



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 10.02.2015**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
für sichere digitale Kommunikation
und Anwendungen im Gesundheitswesen
vom 19.01.2015**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| I. Vorbemerkung | 3 |
| II. Stellungnahmen zum Entwurf | 6 |
| Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) | 6 |
| § 15 – Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte | 6 |
| § 31a (Neu) – Medikationsplan | 7 |
| § 73 – Kassenärztliche Versorgung | 9 |
| § 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte | 11 |
| § 291a – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur | 14 |
| § 291b – Gesellschaft für Telematik..... | 18 |
| § 291c (Neu) – Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik | 20 |
| § 291d (Neu) – Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme | 21 |
| § 291e (Neu) – Interoperabilitätsverzeichnis | 22 |
| § 291f (Neu) – Elektronischer Entlassbrief..... | 23 |
| § 291g (Neu) – Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen | 25 |
| § 291h (Neu) – Übermittlung elektronischer Briefe..... | 26 |
| § 291i (Neu) – Vereinbarung über techn. Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung. | 29 |
| III. Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes..... | 30 |
| Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) | 30 |
| § 67 Abs. 1 – Elektronische Kommunikation | 30 |
| § 291 Abs. 2 – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis | 31 |
| § 291 Abs. 2b – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis | 33 |
| § 291 Abs. 4 – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis | 35 |
| § 291a Abs. 3 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur | 36 |

I. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (eHealth-Gesetz) soll vor allem den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung konkreter Telematikanwendungen endlich voranbringen. Der hierfür vorgesehene Ansatz, dem Prozess durch das Setzen konkreter Fristen und Sanktionsmechanismen die nötige Dynamik zu verleihen, ist grundsätzlich richtig. Nicht zuletzt durch eine Sperre der Zuweisungen an die gematik und eine Verwaltungsratserklärung im Januar 2015 hat der GKV-Spitzenverband nachdrücklich auf den Handlungsbedarf hingewiesen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen hat es oberste Priorität, dass die sichere Telematikinfrastruktur zukünftig als einziges Netz für die Übertragung medizinischer Daten zulässig ist. Allein die Telematikinfrastruktur kann nachweisen, die höchsten Sicherheitsanforderungen, die durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) an die Übertragung sensibler Gesundheitsdaten gestellt werden, zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund ist es völlig unverständlich und daher abzulehnen, dass die Krankenkassen finanzielle Anreize in Form von Telematikzuschlägen für Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief oder Entlassbrief leisten sollen, bevor die Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht. Diese finanziellen Anreizsysteme im Vorgriff auf die Telematikinfrastruktur führen dazu, dass Parallelinfrastrukturen, denen sowohl eine Bestätigung hinreichender Sicherheit zur Einhaltung geforderter Sicherheitsanforderungen als auch eine ordentliche Zulassung fehlt, gefördert werden. Zudem ist die Festlegung der Zuschlagshöhen von 1,00 Euro pro eEntlassbrief und 0,55 Euro pro eArztbrief willkürlich und ungerechtfertigt hoch. Es ist grundsätzlich nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherten in Deutschland zusätzliche Anschubfinanzierungen in beträchtlicher Höhe dafür leisten müssen, dass Ärzte und Krankenhäuser unbürokratischer arbeiten und den Übergang in das digitale Zeitalter schaffen.

Des Weiteren ist zu kritisieren, dass einige der vorgesehenen Sanktionsmechanismen in ihrer Ausgestaltung undifferenziert sind. Bei Nichteinhalten gesetzter Termine für Projektabschnitte würde der Haushalt von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband auf das Niveau des Jahres 2014 minus einem Prozent gemindert und eingefroren. Die Fristerfüllung ist jedoch nicht allein von den mit der Sanktionierung bedrohten Beteiligten abhängig. Hiermit werden die weiteren Gesellschafter der gematik (BÄK, BZÄK, DKG, DAV), aber vor allem auch die Industrie als Anbieter der technischen Lösungen, in ihrer Gestaltungsmacht unangemessen gestärkt. Die Krankenkassen haben als alleinige Kostenträger in der gematik bereits heute Projektinvestitionen von bis zu einer Milliarde Euro aus Versichertenbeiträgen aufbringen müssen, um den seit 2003 bestehenden gesetzlichen Auftrag umzusetzen. Der GKV-Spitzenverband hat, nicht

zuletzt durch die bereits entwickelten und vorgehaltenen technischen Systeme zur Online-Prüfung der eGK, die weiterhin laufende Kosten verursachen, eine mehr als ausreichende Motivation für eine zügige Umsetzung.

Nach aktuellem Zeitplan der gematik ist die Erprobung des Versichertenstammdatendienstes inklusive der notwendigen Evaluierung bis zum 31.07.2016 nicht abgeschlossen. Zudem sind bei Projekten dieser Größenordnung immer Verzögerungen zu erwarten, die in diesem Fall aufgrund des Projektstandes nicht mehr durch die Gesellschafter zu verantworten sind. Beispielsweise könnten Schwierigkeiten bei der Lieferung von Testkarten für den Versichertenstammdatendienst oder der Zertifizierung durch das BSI auftreten.

Darüber hinaus lehnt es der GKV-Spitzenverband ab, bei der inhaltlichen Ausgestaltung einzelner Projekte, für die noch weitere Anschubfinanzierungen zu leisten sind, lediglich ins Benehmen gesetzt zu werden. Danach müssten die Kassen zahlen, ohne bei der Ausgestaltung der Projekte, wie zum Beispiel dem Medikationsplan, dem eArztbrief oder dem eEntlassbrief, die Bedürfnisse der Versicherten einbringen und die wirtschaftliche Ausgestaltung einfordern zu können. Die Benehmenherstellung mit dem GKV-Spitzenverband bei den notwendigen Festlegungen wird als unzureichend abgelehnt. Stattdessen ist eine gleichberechtigte Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes vorzusehen.

Ebenfalls unspezifisch und abzulehnen ist die Regelung, dass die Gesellschaft für Telematik zukünftig auf europäischer Ebene Aufgaben wahrnimmt, soweit die Telematikinfrastruktur „berührt werden könnte“. Es sollte vielmehr wie bisher im Einzelfall von den Gesellschaftern der gematik entschieden werden, ob eine intensive Befassung erforderlich ist. Dies gilt insbesondere, da es bereits aktuell Aufgaben gibt, die die Gesellschafter auf europäischer Ebene selbst wahrnehmen und weiterhin wahrnehmen müssen. Doppelstrukturen müssen vermieden werden.

