

**Stellungnahme  
der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)**

**zum**

**Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale  
Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen**

**(Stand: 10. Februar 2015)**

## I Allgemeiner Teil

Die DKG wertet den Gesetzentwurf als erfolgversprechenden, aber ausbaubedürftigen Ansatz, kurzfristig den Nutzen von eHealth-Anwendungen auf Grundlage bestehender Strukturen zu erschließen, mittelfristig die Perspektive der Telematikinfrastruktur als zentrale „Datenautobahn“ im deutschen Gesundheitswesen zu etablieren und langfristig die wechselseitige Datenaustauschfähigkeit (Interoperabilität) der verwendeten technologischen Systeme zu fördern. Mit dem elektronischen Entlassbrief, der angestrebten Harmonisierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans mit der eGK-Anwendung „Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS)“, der Förderung elektronischer Briefe und der Etablierung telemedizinischer Leistungen in der Regelversorgung werden konkret greifbare Perspektiven für eine künftige nutzbringende Verwendung der Telematikinfrastruktur aufgezeigt und neue Möglichkeiten zur Verbesserung der Patientenversorgung und –sicherheit eröffnet.

Damit korrespondiert sinnvoll die Öffnung der Telematikinfrastruktur auch für „Nicht-§ 291a-Gesundheitsdatendienste“ und die begonnene Abkehr vom Dogma technologischer Zugangsbarrieren (Zwangs-PIN-Erfordernis), die gerade diejenigen Versicherten von einzelnen Telematikanwendungen ausschließen könnten, die deren Leistungen am ehesten benötigen, aber an den Herausforderungen der Technik zu scheitern drohen. Ein eigenverantwortlicheres PIN-Management stärkt die informationelle Selbstbestimmung der Versicherten und erlaubt auch nicht-technikaffinen oder in der Verwendung der Technik unsicheren Patienten eine Nutzung der Telematikinfrastruktur.

Ebenfalls begrüßt werden die Bemühungen zur langfristigen Verbesserung der Interoperabilität der verwendeten IT-Systeme im Gesundheitswesen durch Etablierung eines Interoperabilitätsregisters (eHealth-Repository) bei der gematik, die Initiative zur Integration offener Schnittstellen in den informationstechnischen Systemen der verschiedenen Sektoren und die Schaffung einer Rechtsgrundlage zur verbindlichen Vereinbarung eines elektronischen Entlassbriefs sowie die jeweils sektoralen Zuständigkeiten für Konformitätsbestätigungen der den elektronischen Entlassbrief umsetzenden informationstechnischen Systeme und die Förderung der freiwilligen Nutzung elektronischer Kommunikationsformen durch gezielte Anreize (eEntlassbrief), statt Vorgabe sanktionsbewehrter Fristen.

Deutlich ausbaufähig und –bedürftig ist der Entwurf jedoch bei der Einbindung der Krankenhäuser in eine künftige elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen. Hier werden die immensen Chancen einer sektorenübergreifenden Telemedizin verschenkt. Es fehlt u. A. eine Ermächtigung der Krankenhäuser zur Erbringung eigener telemedizinischer ambulanter Leistungen, die Berücksichtigung der Krankenhäuser bei telemedizinischen Konsiliarleistungen, die Einbindung der Krankenhäuser in die Nutzung des papiergebundenen Medikationsplans, die Gleichberechtigung der DKG bei der Fortschreibung von Inhalt und Struktur des Medikationsplans auf Bundesebene, eine Klarstellung des Nutzungsrechts des elektronischen Versicherten-

stammdatendienstes durch Krankenhäuser und eine substantielle Einbindung der DKG beim weiteren Ausbau der Telematikinfrastuktur.

Stattdessen fokussiert der Entwurf weitestgehend auf den vertragsärztlichen Bereich, schließt die Krankenhäuser von der Vergütung für die Nutzung und Pflege der Anwendungen der eGK aus und stärkt einseitig den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Definition und Festlegung der künftigen Rahmenbedingungen der Telematikinfrastuktur in Deutschland.

## **II Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

---

#### **Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 31a Medikationsplan)**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung begründet für Versicherte, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden, einen Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch den Hausarzt. Inhalt und Struktur des Medikationsplans sowie das Verfahren zu dessen Fortschreibung sollen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Bundesärztekammer und der Spitzenorganisation der Apotheker im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband und der DKG vereinbart werden.

##### **Stellungnahme**

Die vorgesehene Neuregelung wird im Grundsatz begrüßt. Die Nutzung eines standardisierten Medikationsplans unterstützt insbesondere multimorbide Patienten in der richtigen Anwendung ihrer Arzneimittel und kann damit entscheidend zur Verbesserung der Therapietreue der Patienten beitragen. Darüber hinaus kann ein einheitlicher Medikationsplan die Informationen der beteiligten Leistungserbringer über die bisherige Medikation des Patienten verbessern. Die gesetzliche Etablierung eines einheitlichen Medikationsplans ist damit grundsätzlich ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit insbesondere bei multimorbiden Patienten.

Allerdings fokussiert die vorgesehene Regelung bisher ausschließlich auf die ambulante Versorgung. Aus Sicht der DKG besteht aber gerade an den sektoralen Schnittstellen weiterer Optimierungsbedarf, der eine stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die Nutzung des Medikationsplans erfordert. Die Etablierung eines einheitlichen Medikationsplans bietet Möglichkeiten, gerade die sektorenübergreifenden Medikationsprozesse erheblich zu verbessern. Deshalb muss der Medikationsplan zwingend für eine sektorenübergreifende Anwendung ausgelegt sein.

