

TI-Hinweise 2

Finanzierung und Fristen
Version 1 vom 26.11.2018

Inhalt

1	Einleitung.....	2
2	Erläuterungen zu den geplanten Feldtests für eHealth-Konnektoren	2
3	Inhalte der Finanzierungsvereinbarung	4
3.1	Präambel	4
3.2	§ 1 Feldtest.....	5
3.3	§ 2 Produktivbetrieb.....	6
3.4	§ 3 Leistungsbereiche	6
3.5	§ 4 Konnektor und SMC-B.....	8
3.6	§ 5 Kartenterminals für VSDM.....	8
3.7	§ 6 Kartenterminals für medizinische Anwendungen.....	9
3.8	§ 7 Anpassungen der Infrastruktur	10
3.9	§ 8 Anpassungen der Organisation	10
3.10	§ 9 Betrieb	11
3.11	§ 10 Transaktionen.....	11
3.12	§ 11 Zuschlag.....	11
3.13	§§ 12-14	12
4	Berechnung der Pauschale	12
5	Fristen und Entscheidungsspielräume.....	12
5.1	Fristen für vertragsärztliche Versorgung außerhalb von Krankenhäusern..	12
5.2	Fristen für Krankenhäuser	12
5.3	Wahl des Finanzierungsweges.....	13
5.4	Verzichtserklärungen.....	14
5.5	Übersicht über die wesentlichen, voraussichtlichen Termine	14
6	Offene Punkte.....	15
6.1	Umgang mit vertragsärztlichen Versorgungsbereichen im Krankenhaus ...	15
6.2	Zuordnung der medizinischen Versorgungszentren	15
6.3	Fristen passen nicht zur Geschwindigkeit der Komponentenbereitstellung	15
7	Aktuelle Aktivitäten und Ausblick.....	16

1 Einleitung

Diese Hinweise erläutern die Finanzierungsvereinbarung zum Telematik-Zuschlag und greifen die Fragen zu den Fristen und Entscheidungskorridoren auf. Grundkenntnisse zur Telematikinfrastruktur werden vorausgesetzt. Die Finanzierungsvereinbarung der DKG mit dem GKV-SV und auch der TI-Hinweis 1 der DKG sollte bekannt sein. In der Anlage zu diesem Hinweis wird eine Excel-Tabelle verteilt, mit der die Pauschalen nach der aktuellen Vereinbarung berechnet werden können. Diese ist noch vorläufig und die gemeinsame Veröffentlichung einer konsentierten Fassung mit dem GKV-SV befindet sich in Vorbereitung.

Die Hinweise beginnen mit einem Exkurs zu den Feldtests, da diese einen Teil der Finanzierungsvereinbarung ausmachen und auch den Beginn der Ausstattungsphase für die Krankenhäuser beginnen. Danach werden die Elemente der Finanzierungsvereinbarung erläutert, bevor in einem abschließenden Kapitel eine aktuelle Übersicht über die Fristen und die dadurch vorgegeben Entscheidungskorridore erläutert werden.

2 Erläuterungen zu den geplanten Feldtests für eHealth-Konnektoren

Die gematik hat generell beschlossen, neue Produkte in Form eines Marktmodells einzuführen. Dabei entwickelt die gematik die Spezifikationen und Anbieter setzen diese um und beantragen eine Zulassung ihrer Produkte. Die zugelassenen Produkte dürfen dann verkauft und in der TI eingesetzt werden. Um zumindest im kleinen Umfang prüfen zu können, ob die Produkte nicht nur die Spezifikationen erfüllen, sondern auch in realen Umgebungen interoperable und praktisch einsetzbar sind, wurden die Feldtests entwickelt. Dabei erhält ein Hersteller eines Produktes eine Zulassung mit der Auflage, das Produkt in einem Feldtest mit beschränkten Teilnehmern zu erproben. Bei einem erfolgreichen Feldtest wird die Auflage gelöscht und die Zulassung für das Produkt ist damit unbeschränkt. Erst nach einem erfolgreichem Feldtest kann ein Produkt in der Breite vertrieben werden.

Der erste dieser Feldtests soll die medizinischen Anwendungen eMP/AMTS (elektronischer Medikationsplan bzw. Daten für die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung) und NFDM (Notfalldatenmanagement) einführen. Dazu müssen die entsprechenden Fachmodule in den Konnektoren entwickelt werden und die Primärsysteme angepasst werden. Da die Anpassung der Primärsysteme außerhalb der Hoheit der gematik erfolgt und diese dafür nur ein Konformitätsverfahren anbietet, richtet sich der Feldtest mit den genannten Anwendungen nur an die Hersteller von Konnektoren. Ein Konnektor, der die beiden genannten Anwendungen unterstützt, wird im Folgenden „eHealth-Konnektor“ genannt. Er unterscheidet sich nur auf Ebene der Software von einem „VSDM-Konnektor“ und die Umstellung kann durch einen Software-Update erfolgen.

Parallel wird erhoben, wie die Nutzung der Anwendungen in der Versorgungspraxis funktioniert. Dies ist keine Frage, die den Herstellern als Auflage gegeben werden kann, da dies keine Zulassungsvoraussetzung des Konnektors ist. Daher wird parallel eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt, an der sich in der ersten Stufe Leistungserbringer beteiligen, die ebenfalls an den Feldtests teilnehmen. Für diese Feldtestteil-

nehmer sieht die Finanzierungsvereinbarung Erstattungen vor, damit die Aufwände für die Teilnahme am Feldtest und der Evaluation abgedeckt werden.

Aus Sicht eines eHealth-Konnektorherstellers muss nach der Entwicklung des Produktes zuerst das Zulassungsverfahren der gematik durchlaufen werden. Ist dies erfolgreich, erhält er eine Zulassung mit der Auflage einen Feldtest durchzuführen. Dafür muss eine Feldtestregion gefunden werden, in der genügend Anwender zusammenarbeiten und er muss die Primärsystemhersteller gewinnen, die entsprechenden Anwender mit angepassten Produkten auszustatten. Da der Feldtest ein sehr wichtiger Schritt ist, werden die Konnektorhersteller die Teilnahme an den Feldtests sowohl mit den Anwendern, als auch mit den anderen Herstellern vertraglich absichern. Nach der Ausstattung der Anwender und deren Schulung kann der Feldtest beginnen. Während des Feldtests werden die Transaktionen gezählt, bis die notwendige Anzahl erreicht ist. Nach Abschluss des Feldtests und Aufhebung der Feldtest-Auflage von der gematik kann das Produkt deutschlandweit vertrieben werden.

