



Hilfe aus dem Netz? Chancen und Grenzen von Online-Medizin und Online-Psychologie

Zukunftsmusik – oder schon mitten drin?

Zur Implementierung von Telematik und Telemedizin im deutschen Gesundheitswesen



Dr. Franz Bartmann

Vorsitzender Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer

Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein

Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung



- ▶ integraler Bestandteil nahezu jeden medizinischen Fachgebiets
- ▶ kein eigenständiges Fachgebiet

Telemedizin ist ein **Sammelbegriff** für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte mit folgenden Kennzeichen:

- medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen **Diagnostik, Therapie** und **Rehabilitation** sowie der **ärztlichen Entscheidungsberatung**
- werden über **räumliche Entfernungen** (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht
- hierbei werden **Informations- und Kommunikationstechnologien** eingesetzt

Telemedizinische Patientenversorgung in Deutschland



search term	hits
Innere Medizin	207
Kardiologie	78
Neurologie	40
Psychiatrie und Psychotherapie	39
Notfallmedizin	25
Gynäkologie	11
Pathologie	15
...	

Abfrage 3.8.16 – kein Anspruch auf Vollständigkeit

Deutsches Telemedizinportal

Hilfe aus dem Netz?



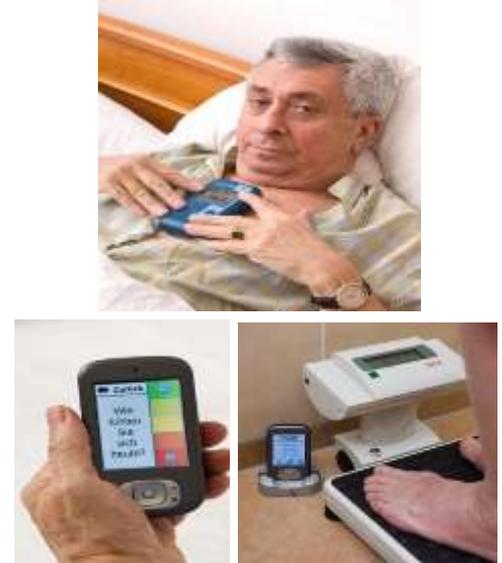
Beispiele telemedizinischer Patientenversorgung



Telekonsultation beim akuten Schlaganfall



Tele-Notarzt



Remote Management bei Herzinsuffizienz

Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung



2015 DÄT Frankfurt



Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung

Erarbeitet von der AG-Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015 und vom 118. Deutschen Ärztetag am 15.05.2015

Hintergrund

Telemedizinische Methoden¹ sind in der Patientenversorgung in sehr unterschiedlichem Maße etabliert. In einzelnen Teilbereichen, wie bspw. der Akutversorgung von Schlaganfall-Patienten, sind diese Methoden im deutschen Gesundheitssystem weit verbreitet. In anderen Bereichen sind diese Versorgungsmethoden im Stadium der Erprobung oder haben aus anderen Gründen nicht den Schritt in die Regelversorgung vollzogen.

Die Gründe hierfür sind mannigfaltig, neben der teilweise noch unzureichenden wissenschaftlichen Datenlage für diese Methoden sind telemedizinische Methoden aus unterschiedlichen Gründen nur sehr schwer bzw. kaum in den Regelvergütungssystemen abzubilden. Problematisch ist hierbei die sehr schwierige Differenzierung zwischen einerseits eHealth-Methoden, die vorbekannte medizinische Prozesse lediglich über moderne Informations- und Kommunikationstechnologie abbilden und andererseits eHealth-Methoden, die neuartige Versorgungsprozesse darstellen und entsprechende Nutzen- und Sicherheitsnachweise erfordern.

Im Sachverständigengutachten² wird neben einer Darstellung der potentiellen Vorteile und Nutzungspotentiale telemedizinischer Patientenversorgung auch auf die Problematik hingewiesen, dass bei diesen Methoden eine Tendenz zur angebotsgetriebenen Implementation von Gesundheitsleistungen zu beobachten sei.

Vor diesem Hintergrund ist es aus ärztlicher Sicht wichtig, Anwendungsgebiete zu benennen und die zugehörigen Versorgungsziele für telemedizinische Versorgungskonzepte aufzuzeigen, in denen diese Methoden aus der ärztlichen Perspektive heraus relevanten Nutzen in der Patientenversorgung stiften können. Neben der Benennung telemedizinischer Versorgungsszenarien werden im Folgenden auch grundsätzliche Anforderungen an telemedizinische Versorgungskonzepte zusammengestellt, die die notwendigen Voraussetzungen für die Anwendungsgebiete beschreiben.

