn ein Arzt seine Dokumentationspflicht verletzt, kann das weitreichende Konsequenzen haben. Rechtlich relevant wird eine Verletzung der Dokumentationspflicht insbesondere, wenn dem Arzt ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird. Wenn also die Beweisführung des Patienten dadurch unmöglich gemacht wird, dass die Dokumentation unzulänglich, unvollständig oder sogar evident falsch ist, werden zugunsten des Patienten Beweiserleichterungen angenommen. Im Extremfall kann es aufgrund der Dokumentationsmängel sogar zu einer Beweislastumkehr kommen.³³ Aus diesem Grund sollte – wie bereits ausgeführt – der Behandler seine Dokumentation umfassend und tagesaktuell führen, indem er alle relevanten Fakten festhält.

3.1 Pflichten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen

Die Dokumentationspflichten von niedergelassenen Ärzten in Deutschland gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen beziehen sich vor allem auf die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sowie auf den Zweck der Qualitätssicherung. Heute wird eine elektronische Abrechnung in der Regel mittels standardisierter Eingabemasken in der Praxisverwaltungssoftware erstellt. Versendet werden die Abrechnungsdaten dann über ein eigens von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschaffenes, sicheres, virtuelles privates Netzwerk (KV-SafeNet).³⁴

nur ein Praxisverwaltungssystem gewählt werden, welches geeignete Funktionen zur Änderungsdokumentation wie (qualifizierte) elektronische Signaturen und Zeitstempel unterstützt. Im Idealfall verfügt das Praxisverwaltungssystem über ein Dokumenten-Management-System, welches die elektronische Dokumentation verwaltet.

³¹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014), A 969. Siehe zum Datenschutz auch Abschnitt 3.5.

³² Zahnärztliche Modelle, die zur zahnärztlichen Dokumentation notwendig sind, sind mindestens zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

³³ Vgl. BGH (2003), VersR 2003, 1256.

³⁴ Mindestens müssen die Daten aber maschinenlesbar übermittelt werden, vgl. 44 Absatz 5 BMV-Ä.

Dementsprechend rechnen die Ärzte ihre erbrachten Leistungen nicht direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen ab, sondern gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, die über die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Vergütung von den gesetzlichen Krankenkassen erhält und diese an die niedergelassenen Ärzte weiterleitet. Um als Arzt Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können, benötigt dieser vorher eine Zulassung als Vertragsarzt. Für die Zulassung ist ebenfalls die jeweils regionale Kassenärztliche Vereinigung zuständig.

Bei der ärztlichen Versorgung muss zwischen einer allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung und weiteren besonderen Versorgungsformen unterschieden werden. Die Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Basis des jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)³⁵ und nach Maßgabe des § 295 SGB V. Dort heißt es in Absatz 1 Satz 1:

„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,

1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar

aufzuzeichnen und zu übermitteln.“

Um erbrachte Leistungen abrechnen zu können, müssen diese zusätzlich – neben den bereits erwähnten Kodierungen von Krankheitsbildern nach ICD-10 zur Meldung an staatliche Stellen – nach Maßgabe der Schlüssel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs kodiert werden. Die Komplexität und Herausforderung dieser Kodierungsaufgabe wird schon durch den Umfang des aktuellen EBM ersichtlich, der aktuell insgesamt 1.407 Seiten umfasst.

Zusätzlich zur allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung gibt es in Deutschland noch weitere, spezielle Versorgungs- und damit Abrechnungsmöglichkeiten. Diese bestehen – unter anderen neben der hausarztzentrierten Versorgung auf Basis von § 73b SGB V und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung auf Basis von § 73c SGB V – vor allem aus Verträgen zur integrierten Versorgung (IV-Verträge) und aus sogenannten Disease-Management-Programmen (DMPs).

³⁵ „Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander“, EBM (2014), S. 13.

Verträge zur integrierten Versorgung (IV-Verträge)

Bei der integrierten Versorgung werden vertragsärztliche Leistungsverpflichtungen – entgegen der allgemeinen vertragsärztlichen Regelversorgung – außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen über Einzelverträge zwischen den Vertragspartnern in der Regel direkt erfüllt. Dies erfolgt auf der rechtlichen Grundlage der §§ 140a bis 140d SGB V, die im Jahr 2000 mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz geschaffen wurde. Erste Ansätze zur integrierten Versorgung wurden allerdings bereits mit dem GKV-Neuordnungsgesetz aus dem Jahr 1997 ermöglicht. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahr 2004 wurden erhöhte Anreize zur Nutzung der integrierten Versorgungsform durch die Vertragspartner geschaffen, um so die Dynamik der Entwicklung zu erhöhen. Die gesetzlichen Krankenkassen besitzen – im Unterschied zur hausarztzentrierten Versorgung – nicht die Verpflichtung, sondern eine Wahlmöglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen.³⁶

Die Patienten werden bei der integrierten Versorgung in interdisziplinär, fach- und sektorenübergreifend vernetzten Strukturen durch unterschiedliche Leistungserbringer versorgt. Diese Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen kooperieren dabei miteinander, um sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Die gesetzlichen Krankenkassen schließen dazu – nur für ihre Versicherten – individuell Verträge mit den jeweiligen Praxen und Einrichtungen ab. Der Umfang der Versorgung geht oftmals über die Regelleistungen des Gesundheitssystems hinaus, indem die gesetzlichen Krankenkassen freiwillig zusätzliche Leistungen als Anreiz anbieten. Eine integrierte Versorgung bietet sich vor allem bei komplexen Behandlungsprozessen an, bei denen mehrere unterschiedliche Leistungserbringer beteiligt sind. Es geht dabei um die flächendeckende Behandlung von Volkskrankheiten wie Diabetes, Fettleibigkeit, Bandscheibenerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Ärzte bilden dazu ein – meist regionales – Versorgungsnetzwerk.

Die Vorteile der integrierten Versorgung bestehen vor allem in der Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, verkürzten Warte- und Behandlungszeiten für Patienten und der Vermeidung von Folgeerkrankungen durch standardisierte Nachuntersuchungen. Die gesetzlichen Krankenkassen gewähren ihren Versicherten für die freiwillige Teilnahme an der integrierten Versorgung häufig einen Bonus.

In der integrierten Versorgung dokumentieren die Leistungserbringer gemeinsam, welche Leistungen sie für einen Patienten erbracht haben. Die Vergütung erfolgt direkt zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern beziehungsweise Leistungserbringergemeinschaften, ohne die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Leistungen, die nicht Teil des IV-Vertrages sind, werden im Rahmen der normalen vertragsärztlichen Versorgung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Alle anderen Positionen werden in der Regel gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Managementgesellschaft über für den IV-Vertrag eigens vereinbarte Vergütungspositionen direkt und zusätzlich zum ordentlichen Budget abgerechnet.³⁷

³⁶ Vgl. Wille, Eberhard (2013), S. 10.

³⁷ Vgl. §§ 140c und 140d SGB V.

Die Teilnahme ist vom Patienten schriftlich gegenüber dem betreuenden Arzt zu erklären, von diesem zu dokumentieren und an die gesetzliche Krankenkasse weiterzuleiten. Die teilnehmenden Ärzte müssen für sich selbst gegenüber der jeweiligen Krankenkasse die Teilnahme beantragen. Ihre Qualifikationen müssen sie indikationsabhängig nachweisen, regelmäßige themenbezogene Fortbildungen besuchen und dies entsprechend dokumentieren.³⁸ Die beteiligten Ärzte führen regelmäßige Fallbesprechungen durch, die entsprechend zu dokumentieren und an alle Beteiligten weiterzugeben sind.

Disease-Management-Programm (DMP)

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme und haben die effektive Behandlung chronisch kranker Patienten zum Ziel. Sie wurden erstmals am 01. Juli 2002 auf der Grundlage von § 137f SGBV ermöglicht und erfolgen nach evidenzbasierten Leitlinien.³⁹ Patienten mit chronischen Krankheiten benötigen eine kontinuierliche ärztliche Betreuung. Daher treten sie häufig mit ganz unterschiedlichen Anlaufstellen wie beispielsweise dem Hausarzt, verschiedenen Fachärzten oder Krankenhäusern in Kontakt. Aufgrund der Vielzahl beteiligter Stellen kann es zu Fehlern beim Informationsfluss zwischen den Beteiligten kommen. Daraus resultiert eine latente Gefahr einer Fehlversorgung. Disease-Management-Programme sollen den Prozess koordinieren und diese Gefahren verringern.

Für chronisch kranke Patienten soll durch eine abgestimmte kontinuierliche und präventive Behandlung das Risiko von Komplikationen und Folgeerkrankungen verringert werden. Als Folge sollen die Behandlungskosten mittel- und langfristig gesenkt und die Behandlungsqualität verbessert werden. Gegenstand der Programme sind gegenwärtig Diabetes, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheiten, Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD).⁴⁰

Auch bei den Disease-Management-Programmen ist die Teilnahme für Patienten und Ärzte freiwillig und wird gegebenenfalls über einen Bonus von der Krankenkasse gefördert. Voraussetzungen für die Teilnahme ist allerdings eine gesicherte Diagnose durch den behandelnden Arzt und die Bereitschaft des Versicherten, aktiv an dem jeweiligen Programm teilzunehmen. Im Gegensatz zu den Verträgen der integrierten Versorgung werden bei Disease-Management-Programmen bundesweite Vorgaben in Verträgen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gemacht. Die Programme werden von den gesetzlichen Krankenkassen – sofern sie dies individuell als sinnvoll erachten – angeboten und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen die Programme – im Gegensatz zu Verträgen zur integrierten Versorgung – aber nicht individuell gestalten. Sie müssen stattdessen Anforderungen genügen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt.⁴¹ Das Bundesversicherungsamt entscheidet, für welche Krankheitsbilder die gesetzlichen Krankenkassen Disease-Management-Programme anbieten dürfen. Es muss die einzelnen Programme genehmigen.

³⁸ Zum Thema Fortbildungen siehe auch Abschnitt 3.4.

³⁹ Vgl. DMP-RL, S. 4.

⁴⁰ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Mai 2014 eine umfangreiche Liste mit Vorschlägen für weitere Disease Management Programme veröffentlicht, Vgl. G-BA (2014).

⁴¹ Vgl. DMP-RL.

Ein Kernmerkmal von Disease-Management-Programmen ist die standardisierte und strukturierte Dokumentation durch den koordinierenden Arzt. Die Abrechnung der innerhalb des Disease-Management-Programms erbrachten Leistungen funktioniert nur über einen für das jeweilige Disease-Management-Programm gültigen Abrechnungsbogen und hat seit dem Jahr 2008 ausschließlich elektronisch über eine eigens hierfür entwickelte und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierte Software zu erfolgen (eDMP). Diese Software ist mittlerweile häufig in den gängigen Praxisverwaltungssystemen integriert und greift auf die dort gespeicherten Daten zu.

Neben einer indikationsübergreifenden Dokumentation⁴² von administrativen Stammdaten und den allgemeinen Anamnese- und Befunddaten sind vor allem indikationsspezifische Merkmale nach einem vorgegebenen Schema zu dokumentieren. Ein grobes Dokumentationsschema besteht aus folgenden Punkten:

1. administrative (Stamm-)Daten (zum Beispiel Namen des behandelnden Arztes und der gesetzlichen Krankenkasse und das Erstellungsdatum),
2. allgemeine Anamnese- und Befunddaten (zum Beispiel Blutdruck, Körpergewicht, Begleiterkrankungen),
3. indikationsspezifische Anamnese- und Befunddaten,
4. verordnete Medikamente, empfohlene und durchgeführte Schulungen des Patienten sowie
5. ein Behandlungsplan.

Für jedes Krankheitsbild gibt es ein eigenes Schema, welches die krankheitsspezifischen Dokumentationsanforderungen berücksichtigt.⁴³ Auch die krankheitsspezifischen vereinbarten Qualitätsziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden sowie deren ausgewählte Indikatoren müssen nach einem speziellen Schema dokumentiert werden.⁴⁴ Alles zusammen bildet die Grundlage für die Informations- und Steuerungsprozesse der gesamten Behandlung. Die Dokumentation bildet neben der Abrechnungsbasis auch die Grundlage zur Evaluation der individuellen Behandlung und des gesamten Disease-Management-Programms. Durch die permanente Weiterentwicklung kommt es zu regelmäßigen Anpassungen der Dokumentationspflichten.

Verträge zur integrierten Versorgung und Disease-Management-Programme schließen sich gegenseitig nicht aus. Versicherte, die an einem Disease-Management-Programm teilnehmen, können gleichzeitig auch an einer anderen Vertragsform im Rahmen von integrierter Versorgung teilnehmen. So können Disease-Management-Programme auch in Form einer integrierten Versorgung durchgeführt werden. Deshalb gibt es Überlegungen, Disease-Management-Programme in die integrierte Versorgung einzube-

⁴² Vgl. DMP-A-RL, S. 9 (Anlage 2).

⁴³ Vgl. DMP-A-RL. In dieser Richtlinie finden sich konkrete indikationsspezifische Dokumentationsschemata zur koronaren Herzkrankheit (Anlage 6, Seite 29) und Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (Anlage 8, Seite 49 f).

⁴⁴ Vgl. DMP-A-RL. Die krankheitsspezifischen Vorgaben dieser Richtlinie zur Qualitätssicherung mit Qualitätsziel und den jeweiligen Qualitätsindikatoren finden sich beispielsweise für die koronare Herzkrankheit auf Seite 25 (Anlage 5) und zu Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 auf Seite 46 f (Anlage 8).

ziehen.⁴⁵ Die Vorgaben an Disease-Management-Programme in Bezug auf Qualitätssicherung, Einschreibung der Versicherten, medizinische Wissenschaft und Dokumentation entsprechen häufig denen zu Verträgen der integrierten Versorgung.⁴⁶ Disease-Management-Programme sind allerdings, im Vergleich zur integrierten Versorgungsform, noch umfangreicheren Regulierungen ausgesetzt. Denn sie müssen den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses genügen und vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden.⁴⁷

Die Verletzung der Dokumentationspflicht kann für den Arzt abrechnungstechnische Konsequenzen haben. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung seine Unterlagen vorzulegen. Bei mangelnder Qualitätssicherung oder mangelhafter Dokumentation verliert der Arzt die Möglichkeit, seine erbrachten Leistungen abzurechnen. Verletzt ein Arzt seine Dokumentationspflicht in besonders grobem Maße, kann ihm die Kassenärztliche Vereinigung zudem seine Zulassung als Vertragsarzt entziehen.⁴⁸

3.2 Pflichten gegenüber anderen Leistungserbringern

3.2.1 Pflichten gegenüber Pflegeheimen

Bei der Zusammenarbeit von verschiedenen Leistungserbringern kommt es häufig zu Schnittstellenproblemen. Ein Beispiel dafür ist die Betreuung von Patienten durch deren Hausarzt in Pflegeheimen. Der Ausschuss Allgemeinmedizin der Ärztekammer Schleswig-Holstein hat sich mit dem Thema der Schnittstellenproblematik zwischen niedergelassenen Ärzten, Pflegeheimen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ausführlich beschäftigt.

Die Pflegeheime verlangen oftmals vom behandelnden Arzt – aufgrund von Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung –, dass dieser während des Hausbesuchs eine Dokumentation in der Pflegeakte des Heimbewohners durchführt. Es ist inzwischen aber vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen klargestellt worden, dass dies nicht erforderlich ist und gegebenenfalls sogar die Schweigepflicht des Arztes verletzen könnte.⁴⁹ Dennoch ist es notwendig, einen nachvollziehbaren Informationsfluss aller an der Pflege beteiligten Personen einzuhalten. So ist die erfolgte Behandlung üblicherweise – wie jede andere Behandlung auch – in der Patientenakte des Hausarztes zu dokumentieren. Bei telefonischen Anordnungen trägt dagegen die Pflegekraft diese in die Pflegeakte ein, nachdem sie dem Arzt die Anordnung telefonisch vorgelesen hat (VuG-Prinzip⁵⁰), und zeichnet sie mit dem Vermerk „vug“ ab. Eine weitere Dokumentation in der Pflegeakte oder die Abzeichnung der Anordnung ist nicht

⁴⁵ Vgl. Wille, Eberhard (2013).

⁴⁶ Vgl. Wille, Eberhard (2013), S. 14.

⁴⁷ Vgl. Wille, Eberhard (2013), S. 15.

⁴⁸ Dagegen kann ein Widerspruchsverfahren vor dem Berufungsgericht durchgeführt werden. Ist es erfolglos, kann Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden.

⁴⁹ Vgl. Niebuhr (2011), S. 42 und Krahforst (2007).

⁵⁰ „VuG“ bedeutet „vorgelesen und genehmigt“.

mehr notwendig. Die Dokumentation des Arztes in seiner Patientenakte bleibt davon unberührt.⁵¹ Sollten sowohl der Pflegeheimbewohner als auch sein Arzt an einem Vertrag zur integrierten Versorgung teilnehmen, werden die (zusätzlichen) Dokumentationspflichten normalerweise in dem entsprechenden IV-Vertrag separat geregelt. Dabei wird die Dokumentation zwischen Arztpraxis und Pflegeheim üblicherweise vernetzt und der Arzt dokumentiert direkt in die Pflegeakte.⁵²

Es gelten also grundsätzlich dieselben Anforderungen an die Dokumentation wie in der Regelversorgung, eventuell ergänzt durch Regelungen in Verträgen der speziellen Versorgungsformen.

3.2.2 Pflichten gegenüber Krankenhäusern

Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) im Jahr 2007 ist die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung etwas gelockert worden. Sowohl den Kliniken als auch den Vertragsärzten wird mehr Raum bei der Patientenversorgung eingeräumt. Außerdem gibt es seit April 2014 auf der Grundlage des neugefassten § 116b SGB V die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.⁵³ Sie erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken. Vertragsärzte und Krankenhausärzte übernehmen gemeinsam die ambulante (spezialisierte) Versorgung. Somit erfolgt eine engere Zusammenarbeit von niedergelassenen Fachärzten und Klinikärzten als bislang und damit eine sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit schweren oder seltenen Krankheiten.⁵⁴ Die Richtlinie (ASV-RL) regelt den Umfang der sektorenübergreifenden einheitlichen Dokumentations- und besonderen Qualitätssicherungspflichten. Diese Pflichten sind individuell auf die einzelnen Erkrankungen zugeschnitten.⁵⁵ Wenn die Behandlung außerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung von Nichtmitgliedern fortgesetzt wird, ist ein umfassendes Überleitungsmanagement notwendig.⁵⁶

⁵¹ Vgl. Niebuhr (2011), S. 42.

⁵² Vgl. beispielhaft IVP (2008), S. 12 ff.

⁵³ Ermöglicht wurde dies mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung. Demnach gilt dort nicht der Bundesmantelvertrag. Die Abrechnung und die Vergütung erfolgt ebenfalls anders. Alle Leistungen innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden zu festen Preisen ohne Mengenbegrenzung abgerechnet und extrabudgetär bezahlt. Es bestehen dabei mehrere Abrechnungsmöglichkeiten, für die sich das ASV-Team entscheiden kann. Entweder die Abrechnung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, direkt mit der Krankenkasse des Patienten oder über andere Stellen (zum Beispiel über eine privatärztliche Verrechnungsstelle). Berechtigt zur Durchführung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind niedergelassene Fachärzte, medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser. Dazu müssen sie zwei Voraussetzungen erfüllen. Zum einen müssen sie die gesamten Anforderungen und Voraussetzungen der Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen, die zur Behandlung der entsprechenden Indikation notwendig sind, und zum anderen müssen sie dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit entsprechenden Belegen nachweisen, vgl. § 2 Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL). Die Berechtigung gilt aber nur für dieses bestimmte Krankheitsbild und nicht für alle ASV-Krankheitsbilder.

⁵⁴ § 116b Absatz 1 SGB V listet eine konkrete Aufzählung der Krankheitsbilder auf, bei denen die Regelungen zur spezialfachärztlichen Versorgung Anwendung finden sollen. Bislang existiert die Möglichkeit aber nur für einige wenige Indikationen.

⁵⁵ Vgl. § 14 ASV-RL. Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss für zwei Krankheitsbilder die Voraussetzungen der Zulassung geschaffen: Tuberkulose und gastrointestinale Tumore. Weitere Indikationen sollen im Laufe des Jahres 2015 folgen.

⁵⁶ Vgl. 16 ASV-RL. Das Überleitungsmanagement umfasst einen für Patienten verständlichen Entlass-/Überleitungsbrief mit Angaben zu Diagnosen, Therapieempfehlungen, Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgungen, Häuslicher Krankenpflege und Kontrollterminen sowie die Anleitung der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie.

Bei der allgemein üblichen Weiterleitung eines Patienten von einem niedergelassenen Vertragsarzt in ein Krankenhaus ist dagegen zwischen einer Krankenhauseinweisung – oder offiziell „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ – und einer Überweisung zu unterscheiden. Die „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ erfolgt bei der Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung. Die Überweisung erfolgt wenn im Krankenhaus eine ambulante Behandlung durchgeführt werden soll.

Da Krankenhäuser aber nicht zur ambulanten Behandlung zugelassen sind, dürfen sie auch nicht mittels Überweisungsschein vom niedergelassenen Vertragsarzt tätig werden. Ausnahmen bilden dagegen die §§ 115b ff. SGB V für zum Beispiel ambulantes Operieren, eine ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte bei Unterversorgung, die bereits erwähnte spezialfachärztliche Versorgung sowie Disease-Management-Programme nach den §§ 137 ff. SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung nach den §§ 140 ff. SGB V. Überweisungen außerhalb dieser Bereiche kann das Krankenhaus nicht gegenüber den gesetzlichen Kostenträgern abrechnen. Es kann die Leistungen aber dem überweisenden Arzt in Rechnung stellen.

Der niedergelassene Vertragsarzt hat bei der Erteilung einer Krankenhauseinweisung⁵⁷ den hierfür vorgesehenen Vordruck⁵⁸ verpflichtend auszufüllen. Neben dieser Verordnung sind auch die für die jeweilige Indikation relevanten Behandlungsunterlagen wie Anamnese, Diagnosen und Befunde, die bereits ergriffenen Therapien und die Gründe für die stationäre Behandlung beizufügen.⁵⁹ Eine darüber hinausgehende Dokumentation braucht nicht zu erfolgen.

Nach erfolgter stationärer oder ambulanter Behandlung informiert das Krankenhaus den Arzt über die Therapie. Dies geschieht bislang in der Regel per Patientenbrief oder Telefongespräch. Mit dem Referentenentwurf für ein deutsches „eHealth-Gesetz“ möchte der Gesetzgeber über befristete finanzielle Anreize für das sendende Krankenhaus und für den empfangenden niedergelassenen Arzt die Nutzung von elektronischen Entlassbriefen fördern.⁶⁰

Vor allem im Rahmen der integrierten Versorgung kommt es häufig – insbesondere bei einem komplexeren Krankheitsbild – zu einem klar definierten und strukturierten Überleitungsmanagement. Dieses Überleitungsmanagement ist, wie auch die ergriffenen Anschlusstherapien, vom Arzt zu dokumentieren.

3.2.3 Pflichten von niedergelassenen Vertragsärzten untereinander

Niedergelassene Vertragsärzte können ihre Patienten zur weiteren Behandlung an andere niedergelassene Ärzte überweisen. Nach § 24 Absatz 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte ist dies allerdings nur als

⁵⁷ Ebenfalls bei einer (zulässigen) Überweisung.

⁵⁸ In der Mustersammlung der ärztlichen Vordrucke befinden sich über 100 verschiedene Vordruckmuster.

⁵⁹ Vgl. § 6 und § 7 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien.

⁶⁰ Vgl. Referentenentwurf der Bundesregierung (2015), S. 19 f.

1. Auftragsleistung (wenn bestimmte Leistungen wie Röntgen oder Laboruntersuchungen in Auftrag gegeben werden),
2. als Konsiliaruntersuchung (Einholung einer fachlichen Zweitmeinung),
3. zur Mitbehandlung (Behandlung außerhalb des eigenen Fachgebietes) und
4. zur Weiterbehandlung (zum Beispiel bei einem Arztwechsel)

möglich.

Eine Überweisung ist dabei in der Regel nur an einen Vertragsarzt einer anderen Arztgruppe zulässig.⁶¹ Demnach darf zum Beispiel ein Kardiologe nicht an einen anderen Kardiologen überweisen. Auch Überweisungen von Vertragsärzten an Kassenzahnärzte sind nicht zulässig.⁶² Nach § 10 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte kann auch ein Kassenzahnarzt nur in Ausnahmefällen an einen anderen Kassenzahnarzt überweisen.⁶³

Der überweisende Vertragsarzt muss die Diagnose, Verdachtsdiagnose, Befunde, Medikationen und die bereits durchgeführten Behandlungen dem beauftragten Arzt⁶⁴ mitteilen. Dies muss auf einem standardisiertem Vordruck⁶⁵ nach Muster 6 oder Muster 10⁶⁶ (Laboruntersuchung) erfolgen. Auf dem Überweisungsschein ist auch kenntlich zu machen, um welche Art der vier Überweisungsmöglichkeiten es sich handelt.⁶⁷

Bei der Leistungserbringung durch einen Facharzt aufgrund einer Überweisung eines anderen Vertragsarztes ist die Erstellung und Versendung eines Untersuchungsberichts beziehungsweise eines Arztbriefs mit den durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnissen an den überweisenden Arzt notwendig, um den Informationsfluss und die weitere Behandlung adäquat zu gewährleisten.

Die Kommunikation zwischen den niedergelassenen Ärzten soll durch das neue „eHealth-Gesetz“ befristet gefördert werden. So ist geplant, dass Ärzte ab 01. Juli 2016 für zwei Jahre eine Pauschale von 0,55 Euro pro elektronisch verschickten Brief bekommen sollen.⁶⁸ Zahnärzte sind allerdings von dieser finanziellen Anschubfinanzierung ausgenommen.

Außerdem können einige erbrachte Leistungen erst nach dem Abfassen eines Berichtes über die Gebührenordnung abgerechnet werden.⁶⁹ Sollte der Patient die fachärztliche Behandlung eigenständig in An-

⁶¹ Vgl. § 24 Absatz 3 BMV-Ä.

⁶² Vgl. § 24 Absatz 9 BMV-Ä.

⁶³ Siehe auch § 14 Absatz 6 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ).

⁶⁴ Um das Recht auf freie Arztwahl zu erhalten, werden Überweisungen in der Regel nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes ausgestellt, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnungen, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll, vgl. § 24 Absatz 5 BMV-Ä.

⁶⁵ Vgl. § 24 Absatz 1 BMV-Ä.

⁶⁶ Vgl. Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung, S. 10 in Verbindung mit KBV (2014).

⁶⁷ Vgl. § 24 Absatz 7 BMV-Ä.

⁶⁸ Vgl. Referentenentwurf der Bundesregierung (2015), S. 21 f.

⁶⁹ Vgl. EBM (2014), S. 17.

spruch nehmen, so benötigt der Facharzt vorher das Einverständnis des Patienten um die Behandlungsdaten an seinen Hausarzt weiterleiten zu dürfen.⁷⁰

3.2.4 Pflichten gegenüber Rehabilitationseinrichtungen

Die Finanzierung von Rehabilitationsleistungen ist in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Nach § 11 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit den §§ 40 und 41 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha). Allerdings nur so weit, wie es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen nicht erbringen. Die Rentenversicherungsträger erbringen nach § 9 SGB VI unter anderem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Berufsgenossenschaften sind dagegen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.⁷¹

Der Arzt führt zunächst mit dem Patienten ein Beratungsgespräch durch, in welchem er ihn über Ziele, Inhalte und Dauer der Rehabilitation informiert und dies dokumentiert. Wenn der behandelnde Arzt die Notwendigkeit für eine Reha sieht, so muss er bei der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten einen Antrag – über einen standardisierten Vordruck (Muster 60)⁷² – auf „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ stellen. Dem Reha-Antrag müssen weitere Musterformulare und Bescheinigungen über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Reha beigelegt und ausführlich begründet werden (Befundbericht). Ärztliche Bescheinigungen und Begründungen müssen so detailliert und ausführlich wie möglich sein und nicht nur Daten zur Diagnose und Therapie umfassen, sondern auch die Einschränkungen des Patienten im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschreiben. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht,⁷³ dann bekommt der Arzt das Formular zur „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt und kann sie einleiten.

Nach Abschluss der Rehabilitation bekommt der einweisende Arzt einen umfassenden Abschlussbericht von der Reha-Einrichtung. Dieser Reha-Entlassungsbericht ist ein ärztlicher Brief mit besonderer Bedeutung. Er dient der Dokumentation und Information über den Behandlungsanlass, den Reha-Verlauf sowie das Reha-Ergebnis und insbesondere über die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Er wird durch die Beurteilung der Leistungsfähigkeit um die Dimension eines sozialmedizinischen Gutachtens erweitert und richtet sich nicht nur an die ambulant behandelnden Ärzte zur Wei-

⁷⁰ Vgl. § 24 Absatz 6 BMV-Ä. Die rechtliche Verpflichtung gegenüber dem Hausarzt beruht auf § 73 Absatz 1b SGB V.

⁷¹ Zusätzlich können auch die Agenturen für Arbeit, die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge oder die Jugend- oder Sozialhilfeträger zuständig sein.

⁷² Vgl. Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung, S. 81.

⁷³ Ist die gesetzliche Krankenkasse nicht zuständig, so hat diese den Antrag gemäß § 14 SGB IX binnen 14 Tagen an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Unterlässt sie dies, so ist sie automatisch zuständig.

terbehandlung, sondern dient auch als sektorenübergreifende Entscheidungsgrundlage für nachfolgende Leistungen der Renten- oder anderer Sozialversicherungsträger.⁷⁴

3.3 Pflichten gegenüber Patienten

Laut § 630e Absatz 1 BGB ist ein Arzt verpflichtet, seinen Patienten vor einer Behandlung oder einem Eingriff über alle wesentlichen Umstände für die Einwilligung aufzuklären.⁷⁵ Gemäß § 630f Absatz 2 BGB ist dies zu dokumentieren. Klärt der Arzt nicht oder in nicht geeigneter Weise auf, so kann er unter Umständen wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung oder gar fahrlässiger Tötung bestraft werden. Außerdem handelt es sich bei nicht geeigneter Aufklärung um eine unerlaubte Handlung⁷⁶ und eine Verletzung des Behandlungsvertrages. Da – wie bereits erwähnt – der Grundsatz gilt, dass nicht stattgefunden hat, was nicht dokumentiert ist, sollte schon das Eigeninteresse des Arztes an einer umfassenden Aufklärung und deren Dokumentation groß sein. Insbesondere müssen die Art, der Umfang, die Durchführung, eventuell zu erwartende Folgen und Risiken der Behandlung sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die Erfolgsaussichten der Therapie dokumentiert werden. Mindestens sollten aber Ort und Zeitpunkt sowie wesentliche Inhalte dokumentiert werden.⁷⁷ Bei der Aufklärung ist auch auf mögliche alternative Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen.⁷⁸ Ein Verzicht des Patienten auf eine Aufklärung ist gegebenenfalls auch festzuhalten. Anwesende Personen (Zeugen) sollten zum eventuellen Nachweis der Aufklärung ebenfalls vermerkt werden.

Der Patient hat nach § 630g Absatz 1 BGB das Recht, jederzeit und unverzüglich Einsicht in seine Patientenakte zu nehmen. Dieses Recht gilt für sämtliche dokumentationspflichtigen Sachverhalte und medizinischen Feststellungen – dies gilt nicht nur für objektive Aufzeichnungen des Arztes, sondern auch für seine subjektiven Eindrücke.⁷⁹ Eine Ablehnung der Einsichtnahme ist vom Arzt detailliert zu begründen. Die Patientenakte selbst bleibt dagegen immer Eigentum des behandelnden Arztes.⁸⁰ Der Patient kann aber Kopien der Akte gegen Kostenerstattung verlangen.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 haben gesetzlich versicherte Patienten in Deutschland gemäß § 305 Absatz 2 SGB V auch das Recht, auf Wunsch vom ihrem behandelnden Arzt oder Krankenhaus über die erbrachten Leistungen und deren gesamte Kosten unterrichtet zu werden. So soll der Patient besser nachvollziehen können, welche Leistungen zu welchen Kosten sein

⁷⁴ Vgl. Deutsche Rentenversicherung (2014), S. 8.

⁷⁵ Vgl. auch § 8 MBO-Ä.

⁷⁶ Jeder ärztliche Heileingriff stellt grundsätzlich erst einmal eine strafrechtlich relevante vorsätzliche Körperverletzung gemäß § 223 Strafgesetzbuch (StGB) dar. Die Strafbarkeit des Arztes entfällt gemäß § 228 StGB, wenn der Patient zuvor in Kenntnis des voraussichtlichen Verlaufs und der zu erwartenden Folgen in den Eingriff eingewilligt hat.

⁷⁷ Vgl. LÄK-BW (2013), S. 13.

⁷⁸ Vgl. § 630e Absatz 1 BGB. Auf die Aufklärung kann verzichtet werden, wenn es sich um einen Notfall handelt, der Patient selbst sachkundig – also Arzt – ist oder er explizit darauf verzichtet (vgl. § 630e Absatz 3 BGB).

⁷⁹ Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung (2012), S. 27.

⁸⁰ Vgl. Weidinger (2014), S. 76.

Arzt erbracht hat.⁸¹ Dies geschieht durch Ausstellung einer Patientenquittung auf Basis der Dokumentation. Die Patientenquittung kann nach Wahl des zu Behandelnden entweder als Tagesquittung – direkt nach dem Arztbesuch – oder als Quartalsquittung – Auflistung aller Kosten und Leistungen eines Quartals – ausgestellt werden.

Um eine Tagesquittung ausstellen zu können, muss der Arzt seine Dokumentation tagesaktuell halten.⁸² Es entstehen aber keine wesentlichen zusätzlichen monetären Kosten. Für eine Quartalsquittung bekommt der Arzt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von einem Euro zuzüglich Versandkosten vom Patienten erstattet. Mit den gängigen softwarebasierten Praxisverwaltungsprogrammen ist es heute bereits möglich, Patientenquittungen automatisiert zu erstellen. Die Leistungsaufstellung erfolgt nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Aufgrund der vom Gesetzgeber vorgesehenen Budgetierung ärztlicher Leistungen kann daher aber zumindest eine Tagesquittung lediglich Schätzungen des Arztes auf Basis seiner Erfahrungswerte zu den Kosten der erbrachten Leistungen enthalten. Welchen Wert die Punkte gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab haben – und damit die tatsächlichen Euro-Beträge – erfährt der Kassenarzt erst nach der endgültigen Quartalsabrechnung.⁸³ Damit wird der Effizienz- und Transparenzgedanke dieses Instrumentes ad absurdum geführt.

Durch das neue eHealth-Gesetz sollen Ärzte verpflichtet werden, ihren Patienten – bei Anwendung von mindestens fünf Arzneimitteln – einen Medikationsplan auszustellen – kurioserweise in Papierform.⁸⁴ Dort sind sowohl alle verordneten als auch alle ohne Verordnung angewendeten Arzneimittel mit Hinweisen, wie diese anzuwenden sind, zu dokumentieren. Außerdem betont der Referentenentwurf – und beinhaltet Regelungen zur technischen Umsetzung – die bereits bestehende Pflicht der Ärzte, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Stammdaten der Patienten über einen Online-Abruf zu prüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren.⁸⁵ Die Verpflichtungen für die Ärzte werden vermutlich in dieser Hinsicht durch den sukzessiven Ausbau der Anwendungsmöglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte zukünftig noch zunehmen und damit den Anteil administrativer Tätigkeiten erhöhen. So ist im Referentenentwurf geplant, dass die Ärzte ebenfalls den Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte, gegen entsprechende Vergütung, erstellen und – falls erforderlich – aktualisieren.⁸⁶

Abschließend sei auch noch auf die Pflichten zum Datenschutz in Abschnitt 3.5 verwiesen.

⁸¹ In der privaten Krankenversicherung stellt bereits der behandelnde Arzt dem Patienten direkt eine Rechnung aus, die dieser bei seiner Versicherung zur Erstattung einreichen kann.

⁸² Auch aufgrund der Vielzahl seiner Patienten sollte die Dokumentation tagesaktuell gehalten werden. Sonst müsste sich der Arzt lediglich auf seine Gedächtnisleistung verlassen. Die Notwendigkeit einer unverzüglichen Dokumentation ergibt sich zusätzlich auch aus § 630f Absatz 1 BGB.

⁸³ Demnach müssen auch bei der Quartalsquittung, die laut Gesetz spätestens vier Wochen nach Quartalsende erstellt werden muss, die Kosten de facto vom Arzt geschätzt werden, da in der Regel die endgültige Quartalsabrechnung zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegt.

⁸⁴ Vgl. Referentenentwurf der Bundesregierung (2015), S. 7. Die Vergütung ist laut Referentenentwurf bereits „nach dem geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen von der Koordinations- und Dokumentationsleistung des Hausarztes umfasst“ (S. 36).