Grundsätzlich sind die Impulse und die Dynamik des Referentenentwurfs für den weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte zielführend. Die Schaffung der technologischen Basis ist für die dringend benötigten medizinischen Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen unerlässlich. Die finanzielle Belastung der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur zu rechtfertigen, wenn es endlich gelingt, die Telematikinfrastruktur zu errichten und der elektronischen Gesundheitskarte mit den seit Jahren gesetzlich vorgesehenen Anwendungen zu einem spürbaren Mehrwert zu verhelfen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.02.2015
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen
im Gesundheitswesen vom 19.01.2015
Seite 5 von 36

Auf eine Kommentierung der Regelungen, die sich daraus ergeben, dass die Krankenversichertenkarte seit dem 01.01.2015 ungültig ist und auf die Kommentierung anderer Rechtsbereinigungen wird im Folgenden verzichtet.

II. Stellungnahmen zum Entwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 15 – Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung eröffnet den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, für das Ausstellen einer Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen 5 Euro zu berechnen, sofern die eGK aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Krankenkassen bisher keine Möglichkeit haben, Versicherte, die sich ohne Vorliegen eines Grundes nach § 291 Abs. 2 Satz 1 der Abgabe eines Lichtbildes entziehen, zur Übersendung eines Lichtbildes zu bewegen. Die Neuregelung wird daher grundsätzlich begrüßt. Allerdings verursacht sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Aus diesem Grund sollte für die Krankenkassen eine Kann-Regelung gelten, damit sie nach einer Abwägung von bürokratischem Aufwand und Nutzen entscheiden können, ob die 5 Euro erhoben werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 15 Absatz 6 Satz 3 wird der Teilsatz „wird eine Gebühr von 5 EUR erhoben“ durch „kann eine Gebühr von 5 EUR erhoben werden“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 31a (Neu) – Medikationsplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt die Einfügung eines neuen § 31a SGB V, der die Einführung eines papiergebundenen Medikationsplans für Patienten regeln soll. Hintergrund der Einführung des Medikationsplans sind angestrebte Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Ab dem 1. Oktober 2016 sollen alle Patienten, denen mindestens fünf Arzneimittel verordnet werden, einen Anspruch auf einen papiergebundenen Medikationsplan haben. Neben ärztlich verordneten Arzneimitteln sollen auch Arzneimittel, die ohne Verschreibung angewendet werden, sowie Medizinprodukte, die für die Medikation relevant sind, in diesem Plan berücksichtigt werden. Der Medikationsplan soll vom Hausarzt geführt werden und ebenfalls Verordnungen anderer behandelnder Ärzte berücksichtigen. Aktualisierungen des Medikationsplans sollen auch durch Apotheker, Fachärzte oder Einrichtungen der Krankenversorgung durchgeführt werden können.

Der Aufwand für die Erstellung des Medikationsplans ist bereits von der im EBM abgebildeten Koordinations- und Dokumentationsleistung des Hausarztes umfasst. Inhalte und Struktur des Medikationsplans sollen in einem dreiseitigen Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene abgestimmt werden. Der GKV-Spitzenverband sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind dabei ins Benehmen zu setzen. Im Falle des Nichtzustandekommens des Vertrages soll durch das Bundesministerium für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren durch die in § 291c neu geschaffene Schlichtungsstelle für Gematik-Fragen veranlasst werden.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich befürwortet der GKV-Spitzenverband Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Ein elektronischer Medikationsplan könnte Bürokratiekosten sowie redundante Datenhaltungen vermindern. Zudem wäre eine Prüfung der Aktualität der Informationen bei elektronischer Datenhaltung ohne Aufwand möglich, während es beim papiergebundenen Verfahren mehrere Datenstände geben kann. Der GKV-Spitzenverband regt an, an Stelle des papiergebundenen Medikationsplans einen Medikationsplan als zunächst freiwillige Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (wie in § 291a SGB V neu) vorzu-

sehen. Dem Patienten kann jeweils ein Papierausdruck des elektronischen Medikationsplans zur Verfügung gestellt werden.

Unklar bleibt, warum die Verordnung von mindestens fünf Arzneimitteln Voraussetzung für die Erstellung des Medikationsplans ist. Fragen der Arzneimitteltherapiesicherheit können – je nach Art der Medikation – bereits bei weniger als fünf verordneten Arzneimitteln von großer Relevanz für den Patienten sein. Der GKV-Spitzenverband spricht sich dafür aus, die Voraussetzungen für die Erstellung eines Medikationsplans bedarfsgerechter zu gestalten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es Aufgabe des Arztes, vor jeder Verordnung eines Arzneimittels die bestehende Medikation, ggf. durch Nachfrage beim Patienten, zu prüfen. Der Aufwand für die Erstellung des Medikationsplans ist bereits in den hausärztlichen Vergütungspositionen berücksichtigt.

Details zum Medikationsplan werden in einem dreiseitigen Vertrag geregelt. Der GKV-Spitzenverband ist nicht als Vertragspartner vorgesehen; er ist lediglich ins Benehmen zu setzen. Durch diese Regelung können Vertreter der Leistungserbringer einseitig wesentliche Regelungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen festlegen, ohne dass diesen die Möglichkeit der Einflussnahme eröffnet wird. Dies lehnt der GKV-Spitzenverband ab und fordert, gleichberechtigt bei der Erstellung der Vorgaben für den Medikationsplan beteiligt zu werden.

C) Änderungsvorschlag

Der § 31a Absatz 1 ist folgendermaßen zu fassen:

„Versicherte, die verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans durch den Hausarzt, sofern dadurch der Therapieerfolg unterstützt und die Arzneimittelsicherheit gefördert wird. Der Medikationsplan ist gemäß der Anwendung nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nr. 3b SGB V zu hinterlegen. Der Patient hat Anspruch auf Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform oder anderer geeigneter Form durch den Hausarzt.“

In § 31a Abs. 4 SGB V ist das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 73 – Kassenärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch Ergänzung in § 73 Absatz 8 Satz 7 SGB V soll klargestellt werden, dass die Software, die Vertragsärzte im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln einsetzen, jeweils aktuelle Informationen aus den Preis- und Produktverzeichnissen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 SGB V enthalten muss.

B) Stellungnahme

Die Aktualisierung der ärztlichen Verordnungssoftware erfolgt derzeit in der Regel nur quartalsweise. Die Preis- und Produktinformationen für Arzneimittel werden jedoch 14-tägig aktualisiert. Informationen können daher mit einer Zeitverzögerung von bis zu drei Monaten vorliegen. Stünden dem verordnenden Arzt tagesaktuelle Informationen zu Produkten und Preisen in der Software zur Verfügung, könnte er diese Aspekte bei seiner Verordnungsentscheidung berücksichtigen. Dies würde es ihm auch ermöglichen, die Patienten besser über ihre Verordnung und ggf. Alternativen zu informieren. Mangelnde Aktualität der Verordnungssoftware ist eine wesentliche Ursache für vermeidbare Fehler, die einen Großteil der Retaxierungsvorgänge gegenüber Apotheken ausgelöst haben. Der GKV-Spitzenverband befürwortet die vorgesehene Klarstellung, die auch von ihm bereits mehrfach gefordert wurde.