Die Zusammenstellung soll eine Priorisierung innerhalb des vielfältigen Anwendungsspektrums telemedizinischer Patientenversorgung darstellen. Diese soll insbesondere die demographische Entwicklung und die damit einhergehenden Veränderungen und Probleme in unserem Gesundheitssystem berücksichtigen. Diese Priorisierung soll in der gesundheitspolitischen Diskussion im Themengebiet Telemedizin die ärztliche Position verdeutlichen.

Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung



Definition **grundsätzlicher Anforderungen** an telemedizinische Patientenversorgung

Qualitätssteigerung durch Verbesserung der **innerärztlichen Kommunikation** und Steigerung der **Versorgungsgerechtigkeit**

Vorbeugung gegen **Versorgungslücken**

Hilfe aus dem Netz?



Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung

Erarbeitet von der AG-Telemedizin und
beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015 und
vom 118. Deutschen Ärztetag am 15.05.2015

Hintergrund

Telemedizinische Methoden¹ sind in der Patientenversorgung in sehr unterschiedlichem Maße etabliert. In einzelnen Teilbereichen, wie bspw. der Akutversorgung von Schlaganfall-Patienten, sind diese Methoden im deutschen Gesundheitssystem weit verbreitet. In anderen Bereichen sind diese Versorgungsmethoden im Stadium der Erprobung oder haben aus anderen Gründen nicht den Schritt in die Regelversorgung vollzogen.

Die Gründe hierfür sind mannigfaltig: neben der teilweise noch unzureichenden wissenschaftlichen Datenlage für diese Methoden sind telemedizinische Methoden aus unterschiedlichen Gründen nur sehr schwer bzw. kaum in den Regelvergütungssystemen abzubilden. Problematisch ist hierbei die sehr schwierige Differenzierung zwischen einerseits e-Health-Methoden, die vorkonzipierte medizinische Prozesse lediglich über moderne Informations- und Kommunikationstechnologie abbilden und andererseits e-Health-Methoden, die neuartige Versorgungsprozesse darstellen und entsprechende Nutzen- und Sicherheitsnachweise erfordern.

Im Sachverständigengutachten² wird neben einer Darstellung der potenziellen Vorteile und Nutzenpotentiale telemedizinischer Patientenversorgung auch auf die Problematik hingewiesen, dass bei diesen Methoden eine Tendenz zur angebotsgetriebenen Implementation von Gesundheitsleistungen zu beobachten sei.

Vor diesem Hintergrund ist es aus ärztlicher Sicht wichtig, Anwendungsgebiete zu benennen und die zugehörigen Versorgungsziele für telemedizinische Versorgungskonzepte aufzuzeigen, in denen diese Methoden aus der ärztlichen Perspektive heraus relevanten Nutzen in der Patientenversorgung stiften können. Neben der Benennung telemedizinischer Versorgungsszenarien werden im Folgenden auch grundsätzliche Anforderungen an telemedizinische Versorgungskonzepte zusammengestellt, die die notwendigen Voraussetzungen für die Anwendungsgebiete beschreiben.

Die Zusammenfassung soll eine Priorisierung innerhalb des vielfältigen Anwendungsspektrums telemedizinischer Patientenversorgung darstellen. Diese soll insbesondere die demographische Entwicklung und die damit einhergehenden Veränderungen und Probleme in unserem Gesundheitssystem berücksichtigen. Diese Priorisierung soll in der gesundheitspolitischen Diskussion im Themengebiet Telemedizin die ärztliche Position verdeutlichen.



Erfolgreiche telemedizinische Patientenversorgung

Medizinischer
Sinn/Evidenz

Regulatorischer
Rahmen

Business Case

Douglas Fridsma, MD

bis 2014 wissenschaftlicher Leiter beim National Coordinator for Health Information Technology

Hilfe aus dem Netz?



Erfolgreiche telemedizinische Patientenversorgung

Medizinischer
Sinn/Evidenz

Datenschutz

Berufsrecht

Haftung

Business Case

Douglas Fridsma, MD

bis 2014 wissenschaftlicher Leiter beim National Coordinator for Health Information Technology

Hilfe aus dem Netz?



Erfolgreiche telemedizinische Patientenversorgung

Medizinischer
Sinn/Evidenz

Datenschutz
Rechtlicher
Berufsrecht
Kanon
Haftung

Business Case

Douglas Fridsma, MD

bis 2014 wissenschaftlicher Leiter beim National Coordinator for Health Information Technology

Hilfe aus dem Netz?

Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung in der MBO-Ä



§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(4) Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, **insbesondere auch Beratung**, nicht **ausschließlich** über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.





Hinweise und Erläuterungen zur Fernbehandlung



Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Berlin, 11.12.2015

Die Fernbehandlung ist in der (Muster-)Berufsordnung und in den Berufsordnungen der (Landes-)Ärztekammern nicht legal definiert. In der juristischen Literatur finden sich verschiedene Beschreibungen dieses Begriffs.¹

Umgangssprachlich wird die Regelung in § 7 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte² (MBO-Ä)³ als „Fernbehandlungsverbot“ bezeichnet. Dies ist jedoch nicht korrekt, weil § 7 Abs. 4 MBO-Ä kein generelles Verbot einer „Fernbehandlung“ statuiert.

Die (Muster-)Berufsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Ärzte gegenüber den Patienten, den Berufskollegen und der (Landes-)Ärztekammer. Normiert werden u. a. Behandlungsgrundsätze sowie Verhaltensregeln und in diesem Kontext in § 7 Abs. 4 MBO-Ä, wie eine individuelle ärztliche Beratung und Behandlung unter Einsatz von Print- und Kommunikationsmedien **nicht** durchgeführt werden darf. Danach ist eine ärztliche Beratung und Behandlung eines Patienten unter Einsatz von Print- und Kommunikationsmedien nicht grundsätzlich unzulässig; lediglich die *ausschließliche* Fernbehandlung ist nach § 7 Abs. 4 MBO-Ä berufsrechtlich untersagt.

Modellhafte Beschreibung
unterschiedlicher
telemedizinischer
Versorgungsmethoden und
berufsrechtliche Erläuterung

www.bundesaerztekammer.de



Telemedizinische Interaktionsmodelle

Modell		Beispiel	Unzulässige Fernbehandlung?
1	Telekonsil Arzt - Arzt	Teleradiologie	Grün
2	Telediagnostik	Tele-Schnellschnitt	Grün
3	Telekonsil Arzt-Gesundheitsfachberuf	Tele-Notarzt	Grün
4	Telekonsil Arzt – Arzt/Patient	Schlaganfall/Tempis	Grün
5	Telemonitoring Patient – 1 Arzt	RR/BZ-Überwachung	Grün
6	Telemonitoring arbeitsteilig	Herzinsuffizienz	Grün
7	Telekonsultation Arzt-Patient	Medgate	Rot

Hilfe aus dem Netz?



Aktuelle Entwicklung

Ärzeschaft

Modellvorhaben für reine Fernbehandlungen in Baden-Württemberg künftig möglich

Montag, 25. Juli 2016

Stuttgart – Erweiterte Möglichkeiten für sogenannte Fernbehandlungen hat jetzt die Landesärztekammer Baden-Württemberg geschaffen. Die Vertreterversammlung gestattete am vergangenen Samstag Modellprojekte, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze erfolgen.

Die Regelungen für die Betreuung über Kommunikationsnetze greift die Muster-Berufsordnung auf. Dort heißt es im Paragraf 7 Absatz 4: „Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“

E-Health



- Modellvorhaben für reine Fernbehandlungen in Baden-Württemberg künftig möglich
- App der Bundesärztsuche zeigt jetzt auch QEP-Zertifizierung an
- Mehr als 100.000 Nutzer im sicheren Netz der KVen

Aktuelle Themen

Hilfe aus dem Netz?



Landesärztekammer Baden-Württemberg

Beschluss der Vertreterversammlung vom 23. Juli 2016:

(vorbehaltlich Prüfung durch Rechtsaufsicht)

Ergänzung von § 7 Abs. 4 der in Baden-Württemberg geltenden Berufsordnung:

"Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landesärztekammer und sind zu evaluieren."



....und die Infrastruktur???

Hilfe aus dem Netz?



