

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

[REDACTED]

06.02.2015

A. Einleitung

Der Deutsche Caritasverband bewertet die mit diesem Referentenentwurf vorgenommene Öffnung der elektronischen Gesundheitskarte für telematische Anwendungen und eine sichere digitale Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens als positiv, da diese Form der Datenübermittlung einen Mehrwert für den Patienten erbringen kann. Die schnelle und sichere elektronische Übermittlung von Daten kann einen wesentlichen Beitrag zu einer effizienteren Versorgung im Notfall leisten. Der elektronische Arztbrief gewährleistet einen nahtlosen Datenfluss zwischen Hausarzt und Facharzt, sodass wichtige Daten zum Wohle des Patienten jederzeit zur Verfügung stehen und dadurch beispielsweise patientenbelastende Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Auch im elektronischen Entlassbrief liegt ein hohes Potenzial für eine naht- und lückenlose Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante medizinische Versorgung. Bezüglich der Überleitung in die pflegerische Versorgung sehen wir hier im Einzelnen noch Nachbesserungsbedarf. Im Grundsatz ist jedoch zu begrüßen, dass der Referentenentwurf die Anwendung der digitalen Kommunikation und Telematik auch anderen Gesundheitsberufen wie der Pflege, eröffnet. Insgesamt ist darauf zu achten, dass die Telematik nicht nur für die medizinische Versorgung eingesetzt wird, sondern auch für die Telecare. Nicht zuletzt kann der Einsatz von solchen telematischen Instrumenten auch einen wesentlichen Beitrag zur Beseitigung von Unterversorgung im ländlichen Raum leisten. Zu betonen ist jedoch, dass alle vorgesehenen Möglichkeiten zur Erhebung, Nutzung und Anwendung von Patientendaten auch in Zukunft nur auf freiwilliger Grundlage erfolgen dürfen und stets der schriftlichen Einwilligung der Patientinnen und Patienten bedürfen, die jederzeit widerrufbar sein muss.

Für die Gewährleistung der Datensicherheit bedarf es eines umfassenden Konzeptes, das neben der Einwilligung und Speicherung der Daten z.B. die Festlegung der Zugriffsberechtigten,

die differenzierten Zugriffsrechte, den differenzierten Zugangsschutz (z.B. über PIN-Schutz), Verfahren zur Aktualisierung des Datensatzes, die Gewährleistung der Authentisierung und die Dokumentation der Zugriffe umfassen muss. Diese Regelungsbereiche, die hier nur beispielhaft benannt sind, belegen die hohe Komplexität der mit der telematischen Nutzung verbundenen Anforderungen und Voraussetzungen. Damit die Versicherten diese Regelungen nachvollziehen und kompetent nutzen können, werden umfassende und leicht verständliche Informationen sowie intensive Schulungsmaßnahmen für die Anwender unerlässlich sein. Aus Sicht des DCV sollte daher neben der Einwilligungserklärung für die jeweilige Anwendung auch eine Erklärung des Versicherten bzw. seines Bevollmächtigten oder Betreuers hinterlegt werden, in der er bestätigt, dass er über die Rahmenbedingungen der jeweiligen Nutzung (z.B. Freiwilligkeit, Widerrufsrecht, Zugriffsrechte, Dokumentation der Zugriffe) informiert worden ist.

Eine Expertenanhörung am 29. Januar 2015 im Gesundheitsausschuss zum Stand der elektronischen Vernetzung im Gesundheitswesen hat gezeigt, dass derzeit noch erhebliche technische Schwierigkeiten bei der Einführung der Telematik bestehen. Gleichzeitig haben die Sachverständigen ihre Zuversicht zum Ausdruck gebracht, dass die Telematikinfrastruktur mit dem gebotenen hohen Sicherheitsstandard zum Nutzen der Verbraucher in absehbarer Zeit in den Testbetrieb gehen kann. Daraus folgt, dass die Neuregelungen zur weiteren Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte zu einem Zeitpunkt getroffen werden, zu dem die Anwendungsmöglichkeiten und die erforderlichen Rahmenbedingungen noch nicht zur Verfügung stehen. Diese Ungleichzeitigkeit sehen wir als kritisch an. Alle nachstehenden Regelungen bewerten wir somit unter diesem Vorbehalt.

