

Kommentar Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie zum Referentenentwurf für ein Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen

Betreff: BMG-Referentenentwurf e-Health-Gesetz

Datum: Wed, 4 Feb 2015 15:40:06 +0000

Von: [REDACTED]

An: [REDACTED]

Kopie (CC) [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

unten finden Sie einige Anmerkungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zum Entwurf des eHealth-Gesetzes. Die Stellen des Gesetzentwurfs, auf die sich die unten stehenden Kommentare beziehen, sind sicherheitshalber auch noch mal direkt im Dokument gelb markiert.

Wenn wir das richtig verstanden haben, sammeln Sie die eingehenden Kommentare und fügen sie zu einer gemeinsamen Stellungnahme der AWMF (?) zusammen. Wir würden uns freuen, wenn wir eine Kopie der so zusammengestellten fertigen Stellungnahme der AWMF erhalten würden.

Vielen Dank und herzliche Grüße aus Berlin

[REDACTED]
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
[REDACTED]

Geschäftsstelle der DGRh

Köpenicker Straße 48/49, Aufgang A

10179 Berlin
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

www.dgrh.de

S. 4: "Hinsichtlich der Regelung zur Übermittlung elektronischer Briefe sind keine zusätzlichen finanziellen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung zu erwarten."

Kommentar 1: sowohl die Erfüllung der Anforderungen für einen elektronischen Entlassungsbrief als auch die Gewährleistung der sicherheitstechnischen Anforderungen, um z.B. auch Fehlübermittlung zu vermeiden, sind mit Kosten verbunden. Entsprechend des gegenwärtigen Datenschutzes, muss der Patient die Versendung an einen benannten Empfänger freigeben (wir senden ja nicht umsonst die Arztbriefe direkt an den Patienten) und dem zustimmen. Nur der Patient entscheidet momentan, wer welche Informationen erhalten soll.

Des Weiteren ist auch die elektronische Übermittlung eine Leistung, die Ressourcen verbraucht und demzufolge vergütet werden muss.

Kommentar 2: mir fehlt an diesem Entwurf die Öffnung internetbasierter Kommunikationstechnologien, wie z.B. internetbasierte Videokommunikation ("skypen" = geschützter Begriff), logistische internetbasierte Praxissteuerung (Terminmanagement, Rezept- und Überweisungsmanagement, etc.). Ziel spart unnötige Weg ein, gerade im Hinblick auf die ärztliche Versorgung im ländlichen Gebiet und des verbundenen demographischen Wandels, erspart Ressourcen vor Ort.

Kommentar 3: nicht nur ein Medikamentenplan papiergebunden ist notwendig, sondern die Sicherstellung der Aktualisierung des Medikamentenplanes durch alle beteiligten Fachdisziplinen (manche Patienten sind bei mehr als 4 Fachspezialisten gleichzeitig in Behandlung, die möglicherweise alle etwas an der Medikation ändern...bislang haben nur wirklich sehr interessierte Hausärzte vielleicht einen Überblick, aber der Überblick sollte beim Patienten am Mann oder an der Frau sein). Gerade im Hinblick auf unerwünschte Nebenwirkungen, die den größten Anteil an stationären Notfallaufnahmen ausmachen, enorm wichtig. Was nützen mir dann vier verschiedenen Medikationspläne auf Papier, wenn der Patient nur einen in der Tasche hat.

"Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch das Gesetz kein Erfüllungsaufwand."

Kommentar 4: der Bürger wird mit den Zielvorstellungen verpflichtet, sowohl die Notfalldaten bei sich zu führen als auch den Medikationsplan und dafür Sorge zu tragen, dass dieser durch alle an der Behandlung beteiligten Ärzte aktualisiert wird. Das verlangt m.E. Information und Schulung der Bürger!

"Für die Gesellschaft für Telematik entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2,5 Mio. € für die Entwicklung der neuen Anwendung Medikationsplan,..."

Kommentar 5: weshalb soll denn eine neue Anwendung für einen Medikationsplan entwickelt werden? Die meisten gängigen Praxis- und Kliniksoftwares haben bereits Medikationspläne enthalten. Oben wird geschrieben, dass man Insellösungen vermeiden möchte, aber es sind bereits Insellösungen ohne Ende vorhanden. Hier wäre es wichtiger, dass man keine neue entwickelt, sondern das vorhandene nutzt, ansonsten führt das zu weiteren Investitions- und Entwicklungskosten, da für jede gängige Dokumentationssoftware diese o.g. zu entwickelnde Tool neu eingefügt werden könnte, was durch die Schnittstellenproblematik enorm hohe Kosten verursacht. Es gibt bereits Apps, um seine Medikation zu pflegen!

"Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten."

Kommentar 6: das stimmt so sicher nicht...siehe Kommentar 5 und vergleiche die Anschaffungskosten für ein neues Modul in einer gängigen Praxisdokumentationssoftware.

„§ 31a Medikationsplan“

Kommentar 6: den Verweis auf papiergebunden ist m.E. nicht mehr zeitgebunden, wenn es bereits schon gängige Apps gibt und viele Praxen als auch Patienten inzwischen papierfrei arbeiten? In einem e-Healthgesetz sollte wohl dann auch ein elektronischer Medikationsplan zugelassen sein, zumal die Gesundheitskarte ja auch kein Papier ist! Die Entscheidung, ob Papier oder elektronisch sollte gemeinsam zwischen Arzt und Patient gefällt werden.

"(3) Der Hausarzt hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist."

Kommentar 7: Wer stellt denn sicher, dass der Hausarzt all diese Informationen auch tatsächlich erhält? Es gibt zahlreiche Patienten, die sich nicht mal an ein Medikament erinnern, geschweige denn an ein nichtrezeptpflichtiges Medikament! Sollte der Hausarzt auch eine Info von einem Facharzt zeitnah erhalten, dann sind selbst diese Informationen mehr oder weniger gehaltvoll. Wer informiert den Arzt, wenn der Apotheker ein tolles rezeptfreies Schlafmittel empfiehlt?

Seite 9

Anschnitt 9.c)

Kommentar 8: Das "Lichtbild des Versicherten" sollte präzisiert werden. Das ist bereits schon mal schiefgegangen! Hier sollte ein eindeutig identifiziertes bzw. personalisiertes Lichtbild in irgendeiner Form beschrieben werden.

Seite 10

10. d) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3a. Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,..."

Kommentar 9: Was ist darunter zu verstehen? So formuliert ist das alles oder nichts!

Seite 21

§ 291h Übermittlung elektronischer Briefe

(1) Der Zuschlag nach § 291a Absatz 7b Satz 1 umfasst in den Jahren 2016 und 2017 eine Pauschale von 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, wenn die Übermittlung durch sichere elektronische Verfahren erfolgt und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt. Dies ist bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Absatz 4 zu berücksichtigen. § 73 Absatz 1b Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass der elektronische Brief durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt wird.

Kommentar 11: Wer legt denn fest, was eine sichere Übermittlung ist und wer gewährleistet diese, wer kontrolliert diese Sicherheit? Wer stellt die Investitionskosten für die Einrichtungen sicher?

Seite 22:

Konsiliar. Mitbeurteilung von Röntgenbefunden

Kommentar 12: der ausschließliche Bezug nur auf Röntgenbefunde in der Telemedizin ist nicht mehr zeitgemäß. Heute ist bereits in anderen Ländern, die konsiliar. Mitbeurteilung von Hautbefunden, neurologischen Untersuchungsbefunden (z.B. Ganganalyse); Gelenke, Operationsbefunde, etc. möglich und technisch auch nicht anders realisierbar.