Im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung sowie der Minimierung von Rechtsunsicherheiten zwischen Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern wie Apotheken oder Sanitätshäusern wäre es erforderlich, Verordnungen von Produkten, die nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversorgung einbezogen sind (u. a. Medizinprodukte, Verbandstoffe und Enterale Ernährung) mit in die Regelung des § 73 Absatz 8 aufzunehmen. Dazu ist es notwendig, die bestehende Meldeverpflichtung nach § 131 SGB V auch auf Anbieter sonstiger Leistungen nach § 31 SGB V auszudehnen. Auch § 300 SGB V wäre entsprechend anzupassen.

Aus Erfahrungen zeigt sich, dass die bisher durchgeführten Zertifizierungsverfahren der Praxissoftware bei Weitem nicht ausreichen. Um einen Großteil der Folgeprobleme bei der Patientenversorgung oder Rechnungskürzungen aus Schwächen des Zertifizierungsprozesses zu vermeiden, muss nach der Zertifizierung auch die Funktionalität der Software entsprechend den Vorgaben im täglichen Einsatz regelmäßig überprüft werden.

Probleme durch unklare oder fehlerhafte Verordnung äußern sich erst außerhalb der Arztpraxis, beispielweise bei Einlösung der Verordnung in einer Apotheke oder bei einem Heilmittelerbringer. Dem Arzt selbst entsteht kein Nachteil durch fehlerhafte Verordnungen. Aus diesem Grunde gibt es für die Ärzte kaum einen Anreiz, diese Fehler zu minimieren. Die Schaffung anlassgerechter Sanktionsmöglichkeiten bei Verwendung einer nicht den Vorgaben entsprechenden Praxisverwaltungssoftware würde die Qualität der Verordnungen im Sinne der Patientenversorgung deutlich fördern.

Zur Sicherstellung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit zahnärztlicher Verordnungen ist es erforderlich, dass auch Zahnärzte ausschließlich zertifizierte Software einsetzen. Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dies entsprechend gesetzlich klarzustellen. Aufgrund der übergeordneten Bedeutung für alle betroffenen Leistungserbringer, regt der GKV-Spitzenverband an, die Zertifizierung und „Überwachung“ eingesetzter Software einer neutralen Instanz zu übertragen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 4:

§ 73 Absatz 8 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Für die Verordnung von Arzneimitteln und sonstigen Leistungen nach § 31 dürfen nur solche elektronischen Programme genutzt werden, die die Informationen nach den Sätzen 2 und 3, Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 sowie die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 zum jeweils aktuellen Stand enthalten, und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zertifiziert und zugelassen sind. Zugelassene elektronische Programme sind in regelmäßigen Abständen auf ihre Zulassungskonformität zu überprüfen.“

Nach § 73 Absatz 8 wird folgender Satz ergänzt:

„Bei Verstößen gegen Satz 7 sind in den Verträgen nach § 82 Absatz 1 Regelungen zum Schadensausgleich für entstandene Fehler zu treffen. Die Regelungen nach Satz 7 bis 11 gelten für die Kassenzahnärztliche Versorgung entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – 6

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung ergeht ein Prüfauftrag an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, inwieweit papiergebundene Verfahren durch elektronische Verfahren ersetzt werden können.

Ferner sieht die Neuregelung eine Prüfung auf telemedizinische Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen vor und fordert eine entsprechende Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Eine solche Anpassung wird ebenfalls für die Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen der Notfallversorgung und für die Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans gefordert.

Schließlich werden telemedizinische Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen definiert, für die Zuschläge auf den Orientierungswert (§ 87 Abs. 2e SGB V) vereinbart werden können.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Aufnahme des Prüfauftrages wird begrüßt, da aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes damit eine erleichterte und schnellere Dokumentation und Übertragung notwendiger Daten zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen befördert werden kann.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann die telemedizinische konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen unter Nutzung der Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Inwieweit eine Befundbeurteilung auf elektronischem Wege im EBM zu vergüten ist, soll durch den Bewertungsausschuss ergebnisoffen geprüft werden. Bei positiver Prüfung und einer darauf aufbauenden Anpassung des EBM, soll eine Vereinbarung zu technischen Anforderungen für die telemedizinische Befundbeurteilung zur Anwendung kommender Verfahren getroffen werden, wie sie im vorliegenden Referentenentwurf gemäß § 291i neu SGB V intendiert wird. Dabei muss in die Vereinbarung aufgenommen werden, dass für die telemedizinische Befundbeurteilung Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur zu nutzen sind.

Die weiterhin in der Änderung des § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehene zusätzliche Vergütung zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen der Notfallversorgung durch Ärzte ist

nicht nachvollziehbar. Die dafür notwendige Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern sowie die Dokumentation und Zusammenführung der wesentlichen Behandlungsdaten, ist bereits Leistungsbestandteil der hausärztlichen Versichertenpauschalen. Ein darüber hinausgehender besonderer Dokumentationsaufwand des Arztes durch das elektronische Verfahren ist nicht erkennbar. Bei Aufnahme einer zusätzlichen Vergütung für die Erstellung und Aktualisierung von Daten für die Notfallversorgung findet aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Doppelfinanzierung einer ärztlichen Leistung statt.

Der Gesetzentwurf sieht in § 87 Abs. 2b SGB V des Weiteren die Anpassung des EBM in Bezug auf den neu eingeführten Anspruch von bestimmten Versicherten auf Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans vor. Nach Begründung von Artikel 1 Nr. 2 wird der Aufwand für die „Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans (...) nach dem geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen von der Koordinations- und Dokumentationsleistung des Hausarztes umfasst“ (Begründung zu § 31a Absatz 3 SGB V, Referentenentwurf, S. 36). Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar. Unklar ist deshalb, inwiefern weiterer Anpassungsbedarf für den einheitlichen Bewertungsmaßstab bestehen kann. Die Erstellung und Anpassung eines Medikationsplans ist sowohl Bestandteil der hausärztlichen Versichertenpauschalen als auch der Zusatzpauschalen für die Behandlung chronisch Kranker. Daher sollte von Seiten des Gesetzgebers konkretisiert werden, worin der Anpassungsbedarf im EBM besteht und gleichzeitig klargestellt werden, dass aufgrund der bereits erfolgenden Vergütung der Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans über den EBM kein darüber hinausgehender Vergütungsaufwand besteht. Die in § 87 Abs. 2b SGB V beabsichtigte Neuregelung sollte gestrichen werden, da die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans bereits im EBM abgebildet ist.

Die in § 87a Abs. 2 SGB V vorgesehene Aufnahme der besonderen Förderungswürdigkeit für telemedizinische Leistungen wird als nicht erforderlich angesehen, da die regionalen Vertragspartner bereits über die Möglichkeit verfügen, auf regionaler Ebene entsprechende Zuschläge zu vereinbaren. Handelt es sich bei einer telemedizinischen Anwendung um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gemäß § 135 Abs. 1 SGB V, so hat der Gemeinsame Bundesausschuss über eine Prüfung und mögliche Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog zu entscheiden.