⁸⁵ Vgl. § 291 Absatz 2b SGB V in Verbindung mit Referentenentwurf der Bundesregierung (2015), S. 41 f.

⁸⁶ Vgl. § 291a Absatz Satz 1 Nummer 1 und Referentenentwurf der Bundesregierung (2015), S. 8.

3.4 Pflichten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind ganz allgemein für die Organisation und ständige Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuständig. Die Pflichten von Vertragsärzten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen wurden teilweise bereits in Abschnitt 3.1 dargestellt. Deshalb wird hier nicht weiter auf die bereits dargestellten Elemente eingegangen.

Die Überwachung und Durchsetzung der Qualitätssicherung gemäß den gesetzlichen Vorgaben auf Basis der §§ 135ff SGB V und den jeweiligen Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Gemeinsamen Bundesausschusses⁸⁷ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist von entscheidender Bedeutung.

„Qualitätsmanagement bedeutet konkret, dass Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung regelmäßig überprüft, dokumentiert und gegebenenfalls verändert werden.“⁸⁸ Ziel der Qualitätssicherung ist die Förderung und Verbesserung der medizinischen Behandlung.

Zur Überwachung der Qualitätssicherung werden stichprobenartige Prüfungen der Dokumentation vorgenommen.⁸⁹ Der Vertragsarzt muss⁹⁰ die Dokumentation für die von der Kassenärztlichen Vereinigung angeforderten Fälle spätestens nach acht Wochen einreichen. Sollte dies aufgrund von Tatsachen, die der Vertragsarzt zu vertreten hat, nicht geschehen, so wird von der Kassenärztlichen Vereinigung angenommen, dass „alle im betreffenden Prüfquartal abgerechneten Leistungen des zu überprüfenden Leistungsbereichs nicht den Qualitätsanforderungen entsprechen.“⁹¹ Als Konsequenz kann die Kassenärztliche Vereinigung die geleisteten Honorarzahlen hierfür zukünftig nicht mehr vergüten beziehungsweise bereits geleistete Zahlungen zurückfordern. Bei erneuten Mängeln kann die Genehmigung zur Abrechnung in dem entsprechenden Leistungsbereich entzogen werden.⁹²

Innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche gibt es individuelle Vereinbarungen zur Qualitätssicherung, welche jeweils die spezifischen fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen regeln. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bundesweit gültige Qualitätssicherungsvereinbarungen für die unterschiedlichen Leistungsbereiche beschlossen. Zusätzlich gibt es noch weitere regional gültige Vereinbarungen, die die jeweilige regionale Kassenärztliche Vereinigung erlässt.⁹³ Hierzu gehören beispielsweise der Nachweis zur Strukturqualität (fachliche Befähigung des gesamten Praxispersonals und apparative Ausstattung der Praxis), der Prozessqualität (Art und Weise der Diagnostik und Therapie, wie zum Beispiel die Dokumentation und die regelmäßige Überprüfung

⁸⁷ Vgl. beispielhaft Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV, ÄQM-RL und ZÄQM-RL des G-BA.

⁸⁸ § 1 ZÄQM-RL.

⁸⁹ Vgl. Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.

⁹⁰ Vgl. § 299 SGB V.

⁹¹ § 5 Absatz 2 Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.

⁹² § 5 Absatz 3 Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.

⁹³ So gibt es für weitere Leistungsbereiche regionale Vereinbarungen. Zusätzlich gefördert wird die Qualitätssicherung zum Beispiel auch durch die Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements.

aller Maßnahmen) sowie der Ergebnisqualität (Güte der Behandlung). Die Überprüfung dieser Kriterien wird für jeden Leistungsbereich anhand von individuellen Bewertungsschemata vorgenommen.⁹⁴

Die fortwährende Einhaltung und Dokumentation der Qualitätssicherungsvereinbarungen ist eine Voraussetzung für die Möglichkeit, erbrachte Leistungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Deshalb muss die Erlaubnis, die jeweilige Tätigkeit in der Praxis ausführen zu dürfen, bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung – mit Nachweis der Qualitätsdokumentation – beantragt und von dieser genehmigt werden.⁹⁵ Um die Einhaltung und Überprüfung kümmern sich Qualitätssicherungskommissionen, in denen besonders qualifizierte niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sitzen.

Da immer mehr Qualitätssicherungsvereinbarungen auch für Leistungsbereiche entwickelt werden, die nur wenige Vertragsärzte betreffen, ist es für die Softwarehersteller von Praxisverwaltungssystemen häufig finanziell unattraktiv, individuelle Lösungen hierfür anzubieten. Deshalb bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Kooperation mit den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem Jahr 2013 auch ein Onlineportal zur Dokumentation von Qualitätssicherungsmaßnahmen an.

Zur Qualitätssicherung gehören auch die Regelungen zur Fortbildung von niedergelassenen Vertragsärzten. Sie dienen der Aufrechterhaltung und Entwicklung der Kompetenz des Vertragsarztes und der Sicherung der Qualität.⁹⁶ So muss ein Vertragsarzt nach § 95d Absatz 3 SGB V alle fünf Jahre einen Nachweis gegenüber seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht von mindestens 250 Punkten⁹⁷ nachgekommen ist.⁹⁸ Bei der Wahl der Fortbildungsmethode ist der Arzt dagegen frei.⁹⁹ Die Auswahl der Fortbildungsmaßnahmen richtet sich nach dem Spektrum der Krankheiten, die der Arzt behandelt. Er kann zum Beispiel zwischen Vorträgen, Qualitätszirkeln, Kongressen, Workshops und Selbststudium mit Lernerfolgskontrolle auswählen.¹⁰⁰ Kommt der Arzt der Pflicht zum Fortbildungsnachweis nicht nach, so kann die Kassenärztliche Vereinigung sein Honorar um bis zu 25 Prozent¹⁰¹ pro Quartal, in dem der Nachweis nicht erbracht wurde, kürzen. Der Vertragsarzt hat die Nachweise schnellstmöglich – aber nach spätestens zwei Jahren – zu erbringen. Kommt er nicht innerhalb der Zweijahresfrist diesen Pflichten nach, kann die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.¹⁰²

⁹⁴ Zwei Beispiele für Bewertungsschemata finden sich in der Anlage der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV.

⁹⁵ So ist es zum Beispiel für die Qualitätssicherungsleistung Darmspiegelung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin notwendig, dass ein Arzt mindestens 200 Untersuchungen pro Jahr erbringt und alle sechs Monate die Hygiene seiner Endoskope prüfen lässt.

⁹⁶ Vgl. BÄK (2013), § 1.

⁹⁷ Vgl. § 5 (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO). Die Bewertung der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen mit Punkten erfolgt anhand der Kategorien A bis K der § 6 MFO.

⁹⁸ Dies geschieht in der Regel anhand eines standardisierten Fortbildungszertifikats der zuständigen Ärztekammer oder in Ausnahmefällen per Einzelnachweis.

⁹⁹ Vgl. BÄK (2013), § 3.

¹⁰⁰ Die Fortbildungen sind zum größten Teil kostenpflichtig, zum Teil kostenfrei. Unter bestimmten Bedingungen können Dritte die Kosten der Reise und Übernachtung übernehmen.

¹⁰¹ In den ersten zwölf Monaten kann das Honorar um zehn Prozent gekürzt werden und ab dem 13. Monat dann um 25 Prozent.

¹⁰² Vgl. § 95d Absatz 3 SGB V.

3.5 Pflichten gegenüber dem Datenschutz

Unter Datenschutz werden nicht nur die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen aus dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den Datenschutzgesetzen der Bundesländer sowie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Bücher der Sozialgesetzgebung verstanden, sondern auch Pflichten zur Einhaltung und zur Durchbrechung der Schweigepflicht. § 4 BDSG regelt die Voraussetzung der Zulässigkeit der Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung, da Gesundheitsdaten nach § 3 Absatz 9 BDSG eine besondere Art von personenbezogenen Daten darstellen. Demnach ist die Übermittlung von Patientendaten durch den Arzt an Dritte zulässig, wenn diese durch eine gesetzliche Vorschrift oder den Patienten selbst legitimiert wird. Außerdem fordert § 35 BDSG vom Arzt, unrichtige Daten über den Patienten in der Dokumentation zu berichtigen. Davon unberührt bleibt aber die Pflicht, dass der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleiben muss.

Wichtig für den Arzt sind vier mögliche Offenbarungsbefugnisse:

1. die Einwilligung des Patienten,
2. die mutmaßliche Einwilligung des Patienten,¹⁰³
3. die gesetzlichen Offenbarungspflichten und -rechte¹⁰⁴ und
4. das Offenbarungsrecht aufgrund des sogenannten rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB.¹⁰⁵

Die ärztliche Schweigepflicht ist ein elementarer Bestandteil im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ärzte haben nach § 9 Absatz 1 MBO-Ä über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, auch nach dem Tod des Patienten zu schweigen. Durch die Einführung des neuen Patientenrechts in das Bürgerliche Gesetzbuch (§§ 630a bis 630h) im Jahr 2013 wurde dieser Grundsatz weitgehend aufgeweicht. Nach dem Tod eines Patienten haben die Erben gemäß § 630g Absatz 3 Satz 1 BGB dieselben Rechte wie der verstorbene Patient, sofern es um die Wahrnehmung von vermögensrechtlichen Interessen geht. Die nächsten Angehörigen des Patienten können diese Rechte ebenfalls durchsetzen, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen.¹⁰⁶ Wird die Schweigepflicht vom Arzt durchbrochen, so ist dies unter Angabe der Gründe zu dokumentieren.

¹⁰³ Wenn der Arzt die Einwilligung des Patienten vermuten kann. Hieran werden hohe Anforderungen gestellt. Eine solche Einwilligung darf der Arzt in der Regel nur dann unterstellen, wenn er den Patienten nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten befragen kann (zum Beispiel bei Bewusstlosigkeit und einem Notfall) oder wenn der Arzt Hinweise besitzt, dass der Patient mit einer Weitergabe einverstanden wäre.

¹⁰⁴ Siehe hierzu auch Abschnitt 3.6.

¹⁰⁵ Zum Beispiel zur Abwehr besonders schwerer Verbrechen wie einer Kindesmisshandlung.

¹⁰⁶ Vgl. § 630g Absatz 3 Satz 2 BGB. Wenn der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht, sind die Rechte nicht durchsetzbar, vgl. § 630g Absatz 3 Satz 3 BGB.

Mitarbeiter des Arztes oder die sonst an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen Personen – zum Beispiel die in der Praxis helfenden Ehepartner – fallen ebenfalls unter die Schweigepflicht.¹⁰⁷ Sie sind vom Arzt dahingehend zu belehren. Dies ist schriftlich zu dokumentieren.¹⁰⁸

Die Übergabe von personenbezogenen Patientendaten an externe Dienstleister zur Speicherung ist nur unter sehr strengen Vorgaben zulässig. Nur der Anwender darf Zugriff auf die Daten haben. Insbesondere sind Regelungen wie geeignete Verschlüsselungsmaßnahmen zu treffen, so dass auch der Dienstleister auf den Klartext unter keinen Umständen zugreifen kann. Eine Auslagerung von Daten beispielsweise in eine Cloud wird explizit nicht empfohlen,¹⁰⁹ da der alleinige Zugriff des Arztes nicht gewährleistet ist. Bei Wartungsarbeiten an der EDV-Anlage mit sensiblen Patientendaten muss der Arzt die durchgeführten Maßnahmen sowie den Namen der Wartungsperson genau protokollieren und während der Wartung überwachen.¹¹⁰

Die Abrechnungsunterlagen können dagegen an gewerbliche Dienstleister zur Abrechnung mit Privatpatienten weitergegeben werden, wenn der Patient ausdrücklich zustimmt.¹¹¹ Zur Beweissicherung sollte die Einwilligungserklärung schriftlich erfolgen und vom Arzt dokumentiert werden.¹¹² Der Arzt hat mit dem Dienstleister einen Vertrag zur Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 11 BDSG zu schließen. Er muss demnach von Beginn an regelmäßig die Einhaltung der Datenschutzvorschriften durch sein beauftragtes Unternehmen überwachen und das Ergebnis dokumentieren. Bei Verstößen des Unternehmens ist der Arzt selbst haftbar, denn er trägt auch nach Auftragsvergabe an ein externes Unternehmen weiterhin die Verantwortung. Unzulässig ist dagegen die Weitergabe von Patientendaten an gewerbliche Schreibbüros für die Abwicklung des ärztlichen Schriftverkehrs.

Verstöße gegen das Patientengeheimnis werden durch § 203 StGB sanktioniert. Ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht kann danach mit einer Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr sanktioniert werden,¹¹³ sofern der Verstoß nicht unter die Ausnahmetatbestände¹¹⁴ fällt. § 9 Absatz 4 MBO-Ä kann den Arzt beispielsweise von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden, wenn der Patient von mehreren Ärzten gleichzeitig oder hintereinander behandelt wird (siehe auch Abschnitt 3.2.3). Dann sind die Ärzte untereinander nicht an die Schweigepflicht gebunden und können sich zum Beispiel über Arztbriefe

¹⁰⁷ Die Berufsordnungen der Ärztekammern gelten allerdings nur für die Ärzte selbst, wohingegen der Straftatbestand nach § 203 StGB auch für Mitarbeiter oder Personen, die sonst an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, gilt.

¹⁰⁸ Vgl. § 9 Absatz 3 MBO-Ä.

¹⁰⁹ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014), A 971 f.

¹¹⁰ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2014), A 969.

¹¹¹ Vgl. LÄK-BW (2009), S. 5.

¹¹² Vgl. OLG Bremen.

¹¹³ Vgl. § 203 Absatz 1 StGB. Bei der Absicht einem anderen zu schaden oder sich selbst zu bereichern kann auch eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verhängt werden, vgl. § 203 Absatz 5 StGB.

¹¹⁴ Siehe hierzu auch Abschnitt 3.6. Weitere (gesetzliche) Pflichten, die die Schweigepflicht durchbrechen sind zum Beispiel Meldungen an das zentrale Krebsregister nach § 3 Absatz 2 Bundeskrebsregistergesetz (nur bei Zustimmung des Patienten), die Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und die Verpflichtung zur Offenbarung von geplanten Straftaten zu deren Abwehr (Nur soweit sie in § 139 Absatz 3 StGB aufgeführt sind. Hierbei handelt es sich um geplanten Mord oder Totschlag, Völkermord, Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen, erpresserischen Menschenraub, Geiselnahme und den Angriff auf den Luft- und Seeverkehr durch eine terroristische Vereinigung.). Bereits verübte Verbrechen sind im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit nicht anzuzeigen, vgl. LÄK-BW (2014), S. 24. Andere Straftaten, ob geplant oder bereits begangen, sind demnach nicht anzeigepflichtig.

fe austauschen. Das gilt allerdings nur, wenn der Patient hierzu eingewilligt hat. Ärzte, die gegen ihre Schweigepflicht aus § 9 MBO-Ä verstoßen, kann ein Berufsgericht – zusätzlich zu den strafrechtlichen Konsequenzen – warnen, ihnen einen Verweis erteilen oder gegen sie eine Geldbuße von bis zu 50.000 Euro verhängen. Es kann ihnen auch das aktive und passive Wahlrecht der Organe der Ärztekammer absprechen oder sie zur Aberkennung der Mitgliedschaft in der Kammer verurteilen.¹¹⁵

3.6 Pflichten gegenüber dem Staat und den Einrichtungen der Sozialversicherung

Niedergelassene Ärzte sind nach § 100 SGB X gesetzlich verpflichtet, den Leistungsträgern im Gesundheitswesen im Einzelfall auf deren Verlangen Auskunft zu erteilen. Das gilt allerdings nur, soweit es für die Durchführung der Aufgaben dieser Institutionen nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zulässig ist oder der Patient eingewilligt hat. Die Auskunft muss sich aber auf den Einzelfall beziehungsweise auf einen konkreten Sachverhalt beschränken und der anfragende Leistungsträger muss konkrete Fragen stellen, die es zu beantworten gilt. Die Basis zur Erfüllung dieser Verpflichtungen stellt die Dokumentation in der Patientenakte des Arztes dar.

Dies gilt vor allem für Anfragen von Unfallversicherungsträgern. Der Arzt muss den Versicherten über die Auskunftspflicht informieren. Bei Anfragen von Rentenversicherungsträgern und von der Versorgungsverwaltung ist dagegen in der Regel eine vorherige Einwilligungserklärung des Versicherten nötig.¹¹⁶ Im Bereich des Gesundheitswesens sind die Vertragsärzte gemäß § 294 SGB V in Verbindung mit § 298 SGB V zur versichertenbezogenen Übermittlung von Angaben über ärztliche Leistungen verpflichtet. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen muss die Notwendigkeit bei genehmigungspflichtigen Leistungen wie zum Beispiel einer Behandlung im Ausland oder einer Anschlussheilbehandlung prüfen.¹¹⁷ Auch die Sozialämter,¹¹⁸ die Agentur für Arbeit, das Versorgungsamt¹¹⁹ oder die Pflegekassen¹²⁰ haben Auskunftsrechte, denen niedergelassene Ärzte gegebenenfalls nachkommen müssen.

Wenn die Voraussetzungen des § 100 SGB X vorliegen, dann muss der Arzt dem Leistungsträger Auskunft geben, auch wenn der Versicherte widerspricht. Verweigert der Arzt die Auskunft, so handelt er ordnungswidrig. Bei Vorsatz kann er mit einer Geldbuße von bis zu 2.500 Euro, bei Fahrlässigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 1.500 Euro belegt werden.¹²¹ Dagegen kann der Arzt ohne Sondervereinbarung für seine Auskünfte mit einzelnen Leistungsträgern keine leistungsgerechte Vergütung erwarten. Auf

¹¹⁵ Vgl. LÄK-BW (2009), S 1.

¹¹⁶ Erteilt der Versicherte seine Einwilligung nicht, so muss er unter Umständen damit rechnen, dass sein Anspruch auf Leistung abgelehnt wird.

¹¹⁷ Vgl. § 275 Absatz 2 und 3 SGB V. Weitere Auskunftspflichten ergeben sich zum Beispiel noch aus § 276 SGB V (gutachterliche Stellungnahme) oder §§ 294 ff SGB V (unter anderem Arbeitsunfälle oder drittverursachte Gesundheitsschäden).

¹¹⁸ Vgl. §§ 294, 295, 300 – 302 SGB V.

¹¹⁹ Vgl. unter anderem § 69 Absatz 1 Satz 3 SGB IX in Verbindung mit § 12 Absatz 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung oder § 21 Absatz 3 SGB X (Befundbericht).

¹²⁰ Vgl. § 18 Absatz 4 SGB XI.

¹²¹ Vgl. § 209 SGB VII in Verbindung mit § 17 Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG).

Antrag erhält er für Leistungen nach § 21 Absatz 3 SGB X (Zeugen und Sachverständige) lediglich eine Entschädigung nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG).¹²²

Auch der Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln in der Arztpraxis muss nach § 17 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) dokumentiert werden. Dies bedeutet, dass jeder Zu- und Abgang eines Betäubungsmittels unverzüglich und lückenlos in der entsprechenden Kartei festzuhalten ist. Die gesamte Betäubungsmittel-Dokumentation – hierzu gehören unter anderem die Betäubungsmittelkartei, die ausgestellten Rezepte und die Vernichtungsprotokolle – müssen mindestens drei Jahre aufbewahrt werden. Betäubungsmittel dürfen mit Ausnahme der „Notfall-Verschreibung“¹²³ nur auf dem hierfür vorgesehen dreiteiligen Betäubungsmittel-Rezept verordnet werden, das auf Anforderung des Arztes durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ausgegeben wird. Eine umfassende Aufklärung der Patienten, die starke und sehr starke Schmerzmittel erhalten, über die Risiken des Betäubungsmittels und deren Dokumentation ist unbedingt notwendig.

¹²² Für eine schriftliche Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung sind dies beispielsweise 21 Euro, vgl. Anlage 2, Abschnitt 2 zu § 10 Absatz 1 JVEG.

¹²³ Wenn der Arzt einen Notfallpatienten behandelt, der unbedingt ein Betäubungsmittel benötigt, aber der Arzt kein Notfall-Rezept zur Hand hat, so kann er eine Notfall-Verschreibung vornehmen. Dazu versieht der Arzt ein normales Rezept mit dem Zusatz „Notfall-Verschreibung“. Dieses Rezept ist aber nur einen Tag gültig, vgl. § 9 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 8 Absatz 6 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

4 Internationaler Vergleich der Dokumentationspflichten

Alle in dieser Studie betrachteten Länder haben – im Gegensatz zur Selbstverwaltung in Deutschland – ein staatliches Gesundheitswesen. Allein aus diesem Grund sind die Vorschriften hauptsächlich vom Gesetzgeber erlassen. Eine so große Vielzahl beteiligter Einrichtungen, wie in Deutschland, gibt es in den betrachteten Ländern nicht. Auch sind die Grenzen zwischen niedergelassen tätigen Ärzten und in der stationären Versorgung tätigen Ärzten in der Schweiz und Australien fließend und nicht so klar abgrenzbar wie in Deutschland.¹²⁴ Die Analyse der einzelnen Länder beschränkt sich neben der Darstellung der grundlegenden Aspekte der Dokumentation vor allem auf die jeweiligen relevanten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Deutschland.

4.1 Dänemark

Das Gesundheitssystem in Dänemark

Das dänische Gesundheitswesen weist drei politische und administrative Organisationsebenen auf: eine gesamtstaatliche Ebene sowie die regionalen und kommunalen Ebenen. Die dänische Zentralregierung setzt die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und ist für die Planung und Überwachung zuständig. Die fünf Regionen des Landes sind dagegen für die Organisation und Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte zuständig, die Kommunen für Prävention und rehabilitative Versorgung.

Jeder registrierte Einwohner Dänemarks ist automatisch in der öffentlichen Krankenversicherung abgesichert. Nicht oder nur zum Teil mitversichert sind die Kosten für Zahnmedizin, für Medikamente, für Psychotherapie und für Augenoperationen. Diese Kosten können über private Zusatzversicherungen (teilweise) abgesichert werden. Die Höhe der insgesamt pro Jahr selbst zutragenden Kosten ist dabei einkommensabhängig begrenzt. Für Patienten unter 18 Jahren sind diese Leistungen aber vollständig kostenfrei.¹²⁵ Jeder Patient kann sich bei einem niedergelassenen Hausarzt registrieren, um Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen.¹²⁶ Nur der gewählte Hausarzt kann den Patienten zu Fachärzten oder in ein Krankenhaus überweisen. Zahnärzte, Augenärzte sowie Hals-, Nasen- und Ohrenärzte können dagegen frei gewählt werden.¹²⁷ Die Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und stationär tätigen Ärzten ist ähnlich rigide geregelt wie in Deutschland. Allerdings gibt es den Versuch, durch das Programm GPAH (General Practitioners as Advisors in Hospitals - dänisch: Praksiskonsulenter) diese Trennung aufzuweichen, um den Patienten eine gewisse Kontinuität in der Behandlung zu ermöglichen.

¹²⁴ Vgl. Lungen (2014), S. 51.

¹²⁵ Vgl. Vrangbaek (2013), S. 28 f.

¹²⁶ Es sei denn, er trägt die durch die freie Arztwahl entstehenden Mehrkosten selbst. Allerdings entscheiden sich nur – aufgrund von finanziellen Anreizen – etwa zwei Prozent der Dänen für die freie Arztwahl, vgl. Møller Pedersen et al. (2012), S. 35.

¹²⁷ Vgl. Møller Pedersen et al. (2012), S. 34.

In Dänemark wird die Patientenakte häufig elektronisch geführt. Aufbau und Inhalt regelt die Verordnung über Patientenakten. § 10 dieser Verordnung sieht folgenden Inhalt vor:¹²⁸

1. Der Wohnort des Patienten,
2. die nächsten Angehörigen und die Kontaktpersonen (inklusive der entscheidungsbefugten Personen),
3. besondere Umstände wie Allergien,
4. die bisherige Krankengeschichte,
5. aktuelle Beschwerden,
6. durchgeführte Untersuchungen, Tests und deren Befunde,
7. die abgeleiteten Diagnosen,
8. durchgeführte Behandlungen und Medikationen,
9. aufgetretene Komplikationen,
10. Abweichungen von allgemeinen Behandlungsempfehlungen der Gesundheitsbehörde,
11. Konsultationen von Kollegen,
12. Überweisungen (an wen und wann) einschließlich Arztbriefen sowie
13. Video- und Tonaufnahmen bei telemedizinischer Beratung.

Gemäß § 40 des dänischen Gesundheitsgesetzes (dänisch: sundhedsloven) sind alle medizinischen Fachkräfte zur Verschwiegenheit verpflichtet.¹²⁹ Der Patient kann seinen Arzt aber von der Schweigepflicht entbinden. Dies hat in der Regel schriftlich zu erfolgen und ist entsprechend in der Patientenakte zu dokumentieren.¹³⁰ Verletzungen bezüglich der korrekten Führung der Patientenakten können nach § 29 der Verordnung über Patientenakten mit Geldstrafen belegt werden.

Grundsätzlich muss die Patientenakte so aktuell wie möglich geführt werden.¹³¹ Die Aufbewahrungsfrist beträgt regelmäßig zehn Jahre und bleibt auch nach dem Tod des Patienten bestehen. Gleiches gilt für den Fall des Todes oder der Praxisaufgabe des Arztes.¹³² Röntgenbilder dürfen bereits nach fünf Jahren vernichtet werden.¹³³

¹²⁸ § 10 der Verordnung über Patientenakten (dänisch: Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler) listet die Angaben teilweise sehr umfangreich und detailliert auf. Die hier dargestellte Auflistung stellt lediglich eine stark vereinfachte Zusammenfassung dar.

¹²⁹ Wenn es nach § 43 Absatz 2 Gesundheitsgesetz im allgemeinen öffentlichen Interesse ist, liegt es nach § 43 Absatz 3 des Gesundheitsgesetzes im Ermessen des Arztes, ob er die Patienteninformationen gegenüber den Behörden herausgibt. Untereinander können Ärzte zu Behandlungszwecken Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang austauschen, es denn der Patient widerspricht, vgl. § 42a Gesundheitsgesetz.

¹³⁰ Vgl. § 44 Gesundheitsgesetz.

¹³¹ Vgl. § 9 Absatz 3 der Verordnung über Patientenakten.

¹³² Vgl. § 14 Absatz 1, Absatz 4 und Absatz 7 der Verordnung über Patientenakten. Bei rechtlichen Streitigkeiten muss die Akte auch über die Frist bis zur endgültigen Beilegung des Rechtsstreites aufbewahrt werden, vgl. § 14 Absatz 5 der Verordnung über Patientenakten.

¹³³ Vgl. § 15 Absatz 2 der Verordnung über Patientenakten.

Im Jahr 2005 wurde das dänische Institut für Qualität und Zulassung (IKAS) gegründet. Die Priorität der Qualitätssicherung lag in der Vergangenheit vor allem auf dem Krankenhaussektor.¹³⁴ Nach Verlautbarungen der dänischen Gesundheitsbehörde wendet die Regierung im Zeitraum 2012 bis 2015 jährlich etwa 20 Millionen dänische Kronen (rund 2,7 Millionen Euro) auf, um für die 50 verschiedenen medizinischen Fachgebiete nationale Qualitätsrichtlinien zu erarbeiten.¹³⁵

IKAS hat ein Qualitätsmodell (weiter-)entwickelt (Den Danske Kvalitetsmodel [DDKM]) aus dem Standards für die Ausübung von Gesundheitsberufen abgeleitet werden. Diese Standards sind bislang aber nur für den Bereich der stationären Versorgung verpflichtend. Das Ziel der dänischen Regierung ist die Ausweitung auf den gesamten Gesundheitsbereich, also auch auf die niedergelassenen Ärzte. Dieses Projekt ist bereits angelaufen. Die Daten für die Regelungen zur Qualitätssicherung kommen im Wesentlichen aus bereits existierenden Daten, die im Rahmen der allgemeinen medizinischen Dokumentation vorgenommen werden.¹³⁶ Zusätzliche Aufzeichnungen sind nicht nötig. Im Gegenteil, viele Softwarelösungen zur Verwaltung von Patientenakten ermöglichen es bereits, dass das System automatisch Daten an die zentrale Qualitätsdatenbank sendet, wenn der Arzt eine vorher genau definierte Handlung – wie zum Beispiel die Anordnung eines Tests – in der elektronischen Patientenakte vornimmt. Der Arzt muss gar nicht mehr zusätzlich tätig werden. Dazu ergänzend werden dann noch weitere Daten durch Patientenbefragungen gesammelt.¹³⁷

In Dänemark besteht keine Pflicht für einen einmal zugelassenen Hausarzt, sich nach der Zulassung weiterhin fortzubilden. Allerdings stellen die Regionen finanzielle Mittel für Fortbildungsaktivitäten zur Verfügung und schaffen damit einen Anreiz.¹³⁸

4.2 Australien

Das Gesundheitssystem in Australien

Das australische Gesundheitssystem wird von der australischen Bundesregierung und den Regierungen der Territorien gesteuert. Allerdings hat Australien ein Rechtssystem des Common Law oder Case Law, das heißt das Rechtssystem ist stark geprägt durch richterliche (Fall-)Urteile. Das Gegenstück ist das in Deutschland angewandte System des Civil Law oder Code Law.

Die australische Bundesregierung ist zum Beispiel zuständig für die Krankenversicherung und deren Finanzierungsregelungen, für die Forschung, Beschaffung von Impfstoffen und die Ausbildung der Ärzte. Die Regierungen der Territorien erlassen im Rahmen ihrer Zuständigkeit weitere Vorschriften. Die Verwaltung der öffentlichen Krankenhäuser, die Regulierung der Gesundheitsdienstleistungen sowie die

¹³⁴ Vgl. MGP (2008), S. 30 f. Die Ergebnisse der Qualitätsuntersuchungen aus dem Bereich der Krankenhäuser werden für alle Bürger im Internet veröffentlicht.

¹³⁵ Vgl. DHMA (2014).

¹³⁶ Vgl. Vrangbaek (2013), S. 32.

¹³⁷ Vgl. Møller Pedersen et al. (2012), S. 37.

¹³⁸ Vgl. Møller Pedersen et al. (2012), S. 35.

Notfallversorgung obliegen zum Beispiel den acht australischen Territorien. Es existiert eine staatliche Krankenversicherung (Medicare), in der sich alle permanenten Einwohner Australiens (Residents) versichert sind. Medicare deckt die Grundbedürfnisse der medizinischen Versorgung ab. Die Kosten für einen Allgemeinmediziner (General Practitioner) werden (zwischen 75 und 100 Prozent) von Medicare übernommen, wohingegen Zahnarzt- oder Augenarztrechnungen – wenn überhaupt – nur zu geringeren Teilen subventioniert werden. Aus diesem Grund schließen viele Australier eine zusätzliche Privatversicherung für Augen und Zähne ab (Diese Zusatzversicherung kann zudem die teilweise sehr langen Wartezeiten bei Ärzten verkürzen.). Der Aufenthalt in einem staatlichen Krankenhaus wird meist komplett von Medicare bezahlt, die Behandlung in einer privaten Klinik wiederum nur teilweise.

Des Weiteren ist es entscheidend, ob man von einem von Medicare zugelassenen Arzt behandelt wird und der Arzt somit nur die Kosten gemäß der Gebührentabelle (Medicare Benefits Schedule Fees) verlangt. Medicare hat zwar eine eigene Liste mit staatlich vorgegebenen Preisen für ärztliche Leistungen, aber nicht von Medicare zugelassene Ärzte sind frei auch höhere Honorare abzurechnen. Ärzte stellen entweder dem Patienten direkt eine Rechnung aus und der Patient reicht diese bei Medicare (und/oder seiner privaten Versicherung) zur Erstattung ein oder der Arzt rechnet seine Leistungen direkt mit Medicare ab (Bulk Billing). Hierfür braucht er auf dem Antrag auch die Unterschrift des Versicherten. Dieser bekommt ebenfalls eine Kopie des Antrags mit den aufgelisteten Leistungen und Kosten. Die Kosten für Medikamente übernimmt größtenteils das Pharmaceutical Benefit Scheme.

Die nationale australische Ärztekammer (Medical Board of Australia) schreibt in Section 8.4 ihres Verhaltenskodex – der auf Section 39 des Health Practitioner Regulation National Law Act zurückgeht – eine Pflicht zur Dokumentation – elektronisch oder auf Papier – von Arztbehandlungen vor. Der Kodex sieht vor, dass die Dokumentation aktuell, leserlich, verständlich, objektiv und korrekt sein soll. Es dürfen nur allgemein verständliche Abkürzungen verwendet werden. Eintragungen müssen mit persönlicher Unterschrift oder elektronisch über ein individuelles Passwort vorgenommen werden.¹³⁹ Grundsätzlich müssen – abhängig vom Fachbereich – alle relevanten medizinischen Daten wie die Anamnese, Diagnose, sämtliche Untersuchungsbefunde und Materialien, Zwischenfälle, Unterlagen zur Aufklärung des Patienten und ein Behandlungsplan in der Patientenakte enthalten sein.¹⁴⁰ Das Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) – in etwa vergleichbar mit dem deutschen Hausärzterverband – empfiehlt für seinen Zuständigkeitsbereich folgenden Inhalt der Dokumentation:¹⁴¹

- Die Kontaktdaten des Patienten und die Kontaktdaten von Personen für Notfälle,
- der kulturelle Hintergrund¹⁴²
- die Krankengeschichte,
- bisherige ärztliche Konsultationen und getroffene Maßnahmen (einschließlich Hausbesuchen),

¹³⁹ Seit Juli 2012 können sich Patienten freiwillig dazu entscheiden, eine elektronische Patientenakte über ein eigens hierfür eingerichtetes Internetportal zu führen (www.ehealth.gov.au). Damit haben sie jederzeit Einblick in ihre Patientendaten und können alle ihre behandelnden Ärzte autorisieren ebenfalls Einblick zu nehmen um einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten zu bekommen. Diese Daten werden getrennt und unabhängig von den Aufzeichnungen des Arztes aufbewahrt.

¹⁴⁰ Vgl. unter anderem MCNSW (2010), Schedule 2, Section 1.

¹⁴¹ Vgl. RACGP (2010), Standard 1.7, Criterion 1.7.1 und Criterion 1.7.3.

¹⁴² Der kulturelle Hintergrund spielt in Australien bei der Behandlung von Aborigines oder Torres-Strait-Insulanern eine bedeutende Rolle, da diese etwas andere Gesundheitseigenschaften aufweisen.

- Überweisungen an andere Einrichtungen,
- Arztbriefe von Krankenhäusern und Fachärzten,
- Diagnosen, Untersuchungen, Medikationen und Befunde,
- ein Behandlungsplan,
- Empfehlungen und Vorsorgemaßnahmen sowie
- den Versicherungsumfang des Patienten.

Außerdem empfiehlt Standard 1.7.2 RACGP (2010) immer eine aktuelle Zusammenfassung in der Krankengeschichte von „aktiven“ Patienten¹⁴³ in der Krankenakte aufzubewahren, damit – bei Weitergabe der Akte – alle Leser sofort einen umfassenden und aktuellen Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten bekommen können. So soll das Risiko von Fehlbehandlungen oder Wechselwirkungen von Medikamenten reduziert werden. Veraltete, nicht mehr relevante Informationen können durch den Arzt aus der Patientenakte entfernt werden. Der Patient kann eine Kopie des Inhalts seiner Krankenakte gegen Erstattung der hierdurch entstehenden Kosten verlangen.

Die Segmentierung in niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte ist – im Vergleich zu Deutschland – sehr gering ausgeprägt. Krankenhäuser können ambulant behandeln und niedergelassene Ärzte im Krankenhaus praktizieren. Auch haben Krankenschwestern, Hebammen, Praxispersonal von niedergelassenen Ärzten oder Altenpfleger im Vergleich zu Deutschland wesentlich höhere Kompetenzen (im Auftrag des Arztes) eine Behandlung durchzuführen. Sie müssen die (angeordneten) Behandlungen ebenfalls in der Patientenakte dokumentieren. Aus diesem Grund unterscheiden die Regelungen zur Dokumentationspflicht und zur Qualitätssicherung nur in seltenen Fällen zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten.

Die Erstaufnahme der Daten von neuen Patienten kann durch das Praxispersonal in einer privaten Umgebung stattfinden. Überweisungen von Patienten müssen die komplette relevante Krankengeschichte inklusive aller Medikationen, Allergien und bisherigen Befunde beinhalten. Der Patient sollte vom Arzt auf die dabei zu erfolgende Offenlegung seiner Gesundheitsdaten aufmerksam gemacht werden. Im Notfall kann die Überweisung auch telefonisch erfolgen. Dies ist gesondert zu dokumentieren.¹⁴⁴

Konsultationen per Telefon oder Videokonferenz, die neben Dänemark auch in Australien – im Gegensatz zu Deutschland – erlaubt sind, müssen unter Beachtung derselben Grundsätze ebenfalls dokumentiert werden.¹⁴⁵

Des Weiteren muss die Patientenakte sicher und vor dem Zugriff von unbefugten dritten Personen verwahrt werden. Herabwürdigende Einträge sind verboten. Der Patient hat jederzeit das Recht, Einsicht in

¹⁴³ Patienten, die in den letzten zwei Jahren die Praxis dreimal oder öfter aufgesucht haben. Für alle anderen Patienten braucht die Zusammenfassung nicht zwingend aktuell gehalten zu werden.