Aus Sicht eines Primärsystemherstellers wird man entweder von einem Konnektorhersteller oder einem Anwender angesprochen, ob man eine Produktversion für die Nutzung der neuen Anwendungen anbieten kann. Alternativ könnte man selber Anwendergruppen aktivieren, um eine Feldtestregion zu definieren und damit dann auf einen Konnektorhersteller zugehen. Auf jeden Fall muss die Softwareanpassung entwickelt werden und kann optional durch das Konformitätsverfahren der gematik geschickt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Primärsystemhersteller vertraglich zusichern müssen, dass die Software zum Testbeginn bei den entsprechenden Anwendern installiert und geschult ist. Ein Ausrollen des Produktes ist zwar nicht an den Feldtest gebunden, aber die Funktionen sind erst nutzbar, wenn ein entsprechender Konnektor vorhanden ist.

Da die Anwender über die Finanzierungsvereinbarung nicht unerhebliche Mittel für die Durchführung der Feldtests bekommen, müssen diese sicherstellen, dass ein Feldtest erfolgreich verläuft und die Teilnahme an der Evaluation durchgeführt wird. Daher werden Verträge geschlossen werden müssen, die bei erfolgreicher und bei nicht erfolgreicher Durchführung der Tests klar definieren, wer welche Ansprüche hat. Dabei ist darauf zu achten, dass insbesondere Krankenhäuser keine Zahlungsverpflichtungen eingehen sollten, wenn nicht sichergestellt ist, dass diese auch bei einem nicht erfolgreichem Zulassungsverfahren kompensiert werden. Dazu gehört auch, dass eine Rücknahmepflicht des Konnektorherstellers vereinbart werden sollte, falls der Konnektor keine finale Zulassung erhält. Da Krankenhäuser meist schon über ein gutes Netzwerk mit den umgebenden Ärzten pflegen, könnten Krankenhäuser auch für einen Konnektorhersteller die Koordination eines Feldtests ganz oder teilweise übernehmen. Der erste Schritt wird immer die Verhandlung der notwendigen Vereinbarungen und Projektmittel sein. Alle genutzten Produkte müssen erworben werden und werden nach den Regeln der Finanzierungsvereinbarung nachträglich erstattet. Während des Feldtests müssen die Anwender dazu beitragen, dass die Mengengerüste eingehalten werden und technische Fehler schnell von den Herstellern behoben werden. Zusätzlich müssen Daten für die Evaluation geliefert werden, evtl. sogar schon vor Beginn der Testung. Am Ende des erfolgreichen Tests müssen dann die evtl. vereinbarten Bezahlungen für Testunterstützung oder Koordinationsaufwände an die Hersteller geleistet werden.

Der Hersteller des Konnektors muss den Feldtest innerhalb von 6 Monaten nach Erhalt der Zulassung durchführen, wobei für den eigentlichen Test 8 Wochen kalkuliert sind. Die Mengengerüste sind in den entsprechenden Dokumenten der gematik im Detail aufgeschlüsselt. In einer Feldtestregion beteiligen sich 1 bis 2 Krankenhäuser, 70 bis 75 niedergelassene Ärzte und 8 bis 16 Apotheken, wobei die Apotheken nur in den Bereich eMP/AMTS eingebunden sind.

In einer Feldtestregion können Rechenzentrumskonnektoren im Krankenhaus parallel zu Einboxkonnektoren bei den niedergelassenen Ärzten und Apotheken erprobt werden. Dabei werden die Mengengerüste nicht verdoppelt, sondern gelten dann für beide Konnektorvarianten. Theoretisch wäre es sogar möglich, dass die beiden Konnektorvarianten von unterschiedlichen Herstellern kommen – dies ist aber wegen der hohen Komplexität der aufeinander abzustimmenden Verträge und der notwendigen zeitlichen Koordination deutlich erschwert. Wenn ein Rechenzentrumskonnektor erprobt wird, gibt es eine hohe Sonderfinanzierung, um dem Konnektorhersteller zur Entwicklung von zwei Konnektoren parallel motivieren zu können. Falls zwei Krankenhäuser an der Erprobung teilnehmen, wird diese Summe auf beide Krankenhäuser verteilt.

Insgesamt wird deutlich, dass ein Feldtest ein komplexes Projekt mit vielen Beteiligten wird, das unbedingt eine koordinierende Stelle benötigt. Dies könnten Hersteller der Primärsysteme oder des Konnektors sein oder auch ein Krankenhaus oder eine vom Krankenhaus beauftragte Person. Diese Koordination muss vertraglich abgesichert werden.

Berichte über Feldtests und Feldtestregionen werden erst dann substantiell, wenn die erste Zulassung mit Auflagen eines eHealth-Konnektors vorliegt. Anfragen zur Teilnahme an einem Feldtest müssen an die Konnektorhersteller gerichtet werden. Dabei sollte bedacht werden, dass man sich mit dem Feldtest auch verpflichtet, die Ausstattung mit diesem Konnektor durchzuführen. Wenn man danach den Konnektor wechseln will, gibt es dafür keine zusätzlichen Pauschalen.

3 Inhalte der Finanzierungsvereinbarung

In den folgenden Abschnitten soll nicht die Finanzierungsvereinbarung wiedergegeben werden, sondern nur die Kernpunkte herausgegriffen und in Hinblick auf ihre Umsetzung beleuchtet werden. Die Finanzierungsvereinbarung ist indirekt auch eine Strukturierung der Ausstattung eines Krankenhauses zur Teilnahme an der TI.

Vorab sei darauf hingewiesen, dass es sich um Pauschalen handelt, die für das Jahr der Ausstattung und alle folgenden Jahre über einen Zuschlag ausgezahlt werden. Es gibt kein Antragsverfahren und keine Beschränkung, dass Kosten nicht schon vorher entstanden sein dürfen.

