



KGW-Informationsveranstaltung zur Finanzierungsvereinbarung und zum aktuellen Sachstand zur Einführung der Telematikinfrasturktur für die Anbindung der Krankenhäuser

Finanzierungsvereinbarung – Auswirkungen für die Krankenhäuser aus Sicht der DKG

Jan Neuhaus

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

1. Blick der DKG auf die TI
2. Exkurs Feldtest eHealth-Konnektoren
3. Finanzierungsvereinbarung
4. Aufgaben für die Krankenhäuser

1. Blick der DKG auf die TI
2. Exkurs Feldtest eHealth-Konnektoren
3. Finanzierungsvereinbarung
4. Aufgaben für die Krankenhäuser

- Krankenhäuser arbeiten mehr und mehr in Kooperationen
 - Einrichtungsübergreifend
 - Intersektoral
- IT ermöglicht effiziente Kommunikation in Kooperationen
- Benötigt werden
 - Grundlegende Verbindungen (Netze)
 - Digitale Identifikation der Akteure
 - Verschlüsselung und Integritätssicherung

- (Fast) jedes IT-Projekt klärt neu die Fragen:
 - Wie werden die Kommunikationspartner erreicht?
 - Welche Leitungsverschlüsselung ist möglich ?
 - Wie werden Dokumente verschlüsselt?
 - Wie werden zugriffsberechtigte Personen oder Institutionen digital identifiziert?
 - Wie erfolgt die Anmeldung an den Systemen?
 - Wie einigt man sich auf die Formate der Dokumente und deren Inhalte?
 - Wer implementiert die neuen Schnittstellen zu welchen Kosten?

- Die Telematik-Infrastruktur löst viele dieser Probleme
 - Ein **einheitliches Netz** für die Gesundheitsversorgung
 - Jeder Teilnehmer ist, wenn nötig, digital **identifizierbar**
 - Jeder Teilnehmer hat Zertifikate zur **Verschlüsselung und zur Integritätssicherung** von Dokumenten
 - Viele **Sicherheitsfunktionen** werden über den Konnektor „verkapselt“ und in Verantwortung der Telematik **fortgeschrieben**
 - Über die medizinischen Anwendungen, insbesondere die elektronische Patientenakte, wird auch die **Standardisierung der Dokumente** vorangetrieben
- Jede Verzögerung kostet Geld,
jeder Fehlentscheidung kostet noch mehr

1. Blick der DKG auf die TI
2. Exkurs Feldtest eHealth-Konnektoren
3. Finanzierungsvereinbarung
4. Aufgaben für die Krankenhäuser

- Ziele der Feldtests
 - Testung des Konnektors auf Interoperabilität und Eignung in realen Umgebungen
 - Erprobung der neuen Anwendungen
- Unterschiedliche Ziele, unterschiedliche Maßnahmen
 - Testung des Konnektors über eine Zulassungsaufgabe mit Vorgabe für Teilnehmer und Transaktionen
 - Erprobung über Finanzierungsvereinbarung mit Leistungserbringern

- **Konnektorherstellersicht**
 - Zulassungsverfahren durchlaufen und Zulassung mit Auflage erhalten
 - Feldtestregion finden, Anwender und Partner finden, Feldtest vertraglich absichern
 - Feldtest durchführen (lassen)
 - Zulassung zum Rollout
- **Primärsystemherstellersicht**
 - Vertrag mit Konnektorhersteller oder Anwender schließen und Software anpassen
 - ggf. bei gematik Konformität bestätigen lassen
 - Produkte bei den Feldtestteilnehmern ausrollen
- **Anwendersicht**
 - Sicherstellen, dass die Feldtestbedingungen von den Herstellern erfüllt werden und selber zusichern, die Testung durchzuführen
 - Produkte (und evtl. weitere Test-Unterstützung) kaufen
 - Am Feldtest teilnehmen
 - Daten für wissenschaftliche Evaluation liefern
 - Abschlusszahlungen nach erfolgreichem Feldtest

- Inhalte der Feldtest
 - Dauer 8 Wochen innerhalb von 6 Monaten
 - Mengengerüste

	Primärsystem	Teilnehmer
KH	Min 1	1-2
Praxis	Min 2	70-75
Apotheke	Min 2	8-16

	NFD anlegen	NFD aktualisieren	...	eMP schreiben	eMP lesen	...
KH	-	10		10	10	
Praxis	1400	40		2800	40	
Notdienst	-	10		-	-	
Apotheke	-	-		320	20	

- Inhalte der Feldtest
 - RZK und EBK können in einer Region getestet werden und die Mengengerüste gelten für beide
 - Für die Apotheken und Praxen werden EBK benötigt – einen RZK alleine in den Feldtest bringen wird schwierig aber nicht unmöglich
 - Die Sonderfinanzierung steht nur einmal pro Konnektor zur Verfügung und muss ggf. zwischen den zwei Krankenhäusern geteilt werden

