

Anna H. Moreno

Schaffung einer patientenzentrierten Interoperabilität im Gesundheitswesen durch die öffentliche Hand

Aus der Reichweite des SGB V schöpfen oder rechtliche Neu-Kodifikation fordern?



Nomos

Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht

Herausgegeben von
Prof. Dr. Marion Albers
Prof. Dr. Ivo Appel
Prof. Dr. Ulrich M. Gassner
Prof. Dr. Henning Rosenau

Band 49

Anna H. Moreno

Schaffung einer patientenzentrierten Interoperabilität im Gesundheitswesen durch die öffentliche Hand

Aus der Reichweite des SGB V schöpfen oder rechtliche
Neu-Kodifikation fordern?



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Halle-Wittenberg, Univ., Diss., 2021

ISBN 978-3-8487-8738-8 (Print)

ISBN 978-3-7489-3169-0 (ePDF)

1. Auflage 2022

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2022. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Als Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit muss der Vortrag eines Lungenfacharztes aus meiner Wahlheimat Berlin genannt werden. Er teilte uns Teilnehmenden im Rahmen einer medizinischen Fortbildungsveranstaltung zu einem sehr häufigen Krankheitsbild mit, dass die IT-gestützten Geräte und Messinstrumente für die Lungenfunktionsprüfung seiner Patientinnen und Patienten sich nur dann „miteinander verständigen“ und „Befunde korrekt interpretieren und weiterleiten“ konnten, wenn sie in ihrer Gesamtheit vom selben Hersteller stammten. Seine ernüchternde Beobachtung war, dass sein finanzieller Aufwand zur Herstellung einer „Schnittstelle zum Informationsaustausch“ zwischen den einzelnen technischen und informatischen Systemen ungleich höher war als der Preis für die jeweiligen Messinstrumente im Einzelnen.

Diese konkrete Beobachtung aus der Praxis umschreibt ein in seiner Bedeutung kaum zu überschätzendes alltagspraktisches Problem im Zusammenhang mit der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens: Es fehlen einheitliche Kommunikationsstandards als Garanten für die technisch und inhaltlich unverzerrte Kommunikation IT-gestützter Systeme. Für die Qualität und insbesondere für die Sicherheit der Therapie entlang der Versorgungskette hat das Fehlen einer Standardisierung unmittelbare negative Folgen.

Nur die Patientinnen und Patienten durchleben alle Stationen der Behandlungskette. Die Ursachenforschung muss daher patientenzentriert erfolgen. Sie bildet die Basis für eine umfassende patientenzentrierte Interoperabilität der Systeme.

Die vertiefende Beschäftigung mit dieser offenkundigen Dysfunktionalität zwischen technisch innovativer Hochleistungsmedizin einerseits und der langjährigen Unfähigkeit der zumeist geschlossenen Systeme andererseits, die Versorgungsdaten und relevante Behandlungsinformationen unverzerrt an alle an der Behandlungskette Beteiligten zu übermitteln, offenbart die systemische Dimension der Problematik.

Im Laufe der thematischen Bearbeitung ließen sich praktisch in allen Feldern der gesundheitsbezogenen Versorgung eine Fülle von Beispielen für das Fehlen einheitlicher Kommunikationsstandards als Ursache für die beobachtete heterogene Systemlandschaft finden. Diese Form der fehlenden informationstechnischen Vernetzung betrifft präventive Maßnahmen,

Vorwort

die Diagnostik und Behandlung, die Qualitätssicherung, die elektronische Meldekette bei epidemiologischen Ausbruchssituationen, die Rehabilitation und nahezu flächendeckend die Übergänge zwischen der stationären und ambulanten Versorgung gleichermaßen.