3.1 Präambel

Die Präambel stellt im Prinzip drei Einigungen vor die eigentliche Vereinbarung. Erstens wird hiermit die Ausstattung und der Betrieb für medizinische Anwendungen geregelt – die Krankenhäuser überspringen also die nicht notwendige Stufe der reinen VSDM-Prüfung. Zum Zweiten wird festgelegt, dass die Vereinbarung überarbeitet werden muss, wenn die Pflicht zur Nutzung eines elektronischen Heilberufesausweises (HBA)

innerhalb des Krankenhauses entfällt. In diesem Falle könnte auf eine große Anzahl von Kartenterminals verzichtet werden. Nach aktueller Lage muss der HBA aber sowohl für die Signatur der Notfalldaten genutzt werden, als auch in Szenarien, die eine qualifizierte elektronische „Arzt-Signatur“ voraussetzen. Zum Dritten wird auf die Kontinuität zwischen der Vereinbarung zum Basisrollout und dieser Vereinbarung hingewiesen und auf die notwendige weitere Fortschreibung.

3.2 § 1 Feldtest

Da die Feldtests durchgeführt werden müssen, bevor eHealth-Konnektoren flächendeckend zur Verfügung stehen und damit die Ausstattung der Krankenhäuser beginnen kann, sind die Vereinbarungen zum Feldtest an den Anfang gesetzt. Es muss dabei aber beachtet werden, dass der Beginn des Feldtests immer die Ausstattung des Krankenhauses mit eHealth-Komponenten voraussetzt. Diese werden über die Pauschalen der §§ 2ff finanziert und nicht über den § 1. Wenn hier Komponenten beschafft werden, die nach Abschluss der Feldtests nicht verwendet werden können oder sollen, wird es keine zusätzliche Finanzierung geben.

Der größte Betrag steht für die Testung mit Rechenzentrumskonnektoren (RZK) bereit. Hierbei ist zu beachten, dass das Krankenhaus von seiner Größe so gestaltet sein muss, dass mindestens zwei RZK eingesetzt werden müssen (ab 100 Kartenterminals) und diese auch in Betrieb genommen werden. Der Betrag soll die Testung mit RZK ermöglichen. Wie dieses Geld eingesetzt wird, um z.B. die Parallelisierung der Zulassungsverfahren zu unterstützen, liegt in der Verantwortung des Krankenhauses und muss vertraglich fixiert werden. Wenn ein Krankenhaus Leistungen für die Koordination des Feldtests erbringt, die eigentlich der Konnektorhersteller hätte erbringen müssen, z.B. die Organisation der weiteren Anbieter und der zugehörigen Primärsystemhersteller, so sollte dies in der entsprechenden vertraglichen Regelung berücksichtigt werden. Die Anforderungen an den RZK sind in einer Anlage beschrieben und müssen nicht im Zulassungsverfahren nachgewiesen werden, sondern im Rahmen der Finanzierungsvereinbarung und damit vom Konnektorhersteller gegenüber dem Krankenhaus. Dies kann über eine Eigenerklärung mit einer entsprechenden Risikoübernahme geschehen, die Krankenhäuser sollten die Eigenschaften aber auch im Rahmen des Feldtests prüfen.

Die zweite Pauschale in Abs. 2 Nr. 4a ist für den Gesamtaufwand bei der Erprobung der Anwendungen NFDM und eMP/AMTS vorgesehen. Es müssen beide Anwendungen erprobt werden und es muss auch für beide Anwendungen an der wissenschaftlichen Evaluation teilgenommen werden. Falls in der gleichen Region auch KOM-LE erprobt wird, kann sich ein Krankenhaus entscheiden auch an diesem Feldtest teilzunehmen, muss dafür aber andere vertragliche Bindungen eingehen. Dafür erhält es die Pauschale aus Abs. 2 Nr. 4b. Für beide Bereiche ist in Abs. 4 noch jeweils eine Pauschale für die organisatorischen Maßnahmen zur Testdurchführung vorgesehen. Hierunter fällt die interne Auswahl, Motivation und Schulung der an den Erprobungen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die Überwachung der Termine der wissenschaftlichen Evaluation und die interne Überwachung des Testfortschritts in Bezug auf die Erfüllung der Mengengerüste.

Fall es zu einem Testabbruch des Krankenhauses kommt, wird automatisch von der Pauschale auf einen Kostennachweis gewechselt und der GKV-SV kann über die reale

Auszahlung entscheiden. Hier wird es sehr wahrscheinlich auch darauf ankommen, ob der Abbruch gut begründet werden kann.

3.3 § 2 Produktivbetrieb

Dieser einleitende Paragraph wiederholt die Aussage der Präambel, dass die Vereinbarung auf der Nutzung medizinischer Anwendungen basiert. Dabei muss leider zu Kenntnis genommen werden, dass zum 15.11.2018 noch kein einziger eHealth-Konnektor zur Verfügung stand oder auch nur ein genauer Termin bekannt wäre.

3.4 § 3 Leistungsbereiche

Dieser Paragraph ist eine zentrale Stelle der Vereinbarung, da hier die Schnittstelle zur Vereinbarung der KBV für den vertragsärztlichen Bereich definiert wird. Die größte Gruppe der genannten Leistungsbereiche ist direkt durch den Gesetzgeber im § 291a Abs. 7a vorgegeben worden:

Für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2, die bei Leistungserbringern nach § 115b Absatz 2 Satz 1, § 116b Absatz 2 Satz 1 und § 120 Absatz 2 Satz 1 sowie bei Notfallambulanzen in Krankenhäusern, die Leistungen für die Versorgung im Notfall erbringen, entstehen, finden die Sätze 1 und 2 erster Halbsatz sowie die Sätze 3 und 4 entsprechend Anwendung.