¹⁴⁴ Vgl. RACGP (2010), Standard 1.6, Criterion 1.6.2.

¹⁴⁵ Konkret muss zusätzlich zur üblichen Aufzeichnung der Name des Anrufers (Grund hierfür ist, dass auch Dritte im Auftrag des Patienten anrufen können), die Beziehung zum Patienten und das Einverständnis des Patienten zur telefonischen Konsultation in der Patientenakte dokumentiert werden.

seine Akte zu bekommen und der Arzt ist verpflichtet, auf Wunsch des Patienten, die in der Akte enthaltenen Informationen an Dritte – beispielsweise andere Ärzte – weiterzugeben.¹⁴⁶ Die Akte und deren Inhalt sind aber Eigentum des Arztes.¹⁴⁷ Veränderungen dürfen nur vorgenommen werden, wenn – wie in Deutschland – der ursprüngliche Eintrag erhalten bleibt und das Datum der Änderung kenntlich gemacht wird. Einsprüche und Beschwerden des Patienten gehören ebenfalls in die Patientenakte.

Die Aufbewahrungsfrist beträgt regelmäßig sieben Jahre nach dem letzten Eintrag.¹⁴⁸ Gleichzeitig schützt Section 3.4 des Verhaltenskodex der australischen Ärztekammer die Privatsphäre des Patienten und die Schweigepflicht des Arztes. Wenn der Arzt die Dokumentation an sein Personal delegiert, bleibt er selbst für die korrekte Durchführung und Einhaltung der Grundsätze verantwortlich. Die Weitergabe des Patientennamens und seiner Adresse sind im Rahmen von Inkassomaßnahmen erlaubt.¹⁴⁹

Im Bereich der gesamten Primärversorgung Australiens war der Fokus lange nicht auf die ambulante Versorgung beziehungsweise auf die Qualitätssicherung ausgerichtet. Es gab zwar einige Versuche, diese waren aber nicht sehr erfolgreich.¹⁵⁰ Es wurden kaum Daten gesammelt, aufbereitet und veröffentlicht.¹⁵¹ Erst im Jahr 2012 wurde die National Health Performance Authority zur Qualitätsmessung geschaffen und mit ihr ein neuer Versuch zur umfassenden Messung der Behandlungsqualität gestartet. Da die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit nicht eindeutig gezogen werden kann, gelten dementsprechend viele Regelungen sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für Krankenhausärzte, wobei aber vor allem auf den Krankenhaussektor abgestellt wird. Die Behörde entwickelt eine Datenbank mit geeigneten Verfahren um die Qualität der medizinischen Versorgung sicherzustellen. Die Qualitätsmessung fokussiert sich dabei insbesondere auf die Messung der Ergebnisqualität (und zum Teil der Prozessqualität). Die Daten beruhen im Wesentlichen auf bereits vorhandenen Routinedaten. So schreiben beispielsweise die Gesundheitsministerien der Territorien vor, dass Patientenakten unter anderem die Qualitätssicherung unterstützen sollen.¹⁵² Diese Daten werden beispielsweise durch Patienten- und Arztfragebögen ergänzt. Insgesamt befindet sich das gesamte System noch im Aufbau. Dagegen haben die Vereinigungen der verschiedenen medizinischen Fachgebiete Standards für Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und teilweise auch an die Ergebnisqualität aufgestellt, die die Verbesserung der Qualität und das Verhalten des individuellen Arztes beziehungsweise der einzelnen Praxis in den Vordergrund stellen.¹⁵³ Die Analyse basiert aber vor allem auf den von der Praxis im normalen Betrieb erhobenen eigenen Daten.

¹⁴⁶ Section 140 - 143 des Health Practitioner Regulation National Law Act und Section 8.10 des Verhaltenskodex für Ärzte sehen eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht und eine Mitwirkungspflicht bei behördlichen Untersuchungen vor. Bei der jährlichen Erneuerung der Registrierung des Arztes sind nach Section 9, 130 und 131 des Health Practitioner Regulation National Law Act verschiedene Angaben zur ärztlichen Befähigung zu machen (beispielsweise zum Wohlverhalten oder zum Versicherungsumfang).

¹⁴⁷ Vgl. MCT (2006).

¹⁴⁸ Vgl. MCNSW (2010), Part 4, Section 10(1). Die Dokumentation darf aber nicht vor Vollendung des 25. Lebensjahres des Patienten vernichtet werden, vgl. MC NSW, Part 4, Section 10(2).

¹⁴⁹ Vgl. AMA (2002), S. 12.

¹⁵⁰ Vgl. Nancarrow (2013), S. 1.

¹⁵¹ Vgl. AIHW (2012), S. 20.

¹⁵² Vgl. DoH (2005), Section 7.

¹⁵³ Vgl. unter anderem RACGP (2010), Standard 3.1 und Standard 3.2.

Für die australischen Ärzte fordert Section 7.2 des Verhaltenskodex der australischen Ärztekammer – beziehungsweise auf Section 38 (1)(c) des Health Practitioner Regulation National Law Act – im Rahmen der Qualitätssicherung auch eine regelmäßige medizinische Fortbildung. Inhalt und Umfang der Fortbildung hängen vom jeweiligen Fachgebiet ab und werden von dem für das Fachgebiet zuständigen Board erlassen. Die Anforderungen müssen immer über einen festen Dreijahreszeitraum – aktuell für die Jahre 2014 bis 2016 – erbracht werden. Für jede getätigte Fortbildung gibt es eine bestimmte Anzahl von Punkten. Zum Beispiel müssen General Practitioners mindestens 130 Punkte aus verschiedenen Kategorien im aktuellen Zeitraum erwerben. Veröffentlichungen von Fachartikeln oder die Teilnahme an Qualitätszirkeln werden beispielsweise mit einer festen Punktzahl angerechnet.¹⁵⁴ Insgesamt liegt der Fortbildungsumfang damit auf einem mit deutschen Ärzten vergleichbaren Anforderungsniveau. Die durchgeführten Schulungen müssen zum Nachweis dokumentiert und mindestens drei Jahre lang aufbewahrt werden. Australische Zahnärzte müssen innerhalb der Dreijahresperiode dagegen „lediglich“ mindestens 60 Stunden für Fortbildungen aufwenden und liegen damit unter den Anforderungen für deutsche Zahnärzte. Diese müssen 125 Fortbildungspunkte nachweisen¹⁵⁵ – die Hälfte des Umfangs ihrer Arztkollegen aus anderen Fachgebieten.

4.3 Schweiz

Das Gesundheitssystem in der Schweiz

Die Schweiz verfügt zwar über ein von der Politik gesteuertes, aber auf marktwirtschaftlichen Elementen beruhendes Gesundheitswesen. Seit der Gesundheitsreform des Jahres 1996 besitzen alle gut acht Millionen Einwohner der Schweiz eine obligatorische Grundversicherung.¹⁵⁶ Diese deckt einen staatlich festgelegten Leistungskatalog ab. Die Versicherten haben die Wahl zwischen verschiedenen privaten Versicherungen, die in Konkurrenz zueinander stehen. Es gibt keine staatlichen Krankenkassen. Alle Versicherungen sind aber gesetzlich verpflichtet, jeden in die Grundversicherung aufzunehmen, der einen entsprechenden Antrag stellt und im Tätigkeitsgebiet der Versicherung seinen Wohnsitz hat. Der Versicherte zahlt seine Beiträge in Form einer Prämie (Kopfpauschale), darüber hinaus besteht die Möglichkeit freiwilliger Zusatzversicherungen. Für die freiwillige Zusatzversicherung – das heißt alle Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen – sind die Versicherungen hingegen frei, Verträge abzuschließen. Sie können die Prämien frei festlegen und Interessenten abweisen.

Nach Artikel 42 Absatz 1 Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist in der Schweiz nicht die Krankenversicherung Honorarschuldner der ärztlichen Leistung, sondern – soweit zwischen Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart ist – der Patient. Dabei ist zwischen zwei Abrechnungsarten zu unterscheiden. Entweder wird die Arztrechnung direkt an den Patienten geschickt. Er reicht die Rechnung zur Erstattung an seine Versicherung weiter und bezahlt sie selbst, in der Regel nachdem die Versicherung ihm den Betrag erstattet hat (*Tiers garant*-Verfahren). Oder die Arztrechnung geht direkt an die

¹⁵⁴ Vgl. RACGP (2013), S. 3 f.

¹⁵⁵ Vgl. KZBV (2009), S. 2.

¹⁵⁶ Vgl. Artikel 3 Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Versicherung und wird von ihr beglichen (*Tiers payant*-Verfahren). Gemäß Artikel 42 Absatz 3 KVG hat der Arzt bei der direkten Abrechnung mit der Krankenversicherung die Pflicht, dem Patienten trotzdem eine Kopie der Rechnung zukommen zu lassen. Der Patient bekommt auch von seiner Krankenversicherung zusätzlich noch eine Rechnung mit der Leistungsaufstellung und den von ihm an die Versicherung noch zu zahlenden Beträgen (Franchise und Selbstbehalt¹⁵⁷).

Die Preise ärztlicher Behandlungen sind – ähnlich wie in Deutschland – reglementiert.¹⁵⁸ Zahnbehandlungen sind, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht im Leistungskatalog der obligatorischen Grundversicherung enthalten.¹⁵⁹ Es besteht aber die Möglichkeit, privat eine Zahnpflegeversicherung abzuschließen.

Das Gesundheitssystem in der Schweiz ist vor allem kantonal geregelt und der Bundesstaat gibt lediglich die Rahmenbedingungen vor, in denen sich die Kantone frei bewegen und jeweils ihre eigenen Regelungen erlassen können. Jeder Kanton hat demnach sein eigenes Gesundheitsgesetz mit entsprechenden Verordnungen. Die Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und in der stationären Versorgung tätigen Ärzten ist in der Schweiz nicht so streng wie in Deutschland. So behandeln niedergelassene Ärzte auch Patienten in eingerichteten Sprechstunden in Schweizer Krankenhäusern (Spitäler). Auch dürfen Krankenhäuser ambulant Patienten behandeln.

Das Verhältnis zwischen einem frei praktizierenden Arzt und seinen Patienten untersteht in der Regel dem Recht des einfachen Auftrages gemäß Obligationenrecht (OR).¹⁶⁰ Als Pendant zur freien Arztwahl der Patienten gilt für Schweizer Ärzte grundsätzlich auch die freie Patientenwahl.¹⁶¹ In Deutschland sind dagegen zumindest die Kassenärzte (Vertragsärzte), die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, verpflichtet, die medizinische Versorgung aller Kassenpatienten zu gewährleisten.¹⁶² Daher darf ein Kassenarzt in Deutschland einen Kassenpatienten nicht ablehnen.¹⁶³

Ein in der Schweiz praktizierender Arzt ist gemäß Art. 400 Absatz 1 OR verpflichtet, dem Patienten umfassend Rechenschaft abzulegen. Die Aufzeichnungs- oder Dokumentationspflicht ergibt sich konkret aus

¹⁵⁷ Die Höhe der Franchise – der vereinbarte Festbetrag, bis zu der der Patient die Krankheitskosten vollständig selbst zahlt – ist vom Versicherten wählbar, beträgt aber mindestens 300 Schweizer Franken (rund 280 Euro). Der gesetzliche Selbstbehalt beträgt zehn Prozent der angefallenen Kosten bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von maximal 700 Schweizer Franken (650 Euro). Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bezahlen keine Franchise und der Selbstbehalt beträgt maximal 350 Schweizer Franken (327 Euro).

¹⁵⁸ In den letzten Jahren wurde ein in der ganzen Schweiz gültiges Tarifwerk (Tarmed) entwickelt, das jeder medizinischen Leistung eine gewisse Zahl von „Taxpunkten“ zuordnet. Damit wären theoretisch Arztrechnungen in der ganzen Schweiz gleich. Allerdings wurde der Taxpunktwert je nach Kanton unterschiedlich festgelegt, so dass ein und dieselbe Behandlung beispielsweise im Thurgau billiger ist als in Genf oder Zürich. Umgekehrt bedeutet es, dass ein Arzt für ein und dieselbe Arbeitsleistung in Genf oder Zürich deutlich mehr verdient als im Thurgau oder in Schaffhausen. Diese Unterschiede werden mit den unterschiedlichen Einkommen, Kostenstrukturen, Ärztedichten und Mentalitäten in den Kantonen begründet.

¹⁵⁹ Artikel 31 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) definiert folgende Ausnahmen bei denen die Kosten übernommen werden: Wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems hervorgerufen wurden, durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen bedingt sind, zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind oder durch einen Unfall verursacht worden sind.

¹⁶⁰ Vgl. Art. 394 – 406 Obligationenrecht (OR).

¹⁶¹ Vgl. Art. 4 Absatz 3 und Art. 5 FMH-Standesordnung. Der Arzt darf Patienten jedoch nicht aus diskriminierenden Gründen ablehnen (zum Beispiel aufgrund seiner Hautfarbe oder Konfession).

¹⁶² Vgl. § 95 Absatz 3 S. 1 SGB V.

¹⁶³ Ein privat abrechnender Arzt in Deutschland kann sich „seine Patienten“ dagegen frei aussuchen und diese „auch ohne hinreichenden“ Grund ablehnen. Im Notfall darf aber kein Arzt in Deutschland eine Behandlung ablehnen, sonst macht er sich gemäß § 323c StGB der unterlassenen Hilfeleistung strafbar.

den kantonalen Gesundheitsgesetzen, der Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der eine überwiegende Anzahl von Ärzten angehören – die allerdings gegenüber der Gesundheitsgesetzgebung zurücksteht –, und den Richtlinien der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Der Erlass von Richtlinien durch die SAMW hat allerdings keine formelle Bindungswirkung.¹⁶⁴ Verschiedene Kantone haben aber einzelne Richtlinien der SAMW in ihre Gesetzgebung aufgenommen. Auch spielen die Richtlinien eine Rolle bei der Rechtsauslegung durch die Gerichte, da sie bei Streitigkeiten häufig als Maßstab für den Stand der medizinischen Wissenschaft herangezogen werden. Außerdem fließen sie in das Standesrecht der FMH ein. Während die kantonalen Vorschriften für Angestellte von öffentlichen Spitälern sowie für frei praktizierende Ärzte unterschiedliche Regeln enthalten können, gelten die Standesregeln gleichermaßen für alle FMH-Mitglieder.

Die konkrete Ausgestaltung der Dokumentation ist von Fachbereich zu Fachbereich unterschiedlich und vorwiegend eine medizinische Fachfrage.¹⁶⁵ Grundsätzlich gehören zu einer umfassenden Dokumentation

- a) die Anamnese,
- b) die gestellten Diagnosen,
- c) die durchgeführten Untersuchungen und deren Befunde,
- d) vorgeschlagene und alternative Behandlungsmöglichkeiten,
- e) die Risiken¹⁶⁶ und Nebenwirkungen der Behandlung,
- f) allfällige Zwangsmaßnahmen,
- g) die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustandes mit und ohne vorgeschlagener Behandlung,
- h) gegebenenfalls pflegerische Maßnahmen,
- i) gegebenenfalls das Aufklärungsprotokoll und Schriftverkehr mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens sowie
- j) die Kostenfolgen.¹⁶⁷

Die Patientenakte des Arztes ist grundsätzlich Eigentum des Patienten.¹⁶⁸ Deshalb haben Patienten in der Schweiz ein umfassendes und weitgehendes Einsichtsrecht in die Dokumentation ihrer Krankengeschichte und können vom Arzt kostenfreie Kopien der Aufzeichnungen verlangen.¹⁶⁹ Eine Kostenbeteiligung darf nur in Ausnahmefällen verlangt werden, zum Beispiel bei einem besonders großen Aufwand. Dieser

¹⁶⁴ Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 13.

¹⁶⁵ Vgl. Meule et al. (2011), S. 62.

¹⁶⁶ Nach Meinung der FMH sind die fünf häufigsten oder schwersten Risiken konkret zu erläutern und zu dokumentieren, vgl. SAMW / FMH (2013), S. 40.

¹⁶⁷ Da der Versicherte in der Schweiz bis zu einer Obergrenze immer einen Teil der Kosten selbst tragen muss.

¹⁶⁸ Vgl. Meule et al. (2011), S. 63.

¹⁶⁹ Vgl. Artikel 13 FMH-Standesordnung. Unter anderem besteht in den Kantonen Zug und Luzern ein Anspruch des Patienten auf kostenfreie Herausgabe der Dokumentation und weiterer Unterlagen (beispielsweise Röntgenbilder) im Original ohne das Recht Kopien durch den Arzt einzubehalten, vgl. Artikel 36 Absatz 5 Gesundheitsgesetz im Kanton Zug (GesG Zug). In diesem Fall sollte der Arzt vom Patienten eine schriftlich dokumentierte Erklärung verlangen, in welcher der Patient den Arzt von allen gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflichten freistellt und auf sämtliche Ansprüche gegen den Arzt verzichtet, vgl. Meule et al. (2011), S. 63. In manchen Kantonen – zum Beispiel im Kanton Basel-Landschaft – kann dagegen auch eine kostendeckende Gebühr für die Kopie der Dokumentation verlangt werden, vgl. § 44 Absatz 2 Gesundheitsgesetz im Kanton Basel-Landschaft (GesG Basel-Landschaft).

muss aber über das bloße Kopieren, Ausdrucken und Versenden der Unterlagen hinausgehen. Wird eine Kostenbeteiligung verlangt, so muss diese begründet und dem Patienten vor Auskunftserteilung mitgeteilt werden, damit dieser sein Auskunftsgesuch gegebenenfalls zurückziehen oder abändern kann. Das Einsichtsrecht kann aber bei schützenswerten Rechten Dritter eingeschränkt werden. Nach dem Tod des Patienten übernehmen die Erben die Rechte und Pflichten des Patienten.

Die grundsätzlichen Anforderungen an die Patientendokumentation wie beispielsweise die Vollständigkeit oder die Möglichkeit, den Verlauf inklusive nachträglicher Änderungen nachvollziehen zu können, gelten auch in der Schweiz. Die Dokumentation kann – sofern die Anforderungen wie beispielsweise eine Zugriffsbeschränkung und -kontrolle oder Sicherungskopien eingehalten werden – auch elektronisch stattfinden. Aufgrund von Schnittstellen- und Kompatibilitätsproblemen dokumentieren aktuell allerdings erst etwa 30 Prozent der Schweizer Ärzte elektronisch.¹⁷⁰

Für die Rechnungsstellung durch Dritte, wie zum Beispiel einen Dienstleister, benötigt der Arzt vor der Behandlung die schriftliche Einwilligung des Patienten zur Weitergabe der Patientendaten. Entscheidet sich der Patient, die Rechnung selbst zu zahlen, dann darf der Arzt seine Daten nicht an die Versicherung weitergeben. Die Speicherung von Patientendaten bei externen Dienstleistern ist – im Gegensatz zur Beschränkung in Deutschland – zulässig.¹⁷¹

Das Personal der Arztpraxis unterliegt wie der Arzt selbst nach Artikel 321 Strafgesetzbuch (StGB) der Schweigepflicht. Der Arzt hat seine Mitarbeiter dahingehend schriftlich zu verpflichten und dies zu dokumentieren.¹⁷² Ein Verstoß wird mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder Geldstrafe geahndet. Das Patientengeheimnis gilt auch zwischen den Ärzten und die Weitergabe der Daten erfordert das Einverständnis des Patienten.¹⁷³ Ähnlich wie in Deutschland gibt es auch in der Schweiz vier Ausnahmetatbestände, die eine Durchbrechung der Schweigepflicht von Seiten des Arztes rechtfertigen und zu dokumentieren sind:¹⁷⁴

1. Wenn der Patient einwilligt.
2. Wenn eine Ausnahmebestimmung durch ein Bundesgesetz oder ein kantonales Gesetz vorliegt.¹⁷⁵

¹⁷⁰ Vgl. Schilling (2014).

¹⁷¹ Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 46 ff.

¹⁷² Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 47.

¹⁷³ Vgl. Artikel 11 FMH-Standesordnung.

¹⁷⁴ Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 100. Die Kantone können hiervon abweichen. Im Kanton Zug ist eine Befreiung von der Schweigepflicht nur für die Punkte 1 und 3 möglich, vgl. Artikel 31 GesG Zug. Im Kanton Basel-Landschaft ist der Arzt auch bei der Verfolgung seiner wirtschaftlichen Interessen bei unbezahlten Rechnungen gegenüber den gesetzlich vorgesehenen Instanzen von der Schweigepflicht befreit, vgl. § 22 Absatz 2 lit. c GesG Basel-Landschaft.

¹⁷⁵ In der Schweiz wird zwischen gesetzlichen Meldepflichten und Melderechten unterschieden. Diese sind je nach Kanton unterschiedlich. Auf Bundesebene gelten Meldepflichten bei Geburt oder Tod, übertragbaren Krankheiten, Verletzungen durch Hunde, Schädigungen durch Militärdienst, Schwangerschaftsabbruch, unerwünschten Wirkungen von Medikamenten und Medizinprodukten, Informationen die zur Erfüllung der Gesetze zur Sozialversicherung erforderlich sind (In Deutschland ist hierzu oft die Einwilligung des Patienten notwendig.), bei Verdacht auf eine bevorstehende gravierende oder stattgefundene strafbare Handlung sowie Informationen die nach Artikel 22a KVG zur Qualitätssicherung nötig sind. Praktisch alle Kantone besitzen zudem noch eine Meldepflicht bei einem außergewöhnlichen Todesfall (Wenn bei der in der Schweiz obligatorischen Leichenschau außergewöhnliche Umstände zu Tage treten). Ein Melderecht, aber keine Pflicht besteht zum Beispiel bei mangelnder Fahrtüchtigkeit, Betäubungsmittelmissbrauch oder strafbaren Handlungen an Minderjährigen, vgl. SAMW / FMH (2013), S. 104 ff.

3. Wenn die kantonale Gesundheitsdirektion den Arzt entbindet.¹⁷⁶
4. Wenn eine akute Notsituation gemäß Artikel 17, 18 oder 48a StGB vorliegt.¹⁷⁷

Wie in allen hier betrachteten Ländern sind auch in der Schweiz die Aufklärung des Patienten und deren Dokumentation von hoher Bedeutung. Zum einen, damit der Patient versteht, was mit ihm geschieht, und zum anderen, damit der Arzt nicht strafrechtlich wegen Körperverletzung oder gar Tötung haftbar ist. Die Beweislast der korrekten Aufklärung liegt in der Schweiz beim durchführenden Arzt.¹⁷⁸ Deshalb ist eine ordnungsgemäße Dokumentation zentral. Zum Aufklärungsprotokoll gehören insbesondere die Gründe, der Zweck, die Art, die Modalitäten, die Risiken und Nebenwirkungen, die entstehenden Kosten und mögliche Behandlungsalternativen beziehungsweise die Folgen eines Unterlassens der Behandlung.

Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist beträgt – je nach Kanton – in der Regel zehn Jahre, da über diesen Zeitraum die ordentliche Verjährungsfrist für Schadensersatzforderungen in der Schweiz läuft.¹⁷⁹ Es sei denn, die Dokumentation wurde bereits früher an den Patienten auf dessen Wunsch übergeben. Dort, wo Ansprüche länger bestehen, kann es sinnvoll sein die relevante Dokumentation länger aufzubewahren.¹⁸⁰ Viele Kantone haben für Teile der Dokumentation, wie zum Beispiel im Bereich von Transplantationen, längere Aufbewahrungsfristen.

Die Pflicht zur Qualitätssicherung beruht in der Schweiz auf Artikel 58 KVG in Verbindung mit Artikel 43 Absatz 2 lit. d KVG. Die konkreten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in den Tarifverträgen beziehungsweise in besonderen Qualitätssicherungsverträgen zwischen den Versicherungen und den (Fach-)Verbänden vereinbart. Demnach variieren die genauen Anforderungen – ähnlich denen in Deutschland – von Fachgebiet zu Fachgebiet und von Vertrag zu Vertrag. Die Messung der Ergebnisqualität ist dagegen in der Schweiz erst im Aufbau. Bis vor kurzem gab es kaum relevante landesweite Statistiken, die zur Ergebnismessung geeignet waren. Krebsregister befinden sich ebenfalls noch im Aufbau. Dies liegt darin begründet, dass die hierdurch entstehende Transparenz lange Zeit unter den Leistungserbringern nicht erwünscht war.¹⁸¹ Erst seit Einführung des Artikel 22a KVG am 1. Januar 2009 sind sie verpflichtet, den zuständigen Behörden relevante Daten zur Qualitätsmessung bekanntzugeben. Bei Verstoß gegen diese Pflicht können Sanktionen in Form von Verwarnungen, Rückerstattungen von Honoraren oder Bußgeldern verhängt werden. Im Wiederholungsfall können Ärzte auch von der Möglichkeit ausgeschlossen werden, Tätigkeiten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszuüben.¹⁸²

¹⁷⁶ Wenn die Information an Dritte wichtig wäre, der Patient die Einwilligung aber verweigert oder nicht geben kann, dann kann sich der Arzt von der Schweigepflicht durch den Kantonsarzt entbinden lassen.

¹⁷⁷ In Betracht kommt hier der Schutz eines eigenen Rechtsgutes oder das einer anderen Person aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Gefahr.

¹⁷⁸ Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 43.

¹⁷⁹ Vgl. Artikel 60 OR.

¹⁸⁰ Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 48. Beispielsweise ist in den Kantonen Zug und Aargau die Dokumentation spätestens zwanzig Jahre nach der letzten Behandlung auf jeden Fall unaufgefordert zu vernichten, vgl. Artikel 36 Absatz 4 GesG Zug. Im Kanton Basel-Landschaft müssen Röntgenbilder und Unterlagen über Zahnunfälle verpflichtend mindestens 20 Jahre lang aufbewahrt werden, vgl. § 10 Verordnung über Berufe im Gesundheitswesen im Kanton Basel-Landschaft.

¹⁸¹ Vgl. Scheidegger (2014), S. 1. Die Güte der Behandlung war in der Vergangenheit in der Schweiz nicht vollständig bekannt (S. 4).

¹⁸² Vgl. Artikel 59 KVG.

In Zusammenhang mit der Qualitätssicherung wird von Schweizer Ärzten gemäß Artikel 40 Medizinalberufegesetz (MedBG) auch eine permanente Fortbildung verlangt. Die Fortbildungsordnung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)¹⁸³ gibt etwa 80 Stunden jährlich zu Fortbildungszwecken vor,¹⁸⁴ wobei die Ausgestaltung der Fortbildungsprogramme je nach Facharzttitel den 45 Fachgesellschaften obliegt.¹⁸⁵ Allerdings ist lediglich die fachspezifische Kernfortbildung von 50 Stunden jährlich gegenüber der jeweiligen kantonalen Gesundheitsdirektion für den Zeitraum von drei Jahren (150 Stunden) zu dokumentieren.¹⁸⁶ Die restlichen 30 Stunden pro Jahr, die für ein Selbststudium angesetzt sind, werden ohne Regelung und Kontrolle angerechnet. Wird der Fortbildungsnachweis¹⁸⁷ nicht erbracht, wird dies von der zuständigen kantonalen Gesundheitsbehörde mit einem Verweis oder einer Geldstrafe von bis zu 20.000 Schweizer Franken (rund 18.600 Euro) geahndet.¹⁸⁸ Der Entzug des Facharzttitels ist dagegen in der Regel nicht möglich.

Abschließend sei noch erwähnt, dass die Schweiz im internationalen Vergleich ein liberales Strafrecht mit Blick auf die Sterbehilfe hat. Vor diesem Hintergrund ist die Prüfung und Dokumentation der Urteilsfähigkeit des Patienten für seinen geäußerten Sterbewunsch von zentraler Bedeutung.¹⁸⁹

¹⁸³ Das SIWF ist ein eigenständiges Organ der FMH.

¹⁸⁴ Vgl. Artikel 4 Fortbildungsordnung (FBO).

¹⁸⁵ Vgl. Artikel 6 FBO.

¹⁸⁶ Vgl. Artikel 5a FBO.

¹⁸⁷ Artikel 10 FBO scheidet hierfür ein Fortbildungsprotokoll vor. Das SIWF stellt für die Erfassung der Fortbildungsaktivitäten eine elektronische Plattform zur Verfügung. Nach Erreichen des geforderten Umfangs kann das Fortbildungsdiplom zum Nachweis dort selbst ausgedruckt werden, vgl. Hänggeli et al. (2010).

¹⁸⁸ Vgl. Artikel 43 MedBG. In manchen Kantonen, wie zum Beispiel im Kanton Aargau oder im Kanton Basel-Landschaft, ist auch ein befristetes oder unbefristetes Berufsverbot für das ganze oder einen Teil des Leistungsspektrums möglich, vgl. § 24 Gesundheitsgesetz im Kanton Aargau (GesG Aargau) und § 16 Gesundheitsgesetz im Kanton Basel-Landschaft (GesG Basel-Landschaft).

¹⁸⁹ Vgl. SAMW / FMH (2013), S. 85 f.

5 Bestandsaufnahme von eHealth-Konzepten in der ambulanten Versorgung

5.1 Definition – eHealth und Telemedizin

Wandel der Begrifflichkeiten

In Deutschland hat es in den letzten Jahren einen Wandel der Begrifflichkeiten ausgehend von dem Begriff „Telemedizin“ über den der „Gesundheitstelematik“ bis hin zu „eHealth“ gegeben.¹⁹⁰ Anfangs wurden unter dem Begriff der „Telemedizin“ alle einrichtungsübergreifenden IT-Anwendungen verstanden; heute ist der Begriff der „Telemedizin“ enger ausgelegt und beinhaltet Zweitmeinungs- und Konsultationsanwendungen (unter anderem Teleradiologie, Telechirurgie) sowie Telemonitoring.¹⁹¹

Definition von eHealth

Bislang existiert noch keine eindeutige, universal genutzte Definition von eHealth und es besteht eine große Vielfalt unterschiedlicher Definitionen. Diese Vielfalt wird anhand der folgenden Definitionen beispielhaft aufgezeigt:

- „alle Anwendungen [...], die für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten nutzen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien bieten“¹⁹²
- „bezeichnet die Verwendung elektronischer Medien im Gesundheitswesen“,¹⁹³
- „Anwendungen elektronischer Geräte zur medizinischen Versorgung und anderer Aufgaben im Gesundheitswesen“,¹⁹⁴
- „Anwendung von Telekommunikations- und Informationstechnologien auf das Gesundheitswesen, insbesondere auf administrative Prozesse, Wissensvermittlungs- und Behandlungsverfahren“,¹⁹⁵
- „alle einrichtungsübergreifenden und ortsunabhängigen Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen zur Überbrückung von Raum und Zeit“.¹⁹⁶

Gemeinsam ist diesen Definitionen, dass sie einen Oberbegriff für ein breites Spektrum von IKT-gestützten Anwendungen bilden. Allerdings erfassen die einzelnen Definitionen recht unterschiedliche Anwendungen und Technologien und sind schwer zu ähnlichen Begriffen wie Gesundheitstelematik oder Health 2.0 abzugrenzen.

¹⁹⁰ Auch die Welthandelsorganisation (WHO) hat im Laufe der Zeit einen Wandel der Begrifflichkeiten von „telemedicine“ zu „ehealth“ vollzogen.

¹⁹¹ Vgl. dazu auch <http://www.egms.de/static/en/meetings/gmds2005/05gmds480.shtml>, (Zugriff: 24.10.2014).

¹⁹² http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/e/ehealth.html, (Zugriff: 20.10.2014).

¹⁹³ <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/1020510/e-health-v2.html>, (Zugriff: 20.10.2014).

¹⁹⁴ <http://de.wikipedia.org/wiki/E-Health> (Zugriff: 20.10.2014).

¹⁹⁵ Dietzel (2001).

¹⁹⁶ <http://www.egms.de/static/en/meetings/gmds2005/05gmds480.shtml>, (Zugriff: 24.10.2014).

Definition von Telemedizin

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen definiert Telemedizin als die Bereitstellung und/oder Anwendung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überwindung von räumlichen Entfernungen.¹⁹⁷ Dies umfasst ein weit gefächertes Spektrum von Anwendungen, wie beispielsweise Applikationen auf Smartphones (zum Beispiel zur Erinnerung an die tägliche Medikamenteneinnahme) oder die Übertragung von diagnostischen Bildern zur Beurteilung und Diagnosestellung an einen entfernt stationierten Arzt („Telekonsil“). Eine Telekonsultation erfolgt zwischen dem Arzt und Patienten mittels Telefon oder Videokonferenz. Des Weiteren umfasst der Begriff Telemedizin die Übertragung von physiologischen Daten (zum Beispiel Blutdruck, Blutzuckerwerte) von Patienten zu Gesundheitsdienstleistern („Telemonitoring“).

5.2 Typologie von Arzt-Patienten-Interaktionen und Dimensionen zur Beurteilung der Umsetzung von eHealth

Ein Behandlungsprozess lässt sich in drei verschiedene Typologien von Arzt-Patienten-Beziehungen unterteilen, in denen eHealth-Anwendungen eine unterschiedliche Rolle einnehmen können:¹⁹⁸

1. *Vor der Behandlung* (zum Beispiel Terminfindung, patientenbezogene elektronische Gesundheitsdaten, etwa für Notfälle oder im Sinne einer elektronischen Patientenakte als Grundlage für Anamnese).
2. *Während der Behandlung* (zum Beispiel Möglichkeiten der Fernbehandlung oder Ferndiagnostik).
3. *Nach der Behandlung* (zum Beispiel Versenden elektronischer Arztbriefe oder Rezepte).

eHealth erweitert die Möglichkeiten für Arzt-Patienten- beziehungsweise auch Arzt-Arzt-Interaktionen um einen weiteren Kommunikationskanal. Wesentlich ist dabei die Portabilität und Übertragbarkeit der patientenbezogenen Informationen und Daten, denn schon heute wird eine Vielzahl von Daten zu den einzelnen Behandlungsschritten (unter anderem Verordnungen, Überweisungen, Laborergebnisse) – teilweise elektronisch, teilweise noch auf Papier – produziert, die jedoch zwischen den Leistungserbringern und den Sektoren nur begrenzt ausgetauscht werden. Ein wesentliches Ziel von eHealth ist daher der schnelle beziehungsweise barrierefreie intra- und intersektorale Datenaustausch, um die Effizienz zu steigern und die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Der Patient ist zudem immer weniger nur ein passiver Informationsempfänger, sondern informiert sich oftmals vorab aktiv selbst – dazu tragen vor allem auch IKT-Anwendungen bei (Internet, Informationsportale etc.).¹⁹⁹ Diese Entwicklungen führen tendenziell zu einer höheren Patientensouveränität, so dass

¹⁹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn.

¹⁹⁸ Angelehnt an Duesberg et al. (2009).

¹⁹⁹ Vgl. www.aerzteblatt.de/archiv/56904/Arzt-Patient-Beziehung-im-Wandel-Eigenverantwortlich-informiert-anspruchsvoll, (Zugriff: 20.10.2014).

Patienten zunehmend Mitspracherechte bei der medizinischen Versorgung einfordern („Shared Decision Making“). In diese sich wandelnde Arzt-Patienten-Beziehung können eHealth-Anwendungen integriert werden (zum Beispiel Pflege und Ergänzung der eigenen Gesundheitsdaten, telemedizinische Anwendungen).

Um den Stand der eHealth-Anwendungen in den Vergleichsländern darzustellen, wird folgende Typologie – in Anlehnung an die unterschiedlichen Typologien der Arzt-Patienten-Interaktionen – verwendet:

- **Elektronische Gesundheitsdaten** (Nutzung vor/nach Behandlung)
 - Notfalldaten
 - Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
 - Arztbriefe und Überweisungen
 - elektronische Patientenakte
- **Telemedizin** (Nutzung zu Behandlungszwecken)
 - Konsil und Diagnostik (Arzt-Arzt)
 - Teleradiagnostik, -therapie und -monitoring (Arzt-Patient)

Für die einzelnen Kategorien werden in den Vergleichsländern die folgenden Dimensionen der bisherigen Umsetzung betrachtet:

- Zielsetzungen (zum Beispiel Patientensicherheit, Kostenreduzierung, Versorgungsqualität),
- Vollständigkeit gegen Differenzierung (Zum Beispiel: Liegt der Fokus nur auf ländliche Regionen oder auf den Gesamtstaat und gelten die Regelungen nur für ausgewählte Patientengruppen beziehungsweise Indikationen oder für alle?),
- Anreizmechanismen (zum Beispiel freiwillige gegen obligatorische Nutzung, Sanktionierbarkeit),
- Evidenz/Schätzungen zu Auswirkungen (auf Versorgungsqualität und Kosteneffizienz).