Die vorgesehenen Sanktionierungen analog den Sanktionen nach Nummer 10 Buchstabe e (§ 291 Absatz 2b) des vorliegenden Entwurfs sind abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Zu Nummer 5b):

§ 87 Abs. 2a neu SGB V wird folgendermaßen gefasst:

„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, inwieweit der Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen anzupassen ist. Bei einer möglichen Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden Anforderungen an die technischen Verfahren durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik vereinbart. In der Vereinbarung ist festzulegen, dass für telemedizinische konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden.“

Nummer 5c wird gestrichen.

Nummer 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe c)

§ 291a – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die bisherige Regelung dahingehend korrigiert, dass bei Krankenkassen, die Verträge nach § 83 Satz 2 geschlossen haben, das Wohnortkennzeichen des Versicherten, nicht mehr des Mitglieds auf der eGK anzugeben ist.

B) Stellungnahme

Das geänderte Zuordnungsprinzip entspricht den gesetzlichen Abrechnungsvorgaben für die vertragsärztlichen Leistungen und wird daher begrüßt.

C) Änderungsbedarf

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe e)

§ 291 a – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung setzt der Gesellschaft für Telematik eine Frist bis zum 30.06.2016, bis zu der sie die erforderlichen Maßnahmen für die Durchführung der Nutzung der Online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten (Versichertenstammdatendienst) durchzuführen hat. Als Sanktionsmaßnahme wird festgelegt, dass die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab 2017 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent so lange nicht überschreiten dürfen, bis die Maßnahmen durchgeführt worden sind.

Ferner setzt die Neuregelung den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten die Frist, bis zum 01.07.2018 die Online-Prüfung durchzuführen, andernfalls ist die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen so lange um 1 Prozent zu kürzen, bis die Prüfung durchgeführt wird.

B) Stellungnahme

Die Einführung von sanktionsbewehrten Terminvorgaben zur Einführung des Versichertenstammdatenmanagements wird ausdrücklich begrüßt. Im Detail besteht jedoch Anpassungsbedarf.

Die Sanktionsregelungen für die Gesellschafter der gematik stellen einen Eingriff des Gesetzgebers in die Haushaltsautonomie der Selbstverwaltung dar und sind somit grundsätzlich, aber auch aufgrund der negativen Konsequenz abzulehnen. Der Haushalt des GKV-Spitzenverbandes wird ausschließlich zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Eine Kürzung, aber auch das Einfrieren des Haushalts kann somit nur dazu führen, dass die vom Gesetzgeber zugewiesenen Aufgaben nicht mehr in vollem Umfang erfüllt werden können.

Eine solche Sanktionierung ist auch deshalb abzulehnen, weil die Fristerfüllung nicht allein von den mit der Sanktionierung bedrohten Beteiligten abhängig ist. Hiermit werden die weiteren Gesellschafter der gematik (BÄK, BZÄK, DKG, DAV), aber vor allem auch die Industrie als Anbieter der technischen Lösungen in ihrer Gestaltungsmacht unangemessen gestärkt. Die Qualität der technischen Lösungen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für den erfolgreichen und fristgerechten Abschluss der Erprobung, und die bisher gelieferte Qualität in der bereits beauftragten Erprobung lässt insbesondere an dem fristgerechten Abschluss zweifeln. Durch das aus der vorgesehenen Sanktionierung resultierende Drohpotential besteht die Gefahr,

dass die Industrie technisch unausgereifte, sicherheitsbedenkliche und unwirtschaftliche Lösungen ins Feld bringt.

Da die Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) bereits an Industrieunternehmen vergeben wurde, besteht bis zum Abschluss der Erprobung kein Risiko für weitere Verzögerungen durch die Gesellschafter. Sofern sich die angebotenen Lösungen der Industrie in der Erprobung als ausgereift herausstellen würden und es allein an der Beschlussfassung der Gesellschafter zum Online-Rollout fehlte, bietet § 291b Absatz 3 Satz 4 dem BMG die Möglichkeit, die fehlenden Beschlüsse durch Rechtsverordnung zu ersetzen. Zudem liefert der vorliegende Gesetzentwurf mit der Einführung eines Schlichtungsverfahrens (§ 291c SGB V neu) ein weiteres Eskalationsinstrument. Die vorgesehene Sanktionierung der Gesellschafter ist daher nicht nur unangemessen, sondern auch überflüssig.

Zudem ist insbesondere eine Sanktionierung der Kostenträger deshalb unangemessen, weil die GKV durch die bereits entwickelten und vorgehaltenen technischen Systeme zur Online-Prüfung der eGK eine mehr als ausreichende Motivation für eine zügige Umsetzung hat. Auch durch die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten, die um ein Vielfaches teurer sind als die abgelösten Krankenversichertenkarten, besteht seitens der GKV ein verstärktes Interesse, die Online-Aktualisierung so schnell wie möglich umzusetzen.

Sollte an der Sanktionierung festgehalten werden, müsste diese sich mindestens auf alle Gesellschafter beziehen. Für die Gesellschafter, die nicht dem öffentlichen Recht unterliegen, böte sich eine Strafzahlung an die gematik an.

Im Hinblick auf die zu begrüßende Fristsetzung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte, ist eine Sanktionierung der Gesellschafter der gematik ebenfalls nicht erforderlich. Sofern die Gesellschaft für Telematik ihre Maßnahmen bspw. aufgrund unzureichender Lieferungen der Industrie nicht rechtzeitig durchführen konnte, bietet § 291 Absatz 2b Satz 15 SGB V neu dem BMG die Möglichkeit, diese Fristen zu verlängern.

C) Änderungsvorschlag

Nummer 10 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 291 a – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung betrifft die Aufnahme des Medikationsplans als Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte. Sie enthält Regelungen, dass die Telematikinfrastruktur für weitere Anwendungen genutzt werden kann, sofern die Nutzbarkeit der Infrastruktur nicht beeinträchtigt wird. Schließlich setzt sie Fristen für die Vereinbarung von nutzungsbezogenen Zuschlägen für die Anwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan.

B) Stellungnahme

Die Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere Anwendungen inkl. Medikationsplan und die Beschleunigung der Anwendungen durch Fristsetzung wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt.

Nicht nachvollziehbar ist die Regelung, dass der Versicherte die Möglichkeit hat, auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung für den Zugriff auf den Medikationsplan zu verzichten. Die dort hinterlegten Daten sind dieselben, wie die zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit hinterlegten und unterliegen daher auch dem gleichen Schutzniveau.

Abgelehnt wird ebenfalls, dass neben den nutzungsbezogenen Zuschlägen zum Ausgleich der Telematik-Kosten nach Absatz 7 Satz 4 weitere Zuschläge zur Nutzung der Notfalldaten und des Medikationsplans zu vereinbaren sind. Mit der Refinanzierung der Telematik-Kosten nach Absatz 7 Satz 4 sind alle telematikbedingten Mehraufwände abgegolten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum weitere Zuschläge darüber hinaus zu vereinbaren sind.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 10 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) ist zu streichen.

