

Pressekonferenz



LUXEMBURG, DEN 1. APRIL 2014



Programm



- eSanté – Elektronische Patientenakte (DSP)
- Referenzarzt – Gatekeeper-Modell
- Generika

Elektronische Patientenakte



Erstellen der Patientenakte (Gesetz)



- Die elektronische Patientenakte (DSP) soll automatisch für **jeden** Patienten **OHNE** explizite **Zustimmung** erstellt werden
- Dem Patienten wird lediglich die Möglichkeit gegeben, die Akte schliessen zu lassen (Möglichkeit eines «**opt-out**»)

Die PATIENTE VERTRIEDUNG asbl FORDERT:



- Die **explizite Zustimmung** des Patienten bezüglich des Erstellens des elektronischen Patientendossiers!
(« opt-in »)
- Das Befolgen einer **offiziell festgelegten** und **transparenten Prozedur** beim Erstellen des Dossiers!
- Die **schriftlich dokumentierte Zustimmung** des Patienten

Erstellen der Patientenakte



- Der Patient erhält die Information über die Schaffung seiner Akte anhand eines **allgemeinen Briefes**
- Mit diesem Brief wird dem Patienten zudem sein **persönlicher „code“** übermittelt

Erstellen der Patientenakte



- Innerhalb des Schreibens wird dem Patienten mitgeteilt, dass er einen „**Vertrauenskreis**“ schaffen muss
- Dieser soll die Leistungserbringer beinhalten, welchen er **vertraut** und denen er **verschiedene Zugriffe** auf seine Akte gewähren möchte (z.B. nur **lesen, lesen und schreiben**)

Erstellen der Patientenakte



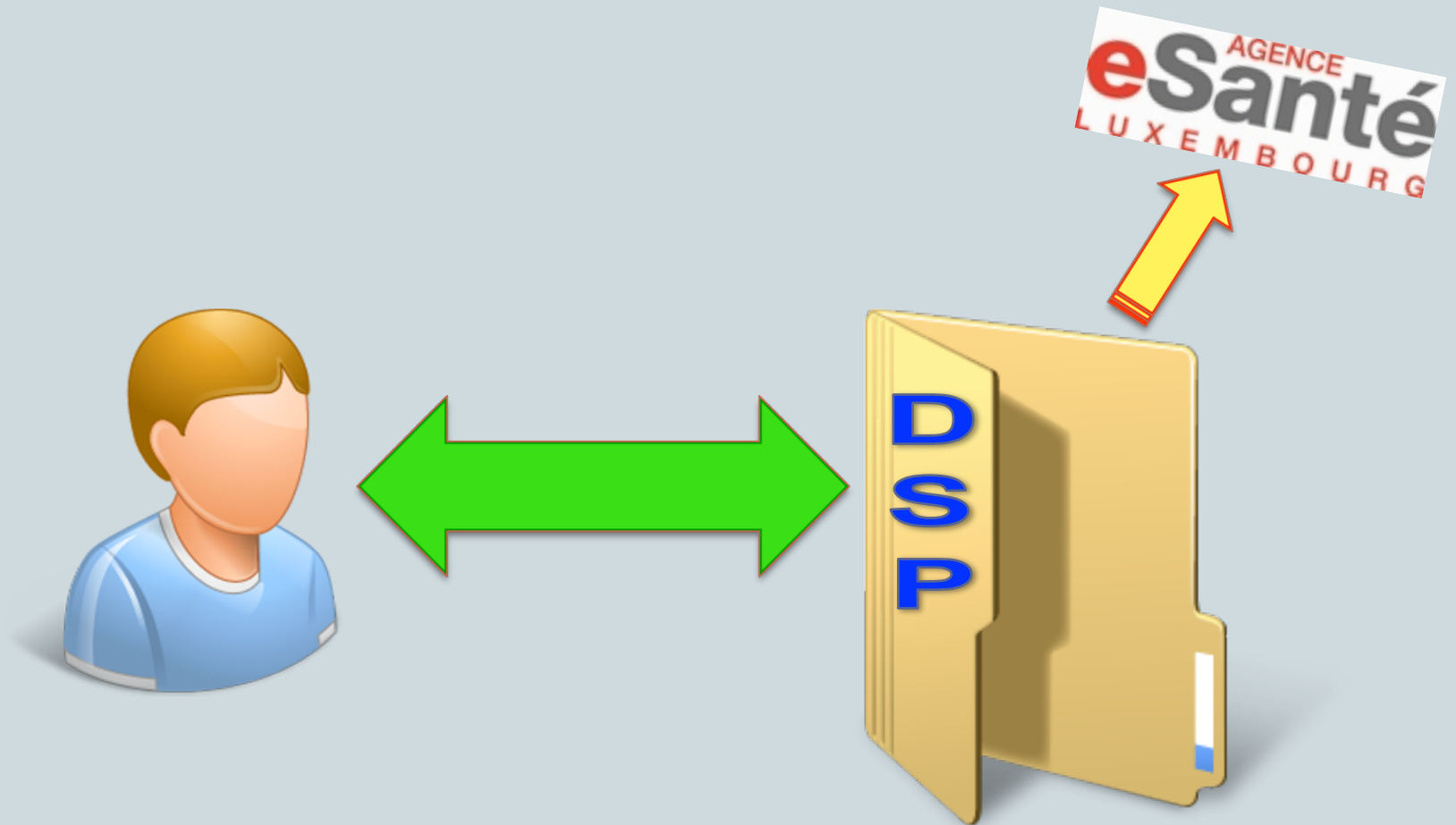
- Zusatzinformation in diesem Schreiben, dass bei einer Hospitalisierung **grundsätzlich** eine **Patientenakte** angelegt wird, auch wenn der Patient auf die **Möglichkeit des „opt-out“** nicht reagiert hat
- Dem Patienten muss deutlich erklärt werden, dass er **aktiv das „opt-out“ wählen** muss, falls er keine funktionsfähige Akte wünscht!