6 Status quo von eHealth in Deutschland

6.1 Stellenwert von eHealth

Die Diskussion über den Einsatz von eHealth-Technologien hat in Deutschland eine lange Tradition, in der sich über die Jahrzehnte hinweg nicht nur die Technologien, sondern auch die Terminologie gewandelt hat.

Dabei lag anfangs der Fokus mit der Teleradiologie auf einem sehr spezifischen Einsatzgebiet. Nur langsam kam es hier in der Breite zu einer Erweiterung der Anwendungsfelder, auch weil der technische Rahmen noch deutlich begrenzend wirkte. Einen deutlichen Aufschwung und eine Erweiterung erfuhr das Thema in Deutschland durch die Verfügbarkeit neuer, digitaler Technologien: Im Gesundheitswesen wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1992 die verbindliche Einführung eines elektronischen Datenaustauschs zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen zu Abrechnungszwecken gemäß § 302 SGB V gesetzlich festgeschrieben. Dieser wurde dann gestuft und für unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad nach und nach eingeführt. Sektorspezifisch wurden jeweils unterschiedliche Datenverwaltungssysteme mit einer sehr heterogenen Anbieterstruktur im Bereich der Praxisverwaltungssysteme (PVS) für niedergelassene Ärzte und einer deutlich höheren Marktkonzentration im Bereich der Krankenhausinformationssysteme (KIS) entwickelt. Für die sogenannten „sonstigen“ Leistungserbringer wie Physiotherapeuten, Hebammen oder ambulante Rehabilitationseinrichtungen sind eigenständige Systeme entstanden. Bei aller operativen Vielfalt hat sich damit in Deutschland ein relativ umfassendes System der elektronischen Leistungsdokumentation und -abrechnung entwickelt.

Der nächste Schub von eHealth-Anwendungen wurde etwa ab Ende der 1990er-Jahre durch eine ganze Reihe von Faktoren ausgelöst: Zum einen durch den enormen technologischen Fortschritt und der daraus resultierenden elektronischen Durchdringung nahezu aller Lebensbereiche (Stichwort: eBusiness, eCommerce, eProcurement, eGovernment). Dieser digitale Wandel wurde auch von der Politik aufgegriffen und industrie- und technologiepolitisch zu einem der zentralen Themen.

Zum anderen verstärkte ein konkretes medizinisches und gesundheitspolitisches Problem die Diskussion um eHealth: Anfang der 2000er-Jahre zeigten sich für ein Cholesterinsenker-Medikament²⁰⁰ tödliche Wechselwirkungen. Im Zuge der Untersuchungen wurde festgestellt, dass die betroffenen Patienten kaum Informationen über die verschriebenen Medikamente hatten und dass auch Informationen darüber, welchen Patienten welche Medikamente verschrieben worden waren, nicht schnell verfügbar waren.²⁰¹ Bereits in einem Gutachten aus dem Jahr 1997 war vorgeschlagen worden, eine Chipkarte einzuführen,

²⁰⁰ Cerivastatin (Lipobay) von Bayer.

²⁰¹ www.heise.de/newsticker/meldung/Elektronische-Gesundheitskarte-Es-begann-vor-zehn-Jahren-1318512.html, (Zugriff: 28.11.2014).

die derartige Informationen über einen Patienten speichert und damit einen schnellen, einfachen Zugriff auf wichtige Medikationsinformationen ermöglicht.²⁰²

Im Jahr 2003 wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bis zum Jahr 2005 festgeschrieben. Eine umfassende Kosten-Nutzen-Bewertung und eine Machbarkeitsstudie waren dem nicht vorausgegangen. Von Beginn an auch als technologiepolitisches Leuchtturmprojekt gesehen, wurde der zunächst recht einfache Ansatz zur Dokumentation der Medikation auf einer elektronisch lesbaren Karte hinsichtlich Erwartungen und Zielsetzungen massiv erweitert – befördert durch begleitende Initiativen der EU-Kommission (2004)²⁰³ und die erste High-Tech-Strategie der Bundesregierung (2006, Stichwort: Digitale Vernetzung).

Doch die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist seither wiederholt gescheitert. Dieses Scheitern prägt die Diskussion über eHealth in Deutschland. Sie führte angesichts der Selbstblockade der Selbstverwaltung zu wiederholten Eingriffen der Politik beziehungsweise des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Mit dem Regierungswechsel im Jahre 2009 kam es zu einem politischen Moratorium verbunden mit einer Bestandsaufnahme. Die Bundesregierung will sich in der laufenden Legislaturperiode in Form eines eHealth-Gesetzes wieder aktiv regulierend in diesen Bereich einbringen. Auch die „Digitale Agenda 2014 - 2017“ der Bundesregierung²⁰⁴ schreibt der Digitalisierung im Gesundheitswesen eine wichtige Aufgabe bei der „Bewältigung großer gesellschaftlicher Aufgaben, [wie] ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem“ zu.²⁰⁵

Doch nicht nur die technologiepolitische Dimension hat die Diskussion um den medizinischen Nutzen von eHealth-Lösungsansätzen in Deutschland deutlich überlagert; auch zwei weitere Themenkomplexe haben die Diskussion mitgeprägt:

- der Datenschutz und
- die Macht- und Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen.

Mit der Einführung des ersten deutschen Bundesdatenschutzgesetzes im Jahr 1977, spätestens aber mit dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1983 (BVerfGE 65, 1) wurde deutlich, welch hoher Stellenwert dem Datenschutz und dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung in Deutschland eingeräumt wird. Verschiedene Novellierungen, abgestützt auf eine europäische Datenschutzrichtlinie aus dem Jahr 1995 (1995/46/EG), führten zu einer Institutionalisierung des Datenschutzes in Form der Datenschutzbeauftragten auf den unterschiedlichen Ebenen. Ein besonders sensibler Bereich ist der Gesundheitssektor: Hier beginnt die Tradition des Datenschutzes schon mit dem Eid des

²⁰² http://e-glue.de/downloads/Inh_ZussFass.pdf, (Zugriff: 28.11.2014).

²⁰³ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0356&from=EN>, (Zugriff: 28.11.2014).

²⁰⁴ Im Wesentlichen getragen wird die Initiative durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, das Bundesministerium des Innern und das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur.

²⁰⁵ www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/Publikationen/digitale-agenda-2014-2017,property=pdf,bereich=bmwi,sprache=de,rwb=true.pdf, (Zugriff: 26.11.2014).

Hippokrates und ist als ärztliche Schweigepflicht im § 203 Absatz 1 Nummer 1 des Strafgesetzbuches verankert.

Im Verbund mit dem im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte favorisierten Ansatz der zentralen Datenspeicherung haben datenschutzrechtliche Bedenken in Deutschland zu erheblichen Bedenken gegenüber der elektronischen Gesundheitskarte geführt. Diese datenschutzrechtlichen Bedenken sind auch Gegenstand der Auseinandersetzungen zwischen der Ärzteschaft einerseits und den Krankenkassen auf der anderen Seite. Hier wird von ärztlicher Seite unter anderem das Argument eines ökonomisch motivierten „Missbrauchs“ von Daten zur Versicherten- und Behandlungssteuerung durch die Kassen angebracht.²⁰⁶ Aber auch die Frage, wie und von wem die Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vor allem in den Arztpraxen getragen werden sollen, prägt die Auseinandersetzung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Kosten entstehen etwa durch die Anschaffung neuer Hardware, die Anschaffung und Anpassung von Software und die Schulung der Praxismitarbeiter.

Dieses langanhaltende Tauziehen um die elektronische Gesundheitskarte hat die ganze Thematik eHealth in der fachlichen wie auch der öffentlichen Diskussion erheblich in Mitleidenschaft gezogen.

6.2 eHealth-Struktur

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im Vergleich zu den meisten anderen Politikfeldern durch eine besonders komplexe Governance-Struktur aus. Es handelt sich um ein stark korporatistisch geprägtes System der Selbstverwaltung, in dem die relevanten Verbände der Leistungserbringer wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften einerseits und die Verbände der Krankenkassen andererseits in gemeinsamen Institutionen kollektivvertragliche Regelungen zur Steuerung des Gesundheitswesens treffen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss hat diese Selbstverwaltung ihre höchste institutionelle Struktur gefunden; die Grundkonstellation findet sich aber auch in vielen anderen Institutionen des Gesundheitswesens und auf anderen Ebenen wieder. Der Staat hat weitreichende Steuerungsaufgaben an die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen abgegeben.

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass dieses Governance-Modell auch auf die elektronische Gesundheitskarte und das Thema eHealth übertragen wurde. Nachdem sich die Selbstverwaltung im Jahr 2002 grundsätzlich auf die Etablierung einer einheitlichen IT-Struktur geeinigt hatte, wurde zunächst im Jahr 2003 das Konsortium bit4Health (SAP, InterComponentWare, Orga Kartensysteme und Fraunhofer-Institut Arbeitswirtschaft) mit der Erstellung eines technischen Grundkonzepts²⁰⁷ für dieses „politische Leuchtturmprojekt“ beauftragt. Ab dem Jahr 2005 wurde dann aber von der Selbstverwaltung basierend

²⁰⁶ Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die ambulante ärztliche Versorgung im Gegensatz zur Versorgung der Patienten mit Krankenhausleistungen bisher deutlich weitgehender einer Transparenz des Versorgungsgeschehens und der Behandlungsergebnisse entzogen hat.

²⁰⁷ <http://www.dkgev.de/pdf/467.pdf>, (Zugriff 28.11.2014).

auf der Grundlage von § 291b SGB V die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) gegründet. Als Gesellschafter fungieren:

- Bundesärztekammer,
- Bundeszahnärztekammer,
- DAV – Deutscher Apothekerverband,
- Deutsche Krankenhausgesellschaft,
- GKV-Spitzenverband,
- Kassenärztliche Bundesvereinigung,
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Wesentliche Entscheidungen werden in einem Fachausschuss beraten, der sich wiederum aus Vertretern der Gesellschafter zusammensetzt. Vertreter der Politik, der Wissenschaft, der Industrie und der Patienten und weiterer Gruppen sind in einem Beirat organisiert, der die gematik in fachlichen Belangen von grundlegender Bedeutung beraten soll. Dem Bundesministerium für Gesundheit obliegt zudem noch die Rechtsaufsicht über die gematik.

Die Aufgaben der gematik sind ebenfalls gesetzlich festgeschrieben. Gemäß § 291a SGB V soll sie im Hinblick auf die elektronische Gesundheitskarte und deren ursprünglich für das Jahr 2006 vorgesehene Einführung

- die technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts erstellen,
- Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festlegen,
- die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherstellen sowie
- die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur zulassen.

Wie sich in der Folgezeit zeigen sollte, war die gematik mit dieser Aufgabe deutlich überfordert, nicht zuletzt deswegen, weil sich die Gesellschafter in wesentlichen Fragen nicht einigen konnten. Darum griff das Bundesgesundheitsministerium wiederholt ein. Nach dem Scheitern des Feldtests verhängte der zuständige damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler im Jahr 2009 ein Moratorium über das Projekt und forderte eine Bestandsaufnahme. Als eine Folge wurde die interne Struktur der gematik reorganisiert: Um die Verantwortlichkeiten für einzelne Teilprojekte der elektronischen Gesundheitskarte klarer zu regeln, Blockaden zu vermeiden und Entscheidungsprozesse zu beschleunigen, wurde mit einem sogenannten Projektleitermodell die Verantwortung für die Teilprojekte jeweils auf einen oder mehrere Gesellschafter übertragen. Damit übernehmen formell die Leistungserbringer jeweils die alleinige Verantwortung für die medizinischen Anwendungen und die Kostenträger die alleinige Verantwortung für die administrativen Anwendungen (Tabelle 1). Die Kompetenzen der gematik selbst wurden damit deutlich eingeschränkt. Als weitere Maßnahme zur künftigen Vermeidung von Entscheidungsblockaden wurde im Jahr 2010 eine Schlichtungsstelle etabliert.

Tabelle 1: Projekte im Rahmen der eGK und zugehörige Projektleiter

Projekt	Projekthalt	Projektleitung
Basis-IT	Basisversion der Telematikinfrastruktur	GKV-SV, KBV
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement	GKV-SV
NFDM	Notfalldatenmanagement	BÄK
KOM-LE	Kommunikation der Leistungserbringer	DKG
eFA-Migration	Zugang/Migration von Gesundheitsdatendiensten als Mehrwertdienste in die Telematikinfrastruktur (am Beispiel elektronische Fallakte)	DKG
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit, Datenmanagement	DAV

Handelsblatt Research Institute

Quelle: Gematik

Weiter kam es zu einer deutlichen Verschlankung des Systems der elektronischen Gesundheitskarte: Anstatt alle Komponenten gleichzeitig einzuführen, soll die elektronische Gesundheitskarte nun stufenweise und auf wenige Anwendungen beschränkt implementiert werden.

Und schließlich wurde der für die praktische Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte im Rahmen des Rollouts ab dem Jahr 2014 zuständigen Industrie²⁰⁸ eine deutlich größere Gesamtverantwortung („End-to-end-Verantwortung“) übertragen als beim vorangegangenen Feldtest, bei dem diese vor allem bei der gematik lag.

Diese Reformen haben die bestehenden Probleme in der Governance-Struktur zwar abgemildert, aber wohl nicht vollständig beseitigt: Auch im Jahr 2014 werfen sich die Gesellschafter gegenseitig eine Blockadepolitik vor, die den Gesetzgeber dazu veranlasst hat, bereits für Januar 2015 den Entwurf für ein sogenanntes eHealth-Gesetz anzukündigen, in dem wesentliche Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte auf dem Gesetzesweg geklärt werden sollen. Dieser Entwurf liegt mittlerweile vor.²⁰⁹

Jenseits der für die elektronische Gesundheitskarte zuständigen gematik gestalten sich die Organisationsstrukturen im eHealth-Sektor deutlich pluralistischer. Dort gibt es neben spezialisierten Fachverbänden, wie etwa der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin und dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg), auf den Bereich fokussierte Forschungszentren wie das ZTG und diverse außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, insbesondere die Fraunhofer-Institute. Außerdem gibt es Fachgruppen zu bestimmten Sachthemen wie HL7 Deutschland e. V. und nicht zuletzt übergeordnete Branchenverbände von Unternehmen der digitalen Wirtschaft wie BITKOM und den Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e. V. (ZVEI), die beide im Beirat der gematik vertreten sind.

²⁰⁸ In Bayern und Sachsen wird der Test von einem von T-Systems geleiteten Industriekonsortium durchgeführt, an dem von Seiten der Praxis-IT-Hersteller medatixx, Psyprax, iSoft und Frey sowie Open Limit SignCubes als Konnektorhersteller beteiligt sind. Im Nordwesten engagieren sich CompuGroup Medical und Booz gemeinsam mit dem Konnektorhersteller KoCo Connector. Weitere beteiligte Praxis-IT-Hersteller sind Hasomed und Psyprax.

²⁰⁹ Vgl. Referentenentwurf der Bundesregierung (2015).

6.3 Elektronische Gesundheitsdaten

Wie gezeigt, dominieren die Probleme bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland die Diskussion über den elektronischen Austausch von Gesundheitsdaten.

Elektronische Gesundheitskarte

Immerhin haben inzwischen die meisten gesetzlich Krankenversicherten die elektronische Gesundheitskarte (inklusive Foto) erhalten. Die Einführung erfolgte stufenweise ab Oktober 2011 und löste zum Jahreswechsel 2013/2014 die bisherige Krankenversichertenkarte ab. Seit Beginn des Jahres 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte.²¹⁰

Die Anwendungen für die elektronische Gesundheitskarte werden schrittweise eingeführt. Der Gesetzgeber hat dabei zwischen Pflichtanwendungen und freiwilligen Anwendungen gemäß § 291a SGB V unterschieden. Zu den Pflichtanwendungen zählen die Übermittlung der Versichertenstammdaten, die eVerordnung/das eRezept sowie die Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte. Zu den freiwilligen Anwendungen zählen: Notfalldaten, Medikationsdokumentation und Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der eArztbrief, die ePatientenakte, das elektronische Patientenfach und die elektronische Patientenquittung.

In einem ersten Schritt werden die Versichertenstammdaten (zum Beispiel Name, Geburtsdatum und Anschrift, Krankenversicherung, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus) gespeichert.²¹¹ Das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) und auch die qualifizierte elektronische Signatur (QES) für die Leistungserbringer werden dabei in ausgewählten Regionen getestet.²¹² In einem nächsten Schritt werden die Versichertenstammdaten online abgeglichen und gegebenenfalls automatisch aktualisiert, so dass der Datensatz in der Arztpraxis beziehungsweise bei der Versicherung immer aktuell ist.

Elektronische Notfalldaten

Die Speicherung eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte ist gemäß § 291a SGB V als eine freiwillige Anwendung vorgesehen, das heißt Versicherte müssen sich aktiv (opt-in) hierfür entscheiden. Im Rahmen des oben genannten Projektleitermodells der gematik ist die Bundesärztekammer mit dem Projekt Notfalldatenmanagement (NFDM) betraut.²¹³

Der Notfalldatensatz soll beispielsweise Informationen zu Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten, Schwangerschaften und Implantaten enthalten. Auch die Aufnahme des Organspendeausweises beziehungsweise des Impfstatus ist geplant.

²¹⁰ www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte/allgemeine-informationen-egk.html und www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp und https://www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/anwendungen_1.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

²¹¹ www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte/allgemeine-informationen-egk.html und www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp, (28.11.2014)

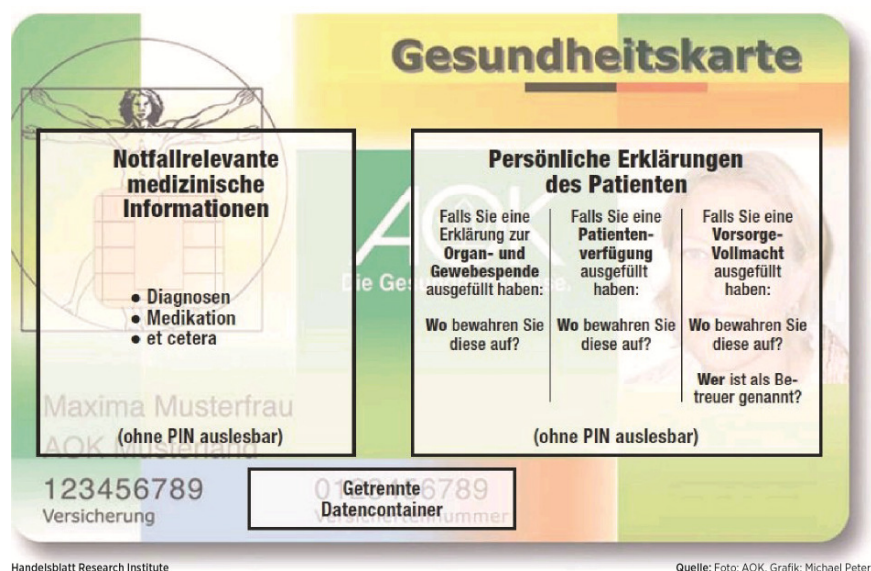
²¹² http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

²¹³ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

Ärzte und Rettungsassistenten sollen auf die Notfalldaten zugreifen dürfen, ohne dass der Versicherte eine PIN eingeben muss. Die restlichen Daten dürfen nur mit Zustimmung des Patienten ausgelesen werden.

Anders als bei den anderen Anwendungen wird der Notfalldatensatz unmittelbar in einem getrennten „Datencontainer“ auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert (Abbildung 2).

Abbildung 2: Schematische Darstellung der auf der elektronischen Gesundheitskarte enthaltenen Daten und sogenannter Datencontainer



Handelsblatt Research Institute

Quelle: Foto: AOK, Grafik: Michael Peters

Elektronischer Arztbrief

In einer nächsten Rollout-Phase soll die Funktionalität „elektronischer Arztbrief“ – eine sichere Kommunikation zwischen Leistungserbringern – eingeführt werden.²¹⁴ Der elektronische Arztbrief gehört nicht zu den Pflichtanwendungen. Versicherte können sich für die elektronische Übermittlung ihrer Arztbriefe, Befunde, Laborberichte und Überweisungsschreiben aktiv entscheiden. Gleiches gilt für die Ärzte und Psychotherapeuten, auch ihre Teilnahme ist freiwillig.²¹⁵

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vergleicht den Datenaustausch beziehungsweise den Austausch von Arztbriefen (wie auch Unterlagen anderer Leistungserbringer) mit dem technischen und administrativen Aufwand der beim Senden einer E-Mail entsteht. Durch den Einsatz des eArztbriefes sollen sich die Arbeitsabläufe der Leistungserbringer entsprechend vereinfachen. Die Übermittlung eines elektronischen Arztbriefes findet in der sicheren Telematikstruktur statt, die Praxisverwaltungsprogramme werden entsprechend angepasst.

²¹⁴ www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/vorbereitung/vorbereitung_1.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

²¹⁵ www.kbv.de/html/6526.php, (Zugriff: 28.11.2014).

Eine parallele Datenaustauschstruktur (KV-SafeNet) ermöglicht es, über den von der KBV-Tochtergesellschaft KV Telematik für Ärzte bereitgestellten sicheren Kommunikationskanal KV-Connect seit Herbst 2014 standardisierte eArztbriefe und in Zukunft auch Labordaten auszutauschen, direkt aus den jeweiligen Praxisverwaltungssystemen heraus.²¹⁶ Ein besonderer Vorteil wird dabei in der Interoperabilität der unterschiedlichen Praxisverwaltungssysteme gesehen, die einen standardisierten eArztbrief ermöglicht. Um die Umsetzung in den jeweiligen Praxissystemen sicherzustellen, muss deshalb für eine KV-Zertifizierung des Praxisverwaltungssystems die entsprechende Spezifikation KV-Connect integriert werden. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung hat der weitaus größte Teil der Softwareanbieter dies umgesetzt.

Inwiefern diese Funktionalität von KV-Connect im Rahmen von KV-SafeNet in Zukunft mit der Telematikstruktur interoperabel ist, wurde bislang noch nicht geklärt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung betont, dass KV-SafeNet interoperabel mit der bundesweiten Telematikinfrastruktur der gematik sein soll.²¹⁷ Krankenkassen kritisieren jedoch, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach wie vor an einer eigenen Netzstruktur festhalte, obwohl ein einheitliches, übergreifendes Sicherheitskonzept erforderlich sei.

Elektronische Verordnungen

Eine der Hauptbegründungen für die elektronische Gesundheitskarte war anfangs die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit: Wenn alle Ärzte einsehen können welche Medikamente ein Patient verschrieben bekommen hat, können sie unerwünschte Wechselwirkungen vermeiden. Die Dokumentation von Medikationsdaten und Arzneimittelverordnungsdaten ist für die Patienten aber freiwillig und kann selektiv freigegeben werden.²¹⁸ Die Überprüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit ist als freiwillige Anwendung vorgesehen. Der Deutsche Apothekerverband ist mit der Vorbereitung der Entwicklung dieser Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung betraut worden.²¹⁹

Im Rahmen der vollständigen Funktionalität der Telematikinfrastruktur ist vorgesehen, dass die Verordnung beziehungsweise die Ausstellung eines Rezeptes sowohl für Patienten als auch Ärzte eine verpflichtende Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte sein soll.

Elektronische Patientenakte beziehungsweise Fallakte

Anders als das eRezept ist die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte zwar auch eine Schlüsselanwendung in einem vernetzten Gesundheitssystem, sie ist aber in Deutschland als eine freiwillige Anwendung ausgelegt. Patienten müssen sich also in Zukunft für eine elektronische Patientenakte entscheiden (opt-in). Die Einführung der ePatientenakte ist in der deutschen Telematikinfrastruktur in künftigen Ausbaustufen geplant, bisher aber noch nicht terminiert.²²⁰ Auf Wunsch des Patienten spei-

²¹⁶ http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/gesundheitskarte/article/868902/kv-connect-e-arztbrief-jetzt-direkt-praxis-edv-versenden.html und www.kbv.de/media/sp/SafeNetFlyer_Webversion.pdf, (Zugriff: 28.11.2014).

²¹⁷ www.kbv.de/html/sicheres_netz.php, (Zugriff: 28.11.2014).

²¹⁸ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

²¹⁹ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

²²⁰ www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp und www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/vorbereitung/vorbereitung_1.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

chert die ePatientenakte die Anamnese, Diagnosen, Therapien, Laborbefunde, Operationsberichte sowie Röntgenbilder.

Die ePatientenakte kann von einem Arzt, vom Krankenhaus oder vom Patienten selbst geführt werden, der Patient entscheidet hierbei über die gespeicherten Daten und kann diese gegebenenfalls auch wieder löschen beziehungsweise löschen lassen.²²¹ Demnach stehen dem Arzt also möglicherweise nicht alle notwendigen Informationen zur Verfügung.

Vorgesehen ist deswegen auch eine elektronische Fallakte (eFA): Eine fallbezogene einrichtungsübergreifende Behandlungsdokumentation, die eine sektorenübergreifende Behandlung vereinfachen und die Versorgungsqualität verbessern soll.²²² Bei einer komplexeren Therapie und Behandlung können mehrere Einrichtungen oder Ärzte beteiligt sein. Eine gemeinsame fallbezogene Akte kann die Behandlung des Patienten verbessern, indem alle beteiligten Leistungserbringer sich einen Überblick über den Behandlungsverlauf (zum Beispiel Arztbriefe, OP-Berichte, Verordnungen, Therapiepläne, Bilddaten) verschaffen können. Mit Zustimmung des Patienten soll es dem Arzt möglich sein, eine diagnosebezogene, einrichtungsübergreifende Fallakte anzulegen, mit der wichtige Patienten- und Therapieinformationen und Dokumente anderen berechtigten Nutzern zugänglich gemacht werden können.²²³

Allerdings ist die elektronische Fallakte kein eigenständiges Teilprojekt der gematik mehr, sondern unter dem Projektnamen eFA-Migration ein erstes Beispiel dafür, wie schon bestehende oder parallel zur elektronischen Gesundheitskarte in Entwicklung befindliche Telematiklösungen in die technische Infrastruktur eingebunden werden können.²²⁴ Im Fall der elektronischen Fallakte kann dabei auf ein breites Spektrum von erprobten Lösungen ebenso zurückgegriffen werden wie auf eine gut etablierte Organisationsstruktur zur Entwicklung und Vereinheitlichung von Standards.²²⁵

6.4 Telemedizin

Anders als der elektronische Datenaustausch kann die Telemedizin – schon aufgrund ihrer größeren begrifflichen Offenheit – auf eine viel längere Tradition in Deutschland zurückblicken: Angefangen mit dem ersten Telefon oder Telegrafen, mit dem ein Arzt mit dem Patienten kommunizierte, entwickelten sich für Sonderfälle wie die medizinische Versorgung auf Schiffen und Forschungsexpeditionen Methoden telemetrischer Datenübertragung zur Gesundheitsüberwachung und Therapieunterstützung. In den 1960er-Jahren gab es in Deutschland dann erste Ansätze der Teleradiologie. Einen besonderen Schub erhielt die

²²¹ www.efa.fraunhofer.de/de/EFA-FAQ-haefig-gestellte-Fragen/was-unterscheidet-die-fallakte-von-einer-patientenakte-.html (Zugriff: 28.11.2014); Diese Funktionen gibt es bislang noch nicht und daher sind die genauen Details noch nicht bekannt und es wurde hierzu noch nichts beschlossen. Die ePatientenakte liegt noch in ferner Zukunft.

²²² www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_datenaustausch/egk/egk.jsp und www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/vorbereitung/vorbereitung_1.jsp, (Zugriff: 28.11.2014).

²²³ www.efa.fraunhofer.de/de/EFA-FAQ-haefig-gestellte-Fragen/was-unterscheidet-die-fallakte-von-einer-patientenakte-.html (Zugriff: 28.11.2014).

²²⁴ Vgl. dazu <http://www.fallakte.de>.

²²⁵ Vgl. dazu zum Beispiel den Verein elektronische FallAkte e.V. unter <http://www.fallakte.de/verein>.

Telematik durch die elektronische Übermittlung von CT- und Röntgenbildern zwischen den Krankenhäusern der Bundeswehr,²²⁶ die seitdem in breitem Umfang an der Entwicklung von telemedizinischen Anwendungen arbeitet, um eine qualifizierte medizinische Versorgung auch in Einsatzgebieten sicherzustellen.²²⁷

Inhaltlich können bei der Telemedizin zwei wesentliche Bereiche unterschieden werden, die bisher eine größere Verbreitung in der Praxis gefunden haben:

- Health Monitoring
- Telekonsil

Das Health Monitoring kommt vor allem in der Überwachung chronisch kranker Menschen und in der Überwachung von Patienten in der post-operativen Phase zum Einsatz. In Praxisprojekten schon erprobte Beispiele sind das Monitoring von Patienten mit einer Herzinsuffizienz²²⁸ oder Diabetes.²²⁹

Das Instrument des Telekonsils wird vor allem in der Schlaganfalldiagnostik eingesetzt, wenn es um die Beurteilung von CT- oder MRT-Aufnahmen durch dafür besonders qualifizierte Fachärzte geht. Ein frühes Beispielprojekt dafür ist TEMPiS (Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region-Süd-Ost-Bayern; www.tempis.de), das als Pilotprojekt im Jahr 2003 begann und Ende des Jahres 2005 von den bayerischen Krankenkassen in die Regelversorgung übernommen wurde.²³⁰

Warum die Telemedizin bisher noch keine größere Rolle im deutschen Gesundheitssystem spielt, lässt sich auf ein Bündel von Faktoren zurückführen, darunter

- unklare rechtliche Rahmenbedingungen,
- unklare Vergütungsregelungen,
- kein Bedarf und
- mangelnde wissenschaftliche Evidenz.

Die Verbreitung von telemedizinischen Ansätzen wird teilweise durch unklare rechtliche Rahmenbedingungen behindert. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, inwieweit das in § 7 Absatz 4 der Musterberufsordnung der Ärzte festgelegte Fernbehandlungsverbot einer telemedizinischen Versorgung von Patienten entgegensteht; dort heißt es:

„(4) Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfah-

²²⁶ Gegebenenfalls aber auch zwischen einer Röntgenstation und einem Krankenhaus (im Feldlazarett).

²²⁷ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/35175/Telemedizin-im-Sanitaetsdienst-der-Bundeswehr-Das-Ziel-ist-ein-Telematikverbund>, (Zugriff: 17.12.2014).

²²⁸ http://www.sowi.rub.de/mam/content/heinze/heinze/masterarbeit_maja_hirth.pdf, (Zugriff: 17.12.2014).

²²⁹ <http://www.aerzteblatt.de/archiv/109438/Telemedizin-hilft-Patienten-mit-Diabetes-mellitus>, (Zugriff: 17.12.2014).

²³⁰ <http://www.tempis.de/index.php/netzwerk-entwicklung.html>, (Zugriff: 17.12.2014). Vergleichbare Netzwerke existieren aber auch in mehreren anderen Regionen Deutschlands.

ren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“

Um bezüglich der telemedizinischen Verfahren mehr Klarheit zu schaffen, wurde in die Musterberufsordnung im Jahr 2011 ausdrücklich der Passus zu den telemedizinischen Verfahren aufgenommen. Grundsätzlich wird mittlerweile davon ausgegangen, dass eine telemedizinische Versorgung zulässig ist, wenn der behandelnde Arzt den Patienten zumindest einmal persönlich untersucht hat, um dann die Behandlung telemedizinisch fortzuführen. Auch der Fall eines Telekonsils ist vor diesem Hintergrund als unproblematisch zu betrachten, da ja die Betreuung vor Ort immer durch einen Arzt erfolgt.

Als weiteres Hindernis für die Verbreitung telemedizinischer Versorgungsansätze werden die unklaren Vergütungsbedingungen angesehen. Während dies im Krankenhausbereich vor allem bei den verbreiteten Telekonsilen in der Schlaganfallversorgung mittlerweile grundsätzlich möglich ist, zum Beispiel über Zentrumszuschläge nach § 5 Absatz 3 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nummer 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), werden die Möglichkeiten im vertragsärztlichen Bereich noch als unzureichend angesehen: Dort gibt es bisher lediglich zwei EBM-Ziffern (40870, 40872), über die Ärzte Hausbesuche mit telemedizinischer Unterstützung durch speziell weitergebildete Fachangestellte abrechnen können. Häufig erfolgt die Finanzierung aber auch noch im Rahmen einer öffentlichen Projektförderung oder aufgrund von speziellen Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.

Als dritte Hürde wird häufig die noch unzureichende Evidenz bezüglich des Nutzens telemedizinischer Leistungen angesehen, die dazu führt, dass die Kostenträger die Vergütung ablehnen. Allerdings hat sich zum einen auch hier die Situation in den letzten Jahren verbessert²³¹; zum anderen ist dies nicht nur ein spezifisches Problem der Telemedizin, sondern auch das generelle Problem einer noch unzureichend ausgeprägten Studienkultur im Bereich der Medizintechnik und der Versorgungsforschung.

²³¹ Vgl. zum Beispiel die Evidenz zu TEMPiS unter <http://www.tempis.de/index.php/publikationen.html?25a99fb6f5cd3a21c61698db179a5bfa=148ad7bc520da6c89bc8fa0c0db1f099>, (Zugriff: 17.12.2014) sowie die Evidenz zu einem telemedizinischen Monitoring von Patienten mit einer Herzinsuffizienz unter <http://www.kardiologie.org/telemedizinische-versorgung-kosteneffektiv-auf-dem-land/42184>, (Zugriff: 17.12.2014).

7 Internationaler Ländervergleich

7.1 Dänemark

Die Breitbanddurchdringung ist in Dänemark EU-weit am höchsten; rund 95 Prozent der dänischen Bevölkerung haben Zugang zum Internet.²³² Das ist ein Grund dafür, dass der Ausbau der IT-Infrastruktur im dänischen Gesundheitswesen so weit fortgeschritten ist. Alle Gesundheitseinrichtungen und Hausärzte²³³ sind an das Danish Health Data Network (DHDN) angeschlossen.²³⁴ Einer der Hauptgründe für die starke Verbreitung von eHealth-Anwendungen ist der ausgeprägte Stellenwert, den die Entwicklung und Umsetzung von IT-Infrastrukturen im dänischen Gesundheitswesen und in sonstigen öffentlichen Einrichtungen einnimmt.

7.1.1 Stellenwert von eHealth

Dänemarks eHealth-System ist sehr weit entwickelt und umfassend. Seit dem Jahr 1996, mit dem Danish Action Plan for EHR, wird eine konsequente eHealth-Strategie verfolgt. Der erste Aktionsplan mit einer eHealth-Strategie verfolgte eine dezentralisierte Herangehensweise und die Umsetzung einzelner Pilotprojekte. Der vom Gesundheitsministerium koordinierte Aktionsplan basierte auf unterschiedlichen Nutzergruppenanalysen unter Einbezug von im Gesundheitswesen tätigem Fachpersonal, IT-Anbietern und Gesundheitsinformationsspezialisten. Die resultierenden Empfehlungen zur Implementierung einer elektronischen Gesundheitsakte (EHR) bezogen sich auf Standards, Sicherheit, Organisation und Information.

Die anfänglich dezentralisierte Herangehensweise in der Umsetzung wurde mit der National Strategy for IT in the Hospital Sector 2000 - 2002 durch ein stärker übergreifend koordiniertes Vorgehen abgelöst. Ging es in dieser zweiten eHealth-Strategie vor allem darum, die Notwendigkeit von IT-Systemen – unter anderem zur Erhöhung der Qualität der Gesundheitsdaten, der Nutzerakzeptanz und der Effizienz des Ressourceneinsatzes – zu betonen, verfolgte die anschließende National IT Strategy for the Danish Health Care System 2003 - 2007 das Ziel, eine gemeinsame Plattform zum nahtlosen Informationsaustausch zu kreieren.