Die folgende Tabelle zeigt die Zuordnung der Bereiche auf:

Nr.	Bezeichnung	Begründung
1	ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Abs. 2 und Abs. 8 SGB V	Direkt in § 291a Abs. 7a
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1-3 SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1
3	psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1, allerdings ohne die psychosomatischen Institutsambulanzen
4	geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V	Nicht genannt – wären aber analog zu der Liste in § 120 zu betrachten
5	sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1
6	medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V	Indirekt in § 120 Abs. 2 Satz 1
7	Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V	Nicht genannt – wären aber analog zu der Liste in § 120 zu betrachten
8	Notfallambulanzen (§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 2 Abs. 2 Ziff. 4 MBV-Ä)	Direkt in § 291a Abs. 7a genannt, obwohl der Begriff Notfallambulanzen in der gesetzlichen Grundlage nicht definiert ist

Nr.	Bezeichnung	Begründung
9	ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V	Direkt in § 291a Abs. 7a
10	die Ermächtigungsambulanzen der persönlich ermächtigten Krankenhausärzte (§ 116 SGB V, § 4 Abs. 1 BMV-Ä, § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV)	Nicht genannt
11	die medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V)	Nicht genannt

Um zu verhindern, dass in die IT-Infrastruktur des Krankenhauses eingebundene Einheiten in anderer Weise und über andere Finanzierungswege ausgestattet werden, hat man explizit für die Nummer 10 und 11 einen Weg vorgesehen, wie diese auf den gesetzlichen Anspruch gegenüber der KV verzichten können, um freiwillig im Rahmen dieser Finanzierungsvereinbarung berücksichtigt zu werden. Es ist unstrittig, dass die unter 10 und 11 genannten Einrichtungen einen Anspruch auf die Finanzierung der KBV haben. Die Nummern 3 (PSIA), 4 und 7 sind in der Ausnahmeliste des § 291a Abs. 7a nicht genannt, würden sich aber dort logisch eingliedern. Die Nummer 8 ist insoweit ein Sonderfall, da der Begriff nicht definiert ist und die ambulante Versorgung im Kontext der Abrechnung nach § 76 SGB V nicht die Existenz einer Ambulanz voraussetzt.

Bei den MVZ wird davon ausgegangen, dass bei der KV ein Anspruch auf Ausstattung pro Zulassung, bzw. pro BSNR besteht. Daher müssen auch die Verzichtserklärungen pro Zulassung erfolgen, was evtl. dazu führt, dass für ein MVZ mehrere Kartenterminals gerechnet werden, da dort unterschiedliche Fachrichtungen tätig sind.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass es im Bereich der Ziffern 1 bis 9 noch einen Dialog zwischen der DKG und dem GKV-SV gibt, da geprüft wird, ob es sachgerecht ist, die entsprechend dem Basisrollout bereitgestellten Kartenterminals pro räumlich getrennte Einheit in der Gesamtpauschale nach Bettenzahl aufgehen zu lassen. In diesem Kontext soll auch versucht werden, die Zuordnungen der Leistungsbereiche, in Abstimmung mit der KBV, endgültig zu fixieren.

Aktuell finden Gespräche mit der KBV statt, um die zumindest nicht eindeutige Formulierung zur Wahl des Abrechnungsmodells zu klären und eine konsentiertere Vorlage für die Verzichtserklärungen zu schaffen. Es ist gemeinsames Verständnis, dass die Wahl des Finanzierungsmodells endgültig ist. Wer eine Verzichtserklärung verschickt hat, kann diese nicht mehr zurücknehmen und wird auf Dauer über die Mechanismen der DKG-Vereinbarung finanziert und vom Krankenhaus mit ausgestattet. Wer im Rahmen der Abrechnung einen Prüfnachweis an die KV schickt, ohne dass dort eine Verzichtserklärung vorliegt, und mit der Abrechnung die entsprechende Pauschale ausgezahlt bekommt, ist auf Dauer an diese Vereinbarung gebunden. Selbst wenn er später über das Krankenhaus versorgt werden sollte, erhält das Krankenhaus dafür keinerlei Kompensation und es bleibt bei den Betriebspauschalen des KV-Systems. Die Verzichtserklärungen sind von den ermächtigten Ärzten persönlich zu unterzeichnen oder, falls es sich um Einrichtungen handelt, von einer zeichnungsberechtigten Person der Einrichtung.

3.5 § 4 Konnektor und SMC-B

In jedem Einzelfall sollte geprüft werden, ob die Beschaffung von eHealth-Konnektoren in Form von Inbox-Konnektoren oder in Form von Rechenzentrumskonnektoren wirtschaftlicher ist, insbesondere dann, wenn mehr als 50 Kartenterminal angebunden werden sollen. Zu jedem Standort können jeweils für die dort vorgesehenen Kartenterminals die erforderlichen Konnektoren geplant werden. Dabei ist ggf. die Anzahl der gemäß Finanzierungsvereinbarung nachgewiesenen Standorte der bestimmende Faktor für die Anzahl zu installierender Konnektoren und für den Ersatzkonnektor je Standort. Das als unstrittige Nachweisequelle für die Anzahl der Standorte angegebene Standortverzeichnis muss zum 1.1.2020 gefüllt sein, wird aber den Betrieb deutlich früher aufnehmen. Falls die Anzahl der Standorte unklar ist, sollte die Eintragung im Standortverzeichnis so früh wie möglich vorgenommen werden. Grundsätzlich gelten auch schon vorher die Definitionen aus der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Die Pauschale für einen Inbox-Konnektor wird sowohl nach der Finanzierungsvereinbarung der DKG, als auch nach der Finanzierungsvereinbarung der KBV mit dem GKV-SV so angepasst, dass keine unterschiedlichen Entwicklungen eintreten dürften. Die Pauschale für den RZK kann in Fortschreibungen der Finanzierungsvereinbarung von DKG und GKV-SV ggf. angepasst werden. Da eine größere Menge von Konnektoren nur sinnvoll verwaltet werden kann, soll dafür von den Herstellern eine gemeinsame Oberfläche bereitgestellt werden. Falls mehr als ein RZK aktiv genutzt werden, ist auch für diese Software eine Pauschale vorgesehen. Wenn nur ein RZK eingesetzt wird oder aber EBKs, so muss das Krankenhaus die Kosten für diese Software selber übernehmen.

Die Anzahl der anzuschaffenden SMC-B hängt von der Mandaten-Einteilung ab, also von den einzeln zu identifizierenden Rechtseinheiten, die in der Telematikinfrastruktur erkennbar sein sollen oder einzeln verschlüsselt kommunizieren können müssen. Im Prinzip ist für jede abrechnende Stelle eine SMC-B vorzusehen. In Bundesländer in denen von Seiten des Datenschutzes gefordert wird, dass jede Fachabteilung für verschlüsselte Nachrichten erreichbar sein muss, erhöht sich die Anzahl der SMC-B entsprechend. Ob dies wirklich in einem Bundesland der Fall ist, ist noch nicht geklärt – im Zweifel müssten die entsprechenden Stellen direkt angesprochen werden. Zusätzlich ist pro Krankenhaus, nicht pro Standort, eine Ersatz-SMC-B vorgesehen.