So unterschiedlich die in dieser Arbeit ausgewählten Beispiele für eine fehlende Vernetzung in der Versorgungslandschaft auch sind, so haben sie doch einen unverkennbaren gemeinsamen Nenner und lassen in der Gesamtheit ein gemeinsames ursächliches Entstehungsmuster erkennen. Rechtliche, aber auch nicht-rechtliche Regelungsinstrumente zur Vermeidung heterogener Systemlandschaften greifen nicht.

In den unterschiedlichen Verantwortungsebenen der Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens ist es nicht gelungen, eine gemeinsame Zielvorstellung und ein Leitbild der vernetzten Kommunikation zu schaffen. Aus diesem Problembewusstsein heraus stellt sich daher zunächst die Frage, ob die Digitalisierung des Gesundheitswesens neue Regeln braucht und wie diese zu gestalten sind.

Steuerungswissenschaftliche Erkenntnisse und konsequent gelebte Interdisziplinarität können hier Lösungsansätze an die Hand geben. Zentrale Grundüberlegungen von Prof. Dr. Gunnar Folke Schuppert prägen die methodische Ausgangsbasis der vorliegenden steuerungswissenschaftlichen Arbeit, die ausgehend von einer Problemanalyse, der Klassifizierung der Verantwortungsebenen und der Umsetzungssettings der weiteren Frage nachgeht, welche hoheitlichen Steuerungselemente normativer Natur einem Gesetzgeber in dieser Phase der Digitalisierung zur Verfügung stehen, um eine gemeinwohlorientierte patientenzentrierten Interoperabilität herbeizuführen.

Die Ursachenanalyse offenbarte eine Vielfalt inverser Interessenslagen, die nicht zuletzt in der Gemeinsamen Selbstverwaltung verankert sind. Als zentrales Hemmnis einer umfassenden Interoperabilität lässt sich insbesondere das Selbstverständnis einer Digitalindustrie identifizieren, welches einerseits globalisierungsoffen firmeneigene IT-Infrastrukturen propagiert, andererseits durch zahlreiche „elements of closure“ und kritische Formen der Kundenbindung einer flächendeckenden Etablierung der patientenzentrierten Interoperabilität entgegensteht.

Mein besonderer Dank gilt zuvörderst meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. iur. Winfried Kluth, Lehrstuhlinhaber für Öffentliches Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, für die gebotene Möglichkeit das Thema ausführlich wissenschaftlich zu erörtern und aus der Vielzahl der Perspektiven zu schöpfen. Ich danke ihm herzlich für seine hervorragende fachliche Unterstützung und sein persönliches Engagement bei der

Betreuung dieser Arbeit, die ideelle Hilfe, die konstruktiven Anmerkungen und Hinweise zur Handhabung der Rechtsfragen sowie für die Möglichkeit des Hineinwachsens in das komplexe Steuerungsfeld der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung. Für die mutige Parteinahme für die Patientenperspektive und rechtsübergreifenden Anmerkungen bin ich Frau Prof. Dr. Katja Nebe, Lehrstuhlinhaberin für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dankbar.

Ich danke zudem den vielen Institutionen und Akteuren aus dem Forschungsfeld Public Health für den wissenschaftlichen Austausch, die Hinweise und die gute Vernetzung. Ihre Bereitschaft zur Beantwortung meiner offenen Fragen ermöglichte es mir, die Komplexität des Untersuchungsfeldes in der notwendigen Tiefe zu erfassen.

Auch dem Interdisziplinären Zentrum Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, welches sich zur Aufgabe gemacht hat, medizinethische Fragen ebenfalls in einem professionsübergreifenden Ansatz zu erforschen und zu lehren, danke ich für seine Unterstützung während meines wissenschaftlichen Werdeganges. Die eigene interdisziplinäre Ausbildung und die Denkanstöße des Interdisziplinären Zentrums der Universität waren für die Bearbeitung dieser Arbeit von großem Wert. Der Bedarf an interdisziplinärer Verständigung im Spannungsfeld zwischen medizinischen, juristischen und gesellschaftspolitisch/ethischen Disziplinen ist unverändert groß.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie für die Unterstützung bei meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung.