- Zusammenfassung
 - Projekt mit vielen Beteiligten
 - Koordinator benötigt – mehrere Optionen:
 - Hersteller KIS
 - Hersteller PVS
 - Hersteller Konnektor
 - Krankenhaus
 - Extern, von Krankenhaus beauftragt
 - Verträge zwischen den Parteien sehr wahrscheinlich notwendig

1. Blick der DKG auf die TI
2. Exkurs Feldtest eHealth-Konnektoren
3. Finanzierungsvereinbarung
4. Aufgaben für die Krankenhäuser

- Historisch am Anfang, setzt Ausstattung nach „normaler“ Finanzierung voraus

1.350.000 €	für Testung mit RZK
400.000 €	für NFDM und eMP (müssen gemeinsam getestet werden!)
120.000 €	für Organisation der Testung im Krankenhaus

- Verpflichtung zur Wissenschaftlichen Evaluation
- Bei Testabbruch maximal nachgewiesene Kosten

- Vereinbarung basiert auf Nutzung medizinischer Anwendungen
- Damit werden eHealth-Komponenten benötigt
- Konnektoren dieser Ausbaustufe sind noch nicht verfügbar!

Finanzierungsvereinbarung § 3 Leistungsbereiche

- Liste aller möglichen finanzierbaren Bereiche
- Überlappung mit KBV-Vereinbarung abgesprochen und absichtlich → IT-Systeme der Krankenhäuser sollen nicht zerteilt werden
- MVZ, Ermächtigungsambulanzen und die Notfallversorgung nach §76 Abs. 1 S. 2 SGB V können sich für Ausstattung mit Krankenhaus entscheiden
- Verzichtserklärungen müssen von der verantwortlichen Person abgegeben werden
- Sie müssen abgegeben werden, bevor der erste Prüfnachweis die KV-Abrechnung erreicht!

Finanzierungsvereinbarung § 4 Konnektor+SMC-B

- Wahlfreiheit zwischen RZK und EBK
 - Muss aber wirtschaftlich sein
 - Ab 51 Kartenterminals Wirtschaftlichkeit RZK prüfen
- Konnektoren pro Standort ➔ Hier muss geprüft werden, wie viele Standorte gezählt werden
- Pro Standort immer ein Ersatzkonnektor
- Pauschale für EBK wird immer KBV-Pauschale entsprechen
- Pauschale für RZK ist 3.000 € und kann angepasst werden
- Wer mehr als einen RZK aktiv nutzen muss, erhält eine Pauschale in Höhe von 2.000 € für eine Administrationssoftware
- Die Anzahl SMC-B hängt von den Mandaten ab – also den einzeln zu identifizierenden Rechtseinheiten
- Es gibt pro Krankenhaus, nicht pro Standort, eine Ersatz-SMC-B

- Analog der alten Vereinbarung
- Mit vereinfachter Rechenregel nur noch auf Basis der Betten (pro 25 Betten)
- Aufnahmen in den Ambulanzen sind inkludiert
- Sonderregelung für die Ambulanzen aus der KBV-Regelung: je ein KT pro MVZ und pro Ermächtigungsambulanz und 3 KT pro Notfallambulanz
- Pro Kartenterminal gibt es eine Pauschale von 435 €

Finanzierungsvereinbarung § 6 Med. Terminals

- Nur abhängig von der Anzahl Ärztinnen und Ärzte
- Division durch 3 leitet sich aus dem Dreischichtbetrieb ab
- Nachweise analog dem Nachweis der Pflegekräfte
- Diese KT werden nur benötigt, um die Notfalldaten zu signieren und evtl. auf einen HBA verschlüsselte Nachrichten lesen zu können bzw. Nachrichten mit einem HBA zu signieren → Wenn diese Bürde wegfällt, wird auch nicht an jedem Arbeitsplatz ein KT benötigt
- Pro STÄB-Team eine Pauschale von 350 € für ein mobiles KT

Finanzierungsvereinbarung §7 Anpassungen

- Für den Aus- und Umbau der IT-Infrastruktur eine Pauschale pro im Einsatz befindlichem Konnektor von 40.000 bzw. 20.000 €
- Für die Anpassung der Software pro Krankenhaus eine Pauschale von 50.000 € inkl. EPA/EPF
- Das ergibt einen Modulpreis von z. B. 10.000 € pro Modul
- Die den Herstellern zukommenden Entwicklungskosten betragen 98 Mio. € auf z. B. 20 Hersteller ergibt pro Hersteller ca. 5 Mio. €

- Die TI-Einführung ist ein Projekt und muss so behandelt werden, hier wurde eine Pauschale erreicht für
 - Projektplanung und -durchführung
 - Anpassung der Notfallpläne und Ausfallkonzepte (bis zum BCM)
 - Schulungen für IT-Personal und Endanwender
- Pauschale von 150 € pro Bett → Drittgrößter Posten nach Infrastruktur und Software
- Diese Mittel sollten dringend dafür verwendet werden