Nr. 10 Buchstabe i) Doppelbuchstabe bb) ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 Buchstabe a)

§ 291b – Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung enthält Detaillierungen und Klarstellungen zu den grundsätzlichen Aufgaben der Gesellschaft für Telematik. Diese beinhalten u. a. die Erstellung funktionaler Vorgaben, die Überwachung und Durchsetzung des sicheren Betriebs der Telematikinfrastruktur sowie die Gefahrenabwehr. Außerdem werden die Aufgaben der gematik hinsichtlich der Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere Anwendungen und Leistungserbringergruppen festgelegt. Darüber hinaus wird der Gesellschaft die Aufgabe übertragen, auf europäischer Ebene im Bereich eHealth auf Weisung des BMG tätig zu werden.

Für die Maßnahmen zur Einführung des Notfalldatenmanagements wird der Gesellschaft für Telematik eine Frist bis zum 31.12.2017 gesetzt, andernfalls greifen die Sanktionen analog Nummer 10 Buchstabe e (§ 291 Absatz 2b).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die Detaillierungen und Klarstellungen des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Aufgaben der Gesellschaft für Telematik. Insbesondere die Aufgaben zur Sicherstellung und Überwachung des sicheren Betriebs der Telematikinfrastruktur sind vor dem Hintergrund der Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere Anwendungen von großer Bedeutung. Zu begrüßen ist vor allem die Klarstellung, dass die elektronischen Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, Vorrang vor weiteren Anwendungen haben und die Gesellschaft für Telematik Nutzungsentgelte von den Betreibern dieser Anwendungen für die Nutzung der Telematikinfrastruktur verlangen kann.

Die Regelung, dass die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahrnimmt, soweit die Telematikinfrastruktur „berührt werden könnte“, wird als zu generell abgelehnt. Hier sollte wie bisher im Einzelfall von den Gesellschaftern der gematik entschieden werden, ob eine intensive Befassung des Themas durch die gematik erforderlich ist. Dies gilt insbesondere, weil es bereits aktuell Aufgaben gibt, die die Gesellschafter auf europäischer Ebene selbst wahrnehmen und weiterhin wahrnehmen müssen. In diesem Zusammenhang wird auch das Weisungsrecht des BMG als Eingriff in die Rechte der Gesellschafter einer GmbH kritisch gesehen. Hinzu kommt, dass die Aufgaben, die die gematik zukünftig auf eu-

ropäischer Ebene übernehmen soll, weit über die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus gehen und für diesen Fall eine Erstattung der Kosten aus Steuermitteln durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgen sollte.

Die vorgesehenen Sanktionierungen analog den Sanktionen nach Nummer 10 Buchstabe e (§ 291 Absatz 2b) des vorliegenden Entwurfs werden aus den genannten Gründen abgelehnt. Hinzu kommt, dass die fachliche Verantwortung für das Projekt Notfalldatenmanagement innerhalb der gematik die Bundesärztekammer übernommen hat, der laut Gesetzentwurf keine Sanktionen drohen. Hier würden Gesellschafter für Verzögerungen zur Verantwortung gezogen, die diese definitiv nicht verursachen. Der GKV-Spitzenverband fordert eine verursachergerechte Sanktionierung und damit verbunden eine eindeutige Priorisierung der einzuführenden Anwendungen.

C) Änderungsvorschlag

Im durch Nummer 11 Buchstabe a) neu gefassten Absatz § 291b Absatz 1, werden die Sätze 6 bis 9 gestrichen.

Es sollte stattdessen eine verursachergerechte Sanktionierung vorgesehen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291 c (Neu) – Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten § 291 c wird die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, eine Schlichtungsstelle für den Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur analog der Schlichtung gemäß der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einzurichten. Die Schlichtungsstelle kann mit 50 % der Stimmen der Gesellschaft angerufen werden, wenn ein Beschlussvorschlag nicht die erforderliche Mehrheit findet. Ebenfalls kann das BMG ein Schlichtungsverfahren einleiten. Bei Entscheidungen, die sich auf Maßnahmen für eine bundesweite Nutzung des Versichertenstammdatendienstes und des Notfalldatensatzes beziehen, kann jeder der möglicherweise betroffenen Gesellschafter ein Schlichtungsverfahren einleiten, um eine Kürzung der Ausgaben entsprechend § 291 Absatz 2b (neu) abzuwenden.

B) Stellungnahme

Da sich bei der Entscheidungsfindung in der Testphase ein Schlichtungsverfahren dahingehend bewährt hat, dass weitere Verzögerungen aufgrund fehlender Beschlussfassung reduziert wurden, begrüßt der GKV-Spitzenverband die Ausweitung des Verfahrens auf den anstehenden Wirkbetrieb. Das vorgesehene Verfahren mit einem unparteiischen Vorsitzenden und je einem Vertreter der beiden Seiten, hat sich auch in anderen Bereichen bewährt und trägt den im Gegensatz zur Testphase weitreichenden Bedeutungen der Schlichtungsergebnisse Rechnung.

Der GKV-Spitzenverband weist an dieser Stelle jedoch nachdrücklich darauf hin, dass die vorgesehenen Regelungen in § 291 c Absatz 5 Satz 2 nicht ausreichend sind, um eine nicht verursachergerechte Kürzung der Ausgaben abzuwenden. Wesentlicher Erfolgsfaktor für die fristgerechte Nutzbarkeit des Versichertenstammdatendienstes ist zum jetzigen Zeitpunkt vor allem die Qualität der Leistungen der Industrie im Rahmen der bereits beauftragten Erprobung. Diese hatten bisher nicht die erforderliche Qualität. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass Auswirkungen von Entscheidungen des BSI oder des Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) nicht durch die genannten Gesellschafter zu vertreten sind.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291d (Neu) – Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung appelliert an die Hersteller von informationstechnischen Systemen für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser, sobald wie möglich offene standardisierte Schnittstellen zu integrieren.

B) Stellungnahme

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes ist die vorgesehene Sollregelung gänzlich ungeeignet, Interoperabilität bei der elektronischen Dokumentation und Archivierung zum diskriminierungsfreien Wechsel eines Primärsystems herzustellen. Dies kann nur durch eine verbindliche Vorgabe mit entsprechenden Fristen erreicht werden. Es ist eine terminlich gebundene Verpflichtung der Hersteller von informationstechnischen Systemen für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser zur Integration offener standardisierter Schnittstellen zur Übernahme von Patientendaten festzuschreiben.