Die PATIENTE VERTRIEDUNG asbl fordert:

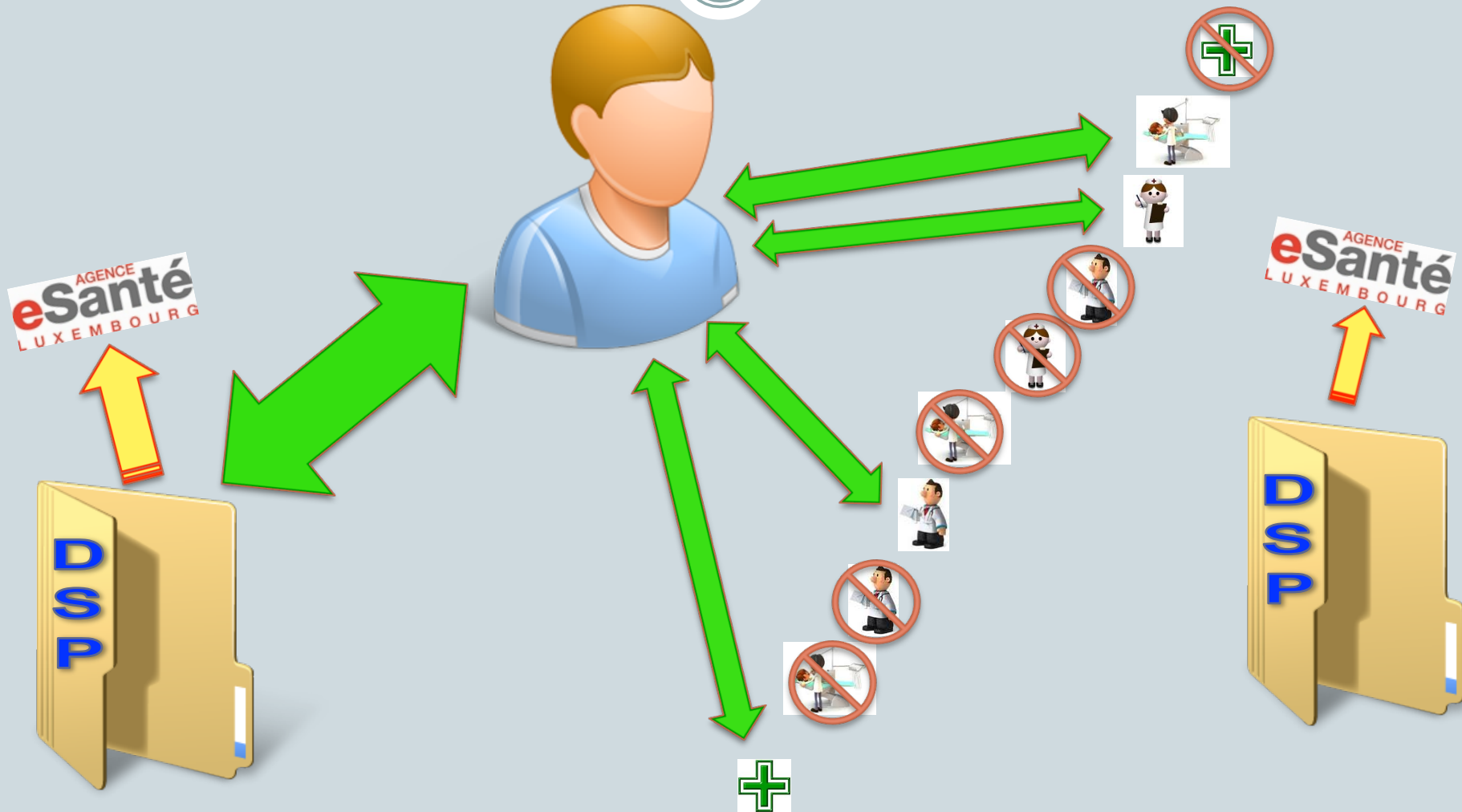


- Die **explizite Zustimmung** des Patienten bezüglich des Erstellens des elektronischen Patientendossiers!
- Das Befolgen einer **offiziell festgelegten** und **transparenten Prozedur** beim Erstellen des Dossiers!
- Die **schriftlich dokumentierte Zustimmung** des Patienten