Digitalisierung im Gesundheitswesen - Gesetzgebung



Anlass



GKV-Modernisierungsgesetz 2003

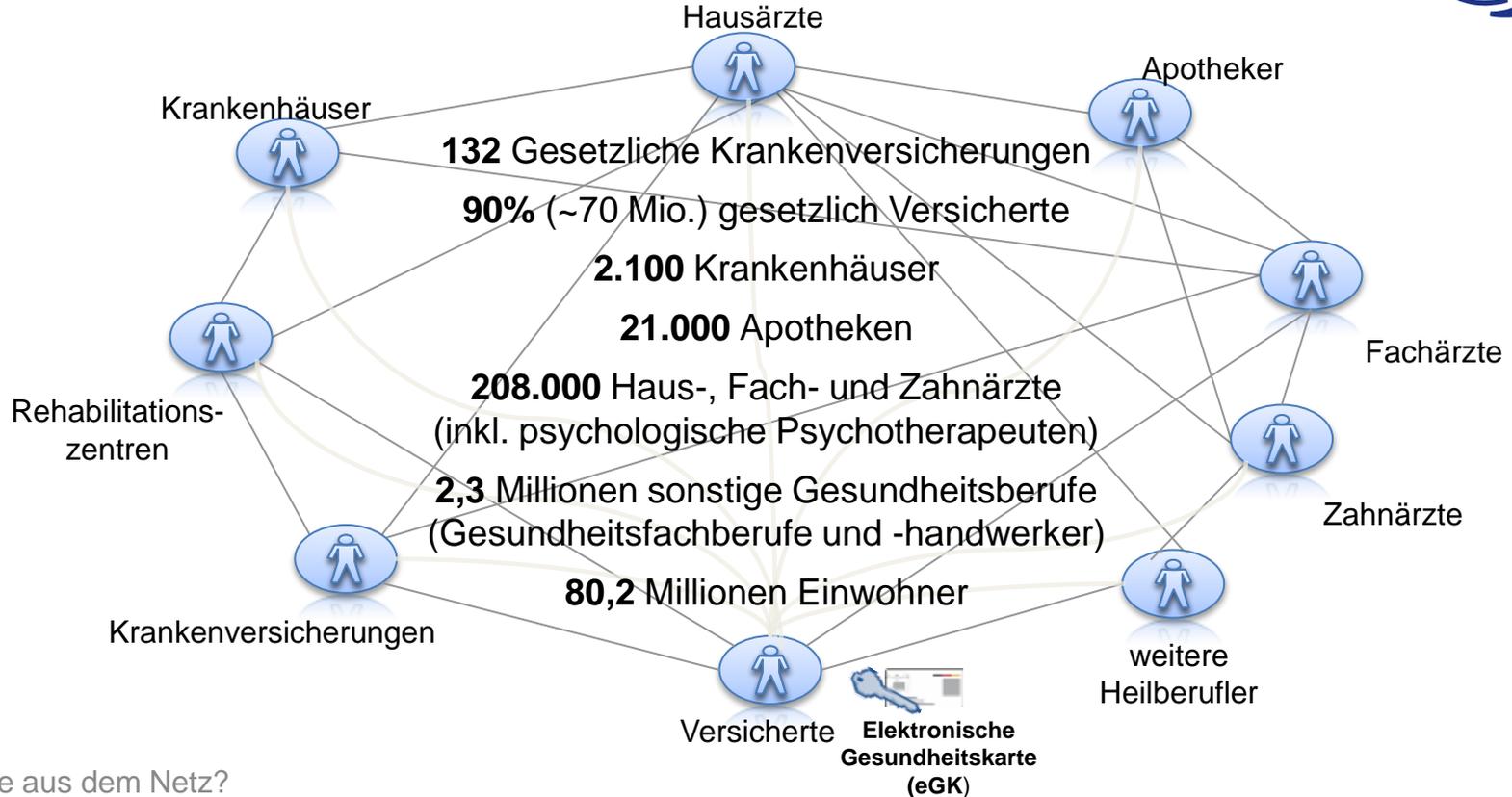
Ziel: Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung

Aufbau einer sicheren Infrastruktur für den elektronischen Informationsaustausch im Gesundheitswesen

→ **Telematikinфраstruktur + eGK**



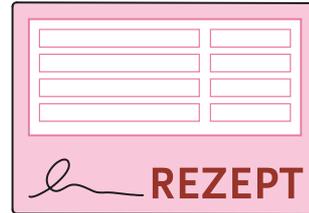
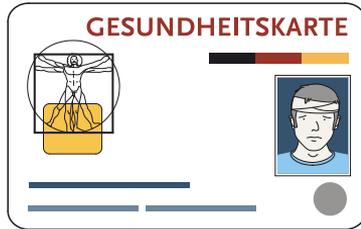
Gesamtprojekt: Vernetzung des Gesundheitswesens



Hilfe aus dem Netz?



Auftrag des Gesetzgebers (seit 2004)



eRezept



ePatientenakte

2004 Gesetz tritt in Kraft

...