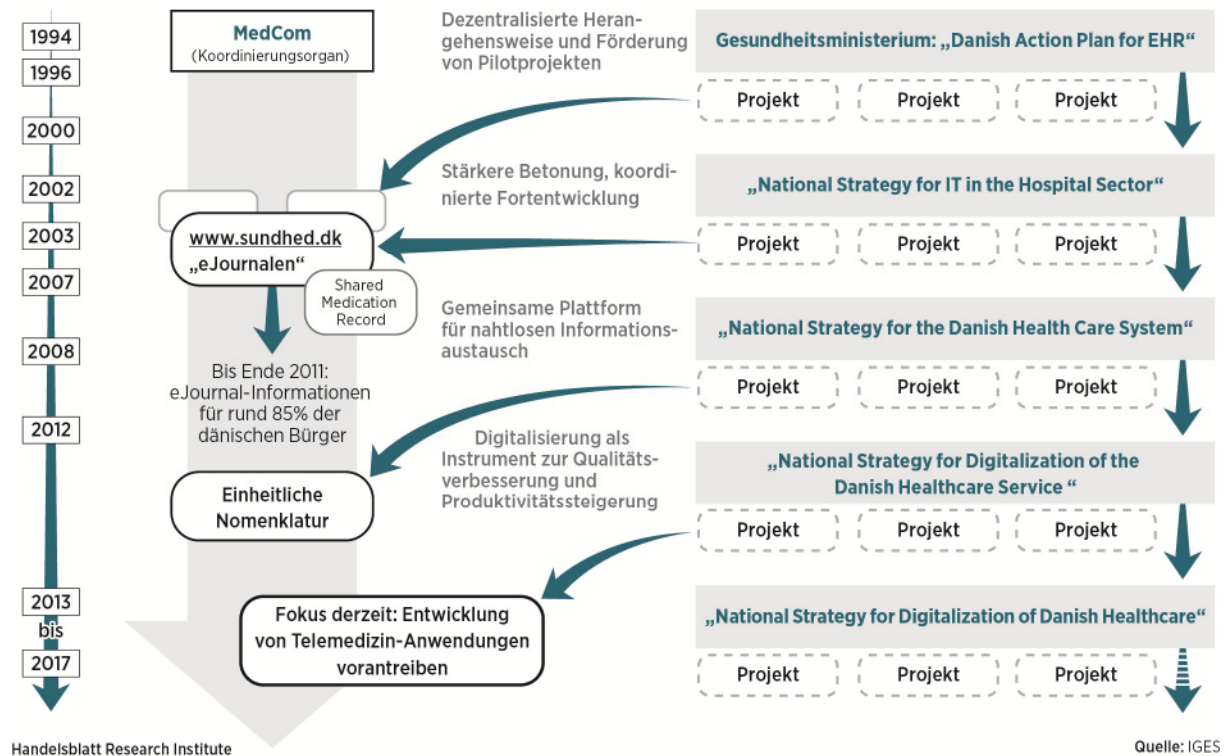
Die eHealth-Strategie National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Service (2008 - 2012) umfasste unterschiedliche Projekte und Aktionspläne. Grundsätzliches Ziel war es, die Digitalisierung als Instrument für das Personal zur Qualitätsverbesserung und Produktivitätserhöhung einzusetzen, Verbesserung des Service und Inklusion von Bürgern und Patienten zu bewerkstelligen sowie eine verstärkte Kooperation zur Schaffung einer digitalen Konnektivität im dänischen Gesundheitswesen zu schaffen.

²³² www.sundhed.dk/content/cms/5/3405_it-brings-the-danish-health-sector-together.pdf, (Zugriff: 28.8.2014).

²³³ Grundsätzlich sind auch ambulant tätige Fachärzte mit eingeschlossen, allerdings praktiziert in Dänemark der Großteil der Fachärzte nur im stationären Sektor.

²³⁴ Das Danish Health Data Network ist – ähnlich wie die geplante Telematikinfrastruktur – ein sicheres, geschlossenes digitales Netzwerk für den gesamten Gesundheitssektor. (www.sum.dk/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.aspxThe Danish Health Data Network, (Zugriff: 19.11.2014)).

Abbildung 3: Schematische Darstellung des dänischen eHealth-Entwicklungspfad



Die aktuelle eHealth-Strategie – National Strategy for Digitalisation of the Danish Health Care Sector 2013 - 2017²³⁵ – sieht in der Digitalisierung den Schlüssel zu einer stärker bürgerzentrierten Gesundheitsversorgung. Um diese erfolgreich umzusetzen, soll gleichzeitig die sektorenübergreifende Kooperation weiter vorangetrieben werden. Die aktuell geltende Digitalisierungsstrategie weist fünf Bereiche auf, die besonders im Fokus stehen:

- neue Versorgungsstrategien,
- digitale Workflows und Prozesse,
- kohärente Patientenbehandlungspfade,
- verbesserte Nutzung der Daten und
- Steuerung.

Eine wichtige Rolle wird folgenden Punkten zugeschrieben:

- Einsatz innovativer Versorgungsmethoden (unter anderem telemedizinische Anwendung, Nutzung der Bürgerdaten, Stärkung des Patientenselbstmanagements),

²³⁵ Making eHealth work. National Strategy for Digitalisation of the Danish Health Care Sector 2013 – 2017, www.ssi.dk/-/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NationalSundhedsIt/Om%20NSI/Strategy2013-17.ashx, (Zugriff: 1.9.2014).

- Schaffung zusätzlicher personeller und struktureller Ressourcen durch den effizienteren Einsatz von eHealth-Ansätzen (stabile IT-Systeme, generierte Daten sollen vermehrt für Qualitätsvergleiche genutzt werden, Effizienzen im Versorgungsalltag heben),
- deutlichere Herausstellung der Vorteile der Digitalisierung (Entwicklung von Indikatoren für den digitalen Workflow).

Die Einführung und Adaption von IT-Anwendungen und -Konzepten war in den letzten knapp 20 Jahren ein prioritäres Ziel der dänischen Gesundheitspolitik. Ausgehend von einer sehr umfangreichen IT-Infrastruktur zielt die dänische Regierung darauf ab, Patienten- und Gesundheitsdaten noch stärker zu integrieren und deren Nutzung zu optimieren. Der Zugang und die Nutzung wurden und werden konsequent weiterentwickelt, um das gesamte Gesundheitswesen zu digitalisieren.

7.1.2 eHealth-Strukturen

Im dänischen Gesundheitswesen dominieren zwei eHealth-Plattformen: **MedCom** (unter anderem verantwortlich für das Danish Health Data Network) für den Daten- und Nachrichtenaustausch und **Sundhed.dk** als Zugangs- und Informationsportal zum Gesundheitswesen für Patienten, Versicherte sowie Leistungserbringer.

Die im Jahr 1994 gegründete MedCom²³⁶ ist eine öffentlich finanzierte, nicht gewinnorientierte Organisation, die die Kooperation verschiedener Regierungsebenen, Behörden, Organisationen und Privatanbieter im Gesundheitswesen vorantreibt und überwacht. Die MedCom agiert an den Schnittstellen zwischen Sektoren, Ebenen und sonstigen involvierten Akteuren. Aufgabe von MedCom ist die Unterstützung der Entwicklung, Erprobung, Verbreitung und Qualitätssicherung der elektronischen Kommunikation vornehmlich aus dem Patientenblickwinkel.²³⁷ Das von der MedCom entwickelte und aufgebaute nationale Netzwerk (DHDN) sorgt beispielsweise dafür, dass die von den niedergelassenen Primärärzten genutzten elektronischen Patientenakten und Dokumentationssysteme beziehungsweise die darin enthaltenen Daten elektronisch mit anderen Fachärzten, Krankenhäusern, Laboren, Apotheken oder anderen Leistungserbringern und Anbietern ausgetauscht werden können.²³⁸

Das seit dem Jahr 2005 bestehende Portal Sundhed.dk stellt den Zugang zu Informationen für Einwohner, Patienten und Leistungserbringer im Gesundheitswesen her. Dem Patienten ermöglicht das Portal den Zugang zu den persönlichen Gesundheitsdaten, die Vereinbarung von Arztterminen und die Beantragung von Rezeptverlängerungen, ohne mit dem Hausarzt direkt zu kommunizieren. Auch bietet das Portal Informationen zu Krankenhauswartezeiten, Patientenbewertungen, Qualitätsinformationen und

²³⁶ www.medcom.dk, (Zugriff: 28.8.2014).

²³⁷ "MedCom is continued based on the politically established goals and milestones concerning cross-sectorial communication and with a precise role as operating organisation. MedCom solves problems with a focus to support efficient performance and a gradual expansion of the national eHealth infrastructure, which is necessary for a safe and coherent access to relevant data and communication across regions, municipalities, and general practitioners". (www.medcom.dk, Zugriff: 28.8.2014).

²³⁸ www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Nov/1565_Gray_electronic_med_records_meaningful_use_intl_brief.pdf, (Zugriff: 1.9.2014).

dem Service in Krankenhäusern an. Des Weiteren sind auf dem Webportal Patientenvertretungen zum Austausch und für krankheitsspezifische Informationen gebündelt erreichbar.

Für Leistungserbringer bietet das Portal die Möglichkeit, Patientendaten abzurufen, zusätzlich zu den in der leistungserbringerspezifischen Patientenakte verfügbaren Informationen (Zugang zu „eJournalen“ und zum Shared Medication Record). Dabei wird jeder Abruf durch Leistungserbringer dokumentiert und registriert. Zusätzlich bietet Sundhed.dk den Leistungserbringern ein elektronisches Handbuch für Ärzte an, welches eine umfassende Zusammenstellung von Gesundheitsartikeln, Leitlinien, Aufklärungsmaterialien und vieles mehr beinhaltet.

Die Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung der eHealth-Anwendungen ist in Dänemark ein zentrales Merkmal der Gesundheitspolitik und genießt Priorität. Nichtsdestotrotz stößt die dänische Regierung auch auf einzelne Herausforderungen und Hürden, die eine schnelle Umsetzung behindern. Ein Problem, welches in jüngster Zeit mit der intersektoralen Digitalisierungsstrategie zutage tritt, sind die unterschiedlichen Dokumentations- beziehungsweise Kodiersysteme im ambulanten und stationären Sektor.²³⁹ Die Herstellung einer einheitlichen nationalen Terminologie ist mit hohen Kosten verbunden. Die aktuelle Digitalisierungsstrategie sieht vor, dass eine national einheitliche Terminologie bis Jahresende 2017 in allen Kommunen umgesetzt ist.

7.1.3 Elektronische Gesundheitsdaten

Ein großer Teil der Kommunikation und des Datenaustausches findet im dänischen Gesundheitswesen digital statt (Tabelle 2). In Dänemark ist auch der überwiegende Anteil der intersektoralen und über Versorgungsstufen hinweg stattfindenden Kommunikation digital. Fast sämtliche Überweisungen, Laboranforderungen und Laborergebnisse im ambulanten Bereich sowie Meldungen über Krankenhausaufnahmen und -entlassungen erfolgen bereits auf elektronischem Wege.

²³⁹ www.oecd.org/els/health-systems/Strengthening-Health-Information-Infrastructure_Preliminary-version_2April2013.pdf, (Zugriff: 1.9.2014).

Tabelle 2: Anteile verschiedener Arten des digitalen Datenaustausches in Dänemark im Jahr 2012, in Prozent

Projekt	Prozent digital
Entlassungsbrief vom Krankenhaus an den Hausarzt	 99
Überweisungen vom Hausarzt ins Krankenhaus	 81
Laborergebnisse vom Labor an den Hausarzt	 99
Laboranforderungen vom Hausarzt an das Labor	 99
e-Rezepte vom Hausarzt an die Apotheke	 85
Vergütung von Hausärzten durch staatliche Krankenversicherung	 99
Meldung von Aufnahmen/Entlassungen von Krankenhäusern an Kommunen	 98
Rehabilitationskonzept von Krankenhaus an Kommunen	 80

Handelsblatt Research Institute

Quelle: Danish Ministry of Health (2012)

Notfalldaten

Im Rahmen der nationalen elektronischen Patientenakte („eJournalen“) sind Notfalldaten abrufbar. Leistungserbringer können diese via Sundhed.dk abrufen. Informationen sind unter anderem – neben Diagnosen, Therapien und Medikamentendaten – Daten zu Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten, dem Organspendestatus und zur Patientenverfügung.²⁴⁰ Gemäß der dänischen Regierung sollten bis zum Jahresende 2013 alle Leistungserbringer (Krankenhäuser, Haus- und Fachärzte sowie Kommunen) technisch in der Lage sein, Daten über das zentrale Portal Sundhed.dk abzurufen.²⁴¹

eRezepte – Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Der überwiegende Anteil (85 Prozent) aller Rezepte und Verordnungen wird elektronisch abgerufen. Der Hausarzt beziehungsweise der Facharzt übermittelt das eRezept via MedCom-Netzwerk an eine zentrale Rezeptdatenstelle. Sämtliche Apotheken haben hierauf elektronisch Zugriff. Mit der persönlichen Identifikationsnummer erfolgt die Ausgabe des verschriebenen Arzneimittels an den Patienten. Die Rezepte und Verschreibungen werden auf nationaler Ebene zentral patientenbezogen gespeichert. Bei jeder Verschreibung durch einen Leistungserbringer wird dieser bei potenziellen Arzneimittelinteraktionen und Wechselwirkungen entsprechend gewarnt (Shared Medication Record). Gemäß den Zielen der Digitalisierungsstrategie (National Strategy for Digitalisation of the Danish Healthcare Sector 2013 - 2017) soll diese bis zum Jahresende 2014 in allen Kommunen umgesetzt und bis zur Jahresmitte 2015 in vollem Betrieb sein.

²⁴⁰ Daten zu Organspendestatus und Patientenverfügung sind freiwillige Angaben des Patienten und müssen von diesem aktiv in das „eJournalen“I eingepflegt werden.

²⁴¹ www.ssi.dk/-/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NationalSundhedsIt/Om%20NSI/Strategy2013-17.ashx und www.sundhed.dk, (Zugriff: 4.9.2014).

Elektronische Arztbriefe

Auch der überwiegende Anteil der Arztbriefe, Überweisungen oder Krankenhauseinweisungen und Krankenhausentlassungen ist elektronisch organisiert. Die Leistungserbringer nutzen keine einheitliche Praxissoftware, jedoch ist die Kompatibilität der unterschiedlichen Software-Varianten gegeben, so dass eine systemübergreifende Kommunikation möglich ist.^{242, 243} Es existieren gegenwärtig ungefähr 15 unterschiedliche elektronische Praxis- beziehungsweise Patientenaktensysteme, mit denen die niedergelassenen Ärzte via einem offenen beziehungsweise einem geschlossenen Netzwerk (Danish Health Data Network) kommunizieren und Daten austauschen. Die gesamte Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Laboren, Apotheken sowie Physiotherapeuten, Pflegeheimen oder Kommunalverwaltungen ist elektronisch möglich – und erfolgt zu einem weitaus überwiegenden Anteil auch über diesen Kommunikationsweg.²⁴⁴

Elektronische Patientenakte („eJournalen“)

Sowohl für den stationären Sektor als auch für die Hausärzte (seit April 2013) ist die Nutzung einer **elektronischen Patientenakte** beziehungsweise der entsprechend zertifizierten Praxissoftware gesetzlich vorgeschrieben.²⁴⁵ Die MedCom fungiert dabei als Datenintegrator, indem sie für Interoperabilitätsanforderungen verantwortlich ist. Trotz der hohen Verbreitung der Patientenakte gibt es hier noch Probleme. Generell gilt: Patientendaten aus der Hausarztpraxis werden in einer elektronischen Patientenakte gespeichert, welche beim Hausarzt als Datenrepositorium fungiert. Auf dieses Datenrepositorium greift auch das sogenannte „eJournalen“ (siehe unten) zu, wenn Informationen zu einem spezifischen Patienten abgerufen werden. Zudem verfügt ein Teil der Hausärzte bereits über fortgeschrittenere Praxissysteme, welche den Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern ermöglichen. Über sichere Verbindungen zum Danish Health Data Network²⁴⁶ können patientenbezogene Daten mit anderen Leistungserbringern ausgetauscht beziehungsweise von diesen in einem standardisierten Format „gelesen“ werden.²⁴⁷

In jüngster Vergangenheit wurde ein sogenanntes „**eJournalen**“ entwickelt beziehungsweise pilotiert. Mit diesem „eJournalen“ soll sowohl Patienten als auch Leistungserbringern der Zugang zu digital gespeicherten Informationen über Diagnosen, Therapien und anderen Informationen sämtlicher Patientenakten der öffentlichen Krankenhäuser (und in einer Weiterentwicklung auch der Leistungserbringer) ermöglicht werden. Etwa 30 bis 40 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser bieten weitere Informationen wie Arzneimittelgaben und Laborergebnisse an (Stand April 2012).²⁴⁸ Krankenhausmitarbeiter erhalten

²⁴² Die Gewährleistung der Kompatibilität gehört zu den primären Aufgaben von MedCom.

²⁴³ www.reforminghealthcare.eu/economist-report/some-roads-ahead-innovative-approaches-in-five-west-european-countries/denmark-electronic-patient-records, (Zugriff: 1.9.2014).

²⁴⁴ www.oecd.org/els/health-systems/Strengthening-Health-Information-Infrastructure_Preliminary-version_2April2013.pdf, (Zugriff: 1.9.2014).

²⁴⁵ www.oecd.org/els/health-systems/Strengthening-Health-Information-Infrastructure_Preliminary-version_2April2013.pdf, (Zugriff: 1.9.2014).

²⁴⁶ Ähnlich der geplanten deutschen Telematikinfrastruktur.

²⁴⁷ www.reforminghealthcare.eu/economist-report/some-roads-ahead-innovative-approaches-in-five-west-european-countries/denmark-electronic-patient-records, (Zugriff: 1.9.2014).

²⁴⁸ www.sum.dk/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2012/Sundheds-IT/Sundheds_IT_juni_web.ashx, (Zugriff: 1.9.2014).

direkt über die im Krankenhaus genutzten elektronischen Patientenakten beziehungsweise deren Krankenhausinformationssystem Zugang zu patientenbezogenen Informationen im „eJournalen“. Niedergelassene Ärzte und auch Patienten erreichen diese Patienteninformationen über das Portal Sundhed.dk. Laut Angaben des dänischen Gesundheitsministeriums konnten bis zum Jahresende 2011 mit Hilfe von „eJournalen“ Informationen zu rund 85 Prozent der dänischen Bevölkerung abgerufen werden.

Der Datenzugang beziehungsweise die Detailliertheit der Daten des „eJournalen“ ist regional unterschiedlich schnell ausgebaut worden. Seit der Einführung im Jahr 2007 haben sich die verfügbaren Patienteninformationen und Datensätze jedoch kontinuierlich weiterentwickelt. Vorteile werden vor allem in der steigenden Patientensicherheit und verbesserten Behandlung gesehen. Der umfassendere (und objektivere) Zugang zur medizinischen Historie eines Patienten bietet den Leistungserbringern eine breitere Entscheidungsgrundlage für die Behandlung und Therapie eines Patienten an. Hervorgehoben wird hierbei nicht nur, dass die intersektorale Kommunikation dadurch verbessert werden kann, sondern beispielsweise auch die intrasektorale Kommunikation (innerhalb eines Krankenhauses – zwischen Fachabteilungen) deutlich verbessert wird. Auch fördert „eJournalen“ die Transparenz im Gesundheitswesen, indem Patienten schnell und unbürokratisch Zugang zu ihren Patientendaten gebündelt über eine Plattform (Sundhed.dk) abrufen können. Die Digitalisierungsstrategie sieht vor, dass die Kommunikation bei sämtlichen Leistungsanbietern bis zum Jahresende 2014 digital stattfindet.

Der Aufbau der sektoren-, regionen- und systemübergreifenden Datenbasis beruht dabei auf dem Konzept, die Daten nicht zentralisiert, aber vollständig zu erfassen. Das als lernendes System konzipierte „eJournalen“ ermöglicht:

- dass Leistungserbringer auf Patientendaten anderer Leistungserbringer zugreifen,
- den elektronischen Datenaustausch (unter anderem als Arztbrief) und
- den Abruf von Patienten- und Gesundheitsdaten auf einer Bedarfsbasis.²⁴⁹

Elektronische Gesundheitskarte

In Dänemark wird keine elektronische Gesundheitskarte genutzt. Alle Bürger Dänemarks erhalten ab Geburt eine persönliche Identifikationsnummer. Diese, in Kombination mit einer softwarebasierten digitalen Signatur, wird, anstatt einer hardwarebasierten Chipkarte, zur Identifikation und für die Zugangsberechtigung genutzt.

7.1.4 Telemedizin

In der aktuellen dänischen eHealth-Strategie liegt ein Fokus auf dem Bereich der Telemedizin beziehungsweise dem Einsatz innovativer Versorgungsinstrumente. Eines der kurzfristigen Ziele ist die Verbreitung telemedizinischer Anwendungen. Die dänische Gesundheitspolitik verspricht sich hiervon weni-

²⁴⁹ www.ssi.dk/-/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NationalSundhedsIt/Om%20NSI/Strategy2013-17.ashx und www.sundhed.dk, (Zugriff: 4.9.2014).

ger Facharztbesuche, eine geringere Anzahl von Krankenhauseinweisungen und schnellere Krankenhausentlassungen. Im Rahmen des National Action Plan sollen in den nächsten Jahren die Rahmenbedingungen für eine nationale telemedizinische Infrastruktur entwickelt und umgesetzt werden. Ein Fokus der aktuellen dänischen eHealth-Strategie ist die vermehrte Einbeziehung des Patienten und der Angehörigen bei der Prävention und Behandlung im häuslichen Umfeld. Durch den Einsatz digitaler Instrumente und Konzepte sollen sowohl Patienten als auch Leistungserbringer Zeit effizienter nutzen und Ressourcen einsparen.

Gegenwärtig werden im kleineren Umfang telemedizinische Projekte pilotiert, um diese im Anschluss an eine (positive) Evaluation landesweit auszurollen. Ein Beispiel ist das größte intersektorale Telemonitoring-Projekt, an dem rund 2.000 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen in den Jahren 2012 bis 2014 teilnahmen. Patienten mit COPD, Diabetes, chronisch-entzündlicher Darmerkrankung sowie Schwangere mit und ohne Komplikationen wurden durch diese telemedizinische Anwendung im eigenen Heim klinisch überwacht.²⁵⁰ Ähnliche Projekte zu telemedizinischen Anwendungen gibt es für Telepsychiatrie und Internetpsychiatrie, zudem gibt es eine auf nationaler Ebene durchgeführte telemedizinische Anwendung zur Überwachung des diabetischen Fußes und damit zusammenhängender Ulzerationen. Bis zum Jahr 2017 sollen die telemedizinische Überwachung des diabetischen Fußes und damit zusammenhängender Ulzerationen, Telepsychiatrie sowie zwei bis drei andere telemedizinische Anwendungen auf nationaler Ebene vollständig verfügbar sein.²⁵¹

7.1.5 Fazit Dänemark

Im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern – und auch weltweit – nimmt Dänemark eine Spitzenposition im Einsatz und in der Umsetzung von eHealth ein. Gründe für die relativ weit vorangeschrittene Umsetzung der eHealth-Strukturen liegen in der konsequenten Verfolgung einer landesweiten eHealth-Strategie. Die umfassende Umsetzung beruht zum einen auf dem dänischen Gesundheitssystem als auch dem landesweiten Entwicklungsstand im Bereich von IT und Internet, der relativ geringen Größe des Landes und dem pragmatischen Datenschutzverständnis. Zudem erleichtert die von Geburt an zugeordnete persönliche Identifikationsnummer eine kontinuierliche sektoren- und fallübergreifende Patientenidentifikation.²⁵²

Einer der eingesetzten Anreize zur schnellen Adaption digitaler Anwendungen war die Kopplung der Nutzung von Praxissoftware beziehungsweise elektronischer Patientenakten an eine schnellere Vergütung.²⁵³ Des Weiteren gab es finanzielle Anreize, wenn eine Praxis telefonische oder E-Mail-

²⁵⁰ www.digst.dk/Digital-velfaerd/-/media/Files/Velf%C3%A6rdsteknologi/Telemedicinsk%20handlingsplan/telemedicine_UK_pdfa_03_11_12.pdf, (Zugriff: 4.9.2014).

²⁵¹ www.ssi.dk/-/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NationalSundhedsIt/Om%20NSI/Strategy2013-17.ashx, (Zugriff: 4.9.2014).

²⁵² www.sundhed.dk/content/cms/5/3405_it-brings-the-danish-health-sector-together.pdf, (Zugriff: 28.8.2014).

²⁵³ www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Nov/1565_Gray_electronic_med_records_meaningful_use_intl_brief.pdf, (Zugriff: 27.11.2014).

Konsultationen in ihr Versorgungsspektrum integrierte. Zudem spielte auch die öffentliche Meinung eine Rolle: Praxen ohne elektronische Ausstattung wirken unmodern. Insgesamt bescheinigen die ambulanten Leistungserbringer, dass die IT-Integration in den Praxisalltag die Effizienz erhöht und Koordination verbessert habe.²⁵⁴

Tabelle 3: Übersicht über verschiedene Typologien von eHealth und ihren Umsetzungsdimensionen in Dänemark

Dimensionen	Elektronische Gesundheitsdaten				
	Notfalldaten	Rezepte	Arztbriefe	Patientenakte	Telemedizin
Status Quo der Umsetzung	über eJournal verfügbar (z. B. Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten); weitere Notfalldaten (z. B. Organ-spendedestatus) können durch Patient ergänzt werden	umfassende Verbreitung, üblicher Kommunikationsweg		„eJournalen“: relativ weit vorangeschritten, Zugang ist bereits aktiv	vollständige Umsetzung für einige Indikationen bis zum Jahr 2017 geplant (Tele-monitoring)
Zielsetzung	Fehlervermeidung, schnellere Behandlung, Patientensouveränität, Qualitätsverbesserungen	Fehlervermeidung, Kostenreduktion, Effizienzerhöhung, Qualitätsverbesserungen	Kostenreduktion, Effizienzerhöhung, Qualitätsverbesserungen	Patientensouveränität, Kostenreduktion, Effizienzerhöhung, Qualitätsverbesserungen, Fehlervermeidung	Reduktion der Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte
Vollständigkeit vs. Differenzierung	gilt landesweit				regionale Modellprojekte beschränkt auf einzelne Indikationen
Anreizmechanismus	freiwillig mit finanziellen Anreizen für Leistungserbringer				
Schätzung von Effekten	keine Studien verfügbar				

Handelsblatt Research Institute

Quelle: IGES

7.2 Australien

7.2.1 Stellenwert von eHealth

Aufgrund der Vielfalt an Initiativen und einer unkoordinierten Entwicklung von eHealth-Anwendungen in den einzelnen Staaten und Territorien Australiens, der steigenden Kosten der Versorgung vor dem Hintergrund der Alterung sowie der begrenzten Personal- und Infrastrukturressourcen initiierte und formulierte die australische Regierung im Jahr 1999 unter dem Titel „Health OnLine: A Health Information Action Plan for Australia“ eine übergreifende eHealth-Strategie, die im Jahr 2001 weiterentwickelt wurde.²⁵⁵

²⁵⁴ www.commonwealthfund.org/-/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Nov/1565_Gray_electronic_med_records_meaningful_use_intl_brief.pdf, (Zugriff: 27.11.2014).

²⁵⁵ Vgl. http://itlaw.wikia.com/wiki/Health_OnLine:_A_Health_Information_Action_Plan_for_Australia, (Zugriff: 15.9.2014).

Aus dieser Strategie entstammen die Ideen und Projekte im Rahmen von MediConnect.^{256, 257} Diese initiale Strategie wurde in den darauffolgenden Jahren hinsichtlich verschiedener Aspekte – mit dem Ziel eines effizienteren und effektiveren Gesundheitssystems – weiterentwickelt, unter anderem zu den Aspekten nationale Kooperationen, Privatsphäre, Sicherheit, Standards, Infrastruktur, Adaption von Technologien, Best-Practice-Anwendungen, Verbraucherbefähigung und Unterstützung bei der Therapie und Behandlung. Die Maximierung der Gesundheitsergebnisse bei effizientem Einsatz der vorhandenen Ressourcen war dabei leitend.

Die Auslotung der gangbaren Wege und Alternativen fand in Form von – regional begrenzten – Pilotprojekten statt, unter anderem im sehr dünn besiedelten Northern Territory.²⁵⁸ Die Evaluationsergebnisse dieser Pilotprojekte wiesen auf Implementations- und Adaptionsschwierigkeiten hin, welche vor allem auf mangelnde Infrastrukturen und Konnektivitäten zurückgeführt wurden. Auf Basis dieser Evaluationsergebnisse wurde die HealthConnect Implementation Strategy (2004 - 2009) entwickelt, welche die folgenden Zielsetzungen hatte:

- verbesserte Kommunikation im klinischen Alltag durch standardisierten elektronischen Nachrichtenaustausch,
- erhöhte Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung durch eine gemeinsame elektronische Patientenakte,
- Unterstützung integrierter Versorgungsmodelle durch eine elektronische Information zum gewählten Versicherungsmodell,
- Verfügbarkeit von Notfalldaten für teilnehmende Patienten/Versicherte,
- verbessertes Kommunikationsnetzwerk in der ambulanten Versorgung und
- eine größere Patientensouveränität.²⁵⁹

Die HealthConnect-Strategie – eine Change-Management-Strategie zur Transition von papierbasierter hin zu digitaler Datenerfassung – fungierte als nationales Steuerungs- und Kompetenzinstrument und wurde durch Partnerschaften zwischen der nationalen Regierung und den verantwortlichen regionalen Entscheidungsträgern unterstützt.²⁶⁰ Die einzelnen Projekte konnten so zum einen die lokalen und regionalen Bedürfnisse erfassen und bedienen. Zum anderen sollte HealthConnect als nationales Steuerungsinstrument die Weiterentwicklung von nationalen Standards in Übereinstimmung mit der im Jahr 2005 gegründeten National eHealth Transition Authority (NEHTA)²⁶¹ vorantreiben. Die Evaluation des HealthConnect-Programms im Jahr 2009 kam zu dem Ergebnis, dass die dezentrale Herangehensweise

²⁵⁶ Im nachfolgenden wird das Pilotprojekt „Mediconnect“, welches im Jahr 2003 und 2004 in Regionen von Tasmanien und Victoria getestet wurde, vorgestellt. Es beinhaltete unter anderem die Vernetzung von Ärzten, Apothekern und Patienten. Die Ergebnisse flossen in die Weiterentwicklung der eHealth-Strategie und deren Umsetzung ein.

²⁵⁷ www.medicareaustralia.gov.au/provider/patients/mediconnect.jsp, (Zugriff: 10.9.2014).

²⁵⁸ Vgl. http://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/1232345/upload_binary/1232345.pdf;fileType=application/pdf#search=%222010s%20jolly,%20rhonda%22, (Zugriff: 15.9.2014).

²⁵⁹ Vgl. www.health.gov.au/healthconnect und [www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/FAFD8FE999704592CA257BF00020A8CF/\\$File/HealthConnect.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/FAFD8FE999704592CA257BF00020A8CF/$File/HealthConnect.pdf), (Zugriff: 15.9.2014).

²⁶⁰ Vgl. www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/pacd-ehealth-Healthconnetevaluation, (Zugriff: 15.9.2014).

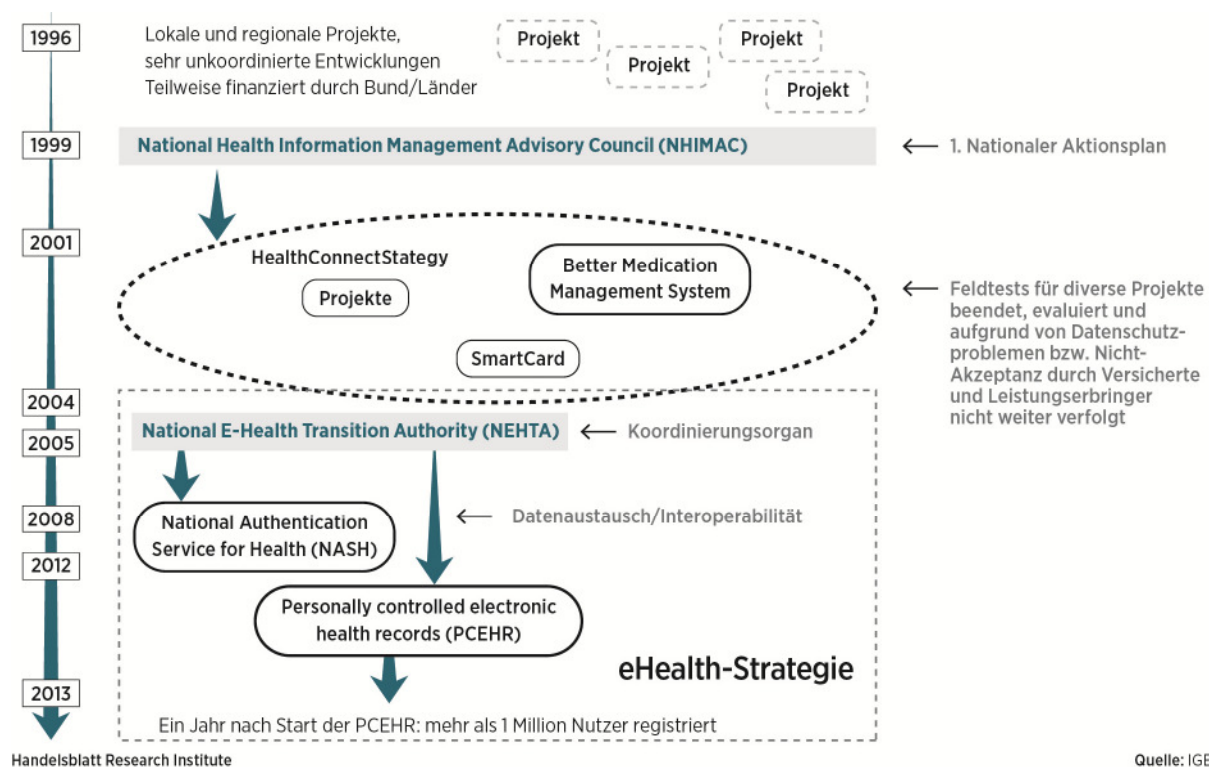
²⁶¹ NEHTA ist die nationale Organisation zur Koordinierung und Entwicklung eines australischen eHealth-Systems und soll zudem die Adaption von eHealth aktiv vorantreiben. (www.nehta.gov.au, Zugriff: 10.12.2014).

zwar zu einer Projekt- und Umsetzungsvielfalt geführt hatte, aber weiterhin die fehlende Infrastruktur und schlechte Konnektivität den Erfolg der bisher verfolgten Strategie einschränkten.²⁶² Des Weiteren wurden als Erkenntnisse aus der Evaluation des HealthConnect-Programms die folgenden Aspekte hervorgehoben:

- Wichtigkeit der frühen Einbindung aller relevanten Stakeholder,
- enge Zusammenarbeit mit verantwortlichen Stellen auf allen Regierungs- und Gesetzgebungsebenen,
- Erreichung einer kritischen Masse in einer Region zur Erhöhung der Synergieeffekte sowie
- ein verbessertes Verwaltungskonzept und eine auch im Anschluss an die Projektphase gesicherte Finanzierung.

In Bezug auf diese Erfolgsfaktoren stellte die Evaluation größere Probleme fest, die bisher im Rahmen der Strategie nicht gelöst werden konnten.

Abbildung 4: Schematische Darstellung des australischen eHealth-Entwicklungspfad



Die National eHealth Strategy formulierte im Jahr 2008 deshalb eine gemeinsame Zielsetzung, welche die bis dahin herrschende Vielfalt in den einzelnen Sektoren, zwischen den Leistungserbringern, in der

²⁶² www.nehta.gov.au, (Zugriff: 10.12.2014).

Industrie, Politik und auf Regierungsebenen besser koordinieren und einander angleichen sollte. Die National eHealth Strategy legte vier Aktionsfelder fest, die prioritär angegangen werden sollten:

- Implementierung einer nationalen Informationshighway-Infrastruktur und entsprechende Regulierung für einen reibungslosen Zugang und eine sektorenübergreifende Nutzung,
- Förderung der Bereitschaft zu Investitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien und -Instrumente,
- Ermutigung der Akteure (unter anderem durch Vergütungsanreize) zur Nutzung neuester Technologien im Gesundheitswesen und
- Entwicklung einer nationalen Steuerung und Aufsicht für eine effektive Koordinierung.

Die von der australischen Regierung formulierten Zielsetzungen von eHealth-Anwendungen waren die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung, eine Effizienzsteigerung der klinischen und administrativen Arbeit und eine erhöhte Standardisierung. Als Rahmenbedingungen für diese Entwicklung wurden Prämissen zu Datenschutz und Patientenprivatsphäre formuliert; die Teilnahme an sämtlichen eHealth-Anwendungen soll dabei sowohl für Patienten als auch Leistungserbringer freiwillig sein. Zudem kontrollieren Patienten ihre Daten beziehungsweise deren Sichtbarkeit für die Leistungserbringer beziehungsweise für Dritte.

7.2.2 eHealth-Strukturen

Das australische Gesundheitsministerium hat in Kooperation mit den jeweiligen staatlichen und territorialen Gesundheitsministerien die Implementierung und Umsetzung von eHealth an die National E-Health Transition Authority übertragen.²⁶³ Sie ist als Organisation dafür verantwortlich, die Policy-Ebene zu koordinieren und die Kooperation sämtlicher Akteure zu fördern. NEHTA arbeitet im Rahmen der Entwicklung und Einführung von eHealth-Anwendungen gemeinsam mit Verbrauchern, der Gesundheitswirtschaft, der Informations- und Kommunikationswirtschaft, Akteuren der Politikebenen und Kostenträgern an dem Ziel, die Gesundheitsversorgung sicher und effizient zu gestalten sowie verbesserte Gesundheitsergebnisse zu erzielen.