Halle, September 2019

Anna Antonia H. Moreno

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	17
TEIL 1: EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG	23
A. Einführung in das Feld	23
B. Fragestellung	31
C. Methodisches Vorgehen und Untersuchungsgang	33
TEIL 2: UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	36
D. Begriffsklärung und Untersuchungsfeld	36
I. Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen	36
II. Begriffliche Differenzierungen zur Interoperabilität	37
1. Kommunikation im Gesundheitswesen	37
a) Die Interoperabilität im Gesundheitswesen	39
b) Die semantische Interoperabilität	41
2. Weitere angrenzende Begrifflichkeiten	43
3. Kommunikationsstandards und ihre Werkzeuge	43
a) Kommunikationsstandards	44
b) Dokumentationsstandards	47
aa) Einheitliche Nomenklaturen	48
bb) Nutzung von Klassifikationshierarchien	49
4. Patientenzentrierte Interoperabilität	49
III. Strukturelle Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens	51
1. Das Selbstverwaltungsprinzip in Zeiten des digitalen Wandels	52
2. Rolle des untergesetzlichen Normgebers in der Digitalisierung	54
a) Das mächtige Gestaltungsinstrument der Richtlinien	56
b) Institut nach § 139a SGB V – das IQWiG	58
c) Institut nach § 137a SGB V – das IQTIG	59
IV. Grundlegende Versorgungsansätze im digitalen Wandel	61
1. Praxisbeispiel für einen vernetzten Versorgungsansatz	61
2. Emerging Technologies	63
a) Notwendigkeit der Technikfolgenabschätzung	64

Inhaltsverzeichnis

b) Systembetrachtung zur Technikfolgenabschätzung	66
V. Digitale Technologie als Gesundheitsgut	67
1. Die Datenautobahn im SGB V und ihre Konkurrenten	68
2. Soziotechnische Systeme – Definition und Vertiefung	70
a) Komplexität Soziotechnischer Systeme	71
b) Integrationstiefe Soziotechnischer Systeme	73
3. Vernetzung integrierter Medizintechnologie	74
a) Der Medizinproduktebegriff	75
b) Systematische Bewertung der Medizinprodukte	75
4. Digitale Gesundheitsanwendungen zur Patientenunterstützung	77
a) Zugang zur Gesundheitsleistung DiGA	78
b) Vernetzungsfähigkeit und Qualitätssicherung der DiGA	80
5. Bedeutung der digitalen Vernetzung	81
a) Entwicklung und neue Bedarfe	82
b) IT-gestützte komplexe Mehrfachinterventionen	83
c) Vernetzung als Basis telemedizinischer Methoden	84
d) Proprietäre Informationssysteme im Gesundheitswesen	86
e) Vernetzung als Charakteristikum von eHealth	88
6. Health Technology Assessment bei digitalen Technologien	90
a) Methodik der systematischen Bewertung	90
b) Die Nutzenbewertung des Instituts nach § 139a SGB V	92
VI. Zwischenergebnis aus Kapitel D	93
TEIL 3: PROBLEM- UND VOLLZUGSEBENE	95
E. Wertende Betrachtung	95
I. Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen	95
II. Einfluss der digitalen Kommunikation auf die Patientensicherheit	96
1. Beispiele für eine misslungene Kommunikation	98
a) Fehlkommunikation beim Infektionsausbruch	98
aa) Fehlender Informationsfluss	99
bb) Fragmentierte Vorgaben	100
cc) Vollzugsproblem	102
b) Fehlkommunikation im Feld der Organtransplantation	104