Insbesondere bei der Aufnahme von Patienten in die stationäre Behandlung, vor allen Dingen bei kurzfristig aufzunehmenden Patienten und in Notfallsituationen, kann der Medikationsplan entscheidend zur Beschleunigung und Verbesserung der ersten Behandlungsschritte im Krankenhaus beitragen. Aber auch im Rahmen der Entlassung des Patienten müssen Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, Medikationspläne auszustellen bzw. aktualisieren zu können. Die Ausstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans bei Entlassung aus dem Krankenhaus kann insbesondere bei Patienten sinnvoll sein, die vom Krankenhaus ein - wie nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zukünftig vorgesehen - Entlassrezept erhalten.

Es muss deshalb sichergestellt werden, dass Krankenhäuser den Medikationsplan, sofern der Patient dies wünscht, regelhaft nutzen können. Dies erfordert aber, dass Inhalt, Struktur und technische Ausgestaltung des Medikationsplans für eine sektorenübergreifende Nutzung durch die Krankenhäuser geeignet sind. Um die sektorenübergreifende Anwendung des Medikationsplans zu gewährleisten, ist der Krankenhaussektor zwingend an der Ausgestaltung des Medikationsplans zu beteiligen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die strukturellen und technischen Anforderungen für die notwendige sektorenübergreifende Nutzung des Medikationsplans bereits bei dessen Entwicklung adäquat berücksichtigt werden. Die bisher lediglich vorgesehene Benennungsherstellung mit der DKG ist dafür völlig unzureichend.

Bei der Ausgestaltung des Medikationsplans muss insbesondere sichergestellt werden, dass der papiergebundene Medikationsplan softwaregestützt über einen Barcode eingelesen und damit aktualisiert werden kann. Andernfalls würde jede Aktualisierung eines papiergebundenen Medikationsplans eine vollständige händische Abschrift des jeweiligen zu aktualisierenden Medikationsplans erfordern. Dies kann nicht zielführend sein. Eine entsprechende, dies ermöglichende Spezifikation eines Medikationsplans wurde bereits im Rahmen des Aktionsplans des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland (Aktionsplan AMTS) entwickelt. Die im Rahmen des Aktionsplans AMTS im Konsens aller Beteiligten erarbeiteten Vorgaben sind deshalb bei der Ausgestaltung des Medikationsplans zwingend zu berücksichtigen.

Die Nutzung, Aktualisierung und Ausstellung von Medikationsplänen in den Krankenhäusern erfordert aufgrund der notwendigen Softwareunterstützung allerdings auch einen nicht unerheblichen Investitionsaufwand für die erforderliche Anpassung der IT-Strukturen (KIS) und Umstellungen in den internen Abläufen. Im Referentenentwurf ist lediglich für den ambulanten Bereich eine Refinanzierung dieser Kosten vorgesehen. Da allerdings auch im stationären Bereich in vergleichbarer Weise finanzielle Aufwendungen entstehen, ist eine entsprechende Finanzierungsregelung für die Nutzung und Ausstellung von Medikationsplänen auch im stationären Bereich erforderlich.

## **Änderungsvorschlag**

§ 31a wird wie folgt gefasst:

### „§ 31a Medikationsplan

(1) Versicherte, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch den Hausarzt.

(2) In den Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

1. alle Arzneimittel, die verordnet worden sind, und
2. auch Arzneimittel, die ohne Verschreibung angewendet werden, sowie
3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach Nummer 1 und Nummer 2 relevant sind.

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

(4) Inhalt und Struktur des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu dessen Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, **die Deutsche Krankenhausgesellschaft** und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~und der Deutschen Krankenhausgesellschaft~~. **Die Vereinbarungspartner stellen in der Vereinbarung nach Satz 1 die sektorenübergreifende Eignung und Anwendbarkeit des Medikationsplans sicher.....**

**(5) Für eine auf Verlangen des Versicherten durch ein Krankenhaus erfolgende Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b (Medikationsplan) vereinbaren die Vertragspartner nach § 291a Abs. 7a mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 einen nutzungsbezogenen Zuschlag.“**

## **Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 87 Bundesmantelvertrag – Prüfauftrag Formularwesen)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung verpflichtet die Partner der Bundesmantelverträge zur Prüfung, inwieweit bislang papiergebundene Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung durch IT-unterstützte Kommunikationsverfahren abgelöst werden können und verpflichtet den Bewertungsausschuss, die künftigen Möglichkeiten einer telemedizinischen konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen zu prüfen und hierfür vergütungstechnische Anpassungen des EBM vorzunehmen. Bei Nichtzustandekommen entsprechender Beschlüsse im Bewertungsausschuss ist als Sanktion eine Begrenzung der Haushaltsausgaben bei den Bundesmantelvertragspartnern vorgesehen.

Für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 der EBM so anzupassen, dass er den Anspruch der Versicherten auf Erstellung und Aushändigung des Medikationsplans berücksichtigt sowie zum 1. Januar 2018 eine Regelung zur Vergütung der ärztlichen Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes der elektronischen Gesundheitskarte zu treffen.

## Stellungnahme

Prüfauftrag Formularwesen: Der in § 87 Abs. 1 enthaltene Prüfauftrag „Formularwesen“ für die KBV und den GKV-SV, die bislang papiergebundenen Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung auf elektronisches Modernisierungspotential zu überprüfen, greift wegen der ausschließlichen Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor zu kurz. Insbesondere die sektorenübergreifende elektronische Kommunikation (z.B. bei einer Verordnung von Krankenhausbehandlung) könnte sinnvoll elektronisch ausgestaltet werden. Der Prüfauftrag muss auch die Schnittstellen zu den anderen Sektoren einbeziehen und diese adäquat beteiligen.

