

Bleibtreustraße 24

10707 Berlin

Telefon 030 88714373-30

Telefax 030 88714373-40

Edmund-Rumpler-Straße 2

51149 Köln

Telefon 02203 5756-0

Telefax 02203 5756-7000

[www.hausaerzterverband.de](http://www.hausaerzterverband.de)

**Stellungnahme des Deutschen Hausärzterverbandes e.V.**

**zum Referentenentwurf**

**des Bundesministeriums für Gesundheit**

**für ein Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen**

Köln/Berlin, im Februar 2015

## **A. Vorbemerkung:**

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. begrüßt den Referentenwurf für ein Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen in seiner Zielsetzung und in weiten Teilen seiner Regelungsinhalte.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit im Wesentlichen auf die Regelungsbereiche, die aus diesseitiger Sicht überprüft und geändert werden sollten.

Dabei gliedert sich die Stellungnahme in folgende vier Themenblöcke:

- I. Anspruch der Versicherten auf einen Medikationsplan**
- II. Aufbau und erweiterte Nutzung einer Telematikinfrastuktur**
- III. Neuregelungen zur Interoperabilität von Schnittstellen in IT-Systemen**
- IV. Neuregelungen zur Förderung telemedizinischer Leistungen**

## **B. Stellungnahme**

### **I. Anspruch der Versicherten auf einen Medikationsplan**

#### *Art. 1 Nr. 2 und Nr. 4 – Medikationsplan*

Die gesetzliche Einführung und Etablierung eines Medikationsplans, für dessen Erstellung, Aktualisierung und Aushändigung der Hausarzt zuständig sein soll, wird ausdrücklich begrüßt.

Die Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Normierung des Anspruchs von Versicherten auf Ausstellung eines einheitlichen Medikationsplans – und zwar ab dem 01.10.2016 – ist eine richtige und sinnvolle Ergänzung der Versorgung der Versicherten. Versicherte, die mindestens fünf verordnete Medikamente anwenden, sollen zukünftig einen Anspruch auf Erstellung, Aktualisierung und Aushändigung eines Medikationsplans gegenüber ihrem Hausarzt haben. Der Medikationsplan soll alle verordneten sowie nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aufführen; ferner sind auch Hinweise auf Medizinprodukte, die für die Pharmakotherapie von Bedeutung sind, anzugeben. Bei Auftreten einer Veränderung in der medikamentösen Behandlung des Patienten trifft den Hausarzt dabei die Pflicht zur Aktualisierung des Medikationsplans.

Ob vor dem Hintergrund dieser versorgungspolitisch sehr sinnvollen Ziele die bereits derzeit geltende Pflicht (§ 73 Abs. 1b SGB V) mitbehandelnder Ärzte zur Übermittlung von Verordnungen an den behandelnden Hausarzt ausreicht, müsste jedoch vor dem Hintergrund der Versorgungspraxis

nochmals überprüft werden. Hier ist es keineswegs so, dass mit- oder weiterbehandelnde Ärzte dem Hausarzt des Versicherten jeweils aktuell die von ihnen veranlassten Arzneimittelverschreibungen übermitteln. Entsprechendes gilt erst recht für die Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch – unterschiedliche – Apotheken. Diese Bedenken gelten jedenfalls solange, bis der Medikationsplan als Bestandteil der elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a Abs. 3 Nr. 3a und b SGB V-E) eingesetzt werden kann und – wie gesetzlich vorgesehen – alle in die Verordnung und/oder Abgabe von Arzneimitteln eingebundenen Leistungserbringer verpflichtet sind, die entsprechenden Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte zu hinterlegen.

Wichtig und sinnvoll ist im Zusammenhang mit Arzneimittelverordnungen auch die geplante Neuregelung in § 73 Abs. 8 S. 7 SGB V-E, wonach die elektronischen Programme zur Arzneimittelverordnung zukünftig immer auf dem aktuellen Stand der Preis- und Produktinformationen sein sollen.