c)	Fehlkommunikation beim Kniegelenksersatz	104
aa)	Verantwortungsebenen	105
bb)	Stellenwert der IT-Systeme	106
2.	Empirische Datenlage zur misslungenen Vernetzung	107
III.	Wertende Betrachtung der Verantwortungsdebatte	108
1.	Verantwortungsebene des untergesetzlichen Normgebers	108
a)	Der G-BA als Teil des Problems	109
aa)	Strukturelle Schwächen	109
bb)	Interoperabilität in der Nutzenbewertung	110
cc)	Methodenkritik	112
dd)	Bewertungsdefizite nicht rechtlich begründbar	113
ee)	Früherkennung digitaler Technologien	114
b)	Bewertung des zeitkritischen Zuganges	115
c)	Nutzenbewertung über Kennzahlen	116
2.	Verantwortungsebene der GKV	118
a)	Vertragsformen in der digitalen Transformation	119
b)	Erstattung der Digitalen Gesundheitsanwendungen	119
c)	Pflicht zur Evaluation	120
3.	Verantwortungsebene der Leistungserbringung	120
a)	Sektorale Strukturen im digitalen Wandel	121
b)	Heterogene Systemlandschaft	123
aa)	Sektoraler Graben	124
bb)	Digitaler Graben	124
4.	Verantwortungsebene der Digitalindustrie	126
a)	Interoperabilität wettbewerbslich erwünscht	127
b)	Bereitstellung von Schnittstellen	129
c)	Formen der Kundenbindungsstrategie	132
d)	Dominierende geschlossene Systeme	133
e)	Einfluss der Urheberrechte und Patentschutz	134
aa)	Schutzbereich von Software im Gesundheitswesen	134
bb)	Handlungsalternativen	135
f)	Abhängigkeit durch fehlende Datenportabilität	137
g)	Dominanz der Patientenverwaltungssysteme	139
aa)	Das Apple-Prinzip	139
bb)	Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit	140
cc)	Erfüllung der Berichtspflichten	141
h)	Marktdominanz Einzelner als Hemmnis	142
i)	Geschäftsgeheimnis als Argument	142

Inhaltsverzeichnis

j) Weitere problematische Formen der Kundenbindung	144
5. Verantwortungsebene der Rechtsausübung	145
IV. Nationale und Europäische Dimension der Problematik	150
1. Europäischer Rechtsrahmen für die elektronische Vernetzung	151
2. Forschungsförderung im Feld der Interoperabilität	156
3. Die Bedeutung des Europäischen Gerichtshofes	157
V. Zwischenergebnis aus Kapitel E	158
F. Prioritäre Handlungsfelder	160
I. Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen	160
1. Patientenseitiges Recht auf Interoperabilität?	161
2. Patientennutzen durch Interoperabilität	163
a) Patientennutzen aus der standardisierten Dokumentation	163
b) Patientennutzen aus vernetzten digitalen Daten	166
c) Patientennutzen aus Informationspflichten	167
d) Patientennutzen durch Standardisierung	168
e) Umfang der Informationspflichten	169
f) Risikoaufklärung bei IT-gestützten Interventionen	170
g) Interoperabilität bei der Selbstvermessung	172
II. Handlungsfelder in der Leistungserbringung	174
1. Standardisierung der Dokumentation als Handlungsfeld	174
a) Wandel des Dokumentationsprozesses	176
aa) Berufsrechtliche Aspekte	177
bb) Dokumentationsinstrumente	179
b) Verantwortungsdiffusion durch technische Entwicklung	179
c) Standardisierungsschub durch Technologieentwicklung	180
d) Die Kommunikation zwischen den Professionen	185
e) Patientenzentrierte Interoperabilität als organisatorische Pflicht	186
2. Verändertes Rollenverständnis als Handlungsfeld	187
a) Die Arzt-Patient-Kommunikation	187
b) Tradierte und neue Gesundheitsprofessionen	188
III. Handlungsfelder in der Gesetzlichen Krankenversicherung	189
1. Vertragsformen mit Einsatz Soziotechnischer Systeme	190
2. Neue Gesundheitsanwendungen in der Verantwortung der GKV	192