B. Zu den Neuregelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 31a neu i.V. mit § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b: Medikationsplan

Referentenentwurf

Der Hausarzt muss Versicherten, die mehr als fünf verordnete Arzneimittel einnehmen, ab dem 1.10.2016 einen Medikationsplan in Papierform aushändigen. In diesem Plan sind alle verordneten Arzneimittel, aber auch die OTC-Arzneimittel sowie Hinweise auf angewandte Medizinprodukte zu dokumentieren. Der Medikationsplan ist zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert bzw. der Hausarzt Kenntnis erlangt, dass ein anderer Arzt die Medikation abgeändert hat. Zu Inhalt und Struktur des Medikationsplans sowie zum Verfahren seiner Fortschreibung treffen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG eine Vereinbarung.

Bewertung

Die Erstellung eines Medikationsplans für multimorbide Patienten, bei denen mit der Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln eine sog. Polypharmazie gegeben ist, ist ein sinnvoller Beitrag zu einem Medikamentenmanagement, das Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln, unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), Über- und Fehldosierungen und generell überflüssige Medikationen vermeiden will.

Vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen nehmen häufig fünf und mehr Arzneimittel pro Tag ein. Für eine Studienpopulation der über 70jährigen haben Junius-Walker et al. festgestellt, dass 54 Prozent der Probanden fünf und mehr Medikamente täglich einnahmen. 83 Prozent derselben Stichprobe wendeten noch mindestens ein OTC-Präparat zusätzlich an¹. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten im Jahr 2009 zudem eingeschätzt, dass etwa 35 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen über 65 Jahre als Dauertherapie sogar neun und mehr Arzneimittel einnehmen. Insbesondere pflegebedürftige ältere Menschen leiden besonders häufig unter unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE), die durch ein gutes Arzneimittelmanagement vermeidbar gewesen wären, wie Stürzen, Verwirrtheit, Schwindel, Erbrechen, Blutdruck- und Blutzuckerschwankungen etc. (hkk Gesundheitsreport 2012, S. 10).² Diese Daten belegen eindrucksvoll die Bedeutung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Laut einer Studie von Prof. Sönnichsen aus Witten-Herdecke kam es bei 59 Prozent der älteren Patienten zu relevanten Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten. 37 Prozent der Probanden nahmen Medikamente ein, die älteren Menschen gar nicht verordnet werden sollten. Dies zeigt, dass die Priscus-Liste, welche die Wirkstoffe aufzählt, die für ältere Menschen unter Umständen problematisch sein können, in der Praxis häufig nicht zur Anwendung kommt. Bei immerhin 56 Prozent der Probanden tauchten Dosierungsfehler auf. Eine vom BMFSFJ geförderte Studie zur Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen kommt zu dem Schluss, dass immerhin 66 Prozent der UAE vermeid- oder zumindest vermin-derbar sind (Thürmann/Jaehde 2011: 25).³

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass die Probleme der Polypharmazie vielschichtig sind und entsprechende differenzierte Lösungsansätze erfordern. Die Erstellung eines Medikationsplans durch den Hausarzt ist ein wesentlicher Beitrag zur Lösung des Problems. Insofern geht der Referentenentwurf in die richtige Richtung. Der Hausarzt ist ohne Zweifel ein wesentlicher Dreh- und Angelpunkt für ein gutes Medikamentenmanagement, sofern er über alle relevanten Informationen verfügt. Dies setzt zunächst voraus, dass der Hausarzt mit allen für seinen individuellen Patienten relevanten Fachärzten in Kontakt ist und eine schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegt, dass der Hausarzt mit dem jeweiligen Facharzt über alle relevanten Behandlungsdaten und Befunde kommunizieren darf. Die Grundlage hierfür ist bereits in § 73 Abs. 1b SGB V gelegt. Studien zeigen jedoch, dass die Kommunikation zwischen Hausarzt und Fach-

¹ Junius-Waler, U./Theile, G./Hammers-Padier, E. (2006): Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany, in: Family Practice 11, S. 1-6,

² hkk Gesundheitsreport : Polypharmazie. Eine Analyse mit hkk Routinedaten von Dr. Bernard Braun, 2012

³ Thürmann, Petra/Jaehde, Ulrich: Abschlussbericht zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes, Witten-Herdecke/Bonn 2011.

ärzten in Bezug auf die Arzneimittelverordnungen nicht immer gut funktioniert. Es ist daher sinnvoll – bei Einwilligung des Patienten – die elektronische Gesundheitskarte zu nutzen, um Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichte nach § 291a Absatz 3 Nummer 2 für eine fallbezogene Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt elektronisch zu kommunizieren. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang, dass der Referentenentwurf in § 291h SGB V die Verbreitung des elektronischen Arztbriefes durch Finanzierungsanreize fördert.

Es ist wichtig, dass der Medikationsplan dem Patienten oder ggf. seinem Bevollmächtigten oder Betreuer in Papierform zur Verfügung gestellt wird. Es ist darauf zu achten, dass die Inhalte des Medikationsplans in übersichtlicher und verständlicher Form sowie ggf. in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden, damit der Patient den Medikationsplan als tägliche handlungsleitende Checkliste für die Einnahme seiner Arzneimittel nutzen kann. An der Vereinbarung über Inhalt und Struktur des Medikationsplans sollen daher die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen beteiligt werden. Der Gesetzentwurf ist dahingehend zu ergänzen.

Diese Kommunikation zwischen Hausarzt und anderen verordnenden Fachärzten kann durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erleichtert und verbessert werden, indem Daten über die aktuelle Medikation einschließlich der genauen Dosierung in die elektronische Gesundheitskarte eingelesen werden. Dies sieht die Neuregelung in § 291a Absatz 3 Nummer 3b neu SGB V vor; sie ist ausdrücklich zu begrüßen. Die elektronische Verfügbarkeit der Daten ermöglicht eine schnelle und einfache Aktualisierung des Medikationsplans, wenn sich die Medikation ändert. Schon nach der bestehenden Fassung des § 291a Absatz 3 Satz 4 SGB V ist für die elektronische Nutzung dieser Daten stets die Einwilligung des Patienten und der Patientin erforderlich. Diese kann jederzeit widerrufen werden. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Patientenrechte.

Dem Hausarzt muss für die Prüfung und Bewertung eines Medikationsplans jedoch auch ein ausreichender Zeitrahmen zur Verfügung stehen. Die Studie aus Witten-Herdecke hat festgestellt, dass Hausärzten für die Besprechung eines Medikationsplans mit dem Patienten nur ca. sechs Minuten zur Verfügung stehen. Dies ist zu wenig. Um unnötige Medikationen zu vermeiden und die Compliance des Patienten zu erhöhen, bedarf es eines ausführlichen beratenden Patientengesprächs, das den Hausärzten entsprechend vergütet werden muss.

Des Weiteren muss die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Apothekern gefördert werden. Das Modell „Optimierte Arzneimittelversorgung für stationäre Pflegeeinrichtungen“ der AOK Nordost, an dem zwischen 2011 und 2013 vier stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin sowie Ärzte, Apotheker und geriatrische Pharmazeuten beteiligt waren, hat beispielsweise gezeigt, dass durch das Zusammenwirken dieser drei Berufsgruppen mit den Pflegeeinrichtungen in Form eines gezielten Risikoscreenings jedes geriatrischen Patienten und einem vierteljährigen Optimierungszyklus in Bezug auf den Arzneimitteleinsatz die Rate vermeidbarer Nebenwirkungen um bis zu 90 Prozent und die Sturzrate um bis zu 60 Prozent reduziert werden konnte. Durch dieses optimierte Medikamentenmanagement konnte auch die Anzahl der Krankenhaus-

einweisungen um 25 Prozent gesenkt werden. Der Deutsche Caritasverband regt daher an, den Medikationsplan bei einer Gabe von fünf Arzneimitteln und mehr regelhaft von der Apotheke pharmakologisch auf Wechselwirkungen überprüfen zu lassen.

Der Deutsche Caritasverband sieht in der Verblisterung der Medikamente bei Vorliegen einer Polypharmazie ein großes Potenzial zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Die Verblisterung erhöht die Compliance der Patientinnen und Patienten bei der Einnahme der Arzneimittel, steigert durch die Kontrolle von Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel die Versorgungsqualität und kann aufgrund der Vermeidung unnötiger Arzneimittelverschreibungen zu erheblichen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben führen. Der Deutsche Caritasverband regt an, die breitere Anwendung von Verblisterung im stationären wie ambulanten Bereich finanziell zu fördern.

§ 87 a Absatz 2 SGB V

Referentenentwurf

Nach § 87 a Absatz 2 wird ein neuer Satz 6 eingefügt, der besagt, dass auch vertragsärztliche Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden, besonders förderwürdige Leistungen nach Satz 3 sein können.

Bewertung

Mit dieser Regelung wird die Möglichkeit eröffnet, dass telemedizinische Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet sind, auf regionaler Ebene zusätzlich durch Zuschläge auf den Orientierungswert gefördert werden. Dies gilt gemäß § 87 a Absatz 2 Satz 3 insbesondere für Planungsbereiche, für die von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen der Tatbestand der Unterversorgung oder – in einem nicht unterversorgten Planungsbereich – zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden sind.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Die Aufnahme telemedizinischer Leistungen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab und die landesbezogene Definition von speziellen Versorgungsbedarfen können ein Beitrag dazu sein, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen, z.B. im ländlichen Raum zu verbessern bzw. aufrechtzuerhalten. Projekte auf Länderebene wie z.B. das Projekt Telemonitoring in Rheinland-Pfalz (E-HeR) für Patienten, die an Herzinsuffizienz erkrankt sind und für die regelmäßige Blutdruckmessung nicht mehr zum Arzt müssen, zeigen wichtige Nutzungsmöglichkeiten und Erleichterungen für die Patienten und Patientinnen auf. Die Eröffnung der gezielten Förderung telemedizinischer Leistungen schließt damit an die bereits getroffenen Maßnahmen zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen an, die im Versorgungsstrukturgesetz verankert und im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen sind. Der verstärkte Einsatz telemedizinischer Leistungen kann zudem der verbesserten sektorübergreifenden Kooperation dienen, die ein wesentliches Qualitätskriterium für die Weiterentwicklung einer patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung darstellt.

§ 291 a Absatz 7 b Satz 3 neu: Einführung eines Notfalldatensatzes

Referentenentwurf

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen bis zum 30. September 2017 mit Wirkung zum 01. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge u.a. für die Nutzung von Daten, die für die Notfallversorgung erforderlich sind, vereinbaren.

Bewertung

In § 291 a Absatz 3 Satz 1 wird dargelegt, dass die Gesundheitskarte geeignet sein muss, das Erheben, Verarbeiten und Nutzen folgender Daten zu unterstützen: Daten, die zur Notfallversorgung notwendig sind, Daten des elektronischen Arztbriefes, Daten zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit, des Medikationsplans, der elektronischen Patientenakte, für vom Versicherten selbst zur Verfügung gestellte Daten sowie Daten über in Anspruch genommene Leistungen. Mit der in Absatz 7 b neu eingeführten Regelung soll nun speziell die Einführung des Notfalldatensatzes beschleunigt werden, indem Ärzte, die einen Notfalldatensatz erstellen und aktualisieren, hierfür eine Vergütung erhalten. Der Bewertungsausschuss hat hierzu den einheitlichen Bewertungsmaßstab anzupassen, die Vertragspartner haben die Telematikzuschläge bis zu dem gesetzlich vorgegebenen Termin festzulegen.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Aufbau und die Ermöglichung der Nutzung eines elektronischen Notfalldatensatzes vorrangig gefördert werden soll. Gerade in Notfallsituationen, die rasches ärztliches Handeln erfordern, können wichtige Vorinformationen nicht zeitnah abgerufen werden. Zudem sind die Patienten selbst häufig zu den erforderlichen Auskünften nicht in der Lage.

Das vorgesehene Notfalldaten-Management umfasst dabei zwei voneinander unabhängige freiwillige Anwendungen: Der Notfalldatensatz (NFD) soll medizinische Informationen aus der Vorgeschichte des Patienten bereitstellen, die dem behandelnden Arzt zur Abwendung eines ungünstigen Krankheitsverlaufes zugänglich sein müssen. Als notfallrelevante Informationen sind in Absprache mit der Bundesärztekammer inzwischen folgende Inhalte vorgesehen: Befunddaten, besondere Hinweise (z.B. Schwangerschaft), Allergien und Unverträglichkeiten, Diagnosen, Medikationsdaten sowie freiwillige Zusatzinformationen. Dabei werden drei Notfallsituationen unterschieden: die präklinische Patientenversorgung durch Rettungsdienste, die ungeplante Patientenaufnahme in der Notaufnahme eines Krankenhauses sowie das Auftreten eines unbekanntem Patienten mit Akutbeschwerden im ambulanten Versorgungssektor.

Neben dem Notfalldatensatz sind – getrennt davon – das Erstellen und Pflegen des „Datensatzes persönliche Erklärungen“ (DPE) auf der eGK hinterlegbar. Die persönlichen Erklärungen umfassen Hinweise auf den Aufbewahrungsort von Willenserklärungen des Patienten zum Behandlungsverlauf (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) oder zur Organ- und Gewebespende. Die Informationen zur Vorsorgevollmacht enthalten zudem Kontaktdaten des Bevollmäch-

tigten, damit dieser im Notfall erreichbar ist. Der DPE enthält somit personenbezogene Daten, im Gegensatz zum NFD jedoch keine medizinischen Daten.

Da es sich bei den Daten des NFD um personenbezogene medizinische und damit besonders schützenswerte Daten i.S.d. § 3 Absatz 9 Bundesdatenschutzgesetz handelt, sind hohe Anforderungen an die Sicherheit der Datenerstellung, -speicherung und -verwaltung zu stellen. Der Deutsche Caritasverband bekräftigt daher ausdrücklich, dass für das Anlegen des NFD und des DPE eine Einwilligung des Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss. Nach dem Widerruf der Einwilligung durch den Versicherten muss aus Sicht des DCV zudem gewährleistet sein, dass mit der Löschung des NFD und des DPE auch die Einwilligungserklärung selbst von der eGK entfernt wird.

§ 291b Absatz 1b neu: Diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur

Referentenentwurf

Die Gesellschaft für Telematik muss eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen gewährleisten. Dabei sind elektronische Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die Telematikinfrastruktur perspektivisch auch für Aufgaben im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung genutzt werden kann und somit auch den Erbringern pflegerischer Leistungen zur Verfügung stehen soll. Damit kann die elektronische Gesundheitskarte auch für Anwendungen im Bereich der Telecare genutzt werden. Zu denken ist hierbei etwa an die Übermittlung von Daten aus der Pflegedokumentation, die für die weitere medizinische Behandlung in der Arztpraxis relevant sind. Auch pflegerische Diagnosen, z.B. bei der Wundversorgung, können von Pflegediensten und -einrichtungen auf elektronischem Wege an Arztpraxen übermittelt werden. Diese und andere Beispiele der telemedizinischen und telepflegerischen Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten können einen Beitrag zur besseren gesundheitlichen Versorgung der Patienten leisten. Darüber hinaus erleichtern sie die Versorgung in ländlichen Regionen, die von medizinischer Unterversorgung bedroht sind. Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass den Pflegeeinrichtungen ihre Aufwendungen bei der Nutzung der Telematikinfrastruktur in gleicher Weise wie den Dienstleistern im vertragsärztlichen Bereiche und im Krankenhaus erstattet werden müssen.