7.2.3 Elektronische Gesundheitsdaten

Notfalldaten

Im Rahmen der elektronischen Patientenakte (Personally Controlled Electronic Health Record, PCEHR, siehe oben), welche zur Jahresmitte 2012 eingeführt wurde, sind Notfalldaten abrufbar. Neben Daten zu Diagnosen, Therapien und Medikamenten können Patienten – wie in Dänemark – zusätzliche Informatio-

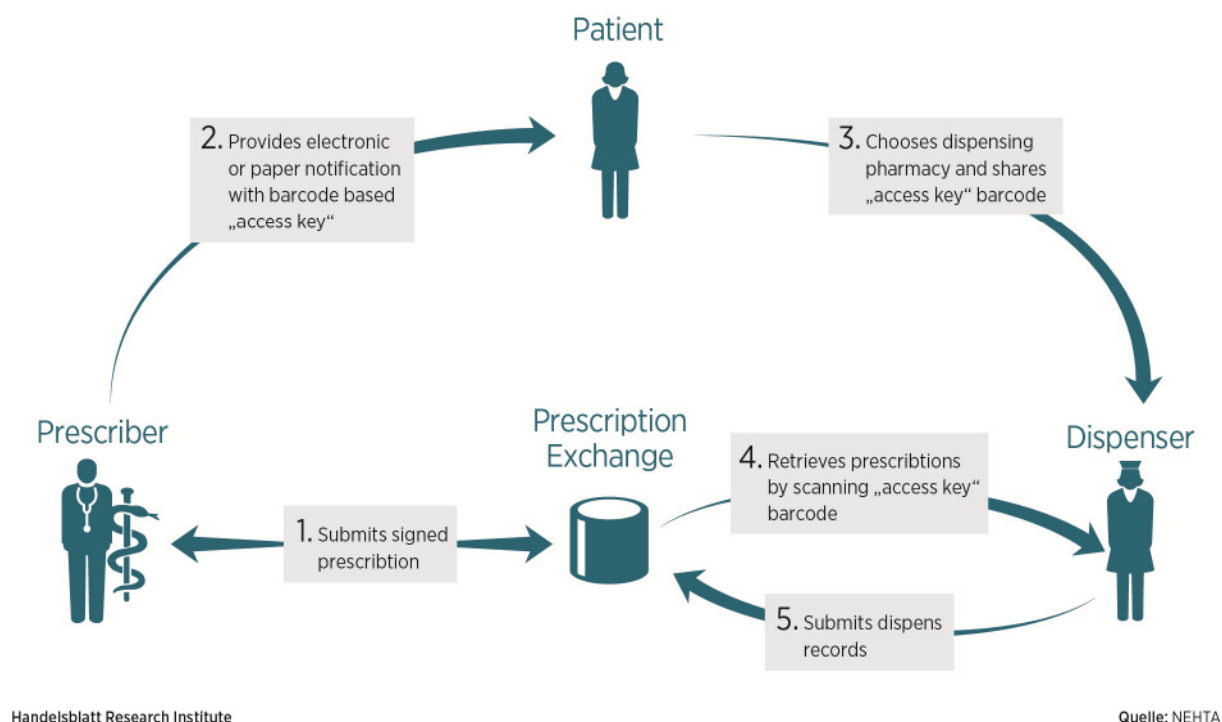
²⁶³ NEHTA ist die zentrale, nationale Koordinierungsstelle für den Bund und die Territorien sowie das Bundesgesundheitsministerium und besteht aus zwei unabhängigen Direktoren, wovon einer den Vorsitz innehat. Das Direktorengremium ist zuständig für die strategische Ausrichtung und die Umsetzung. Zusätzlich gibt es eine Geschäftsführung und verschiedene Komitees. www.nehta.gov.au, (Zugriff: 9.9.2014).

nen wie den Organspendestatus, Notfallkontaktinformationen, Patientenverfügungen, Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten freiwillig selbst hinzufügen.

eRezepte – Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Im Rahmen der ersten Phase der HealthConnect-Strategie wurde im Jahr 2001 ein erster Versuch gestartet, elektronische Verordnungen zu implementieren (Better Medication Management System).²⁶⁴ Geplant war eine Kopplung der Medicare-Identifikationsnummer (MediConnect) mit einer persönlichen elektronischen Patientenakte. Diese sollte Daten zu den verordneten Medikamenten enthalten und so bei der Abgabe in Apotheken auf mögliche unerwünschte Arzneimittelinteraktionen hinweisen. Der Plan, das Better Medication Management System einzuführen, wurde wegen unzureichenden Datenschutzes kritisiert. Eine Evaluation des Pilotprojekts bestätigte diese Kritik.²⁶⁵

Abbildung 5: Electronic Transfer of Prescriptions (ETP) – Funktionsweise eMedikationsmanagement Australien



Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es die Möglichkeit, über die freiwillige elektronische Patientenakte, Personally Controlled Electronic Health Record, Verordnungen und Abgabeformen zu speichern, wenn verschreibende Leistungserbringer und abgebende Apotheken einen Zugang zum PCEHR-System haben.

²⁶⁴ www.health.gov.au/healthconnect und www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1112/12rp03, (Zugriff: 15.9.2014).

²⁶⁵ Vgl. www.medicareaustralia.gov.au/provider/patients/mediconnect.jsp, (Zugriff: 15.9.2014).

Abbildung 5 verdeutlicht das eRezept-System Electronic Transfer of Prescriptions (ETP). Verschreibungen werden vom Leistungserbringer mittels eSignatur an eine Zentrale geschickt (Prescription Exchange Service), der Patient erhält parallel einen elektronischen oder papierbasierten Barcode, mit dem er bei einer Apotheke seiner Wahl die Verordnung anfordern kann. Die Apotheke kontaktiert den Prescription Exchange Service und gibt die entsprechende Verordnung ab.

Elektronische Arztbriefe

Die Möglichkeit, elektronische Arztbriefe auszustellen, ist im Rahmen der elektronischen Patientenakte (Personally Controlled Electronic Health Record, siehe oben) als freiwillige Option vorhanden.

Elektronische Patientenakte

Australien hat zur Jahresmitte 2012 die elektronische Patientenakte unter der Bezeichnung Personally Controlled Electronic Health Record eingeführt.²⁶⁶ Diese national einheitliche Patientenakte war eine Empfehlung des Beratungsunternehmens Booz & Co., die im Falle der Einführung einer australischen ePatientenakte in den ersten zehn Jahren einen finanziellen Zusatznutzen in Höhe von 7,5 bis 8,7 Milliarden australischen Dollar (etwa 5,5 bis 6 Milliarden Euro) erwartete, unter anderem durch eine erhöhte Produktivität und weniger unerwünschte Ereignisse in der Patientenversorgung.²⁶⁷

Jeder Australier kann sich online registrieren und eine elektronische Patientenakte einrichten.²⁶⁸ Die Registrierung ist freiwillig, der Zugriff und die Sichtbarkeit der eigenen Daten durch Dritte ist individuell bestimmbar. Berechtigte und teilnehmende ambulante und stationäre Leistungserbringer können über die PCEHR einzelne Teile oder ganze ePatientenakten mit Daten ergänzen und einsehen. Eine aktuelle Bestandsaufnahme der PCEHR zeigt auf, dass sich seit Registrierungsstart über eine Million Versicherte registriert haben.²⁶⁹ Die PCEHR umfasst unterschiedliche Funktionalitäten und Informationen zu folgenden Aspekten:

- Gesundheitsstatus,
- klinische Episoden oder Ereignisse,
- Entlassungsschreiben,
- Medikationen (Verschreibungen, Abgaben, Allergien, Dosierungen, Historie etc.),
- Überweisungen einschließlich fachärztliche Begutachtungen,
- Medicare-Informationen und -Daten (unter anderem zum Leistungsanspruch wie Pharmaceutical Benefits Scheme und Medicare Benefits Schedule, zum Organspendestatus und zum Impfschutz),
- vom Verbraucher eingegebene Gesundheitsinformationen, welche teilweise nicht für Leistungserbringer sichtbar sind, zum Beispiel Personal Health Summary zu Allergien, unerwünschte Ne-

²⁶⁶ www.nehta.gov.au/our-work/pcehr, (Zugriff: 18.9.2014).

²⁶⁷ [www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/\\$File/E-Health%20%20Enabler%20for%20Australia%27s%20Health%20Reform,%20Booz%20&%20Company,%20November%202008.pdf](http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9/$File/E-Health%20%20Enabler%20for%20Australia%27s%20Health%20Reform,%20Booz%20&%20Company,%20November%202008.pdf), (Zugriff: 18.9.2014).

²⁶⁸ www.ehealth.gov.au/internet/ehealth/publishing.nsf/content/home, (Zugriff: 18.9.2014).

²⁶⁹ [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/46FEA5D1ED0660F2CA257CE40017FF7B/\\$File/FINAL-Review-of-PCEHR-December-2013.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/46FEA5D1ED0660F2CA257CE40017FF7B/$File/FINAL-Review-of-PCEHR-December-2013.pdf), (Zugriff: 18.9.2014).

- benwirkungen, gegenwärtig eingenommene Arzneimittel, Notfallkontaktinformationen, Patientenverfügungsdetails und Personal Health Notes beispielsweise als Gesundheitstagebuch sowie
- Informationen zur Kindesentwicklung für Eltern (einschließlich der Möglichkeit, eigene Beobachtungen aufzuzeichnen).

Die ePatientenakte stellt ein wichtiges Element der australischen nationalen Reformagenda dar. Die Nachhaltigkeit, Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung soll durch die ePatientenakte erhöht werden, indem Leistungserbringer einen schnelleren und einfacheren Zugang zu essenziellen Patientinformationen haben, um eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen und gleichzeitig die Behandlungsqualität zu erhöhen.²⁷⁰ Insbesondere für Patienten mit chronischen und komplexen Erkrankungen, Ältere, Aborigines, Mütter und Neugeborene, Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen in ländlichen und abgelegenen Regionen sieht die Regierung den größten Nutzen.

Die Umsetzung der australischen Digitalisierungsstrategie ist für die ambulanten Leistungserbringer optional, die australische Regierung setzt jedoch Anreize für ihre Teilnahme: Registrieren sich ambulant tätige Ärzte im Rahmen von „ehealth Practice Incentive Payment“ (PIP), so erhalten sie eine spezielle Vergütung.²⁷¹ Ärzte sollen dazu angehalten werden, aktuelle eHealth-Anwendungen in ihrer Praxis zu nutzen. Der Vergütungsanreiz umfasst eine Patientenpauschale in Höhe von 6,50 australischen Dollar (etwa 4,50 Euro) pro Jahr mit einer Deckelung der Gesamtförderung bei 12.500 australischen Dollar (etwa 8680 Euro) pro Abrechnungsquartal. Um diese zusätzliche Vergütung zu erhalten, muss der Arzt seit dem Jahr 2013 unter anderem „Secure Messaging“ nutzen, die elektronische Patientenakte befüllen, eRezepte ausstellen und PCEHR-kompatible Praxissoftware nutzen.

Ein praktisches Beispiel der ePatientenakte ist nachfolgend aufgeführt (Abbildung 6). Verbraucher beziehungsweise Patienten und berechtigte Leistungserbringer haben beispielsweise die Möglichkeit, über die Funktion „Prescription and Dispense View“ die Details der Medikamentierungen (Medikament, Wirkstoff, Dosierung und Wirkstärke, Einnahmeschema, Verschreibungsdatum) einzusehen.

²⁷⁰ www.nehta.gov.au/for-providers/about-ehealth-guidance/ehealth-products/ehealth-record-system, (Zugriff: 18.9.2014).

²⁷¹ www.actml.com.au/programs/ehealth/ehealth-practice-incentive-payment-epip, (Zugriff: 10.12.2014).

Abbildung 6: Verordnungs- und Abgabefenster für Patienten und Leistungserbringer im Rahmen der australischen ePatientenakte

The screenshot displays the 'Prescription and Dispense View' for a patient named SMITH, JOHN (DOB: 17-Mar-1963, 50 yrs, Male). The interface includes a sidebar with navigation options like 'Health Record Overview', 'Clinical Documents', 'Medicine Records', and 'Consumer Documents'. The main content area shows a table of prescriptions and dispenses.

Prescribed	Medicine Details	First Dispense	Last Dispense	Dispensed
16-Nov-2012	APQ-Tramadol	16-Nov-2012	16-Nov-2012	1 of 6
16-Nov-2012	Dispensed	Tramadol hydrochloride - APO-TRAMADOL - 50 mg - 1 tablet pm - Tablet - Supply 20 - Original dispense		
16-Nov-2012	Prescribed	Tramadol hydrochloride - APO-TRAMADOL - 50 mg - 1 tablet pm - Tablet - Supply 20 - Dispense original and 5 repeats		
31-Oct-2010	Amoxil 250mg	13-Jan-2013	13-Feb-2013	2 of 3
13-Feb-2013	Dispensed	AMOXIL 250MG - One tablet three times a day- Supply 30 tablets - Repeat 1		
13-Jan-2013	Dispensed	AMOXIL 250MG - One tablet three times a day- Supply 30 tablets - Original dispense		
13-Jan-2013	Prescribed	AMOXIL 250MG - One tablet three times a day- Supply 30 tablets - Dispense original and 2 repeats		

Handelsblatt Research Institute

Quelle: NEHTA

Insgesamt befindet sich die elektronische Patientenakte in Australien noch in einer Aufbauphase. Im Zuge der Weiterentwicklung der ePatientenakte sind zum Beispiel weitere Aspekte des elektronischen Medikationsmanagements²⁷² – gemäß den Zielsetzungen von NEHTA – geplant und teilweise bereits umgesetzt.²⁷³ In Zukunft sollen weitere Möglichkeiten hinzukommen, wie die Adhärenz-Überwachung (Verschreibungs- und Abgabepaxis). Zusätzlich ist eine evidenzbasierte Entscheidungsunterstützung für Verschreibungen (Best Practice) geplant. Es sollen hierfür sämtliche Verschreibungsdaten gesammelt, gelagert und entsprechend analysiert werden, um entsprechende Leitlinien und Entscheidungsinstrumente entwickeln zu können.

Elektronische Gesundheitskarte

Ursprünglich sah die HealthConnect-Strategie die Einführung einer Medicare Smartcard vor, die Notfallinformationen, Organspendestatus und andere wichtige Informationen enthält und die magnetstreifenbasierte bisherige Medicare-Karte ersetzen sollte. Im Jahr 2004 wurde in Tasmanien in einem Pilotprojekt die Smartcard eingeführt. Das Projekt sollte den Zugang zu ausgewählten Patientendaten über ein siche-

²⁷² Mit besonderem Fokus auf Krankenhäuser: www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/01/EMMS-A-Guide-to-Safe-Implementation-2nd-Edition-web-version.pdf, (Zugriff: 18.9.2014).

²⁷³ <http://aushealthit.blogspot.de/2009/11/electronic-prescription-transfer-talk.html>, (Zugriff: 15.9.2014).

res IT-System ermöglichen.²⁷⁴ Für die Pilotierung war eine Projektgröße von ca. 40.000 Teilnehmern geplant. Tatsächlich wurden jedoch weniger als 3.000 Smartcards ausgegeben.²⁷⁵ Der geringe Zuspruch wurde unter anderem mit dem aufwendigen Registrierungsprozess begründet. Zudem wurde die zentrale Speicherung und die Zwei-Wege-Kommunikation, das heißt Abrufen und Eingeben von Daten, kritisch gesehen, auch weil es Befürchtungen gab, dass die Funktionen schleichend ausgeweitet würden.²⁷⁶ Aspekte der Privatsphäre und der Datensicherheit waren in dem Projekt stark unterschätzt worden, es wurde relativ unbeachtet im Jahr 2006 beendet.²⁷⁷ Das Thema der Funktionsausweitung von Datenrepositorien ist auch Thema der gegenwärtigen Diskussion der Personally Controlled Electronic Health Records.

7.2.4 Telemedizin

Bereits seit Ende der 1990er-Jahre wurde eine Reihe von telemedizinischen Projekten wie ein teleradiologisches Netzwerk in New South Wales oder telepsychiatrische Netzwerke in South Australia und Victoria initiiert und von der australischen Gesundheitsministerkonferenz finanziert.²⁷⁸ Eine Hürde zu Beginn der Projekte war die mangelnde Akzeptanz durch die Bevölkerung. Diese stufte die telemedizinischen Projekte eher als „Experiment“ ein. Auch fehlten Anreize für Leistungserbringer, entsprechende Technologien zu adaptieren und anzuwenden, da die Vergütung weiterhin an einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt geknüpft war. Seit dem Jahr 2011 gibt es in der Medicare Benefits Schedule (MBS) eine abrechenbare Position für Online-Konsultationen.²⁷⁹

Zudem führte die Überregionalität der Telemedizin zu juristischen und berufsrechtlichen Problemen, da Leistungserbringer teilweise über Staats- und Territoriumsgrenzen hinweg arbeiteten, die rechtliche Verantwortung und die Zuständigkeiten aber immer noch regional verankert waren.

Eine Studie aus dem Jahr 2011 untersuchte den Stand der Telemedizin in Australien.²⁸⁰ Insbesondere die Haftung über Territoriums- und Staatsgrenzen hinweg ist weiterhin ein Problem für die australische Telemedizin. Von dem Aufbau des National Broadband Networks,²⁸¹ das für die meisten Telemedizinanwendungen notwendig ist, verspricht man sich eine stärkere Verbreitung, vor allem in den sehr abgelegenen Regionen des Landes.

²⁷⁴ www.zdnet.com/tasmania-to-get-first-taste-of-medicare-smartcard-1139154706/ und www.news-medical.net/news/2004/07/29/3616.aspx, (Zugriff: 15.9.2014).

²⁷⁵ www.privacy.org.au/Campaigns/ID_cards/MedicareSmartcard.html (Zugriff 15.9.2014)

²⁷⁶ www.health.gov.au/healthconnect und www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1112/12rp03, (Zugriff: 15.9.2014).

²⁷⁷ Eine Weiterentwicklung der Medicare Smartcard wurde in der Ausweitung ihres Einsatzes auf andere soziale Sicherungssysteme gesehen, eine sogenannte Access Card, welche anhand einer Identifikationsnummer, personenbezogene Daten (National Identity Card System) systemübergreifend erfassen sollte. Das Access-Card-Projekt wurde jedoch im Jahr 2007 mit einem Regierungswechsel ebenfalls eingestellt. (www.efa.org.au/Issues/Privacy/accesscard.html und www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1112/12rp03, Zugriff: 15.9.2014).

²⁷⁸ www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1112/12rp03, (Zugriff: 15.9.2014).

²⁷⁹ www.mbsonline.gov.au/telehealth, (Zugriff: 17.12.2014).

²⁸⁰ Vgl. Gill (2011).

²⁸¹ www.nbnco.com.au, (Zugriff: 10.12.2014).

In einer Kosten-Nutzen-Untersuchung aus dem Jahr 2010 wurden drei verschiedene telemedizinische Programme zur Pflege in Townsville in Queensland, in Minnamurra and Kiama Downs in New South Wales und in der Gegend von Armidale in New South Wales analysiert.²⁸² Die Untersuchung ergab, dass – bezogen auf den Zeitraum der Jahre 2012 bis 2014 – durch die telemedizinischen Interventionen finanzielle Nettoeffekte in Höhe von etwa 6,6 Millionen australischen Dollar (rund 4,4 Millionen Euro) erreicht und damit ein Kosten-Nutzen-Verhältnis (Benefit-Cost-Ratio, BCR) von 1,61 zu 1 (61 Prozent Return on Investment) erzielt werden könnte; für die australische Bundesregierung läge dieser bei 1,17 zu 1. Eine Kosten-Nutzen-Analyse aus dem Jahr 2010 untersuchte die finanziellen Auswirkungen des High-Speed Broadband für die Telemedizin in Australien.²⁸³ Hierfür wurde eine Vielzahl von Studien identifiziert, von denen sich aber nur wenige umfassend mit Nutzenaspekten befassten. Ein großer Teil der untersuchten Studien zeigte zumindest, dass Telemedizin einen schnelleren Zugang ermöglicht und auch kostengünstiger bereitgestellt werden kann als eine normale Versorgung ohne Einsatz von Telemedizin. Die Autoren schätzen, dass bei einer landesweiten Ausbreitung der Telemedizin die jährlichen Einsparungen zwischen zwei und vier Milliarden australischen Dollar (1,4 bis 2,8 Milliarden Euro) liegen könnten. Im Zeitraum 2011/2012 lagen die Gesundheitsausgaben in Australien bei rund 140 Milliarden australischen Dollar (97 Milliarden Euro), so dass die telemedizinischen Einsparungen zwischen drei und sechs Prozent der Gesundheitsausgaben entsprächen.²⁸⁴

7.2.5 Fazit Australien

Australien hat heute eine nationale eHealth-Strategie, die den Rahmenplan zur Weiterentwicklung, Koordination und Kooperation vorgibt.²⁸⁵ Die konzertierten Aktionen im Bereich eHealth sind eine Reaktion auf die bis heute bestehenden, zumeist papierbasierten „Informationsinseln“ in den Versorgungsregionen. Diese Informationsbarrieren – föderale, infrastrukturelle und geografische Hürden – abzubauen und den Zugang, die Sicherheit und die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, stellt einen integralen Bestandteil der heutigen australischen Gesundheitspolitik dar.

Als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung der eHealth-Strategie werden dabei zum einen die enge Einbindung und Abstimmung sämtlicher betroffenen Akteure im Gesundheitswesen gesehen und zum anderen die kontinuierliche Kommunikation mit der Öffentlichkeit.

²⁸² Vgl. Access Economics “Telehealth for Aged Care” Studie aus dem November 2010 in “A National Telehealth Strategy For Australia – For Discussion” www.who.int/goe/policies/countries/aus__support_tele.pdf, (Zugriff: 20.11.2014).

²⁸³ www.digitalpeel.com.au/wp-content/uploads/2013/06/Financialandexternalityimpactsof-high-speedbroadbandfortelehealth-311.pdf, (Zugriff: 20.11.2014).

²⁸⁴ Vgl. www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129544656, (Zugriff: 20.11.2014).

²⁸⁵ www.health.wa.gov.au/ehealthwa/home/faq-west.cfm, (Zugriff: 11.8.2014).

Tabelle 4: Übersicht über verschiedene Typologien von eHealth und ihren Umsetzungsdimensionen in Australien

Dimensionen	Elektronische Gesundheitsdaten				
	Notfalldaten	Rezepte	Arztbriefe	Patientenakte	Telemedizin
Status Quo der Umsetzung	im Aufbau im Rahmen der ePatientenakte			systemweite Umsetzung seit 2012; steht am Anfang, sukzessiver Aufbau hin zur vollständigen Digitalisierung geplant	Vielzahl an Pilotprojekten; auf bestimmte Indikationen / Regionen beschränkt
Zielsetzung	Patientensicherheit, Kosteneffizienz	Patientensicherheit und -souveränität; Kosten- und Versorgungseffizienz	Patientensicherheit, Kosteneffizienz, Versorgungseffizienz	Patientensouveränität und Selbstmanagement; Kosteneffizienz, Versorgungseffizienz	Versorgung von schwer erreichbaren Personen und Gruppen
Vollständigkeit vs. Differenzierung	landesweit				sehr dezentrale Umsetzung auf regionaler Ebene
Anreizmechanismus	freiwillig für Patienten und Leistungserbringer; Anreize für Leistungserbringer über eHealth Practice Incentive Payment (ePIP)				anfangs wenig Anreize für Leistungserbringer, da Vergütung weiterhin an Arzt-Patienten-Kontakt geknüpft; seit 2011 Abrechnungsoption für Leistungserbringer heute tlw. finanzielle Anreize für Patienten
Schätzung von Effekten	keine Studien verfügbar			Schätzungen zufolge sollen durch Digitalisierung im Gesundheitswesen in 10 J. rd. 7,5 - 8,7 Mrd. AUD p. a. eingespart werden können	geschätzte cost-benefit ratio von telemedizinischen Anwendungen liegt bei 1,61 für Australien und bei 1,17 für Kostenträger

Handelsblatt Research Institute

Quelle: IGES

7.3 Schweiz

Das Schweizer Gesundheitswesen ist föderal organisiert, die Zuständigkeiten verteilen sich auf die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden.²⁸⁶ Die nationale Gesundheitspolitik regelt die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Bund und Kantonen. Das Gesundheitssystem ist aufgrund der föderalen Struktur komplex; ein Großteil der Kompetenzen liegt bei den Kantonen. So konkurriert die nationale Gesundheitspolitik immer auch mit den 26 kantonalen Gesundheitspolitiken und -systemen.²⁸⁷

In der Schweiz herrscht Krankenversicherungspflicht, die Schweizer Bevölkerung muss sich bei einer der privatwirtschaftlichen, kantonal agierenden Krankenversicherungen versichern. Für die Krankenversicherungen gilt – im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung – ein Kontrahierungszwang. Der Versicherte zahlt seine Beiträge in Form einer Prämie (Kopfpauschale), darüber hinaus besteht die Möglichkeit freiwilliger Zusatzversicherungen. Ein besonderes Merkmal im Schweizer Versicherungssystem sind die weit verbreiteten Managed-Care-Modelle, mit denen die Versicherten ihre Prämien verringern können.

²⁸⁶ www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

²⁸⁷ www.pkv.de/service/broschueren/positionen/dokumentation-gesundheitssysteme-im-vergleich, (Zugriff: 21.11.2014).

7.3.1 Stellenwert von eHealth

Nach zahlreichen Projekten, die nur auf Kantonsebene durchgeführt wurden, verfolgt die Schweiz seit dem Jahr 2007 eine nationale eHealth-Strategie, um die Ausgestaltung der eHealth-Anwendungen zu koordinieren. Der Einsatz von eHealth wird damit begründet, dass dieser zu einer höheren Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen führt und langfristig zur Stabilisierung der Kosten beitragen kann. Trotz der fortschreitenden Digitalisierung in Gesellschaft und Wirtschaft fehlt es aus Sicht der Schweizer Regierung bisher an einer ausreichenden Vernetzung im Gesundheitswesen. Die verschiedenen Akteure und Sektoren seien bisher kaum miteinander vernetzt und die Schweiz liege „[t]rotz sehr guten technischen und organisatorischen Voraussetzungen [...] bei den elektronischen Gesundheitsdiensten („eHealth“) im internationalen Vergleich im Rückstand“.²⁸⁸

Mit der nationalen eHealth-Strategie soll in Zukunft ein effizienter, sicherer und kostengünstiger Zugang zum Gesundheitswesen ermöglicht werden. Das mit der Umsetzung der eHealth-Strategie betraute Koordinationsorgan – „eHealth Suisse“ – fasst die Zielsetzungen und erwarteten Verbesserungen folgendermaßen zusammen:²⁸⁹

- Einheitliche Kommunikations- und Organisationsbasis (Kern: „ePatientenakte“),
- Verfügbarkeit von Notfallinformationen,
- Verbesserung der Behandlungssicherheit,
- weniger Bürokratie durch weniger Formulare,
- Stärkung der Patientenrechte und -souveränität,
- Förderung der eHealth-Potenziale (Online-Gesundheitsberatung, Telemedizin) sowie
- Stabilisierung der Kosten der Gesundheitsversorgung.

Bereits seit dem Jahr 2007 wird an der Umsetzung der eHealth-Strategie gemeinsam auf Bundes- und Kantonsebene gearbeitet. Der wichtigste anstehende Schritt ist derzeit die Verabschiedung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG). Der Entwurf liegt bereits seit dem Jahr 2013 vor, spätestens im Frühjahr 2015 soll er verabschiedet werden. In der Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier vom 29. Mai 2013 werden die gesundheitspolitischen Prioritäten dargestellt: Sicherung der Lebensqualität, Stärkung der Chancengleichheit und die Verbesserung von Transparenz, Steuerung und Koordination.²⁹⁰

7.3.2 eHealth-Strukturen

Um die eHealth-Strategie umsetzen zu können, wurde mit „eHealth Suisse“ ein zentrales Koordinierungsorgan etabliert (vgl. Abbildung 7). Es dient als Koordinations- und Informationsplattform für die Bevölke-

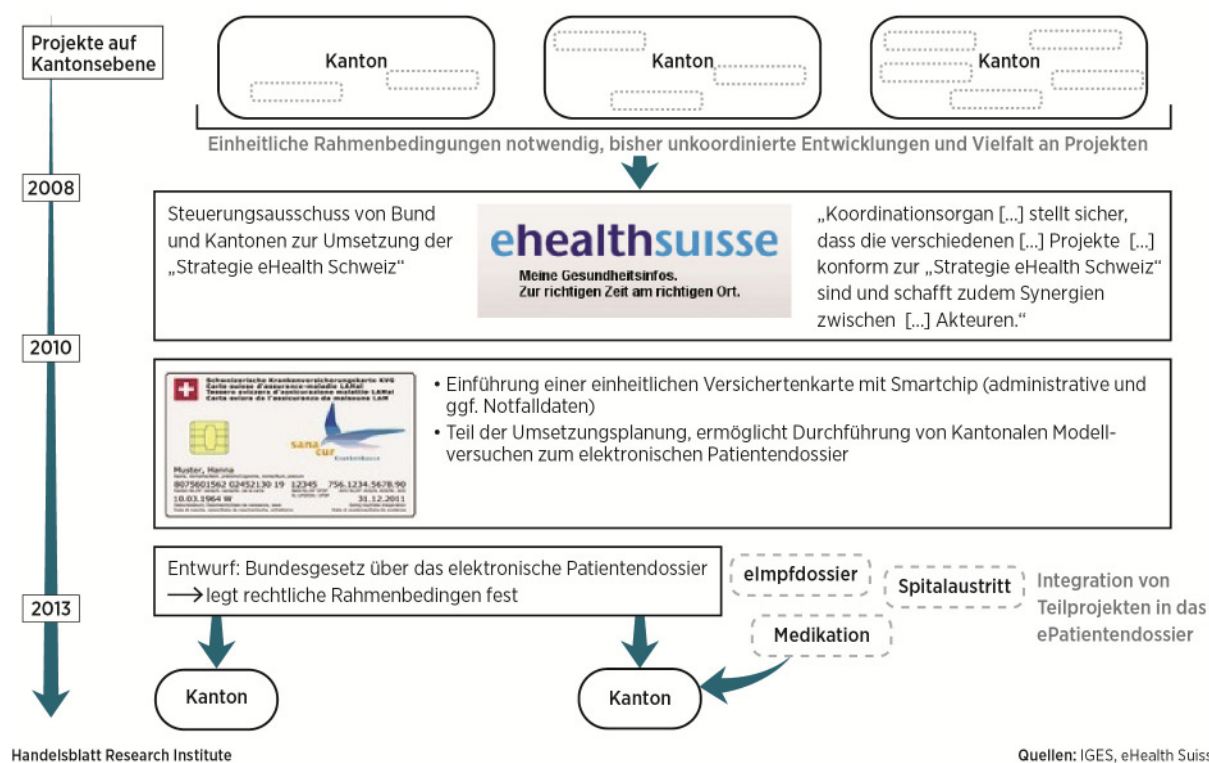
²⁸⁸ www.e-health-suisse.ch/grundlagen/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

²⁸⁹ www.e-health-suisse.ch/grundlagen/00027/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

²⁹⁰ www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/5321.pdf, (Zugriff: 25.11.2014).

rung und andere Akteure im Gesundheitswesen. „eHealth Suisse“ steckt die gemeinsamen Ziele im Bereich eHealth ab und soll für Investitions- und Planungssicherheit sorgen.

Abbildung 7: Entwicklung von eHealth in der Schweiz (evolutionärer Bottom-up-Ansatz)



Das Koordinationsorgan ist für die Umsetzung der schweizerischen „eHealth-Strategie“ zuständig. Die Beschlüsse des Koordinationsorgans sind Empfehlungen, die von den jeweiligen Akteuren umgesetzt werden sollten. Da der größte Teil der Kompetenzen im Bereich Gesundheit auf kantonaler Ebene verankert ist, wurden zwischen dem Bund und den Kantonen Rahmenvereinbarungen geschlossen.²⁹¹ „eHealth Suisse“ besteht aus Vertretern von Bund und Kantonen, einer Geschäftsstelle, einem Steuerungsausschuss sowie einer beratenden Begleitgruppe, welche die Interessen betroffener Akteursgruppen (unter anderem Leistungserbringer, Versicherer, Patienten- und Konsumentenorganisationen sowie Datenschützer) vertritt.

Eine der wichtigsten Aufgaben von „eHealth Suisse“ ist es, die verschiedenen Modellversuche gemeinschaftlich mit den entsprechenden Kantonen zu koordinieren. Zudem werden im Rahmen der Arbeit national einheitliche Standards festgelegt und gegebenenfalls notwendige Gesetzesanpassungen erarbeitet. Um die Koordinierungsaufgaben überschaubar zu halten, werden operative und fachliche Arbeiten in Teilprojekten an Arbeitsgruppen oder an externe Dienstleister vergeben.

²⁹¹ www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

7.3.3 Elektronische Gesundheitsdaten

Notfalldaten

Notfalldaten sind als Bestandteil der landesweiten elektronischen Patientenakte („ePatientendossier“) vorgesehen. Ein Ziel der elektronischen Patientenakte ist die schnelle Verfügbarkeit von Patienteninformationen im Notfall, um Behandlungsfehler – beispielsweise durch Kenntnisse von Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten – zu verhindern.

Auf der schweizerischen elektronischen Gesundheitskarte werden derzeit administrative Daten auf einem Chip²⁹² gespeichert. Auf Wunsch der Versicherten können dort Notfalldaten gespeichert werden.

E-Rezepte – Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Im Bereich eRezept gibt es sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene verschiedene Projekte, teilweise untereinander koordiniert und miteinander vernetzt.²⁹³ Im Jahr 2013 wurde daher die „Einführung und aktive Förderung der Medikation“ in die Agenda „Gesundheit 2020“ aufgenommen. Das vorrangige Ziel des „eMedikation“-Projektes ist die Verhinderung unerwünschter Neben- und Wechselwirkungen. Derzeit wird bei „eHealth Suisse“ die Projektleitung für die Koordination des „eMedikation“-Projektes vergeben.

Für einen Teilbereich der Medikations- und Verordnungspraxis wird seit Sommer 2014 ein elektronisches System aufgebaut, nämlich für Impfungen.²⁹⁴ Der Steuerungsausschuss sieht ein einheitliches Austauschformat vor, um einen elektronischen und strukturierten Austausch der Immunisierungsdaten landesweit (und gegebenenfalls auch international) unterstützen zu können.²⁹⁵ Das nationale „elmpfdossier“ ist damit ein wichtiger Schritt in Richtung „ePatientendossier“, weil es die rechtlichen und organisatorischen Konzepte von „eHealth Suisse“ berücksichtigt und das zukünftige „ePatientendossier“ darauf aufbauen kann.²⁹⁶

Das „elmpfdossier“ und der Impfcheck werden durch verschiedene Onlinedienste angeboten.²⁹⁷ Für sämtliche Anbieter von „elmpfdossier“-Services sind die Vorgaben von „eHealth Suisse“ bindend.²⁹⁸ Die Vorgaben zu Datenschutz, Datenerhebung, nationalen Impfvorgaben sowie Interoperabilitäten werden durch die unterschiedlichen Anbieter auf kantonaler Ebene integriert, implementiert und umgesetzt.²⁹⁹

²⁹² Offiziell gibt es bislang die Versichertenkarte. Dort können auch Notfalldaten gespeichert werden. Es ist allerdings noch nicht geklärt, ob die Versichertenkarte der alleinige Zugang zu eHealth-Anwendungen sein wird. Gegebenenfalls kommt auch eine Online-Zugang oder ein USB-Stick auch in Frage.

²⁹³ www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00250/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

²⁹⁴ Die in der Schweiz bis zu diesem Zeitpunkt bereits verfügbaren eHealth-Anwendungen im Bereich Impfen, zumeist von privaten Anbietern, wurden bis dahin nicht weitreichend genutzt. Einem Bericht des Schweizer Radio und Fernsehen aus dem Frühjahr 2014 zufolge, nutzten diesen Dienst nur rund ein Prozent der Bevölkerung (www.srf.ch/gesundheit/gesundheitswesen/online-impfpass-noch-spaerlich-genutzt, Zugriff: 21.11.2014).

²⁹⁵ www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00249/index.html?lang=de, (Zugriff: 24.11.2014).

²⁹⁶ Das elmpfdossier gibt es als freiwillige Anwendung bereits in einzelnen Regionen.

²⁹⁷ Es gibt in der Schweiz verschiedene Anbieter, die diesen Dienst anbieten: www.meineimpfungen.ch, www.viavac.ch, <http://www.evita.ch>, (Zugriff: 24.11.2014).