## **II. Aufbau und erweiterte Nutzung einer Telematikinfrastruktur**

*Art. I Nr. 11 g) aa) – Schaffung einer TI für die Nutzung der eGK (§ 291a Abs. 7 Satz 1 SGB V-E),  
Art. I Nr. 11 g) bb) – Nutzung der TI für Anwendungen außerhalb der eGK (§ 291a Abs. 7 Satz 3 – E)  
und Art. I Nr. 12 a, b und c (§ 291b Abs. 1, 1a und 1c SGB V-E)*

Der Aufbau einer einheitlichen Telematikinfrastruktur für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und deren Anwendungen wird ebenso begrüßt, wie deren „Öffnung“ für weitere Anwendungen wie z. B. die sichere Telekommunikation zwischen mehreren Ärzten, die Erbringung telemedizinischer Leistungen, etc.

Entscheidend für den Erfolg einer solchen einheitlichen Telematikinfrastruktur wird sein, dass diese diskriminierungsfrei und wettbewerbsneutral ausgestaltet, umgesetzt und genutzt werden kann. Dies gilt insbesondere für den Zugang und die Nutzung der Telematikinfrastruktur außerhalb der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Hierzu ist die geplante Neuregelung in § 291b Abs. 1b Satz 1 SGB V-E eine wichtige gesetzliche Vorgabe, die durch die aufsichtsrechtlichen Instrumente nach § 291b Abs. 4 SGB V sinnvoll ergänzt wird.

Auffällig im Kontext der bestehenden wie auch der geplanten Regelungen für den Auf- und Ausbau einer einheitlichen Telematikinfrastruktur ist, dass der versorgungsrelevante Bereich der Selektivverträge (§§ 73b, 73c, 140a und 116b SGB V) keine angemessene Berücksichtigung bei der Entwicklung einer – auch für diese Versorgungsformen relevanten – einheitlichen Telematikinfrastruktur findet. Für den Bereich der hausärztlichen Versorgung ist darauf hinzuweisen, dass aktuell rund 15.200 Hausärzte und 3,65 Mio. Versicherte an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teilnehmen; Tendenz steigend. Damit ist die Hausarztzentrierte Versorgung nicht nur ein bedeutender Bestandteil der ambulanten Versorgung der Versicherten, sondern sie ist auch Garant für eine ständige Weiterentwicklung der Versorgung in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Hierfür sind wiederum eigene, gleichermaßen mit anderen Versorgungsbereichen

und Leistungserbringer kompatible IT-Strukturen und Anwendungen notwendig. Konkret geht es dabei um die Kommunikation / den Datenaustausch der selektivvertraglichen Teilnehmer untereinander, wie z. B. zwischen Hausarzt und dem selektivvertraglichen Rechenzentrum, der Hausärzte untereinander und der Hausärzte mit ihren Versicherten, aber auch um die Kommunikation und den Datenaustausch mit Organisationen und Leistungserbringern im Kollektivvertragssystem, in anderen besonderen Versorgungsformen (z. B. § 73b und 140a SGB V) und mit Leistungserbringern aus anderen Sektoren, wie z. B. Krankenhäusern, Pflegeheimen, etc.

Damit wird deutlich: Selektivverträge sind keine abgeschlossenen und für sich existierenden Versorgungsformen, sondern sie sind Bestandteil der medizinischen Versorgung insgesamt und dies mit – politisch und gesetzgeberisch gewollter – zunehmender Bedeutung.

Nach Auffassung des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. ist es daher unerlässlich, dass die Selektivvertragspartner an dem Aufbau, der Umsetzung und Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur angemessen beteiligt werden.

Für den Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung bietet sich insoweit die Einbindung des Deutschen Hausärzterverbandes e.V., als die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte maßgeblichen Bundesorganisation, in den Fachbeirat nach § 291b Abs. 4 SGB V an. Welche Bedeutung die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V für eine zukunftssichere, innovative, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung für alle Versicherten hat, wird deutlich, wenn man die von der Bundesregierung beschlossene Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgung (§§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V) im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz betrachtet; Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist nicht nur eine neue, sondern zwischenzeitlich eine alternative Versorgungsform. Dieser Ansatz sollte konsequent und im Sinne der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag auch im Rahmen dieses Gesetzgebungsvorhabens weiter verfolgt werden. Nur mit einer starken Hausarztzentrierten Versorgung unter fairen Wettbewerbsbedingungen kann auf die bestehenden und künftigen Herausforderungen in der Primärversorgung lösungsorientiert reagiert werden.