Finanzierungsvereinbarung §9 Betrieb

- Pauschale für SMC-B von 93 € pro Jahr
 - Evtl. entstehen hier Mehrkosten
- Pauschale für HBAs von 46,50 € pro Jahr
 - Hier muss geregelt werden, wie diese gemeldet wird und zu den Ärztinnen und Ärzten kommt
- Pauschale für VPN-Dienst über 792 € pro Jahr pro aktiven Konnektor
- Pauschale für Hardwarewartung von 20 % auf Konnektorpauschale
- Pauschale pro Block von 25 KT von 100 € für den ersten und dann 1800 € für jeden weiteren Block, gedeckelt auf 54.100 €
- Im ersten Jahr werden die Pauschalen anteilig gezahlt (Monat der Nutzung)
- Die Betriebskosten können erst ab Verfügbarkeit eines eHealth-Konnektors
- Eine Ausstattung mit VSDM-Konnektoren bedeutet, dass man auf eigene Kosten die Updates finanzieren muss und

- Sollen auf anderem Wege fließen
- Keine Umlage über Zuschlag
- Bisheriger Plan: Zusatzentgelte vereinbaren, die direkt mit auf die Rechnung kommen
- Gesetzgeber wird dies evtl. explizit ermöglichen

- Ermittlung wie bekannt...
 - Ausgleiche fließen in den Zuschlag des nächsten Jahres ein
 - Durch die Betriebskosten ist der Zuschlag jedes Jahr bis auf weiteres zu vereinbaren
 - Anpassung der Berechnungsgrundlage für die Betriebskosten sind bisher nicht vereinbart

- Juristische Notwendigkeiten
- Inkrafttreten zum 1.10.2018 hat symbolische Bedeutung
- Ausstattung eigentlich erst in 2019 möglich

Hochrechnung der Finanzmittel auf Basis von
Daten aus Qualitätsberichten aber ohne
Zahlen für Ambulanzen:

Ca. 430.000.000 € Ausstattung

Ca. 18.000.000 € jährliche Betriebskosten

Aktuell müssen die vertragsärztlichen Bereich bis zum 31.12.2018 Prüfnachweise senden

- Dies ist faktisch unmöglich
- Änderungsantrag des BMG zum PpSG
 - Verschiebung auf 30.6.2019 aber Bestellung bis 31.12.2018 für Praxen
 - Verschiebung auf 31.12.2019 für vertragsärztliche Bereiche im Krankenhaus
- Leider noch nicht so formuliert, dass es alle Bereiche umfasst

1. Blick der DKG auf die TI
2. Exkurs Feldtest eHealth-Konnektoren
3. Finanzierungsvereinbarung
4. Aufgaben für die Krankenhäuser

- Erster zugelassener eHealth-Konnektor
 - nicht vor Q2 2019?
- Erster zugelassener RZK
 - ab Q3 2019? (hoffentlich)
- Entscheidungspunkt Ausstattungsvariante vertragsärztlicher Bereich
 - 30.6.2019, wenn vorher keine Prüfnachweise mit der Abrechnung versendet werden

- **Definition eines Projektes** zur Einführung der TI mit Benennung von Verantwortlichen unter Einbeziehung des Datenschutzbeauftragten und ggf. der Personalvertretung
- **Analyse** der benötigten **Komponenten**: SMC-B, Kartenterminals, Konnektoren
- Analyse der anzupassenden **Softwaresysteme**: KIS und Subsysteme, die mit der TI kommunizieren sollen
- Entwicklung eines **Einführungskonzeptes** unter Einbeziehung der IT-Dienstleister, insbesondere dem Anbieter des KIS, evtl. Definition eines Testszenarios
- **Anpassung** der **Notfallkonzepte** und aller IT-Betriebskonzepte für die Einführung und den Betrieb der TI
- **Planung der Schulungen** des IT-Personals, der Aufnahmekräfte und des medizinischen Personals, bevorzugt über Multiplikatoren-Schulungen

Aufgaben für die Krankenhäuser

- Vorbereitung der **Beschaffung oder Ausschreibungen** der Komponenten und ggf. der Projektbegleitung durchführen sowie Finanzplanung unter Berücksichtigung der Pauschalen aus der Finanzierungsvereinbarung
- **Schulungen des IT-Personals** und der Aufnahmekräfte beginnen
- Entsprechend der Planung die Bestellungen auslösen und die Einpassung der Komponenten überwachen
- **Schulungen des medizinischen Personals** beginnen; entsprechend dem Einführungskonzept parallel die Schulungen des IT-Personals ausweiten
- Abnahmetests durchführen, Ausfallkonzepte erproben
- Kalkulation und Nachweise für Budgetverhandlung vorbereiten

Zeit für Ihre Fragen...





Herzlichen Dank!