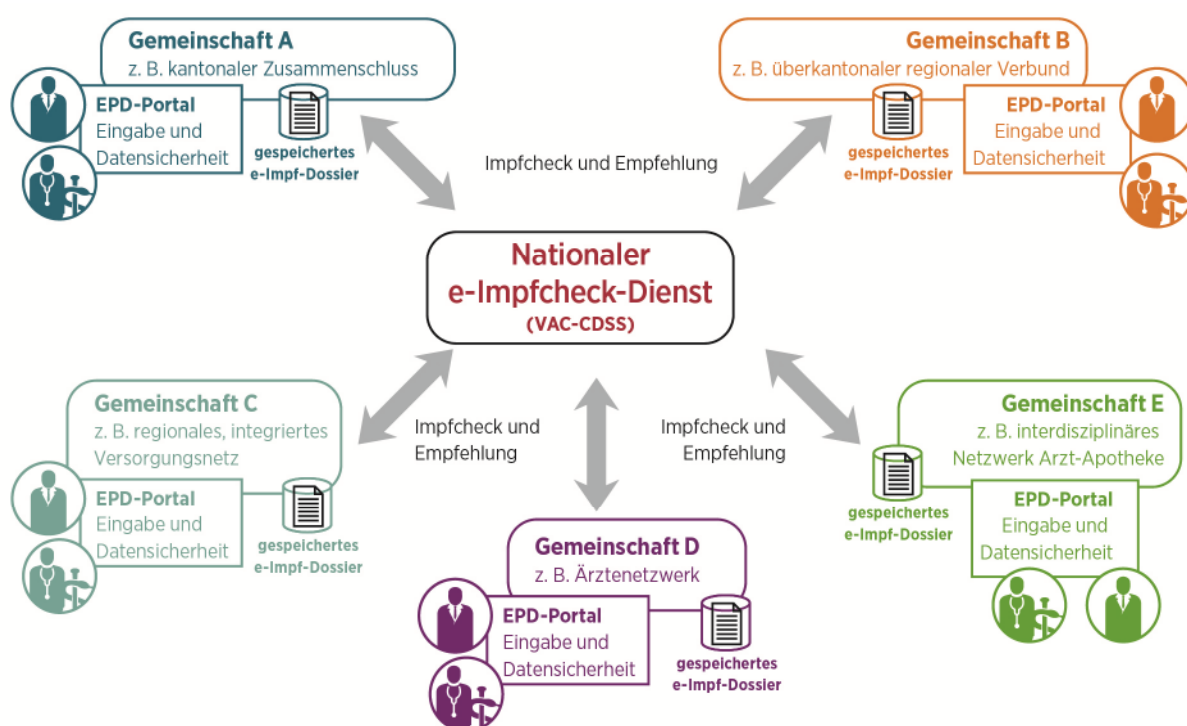
²⁹⁸ eHealth Suisse (2013): Elektronisches Impfdossier. 17.1.2013 (www.e-health-suisse.ch).

²⁹⁹ www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00249/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

Die Anbieterorganisationen sind dazu angehalten, ein einheitliches Format für die „elmpfdossiers“ anzubieten.

Abbildung 8 zeigt schematisch die eHealth-Architektur, welche aus einzelnen eHealth-Gemeinschaften besteht (lokale und regionale Zusammenschlüsse von Leistungserbringern). Das „elmpfdossier“ enthält alle relevanten Patientendaten,³⁰⁰ diese sind sowohl online als auch offline verfügbar und können ausgedruckt werden.

Abbildung 8: „elmpfdossier“ und eHealth-Architektur



Handelsblatt Research Institute

Quelle: eHealth Suisse

Mittels eines nationalen „e-Impfcheck-Dienstes“ können Impflücken einer Person festgestellt werden. Die in den „elmpfdossiers“ enthaltenen Impfdaten werden auf nationaler Ebene mit den Impfeempfehlungen abgeglichen. Die Empfehlungen basieren dabei auf den nationalen Impfeempfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EPDG) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Elektronische Arztbriefe

Eine der ersten Initiativen war das „Health Info Net“ (HIN), welches im Jahr 1996 auf Initiative des Dachverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Ärztekasse gegründet wurde. Ziel des HIN

³⁰⁰ Die folgenden Daten sind im „elmpfdossier“ enthalten: Personendaten (Name, Alter, Geschlecht, Wohnort), erhaltene Impfstoffe, anamnestische Angaben (zum Beispiel Diagnosen, Allergien, Kontraindikationen, Impfkomplicationen), Serologien und Titer-Bestimmungen, berufliche und geografische Risikosituationen.

war vor allem die Ermöglichung eines sicheren E-Mail-Verkehrs zwischen ambulanten Leistungserbringern, unter anderem auch für das Versenden der elektronischen Arztbriefe.³⁰¹ Ein Großteil der Hausärzte, eine geringere Anzahl an Fachärzten und weitere Leistungserbringer (zum Beispiel Pflegeeinrichtungen) nehmen an diesem kostenpflichtigen Datenaustauschdienst teil, der aber nicht mit den Krankenversicherungen kommuniziert.

Im Rahmen der ePatientenakte soll eine Versendung elektronischer Arztbriefe in Zukunft möglich sein. Diese Funktion wird voraussichtlich auch in das HIN-Netzwerk und die anderen, bereits verfügbaren Daten- und Informationsaustauschdienste integriert werden.

Elektronische Patientenakte

„eHealth Suisse“ und der Steuerungsausschuss koordinieren die verschiedenen Projekte im Rahmen von eHealth wie „eMedikation“, „eImpfdossiers“ und „eVersichertenkarte“. Die übergeordnete Zielsetzung dieser verschiedenen Projekte ist eine landesweite elektronische Patientenakte – das sogenannte „ePatientendossier“. Die orts- und zeitunabhängig verfügbaren individuellen Patienteninformationen sollen beispielsweise den Patienten und Leistungserbringern mehr Transparenz, Versorgungsqualität und Sicherheit bieten. Patienteninformationen sollen auch im Notfall schnell verfügbar sein, um genauer diagnostizieren und behandeln zu können sowie Behandlungsfehler zu verhindern.³⁰² Das geplante nationale „ePatientendossier“ setzt auf den bisherigen Erfahrungen und Ergebnissen aus Projekt-Evaluationen auf, definiert notwendige Mindestanforderungen an die Interoperabilität sowie die gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen.

Das „ePatientendossier“ wird mit dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier spezifiziert.³⁰³ Das Gesetz legt sowohl die rechtlichen Voraussetzungen als auch die im elektronischen Patientendossier enthaltenen medizinischen Daten fest. Vorgesehen ist, dass nur Gesundheitsfachpersonen mit entsprechender Patientenerlaubnis auf Patientendaten zugreifen können. Patienten sollen dabei ihre eigenen medizinischen Daten einsehen und gegebenenfalls ergänzen können. Die Entscheidung für ein „ePatientendossier“ obliegt dem Patienten („informationelle Selbstbestimmung“) – es handelt sich also um eine Opt-in-Entscheidung. Niedergelassene Ärzte können sich für oder gegen die Teilnahme am „ePatientendossier“ entscheiden, die Krankenhäuser sind dazu verpflichtet.

Der Bund und die Kantone haben die Entwicklung von Pilot-„ePatientendossiers“ mit je 30 Millionen Schweizer Franken (rund 28 Millionen Euro) über drei Jahre gefördert. Die Entwicklung und Umsetzung des „ePatientendossiers“ wird deshalb bereits seit mehreren Jahren durch die sogenannten „Gemeinschaften“ in Form von Modellprojekten vorangetrieben. Die „Gemeinschaften“ stellen regionale Zusammenschlüsse von Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern oder Pflegeheimen dar.

³⁰¹ www.hin.ch/uber-hin/mission, (Zugriff: 19.11.2014).

³⁰² www.e-health-suisse.ch/nutzen/00035/index.html?lang=de, (Zugriff: 24.11.2014). Patienten sollen aktiv daran beteiligt werden, Entscheidungen hinsichtlich ihrer Krankheit beziehungsweise ihres Gesundheitsverhaltens gemeinschaftlich zu treffen. Auch der administrative Prozess soll für Leistungserbringer durch eHealth-Anwendungen und das elektronische Patientendossier effizienter werden, indem es eine verbesserte Koordination und Vernetzung zwischen den beteiligten Leistungserbringern und einen schnellen Informationsaustausch ermöglicht, was wiederum zu einer verbesserten Kosteneffizienz führen soll.

³⁰³ www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de, (Zugriff: 24.11.2014).

Um den Leistungserbringern Anreize zu setzen, sich an den „Gemeinschaften“ zu beteiligen, sind Anpassungen im TARMED, der schweizerischen Gebührenordnung, vorgesehen.³⁰⁴ Eine finanzielle Förderung der Softwareinvestitionen der Praxen ist hingegen nicht explizit vorgesehen.

Die Datenweiterverarbeitung im Rahmen des geplanten „ePatientendossiers“ erfordert ein Zertifikat, das die Einhaltung notwendiger technischer und organisatorischer Mindestanforderungen von den Anbietern der „ePatientendossiers“ (unter anderem Gemeinschaften, SwissCom, Schweizerische Post) sicherstellt. Entscheiden sich Patienten für ein „ePatientendossier“, wird dem Patienten eine eindeutige Identifikationsnummer zugeordnet, damit die Patientendaten aus den einzelnen Sektoren, Leistungserbringern und Kantonen individuell zusammengeführt werden können.

Vorreiter für das geplante „ePatientendossier“ sind also eine Reihe regionaler Projekte. Als erstes „eHealth Suisse Label“-konformes Projekt startete „e-toile“ im Jahr 2010 in vier Genfer Gemeinden.³⁰⁵ Als erster Modellversuch, der alle Akteure in die Behandlungskette einbezog, ermöglichte es „e-toile“ den Leistungserbringern, gesundheitsrelevante Patientendaten untereinander auszutauschen. Das Netzwerk „e-toile“ wird derzeit – unter Beteiligung der Schweizerischen Post – weiter entwickelt und unter „MonDossierMedical.ch“ auf den ganzen Kanton ausgeweitet. MondossierMedical.ch basiert auf der Vernetzungslösung „vivates“ der Schweizerischen Post und ist die funktionale Grundlage der Gemeinschaft.³⁰⁶ Es gibt verschiedene Servicemodule (vivates Patientendossier, vivates Medikation und vivates Behandlungsplan), die seit Mitte 2013 kantonsweit und für alle Patienten unentgeltlich verfügbar sind. Zum jetzigen Zeitpunkt haben im Kanton Genf laut Schweizerischer Post 2.000 Patienten ein „ePatientendossier“. Den Angaben der Betreiber zufolge soll MonDossierMedical.ch entsprechend der eHealth-Strategie überregional ausgerichtet und international vernetzbar sein, da es an epSOS (European Patients Smart Open Services) angebunden ist.³⁰⁷

Elektronische Gesundheitskarte

Eine einheitliche Versichertenkarte mit einem elektronischen Chip wurde im Jahr 2011 landesweit eingeführt; zuvor hatte es in den einzelnen Kantonen unterschiedliche Versichertenkarten gegeben.³⁰⁸ Die Einführung der „eGesundheitskarte“ gilt als erster Schritt in Richtung des geplanten – und derzeit in Pilotprojekten betriebenen – elektronischen Patientendossiers.

In ihrer jetzigen Funktionalität ist die schweizerische „eGesundheitskarte“ ähnlich konzipiert wie die deutsche elektronische Gesundheitskarte. Auf dem Chip werden die wichtigsten administrativen Daten gespeichert. Zudem können Versicherte – auf eigenen Wunsch – weitere persönliche und medizinische Daten, darunter auch Notfalldaten, speichern lassen. Eine noch nicht eingeführte, aber geplante Anwen-

³⁰⁴ www.tarmedsuisse.ch, (Zugriff: 24.11.2014).

³⁰⁵ www.e-toile-ge.ch/etoile.html sowie der Evaluationsbericht, (Zugriff: 24.11.2014).

³⁰⁶ www.post.ch/post-startseite/post-geschaeftskunden/post-dokumente-dialog-loesungen/post-vivates/post-vivates-kunden-und-referenzen/post-vivates-im-kanton-genf.htm, (Zugriff: 24.11.2014).

³⁰⁷ www.post.ch/post-startseite/post-geschaeftskunden/post-dokumente-dialog-loesungen/post-vivates/post-vivates-kunden-und-referenzen/post-vivates-im-kanton-genf.htm, (Zugriff: 24.11.2014). „epSOS ist ein EU-weites Projekt zur Sicherung der Interoperabilität von eHealth Lösungen und zielt auf die Vernetzung zwischen europäischen Gesundheitseinrichtungen“.

³⁰⁸ www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/07060/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

derung ist, die elektronische Versichertenkarte – wie auch in Deutschland – als personalisierten, elektronischen Zugangsschlüssel einzusetzen.

Es ist noch nicht vollständig geklärt, ob die „eGesundheitskarte“ für Patienten der einzige Zugang zum elektronischen Patientendossier sein wird, oder ob es parallel weitere Zugangsschlüssel (zum Beispiel mittels SchweizID³⁰⁹) geben wird.³¹⁰ Bereits vor der Einführung der national einheitlichen „eGesundheitskarte“ wurde die Notwendigkeit der Identitätssicherstellung kritisch diskutiert.³¹¹ Im derzeitigen Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier steht, dass die Identitätsüberprüfung mittels einer digitalen Identität geschehen soll. Erwähnt werden verschiedene hard- und softwarebasierte Identifikationsmöglichkeiten wie die „eGesundheitskarte“, ein USB-Stick oder eine Mobiltelefon-App.³¹² Es gibt derzeit verschiedene Anbieter, die eine zertifizierte digitale Identität, die sogenannte SwissID, ausstellen können.³¹³

7.3.4 Telemedizin

Telemedizin ist nicht explizit als Handlungsfeld in der „Strategie eHealth“ benannt.³¹⁴ Telemedizin wird implizit als Teil von eHealth verstanden und damit auch im Zuge der Umsetzung und Weiterentwicklung der eHealth-Strategie eingebunden (vgl. Abbildung 9). Telemedizinische Anwendungen sollen sich innerhalb der gesetzlichen, organisatorischen und technischen Rahmenbedingungen von „eHealth Suisse“ entwickeln können.

³⁰⁹ Vgl. www.suisseid.ch, (Zugriff: 24.11.2014).

³¹⁰ In einer Veranstaltung des BVMed e. V. zur „Telematikinfrastruktur in der Schweiz – Vorbild für Deutschland?!“ am 17. November 2014 in Berlin wurde darauf hingewiesen, dass die Nutzung der eVersichertenkarte in der Schweiz auch weiterhin in der Diskussion ist und es gegebenenfalls alternative Zugangsmodalitäten zum ePatientendossier geben soll.

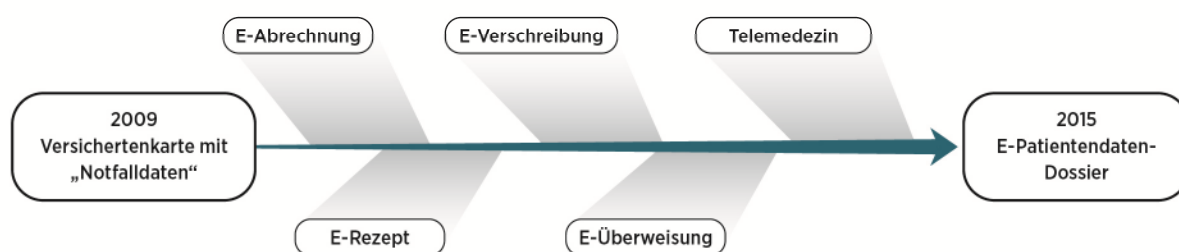
³¹¹ www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20091015, (Zugriff: 21.11.2014).

³¹² <http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/5321.pdf>, (Zugriff: 25.11.2014). „Für den sicheren Identitätsnachweis (Authentizität) der Patientinnen und Patienten wie auch der Gesundheitsfachpersonen sind elektronische Identitäten zu verwenden. Diese werden von zertifizierten Herausgebern erstellt und auf ein zugelassenes Identifikationsmittel wie zum Beispiel eine Smart-Card (zum Beispiel Versichertenkarte), einen USB-Stick (zum Beispiel SuisseID) oder das Mobiltelefon (Mobile-ID-Verfahren) geladen. Die elektronische Identität enthält in der Regel neben personenbezogenen Merkmalen wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Wohnort auch ein digitales Zertifikat zum Nachweis der Echtheit der behaupteten Identität. Durch die Verknüpfung von elektronischer Identität und der eindeutigen Patientenidentifikationsnummer wird dann sichergestellt, dass Daten des elektronischen Patientendossiers eindeutig einer Person zugeordnet sind und dass die zugreifende Person auch tatsächlich die ist, die sie zu sein vorgibt.“

³¹³ www.suisseid.ch/index.html?lang=de, (Zugriff: 21.11.2014).

³¹⁴ www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10359/index.html?lang=de, (Zugriff: 26.11.2014).

Abbildung 9: Weg zum Patientendossier als Grundlage für weitere eHealth-Anwendungen



Handelsblatt Research Institute

Quelle: BAG

Viele der telemedizinischen Anwendungen können erst dann „rechtsverbindlich, sicher und effizient gestaltet werden“, wenn eine zuverlässige Identifikation der Patienten und Leistungserbringer möglich ist.³¹⁵ „eHealth Suisse“ geht von einer „evolutionären Entwicklung“ aus, die sich im Laufe der Zeit und mit den gemachten Erfahrungen entsprechend entfalten und sich entlang der Bedürfnisse der Akteure und der Bevölkerung weiterentwickeln wird.

Eine Bestandsaufnahme der rechtlichen Grundlagen in den Kantonen aus dem Jahr 2010 konnte noch kein ausreichendes gesetzliches Fundament für telemedizinische Anwendungen erkennen.³¹⁶ „eHealth Suisse“ hat sich in den Teilprojekten „Rechtliche Grundlagen“ und „Finanzierung und Anreizsysteme“ mit dem Bereich Telemedizin auseinandergesetzt. Ähnlich wie in vielen anderen Ländern gibt es bisher keine gesetzliche Grundlage für die Erbringung telemedizinischer Leistungen – es gelten somit die gleichen Bestimmungen wie bei einer direkten Behandlung.³¹⁷

In den einzelnen Kantonen herrscht ein unterschiedliches Verständnis, wie weit Telemedizin und telemedizinische Anwendungen zulässig sind. Einzelne Kantone stellen einen „persönlichen“ Kontakt bei der Leistungserbringung als Bedingung. Was unter diesem persönlichen Kontakt verstanden wird, ist wieder-

³¹⁵ www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10359/index.html?lang=de, (Zugriff: 26.11.2014).

³¹⁶ www.e-health-suisse.ch/hinweise/index.html?lang=de, (Zugriff: 26.11.2014).

³¹⁷ www.e-health-suisse.ch/hinweise/index.html?lang=de, (Zugriff: 26.11.2014).

rum unterschiedlich definiert und kann zum Teil auch eine telemedizinische Leistung sein – solange diese „sorgfältig und standesgemäß“ erfolgt.

Trotz bisher nicht ausreichend geklärter rechtlicher und gesetzlicher Aspekte stehen verschiedene telemedizinische Anwendungen zur Verfügung. Bereits seit knapp 15 Jahren bietet das Universitätsspital Zürich eine eigene Onlineberatung an.³¹⁸ Diese Beratung, anfangs noch unentgeltlich, kostet derzeit 75 Schweizer Franken (70 Euro). Die Ärzte des eHealth-Teams des Universitätsspitals beantworten innerhalb von 24 Stunden eingehende Fragen mit Hilfe von Spezialisten aus den angebundenen Kliniken und Abteilungen.

Ein Grund für die Verbreitung einzelner telemedizinischer Anwendungen und der Telemedizin grundsätzlich in der Schweiz sind die mehrjährigen Erfahrungen mit Managed Care und Integrierten Versorgungsmodellen. Im Jahr 2009 waren rund 37 Prozent der Versicherten – aufgrund ihres gewählten Versicherungsmodells – in ein integriertes Versorgungsmodell eingeschrieben.³¹⁹ Die Versicherungen bieten eine Vielzahl an Tarifoptionen an, die Gatekeeping per Hausarzt oder Ähnliches beinhalten. Durch die Teilnahme an derartigen Versicherungsmodellen können Versicherte zum Teil deutliche Einsparungen bei Prämien oder Selbstbehalten erzielen, was ein effektiver finanzieller Anreiz sein kann.

Im ambulanten Bereich betreibt beispielsweise Medgate seit dem Jahr 2000 das Medgate Telemedicine Center, laut eigenen Aussagen das größte ärztlich betriebene telemedizinische Zentrum in Europa.³²⁰ Über das Medgate Telemedicine Center werden täglich bis zu 4.300 Telekonsultationen geführt, seit dem Jahr 2000 kumulativ 4,5 Millionen. Die telemedizinische Beratung kann, je nach Patientenpräferenz, per Telefon, Internet (App, E-Mail) oder Video erfolgen. Sofern sinnvoll und medizinisch begründet, stellt der Medgate-Arzt telemedizinisch ein Rezept aus. Je nach Krankenversicherungstarif sind die Konsultationen unentgeltlich beziehungsweise Teil des gewählten Versicherungsmodells. Die Helsana-Versicherung bietet beispielsweise zwei verschiedene Telemedizin-Tarifoptionen an, welche Einsparungen in Höhe von mindestens 15 Prozent auf die Grundversicherungsprämie mit sich bringen können.³²¹ Versicherte, deren Versicherung keine Medgate-Konsultation anbieten, können sich per Jahresmitgliedschaft eine ärztliche Betreuung beim Medgate Telemedicine Center kaufen (Pauschalpreis 100 Schweizer Franken, etwa 93 Euro, für ein Jahr) und so „weder [den] Selbstbehalt noch [...] Franchise“ belasten.

Seit etwas mehr als zwei Jahren können Patienten mit Beschwerden zudem in rund 200 der angeschlossenen Apotheken eine medizinische Beratung („netCare“) durch den Apotheker erhalten und/oder ein Arztgespräch per Videokonsultation führen.³²² „netCare“ ist ein gemeinsames Projekt des Schweizerischen Apothekerverbandes („pharmaSuisse“), des Schweizer Zentrums für Telemedizin, von Medgate

³¹⁸ www.usz.ch/onlineberatung/Seiten/default.aspx, (Zugriff: 26.11.2014).

³¹⁹ Reich et al. (2012).

³²⁰ www.medgate.ch/de-ch/ubermedgate.aspx, (Zugriff: 26.11.2014).

³²¹ www.helsana.ch/de/private/versicherungen/grundversicherung/benefit-plus-telemedizin, (Zugriff: 26.11.2014).

³²² Eine sogenannte Erstabklärung durch den Apotheker kostet 15 CHF (14 Euro); für eine zusätzliche telemedizinische Abklärung durch einen Arzt sind weitere 48 CHF (rund 45 Euro) fällig. Hat eine Krankenkasse einen Vertrag mit Medgate, stehen dem Patienten Preisnachlässe zu. Vgl. www.pharmasuisse.org/data/oefentlich/de/netcare/netcare_broschuere_a6_d.pdf, (Zugriff: 26.11.2014).

und der Helsana-Gruppe, welches auf Kommunikationstechnologie von Swisscom und Cisco setzt. Die Konsultation erfolgt in einer Apotheke. Der Apotheker erfragt die Symptome des Patienten und empfiehlt ein Medikament³²³ oder stellt den Kontakt zu einem Medgate-Arzt per Videokonferenz her.³²⁴ Für Versicherte bestimmter Krankenversicherungen ist dieser Service unentgeltlich. Innerhalb der ersten zwei Projektjahre fanden laut dem Apothekerverband „pharmaSuisse“ seit April 2012 rund 4.000 „netCare“-Beratungen statt, wovon rund drei Viertel ausschließlich vom Apotheker geführt wurden.³²⁵

Die bisherige Bilanz des Projektes ist gemischt. Es habe Widerstand von Ärzten gegeben, Teile der Apothekenbelegschaft hätten sich gegen dieses Angebot gestellt und die Nutzung durch die Bevölkerung sei regional unterschiedlich gewesen. Trotz der Investitionskosten in Höhe von etwa 20.000 Schweizer Franken (rund 18.600 Euro) je Apotheke und der laufenden Kosten in Höhe von rund 370 Schweizer Franken (rund 344 Euro) für die aus Datenschutzgründen gesicherte Telefonleitung und der bisher relativ geringen Nutzung sollen laut Aussage der Projektbetreiber „netCare“ trotzdem bis Jahresende 2015 ausgebaut werden.³²⁶ Die laufenden sowie die Investitionskosten würden gesenkt, die Verfügbarkeit in Randzeiten verbessert und weitere Anpassungen vorgenommen.

7.3.5 Fazit Schweiz

Die Schweizer eHealth-Strategie entwickelte sich aus einzelnen Initiativen in den Kantonen, Regionen und durch Leistungserbringer.³²⁷ Die föderale Struktur gepaart mit der relativen Eigenständigkeit der einzelnen Kantone förderte den evolutionären Bottom-up-Ansatz. Zusätzlich beeinflusste das Schweizer Krankenversicherungssystem die Entwicklung und Adaption von eHealth-Anwendungen und Telemedizin stark. Die Kopplung von Prämieinsparungen an eine Teilnahme sorgte für eine starke Verbreitung von Managed-Care-Ansätzen. Diese wiederum banden oftmals frühzeitig telemedizinische Anwendungen in die Versicherungsmodelle ein. Aus diesen Vorbedingungen entwickelten sich in den einzelnen Kantonen und Versorgungsgemeinschaften über die Zeit hinweg unterschiedliche Anwendungen und Umsetzungstiefen.

Dem Subsidiaritätsgedanken treu bleibend, formulierte der Bund im Jahr 2007 mit seiner eHealth-Strategie lediglich die Ziele und gestaltete die Rahmenbedingungen. Die Kantone und deren Gemeinschaften wiederum entwickeln Ansätze innerhalb dieses Rahmens. Die eHealth-Strategie der Schweiz zielt dabei nicht auf eine einheitliche, vollumfängliche Entwicklung einer Telematikinfrastruktur oder einer Anwendung, sondern fördert vor allem den Datenaustausch durch die Spezifizierung von Anwen-

³²³ Die Medikamente müssen je nach Wirkstoff und Krankenkasse selbst bezahlt beziehungsweise der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden, vgl. www.pharmasuisse.org/data/oeffentlich/de/netcare/netcare_broschuere_a6_d.pdf, (Zugriff: 26.11.2014).

³²⁴ www.pharmasuisse.org/data/oeffentlich/de/netcare/netcare_broschuere_a6_d.pdf, (Zugriff: 26.11.2014).

³²⁵ www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Zaeher-Start-fuer-HausarztAlternative-Netcare/story/16971931, (Zugriff: 26.11.2014).

³²⁶ www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Zaeher-Start-fuer-HausarztAlternative-Netcare/story/16971931, (Zugriff: 26.11.2014).

³²⁷ So wurde das Health Information Network (HIN) auf Initiative des Dachverbandes der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, des Berufsverbandes und der Ärztekasse bereits im Jahr 1996 initiiert und sukzessive auf- und ausgebaut.

dungen und Interoperabilitäten. Die Umsetzung findet dabei unter Einbeziehung kommerzieller und nichtkommerzieller Anbieter statt.

Tabelle 5: Übersicht über verschiedene Typologien von eHealth und ihren Umsetzungsdimensionen in der Schweiz

Dimensionen	Elektronische Gesundheitsdaten				
	Notfalldaten	Rezepte	Arztbriefe	Patientenakte	Telemedizin
Status Quo der Umsetzung	vorgesehen im Rahmen des ePatientendossiers; eVersichertenkarte kann Notfalldaten enthalten	Geplant – sukzessiver Aufbau – ähnlich wie beim Impfdossier	vorgesehen im Rahmen des ePatientendossiers; Umsetzung in allen Regionen bis 2016 geplant	Bundesgesetz über das ePatientendossier (Entwurf 2013) legt rechtliche Voraussetzungen und medizinische Daten fest; eImpfdossier als erste Anwendung bereits aktiv; vorgesehen im Rahmen des ePatientendossiers; Umsetzung in allen Regionen bis 2016 geplant	verschiedene Anbieter, v. a. im Rahmen der Versorgungsgemeinschaften oftmals gekoppelt mit Managed Care Modellen und Prämienmodellen
Zielsetzung	Patientensicherheit, Kosteneffizienz	Patientensicherheit, Kosten- u. Versorgungseffizienz	Versorgungsqualität und -effizienz, Kosteneinsparungen, Patientensicherheit	Versorgungsqualität und -effizienz, Kosteneinsparungen; Patientensicherheit	Kosteneinsparungen, Versorgungseffizienz, Qualitätsverbesserungen, schnellerer Zugang
Vollständigkeit vs. Differenzierung	dezentrale Etablierung in einem ersten Schritt, Formulierung von nationalen Rahmenbedingungen	Vielzahl regionaler Aktivitäten; Formulierung von nationalen Rahmenbedingungen im Rahmen des ePatientendossiers	Vielzahl regionaler Aktivitäten; Formulierung von nationalen Rahmenbedingungen im Rahmen des ePatientendossiers	dezentral, basierend auf nationalen Rahmenbedingungen (kantonale Umsetzung); Versicherte bestimmen Zugriff und Umfang der Verfügbarkeit von medizinischen Informationen für jeweilige Leistungserbringer	Umsetzung erfolgt in Gemeinschaften, bzw. je nach gewähltem Versicherungs- bzw. Prämienmodell.
Anreizmechanismus	freiwillig für die Patienten; Vergütungsanreize für die Leistungserbringer geplant	freiwillig für Patienten und ambulante Leistungserbringer, ähnlich Impfdossier	freiwillig für Patienten und ambulante Leistungserbringer, ähnlich Impfdossier; Vergütungsanreize für Leistungserbringer geplant; finanzielle Anreize für Anschaffungskosten durch Bund geplant	freiwillig für Patienten und ambulante Leistungserbringer, ähnlich Impfdossier; Vergütungsanreize für Leistungserbringer geplant; finanzielle Anreize für Anschaffungskosten durch Bund geplant	Telemedizinische Anbieter haben teilweise Verträge mit Leistungserbringern bzw. Leistungserbringer sind bei diesen angestellt.
Schätzung von Effekten	keine Studien verfügbar	Einsparungen in Höhe von ca. 144 Mio. CHF für Medikation und 4,6 Mio. CHF bei Rezepten erwartet	keine Studien verfügbar	von einer positiven sozio-ökonomischen Bilanz auszugehen; kumulativer Nettonutzen nach rd. 20 Jahren bei rd. 1,6 Mrd. CHF	bessere Qualität und effizientere Behandlungen höhere Zufriedenheit von Patienten und Fachleuten; Vermeidung von unnötigen Arztbesuchen (Kostensenkung); ggf. aber höhere Kosten durch einfacheren Zugang

Sowohl im Hinblick auf den Datenschutz als auch auf die unterschiedlichen Interessen der Akteure stieß man in der Schweiz nicht auf die Vorbehalte, die in Deutschland bestehen und die Umsetzung auch weiterhin bremsen. Mit dem für das Frühjahr 2015 angekündigten Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier werden die rechtlichen Voraussetzungen für die Datenverarbeitung, den Datenzugang, die Identifikation sowie technische und organisatorische Mindestanforderungen benannt. Im Anschluss daran kann sich dann jeder Schweizer Einwohner für oder gegen das elektronische Patientendossier entscheiden.

8 Welche Empfehlungen ergeben sich für Deutschland?

8.1 Empfehlungen für die Dokumentation

Das deutsche Gesundheitssystem unterscheidet sich mit seiner Selbstverwaltung erheblich von den staatlichen Gesundheitssystemen der Vergleichsländer. Daher ist es bemerkenswert, dass die Pflichten bezüglich der Dokumentation der Patientendaten in allen betrachteten Ländern einen ähnlichen Umfang aufweisen. Hinsichtlich der Qualitätssicherung und besonders hinsichtlich der Messung der Behandlungsergebnisse werden in Deutschland allerdings die höchsten und umfangreichsten Anforderungen gestellt. Als Folge wurden in Deutschland bereits heute sehr hohe Standards im Bereich der Qualitätssicherung und -messung erreicht. Da aber insbesondere die Ergebnisqualität für die Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden und die Finanzierung des Gesundheitssystems von entscheidender Bedeutung ist, versuchen alle in dieser Studie betrachteten Länder mit unterschiedlichen Herangehensweisen insbesondere die Messung der Behandlungsqualität auszubauen.

Gleichwohl gibt es in Deutschland Potenzial, den Dokumentationsaufwand der Ärzte zu verringern. Als Folge könnten die Ärzte ihren Patienten mehr Zeit widmen. Vor diesem Hintergrund lassen sich die folgenden Handlungsempfehlungen anhand von fünf Beurteilungskriterien³²⁸ auf der Basis des internationalen Kontexts ableiten. Zur Beurteilung dienen dabei die folgenden Kriterien:

1. Lassen sich die Kosten und der Umfang der Dokumentation gegenüber den Kostenträgern minimieren?
2. Welche Kosten entstehen durch die Dokumentation? Welchen Nutzen hat die Dokumentation und führt sie zu einer Vorsorgeeffizienz?
3. Sind die Maßnahmen vollständig und differenziert? Das heißt: Umfasst die Regelung alle Alternativen und gibt es für jede Alternative eine individuelle Lösung?
4. Ist der Aufwand in Bezug auf die Patientensicherheit gerechtfertigt oder ist es unter dem Sicherheitsaspekt möglich, den Aufwand zu verringern?
5. Wie ist die Anreizeffizienz der Regelungen? Sind sie freiwillig oder verpflichtend?

Als Erstes sollte erwogen werden, die Disease-Management-Programme und die integrierte Versorgungsform zu verschmelzen.³²⁹ Beide Versorgungsformen beziehen sich auf die Behandlung von (chronischen) Zivilisationskrankheiten. Disease-Management-Programme sind allerdings stärker reguliert und unterliegen deshalb einem höheren Dokumentationsaufwand. Es sollte möglich sein, diese höheren Anforderungen bei Disease-Management-Programmen im Vergleich zu Verträgen der integrierten Versorgung bei einer Verzahnung der beiden Versorgungsformen³³⁰ im Sinne einer Effizienzsteigerung auf das Niveau der integrierten Versorgung zusammenzulegen und zu vereinheitlichen. Aktuell wird allerdings

³²⁸ Nicht jedes Beurteilungskriterium ist auf jeden angeführten Dokumentationspunkt anwendbar, so dass jeweils nur die als sinnvoll erachteten Kriterien herangezogen werden.

³²⁹ Vgl. hierzu auch Wille, Eberhard (2013).

³³⁰ Vgl. Wille, Eberhard (2013), S. 18.

noch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geprüft, ob Disease-Management-Programme für weitere Indikationen zugelassen werden können.³³¹ Durch die Effizienzsteigerungen lassen sich der Zeitaufwand und damit die Kosten für Ärzte senken. KPMG schätzte bereits im Jahr 2006 die Kosten im Zusammenhang mit der Dokumentation für Disease-Management-Programme auf etwa 16,3 Millionen Euro.³³² Die Abrechnung dieser neuen Versorgungsform sollte – möglicherweise als umfassende Testphase für die Regelversorgung –, wie bislang schon bei Verträgen zur integrierten Versorgung, direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgen.

Die Dokumentation und Abrechnung von Verträgen zur integrierten Versorgung und von Disease-Management-Programmen umfasst nur die genau definierten Indikationen. Damit decken beide Programme (auch in ihrem Zusammenwirken) zwar nicht alle Krankheitsbilder ab. Sie sind aber nach Indikationen differenziert. Durch die Zusammenlegung und Vereinheitlichung der Anforderungen würde die Patientensicherheit nicht verringert. Um die Qualität der Behandlung und die getroffenen Entscheidungen zu überprüfen, ist die Dokumentation verpflichtend. Ohne diese könnten gar keine Leistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Ob aber eine über die üblichen Standards hinausgehende Dokumentation überhaupt stattfinden muss, kann hinterfragt werden.

Zum Zweiten bestehen Möglichkeiten, den Informations- und Transparenzgedanken im Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Eine Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen ist bereits dazu übergegangen, ihren Versicherten die Möglichkeit einzuräumen, sich bei ihr über alle in Anspruch genommenen Leistungen zu informieren. Damit erhalten Patienten einen einheitlichen Überblick ihrer bei verschiedenen Ärzten in Anspruch genommenen Leistungen und den hieraus entstandenen Kosten. Auf die vom behandelnden Arzt auszustellende Patientenquittung könnte man somit verzichten, weil sie in ihrer jetzigen Form von den Patienten kaum in Anspruch genommen wird. Deshalb empfiehlt es sich, die Ärzte von dieser – in der Zukunft möglicherweise zunehmenden – Verwaltungsaufgabe zu entbinden. Durch die Abschaffung wäre die Patientensicherheit nicht gefährdet. Aufgrund der bisherigen geringen Nachfrage durch die Patienten ist der Nutzen dieser Quittung bislang relativ gering und führt zu keiner höheren Vorsorgeeffizienz.