Konsiliarische Befundbeurteilung: Auch die alleinige Fokussierung auf die vertragsärztliche Versorgung bei der angestrebten Vergütungsregelung für eine konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen greift zu kurz. Es ist kontraproduktiv, ausgerechnet die Krankenhäuser durch das Vorenthalten einer adäquaten Vergütung von der Erbringung telemedizinischer Konsiliarleistungen auszuschließen. Die telemedizinische konsiliarische Befundbeurteilung insbesondere von Röntgenaufnahmen ist eine Leistung, für die radiologische Abteilungen der Krankenhäuser aufgrund ihrer besonderen Expertise geradezu prädestiniert sind. Es bedarf einer grundsätzlichen Ermächtigung für die Krankenhäuser, derartige telemedizinische Leistungen zu erbringen und einer tragfähigen Abrechnungsregelung hierfür.

Anlage und Aktualisierung des Notfalldatensatzes: Auch für die Anlage und Aktualisierung des Notfalldatensatzes lässt sich aus § 291a Abs. 3 Nr. 1 SGB V kein exklusives Nutzungsrecht der Notfalldaten ausschließlich im vertragsärztlichen Sektor ableiten. Das von den Gesellschaftern der gematik einvernehmlich verabschiedete Fachkonzept Notfalldatenmanagement geht von einer zentralen Rolle der Krankenhäuser bei der Nutzung des Notfalldatensatzes aus. Es kann nicht erwartet werden, dass Krankenhäuser die Nutzungs- und Pflegeprozesse für die eGK-Anwendung Notfalldatenmanagement ohne adäquate Vergütung erbringen, während dieselbe Leistung im vertragsärztlichen Sektor durch einen nutzungsbezogenen Zuschlag gem. § 291a Abs. 7b vergütet wird.

Zur schnellen flächendeckenden Einführung des Notfalldatensatzes und zur Steigerung der Akzeptanz der Telematikinfrastruktur durch die schnelle Verfügbarkeit einer nutzbringenden medizinischen Anwendung sollte entsprechend § 291f eine zweijährige pauschale Anschubfinanzierung für die Jahre 2018 und 2019 festgelegt und diese dann anschließend ab dem 1. Januar 2020 für den Krankenhaussektor in einen zu verhandelnden Zuschlag nach § 291a Abs. 7a SGB V überführt werden. Damit wäre eine Gleichbehandlung mit der für den vertragsärztlichen Sektor geltenden Regelung des § 291a Abs. 7b SGB V hergestellt.

Anlage und Aktualisierung des Medikationsplans: Eine Vergütung nur für Vertragsärzte für die Pflege und Aushändigung des papiergebundenen Medikationsplans greift auch zu kurz und benachteiligt die Krankenhäuser ebenfalls unzumutbar. Besonders beim Sektorenübergang in die Krankenhausbehandlung und anschließend in die erforderliche Anschlussversorgung ist die Kenntnis der bislang vom Patienten

verwendeten Medikation essentiell. Andernfalls würde die Arzneimitteltherapiesicherheit an den Sektorengrenzen enden.

## Änderungsvorschläge

### § 87 Abs. 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit bislang papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können. **Soweit das Einweisungsmanagement in ein Krankenhaus hiervon berührt wird, ist ein Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft herzustellen.** Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2016 vorzulegen.“

### In § 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss prüft bis spätestens zum 30. Juni 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen telemedizinisch erbracht werden können. Auf dieser Grundlage beschließt er bis spätestens zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291i. Sofern der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291i die erforderlichen Beschlüsse nicht getroffen hat, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

**Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 2a ausgewählten telemedizinischen Konsiliarleistungen zugelassen; die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Dabei gilt der Grundsatz einheitlicher Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die näheren Einzelheiten hierzu regeln die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.**

**Der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a und b erhöht sich vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2019 um 1 Euro pro erstellten oder aktualisierten Datensatz nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nummer 1 (Notfalldaten). Bis spätestens zum 30. September 2017 2019 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 2020 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Notfalldaten) vergütet werden. Ab dem 1. Januar 2020 gilt für die Erstellung und Aktualisierung von Datensät-**



**zen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Notfalldaten) durch Krankenhäuser § 291a Abs. 7a entsprechend.**

## **Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 87a Förderung vertragsärztlicher telematischer Leistungen)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung eröffnet die Möglichkeit einer Förderung vertragsärztlicher telemedizinischer Leistungen durch Zuschläge auf den Orientierungswert im Rahmen der regionalen Euro-Gebührenordnungen.

### **Stellungnahme**

Telemedizinische Leistungen sind nicht ausschließlich Leistungen der Vertragsärzte. Die Begründung zum Gesetzentwurf nennt explizit das Ziel einer Stärkung der inter- und intrasektoralen Kooperation, insbesondere in unterversorgten Regionen. Dazu gehört neben dem Einweisungs- und Entlassmanagement in Krankenhäusern auch die Kommunikation im Rahmen einer spezialfachärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser, die Kommunikation mit medizinischen Versorgungszentren, die wechselseitige Erbringung telemedizinischer Konsiliarleistungen und eine Sicherung der Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Regionen. Eine einseitige finanzielle Förderung telemedizinischer Leistungen ist kein geeignetes Instrument, die Vorteile elektronischer Kommunikation sektorenübergreifend verfügbar zu machen und Versorgungslücken zu schließen.