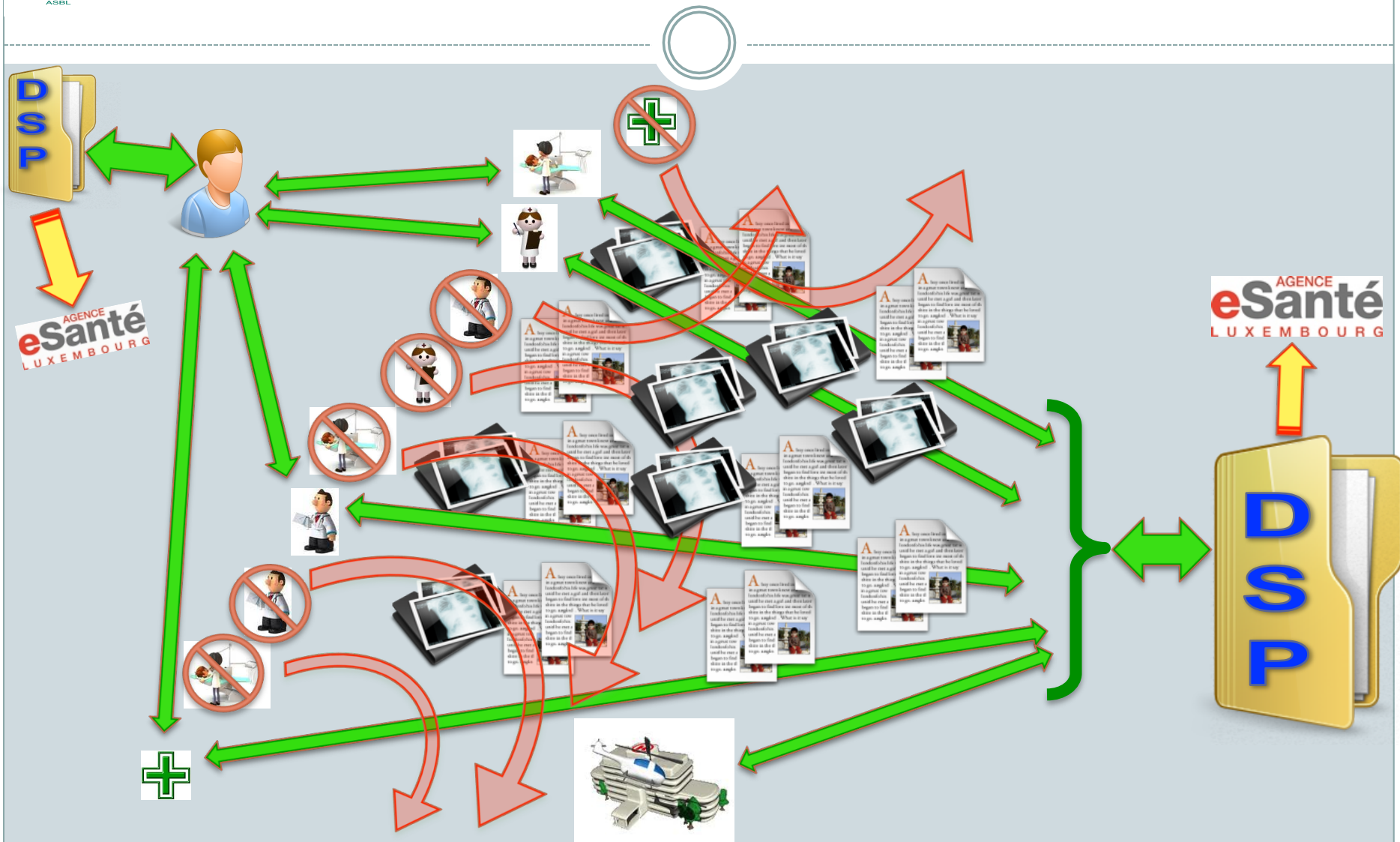
Patient wird über die Erstellung des DSP informiert