Im Gegenzug zur entfallenden Patientenquittung könnten die gesetzlichen Krankenkassen einen ähnlichen Service anbieten. Dafür spricht, dass viele gesetzliche Krankenkassen bereits heute ihren Versicherten die Behandlungsdaten und -kosten zur Verfügung stellen. Damit würde es für viele Kassen zu keinem signifikanten zusätzlichen Aufwand kommen. Da der Patient auf diese Daten beispielsweise über einen Onlinezugang Einsicht nehmen kann, ist das Verfahren relativ effizient darzustellen. Allerdings liegen der gesetzlichen Krankenkasse die Patientendaten aufgrund der Abrechnungsmodalitäten oft erst mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa sechs bis neun Monaten vor. Sie sind also nur mit einer Zeitverzögerung abrufbar. Hier sollte nach (technischen) Möglichkeiten gesucht werden, die Daten dem Patienten

³³¹ Konkret geht es um die Indikationen Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz.

³³² Vgl. KPMG (2006), S. 25.

aktueller zur Verfügung zu stellen.³³³ Dies wäre kosteneffizient, alle getätigten Behandlungsentscheidungen wären aufgelistet, und die Sicherheit des Patienten und die Qualität der Behandlung wären durch die Umstellung nicht gefährdet. Wenn der Gesetzgeber an dem beabsichtigten Transparenzgedanken und Kostenbewusstsein durch den Einsatz der Patientenquittung festhalten möchte, sollte die Regelung für den Sektor der gesetzlichen Krankenkassen verbindlich gemacht werden.

In der Schweiz sind Patientenquittungen dagegen nicht erforderlich, da der Patient immer die Rechnung oder – beim Tiers-payant Verfahren – eine Rechnungskopie vom Arzt erhält. Damit hat der Patient volle Kostentransparenz. Auch bei direkter Abrechnung zwischen Arzt und Versicherung bekommt der Versicherte eine Rechnungskopie von seinem Arzt und eine Abrechnung von seiner Versicherung, da in der Schweiz der Versicherte an den anfallenden Kosten über die sogenannte Franchise und den gesetzlichen Selbstbehalt beteiligt wird. Der Verwaltungsaufwand ist hier tendenziell größer als in Deutschland. Allerdings steht in der Schweiz nicht nur das Ziel der Kostentransparenz wie bei den Patientenquittungen in Deutschland im Vordergrund.

Alternativ zum Datenabruf über die Internetseiten der gesetzlichen Krankenkassen könnte der deutsche Gesetzgeber veranlassen, dass der Patient über die elektronische Gesundheitskarte seine Daten einsehen kann. Hier könnte auch die Einführung einer persönlichen Signatur helfen. Dies wäre gegenüber der Einsichtnahme über ein Onlineportal der gesetzlichen Krankenversicherung unter Datenschutzaspekten wahrscheinlich der intelligentere Weg. Leichter, schneller und effizienter umzusetzen ist nach den bisherigen Erfahrungen mit der elektronischen Gesundheitskarte aber vermutlich die Einrichtung eines Onlineportals.

Da die Patientenquittungen in ihrer derzeitigen Form wenig beachtet werden, sollten alle Akteure des deutschen Gesundheitswesens die Patienten dazu ermuntern, ihre Daten einzusehen. Andernfalls werden die Ziele von Transparenz und Kostenbewusstsein nicht erreicht.

Als Drittes bestehen Potenziale, die Datenerhebung für die Qualitätssicherung zu vereinfachen. Im Rahmen der routinemäßigen Behandlungsdokumentation liegen beim Arzt bereits viele Daten vor. Deren Sammeln bedeutet demnach keinen zusätzlichen Aufwand.³³⁴ Allerdings müssen dazu die entsprechenden Schnittstellen zwischen den Hard- und Softwaresystemen entwickelt und eingerichtet werden, um die Daten (anonymisiert) abrufen zu können. Auf einen vollumfänglichen Datenabruf könnte man dabei verzichten und lediglich auf Stichproben zurückgreifen, um den gesamten Aufwand erheblich zu reduzieren.

³³³ Der Zeitverzug hängt vor allem mit der Art und Weise der Abrechnung und der Zwischenschaltung der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. Es lässt sich sicherlich hinterfragen, ob es sinnvoll ist, dass die Leistungsabrechnung über die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden müssen oder ob eine direkte Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Kostenträger, wie sie bei Verträgen zur integrierten Versorgung bereits stattfindet, effizienter ist. Dies ist allerdings nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Auch müssten die gesetzlichen Krankenkassen ihre Systeme aufrüsten. Somit könnten sie die Behandlungsdaten aktueller zur Verfügung stellen.

³³⁴ Vgl. Broge et al. (2014), S. 61.

Qualitätssicherungsverfahren, die auf Basis von Routinedaten operieren, weisen einige Vorteile auf.³³⁵ Zum einen sind sie mit einem geringeren Erhebungsaufwand als bisher verbunden. Eine gesonderte Datenerfassung ist nicht mehr erforderlich. Beispielsweise konnte durch Rückgriff auf Routinedaten im Bereich der externen Qualitätssicherung für den Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe in der Pflege der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden. An Stelle von bisher 1,25 Millionen Fällen waren nur noch etwa 300.000 Fälle dokumentationspflichtig. Auch die Zahl der noch manuell zu erhebenden Daten reduzierte sich. Dadurch konnten insgesamt mehr als neun Millionen manuell zu dokumentierende Datenfelder eingespart werden.³³⁶ Zum anderen erlaubt die Erhebung mittels Routinedaten bei Beteiligung mehrerer Leistungserbringer eine einfache und vollständige Analyse von Behandlungsverläufen.³³⁷ Auch können Doppeldokumentationen vermieden werden. Internationale Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die Analyse aufgrund von Routinedaten vergleichbar gute Ergebnisse liefert.³³⁸ Hierzu müssen aber die Regelungen und die verwendeten Systeme weitgehend vereinheitlicht und aufeinander abgestimmt werden.

Im deutschen Gesundheitswesen sind, auf Basis des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2007, unter anderem in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL), bereits Schritte zur Nutzung von Routinedaten beziehungsweise Sozialdaten – vor allem von Daten der Krankenkassen – in der Qualitätssicherung eingeleitet worden. Die (geplante) Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhöht den Gesamtaufwand für die Dokumentation in erheblichem Umfang.³³⁹ Auch um die Ärzte von dem damit verbundenen zusätzlichem Verwaltungsaufwand zu entlasten, hat das AQUA-Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss bereits erste Maßnahmen zur Nutzung von Routinedaten ergriffen. Dabei handelte es sich bislang aber vor allem um vorbereitende Leistungen. Auf die (zusätzliche) Datenerhebung durch Ärzte möchte man aber auch weiterhin nicht vollständig verzichten.³⁴⁰

Allerdings bestehen beim Rückgriff auf Routinedaten auch Probleme. So könnten einige Ärzte möglicherweise versucht sein, die Daten, auf deren Grundlage sie ebenfalls bewertet werden, zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Des Weiteren könnten Mängel oder Lücken in der Dokumentation zu einer unvollständigen Datengrundlage führen oder zumindest zu zeitlichen Verzögerungen.³⁴¹ Technisch betrachtet müssten Schnittstellen in die Hardware- und Softwaresysteme eingeführt werden, um überhaupt auf die (anonymisierten) Daten zugreifen zu können.

³³⁵ Vgl. Heller et al. (2008), S. 27.

³³⁶ Vgl. Broge et al. (2014), S. 63.

³³⁷ Vgl. Heller et al. (2008), S. 27.

³³⁸ Siehe hierzu unter anderem Aylin et al. (2007) sowie Pine et al. (2007). Da international häufig nicht so scharf wie in Deutschland zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterschieden wird, beziehen sich diese Untersuchungen auch auf Daten aus dem Krankenhaussektor.

³³⁹ Vgl. Albrecht et al. (2013), S. 531 f.

³⁴⁰ Vgl. Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschuss (2014).

³⁴¹ Für einen umfassenden Überblick zu den Problemen beim Rückgriff auf Routinedaten vgl. unter anderem Nancarrow (2013) und Powell et al. (2003).

Vorbild bei der Erhebung von Routinedaten könnte Dänemark sein. Dort sendet die Praxisverwaltungssoftware in der Regel die Daten automatisch an eine Datenbank, wenn der Arzt eine relevante Dokumentation vornimmt. Diese Datenbasis wird zusätzlich durch Patientenbefragungen ergänzt, wobei die dänischen Ärzte dabei nicht mehr in wesentlichem Umfang zusätzlich tätig werden müssen.

Durch ein solches Verfahren würde sich der Zeitaufwand für die Qualitätsdokumentation der deutschen Ärzte erheblich verringern und sie hätten mehr Zeit für ihre Patienten. Da lediglich auf Stichproben zurückgegriffen würde, verringert sich auch der finanzielle und zeitliche Aufwand bei den Erhebenden. Aus diesem Grund greifen sowohl die Schweiz als auch Australien beim Aufbau ihrer Qualitätssicherungssysteme auf die Nutzung von Routinedaten zurück. Bisherige Erfahrungen aus diesen Ländern zeigen, dass keine signifikanten negativen Auswirkungen auf die Patientensicherheit oder die Vorsorgeeffizienz zu erwarten wären. Weil die Regelung für die gesamte Qualitätssicherung gelten sollte, wäre sie – wie bisher – vollständig, differenziert und verpflichtend.

8.2 Empfehlungen für eHealth-Anwendungen

Gegenstand des zweiten Teils der Untersuchung war die Frage, welche grundsätzlichen Ansätze es gibt, um die Interaktion zwischen Ärzten untereinander und mit den Patienten durch den Einsatz von IT-Systemen und eHealth-Konzepten möglichst effizient zu gestalten. Zu diesem Zweck wurden – im Hinblick auf die Situation im deutschen Gesundheitssystem – vergleichend die Entwicklung und der Umsetzungsstand in den drei Ländern Dänemark, Australien und Schweiz untersucht.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass mit einem vermehrten Einsatz von eHealth-Konzepten in allen Ländern im Wesentlichen die gleichen allgemeinen Ziele verfolgt werden: Im Vordergrund steht die Steigerung der Effizienz des (personellen) Ressourceneinsatzes sowie der Patientensicherheit und Behandlungsqualität im Versorgungsalltag. In allen Vergleichsländern wird in der Stärkung von eHealth-Ansätzen ein Weg gesehen, die Patientensouveränität zu erhöhen. Die Verringerung von Bürokratielasten wird darüber hinaus in der Schweiz als explizites Ziel aufgeführt.

Zudem sind die Anwendungsbereiche des Einsatzes von eHealth in den betrachteten Ländern weitgehend die gleichen: Es geht um die digitale und damit orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit und die Kommunikation von Notfalldaten, Rezepten und Verordnungen, Arztbriefen sowie um telemedizinische Anwendungen. Eine Art „Kristallisationspunkt“ der eHealth-Konzepte bildet die elektronische Patientenakte, in der sämtliche medizinischen Informationen aus den unterschiedlichen Sektoren zusammengeführt werden, und deren Weiterentwicklung beziehungsweise Einbettung in eine sektorenübergreifende Kommunikationsplattform für Leistungserbringer und Patienten.

Die Ansätze, mit denen diese Ziele mit Blick auf die genannten Anwendungen erreicht werden sollen, gestalten sich in den Vergleichsländern allerdings unterschiedlich – ebenso wie der Umsetzungsstand, wobei die Implementierung in allen drei Ländern weiter fortgeschritten ist als in Deutschland.

Dänemark wird vielfach eine „Spitzenposition“ hinsichtlich der Nutzung von eHealth-Ansätzen attestiert: Dort ist die gesamte Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Laboren, Apotheken, Physiotherapeuten, Pflegeheimen und Kommunalverwaltungen elektronisch möglich. Der überwiegende Teil aller Rezepte und Verordnungen wird bereits elektronisch übermittelt, und nahezu alle Leistungserbringer sind in der Lage, Notfalldaten über ein zentrales Portal abzurufen. Die Praxis- beziehungsweise Patientenaktensysteme sind zwar nach wie vor unterschiedlich, aber die Kompatibilität der unterschiedlichen Software ist gewährleistet. Vor allem aber hat die elektronische Patientenakte schon eine hohe Verbreitung gefunden, wobei die Daten nicht zentralisiert, aber perspektivisch vollständig erfasst werden sollen. Dies stellt sehr hohe Anforderungen an die Interoperabilität, die noch nicht vollständig erfüllt sind.

In **Australien** wurde die elektronische Patientenakte bereits zur Mitte des Jahres 2012 eingeführt; sie enthält neben Notfalldaten auch Rezepte und Arztbriefe. Insbesondere stehen für die Nutzung Patienten mit chronischen und/oder komplexen Erkrankungen, Ältere und Menschen in abgelegenen Regionen im Fokus. Auch in der **Schweiz** rückt der landesweite Einsatz einer elektronischen Patientenakte näher. Spätestens bis Frühjahr 2015 soll hierfür ein maßgebliches Bundesgesetz mit den erforderlichen Spezifizierungen in Kraft treten.

Die Implementierungsstrategien und -prozesse in diesen Ländern unterscheiden sich in einigen wesentlichen Punkten von denen in Deutschland:

- Ein wichtiger Unterschied: Weder in Dänemark noch in Australien gibt es so etwas wie eine **elektronische Gesundheitskarte**. In Dänemark wird stattdessen eine digitale Signatur verwendet, und eine ab Geburt lebenslang zugeteilte persönliche Identifikationsnummer erleichtert die kontinuierliche sektoren- und fallübergreifende Patientenidentifikation. In der Schweiz wurde eine elektronische Gesundheitskarte im Jahr 2011 landesweit eingeführt, aber es ist noch unklar, ob sie der alleinige Zugang zur elektronischen Patientenakte sein wird.
- In allen drei Vergleichsländern wurden eHealth-Konzepte **zunächst dezentral entwickelt** (zum Beispiel regional beziehungsweise kantonal in Australien und der Schweiz), und die unterschiedlichen Projekte wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt stärker auf nationaler Ebene koordiniert. Die Entwicklung in Dänemark war sehr stark durch nationale Strategiepläne geprägt, die aber schrittweise und jeweils für überschaubare Zeiträume und mit unterschiedlichen Zielen und Schwerpunkten entwickelt wurden. Die nationale eHealth-Strategie der Schweiz ist – der kantonalen Organisation folgend – nach wie vor subsidiär ausgerichtet. Das heißt, die Stoßrichtung zielt nicht auf eine einheitliche, vollumfängliche Entwicklung einer Telematikanfrastruktur beziehungsweise von Telematikanwendungen, sondern vor allem auf das Ziel, den Datenaustausch durch Spezifizierungen unter anderem zur Interoperabilität zu fördern.
- Sowohl in Australien als auch in der Schweiz setzt man weitgehend auf die **Freiwilligkeit der Nutzung**, Leistungserbringer erhalten aber Vergütungsanreize. In Dänemark ist die Teilnahme hingegen verpflichtend.

- Von zentraler Bedeutung für die Implementierung war und ist in den drei Vergleichsländern die **Akzeptanz der Nutzer und Akteure** im Gesundheitswesen. Dies äußert sich bereits in der expliziten Zielsetzung, durch den stärkeren Einsatz von eHealth die Patientensouveränität zu erhöhen. In Australien ergab eine Evaluation der ersten Phase der nationalen eHealth-Strategie, dass die frühzeitige Einbindung aller relevanten Stakeholder wesentlichen Einfluss auf den Implementierungserfolg hat. In der Umsetzung liegt daher die enge Einbindung und Abstimmung sämtlicher betroffener Akteure im Gesundheitswesen und die kontinuierliche Kommunikation mit der Öffentlichkeit im Fokus. Das Konzept der elektronischen Patientenakte in Australien zeigt vor diesem Erfahrungshintergrund eine starke Patientenausrichtung: Die Patienten können ihre Akte freiwillig einrichten, Zugriff und Sichtbarkeit der eigenen Daten durch Dritte individuell bestimmen und eigenständig Gesundheitsinformationen hinzufügen. Auch in Dänemark waren die Steigerung der Nutzerakzeptanz, die Inklusion von Bürgern und Patienten sowie Serviceverbesserungen explizite Ziele der nationalen eHealth-Strategie. In der Schweiz begreift sich das nationale eHealth-Koordinierungsorgan zudem als Informationsplattform für die Bevölkerung.
- Einige nationale **Besonderheiten der Vergleichsländer** erleichterten zusätzlich die Umsetzung. Hierzu zählt beispielsweise die relativ starke Verbreitung von Managed Care-Modellen im Schweizerischen Krankenversicherungssystem, in denen häufig schon früh eHealth- und telemedizinische Anwendungen zum Einsatz kamen. Auch die Datenschutzvorbehalte erscheinen in den untersuchten Ländern im Vergleich zu Deutschland weniger stark ausgeprägt.

Für **Deutschland** stellt sich die Frage, ob aus diesen Ergebnissen und angesichts der nur zögerlich fortschreitenden Architektur rund um die **elektronische Gesundheitskarte** Empfehlungen für grundlegende Änderungen abgeleitet werden können. Die technologische Grundphilosophie der elektronischen Gesundheitskarte entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand, und der Blick auf die Vergleichsländer zeigt, dass es sich hierbei nicht (mehr) um einen zwingenden Ansatz handelt, um die wesentlichen eHealth-Ziele und Funktionen zu verwirklichen. Allerdings sind die Diskussionen über mögliche Alternativen zur elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland bei weitem noch nicht abgeschlossen, so dass die Frage, ob durch einen Technologiewechsel die Komplexität der Anforderungen substantiell reduzierbar wäre – insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz –, derzeit unbeantwortet ist. Angesichts des Fehlens eindeutiger Alternativen sollte man eher davon ausgehen, dass bei der elektronischen Gesundheitskarte der „point of no return“ bereits überschritten ist.

Offen bleibt die Frage, inwieweit sich aus den Erfahrungen der Vergleichsländer mögliche Ansätze für Verbesserungen im Rahmen der gewählten eGK-Technologie gewinnen lassen. Hier ist zunächst zu konzedieren, dass es in jüngerer Zeit Veränderungen gegeben hat, die zu einer Annäherung an die Implementierungsstrategien der Vergleichsländer geführt haben. Dies betrifft insbesondere die Beschränkung der nationalen Koordinierungsstelle auf ein Plattform-Modell. So hat sich die gematik in Deutschland weitgehend aus der Betreiberrolle zurückgezogen und die Handlungsspielräume für die beteiligten In-

dustriekonsortien dadurch entsprechend vergrößert. Das organisatorische Setting wurde hierdurch optimiert und seine Steuerungskompetenz gesteigert.

Außerdem zeichnet sich mittlerweile eine ausreichende Teilnahme von Leistungserbringern an den Testbetrieben ab, so dass die für diese Phase typischen fundamentalen Widerstände als überwunden angesehen werden könne.

Das von der Bundesregierung geplante eHealth-Gesetz soll die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Beteiligten bei der Umsetzung beschleunigen. Dies geschieht unter anderem indem das Gesetz Fristen setzt und Sanktionsmechanismen etabliert, aber auch durch positive Vergütungsanreize sowie die Einrichtung einer Schlichtungsstelle bei der gematik. Es ist aber fraglich, ob dies auch entscheidend dazu beiträgt, alle Versicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte, die sämtliche angestrebte Anwendungen ermöglicht, auszustatten. Denn zahlreiche technische Hürden bestehen unabhängig davon. Empfehlenswert im Sinne einer Beschleunigung ist es daher, die Ansprüche an die „dynamische Komplexität“ der elektronischen Gesundheitskarte zu senken. Das heißt: Es sollte nicht länger eine „Ewigkeitslösung“ angestrebt werden, also ein Technologiestandard mit dem Anspruch, auch noch für Anwendungen in fernerer Zukunft eine optimale Plattform zu bieten. Dies würde der Dynamik des technischen Wandels nicht gerecht. Stattdessen sollte man sich zügiger auf Standards einigen – verbunden mit der Akzeptanz, dass diese unter Umständen schon in wenigen Jahren nicht mehr zeitgemäß sind.

In diesem Sinne ist am Entwurf des eHealth-Gesetzes positiv zu werten, dass für den Echtbetrieb der digitalen Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenhäusern – konkret: für elektronische Entlassbriefe der Krankenhäuser und elektronische Arztbriefe in der vertragsärztlichen Versorgung – bestehende Parallelstrukturen genutzt werden können, bis die von der gematik zu schaffende Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht. Damit wird es möglich, die genannten Anwendungen innerhalb der vom Gesetzgeber vorgesehenen Frist (das heißt bereits im Jahr 2016) auf Basis der von den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits genutzten Telematikinfrastruktur im Echtbetrieb zu starten, auch wenn die vergleichsweise hohen Sicherheitsstandards der gematik damit noch nicht vollständig erreicht werden. Ebenfalls positiv zu werten ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Öffnung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen, die ohne Verbindung zur elektronischen Gesundheitskarte umgesetzt werden können. Dies ist ein entscheidender Schritt, um digitale Kommunikation und Anwendungen umfassend sektoren- und professionsübergreifend (also auch unter Einbeziehung nicht-ärztlicher Anbieter von Gesundheitsleistungen) zu gestalten.

Insgesamt mangelt es in Deutschland aber immer noch an der Akzeptanz unter Versicherten beziehungsweise Patienten und Leistungserbringern. Das Ziel einer Stärkung der Patientensouveränität, der Patientennutzen in Form erhöhter Behandlungsqualität oder auch im Sinne von „Serviceverbesserungen“, die Potenziale zum Abbau von Bürokratiebelastungen der Leistungserbringer sind in der öffentlichen Diskussion und in den Kontroversen zwischen den Selbstverwaltungspartnern marginalisiert worden. Der Blick auf die Vergleichsländer zeigt, wie die Nutzerakzeptanz erfolgreich zu einem festen Bestandteil der nationalen eHealth-Strategie gemacht werden kann – eine Aufgabe, die sich angesichts ihrer inhärenten

Interessengegensätze nur sehr begrenzt an die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem delegieren lässt. Ein erster Schritt um die Akzeptanz zu erhöhen wäre, das Recht der Patienten auf ihre digitalen Gesundheitsdaten sowie (perspektivisch) auf eine strukturierte, geschützte und frei verwendbare elektronische Patientenakte explizit festzuschreiben.

Grundsätzlich ist abschließend noch auf aktuelle Planungen der derzeitigen Bundesregierung in Bezug auf das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hinzuweisen.³⁴² Aufgrund der von der Bundesregierung berichteten langen Wartezeiten bei der fachärztlichen Terminvergabe wird eine Änderung des § 75 SGB V diskutiert. Eingeführt werden soll eine Terminvergabepflicht von Ärzten mit einer maximalen Wartezeit der Patienten von vier Wochen. Die Termine sollen über eine noch zu schaffende Terminservicestelle vermittelt werden. Vor diesem Hintergrund könnte es besonders sinnvoll sein, den Ärzten mehr Zeit für die tatsächliche Arbeit mit den Patienten einzuräumen. Andernfalls könnte das Vorhaben der kürzeren Vergabefristen in der Realität nicht umsetzbar sein.

³⁴² Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung (2014), S. 9 f sowie S. 102 ff.

Quellen

AIHW [Australian Institute of Health and Welfare] (2012): *Australia's health 2012*, Ausgabe 13, Canberra.

AMA [Australian Medical Association] (2002): *Privacy Resource Handbook*, Canberra, 2002.

ÄQM-RL [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren], Berlin, in der Fassung vom 23. Januar 2014.

ASV-RL [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V], Berlin, in der Fassung vom 20. Februar 2014.

Augurzky, Boris und Sebastian Krolop (2010): *Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen*, Forschungsprojekt des Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung und der ADMED GmbH, Juli 2010.

Aylin, Paul, Alex Bottle und Azeem Majeed, (2007): *Use of administrative data or clinical databases as predictors of risk of death in hospital: comparison of models*, British Medical Journal, Band 334, Heft 7602, Seite 1044 – 1047.

BGH [Bundesgerichtshof] (2003), 08. Juli .2003 - VI ZR 304/02.

Blümel, Miriam, Sabine Fuchs und Reinhard Busse (2012): *Ressourcenverbrauch durch Verwaltung im deutschen Gesundheitssystem*, Technische Universität Berlin, Gutachten zur Vorlage bei der Bundesärztekammer.

BMV-Ä [Bundesmantelvertrag – Ärzte] in der Fassung vom 1. Oktober 2013.

BMV-Z [Bundesmantelvertrag – Zahnärzte] in der Fassung vom 1. April 2014.

Broge, Björn, Petra Kaufmann-Kolle, Tonia Kazmaier, Jürgen Pauletzki, Gerhard Willms und Joachim Szecsenyi (2014): *Stand und Perspektiven der externen gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V*, Gesundheits- und Sozialpolitik, 68. Jahrgang, 4-5/2014, S. 57 – 64.

Codagnone, Cristiano und Francisco Lupianez-Villanueva (2013): *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners*. Final Report, Study prepared for the European Commission, <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033>, abgeufen am 5.8.2014.

Danish Ministry of Health (2012): *eHealth in Denmark - eHealth as a part of a coherent Danish health care system*, Kopenhagen, April 2012.

Deutsches Ärzteblatt (2014): *Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis*, Jahrgang 111, Heft 21, 23. Mai 2014, A 963 – 972.

- Deutsche Rentenversicherung (2014): *Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015*, Stand Juli 2014.
- DHMA [Danish Health and Medicines Authority] (2014): *Quality and guidelines in the health area*, 06. Oktober 2014, <https://sundhedsstyrelsen.dk/en/health/quality-and-guidelines>, abgerufen am 04. Dezember 2014 um 18:59 Uhr.
- Dietzel, Gottfried (2001): *E-Health und Gesundheitstelematik: Herausforderungen und Chancen*, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 98, Heft 4, 26. Januar 2001, A-158 / B-132 / C-128.
- DMP-A-RL [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V], Berlin, in der Fassung vom 20. März 2014.
- DMP-RL [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V], Berlin, in der Fassung vom 19. Juni 2014.
- DoH [Department of Health - Northern Territory Government] (2005): *Remote Health Atlas - Section 7: Health Records - Documentation*, in der Fassung vom Dezember 2013.
- Doupi, P., E. Renko, S. Giest und J. Dumortier (2010): *Country Brief: Denmark*, European Commission, DG Information Society and Media, ICT for Health Unit, Oktober 2010.
- Duesberg, Erik, Tycho Möncks und Frank Duesberg (2009): *Netz- und applikationsübergreifende Virtualisierung der Arzt-Patienten-Kommunikation. Effizienzsteigerung und Serviceoptimierung durch das Online-Doctoring-Verfahren*, www.telemedizin Fuehrer.de/index.php?option=com_content&task=view&id=436&Itemid=62, abgerufen am 17.11.2014.
- EBM [Einheitlicher Bewertungsmaßstab] der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand: 4. Quartal 2014, 20. Januar 2015.
- EKVZ [Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte] in der Fassung vom 01. April 2014.
- FBO [Fortbildungsordnung] in der Fassung vom 8. Dezember 2011.
- FMH-Standesordnung [Standesordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte] in der Fassung vom 8. Mai 2014.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2014): *Vorschläge zur Festlegung weiterer geeigneter chronischer Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137f Abs. 1 SGB V*, Berlin, Mai 2014.
- Gesetzentwurf der Bundesregierung (2014): *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)*, Bundesrat, Drucksache 641/14, Berlin, 29. Dezember 2014.

- Gesetzentwurf der Bundesregierung (2012), *Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10488, Inkrafttreten am 26. Februar 2013, Berlin.
- Gill, Michael (2011): *A National Telehealth Strategy For Australia – For Discussion*, Australian National Consultative Committee on Electronic Health, November 2011.
- Hänggeli, Christoph und Werner Bauer (2010): *Ärztliche Fortbildung - Eine neue Ära hat begonnen*, Schweizerische Ärztezeitung, 2010; 91: 50, Seite 1981 – 1984.
- Heller, Günther und Christian Günster (2008): *Mit Routinedaten Qualität in der Medizin sichern - Aktuelle Entwicklungen und weitere Perspektiven*, GGW (Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK, WIdO), Jahrgang 8, Heft 1 (Januar), S. 26 – 34.
- infas [Institut für angewandte Sozialwissenschaft] (2014): *Ärztemonitor 2014 - Ergebnisse für Haus- und Fachärzte*, im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Vereinigung niedergelassener Ärzte Deutschlands e. V., Bonn, Juli 2014.
- IVP [Integrierte Versorgung Pflegeheim] (2008): *Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim*, Baden-Württemberg, in der Fassung vom 08.05.2008.
- KBV (2014): *Vordruckmustersammlung*, Berlin, in der Fassung vom 01. Oktober 2014.
- KPMG (2006): *Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe*, Dortmund, November 2006.
- Krankenhausbehandlungs-Richtlinien [*Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung*], Berlin, in der Fassung vom 24. März 2003.
- Krahforst, Herbert (2007): *Keine ärztliche Pflicht zur Abzeichnung der Heimdokumentation!*, Brandenburgisches Ärzteblatt 2/2007, 17. Jahrgang, S. 53.
- KVNO [Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein] (2001): *Dokumentation in der Praxis*, KVNO AKTUELL 10/01, Dezember 2001.
- KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] (2009): *Regelung des Fortbildungsnachweises gemäß § 95 d Abs. 6 SGB V*, Berlin, in der Fassung vom 25. März 2009.
- LÄK-BW [Landesärztekammer Baden-Württemberg (gemeinsam mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg)] (2014): *Schweigepflicht und Datenschutz Informationen für Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten*, Stand: 28.01.2014.
- LÄK-BW [Landesärztekammer Baden-Württemberg] (2013): *Merkblatt „Die Aufklärungs- und Informationspflichten des Arztes“*, Stand: Juli 2013.
- LÄK-BW [Landesärztekammer Baden-Württemberg] (2009): *Merkblatt zur ärztlichen Schweigepflicht*, Stand: Oktober 2009.

- Lüngen, Markus (2014): *Gesundheitsökonomische Kriterien einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung*, Gesundheits- und Sozialpolitik, 68. Jahrgang, 4-5/2014, S. 51 – 56.
- MBO-Ä [(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte] in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.
- MBO-Z [Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer], Stand: 19. Mai 2010.
- MCNSW [Medical Council of New South Wales] (2010): *Health Practitioner Regulation (NSW) Regulation 2010*.
- MCT [Medical Council of Tasmania] (2006): *Disposal of Medical Records*, Policy Paper No. 5, 3. Februar 2006.
- Medical Board of Australia: *Good Medical Practice: A Code of Conduct for Doctors in Australia*.
- Meule, Andrea und Hubert Rüedi (2011): *Die Aufbewahrung der Krankengeschichte und der gesetzliche Datenschutz*, Luzerner Arzt 87/2011, Seite 62 – 63.
- MGP [Ministerium für Gesundheit und Prävention in Dänemark] (2008): *Health Care in Denmark*, Kopenhagen, 2008.
- MFO [(Muster-)Fortbildungsordnung 2013] der Bundesärztekammer, in der Fassung vom 29. Mai 2013.
- Møller Pedersen, Kjeld, John Sahl Andersen und Jens Søndergaard (2012): *General Practice and Primary Health Care in Denmark*, Journal of the American Board of Family Medicine, Ausgabe 25, März / April 2012, Seite 34 – 38.
- Nancarrow, Susan (2013): *Barriers to the routine collection of health outcome data in an Australian community care organization*, Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2013:6, Seite 1 – 16.
- Niebuhr, Frank (2011): *Eine nachvollziehbare Infokette für alle Pflegebeteiligten einhalten*, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 11/2011, 64. Jahrgang, S. 42 – 44.
- OLG [Oberlandesgericht] Bremen, Urteil vom 18.11.1991, NJW 1992, 757.
- Pine, Michael, Harmon S. Jordan, Anne Elixhauser, Donald E. Fry, David C. Hoaglin, Barbara Jones, Roger Meimban, David Warner und Junius Gonzales (2007): *Enhancement of Claims Data to Improve Risk Adjustment of Hospital Mortality*, The Journal of the American Medical Association, Band 297, Heft 1, Seite 71 – 76.
- Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschuss (2014): *Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: G-BA forciert Routinedaten-Nutzung*, Berlin, Pressemitteilung Nr. 26 /2014 vom 19. Juni 2014.
- Powell, Alison E., Huw T. O. Davies und Richard G. Thompson (2003): *Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls*, Qual Saf Health Care 2003, Heft 12, Seite 122 – 128.

Püschmann, Hans, Günter Haferkamp, Klaus-Dieter Scheppokat, Heinrich Vinz und Matthias Wegner (2006): *Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation in Krankenakten*, Jahrgang 103, Heft 3, 20. Januar 2006, A 121 – 126.

Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V], Berlin, in der Fassung vom 18. April 2006.

Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV [Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V] vom 22. Dezember 2010.

Qesü-RL – Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung [Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 1 Abs. 1 sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, Berlin, in Kraft getreten am 18. Juni 2014.

RACGP [The Royal Australian College of General Practitioners] (2013): *QI&CPD Program - 2014-16 triennium handbook*, veröffentlicht im Dezember 2013, in der Fassung vom April 2014.

RACGP [The Royal Australian College of General Practitioners] (2010): *Standards for general practices*, 4. Ausgabe, veröffentlicht im Oktober 2010, in der Fassung vom Mai 2013.

Referentenentwurf der Bundesregierung (2015): *Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen*, Berlin, 19. Januar 2015.

Reich, Oliver, Roland Rapold, and Magdalena Flatscher-Thöni (2012): *An Empirical Investigation of the Efficiency Effects of Integrated Care Models in Switzerland*, International Journal of Integrated Care, Januar – März 2012: e2.

SAMW / FMH [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften / Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte] (2013): *Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis*, Hrsg.: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, 2. überarbeitete Auflage, Basel, 2013.

SAMW [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften] (2009): *Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität*, Schweizerische Ärztezeitung, 2009;90: 26/27, Seite 1044 – 1054.

Scheel, Oliver, Erik Thiry, Constance Schmidt-Rhode und Marc Berenbeck (2011): *Deutsches Gesundheitssystem auf dem Prüfstand – Kostenfalle Komplexität*, A.T. Kearney, Düsseldorf, Dezember 2011.

Scheidegger, Daniel (2014): *Medizinische Register; jetzt – aber richtig*, SAMW Bulletin, 3/14, Seite 1 – 4.

Schilling, Gerhard (2014): *Ja zum EPDG, aber zwingend mit flankierenden Massnahmen!*, Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz (MFE), Newsletter 10/14.

Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung, Stand: Januar 2014.

Verordnung über Patientenakten [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler] (2013), Behörde für Gesundheit und Medizin in Dänemark [Sundhedsstyrelsen], in der Fassung vom 02. Januar 2013.

Vrangbaek, Karsten (2013): *The Danish Health Care System*, The Commonwealth Fund, November 2013, Seite 28 – 36.

Weber, Beate und Rainer Rosenberger (2013): *Folgen ärztlicher Dokumentationsmängel*, Rheinisches Ärzteblatt, 3/2013, S. 25 – 28.

Weidinger, Patrick (2014): Wichtige Dokumentationsregeln, Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 8/2014, Jahrgang 25, S. 74 – 76.

Wille, Eberhard (2013): *Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung*, Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV), Mannheim, April 2013.

ZÄQM-RL [*Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung*], Berlin, in der Fassung vom 23. Januar 2014.

Rechtlicher Hinweis

Die vorstehenden Angaben und Aussagen stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Die verwendeten Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen und wurden als korrekt und verlässlich betrachtet, jedoch nicht unabhängig überprüft; ihre Vollständigkeit und Richtigkeit sind nicht garantiert, und es wird keine Haftung für direkte oder indirekte Schäden aus deren Verwendung übernommen, soweit nicht durch grobe Fahrlässigkeit oder vorsätzliches Fehlverhalten unsererseits verursacht.

Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung und ohne Angabe von Gründen geändert werden. Die vorstehenden Aussagen werden lediglich zu Informationszwecken des Auftraggebers gemacht und ohne darüber hinausgehende vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt.

Soweit in vorstehenden Angaben Prognosen oder Erwartungen geäußert oder sonstige zukunftsbezogene Aussagen gemacht werden, können diese Angaben mit bekannten und unbekannten Risiken und Ungewissheiten verbunden sein. Es kann daher zu erheblichen Abweichungen der tatsächlichen Ergebnisse oder Entwicklungen von den geäußerten Erwartungen kommen. Neben weiteren hier nicht aufgeführten Gründen können sich insbesondere Abweichungen aus der Veränderung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage, der Entwicklung der Finanzmärkte und Wechselkurse sowie durch Gesetzesänderungen ergeben.

Das Handelsblatt Research Institute verpflichtet sich nicht, Angaben, Aussagen und Meinungsäußerungen zu aktualisieren.

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Handelsblatt Research Institute.

Ansprechpartner:

Dennis Huchzermeier

Telefon: +49 (0)211 – 887 1574

E-Mail: huchzermeier@handelsblatt-research.com

Handelsblatt

RESEARCH INSTITUTE

Hohe Straße 46a

40213 Düsseldorf

Telefon: +49 (0)211 – 887 1100

www.handelsblatt-research.com