Gerade Krankenhäuser mit ihrer fachgebietsübergreifenden Ärztepräsenz sind ein wesentlicher Akteur, eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch durch telemedizinische Leistungsangebote zu gewährleisten. Dies erfordert über die in § 87 Abs. 2a angedachte konsiliarische Befundbeurteilung hinaus eine grundsätzliche Ermächtigung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer Leistungen gegenüber ambulanten Patienten und eine adäquate und verlässliche Vergütung dieser Leistungen. Gegenwärtig scheitert eine medizinisch adäquate und sinnvolle Nutzung des enormen Spektrums der Telemedizin gegenüber ambulanten Patienten sowohl am fehlenden Ermächtigungsstatus der Krankenhäuser als auch an der hierfür nicht adäquaten Vergütungssystematik.

### **Änderungsvorschlag**

„Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung aller vom Bewertungsausschuss nach § 87 festgesetzten ambulanten telemedizinischen Leistungen zugelassen. Die Vergütung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter telemedizinischer Leistungen hat der Vergütung der Vertragsärzte zu entsprechen. Die näheren Einzelheiten hierzu regeln die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht zu

Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.“

## **Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 291 elektronische Gesundheitskarte)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung unterscheidet zwischen den auf das Versicherungsverhältnis bezogenen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und den medizinischen Nutzenanwendungen, sie gibt verbindliche Fristen für die Bereitstellung des online-Versichertendatenmanagements vor und sanktioniert eine Fristüberschreitung bei der Einführung des online-Versichertendatenmanagements durch haushaltswirksame Maßnahmen auf Ebene der Gesellschafter der gematik als auch eine Verweigerung der Nutzung des online-Versichertenstammdatenmanagements bei Vertragsärzten durch pauschale Vergütungskürzungen.

### **Stellungnahme**

Die im Entwurf vorgenommene strikte Trennung zwischen der Versicherungsnachweisfunktion der eGK (Pflichtanwendung) und der Bereitstellung medizinischer Behandlungsdaten (freiwillige Anwendungen) ist grundsätzlich sinnvoll für die nach der BSG-Entscheidung vom 18.11.2014 noch ausstehende verfassungsrechtliche Bewertung der §§ 291, 291a SGB V. Gleichzeitig verdeutlicht die Regelung, dass ein sektorenübergreifendes, standardisiertes und gut funktionierendes Versichertenstammdatenmanagement eine unabdingbare Voraussetzung ist für alle weiter folgenden medizinischen Anwendungen der eGK. Diese sind essentiell von einer eindeutigen und unverwechselbaren Zuordnung medizinischer Informationen zu konkreten Personen abhängig, ohne die die erforderliche Patientensicherheit in der digitalen Kommunikation nicht hergestellt werden kann. Daher ist die (freiwillige) Nutzung des Versichertenstammdatenmanagements auch für die Krankenhäuser essentiell, so wie es die Gesellschafter der gematik in ihren technischen Spezifikationen vorgesehen haben.

Darüber hinaus verschafft die Nutzung des online-Versichertenstammdatenmanagements den Krankenhäusern die schon zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Versicherten dringend benötigte Information, ob für den aufzunehmenden Versicherten ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht, und „überbrückt“ so den Zeitraum bis zum Vorliegen der Kostenübernahmeerklärung im Verfahren nach § 301 SGB V. Da die kostenaufwändigen Hauptleistungen des Krankenhauses i.d.R. innerhalb der ersten 6 Tage (bis zum Eintreffen der Kostenübernahmeerklärung nach § 301 SGB V) erbracht werden, versetzt nur die online-Prüfung und ggf. Aktualisierung der Versichertenstammdaten das Krankenhaus in die Lage, bei Bedarf anderweitige zulässige Maßnahmen zur Anspruchssicherung bei unklaren Versicherungsverhältnissen durchführen zu können. Keinesfalls darf die im Gesetzentwurf durchklingende Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor dazu führen, die Krankenhäuser vom Versichertendatenmanagement auszuschließen und so von einem wesentlichen Herzstück der Telematikinfrastruktur abzukoppeln.

Leider sind in § 291 Abs. 2a SGB V die Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie zum Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten für die Krankenkassen weiterhin freiwillig ausgestaltet. Für die Krankenhäuser ist die Information z.B. über ein Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten geradezu essentiell zur Kostensicherung. Nur die frühzeitige Kenntnis über Einschränkungen bei den erbringbaren Leistungen sichert die Krankenhäuser davor, gutgläubig im Vertrauen auf ein zugrundeliegendes Versicherungsverhältnis Leistungen zu erbringen, die anschließend nicht vergütet werden.

## Änderungsvorschläge

### § 291 Abs. 2a wird wie folgt gefasst:

(2a) ~~Die Krankenkasse erweitert die Krankenversichertenkarte nach Absatz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2006 zu einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a.~~ Neben der Verwendung nach Absatz 1 Satz 3 hat die **elektronische** Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Abs. 2 und 3 zu gewährleisten. Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus ~~kann~~ **muss die elektronische Gesundheitskarte ab dem 1. Januar 2018** auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.