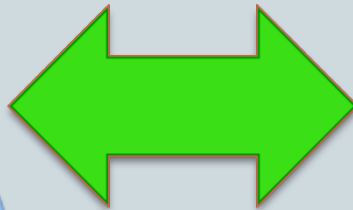
Patient erstellt seinen Vertrauenskreis



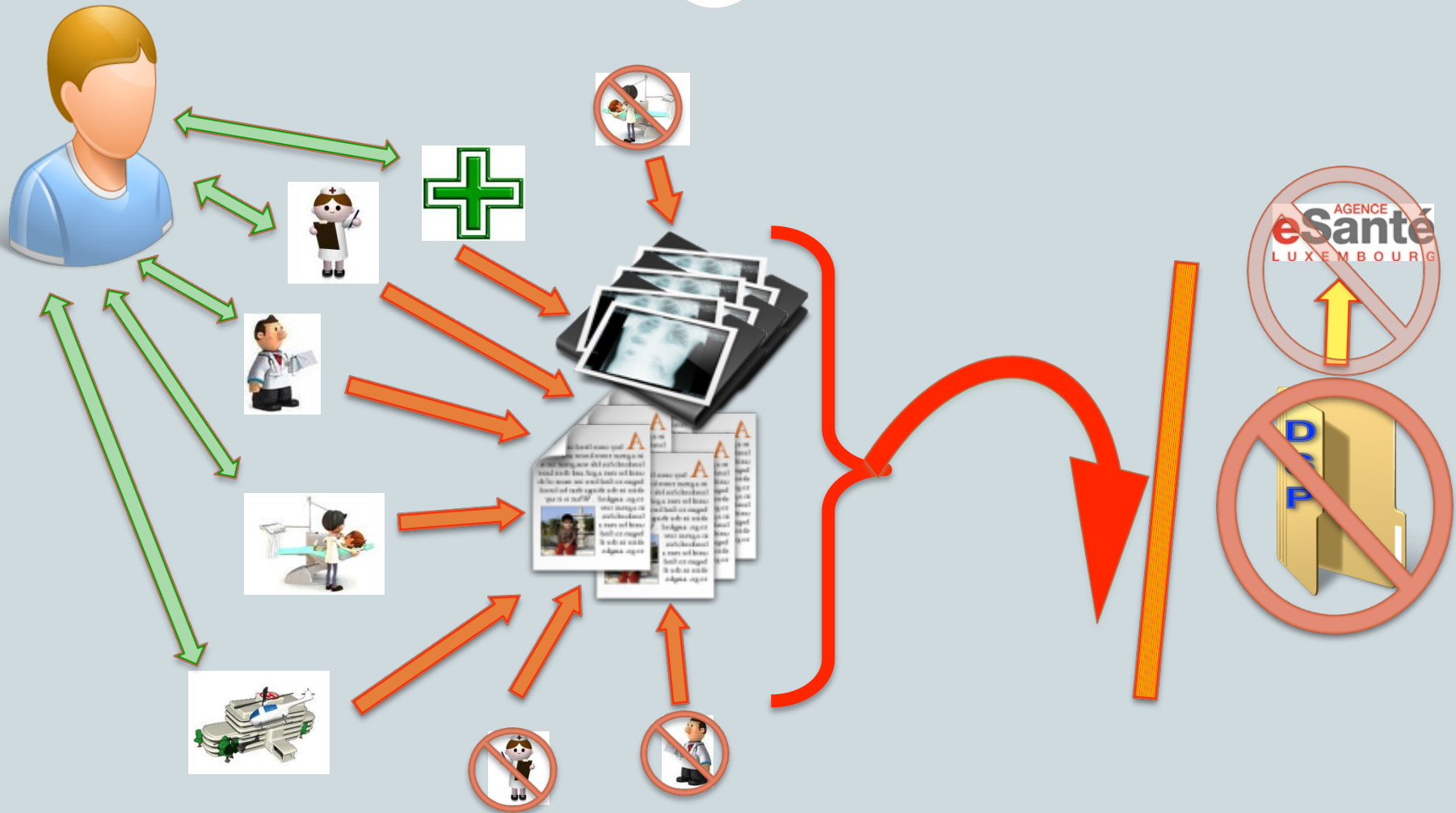
Prinzip des OPT-IN



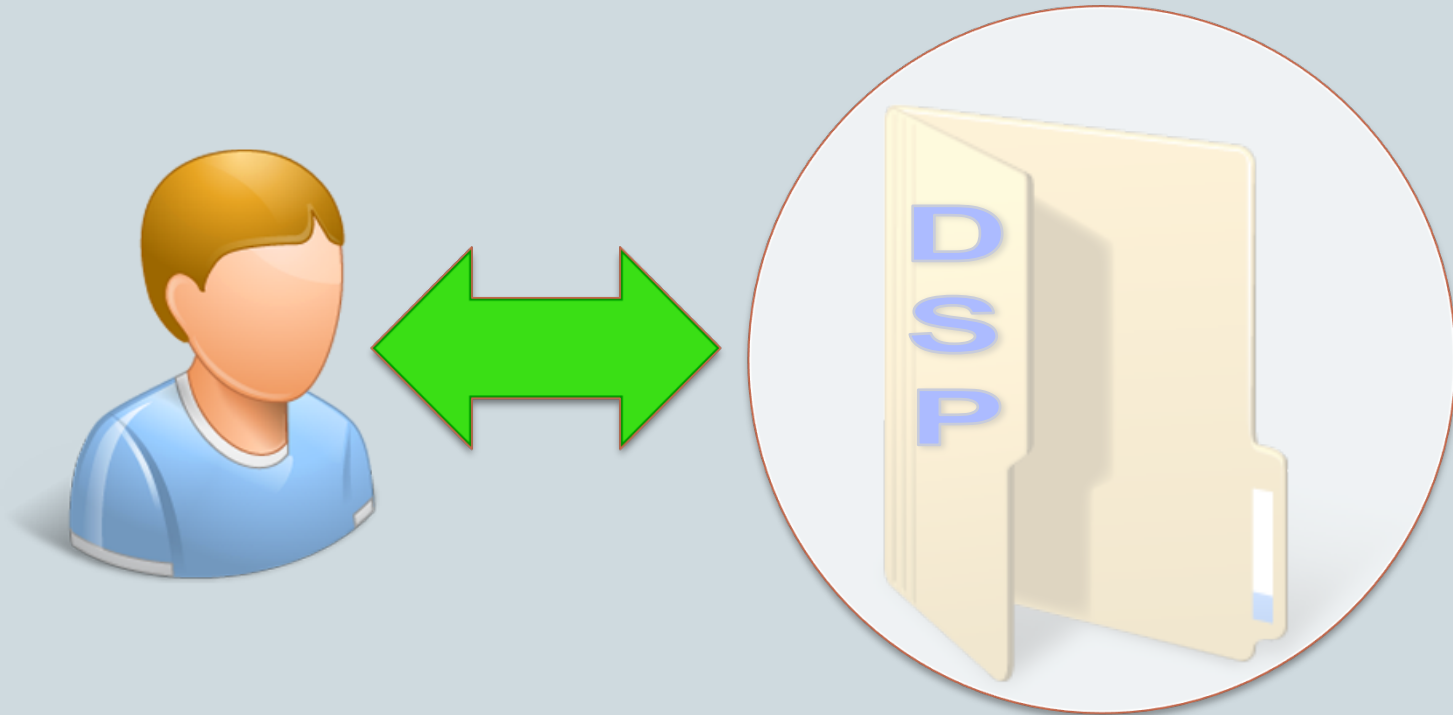
Patient wählt OPT-OUT



Patient hat OPT-OUT gewählt:



Patient trifft KEINE Entscheidung

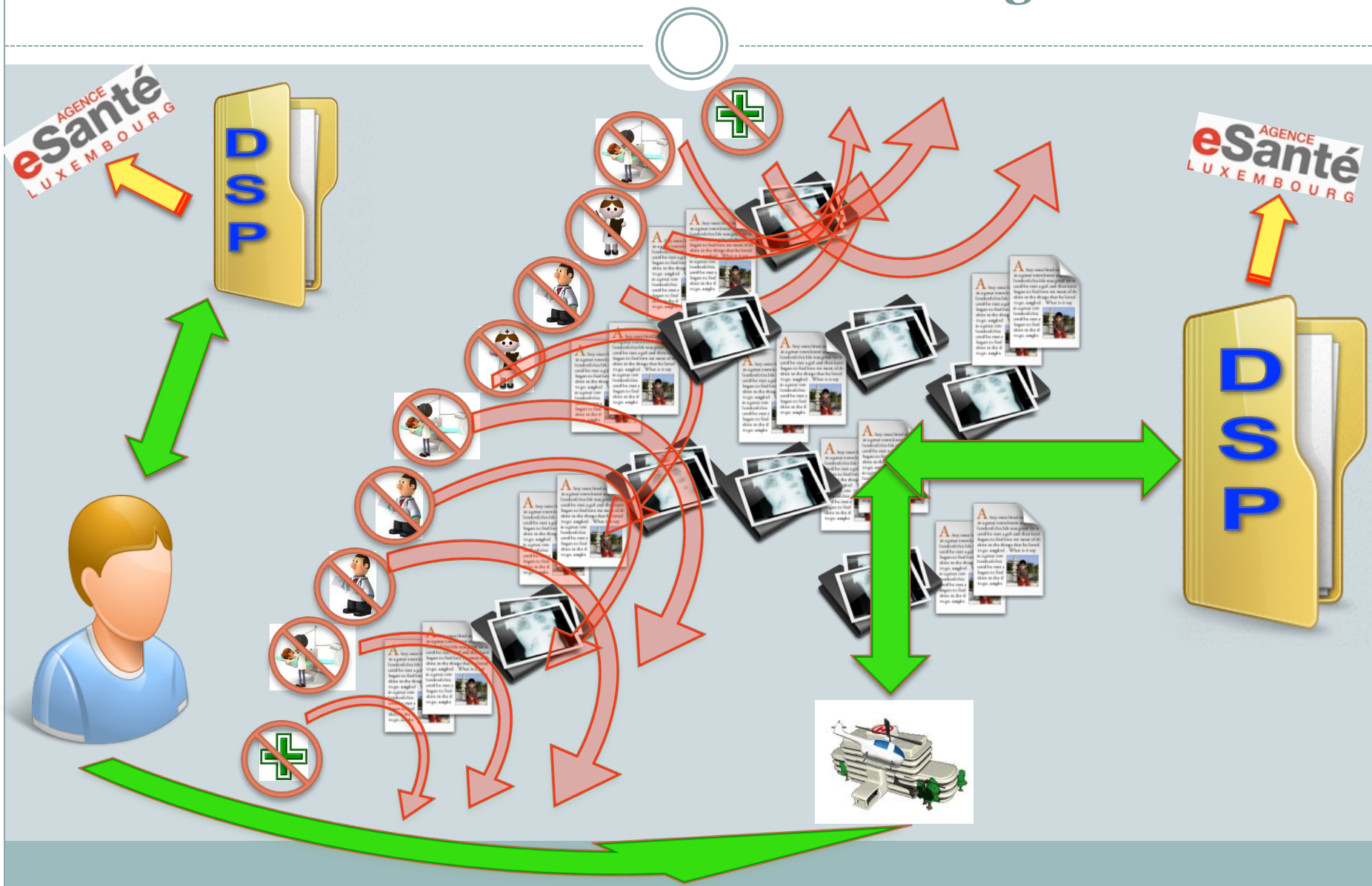


Patient trifft KEINE Entscheidung



- Der Patient kann von der falschen Annahme ausgehen, daß sein DSP leer bleibt, solange er keine Leistungserbringer in seinen Vertrauenskreis aufgenommen hat.
- Diese Tatsache trifft jedoch nur zu bis, daß der Patient in einem Krankenhaus (ambulant oder stationär) aufgenommen wird. Dies kann auch Jahre nach der Erschaffung des DSP noch der Fall sein.
- Mit Annahme der jeweiligen « Krankenhaus-Charta » soll der Patient implizit den aktiven Gebauch des DSP erlauben.

Patient hat KEINE Option gewählt und wird in einem Krankenhaus aufgenommen



Die PATIENTE VERTRIEDUNG asbl fordert:



- **Ausgefeilte Informationskampagnen im Vorfeld-Brief** allein reicht nicht aus
- Die **mündliche** als auch die **zusätzliche schriftliche Information** bei der Hospitalisierung eines Patienten, dass zu dem Zeitpunkt eine Patientenakte angelegt wird

Die PATIENTE VERTRIEDUNG asbl fordert:



- Dass der **Informationsbrief** welchen den Patienten zugeschickt werden soll, **vorher der Zustimmung** seitens der **Krankenkasse (CNS)** und der **Patiente Verriedung asbl** bedarf (Überprüfung des Inhaltes)

Einsicht in die Patientenakte



- **Jede Einsicht** in die Akte des Patienten muss mit entsprechenden **codes dokumentiert** werden
- Es muss zu **jedem Zeitpunkt** nachvollziehbar sein, **wer, wann** Einsicht in die Akte hatte
(Rückverfolgung, Frage nach Sicherheit der codes)

Problemfeld bezüglich der Einsicht in die Akte



- Bis dato **kein eigener code** für **administratives Personal** (z.B. Sekretär/innen) vorgesehen
- Diese speisen die Akte mit Daten anhand des code des Arztes
- Wer **haftet** bei **Informationsmissbrauch** ? Arzt oder Sekretär/in?!
- Wer **haftet** bei **falscher Speisung** der Akte?!

Lösungsvorschlag



- Generieren von **„codes“ für administratives Personal**
- Gewährleistung einer **transparenten Übersicht** wer sich Zugang zur Akte verschafft hat
- **Haftungsfrage wird demzufolge geklärt**

Lösungsvorschlag



- Schaffen einer unabhängigen **Stelle** wo der Patient **ungerechtfertigte Einsichten** durch Leistungserbringer, nicht befugtes Personal oder andere Personen **melden kann** (eventuell Patient*in Vertriebung asbl)
- **Festsetzen von Strafsätzen** bei Zuwiderhandeln
- **Festlegen von zeitnahen Schnellverfahren**

Allgemeine Forderungen bezüglich der elektronischen Patientenakte:



- **Verbot des Kopierens** einer beliebigen Patientenakte auf die **lokale Festplatte** des Arztes (Frage nach Datenschutz cf. Weitergabe der Daten an Drittpersonen)
- **Lediglich Einsichtsrechts** in die Patientenakte innerhalb einer globalen Speicherstelle

Weitere Anmerkung zur Datensicherheit



- Frage nach **Übertragungssicherheit** in bezug auf das **mail-Programm** innerhalb der zentralen Datenstelle
- Zudem kann auch hier ein Leistungserbringer sich eine gesamte **Patientenakte** herunterladen und diese an **Drittpersonen** weitergeben (z.B. Versicherungen, Studien usw)

Datensicherheit und ärztliche Schweigepflicht



Beispiel:

- Patient **A maskiert** einen Eintrag , z.B. Info über **genetische Disposition**, innerhalb seiner Akte
- Patient **B, Kind von Patient A**, übermittelt die von Patient A maskierte Information innerhalb eines Anamnesegespräches an den Arzt
- Der **Arzt notiert** die durch Patient B gewonnene Information zu Patient A in der Akte von Patient B und eventuell zusätzlich von Patient A

Datensicherheit und ärztliche Schweigepflicht



- Die Patiente Verriedung asbl hat am **20. März 2014** einen Brief an den Präsidenten der „**commission nationale pour la protection des données**“ gerichtet um ihn auf diese Missstände hinzuweisen

Referenzarzt und Gate-Keeper Modell:



Welche Erwartungen werden in den Referenzarzt gesetzt ?



1. **Formalisierung der ärztlichen Betreuung**
2. **Zentralisierung der Informationen zu einem bestimmten Patienten!**
3. Erarbeiten **allgemeiner präventiver** Massnahmen
4. **Bessere Orientierung** des Patienten innerhalb des Gesundheitssystems

Was kann die Umsetzung dieser Prinzipien bewirken?



1. Formalisierung kann ausarten in ein **Gate-Keeper System!**
2. Der Patient wird zum **gläsernen Patienten**
3. Der Patient zum **Kostenpunkt** in der **Buchhaltung** der Krankenkassen wird

Tarife und Zahlungsmodalitäten



- 2 Tarife je nach „Risikogruppe“ :

MRO1: 54,30 € bei 18-69jährigen (1 x jährlich) + C1 (39 €)
(consultation du médecin généraliste)

MRO2: 95,50 € bei 70+jährigen und chronisch Kranken (2x jährlich) +
C1 (39 €) (consultation du médecine généraliste)

- **Zusätzliche Beratung zwecks ausstellen einer Präventionsakte (84€)**
- Abrechnung mittels **tiers payant**



- **Direkte Abrechnung** mit der Krankenkasse- Patient muss nichts vorstrecken
- **ABER:** Arzt kann Tarif des tiers payant ausstellen, **ohne, dass der Patient ihn aufgesucht hat!**
- Durch die direkte Abrechnung mit der Krankenkasse hat der Patient **keine Kontrolle über in Rechnung gestellte Dienste!**
- Der Patient erhält **keine Information über die Höhe** der Rechnung!

Forderung der PATIENTE VERTRIEDUNG asbl :



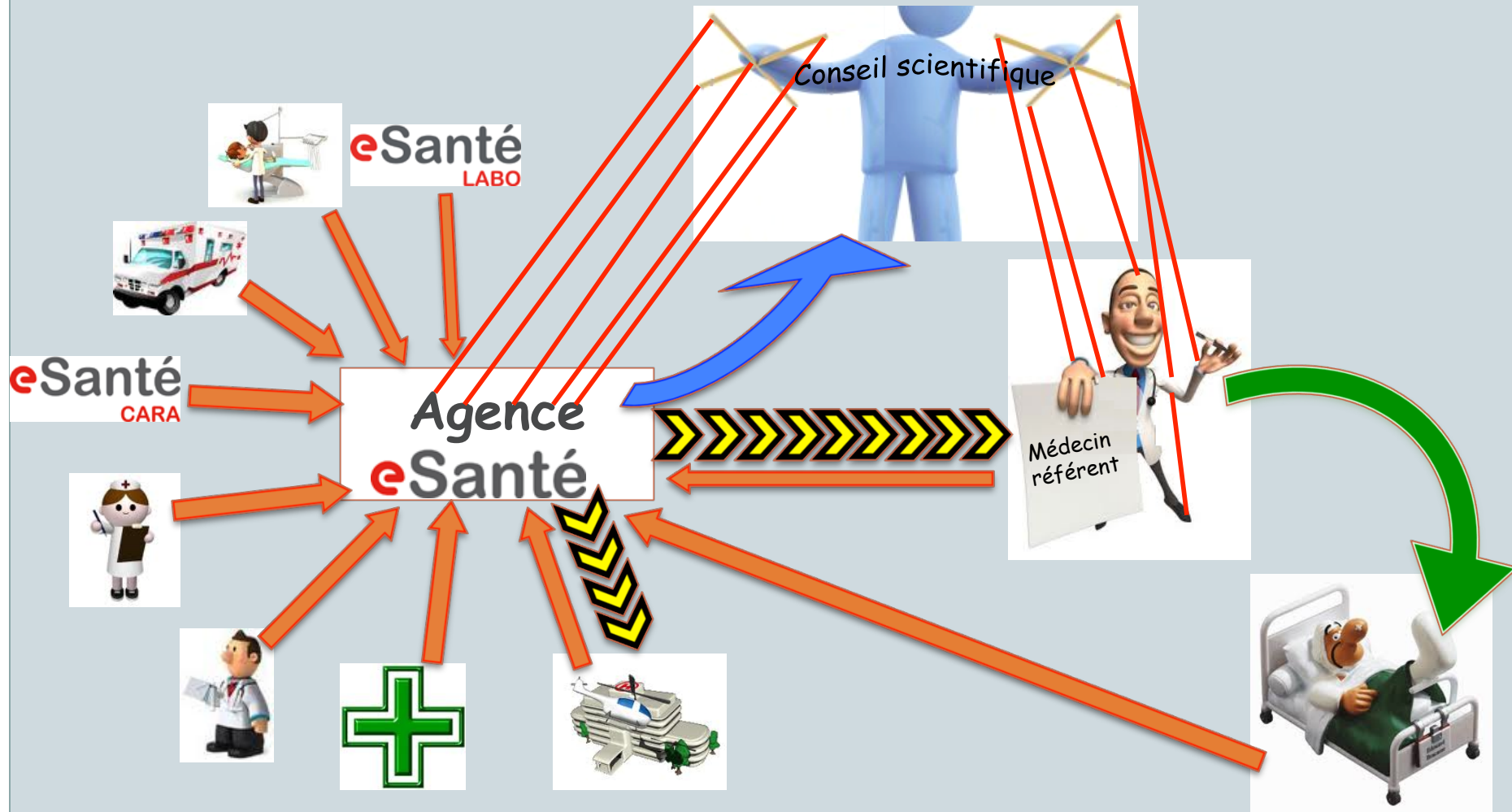
- **CNS : Semestrielles** Ausstellen eines **Überblick-Formulares** für den Patienten über die **abgebuchten Leistungen!**
- ➔ dies ermöglicht es dem Patienten detaillierte **Information** über **Kosten** und **Behandlung** zu erhalten!

Anmerkungen der PATIENTE VERTRIEDUNG asbl zum «Gate Keeper Modell»:



- Agence E-Santé sammelt Daten
- Conseil scientifique erstellt anhand der gesammelten Daten «best practice»-Richtlinien und DRG
- « best-practice » und DRG werden an Leistungserbringer und Referenzarzt weitergeleitet
- Anreiz über Prämien, dass der Referenzarzt dafür sorgt, dass Budgetvorgaben eingehalten und nur « best-practice-Behandlungen » angeboten werden
- Risiko des Schaffens eines **Zweiklassensystems**
- CNS ist dazu verpflichtet jeglich medizinisch notwendige und adäquate Leistung rückzuerstatten!

Referenzarzt = Gatekeeper?!



Generika



Generika



- Wirkungsgrad von **Generika** umstritten
- **Verantwortung** des Apothekers oder des verschreibenden Arztes beim Austausch des Originalmedikaments gegen ein Generikapräparat auf Initiative des Apothekers?!
- Verantwortung des Patienten wenn er sich für ein angebotenes Generika entscheidet?!
- Pro Generika, wenn vom **Arzt** so verschrieben
- **Kostenrückerstattung** auf Basis welchen Tarifs: Originalmedikament vs. Generika, wenn der Patient das durch den Apotheker, alternativ, vorgeschlagene Generikapräparat verweigert
- Anmerkung: jeweils unterschiedliche Generika vorrätig, je nach Apotheke

Beispiel-Kostenbeteiligung CNS



- Medikament X: Kostenpunkt: 180 €
- Generika: Kostenpunkt: 60 €
- Kostenbeteiligung CNS: 80%

Kostenbeteiligung bei Medikament X: 144 €

Kostenbeteiligung bei Generika: 48 €

Beispiel – Kostenbeteiligung CNS



- Der Patient müsste also bezahlen:

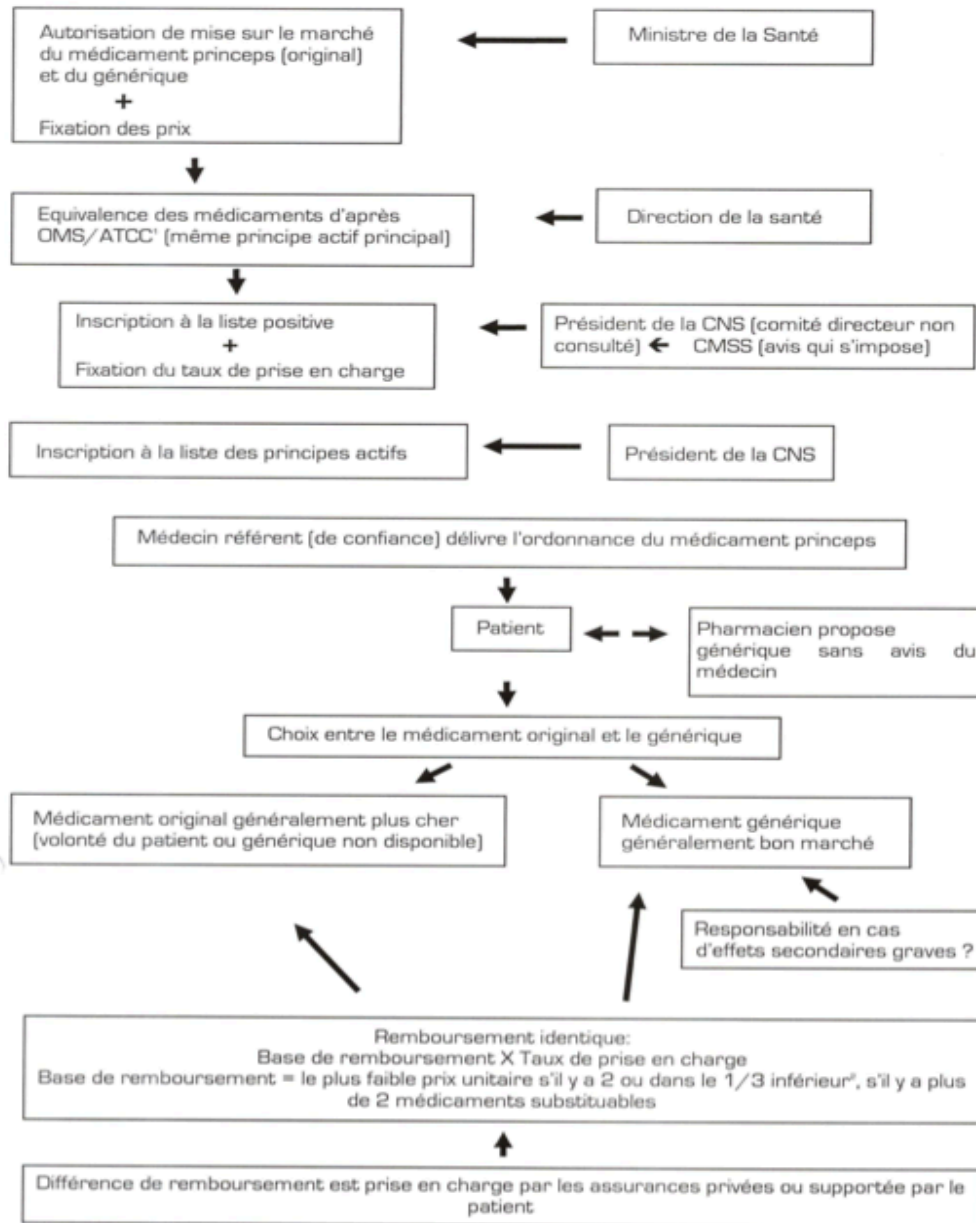
für Medikament X: 36 €
für Generika: 12 €



Medikament X wurde verschrieben, Generika vorgeschlagen, Patient kauft trotzdem Medikament X:

- CNS veranschlagt die **geringe Kostenbeteiligung**, also 48 € (Kostenbeteiligung für Generika)
- Eigenbeteiligung des Patienten für Medikament X:
180 € (Preis) – 48 € (Beteiligung CNS) :

➔ Zu zahlender Betrag Patient: **132 € !**



* Anatomical therapeutic chemical classification, loi 17.12.2010 art. 22bis

* Prix unitaire le plus faible + (Prix unitaire le plus élevé - Prix unitaire le plus faible)/3

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