2006 gesetzlicher Einführungstermin

...

2016 ...?



Notfalldaten



eArztbrief

E-Health-Gesetz



Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen zum 01.01.2016

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze¹⁾

Vom 21. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des

Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 13. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 5 Absatz 3a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.“

1. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 16

Ärztliche Beförderung,
elektronische Gesundheitskarte“.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder physiotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben ihren Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuweisen.“

c) In Absatz 5 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt und werden die Wörter „Kranken- oder“ gestrichen.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

b) In Satz 3 werden die Wörter „zu vertretenen Umständen“ durch die Wörter „verschärfte Gründe“ und die Wörter „und eine Gebühr von 5 Euro erhoben“ durch die Wörter „kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden“ ersetzt.

c) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschärfte Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird. Die stattdessen Ausstellung einer Bescheinigung nach Satz 4 kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte inaktiv; hinaus ist der Versicherte bei der erstmaligen Ausstellung einer Ersatzbescheinigung hinzuweisen.“

d) In dem neuen Satz 6 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

1a. § 20 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Aufenthalt im Ausland indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt oder im Rahmen der Ausübung vorgesehen ist oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Erkrankung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland einzubringen.“

2. Nach § 21 wird folgender § 21a angefügt:

„§ 21a

Medikation

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verschiedene Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Stützung und Aushängung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertraglichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Krankenkassen mit der Bundesregierung und

¹⁾ Gestraft gemäß der Nummer 604420 des Bundesrechtsanwalts und des Rechts vom 21. Juli 1993 über die Internetpublikation von Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder und des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 13. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2228) geändert wurde. Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482, das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 13. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2228) geändert wurde.



Zielsetzung E-Health-Gesetz



„Mit dem E-Health-Gesetz treiben wir den Fortschritt im Gesundheitswesen voran. Dabei stehen Patientennutzen und Datenschutz im Mittelpunkt. Eine sichere digitale Infrastruktur verbessert die Gesundheitsversorgung und stärkt die Selbstbestimmung der Patienten – das bringt echten Nutzen für die Versicherten“

H. Gröhe, Juni 2015

„Wer blockiert, der zahlt“

H. Gröhe, Mai 2015



Eckpunkte des E-Health-Gesetzes



- **verbindliche Termine** für die Einführung der Telematikinfrastruktur
- **verbindliche Termine** für die Einführung von eAnwendungen
- Einführung neuer eAnwendungen
- **Bonus-Malus-Regelungen**



Bundeseinheitlicher Medikationsplan

Medikationsplan Seite 1 von 1	für: Michaela Mustermann ausgedruckt von: Dr. Manfred Überall Hauptstraße 55, 01234 Am Ort Tel: 04562-12345 m.ueberall@mein-netz.de	geb. am: 13.12.1936 ausgedruckt am: 15.12.2014	
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	WAF- gibt	NS- Tage	Wochen- Tage	Zu- nahme	Einheit	Hinweise	Grund
Ramipril	RAMIPRIL STADA 5MG	5 mg	Tabl.	1	0	0	0	St	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	HCT DURA 25MG TABLETTEN	25 mg	Tabl.	1	0	0	0	St	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Clopidogrel	PLAVIX	75 mg	Tabl.	0	0	1	0	St	während der Mahlzeiten	art. Verschluss
Simvastatin	SIMVALIP 20MG	20 mg	Tabl.	0	0	1	0	St	nach der Mahlzeit	erhöhte Bluffette

Anwendung unter die Haut

Insulin-Isophan	PROTAPHANE PENFILL ZAM	300 I.E.	Amp.	20	0	10	0	I.E.	sub cutan	Diabetes
-----------------	---------------------------	----------	------	----	---	----	---	------	-----------	----------

Bedarfsmedikation

Glyzerolnatrium (Nitroglycerin)	NITRANGIN PUMPSPRAY	0,4 mg	Spray	max. 3				Hub	akut	Herzschmerzen
Diphenhydramin	VIVINOX SLEEP SCHLAFTAB ST	50 mg	Tabl.	0	0	0	1	St	bei Bedarf	Schlaflosigkeit