### Nach § 291 Abs. 2b Satz 15 (neu) wird zur Klarstellung folgender Satz angefügt:

**Krankenhäuser können die Online-Prüfung der elektronischen Gesundheitskarte zur frühzeitigen Aktualisierung der in ihren Informationssystemen vorzuhaltenden Versichertenstammdaten freiwillig vornehmen.**

### **Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung öffnet die Telematikinfrastruktur perspektivisch auch für nicht in § 291a SGB V aufgeführte Gesundheitsdatendienste und überführt den zunächst in Papierform vorgesehenen Medikationsplan in den Katalog der § 291a SGB V-Anwendungen zwecks künftiger elektronischer Bereitstellung und inhaltlicher Harmonisierung mit der eGK-Anwendung „Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung“ (AMTS). Zudem erhalten Versicherte die Möglichkeit, auf eine Zwangs-PIN-Eingabe bei den Daten des Medikationsplanes zu verzichten. Zusätzlich wird die Regelung zum Telematikzuschlag für den vertragsärztlichen Sektor in Hinblick auf die Nutzung des Notfalldatensatzes des eGK und des Medikationsplans konkretisiert.

## Stellungnahme

Die Neuregelung harmonisiert in sinnvoller Weise den papiergebundenen Medikationsplan, der primär der Patienteninformation dient, mit der eGK-Anwendung AMTS, die primär Leistungserbringer bei ihren Medikationsentscheidungen unterstützen soll und zielt auf eine inhaltliche Konsistenz beider Anwendungen ab.

Die eingeleitete Abkehr von einer verpflichtenden technischen Zugriffsautorisierung (Zwangs-PIN-Eingabe) durch den Versicherten geht in die richtige Richtung und vermeidet es, gerade nicht technikaffine oder im Umgang mit der Technik unsichere Versicherte durch technische Barrieren von den Vorteilen der Nutzung des Medikationsplans auszuschließen. Es sollte darüber hinaus geprüft werden, ob diese Stärkung der informationellen Selbstbestimmung der Versicherten durch eine optionale Gestaltung des PIN-Managements nicht auch auf andere § 291a-Anwendungen ausgedehnt werden kann.

Die Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere, nicht in § 291a SGB V aufgeführte, Gesundheitsdatendienste entspricht einer langjährigen Forderung der DKG, knüpft unmittelbar an die Arbeiten in dem von der DKG verantworteten gematik-Projekt „Migration von Gesundheitsdatendiensten in die Telematikinfrastruktur am Beispiel der elektronischen Fallakte“ an und wird von daher ausdrücklich begrüßt.

In der vorgesehenen Änderung des § 291a Abs. 7a fehlen allerdings die §§ 116a und 118a SGB V, um auch im Rahmen einer Unterversorgung ermächtigten Organisationseinheiten eines Krankenhauses und geriatrischen Institutsambulanzen eine technisch adäquate Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu ermöglichen.

In der vorgesehenen Änderung des § 291a Abs. 7a fehlt eine mit Abs. 7b korrespondierende Finanzierungsregelung (fall- oder nutzungsbezogene Zuschläge) für die Nutzung und Aktualisierung der Notfalldaten nach Abs. 3 S. 1 Nr. 1 und der Daten des Medikationsplans nach Abs. 3 Satz 1 Nr. 3b (neu) durch Krankenhäuser. Es ist nicht akzeptabel, allein die Krankenhäuser von einer adäquaten Vergütung für die Nutzung und Pflege der Notfalldaten der eGK und der Daten des Medikationsplans auszuschließen, und andererseits dem vertragsärztlichen Sektor eine entsprechende Vergütung zu gewähren. Als Ergebnis würde die gewünschte lückenlose und sektoreübergreifende Information zu Notfalldaten und Arzneimitteldaten der Versicherten an den Sektorengrenzen zu den Krankenhäusern abrechnen, wenn die Krankenhäuser nicht durch adäquate Vergütungsregelungen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Pflege- und Aktualisierungsleistungen an den Datensätzen zu erbringen.

## Änderungsvorschlag:

### § 291a Abs. 7a wird wie folgt gefasst:

(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach ~~Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2~~ **Absatz 7 Satz 5 Nr. 1 und 2** werden durch einen **fall- oder nutzungsbezogenen** Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). **Der**

**Zuschlag erhöht sich ab dem 1. Januar 2020 in angemessener Weise bei einer Erstellung und Aktualisierung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 (Notfalldaten) oder Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b (Medikationsplandaten).** Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten nach ~~Absatz 7 Satz 4 Nummer 1 und 2~~ **Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2**, die bei Leistungserbringern nach § 115b Absatz 2 Satz 1, **§ 116a**, § 116b Absatz 2 Satz 1, **§ 118a Abs. 1 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. **Bis zum 30. September 2019 vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 4 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 nutzungsbezogene Erhöhungen des Telematikzuschlags für die Nutzung und Pflege von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 (Notfalldaten) und Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b (Medikationsplandaten).**

§ 291a Abs. 7b Satz 3 wird in Hinblick auf die vorgeschlagene vorausgehende zweijährige Anschubfinanzierung (2018 und 2019) für die Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Notfalldaten) wie folgt angepasst:

(7b) Bis zum 30. September ~~2017~~ **2019** vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 2 mit Wirkung ab dem 1. Januar ~~2018~~ **2020** nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 (Notfalldaten) und für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b (Medikationsplandaten).

## **Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 291b Gesellschaft für Telematik)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung konkretisiert die inländischen und auf europäischer Ebene bestehenden Zuständigkeiten der gematik und öffnet die Telematikinfrastruktur perspektivisch für weitere Leistungserbringerguppen im Gesundheitswesen.

Daneben wird der gematik eine verbindliche Frist für die Erprobung und Einführung der eGK-Anwendung Notfalldatenmanagement gesetzt und eine Fristüberschreitung durch haushaltswirksame Sanktionen bei einigen Gesellschaftern der gematik sanktioniert.