Weitere Konnektor- oder SMC-B-Entwicklungen in Form von modularen Konnektoren, die Anwendungs- und Firewall-Komponenten trennen, oder Hardware-Sicherheitsmodule, die SMC-Bs ersetzen können, sind in der Finanzierungsvereinbarung noch nicht vorgesehen, aber auch nicht ausgeschlossen. Sollten entsprechender Produkte verfügbar werden, sind entsprechende Anpassungen der Vereinbarung notwendig.

3.6 § 5 Kartenterminals für VSDM

In diesem Dokument werden eHealth-Kartenterminals teilweise kurz als Kartenterminals bezeichnet. Abweichend davon werden mobile Kartenterminals, die eine eigene Bauform und Anbindungstechnik haben, immer als mobile Kartenterminals bezeichnet. In jedem Fall müssen Kartenterminals, die gemäß der Finanzierungsvereinbarung be-

schafft werden, ob mobil oder nicht, von der gematik für den Online-Produktivbetrieb zugelassen sein und entsprechend in den online verfügbaren Zulassungslisten der gematik geführt werden.

Die Anspruchsgrundlage der Ausstattung für das Versichertenstammdatenmanagement entspricht grundsätzlich der Regelung aus dem Basis-Rollout, mit einer vereinfachten Rechenregel auf Basis der Bettenzahl. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Betten dann von Belegärzten genutzt werden oder vom Krankenhaus selber. Sollte es Probleme mit dem Nachweis der Betten geben, so muss dieses im Einzelfall geklärt werden. Wenn an einem Standort eines Krankenhauses, z.B. einer Tagesklinik, keine Betten vorhanden sind, ist das dort notwendige Kartenterminal aus dem Kontingent des Hauptsitzes finanziert. Der Anspruch auf mindestens einen Konnektor und einen Ersatzkonnektor ergibt sich aus der Existenz des Standortes unabhängig von der Bettenzahl.

Bereits aufgestellte Kartenterminals sollten in der Regel durch eHealth-Kartenterminals ersetzt werden können. Allerdings müssen diese über das IP-Protokoll an den Konnektor angebunden werden. Dies erfordert im Normalfall eine direkte Ethernet-Verbindung oder aber eine Geräteform, die auf anderem Wege die IP-Verbindung ermöglicht. Für eine sichere TI-Architektur sollte darauf geachtet werden, dass die Verbindungen zwischen dem Konnektor und den Kartenterminals möglichst in einem eigenen Netzwersegment gehalten werden. Dies kann auch die Schaffung von zusätzlichen Ethernet-Ports bedingen. Dem entsprechend ist unter § 7 der Aufwand für die Anbindung der eHealth-Kartenterminals berücksichtigt.

Zusätzlich zu den eHealth-Kartenterminals „je 25 Betten“ sind weitere Pauschalen vorgesehen, um die Ausstattung der Arbeitsplätze in Ermächtigungsambulanzen sowie in MVZ und Notfallambulanzen sicherzustellen. Diese können nur angesetzt werden, wenn nachgewiesen wird, dass keine Finanzierung über die KVen erfolgt ist. Hierzu dient im Normalfall die Verzichtserklärung gegenüber der KV. Es sei darauf hingewiesen, dass es keine Rechtsgrundlage gibt, nach der die KVen die Ausstattung von Hochschulambulanzen oder anderer im § 291a Abs. 7a genannter Einrichtungen finanzieren sollen. Wenn dies auf freiwilliger Basis geschieht, kann eine unklare Rechtssituation entstehen.

Die Höhe der Pauschale je eHealth-Kartenterminal beinhaltet auch die Inbetriebnahmekosten.

3.7 § 6 Kartenterminals für medizinische Anwendungen

Ergänzend zu den primär für das Versichertenstammdatenmanagement vorgesehenen Kartenterminals können gemäß Finanzierungsvereinbarung weitere eHealth-Kartenterminals an Arbeitsplätzen für medizinische Anwendungen aufgestellt werden. Die Größenordnung dieser ergänzenden Ausstattung ergibt sich aus der Anzahl der ärztlichen Beschäftigten (Vollzeit-Äquivalente) geteilt durch drei. Belegärzte sollten die medizinischen Anwendungen in ihren jeweiligen Praxen nutzen können, zusätzliche Kartenterminals im Krankenhaus sind dafür nicht vorgesehen.

Wie oben bereits erwähnt, werden die Kartenterminals „für medizinische Anwendungen“ nur benötigt, um Notfalldaten zu signieren und evtl. auf einen HBA verschlüsselte Nachrichten zu lesen bzw. Nachrichten mit einem HBA zu signieren. Sobald die Verpflichtung

tung dazu wegfallen sollte, könnte auf diesen Aufwand verzichtet werden. Da insbesondere für den Wegfall der elektronischen Signatur vor elektronischen Arztbriefen an unterschiedlichen Stellen Änderungen vorgenommen werden müssen, die nicht alle der Regelungshoheit des BMG unterliegen, ist von einer kurzfristigen Änderung nicht auszugehen und die Aufstellung der Kartenterminals vorzusehen.

Für jedes Team der stationsäquivalenten Behandlung ist ein mobiles Kartenterminals vorgesehen. Die dafür angesetzte Pauschale deckt auch die Inbetriebnahmekosten mit ab.

3.8 § 7 Anpassungen der Infrastruktur

Je eingesetztem RZK erhält das Krankenhaus eine Pauschale für den Aufwand der Anbindung von eHealth-Kartenterminals und die weiteren Kosten im Rahmen der Anpassung der internen Infrastruktur. Für einen eingesetzten Inbox-Konnektor wird, entsprechend der Anzahl der unterstützten Kartenterminals eine halb so hohe Pauschale vorgesehen.