3. Persönliche elektronische Gesundheitsakte	192
4. GKV-Anbieterwettbewerb im IT-Feld	194
IV. Handlungsfelder der Digitalwirtschaft	196
V. Zwischenergebnis zu Kapitel F	197
G. Rechtswissenschaftliche Spannungslinien	198
I. Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen	198
II. Diskutierte Schutzbereiche in der Regulierungsfrage	199
1. Das Ob und Wie einer staatlichen Intervention	199
a) Nationale Wirtschaftskraft als Argument	200
b) Innovationshemmung als Argument	201
2. Argumente im Zusammenhang mit der Berufsfreiheit	204
3. Argumente zum fairen Wettbewerb	205
aa) Rolle der Körperschaften	206
bb) Europäische Dimension der Problematik	207
b) Furcht vor staatlicher Datenmacht als Argument	207
c) Gefährdung von Unternehmen als Argument	209
III. Belange der Patientinnen und Patienten	211
IV. Zwischenergebnisse aus Kapitel G	213
TEIL 4: PRÜFUNG DER REICHWEITE	215
H. Sozialrechtlicher Rahmen	215
I. Vorüberlegung und methodisches Vorgehen	215
1. Der Wille des Gesetzgebers	216
2. Chronologische Betrachtung der regulativen Bemühungen	217
II. Inhaltliche Einordnung der regulativen Bemühungen	219
1. Das Gesundheitsreformgesetz	219
a) Themenrelevante Regelungen	220
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	221
2. Das Gesundheitsstrukturgesetz	223
a) Themenrelevante Regelungen	223
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	224
3. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz	225
a) Themenrelevante Regelungen	226
aa) Abbildung des Leistungserüsts	226
bb) Einzug der IT-Systeme	227
cc) Privatwirtschaftliche Entwicklungen	228
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	229
aa) Freie Fahrt für proprietäre Systeme	229

Inhaltsverzeichnis

bb) Verselbständigung der Entwicklungen	231
4. Das GKV-Modernisierungsgesetz	232
a) Themenrelevante Regelungen	232
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	233
aa) Fehlende Eignung des Gesellschaftermodells	235
bb) Bewertung ohne Technikfolgenabschätzung	237
cc) Fehlende Nutzerzentrierung bei der Nutzenbewertung	238
dd) Zusammenarbeit ohne Kommunikationsstandards	239
ee) eGK-Einführung ohne Partizipation	241
5. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	243
a) Themenrelevante Regelungen	243
aa) Finanzierung der gematik	244
bb) Interprofessionelle Vernetzung	244
cc) Präzisierung der Versorgungsübergänge	245
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	246
aa) Interprofessionelle Zusammenarbeit	246
bb) Folgen des Vollzugsdefizits	247
6. Das E-Health-Gesetz	247
a) Themenrelevante Regelungen	248
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	251
aa) Verantwortungszuschreibung	251
bb) Frage der Patientenzentrierung	252
cc) Interoperabilitätsregister	254
7. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	255
a) Themenrelevante Regelungen	255
aa) Optimierung der Versorgungsübergänge	256
bb) Innovative Versorgungsprojekte	257
cc) Besondere Versorgung	258
dd) Frühbewertung der Medizinprodukte	258
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	259
aa) Fehlende Partizipation	259
bb) Versorgungsabbrüche an den Übergängen	260
8. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz	261
a) Themenrelevante Regelungen	261
aa) Einheitliche Kommunikationsstandards	262
bb) Konkretisierungen zur Umsetzung	263
b) Ausgeblendete Felder und Folgen	264