Das rechtliche Zulassungs-Instrumentarium der gematik wird flexibilisiert und auch auf „Nicht-§ 291a-Gesundheitsdatendienste“ ausgedehnt, welche die Telematikinfrastruktur ohne Verwendung der eGK nutzen wollen. Die gematik wird ermächtigt, hierfür Entgelte zu verlangen. Daneben flexibilisiert die Neuregelung den wettbewerbsrechtlichen Handlungsspielraum der gematik (Vergabe- oder Zulassungsverfahren), um marktoffene und diskriminierungsfreie Verfahren bei der Auswahl von Dienstleistern zu gewährleisten. Daneben werden die Reaktionsmöglichkeiten der gematik bei Gefährdungen der Sicherheit und Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur geschärft und auch auf Komponenten und Dienste außerhalb der Telematikinfrastruktur ausgedehnt.

Flankierend werden die Handlungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber den Gesellschaftern der gematik durch eine Verordnungsermächtigung und ein eigenständiges Recht zur Anrufung der Schlichtungsstelle nach § 291c flexibilisiert.

## **Stellungnahme**

Die Konkretisierung der Aufgaben der gematik auf europäischer Ebene ist sinnvoll und dringend notwendig, da andernfalls ein künftiges „Zusammenwachsen“ mit den vergleichbaren Infrastrukturen der europäischen Partner nicht gewährleistet werden könnte und damit perspektivisch keine grenzüberschreitende Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen für Patienten realisierbar wäre. Unklar ist allerdings, ob das dem BMG in diesem Punkt eingeräumte Weisungsrecht gegenüber der gematik die Grenzen der Rechtsaufsicht in Richtung einer die Rechte der Gesellschafter tangierenden unzulässige Fachaufsicht verschiebt. Dies sollte geprüft werden.

Die weiter vorgesehenen Flexibilisierungen des rechtlichen Handlungsinstrumentariums der gematik z.B. durch Erlass von Nebenbestimmungen bei Zulassungen oder eine Befristung von Genehmigungen entsprechen den Anregungen und Erfahrungen, welche beim bisherigen Aufbau der Telematikinfrastruktur gemacht wurden und folgen einem Bedarf der Praxis. Gleiches gilt für die Flexibilisierung der wettbewerbsrechtlichen Instrumente der gematik, um eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Die DKG geht davon aus, dass der grundsätzliche Sicherstellungsauftrag der gematik hiervon nicht tangiert, sondern nur das „Wie“ des potentiellen Handelns der gematik erweitert wird.

Die perspektivische Ausdehnung der Telematikinfrastruktur auf weitere Leistungserbringergruppen (z.B. Angehörige der Gesundheitsfachberufe und der Gesundheitshandwerke) perpetuiert das ohnehin bereits gepflegte Handeln der Gesellschafter der gematik, die seit Jahren einen engen Dialog mit dem elektronischen Gesund-

heitsberuferegister führen, das die weiteren in die Telematikinfrastruktur einzubeziehenden Berufsgruppen vertritt.

Die Flexibilisierung des rechtlichen Zulassungsinstrumentariums der gematik und dessen explizite Ausdehnung auch auf „Nicht-§ 291a-Gesundheitsdatendienste“ wird als wesentlicher Schritt zur Ausweitung der Rechtssicherheit der Zulassungen begrüßt, insbesondere auch, weil eine strikte Trennung zwischen den Inhalten und Funktionalitäten der „Nicht-§ 291a-Gesundheitsdatendienste“ und der Sicherheit und Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur gewahrt wird. Dies sichert die Integrität und Funktionalität der „Nicht-§ 291a-Gesundheitsdatendienste“ und fokussiert das Prüfverfahren sachgerecht auf die TI relevanten Aspekte.

Allerdings erscheint die der gematik eingeräumte Option, für eine Nutzung der Telematikinfrastruktur durch „Nicht-§ 291a-Gesundheitsdatendienste“ Entgelte zu verlangen, eher kontraproduktiv für den weiteren Ausbau und die Attraktivität der Telematikinfrastruktur als bundesweite „Gesundheitsdatenautobahn“. Eine solche „elektronische Maut“ sollte vermieden werden, zumal es ein ordnungspolitisches Interesse ist, eine Vielzahl von Gesundheitsdatendiensten an das sichere Netz der Telematikinfrastruktur anzubinden. Es erscheint geeignet und ausreichend, Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu behandeln bei potentiellen Bandbreitenengpässen entsprechend § 291b Abs. 1b.

Die in § 291b Abs. 7 der gematik eingeräumte Befugnis, auch für außerhalb der Telematikinfrastruktur betriebene Komponenten und Dienste Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs zu treffen, wird in der vorliegenden Form als zu weitreichend abgelehnt. Die Vorschrift verschiebt die Systemgrenze der Telematikinfrastruktur weit in die in Hoheit von Leistungserbringern und Kostenträgern stehenden Primär- und Bestandssysteme und räumt der gematik über den unbestimmten Rechtsbegriff „Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs“ unbestimmte und nicht mehr verlässlich eingrenzbar Eingriffsbefugnisse ein. Die Regelung darf maximal auf die in der Consumer-Zone befindlichen Kartenterminals oder Konnektoren bezogen werden, keinesfalls aber auf die Primärsysteme der Leistungserbringer. Hier sollte nach Maßgabe des bisher in der gematik erörterten Modells einer „Störungsampel“ ein weniger grundrechtsintensiver Eingriff gewählt werden.