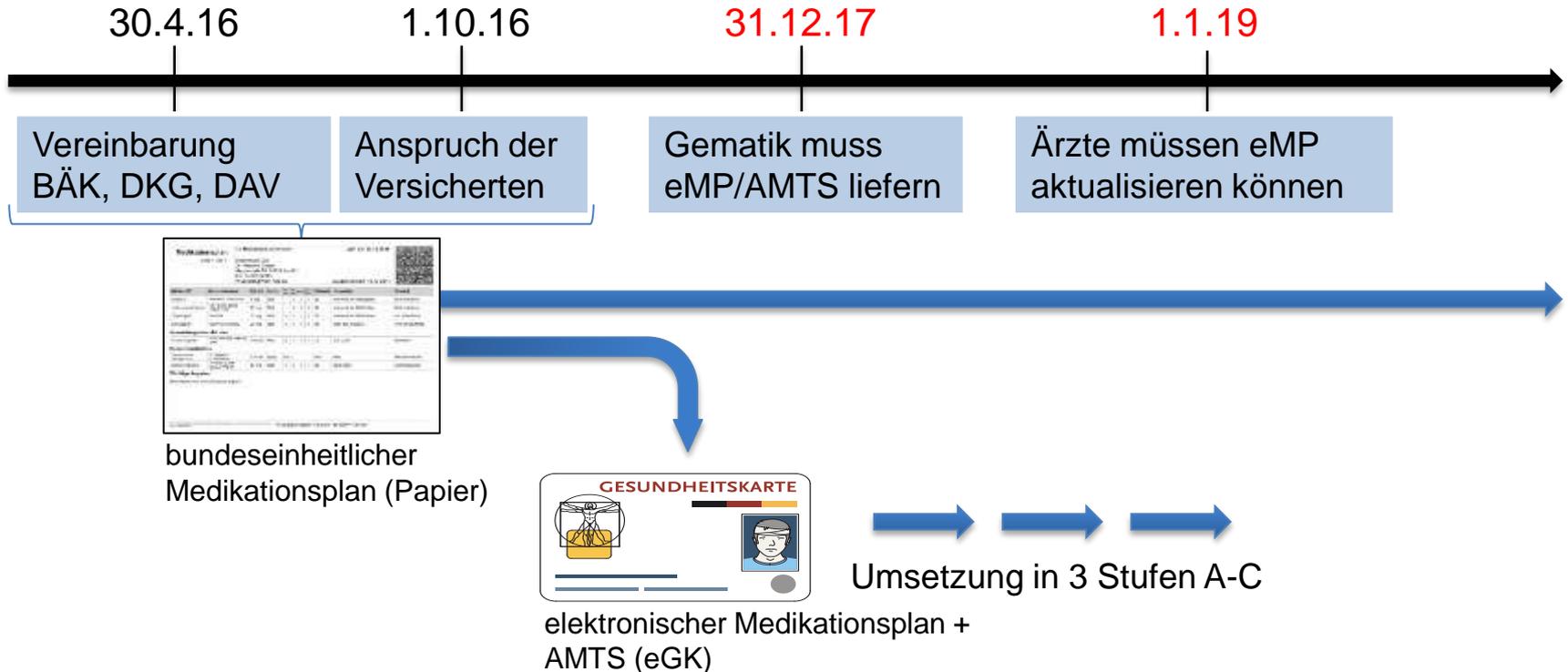
Wichtige Angaben
Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen.
Bf-DE Version 2.2 "Medikationsplan-Factory" ihr EDV-Partner

- eHealth-Gesetz § 31a SGB V
- Ziel: **Verbesserung der Patienteninformation**
- Barcode als einfache interoperable Lösung



Medikationsplan – schrittweise Einführung



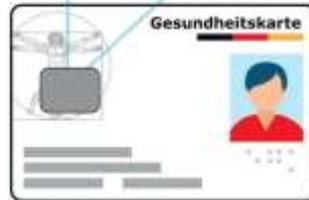
Hilfe aus dem Netz?

Notfalldaten auf der eGK



NFD
Notfalldatensatz
Notfallrelevante
medizinische
Informationen

DPE
Datensatz Persönliche Erklärungen
Hinweise auf den Aufbewahrungsort
von Organspendeausweis,
Patientenverfügung und
Vorsorgevollmacht