III. Diskussion um die Reichweite des SGB V	264
1. § 301 SGB V als zentrale Erhebungs- und Verschlüsselungsnorm	266
a) Diskurs zur Reichweite von § 301 SGB V	268
b) Harmonisierung der Verschlüsselung	270
2. Sozialrechtliche Ermächtigungsnormen zur Qualitätssicherung	270
a) Datenerfassung zur Qualitätssicherung	271
b) Ermächtigungsnormen mit berufsregelnder Wirkung	272
aa) Mindestmengen	273
bb) Die NUB-Bewertung	274
c) Berichterstattung zur Qualitätssicherung	276
IV. Zwischenergebnisse aus Kapitel H	277
1. Ergebnis der ersten Teilprüfung	277
2. Ergebnis der zweiten Teilprüfung	280
3. Gesamtergebnis beider Teilprüfungen	281
I. Regulatorisches Potenzial	281
I. Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen	281
II. Definition der Handlungsfelder	283
1. Retrospektiver Ansatz	284
2. Prädiktiv angelegter Ansatz	285
III. Regulierungspotenziale zur Vernetzung	286
1. Orientierung an bereits erprobten Maßnahmen	287
2. Erkennen der Systemrelevanz digitaler Technologien	288
a) Schwerpunkt auf prädiktiver Bewertung der IT-Systeme	289
b) Regulierung über strukturell verankerte Synergien	290
IV. Systematische Bewertung der Soziotechnischen Systeme	291
1. Nutzenbewertung Soziotechnischer Systeme	292
2. Methodenkritische Diskussion	292
V. Formen der öffentlichen Berichterstattung	293
VI. Zwischenergebnisse aus Kapitel I	294
J. Verfassungsrechtliche Aspekte	295
I. Vorüberlegungen und methodisches Vorgehen	295
II. Grundrechtsverständnis in der digitalen Transformation	296
III. Sozialstaatliche Grundüberlegungen	299

Inhaltsverzeichnis

IV. Reichweite staatlicher Maßnahmen im virtuellen Raum	300
1. Spektrum der verfassungsrechtlichen Fragen im digitalen Kontext	301
2. Begrenzung der Privatautonomie der Digitalunternehmen	302
a) Kontroverse um Maß der Begrenzung	302
b) Verfassungsrechtliche Erwägungen	303
3. Staatliche Fürsorgepflicht im digitalen Kontext	304
V. Grundrechtssensible Bereiche im Betrachtungsfeld	307
1. Veränderter Interpretationsraum definierter Grundsätze	307
2. Die verfassungsverträgliche Technikgestaltung	309
a) Regulierung unter Beachtung der Berufsfreiheit	309
b) Garantie der Wirtschaftlichkeit und Qualität	311
aa) Regulierung auf der Ebene der Gesundheitseinrichtung	311
bb) Public Disclosure durch den Staat	312
cc) Regulierung auf der Ebene der Digitalwirtschaft	314
3. Grundsätze aus dem allgemeinen Gleichheitssatz	315
VI. Zwischenergebnis aus Kapitel J	316
TEIL 5: ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	317
K. Gesamtzusammenfassung	317
L. Schlussbetrachtung	324
M. Neues Leitbild der Vernetzung	327
N. Literaturverzeichnis	337
O. ANHANG	387
I. Verzeichnis der Amtlichen Drucksachen (Parlamentaria)	387
II. Übersicht der einbezogenen Entscheidungen	391

Abkürzungsverzeichnis

ABl.	Amtsblatt
ABl. EU	Amtsblatt der Europäischen Union
Abs.	Absatz
ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ÄKB	Ärztekammer Berlin
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention
AI	Artificial Intelligence (engl. für Künstliche Intelligenz)
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMDE	Adverse Medical Device Events
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit
APIS	Arztpraxisinformationssystem
BAGP	Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen
BÄK	Bundesärztekammer
BAH	Bundesverband der Arzneimittelhersteller
BAnz	Bundesanzeiger
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BGH	Bundesgerichtshof
BHO	Bundeshaushaltsordnung
BITKOM	Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V.
BKartA	Bundeskartellamt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BO	Berufsordnung der Ärzteschaft
BPatG	Bundespatentgericht
BRH	Bundesrechnungshof