### **Änderungsvorschlag:**

Streichung des § 291b Abs. 1d Satz 3 und Verringerung der Eingriffsintensität des § 291b Abs. 7.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291c Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung etabliert eine neugestaltete Schlichtungsstelle bei der gematik und dehnt deren Zuständigkeit über die reine Erprobung hinaus auch auf den Betrieb der Telematikinfrastruktur aus.

### **Stellungnahme**

Die Ausdehnung des Schlichtungsverfahrens auch auf den Betrieb der Telematikinfrastruktur greift die bisherigen positiven Erfahrungen aus Schlichtungen im Rahmen der Erprobung der Telematikinfrastruktur auf und weitet diese sachgerecht aus. Wenig Zusatznutzen wird allerdings darin gesehen, dem unparteiischen Vorsitzenden noch je einen „Bankvertreter“ an die Seite zu stellen. Die bisherigen Erfahrungen mit der turnusgemäßen Neubesetzung des Schlichteramtes haben bereits die Schwierigkeiten aufgezeigt, eine hinreichend neutrale und im Spezialgebiet der Telematik kompetente Persönlichkeit zu finden, die bereit und in der Lage ist, die verantwortungsvolle Position des Schlichters zu bekleiden. Eine Verdreifachung dieser Schwierigkeit durch zusätzliche Auswahl je eines „Bankvertreter“, auf den sich die heterogene Bank der Leistungserbringerorganisationen zudem noch intern verständigen müsste, erscheint wenig zielführend; insbesondere nicht, wenn die „Bankvertreter“, wie es zu erwarten ist, ohnehin mit „ihrer“ Bank stimmen und letztendlich die Stimme des neutralen Vorsitzenden den Ausschlag geben muss. Die DKG plädiert daher dafür, die bisher bewährte Besetzung des Schlichtungsamtes mit einem unparteiischen Schlichter unverändert zu lassen.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291d Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung beabsichtigt, durch Vorgabe von offenen und standardisierten Schnittstellen in den informationstechnischen Systemen der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser einen uneingeschränkten Datenaustausch zwischen den jeweiligen Systemen zu gewährleisten. Die Anforderungen hierfür sollen jeweils sektorspezifisch von der KBV, KZBV und der DKG vorgegeben und objektiv überprüfbar ausgestaltet und sektorenübergreifend über die gematik durch ein wechselseitiges Benehmenserfordernis sichergestellt werden.

### **Stellungnahme**

Das Ziel einer Integration offener Schnittstellen in den informationstechnischen Systemen der verschiedenen Sektoren ist aus Sicht der DKG ein Weg in die richtige Richtung und unverzichtbar für einen ungehinderten Datenaustausch im Gesund-



heitswesen. Allerdings lässt die gegenwärtige Formulierung der Neuregelung einen erheblichen Interpretationsspielraum über die Reichweite der erteilten Ermächtigung zu. Diese kann in der Bandbreite von einer bloßen Betrachtung technischer Schnittstellen bis hin zur Normierung aller in den Primärsystemen vorgehaltenen Informationsobjekte interpretiert werden, um deren Austauschbarkeit zu gewährleisten. Hier wäre eine sachgerechte Eingrenzung (auch) unter dem Gesichtspunkt der tatsächlichen Leistbarkeit wünschenswert.

Fraglich bleibt außerdem, ob die sektorenübergreifende Interoperabilität durch das relativ schwache Instrument einer Benehmensherstellung mit der gematik tatsächlich gesichert werden kann, oder ob nicht ein Einvernehmen gefordert werden sollte.

Die DKG erklärt ihre Bereitschaft zur Übernahme dieser Aufgabe für Krankenhäuser, weist allerdings darauf hin, dass eine derartige Tätigkeit als technische Standardisierungsorganisation den Aufbau einer erheblichen Expertise erforderlich macht.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291e Interoperabilitätsverzeichnis)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung bezweckt, bei der gematik ein Interoperabilitätsverzeichnis für technische und semantische Standards sowie Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme einzurichten und in das Verzeichnis aufgenommene Standards ggf. als Referenz für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen zu empfehlen.

### **Stellungnahme**

Die Neuregelung hat den ursprünglich von der Interoperabilitätsstudie empfohlenen nationalen eHealth-Rat sachgerecht auf die Kernfunktion eines Interoperabilitätsregisters (eHealth-Repository) reduziert und organisatorisch bei der gematik angesiedelt. Dies sichert eine adäquate Mitwirkung aller im Rahmen der Telematik involvierten Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens und weckt die Erwartung, dass sich künftig die elektronische Kommunikationsfähigkeit der vielfältigen im Gesundheitswesen eingesetzten Informationssysteme durch Nutzung der empfohlenen Standards deutlich verbessert. Die Ergebnisse dieses Interoperabilitätsregisters sollten allerdings nicht der Beliebigkeit anheimfallen, sondern perspektivisch in konkrete Schnittstellen und Zulassungsvoraussetzungen für Software im Gesundheitswesen münden.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291f elektronischer Entlassbrief)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung enthält eine Anschubfinanzierung für die Implementierung eines IT-gestützten Entlassbriefs zur Unterstützung des Übergangs in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung.

### **Stellungnahme**

Der gewählte Ansatz, die freiwillige Nutzung elektronischer Kommunikationsformen durch gezielte Anreize zu fördern, wird ausdrücklich begrüßt. Dies gilt besonders für einen perspektivisch auf die kommende Telematikinfrastruktur ausgerichteten vorläufigen elektronischen Entlassbrief, der bereits jetzt das Einüben und die Akzeptanz neuer Kommunikationsformen fördern kann und frühzeitig eine Evaluation der zu transportierenden Nachrichteninhalte zulässt.