Für die fünf aufgezählten Anwendungen sind 50.000,00 Euro zur Anpassung der krankenhausinternen Software vorgesehen. Hier ist die einzige Stelle, an der auch die EPA genannt ist – die Anpassungskosten sind in der Pauschale enthalten. Für die Hersteller wird gerade die EPA die aufwändigsten Anpassungen bedeuten, da hier insbesondere auch Anpassungen an bestehenden Modulen, z. B. zur Anzeige der internen Akte, vorgenommen werden müssen. Daher sollte bei den entsprechenden Verträgen darauf geachtet werden, dass nicht nur Preise für einzelne Module verhandelt werden, sondern immer für alle fünf Anwendungen zusammen. Aus der Finanzierungsvereinbarung ergibt sich hochgerechnet über die Anzahl der Krankenhäuser ein Volumen von fast 100 Millionen Euro, das unter den Herstellern aufgeteilt wird.

3.9 § 8 Anpassungen der Organisation

Die TI-Einführung muss gemäß der Relevanz für den Krankenhausbetrieb in einem Projekt behandelt werden, das mit ausreichenden Projektmitteln ausgestattet ist. In diesem Zusammenhang wurde eine Pauschale erreicht für

- Projektplanung und -durchführung
- Anpassung der Notfallpläne und Ausfallkonzepte (bis zum Business Continuity Management)
- Schulungen für IT-Personal und Endanwender

Nach den Pauschalen, die aus den Anpassungen der Infrastruktur und der Software hergeleitet werden, ist für den „Aufwand der organisatorischen Umstellung“ der drittgrößte Betrag vorgesehen. Hier muss auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass diese Mittel auch zweckgebunden eingesetzt werden, da insbesondere die Schulungen und die Anpassungen der Notfallkonzepte evtl. nur mit externen Dienstleistern umzusetzen sind, aber für einen reibungslosen Betrieb eine Grundvoraussetzung darstellen.

3.10 § 9 Betrieb

Im laufenden Betrieb entstehen dem Krankenhaus Aufwände und Kosten, die gemäß Finanzierungsvereinbarung als jährliche Pauschale abgegolten werden. Dabei ist die Pauschale unabhängig von der Rechnungsstellung der unterschiedlichen Produkte und Dienstleistungen. So werden SMC-Bs häufig für den Gültigkeitszeitraum der enthaltenen Zertifikate, z.B. fünf Jahre, erworben, bei den Kosten für die VPN-Anbindungen könnten monatliche Abrechnungen üblicher werden.

Im Bereich der SMC-B sollten leichte Mehrkosten über der angegebenen Pauschale erwartet werden, da diese auf Basis der Kosten der Anbieter festgelegt wurde und die herausgebende Stelle noch die Identitätsprüfung übernehmen muss.

Für die Hardware-Wartung der Konnektoren sind 20% der Ausstattungspauschale als Betriebspauschale angesetzt – es sind aber keine Kosten für den Ersatz eines Konnektors bei Ausfall vorgesehen.

Die Betriebspauschale für das Management der Kartenterminals wird für Blöcke von je 25 Kartenterminals gewährt. Für den ersten Block gibt es eine geringere Pauschale, da davon ausgegangen wird, dass in kleinen Installationen die Aufwände ähnlich überschaubar sind, wie in einer großen Arztpraxis. Ab dem zweiten Block von 25 Kartenterminals gilt dann die höhere Pauschale allerdings mit einer Obergrenze, ab der man davon ausgeht, dass keine weiteren Kosten mehr entstehen.

Zu beachten ist, dass Betriebskosten gemäß Finanzierungsvereinbarung erst dann angesetzt werden können, wenn zugelassene eHealth-Konnektoren verfügbar sind. Im Jahr der Konnektor-Inbetriebnahme werden die Pauschalen proportional zur Anzahl der angefangenen Betriebsmonate angesetzt. Dies wird für 2019 erwartet. Eine Ausstattung mit „VSDM-Konnektoren“ würde bedeuten, dass ggf. anfallende Kosten für ein Konnektor-Update auf die eHealth-Ausbaustufe auf anderem Weg finanziert werden müssten. Selbst wenn man noch in 2018 mit VSDM-Konnektoren ausstatten würde, könnten die Betriebskosten gemäß Finanzierungsvereinbarung erst ab dem Datum der Zulassung des ersten eHealth-Konnektors angesetzt werden.

3.11 § 10 Transaktionen

Nutzungsbezogene Kosten, die bei Durchführung von Transaktionen in den medizinischen Anwendungen erstattet werden sollten, z.B. bei der Aktualisierung eines Notfalldatensatzes, werden nicht über den hier betrachteten Telematikzuschlag abgebildet. Über die weitere Entwicklung wird die DKG informieren.

3.12 § 11 Zuschlag

Die Vereinbarung des Telematikzuschlags ist ab dem Jahr der Ausstattung regelmäßig Bestandteil der Budget- und Entgelt-Verhandlungen. Im ersten Jahr nach der Ausstattung geht sowohl die Investitionspauschale, als auch eine anteilige Betriebspauschale in das Finanzvolumen ein. In den Folgejahren berechnet sich das Finanzvolumen aus dem Korrekturbetrag aus dem Vorjahr und der vollen Betriebspauschale. Sollte prospektiv verhandelt werden, wird der Abschluss der Ausstattung und das Datum des Betriebsbeginns mit terminlichen Risiken behaftet sein. In diesem Fall kann es ratsam

sein, noch nicht die Betriebspauschale zu vereinbaren, oder von einem konservativem Ansatz auszugehen.

Die Nachweise für die unterschiedlichen Basiszahlen für die Berechnung der Pauschalen sollten mit wenig Aufwand bereitzustellen sein. Beim Nachweis der Vollzeitäquivalente ist die Zeile 72, bzw. die Nummer „999“ aus der Meldung an die statistischen Landesämter zu liefern. Die Inhalte des Standortverzeichnisses sind für die Kassen zum Abgleich zugänglich. Falls es für die Berechnung der SMC-B notwendig ist die Anzahl der Fachabteilungen nachzuweisen, ist noch kein generelles Verfahren ausgearbeitet – hier muss im Einzelfall ein Verfahren entwickelt werden.

Anpassungen der Berechnungsgrundlage für die Betriebskosten sind bisher nicht vereinbart.

3.13 §§ 12-14

Diese Paragraphen regeln u.a. die Kündigungsfristen. Das Inkrafttreten zum 1.10.2018 hat symbolische Bedeutung, eine Ausstattung dürfte regelmäßig erst im Jahr 2019 in Frage kommen.

4 Berechnung der Pauschale

Als Anlage der Finanzierungsvereinbarung werden auch die Rechenregeln erläutert und Beispielrechnungen durchgeführt. Dazu wurde eine Excel-Tabelle entwickelt, die sich aktuell in der Abstimmung mit dem GKV-SV befindet, um eine konsentiertere Grundlage für die Budgetverhandlungen zu erhalten. Um schon jetzt eine einfache Berechnung des Projektvolumens zu ermöglichen, ist diesem TI-Hinweis diese Excel-Tabelle in der Version 0.8 beigelegt.

5 Fristen und Entscheidungsspielräume

5.1 Fristen für vertragsärztliche Versorgung außerhalb von Krankenhäusern

Für die vertragsärztliche Versorgung außerhalb von Krankenhäusern sind zwei Fristen definieren. Vor dem 1.4.2019 muss die Ausstattung für den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten über die TI beauftragt sein. Dann wird bis zum 30.6.2019 von der drohenden Kürzung abgesehen. Die Beauftragung ist der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Effektiv würde die Kürzung für das dritte Quartal greifen, wenn in diesem Quartal kein Prüfnachweis an die KV übermittelt wird. Wird im dritten Quartal zum ersten Mal ein Prüfnachweis übermittelt, könnte die KV prüfen, ob in diesem Falle schon eine Bestellung der Komponenten vor dem 1.4.2019 erfolgt ist. Im Prinzip sollte als Nachweis eine Kopie eines Bestellfaxes ausreichen, wobei aber die KVen die genauen Prüfverfahren festzulegen haben.

5.2 Fristen für Krankenhäuser

Soweit die stationäre Versorgung betrachtet wird, sind keine Sanktionen für den Fall vorgesehen, dass ein Online-Abgleich von Versichertenstammdaten vor der Aufnahme

ausgeblieben ist. Vielmehr sollen möglichst alle Bereiche im Krankenhaus, stationär wie ambulant, gemäß gesetzlicher Begründung in einem Gesamtkonzept ausgestattet werden. Dazu sind die ermächtigten Ärzte, die ermächtigten Einrichtungen von Krankenhäusern, sowie die Erbringung von Notfallleistungen bis zum 31.12.2019 von der Sanktion ausgenommen. Dies soll Zeit geben, die Ausstattung in einem Gesamtkonzept umzusetzen. Allerdings setzt dies voraus, dass im Jahre 2019 entsprechende Komponenten für die Krankenhäuser verfügbar sind. Dabei ist der RZK die kritischste Komponente, da nur mit diesen eine für die Krankenhäuser sinnvolle Anbindung aller ambulanten Leistungsbereiche möglich wird.

5.3 Wahl des Finanzierungsweges

Die Wahlfreiheit des Finanzierungsweges gilt nur für die Bereiche, bei denen der Gesetzgeber nicht schon grundsätzlich eine Finanzierung über das Krankenhaus vorgesehen hat (siehe die Erläuterung zu § 3 Leistungsbereiche). Im Kern handelt es sich um die ermächtigten Ärzte und die medizinischen Versorgungszentren. Diese haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine Finanzierung über die KV. Damit eine Gesamtausstattung für Krankenhäuser möglich wird und damit einfacher zu wartende und auch kostengünstigere Lösungen möglich werden, haben GKV-SV, KBV und DKG vereinbart, dass auf freiwilliger Basis in diesen Fällen eine Finanzierung über das Krankenhaus möglich ist, aber nur wenn eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen werden kann.

Daher wurde festgelegt, dass in diesen Fällen schriftlich auf die gesetzlich zustehende Finanzierung durch die KV verzichtet wird und diese Erklärung dann die Voraussetzung für eine Berücksichtigung in der Finanzierung des Krankenhauses ist. Alle Vertragsparteien waren sich einig, dass dies eine einmalige Entscheidung ist und ein mehrfacher Wechsel zwischen den Finanzierungswegen nicht möglich ist. Wer eine Pauschale von der KV erhalten hat ist automatisch und auf Dauer an die Finanzierung durch die KV gebunden. Dabei ist es unerheblich, ob für die Nutzung der TI noch die initial beschafften Geräte verwendet werden oder diese im Rahmen einer krankenhausesweiten Ausstattung ersetzt wurden. Umgekehrt gilt auch, dass die Abgabe einer Verzichtserklärung bedeutet, dass die Ausstattung auf Dauer über das Krankenhaus erfolgt. Bei einem Wechsel an ein anderes Krankenhaus hat der Arzt oder die Ärztin natürlich für die neue Ermächtigung erneut das Wahlrecht.

Nach bisherigem Wissensstand werden zumindest einzelne KVen die Pauschale automatisch auszahlen, wenn zu einer Abrechnung Prüfnachweise mitgeschickt werden, die beweisen, dass die Online-Prüfung erfolgreich durchgeführt wurde. Daher sollte auf jeden Fall vermieden werden, Prüfnachweise zu versenden, wenn die Entscheidung über den Finanzierungsweg noch nicht getroffen wurde.

Für die Bereiche im Krankenhaus, also mit Ausnahme der medizinischen Versorgungszentren, muss die Entscheidung über den Finanzierungsweg bis zum 31.12.2019 getroffen werden – hier würden die KVen die Sanktion für das erste Quartal 2020 erheben, wenn in diesem Quartal noch keine Prüfnachweise geschickt werden.

Für die medizinischen Versorgungszentren muss eine erste Entscheidung bis zum 30.3.2019 getroffen werden, da die Fristverlängerung für diese nicht gilt. An diesem Tag muss die Bestellung aufgegeben werden, um den Sanktionen zu entgehen. Dann bleibt noch bis zum 30.6.2019 Zeit zu entscheiden, welcher Finanzierungsweg gewählt wird. Wenn der Weg über das Krankenhaus gewählt werden soll, muss zu die-

sem Zeitpunkt die Verzichtserklärung an die KV geschickt werden – vorausgesetzt man hat darauf geachtet, vorher keine Prüfnachweise zu verschicken. Wenn das MVZ dann über das Krankenhaus ausgestattet wird, erhält es keine Erstattungen für die schon angeschafften EBK – diese müssen mit den möglichen Einsparungen in Relation gesetzt werden, um zu entscheiden, ob sich der Finanzierungsweg über das Krankenhaus lohnt. Ein Weiterverkauf der angeschafften Konnektoren ist zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber auf Grund der notwendigen überwachten Lieferkette noch nicht betrachtet worden. Es sollte daher damit gerechnet werden, dass die Geräte maximal als Reservegeräte eingesetzt werden können.