### **III. Interoperabilität von Schnittstellen in IT-System**

#### *Art. I Nr. 13 – Öffnung und Standardisierung von Schnittstellen (§ 291d und e)*

Die angestrebte „Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme“ zur künftigen Eindämmung und Vermeidung technischer „Insellösungen“ in Krankenhäusern und Arztpraxen ohne Vernetzungspotential ist für die Qualität, die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten ein längst überfälliges und unverzichtbares Element in der Gesundheitsversorgung. Lediglich beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen des Sachverständigenrats in seinem Sondergutachten aus 2012 (Langfassung), „Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ S. 147, RN. 177ff. hingewiesen. Die in dem Referentenentwurf für eine konkrete Umsetzung von einheitlichen Standards, Profilen und

Schnittstellen für IT-Systeme in der ambulanten und stationären Versorgung vorgesehenen Bereiche – hier: Neuregelungen in §§ 291f, - i SGB V-E – sind richtig und zielführend, müssen aber so bald wie möglich auf den gesamten Versorgungsbereich ausgedehnt werden und zwar unter Einbeziehung der Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen, wie auch der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Soweit auf der Grundlage der geplanten Neuregelungen in § 291d SGB V-E für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung – im Benehmen mit der gematik – festgelegt werden sollen, gilt das oben Gesagte auch hier: Eine Beteiligung der Selektivvertragspartner auf Ärzteseite ist zwingend, um eine wettbewerbsneutrale Festlegung für den Bereich der ambulanten Versorgung zu gewährleisten.

Gleiches gilt für den Aufbau und den Betrieb des Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e SGB V-E, was aber bereits durch die Beteiligung der ärztlichen Selektivvertragspartner im Fachbeirat der gematik (vgl. oben unter II.) gewährleistet werden könnte und sollte.

#### **IV. Förderung telemedizinischer Leistungen**

*Art. I Nr. 5 b) und d) – Telemedizinische Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen und telemedizinische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen (§§ 87, 87a und 291i SGB V-E)*

Die geplanten Maßnahmen zur weiteren Förderung telemedizinischer Leistungen durch (a) die Möglichkeit von regionalen Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen und (b) den Prüfauftrag an den Bewertungsausschuss betreffend den Einsatz sicherer Telekommunikation für die konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen sind sicherlich ein weiterer wichtiger Schritt zur stärkeren Implementierung telemedizinischer Leistungen in die medizinische Versorgung. Vor dem Hintergrund der mit der Erbringung telemedizinischer Leistungen verbundenen Chancen einer deutlichen Versorgungsverbesserung, gerade in unterversorgten und ländlichen Gebieten, erscheinen die geplanten Neuregelungen jedoch als zu zurückhaltend. Telemedizinische Leistungen müssen so schnell und so umfassend wie möglich fester und verlässlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung sein.

#### **C. Zusammenfassung**

Insgesamt sollte bei dem Aufbau, der Umsetzung und Weiterentwicklung der neuen Telematikstrukturen die selektivvertragliche Versorgung als fester Bestandteil der Versorgung und sich stetig weiterentwickelnder Versorgungsbereich stärker berücksichtigt werden. In diesem Sinne sollte dieses Gesetz den Zielsetzungen und Regelungen der letzten Reformgesetze, nicht zuletzt dem gerade im parlamentarischen Verfahren befindlichen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, folgen. Selektivverträge sind und werden ein wesentlicher Faktor bei der flächendeckenden Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung sein, auch und gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Zudem sind sie geeignet und nachweisbar in der Lage, wesentlich flexibler, schneller und effektiver auf Anforderungen in der Versorgung der Versicherten zu reagieren. Innovative und versorgungsverbessernde Elemente können und werden im Rahmen von Selektivverträgen schlichtweg besser umgesetzt als in dem insgesamt sich vielfach selbst und gegenseitig behindernden und blockierenden System der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Anhand einiger weniger Beispiele soll diese Einschätzung belegt werden:

1. Im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Baden–Württemberg wurde durch den Deutschen Hausärzteverband e.V. ein Softwaremodul entwickelt, welches der Patientensicherheit dient: Bei einer Medikamentenverordnung wird durch dieses Modul eine eventuell eingeschränkte Nierenfunktion bei dem Patienten angezeigt. Mit Hilfe dieses innovativen Tools kann frühzeitig die patientenindividuelle glomeruläre Filtrationsrate berechnet und damit potentielle Gesundheitsrisiken bei Verordnung bestimmter Arzneimittel ebenso vermieden werden, wie teure Folgekosten im Falle von Kontraindikationen. Das entsprechende Softwaremodul wird alle zwei Wochen aktualisiert zur Verfügung gestellt.

2. Ferner wird im Rahmen weiterer Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem Deutschen Hausärzteverband e.V. eine Arzneimitteltherapieoptimierung (AMTHO) eingesetzt und zwar speziell zur Versorgungsverbesserung von geriatrischen Patienten. Der sogenannte AMTHO-Bogen richtet sich an geriatrische Patienten, die dauerhaft mindestens sechs verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen. Dokumentiert werden alle Verordnungen, ‘fachfremde’ Medikationen vom jeweiligen Facharzt sowie Medikationswechsel unter Angabe von Gründen, um so für den Patienten eventuell entstehende Wechselwirkungen oder Kontraindikationen frühzeitig erkennen und verhindern zu können. Hierdurch bietet der Deutsche Hausärzteverband e.V. eine weitere innovative Arzneimitteltherapieoptimierung für geriatrische Patienten mit einer Polymedikation an, wiederum verbunden mit einer Verbesserung der Patientengesundheit und der Wirtschaftlichkeit durch Vermeidung von Folgekosten. Der zunächst in Papierform vorliegende AMTHO-Bogen wird nunmehr durch eine digitale Lösung ersetzt, um die Datenqualität zu erheben, die Datenübermittlung zu beschleunigen, eine bessere Weiterverarbeitung zu gewährleisten und Aufwände bei den Ärzten zu reduzieren.

3. Im Rahmen der Versorgungssteuerung ist es dem Deutschen Hausärzteverband e.V. ein Anliegen, eine rationale Pharmakotherapie für Arzt und Krankenkasse anzustreben. Deshalb setzen wir in unseren Verträgen zur Hausarztzentrierten ein Ordnungsmodul ein, das die teilnehmenden Hausärzte bei der Auswahl von Arzneimitteln nach pharmakologischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten unterstützt.

Mittels der innovativen Technologie kann die Versorgung hier zielgenau und aktuell gesteuert werden. Von den vielen Möglichkeiten sind hier beispielhaft die Anzeige von Priscus-Präparaten oder eine für die Krankenkassen attraktive wirkstoffübergreifende Substitution in Form einer Ampelsystematik zu nennen. Die entsprechenden Daten werden den Hausärzten 14-tägig aktualisiert zur Verfügung gestellt.

4. Seit 2008 hat der Deutsche Hausärzteverband e.V. mit seiner Managementgesellschaft (HÄVG AG), beginnend in Baden-Württemberg, eine hochsichere flächendeckende IT-Infrastruktur und Vernetzung zur Administration der Versorgungsverträge (HZV nach § 73b SGB V, Verträge nach § 73c SGB V) erstellt (über 10.000 Hausärzte / Fachärzte). Dabei sind zunächst die Hausärzte und folgend auch Fachärzte in dieses Netz eingebunden. Diese Struktur wird derzeit bundesweit ausgerollt.

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen des Erörterungstermins am 25. März 2015 – bleibt ausdrücklich vorbehalten. Ebenso stehen wir für eine detaillierte Vorstellung der durch uns entwickelten Innovationen gerne und jederzeit zur Verfügung.