C) Änderungsvorschlag

In § 291d (neu) Absatz 1 sind die Wörter „sollen sobald wie möglich“ durch „müssen bis zum 01.01.2017“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291e (Neu) – Interoperabilitätsverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vorliegende Gesetzentwurf regelt in § 291e den Aufbau, die Pflege und den Betrieb eines Interoperabilitätsverzeichnisses durch die Gesellschaft für Telematik. Es wird die Einbindung der Fachexpertise sowie die Information und die Beteiligung der (Fach-)Öffentlichkeit geregelt. Darüber hinaus wird die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, ein Informationsportal über telemedizinische Anwendungen aufzubauen. Das Portal ist Bestandteil des Interoperabilitätsverzeichnisses und beinhaltet insbesondere Informationen über Inhalte, Verwendungszwecke und Wirtschaftlichkeit telemedizinischer Anwendungen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Bestrebungen des Gesetzentwurfs, die Interoperabilität informationstechnischer Systeme im Gesundheitswesen zu fördern. Hiervon profitieren jedoch nicht ausschließlich die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, sondern ebenfalls die Mitglieder der privaten Krankenversicherung und nicht zuletzt die Anbieter technischer Lösungen auf Seiten der Industrie. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass die Anstrengungen in diesem Bereich ausschließlich zu Lasten der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen gehen sollen.

Der GKV-Spitzenverband hält darüber hinaus das vorgesehene Informationsportal über elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen für wirkungslos und lehnt es daher aus wirtschaftlichen Erwägungen ab.

C) Änderungsvorschlag

§ 291e Absatz 11 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291f (Neu) – Elektronischer Entlassbrief

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht einen Telematikzuschlag i.H.v. 1 Euro für die Erstellung eines elektronischen Entlassbriefes und i.H.v. 0,50 Euro für die Entgegennahme eines elektronischen Entlassbriefes vom 01.07.2016 bis zum 30.06.2018 vor.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines elektronischen Entlassbriefes wird vom GKV-Spitzenverband befürwortet. Ausdrücklich begrüßt wird die Klarstellung im nachfolgenden Paragraphen, dass als Transportweg zukünftig nur die Telematikinfrastruktur zulässig ist. Nur über die Telematikinfrastruktur können die hohen Sicherheitsanforderungen, die an die Übertragung sensibler Gesundheitsdaten gestellt werden, gewährleistet werden. Vor diesem Hintergrund ist es jedoch völlig unverständlich und daher abzulehnen, dass die Krankenkassen finanzielle Anreize in Form von Telematikzuschlägen für Anwendungen leisten sollen, bevor die Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht. Zudem wird die Festlegung der Zuschlagshöhen als Eingriff in die Aufgaben der Vertragspartner abgelehnt, darüber hinaus scheinen sie willkürlich. Die aufgeführten Anreizsysteme im Vorgriff auf die Telematikinfrastruktur führen dazu, dass Parallelinfrastrukturen noch unnötig gefördert werden. Des Weiteren ist zu erwarten, dass durch die Digitalisierung von Arztbriefen papiergebundene Verfahren abgelöst, Abläufe effizienter gestaltet und damit auch finanzielle Ressourcen freigesetzt werden, so dass für eine zusätzliche Förderung die Grundlage fehlt.

C) Änderungsvorschlag

§ 291f Absatz 1 ist folgendermaßen zu fassen:

„Der auf einen Elektronischen Entlassbrief bezogene Anteil des Telematikzuschlages nach § 291a Absatz 7a Satz 1 ist pro voll- und teilstationärem Behandlungsfall zu zahlen, wenn das Krankenhaus seinem Patienten oder seiner Patientin oder mit seiner oder ihrer Einwilligung, einem von ihm oder ihr benannten Vertragsarzt, einer Vertragsärztin oder einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung, am Tag der Entlassung einen elektronischen Entlassbrief zum Zwecke der Weiterverarbeitung und Nutzung in der Versorgung nach der Krankenhausbehandlung zur Verfügung stellt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.02.2015
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen
im Gesundheitswesen vom 19.01.2015
Seite 24 von 36

In § 291f Absatz 4 sind die Wörter „vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 einen Zuschlag von 50 Cent nach § 291a Absatz 7b Satz 1“ durch die Wörter „einen Anteil des Zuschlags nach § 291a Absatz 7a und 7b“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291g (Neu) – Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu einzufügende § 291g regelt, dass die Einzelheiten zum elektronischen Entlassbrief, hier insbesondere Inhalt und Struktur, von der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen sind. Vorgegeben wird, dass Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Die Benehmenherstellung mit dem GKV-Spitzenverband bei den notwendigen Festlegungen wird als unzureichend abgelehnt. Stattdessen ist eine gleichberechtigte Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes vorzusehen. Durch die vorgesehenen Regelungen können durch Vertreter der Leistungserbringer einseitig wesentliche Inhalte und Regelungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen und damit der Versicherten geregelt und festgelegt werden, ohne dass für die gesetzlichen Krankenkassen eine wesentliche Möglichkeit zur Einflussnahme besteht.

Ausdrücklich begrüßt wird die Klarstellung, dass als Transportweg zukünftig nur die Telematikinfrastruktur zulässig ist. Nur über die Telematikinfrastruktur kann garantiert werden, dass die hohen Sicherheitsanforderungen, die an die Übertragung sensibler Gesundheitsdaten gestellt werden, eingehalten sind. Auch für eine Übergangszeit sind Abstriche bei diesen Sicherheitsanforderungen nicht akzeptabel.

C) Änderungsvorschlag

In § 291g Absatz 1 Satz 1 sind hinter „im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik“ die Wörter „im Einvernehmen mit“ zu ergänzen. In Satz 2 ist der Halbsatz „sobald diese zur Verfügung stehen“ zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291h (Neu) – Übermittlung elektronischer Briefe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht einen Telematikzuschlag von 0,55 Euro für die Versendung eines elektronischen Briefes für die Jahre 2016 und 2017 vor. Inhalt, Struktur, Technik und Maßnahmen zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten Mengenausweitung des Arztbriefes legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband und der gematik fest. Es wird klargestellt, dass für den elektronischen Arztbrief Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden müssen, sobald diese zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes wird die Einführung eines elektronischen Arztbriefes in die vertragsärztliche Versorgung befürwortet. Die Benehmenherstellung mit dem GKV-Spitzenverband bei den notwendigen Festlegungen, wird als unzureichend abgelehnt. Stattdessen ist eine gleichberechtigte Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes vorzusehen. Durch die vorgesehenen Regelungen können durch Vertreter der Leistungserbringer, einseitig wesentliche Inhalte und Regelungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen und damit der Versicherten geregelt und festgelegt werden, ohne dass für die gesetzlichen Krankenkassen eine wesentliche Möglichkeit zur Einflussnahme besteht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht insbesondere Regelungsbedarf bezüglich der Festlegung von wirksamen Maßnahmen zur Vermeidung einer nicht bedarfsgerechten Mengenausweitung sowie der Sicherstellung, dass die vorgesehene Vergütung nur für die strukturierte Übermittlung von Arztbriefen gezahlt wird, da nur diese Form der Datenübermittlung zu wesentlichen Effizienzgewinnen in den Arztpraxen führt.

Missverständlich ist die Bezeichnung elektronischer Brief. Hier ist nicht klar, ob es sich um den in § 291a Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 genannten elektronischen Arztbrief oder eine Untermenge bzw. Sonderform dessen handelt. Davon ausgehend, dass hier die Übermittlung sämtlicher Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichte gemeint ist, regt der GKV-Spitzenverband eine entsprechende Klarstellung an. Ausdrücklich begrüßt wird die Klarstellung, dass als Transportweg zukünftig nur die Telematikinfrastruktur zulässig ist. Nur über die Telematikinfrastruktur kann garantiert werden, dass die hohen Sicherheitsanforderungen, die an die Übertragung sensibler Gesundheitsdaten gestellt werden, eingehalten

sind. Auch für eine Übergangszeit sind Abstriche bei diesen Sicherheitsanforderungen nicht akzeptabel. Es wird daher auch abgelehnt, dass die Krankenkassen finanzielle Anreize in Form von Telematikzuschlägen für Anwendungen leisten sollen, bevor die Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht. Zudem wird die Festlegung der Zuschlagshöhen als Eingriff in die Aufgaben der Vertragspartner abgelehnt. Darüber hinaus scheint die Höhe der Telematikzuschläge willkürlich gewählt. Durch die Digitalisierung von Arztbriefen werden papiergebundene Verfahren abgelöst und Arbeitsabläufe effizienter. Hierdurch werden finanzielle Ressourcen freigesetzt, weshalb die zusätzliche finanzielle Förderung nicht begründbar ist.

Des Weiteren muss eine Klarstellung durch den Gesetzgeber erfolgen, dass es sich bei der elektronischen Befundübermittlung um keine neue und außerhalb der Gesamtvergütung zu finanzierende Leistung handelt, da die bisherige über die Kostenpauschalen in Kapitel 40 vergütete Übermittlung von Arztbriefen per Post nun alternativ mittels elektronischem Verfahren stattfinden kann. Aus diesem Grund hat die Finanzierung des elektronischen Arztbriefes innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V zu erfolgen und kann durch eine verminderte Abrechnung der Kostenpauschalen für die postalische Übermittlung der Arztbriefe gegenfinanziert werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 291h Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ein Teil des Zuschlags nach § 291a Absatz 7b Satz 1 wird gezahlt, wenn die Übermittlung von Befunden, Diagnosen und Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation in elektronischer und maschinell verwertbarer Form erfolgt (elektronischer Brief) und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt.“

§ 291h Absatz 2 ist folgendermaßen zu fassen:

„(2) Das Nähere, insbesondere zu Inhalt und Struktur des elektronischen Briefs, zur Vergütung und zur Abrechnung, zu Regelungen, die eine nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung vermeiden und Einzelheiten zu den Sicherheitsmaßnahmen, regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik in einer Richtlinie. Der elektronische Arztbrief ist aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V zu finanzieren. In der Richtlinie ist festzulegen, dass für den elektronischen Brief Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden müssen. Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Ge-

sundheit vorzulegen. Bei der Prüfung der Richtlinie ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinie innerhalb von einem Monat beanstanden.“

§ 291 h Absatz 5 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 291i (Neu) – Vereinbarung über techn. Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die technischen Grundlagen als Basis für die Neuregelung in § 87 Absatz 2a Satz 9 bis 12 bis zum 30.06.2016 zu vereinbaren. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31.03.2016 nicht zustande, greift das Schlichtungsverfahren nach § 291c Absatz 1. Kommt trotzdem keine Vereinbarung zustande, gelten die Sanktionsregelungen nach § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 analog.

B) Stellungnahme

Wie unter Nr. 5 – 6 vorgeschlagen sollte die im Referentenentwurf gemäß § 87 Abs. 2a neu SGB V vorgesehene Aufnahme der telemedizinischen konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in den EBM in einen ergebnisoffenen Prüfauftrag des Bewertungsausschusses geändert werden. Des Weiteren sollte in § 87 Abs. 2a neu SGB V aufgenommen werden, dass bei positiver Prüfung und Anpassung des EBM gemäß dem Änderungsvorschlag in Nr. 5 – 6 entsprechende Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen konsiliarischen Befundbeurteilung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik vereinbart werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann daher § 291i gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 291i wird gestrichen.

III. Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV–Spitzenverbandes

**Ergänzung zu dem Entwurf des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen
im Gesundheitswesen vom 19.01.2015**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 67 Abs. 1 – Elektronische Kommunikation

A) Regelungsbedarf

§ 67 Absatz 1 regelt bisher, dass zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern durch elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung ersetzt werden soll. Der GKV–Spitzenverband regt an, diese Regelung auf die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen auszudehnen. Vor dem Hintergrund der bisher papiergebundenen Genehmigungsverfahren ist es sinnvoll, dass einzelne Arztpraxen mit einer Krankenkasse direkt und sicher kommunizieren können.

B) Änderungsvorschlag

In § 67 Absatz 1 sind hinter den Wörtern „Kommunikation unter den Leistungserbringern“ die Wörter „und mit den Krankenkassen“ und hinter den Wörtern „und Behandlungsberichten,“ die Wörter „sowie Unterlagen in Genehmigungsverfahren“ einzufügen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291 Abs. 2 – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Regelungsbedarf

Das Statusmerkmal für die ausschließlich nach § 264 SGB V betreuten Personen kennzeichnet Versicherte, die qua lege keine Versicherten der Krankenkasse sind, sondern Personen, die weiterhin der Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe unterliegen.

Aufgrund der auftragsweisen Krankenversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen werden die betreuten Personen nach § 264 SGB V den originär Versicherten nur weitestgehend gleich gestellt.

Im Unterschied zu den originär Versicherten haben sie beispielsweise keinen Anspruch auf Pflegeleistungen und unterliegen gesonderten Abrechnungsparametern, wie einem eigenen Buchungskonto und eigenen Abrechnungswerten (z. B. Verwaltungsgebühren).

Lediglich aufgrund eines Kennzeichens auf der eGK kann der Leistungserbringer erkennen, ob der Versicherte zum Kreis der krankengeldberechtigten Mitglieder oder zum Kreis der betreuten Personen nach 264 SGB V gehört. Das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie von Bescheinigungen für das Mutterschaftsgeld ist im Rahmen der Behandlung betreuter Personen nach 264 SGB V nicht angezeigt. Ebenso ist eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V (Kostenerstattung anstelle Sachleistungen) für diesen Personenkreis nicht zugelassen. Zugleich besteht aber eine Verpflichtung der Ärzte, originär Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung über das Kostenerstattungsprinzip zu informieren.

Für Betreute nach § 264 SGB V ist zudem die Veranlassung von Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen. Daher wird auch an dieser Stelle das Statusmerkmal auf der eGK benötigt, damit der das Attest ausstellende Arzt den Versicherten direkt an die richtige Stelle verweisen kann, von wo aus die Übernahme der notwendigen Leistung erfolgt.

Der in § 291 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 referenzierte § 267 Absatz 2 Satz 4 wurde durch den Gesetzgeber im Jahr 2007 gestrichen (BGBl. I S. 378), so dass diese Referenz entfallen kann.

§ 291 Absatz 2 Satz 1 Nr. 10 legt fest, dass bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs angegeben werden kann. Im Gegensatz zur Krankenversichertenkarte verfügt die eGK über ein Authentifizierungszertifikat, dessen maximale Gültigkeitsdauer in den gematik-Spezifikationen normativ festgelegt ist und aktuell 60 Monate beträgt. Hierbei handelt es sich um eine sicherheitstechnische Befristung der Karte. Dieses Datum hat daher keinen Bezug zum individuellen Leistungsanspruchszeitraum des Versicherten und ist zudem nur Online prüfbar. Die Krankenkassen müssen jedoch die Möglichkeit haben, den individuellen

Leistungsanspruchszeitraum des Versicherten unabhängig von der technischen Gültigkeit der Karte zu befristen.

B) Änderungsvorschlag

In § 291 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 ist „§ 267 Absatz 2 Satz 4“ zu ersetzen durch: „§ 264 SGB V“

In § 291 Absatz 2 Satz 1 Nr. 10 ist „bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs“ durch „Enddatum des Versicherungsschutzes“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291 Abs. 2b – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Regelungsbedarf

§ 291 Absatz 2a erweitert die Krankenversichertenkarte nach § 291 Absatz 1 und 2 zu einer elektronischen Gesundheitskarte. § 291 Absatz 2a Satz 3 schafft die Möglichkeit, auf der elektronischen Gesundheitskarte weitere (über Absatz 2 Satz 1 hinausgehende) administrative Daten zu speichern. Satz 3 betrifft die Aufnahme von Angaben zu Wahlтарifen nach § 53 SGB V, Angaben zu zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie Angaben zum Ruhen des Anspruchs nach § 16 Absatz 3a SGB V.

§ 291 Absatz 2b Satz 4 regelt jedoch ausschließlich die Online-Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach § 291 Absatz 1 und 2.

§ 291 Absatz 2b wurde durch den Gesetzgeber mit der Begründung eingeführt, dass der neue Versichertenstammdatendienst der elektronischen Gesundheitskarte im Wesentlichen der Verbesserung des Datenschutzes, der Missbrauchsbekämpfung sowie der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit diene. Dabei betrifft der Versichertenstammdatendienst nur Daten, die für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern ohnehin verwendet werden. Zu diesen Daten gehören jedoch auch die Daten nach § 291 Absatz 2a Satz 3.

B) Änderungsvorschlag

In § 291 Absatz 2b Satz 4 ist nach „Absatz 1 und 2“ zu ergänzen: „sowie 2a“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291 Abs. 2b – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Regelungsbedarf

Gemäß § 291 Abs. 2b SGB V Satz 3 und 5 sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte verpflichtet, die Versichertenstammdatenprüfung durchzuführen, wenn die dafür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen wurden. Die Prüfung stellt sicher, dass die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Versichertendaten aktuell sind und die elektronische Gesundheitskarte noch gültig ist. Im Falle eines Verlusts oder Diebstahls der elektronischen Gesundheitskarte kann sie über die Versichertenstammdatenprüfung beim Arzt gesperrt werden. Die Prüfung leistet somit einen wichtigen Beitrag, Missbrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung besser als bisher erkennen und vermeiden zu können. Die Mitteilung über die durchgeführten Prüfungen sind nicht nur an die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu übermitteln, sondern auch an die Krankenkassen, damit diese über eine eventuell vorgenommene Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten informiert sind. Die Übermittlung an die Krankenkassen ist auch im Zusammenhang mit der vorgesehenen Vergütungskürzung bei Ärzten erforderlich, die keinen Abgleich der Versichertenstammdaten durchführen. Die Krankenkassen müssen nachvollziehen können, welche Ärzte die Prüfung nicht durchführen und in welchem Umfang das zu vergebende Honorar gekürzt wird.

B) Änderungsvorschlag

In dem bisherigen § 291 Abs. 2b Satz 8 SGB V werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Worte „und die Krankenkassen“ eingefügt:

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291 Abs. 4 – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A) Regelungsbedarf

§ 291 Abs. 4 SGB V legt derzeit fest, dass bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel die elektronische Gesundheitskarte von der bisherigen Krankenkasse einzuziehen ist.

Der Einzug der Gesundheitskarte ist mit Blick auf den Versichertenstammdatendienst nicht mehr zeitgemäß. Der Datenerhalt ist trotz Sperrung möglich, was die Regelungen zur Weiternutzung der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte entbehrlich macht.

B) Änderungsvorschlag

In § 291 Absatz 4 Satz 1 ist das Wort „einzuziehen“ durch „zu sperren, sobald die Dienste nach Absatz 2b und die Anbindung der Leistungserbringer an die Telematikinfrastuktur zur Verfügung stehen“ zu ersetzen.

Sätze 5 bis 7 sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 291a Abs. 3 – Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

A) Regelungsbedarf

Entsprechend der Regelung des § 291a Absatz 3 Satz 1 SGB V muss jede von den Krankenkassen ausgegebene Gesundheitskarte geeignet sein, die aufgeführten Anwendungen zu unterstützen. Für das Notfalldatenmanagement ist festgelegt, dass dieses auch ohne Netzzugang möglich sein muss. Dies ist aufgrund der besonderen Notfallsituation nachvollziehbar, gilt für die anderen Anwendungen jedoch nicht.

Da der Speicherplatz auf der elektronischen Gesundheitskarte ein Kostenfaktor ist und die in jedem Fall gegebenen Speicherplatzrestriktionen die Praktikabilität der Anwendungen einschränken können, ist von weiteren „Offline-Anwendungen“ abzusehen. Im Rahmen der weiteren Digitalisierung der Gesellschaft und der selbstverständlichen Nutzung von Online-Strukturen und Anwendungen an nahezu jedem Ort sollte eine klare Festlegung dahingehend erfolgen, dass künftige Anwendungen ausschließlich mit der eGK als Zugriffsschlüssel auf die Anwendungen umzusetzen sind und nicht als Speichermedium der Anwendung. Dies reduziert nicht nur die Kosten und fördert die Wirtschaftlichkeit, sondern trägt auch dazu bei, dass Anwendungen jederzeit und unabhängig von einer vorhandenen Kartengröße ins Feld gebracht werden können.

B) Änderungsvorschlag

Im § 291a Abs. 3 SGB V wird nach dem Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Nutzung und Verarbeitung der Daten der übrigen Anwendungen erfolgt unter Nutzung der Karte als Schlüssel.“