Notfalldaten Petra Schmidt			
geb. 20.08.1968 (Geburtsdatum) 20.08.2018			
Diese Notfalldaten sind insgesamt am 01.07.2018 von der Berlin Brandenburgischen Firebird GmbH erstellt worden. Die Notfalldaten sind auf dem neuesten Stand. Die Notfalldaten sind für die Notfallversorgung der Bevölkerung im Notfall zu verwenden. Die Notfalldaten sind für die Notfallversorgung der Bevölkerung im Notfall zu verwenden. Die Notfalldaten sind für die Notfallversorgung der Bevölkerung im Notfall zu verwenden.			
ERKRANKUNGEN			
Erkrankung	Medizinische Beschreibung	ICD-10	Erstdiagnose
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2008
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2009
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2010
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2011
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2012
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2013
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2014
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2015
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2016
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2017
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2018
MEDIKATION			
Medikation	Wirkstoff	Stärke	Erstverordnung
Tamoxifen hydrochlorid	0,4 mg	1000 mg	01.07.2008
Acetylsalicylsäure	100 mg	100 mg	01.07.2008
Acetylsalicylsäure	100 mg	100 mg	01.07.2009
Paracetamol	500 mg	500 mg	01.07.2008
Coffein	50 mg	50 mg	01.07.2008
ALLERGIEN			
Allergie	Substanz	Reaktion	Erstdiagnose
Penicilline	Keine	Keine	01.07.2008
ERSCHEINUNGEN			
Erkrankung	Medizinische Beschreibung	ICD-10	Erstdiagnose
Infarkt	Myokardinfarkt	I21	01.07.2008
Schlaganfall	Ischämischer Schlaganfall	I63	01.07.2008
Koronararterienkrankheit	Koronararterienkrankheit	I25	01.07.2008
Bronchitis	Chronische Bronchitis	J42	01.07.2008
Bluthochdruck	Hypertonie	I10	01.07.2008
Zusatzinformationen auf Wunsch des Patienten (je nach System)			
WACHSEN			
Parameter	Einheit	Erstmessung	Erstdiagnose
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2008
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2009
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2010
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2011
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2012
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2013
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2014
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2015
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2016
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2017
Blutdruck	mmHg	120/80	01.07.2018
ÄRZTE			
Ärztliche Person	Spezialität	Praxis	Erstdiagnose
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2008
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2009
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2010
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2011
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2012
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2013
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2014
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2015
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2016
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2017
Dr. med. Franz Pöschel	Allgemeinmedizin	München	01.07.2018

Hilfe aus dem Netz?



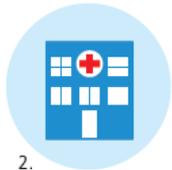
Einsatzszenarien



Szenario 1

präklinische Patientenversorgung
durch Rettungsdienst

Notarzteinsätze **2,1 Mio**
Notfalleinsätze ohne Notarzt **2,3 Mio**



Szenario 2

ungeplante Patientenaufnahme
in der Notaufnahme eines
Krankenhauses

Notfälle - stationär aufgenommen **6,6 Mio**
Notfälle - ambulante Behandlung **5,4 Mio**



Szenario 3

ungeplante Notfallversorgung
im ambulanten Versorgungssektor

Notfälle im amb. Bereich **12,6 Mio**

3. Hilfe aus dem Netz?



Notfalldaten im E-Health-Gesetz

- Erprobung der Notfalldaten auf der eGK muss bis **01.01.2018 abgeschlossen sein**
 - **Haushaltskürzung KBV, KZBV und GKV-SV ab 2018 auf Niveau 2014 -1%**
- Vereinbarung zur Vergütung muss bis **30.09.2017 erfolgt sein**
- **Aktueller Projektstand:**
 - Konzepte, Spezifikationen, technische Dokumente fertiggestellt
 - wissenschaftliche Evaluation läuft aktuell
 - Projektrisiko: EU-Verordnung eIDAS über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste

Evaluation der NFD-Datenfelder



TABELLE

Bewertung mit „großer Nutzen“ oder „sehr großer Nutzen“*

	Ärzte Notaufnahme N = 14 (in %)	Notärzte (präklinisch) N = 14 (in %)	Rettungsassistenten N = 9 (in %)
Beurteilung des Gesamtkonzepts Notfalldaten auf der eGK	100	92,8	88,9
Beurteilung im jeweiligen Studienszenario	70,7	75,4	79,4
Beurteilung einzelner Datenfelder (in %)			
Diagnosen	69,6	75,4	77,7
Medikamente	75,6	70,8	73,0
Allergien und Unverträglichkeiten	46,2	12,5	40,0
Implantate	69,9	63,8	37,5
Besondere Hinweise	41,8	36,2	38,4

*Auf einer Skala mit den Ausprägungen „sehr großer Nutzen“, „großer Nutzen“, „mäßiger Nutzen“, „geringer Nutzen“, „kein Nutzen“

Dt. Ärzteblatt, 2015 (Heft 19)

Hilfe aus dem Netz?