§ 291f i.V. mit § 291 g neu: Elektronischer Entlassbrief

Referentenentwurf

Das Krankenhaus erhält für die Erstellung und Übersendung eines elektronischen Entlassbriefs an den weiterbehandelnden Vertragsarzt oder andere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen einen Zuschlag von 1 Euro pro voll- oder teilstationärem Behandlungsfall, wenn der Entlassbrief am Tag der Entlassung zur Verfügung gestellt wird. Der elektronische Entlassbrief muss dabei mindestens folgende Angaben enthalten: Diagnosen, Befunde, Therapiemaßnahmen, Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, Entlassgrund und angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen. Die entgegennehmenden Ärzte erhalten ebenfalls einen Zuschlag von 0,50 Euro.

§ 291g enthält Regelungen zur Vereinbarung des elektronischen Entlassbriefs, welche die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik zu treffen hat. Nach § 291g Absatz 2 SGB V neu können in der Vereinbarung für besondere Fälle auch Ausnahmen geregelt werden, wonach der Zuschlag an die Krankenhäuser auch gezahlt wird, wenn der elektronische Entlassbrief erst bis zum dritten Tag nach der Entlassung zur Verfügung gestellt wird.

Bewertung

Der elektronische Entlassbrief leistet aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes und des Katholischen Krankenhausverbandes (KKVD) einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Überleitmanagements in den Bereich der ambulanten Versorgung. Finanzielle Anreize zur Erstellung eines solchen Briefes in Form von Zuschlägen für Krankenhäuser und beteiligte Vertragsärzte sind daher sachgerecht. Durch die elektronische Übermittlung von Diagnosen, Befunden, Therapiemaßnahmen und Medikationsplänen kann eine naht- und lückenlose Versorgung im ambulanten Bereich besser gelingen. Positiv ist, dass im elektronischen Entlassbrief auch angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen vermerkt sein müssen. Bei der Definition des Mindestinhalts des elektronischen Entlassbriefes fehlen jedoch Angaben zur Überleitung in den pflegerischen Bereich, denn häufig werden Patienten nicht nur mit einem Bedarf an behandlungspflegerischen, sondern auch grundpflegerischen Maßnahmen aus dem Krankenhaus entlassen.

Sachgerecht ist, dass der Zuschlag für „besondere Fälle“ ausnahmsweise auch dann vom Krankenhaus abgerechnet werden kann, wenn der elektronische Entlassbrief erst am dritten Tag nach der Entlassung zur Verfügung gestellt werden kann. Damit wird der klinischen Organisationsrealität Rechnung getragen. Zu denken ist hier an organisatorische und technische Umstände, auf die das Krankenhaus keinen direkten Einfluss üben kann. So liegen den Krankenhäusern in manchen Fällen am Entlasstag noch nicht alle Informationen – vor allem in elektronischer Form – vor. Beispiele hierfür sind Auswertungs- und Übermittlungszeiträume des Laborbefundes für die letzte Laborkontrolle des Entlassbefundes oder Befunde über Konsultationen, die durch externe Anbieter erbracht wurden und nicht taggleich in elektronischer Form

übermittelt werden. Die „besonderen Fälle“ sollten allerdings auf vom Krankenhaus nicht zu verantwortende Umstände begrenzt sein.

In der Gesetzesbegründung steht, dass der elektronische Entlassbrief auch dem Patienten selbst elektronisch – zusätzlich zum Entlassbrief in Papierform - zur Verfügung gestellt werden kann. Dies ist im Sinne des informationellen Selbstbestimmungsrechtes des Patienten sinnvoll. Dem Gesetzestext selbst ist dies nicht zu entnehmen; daher ist dieser entsprechend zu ergänzen.

Lösungsvorschlag

Ergänzung der Mindestinhalte des elektronischen Entlassbriefs, nach Nummer 6 wie folgt:

„7. Pflegerelevante Diagnosen“

Freiburg, 06.02.2015

[Redacted signature block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]