Abkürzungsverzeichnis

BR-Drs.	Bundesrats-Drucksache
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BUB	Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BVDW	Bundesverband Digitale Wirtschaft e.V.
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bvitg	Bundesverband Gesundheits-IT e.V.
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
CMCI	Complex Multicomponent Intervention
CR	Computer & Recht
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DEMIS	Deutsches Elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Gesundheitswesen
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
DVG	Digitale Versorgung-Gesetz (Stand Referentenentwurf)
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EG	Europäische Gemeinschaft
eGA	Elektronische Gesundheitsakte
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia Coli
E-Health-Gesetz	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze
EKG	Elektrokardiogramm
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
endg. F.	endgültige Fassung
ePA	Elektronische Patientenakte
EP	Europäisches Parlament
EPÜ	Europäisches Patentübereinkommen
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
EU	Europäische Union
EuG	Gericht der Europäischen Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof

FOKUS	Fraunhofer Institut für Offene Kommunikationssysteme
FPG	Fallpauschalengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
Gesch-GehG	Gesetz zum Schutz von Geschäftsgeheimnissen
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Finanzstruktur und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen - Gesundheits-Reformgesetz
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen
H2020	Horizont 2020
HL-7	Health Level Seven International
HIT	Health Information Technology
Hs.	Halbsatz
HSS	Horizon Scanning Systeme
HTA	Health Technology Assessment
HWG	Heilmittelwerbeengesetz
ICD	International Classification of Diseases
ICT	Information and Communication Technology
ICW	InterComponentWare AG
i. d. F.	in der Fassung

Abkürzungsverzeichnis

IEEE	Institute of Electrical and Electronics Engineers
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IoT	Internet of Things (deutsch: Internet der Dinge)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
i. S. d.	im Sinne der/des
ISO	Internationale Organisation für Normung
IT	Informationstechnologie
IV	Integrierte Versorgung
i. V. m.	In Verbindung mit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFPV	Krankenhaus-Fallpauschalenverordnung
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KOM	Kommission der Europäischen Gemeinschaften
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVK	Krankenversichertenkarte
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LE	Leistungserbringer [im Gesundheitswesen]
LSG	Landessozialgericht
MBO-Ä	Muster-Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDR	Medical Device Regulation
MDS	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mm-R	Mindestmengen-Regelung
MMV	Mindestmengenvereinbarung
MPG	Medizinproduktegesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
m. W. v.	mit Wirkung von/vom
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
Nr.	Nummer

NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel (Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin)
PatRG	Patientenrechtegesetz
PfllWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
ProdHaftG	Produkthaftungsgesetz
PVS	Praxisverwaltungssystem
PwC	PricewaterhouseCoopers
QB	Qualitätsbericht
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RKI	Robert Koch-Institut
RL	Richtlinie
S.	Satz
SG	Sozialgericht
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB X	Zehntes Buch Sozialgesetzbuch
SITiG	Spitzenverband IT-Standards im Gesundheitswesen
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms
StGB	Strafgesetzbuch
SVR (1)	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SVR (2)	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Kurz: SVR Gesundheit)
TA	Technikfolgenabschätzung
TI	Telematikinfrastruktur
TKG	Telekommunikationsgesetz
TPG	Transplantationsgesetz
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UrhG	Urheberrechtsgesetz
VÄG	Vertragsarztrechtänderungsgesetz
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.
VDI	Verein Deutscher Ingenieure
vesta	Verzeichnis für Standards und Anwendungen im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
WIPO	World Intellectual Property Organization

Abkürzungsverzeichnis

ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH

Genderhinweis:

Diese Arbeit benutzt eine geschlechtergerechte Sprache. Dort, wo dies nicht möglich ist oder die Lesbarkeit stark eingeschränkt werden würde, gelten die gewählten personenbezogenen Bezeichnungen für alle Geschlechtsformen.