Studie NFDM-Sprint

Anlage Notfalldatensatz
(z.B. durch den Hausarzt)



Auslesen Notfalldatensatz
(z.B. durch Notarzt)



In einem Notfall

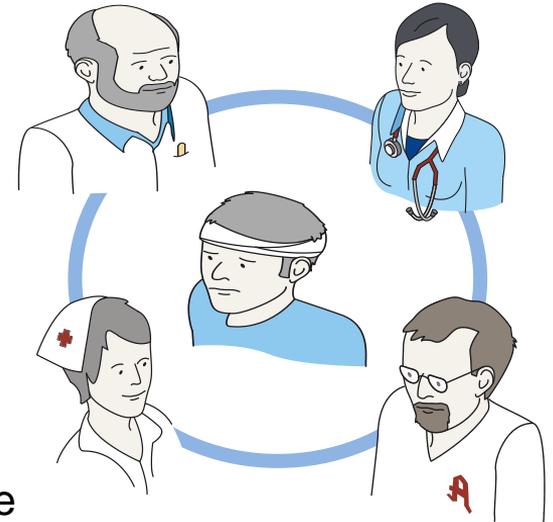
- Arbeitsabläufe bei Anlage und Aktualisierung werden erprobt
- 40 Ärzte in Münster und Umgebung legen 4000 Notfalldatensätze an
- Evaluation einschließlich Patientenbefragung
- Datenerhebung läuft aktuell

Hilfe aus dem Netz?



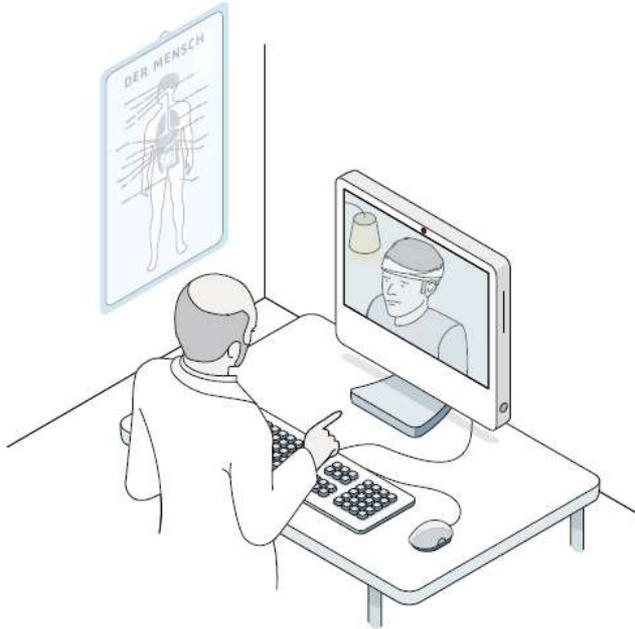
Königsdisziplin ePatientenakte

- Hohes Nutzenpotential in der **Verbesserung der Kommunikation** bei zunehmend arbeitsteiliger Patientenversorgung
- **elektronische Patientenakten**
 - medizinischer Nutzen
 - Datenschutz
 - informationelles Selbstbestimmungsrecht
 - Migration in gegenwärtige Versorgungsprozesse
 - Herausforderung Terminologien und Ordnungssysteme





Videokonsil



- Einführung ab **01.07.2017**
- Abrechnungsziffer im EBM muss geschaffen werden
- Betreuung von Bestandpatienten

Hilfe aus dem Netz?



Öffnung der Telematikinfrastuktur

- für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens (ohne Bezug auf die eGK)
- für Gesundheitsforschung
- Prüfauftrag bis zum 31.12.2016 zur Nutzung und Anbindung „mobiler und stationären elektronischen Endgeräten“ des Versicherten (Smartphone, home-PC)



Prüfauftrag an KBV und GKV-SV bis zum 31.12.2016:

bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren zu ersetzen.



- Digitalisierung im Gesundheitswesen soll durch E-Health-Gesetz mit verbindlichen Einföhrungsterminen und Bonus-Malus-Regelungen vorangetrieben werden
- mit einheitlichem Medikationsplan (ab 1.10.16 auf Papier – ab 1.1.18 elektronisch) werden Auswirkungen zeitnah in Patientenversorgung sichtbar
- Notfalldaten-Projekt wird derzeit wissenschaftlich evaluiert und soll ab 1.1.18 verföghar sein
- Videokonsultation (mit Bestandspatienten) vorauss. ab Mitte 2017

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

34