Da aktuell die Termine für die Verfügbarkeit von eHealth-Konnektoren oder RZK nicht vorhergesagt werden können, sollten die Entscheidungen zumindest bis zum März 2019 verzögert werden, wobei die Planung und die Konzeption dafür nicht angehalten werden müssen. Grundsätzlich sollte jedes Krankenhaus im Einzelfall prüfen und durchrechnen, welche Kosten beim Einsatz von EBK oder RZK und bei den Ausstattungsvarianten für die ermächtigten Ambulanzen und die medizinischen Versorgungszentren entstehen. Dabei sollte eine Kalkulation für die Gesamtkosten für fünf Jahre vorgenommen werden, die auch berücksichtigt, welche Mehraufwände für dezentral aufgestellte Konnektoren entstehen.

5.4 Verzichtserklärungen

Für die Verzichtserklärungen, keine Finanzierung über das KV-System in Anspruch zu nehmen, wird die DKG in Abstimmung mit der KBV eine Vorlage bereitstellen. Diese wird auch deutlich darstellen, dass ein Wechsel des Finanzierungsweges nicht möglich ist.

5.5 Übersicht über die wesentlichen, voraussichtlichen Termine

Termin	Aktivität
23.8.2018	Finanzierungsvereinbarungen zwischen GKV-SV und DKG liegt vor.
15.12.2018	SMC-Bs können bei der DKTIG beantragt werden, sollten jedoch erst erworben werden, wenn der Installationstermin für den Konnektor geklärt ist.
Q1 oder Q2 2019	Erwartete Veröffentlichung des zweiten eHealth-Gesetzes. Auswirkungen müssen dann bewertet werden. Einzelregelungen wurden in diversen anderen Gesetzgebungsverfahren vorgezogen.
Frühestens ab Q1 2019	Feldtests für die eHealth-Konnektoren und die Anwendungen eMP/AMTS und NFDM. Dabei ist auch die Teilnahme von Rechenzentrums-Konnektoren vorgesehen.
Frühestens in Q2 2019	Vollständige Produktpalette (Hard- und Software), die medizinische Anwendungen der TI erlaubt, liegt für Krankenhäuser vor.
2021	Geplante Einführung der Anwendung EPA, die die elektronische Patientenakte verfügbar macht. Das ursprünglich angedachte Patientenfach ist darin aufgegangen.
2019	Feldtest und Rollout von KOM-LE als sicheres Übermittlungsverfahren nach § 291b Abs. 1e SGB V.

Termin	Aktivität
2019	Migration der elektronischen Fallakte in die TI; geplant ist die Zulassung als Sicheres Übermittlungsverfahren im Sinne des § 291b Abs. 1e SGB V.
2019	Zulassungsverfahren für Gesundheitsdatendienste in der TI verfügbar.
Ab 2020	Weitere medizinische Anwendungen und weitere Dienste können verfügbar werden

6 Offene Punkte

Einzelne Punkte haben aus Sicht der Krankenhäuser keine oder noch keine akzeptable Lösung. Diese sind hier nochmals zusammengestellt.

6.1 Umgang mit vertragsärztlichen Versorgungsbereichen im Krankenhaus

In der aktuellen Formulierung im § 291a Abs. 7a sind „neuere“ Versorgungsformen im Krankenhaus nicht explizit genannt. Dazu gehören die Geriatrischen Institutsambulanzen, die Psychosomatischen Institutsambulanzen, die Kinderspezialambulanzen und die Psychiatrischen Ausbildungsambulanzen. Hier wird der Gesetzgeber um eine Klärung angesprochen und um eine Anpassung gebeten. Ob und wann dies erfolgen wird, kann aktuell noch nicht vorhergesagt werden. Wenn sich die Vereinbarungspartner aber über die Finanzierungswege einig sind und eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen ist, gibt es wenige Gründe gegen dieses Verfahren vorzugehen. Daher finden aktuell dreiseitige Gespräche statt, um eine konsentiertere Darstellung in beiden Finanzierungsvereinbarungen aufzunehmen.

6.2 Zuordnung der medizinischen Versorgungszentren

Die MVZ sind leider in die Ausnahmeregelung des BMG nicht aufgenommen worden. Auch hier finden Sondierungen statt, ob eine Klärung herbeigeführt werden kann. Dabei muss aber darauf geachtet werden, dass aktuell auch aus anderen Gründen über die Rolle der MVZ am Krankenhaus diskutiert wird.

6.3 Fristen passen nicht zur Geschwindigkeit der Komponentenbereitstellung

Auch mit den verlängerten Fristen ist noch nicht sichergestellt, dass die Krankenhäuser frühzeitig eine verlässliche Planung erstellen können. Hier muss an erster Stelle daran gearbeitet werden, die Bereitstellung eines RZK so früh wie möglich zu erhalten. Weitere Verzögerungen im Aufbau könnten dazu führen, dass noch mehr Parallelprojekte wichtige Ressourcen der Krankenhäuser binden und der Nutzen einer deutschlandweit einheitlichen Lösung dadurch noch weiter verzögert wird.

7 Aktuelle Aktivitäten und Ausblick

Die DKG versucht aktuell die Entwicklung von Rechenzentrums-konnektoren zu beschleunigen und ist dazu mit allen Herstellern von Konnektoren im Gespräch. Parallel wird daran gearbeitet mit der gematik und dem BSI einen möglichst effektiven Weg für die Zulassung von zwei Konnektorvarianten zu definieren.

Oberste Priorität innerhalb der gematik hat das Projekt EPA mit dem Ziel eine integrationsfähige Lösung zu erhalten, die auch mit den schon bestehenden EFA-Projekten zusammenpasst. Dabei muss auch sichergestellt werden, dass die wichtigen Entscheidungen über die technische Abbildung der medizinischen Inhalte von den jeweils betroffenen Personenkreisen festgelegt werden und der sektorübergreifende Einsatz der Aktensysteme sinnvoll abgebildet wird.