Allerdings genügt der gewählte unidirektionale Ansatz den Anforderungen an eine sektorenübergreifende elektronische Kommunikation noch nicht vollständig. Neben dem den Krankenhäusern abverlangten Entlassmanagement konkretisiert § 73 Abs. 4 SGB V andererseits die vertragsärztliche Pflichten bei einer Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisungsmanagement).

Spätestens bei Etablierung des elektronischen Entlassbriefs wird eine in Richtung auf die Krankenhäuser zielende umfangreiche elektronische Einweisungskommunikation beginnen, die im Krankenhaus den Aufbau elektronischer Poststellen und – je nach Adressaten der Einweisung – ein umfangreiches elektronisches Identitäts- und Berechtigungsmanagement erfordert, da ja nicht jede elektronische Nachricht ausschließlich an das Krankenhaus als Institution adressiert sein wird, sondern ggf. Fachabteilungen oder sogar einzelne Ärzte adressiert. Der Aufbau der hierfür erforderlichen internen Infrastruktur ist gegenwärtig nicht refinanziert. Damit der „elektronische Einweisungsbrief“ ein ebenso geeignetes Instrument für die sektorenübergreifende Kommunikation wird, wie der „elektronische Entlassbrief“, sollten auch hierfür spiegelbildliche Vergütungsanreize eingeführt werden.

Der gewählte Mechanismus einer reinen Anschubfinanzierung, die nach einem definierten Zeitpunkt entfällt, eröffnet keine verlässliche Langfristperspektive für eine dauerhafte Erbringung telematischer Leistungen. Während der vertragsärztliche Sektor dem durch Schaffung geeigneter Gebührensatzern entgegenwirken kann, wird der Krankenhausbereich erneut bei der Vergütung telematischer Leistungen benachteiligt. Auch hier sollte mit Auslaufen der Anschubfinanzierung die Möglichkeit einer dauerhaften Vergütung über einen adäquaten Telematikzuschlag gemäß § 291a Abs. 7a SGB V eröffnet werden. Idealerweise ist der Zuschlag „budgetverhandlungsresistent“ auszugestalten, damit er auch tatsächlich bei den Krankenhäusern „ankommt“ und nicht in den örtlichen Budgetverhandlungen zur bloßen Verhandlungsmasse degeneriert.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291g Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung schafft die Rechtsgrundlage für eine Vereinbarung zwischen DKG und KBV über Inhalt und Struktur des elektronischen Entlassbriefs, die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen und offenen Schnittstellen sowie dessen perspektivische Ausrichtung auf die künftige Telematikinfrastuktur. Zudem begründet sie für die DKG und die KBV die jeweils sektorale Zuständigkeit für Konformitätsbestätigungen der den elektronischen Entlassbrief umsetzenden informationstechnischen Systeme.

### **Stellungnahme**

Die Neuregelung stellt die unverzichtbare Rechtsgrundlage für die Umsetzung des elektronischen Entlassbriefs durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner bereit und schafft zudem die Möglichkeit, auf Antrag die adäquate Umsetzung dieser Anforderungen durch Konformitätsbestätigungen der Systeme der Industrie verlässlich zu überprüfen und bestätigen zu lassen.

Die DKG begrüßt diese Initiative ausdrücklich und erklärt ihre Bereitschaft, diese Aufgabe für Krankenhäuser zu übernehmen, weist allerdings darauf hin, dass eine derartige Tätigkeit als technische Standardisierungsorganisation den Aufbau einer erheblichen Expertise erforderlich macht.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291h Übermittlung elektronischer Briefe)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung schafft für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband die Grundlage, Rahmenbedingungen und Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe im vertragsärztlichen Sektor zu vereinbaren und die entsprechenden informationstechnischen Systeme dahingehend zu zertifizieren.

### **Stellungnahme**

Die alleinige Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor berücksichtigt nicht die Rolle der Krankenhäuser bei der künftigen elektronischen Kommunikation. Auch für Krankenhäuser besteht anlässlich sich stetig verkürzender Verweildauern ein zunehmender Bedarf an elektronischer Kommunikation sowohl untereinander als auch sektorübergreifend und die Notwendigkeit einer Anpassungen der Krankenhausinformationssysteme. Eine Ungleichbehandlung gegenüber dem vertragsärztlichen Sektor durch Fehlen einer adäquaten Finanzierung derartiger Kommunikation und der hierfür erforderlichen Investitionen ist nicht akzeptabel.

## **Änderungsvorschlag**

Dreiseitige Ausgestaltung des § 291h (GKV/KBV/DKG) mit gleichberechtigter Vergütung elektronischer Arztbriefe.

## **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291i Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung schafft für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband die Grundlage, die Rahmenbedingungen für technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere hinsichtlich Qualität, Sicherheit und technische Umsetzung verbindlich zu vereinbaren.

### **Stellungnahme**

Die alleinige Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor berücksichtigt nicht die Rolle, die Krankenhäuser bereits heute bei der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen – auch und besonders gegenüber Vertragsärzten - spielen. Es ist nicht akzeptabel, die hierfür maßgeblichen Standards und Rahmenbedingungen allein zweiseitig von der KBV und dem GKV-SV aushandeln zu lassen.

## **Änderungsvorschlag**

Dreiseitige Vereinbarung (GKV/KBV/DKG) zur Definition der Rahmenbedingungen für technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen.