

DGRh e. V. · Wilhelmine-Gemberg-Weg 6 · D-10179 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 512/Cybersicherheit und Interoperabilität
Herrn Thomas Süptitz
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

DVG@bmg.bund.de

PRÄSIDENT:
Prof. Dr. med.
Hendrik Schulze-Koops

GENERALSEKRETÄRIN:
Anna Julia Voormann

GESCHÄFTSSTELLE:
Wilhelmine-Gemberg-Weg 6
Aufgang C
10179 Berlin
T: +49 30 240484-70
F: +49 30 240484-79
M: info@dgrh.de
www.dgrh.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. zum Referentenentwurf für ein Digitale Versorgung-Gesetz – DVG

Sehr geehrter Herr Süptitz,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gesetzesentwurf für ein Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) formuliert dazu folgende Anmerkungen und bittet um entsprechende Berücksichtigung/Diskussion:

A. Problem und Ziel

S. 1

- nicht nur bei Versicherten, auch bei Ärzten besteht Notwendigkeit zur Edukation und Stärkung digitaler Kompetenzen.
- Es wäre wünschenswert, die Anwendung von Telemedizin tatsächlich auch in der Regelversorgung zu stärken.
- Das Verfahren zur Überführung sollte standardisiert und nachvollziehbar sein.

B. Lösung

S. 2

- Sofern weitere Leistungserbringer in die Telematikinfrastruktur einbezogen werden, sollte geprüft werden, ob dies ebenso verpflichtend wird.

C. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

S. 4

Den Mehrausgaben sollen Minderausgaben durch den Wegfall von Doppeluntersuchungen und verbesserte Informationsflüsse gegenüberstehen, wodurch ist das belegt?

SITZ DER GESELLSCHAFT:
Bad Bramstedt

Amtsgericht Kiel
VR 289 BB
Steuer-Nr.: 27/640/53526

BANKVERBINDUNG:
Berliner Volksbank
IBAN:
DE64100900007204521012
BIC: BEVODEBB

D. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

S. 4

- Die DGRh bezweifelt, dass der Erfüllungsaufwand für die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen gering sein wird, ebenso der Aufwand für die Informationspflichten - woraus schließt das BMG dies?

Zu: § 33a wird wie folgt gefasst:

S. 6

Die DGRH bezweifelt, dass es sinnvoll ist, einen Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten ausschließlich niedriger Risikoklasse zu beschränken.

Zu: 7. Nach § 75a wird folgender § 75b eingefügt

S. 8

Für eine Zertifizierung der Anbieter gibt die DGRh zu bedenken, dass dafür bundesweite föderale Zertifizierungsstrukturen geschaffen werden müssten. Gewährleistung und finanziellen Ressourcen sind entsprechend einzuplanen.

Zu: § 87 wird wie folgt geändert:

S. 9

Die DGRh hat Bedenken, ob Telefax das geeignete, zeitgemäße Medium in diesem Kontext ist.

Zu: f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wie folgt gefasst:

S. 20

Die DGRh empfiehlt, dass bei der Begutachtung der Anträge zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien nicht ausschließlich die AWMF sondern auch die Medizinischen Fachgesellschaften selbst zu beteiligen sind.

Zu: i) Absatz 7c wird wie folgt gefasst:

S. 21

Die DGRh rät dazu, bei Integration der Rentenversicherung zuvor sicherzustellen, dass diese in der Lage sind, geeignete Daten zu liefern.

Zu: 32. Nach § 291g wird folgender § 291h eingefügt:

S. 25

Elektronische Patientenakte (1): Die DGRh empfiehlt erneut zu prüfen, ob die Nutzung für die Versicherten freiwillig sein kann. Zumal ein Anspruch auf Speicherung erwachsen soll.

Elektronische Patientenakte (2): Das müssen aus Sicht der DGRh strukturierte, in der jeweils anderen Krankenkasse wiederverwendbare Daten sein; die Aufgabe wird der GEMATIK überlassen.

Die DGRh äußert zudem Bedenken bezüglich des Vorhabens, dass Daten der elektronischen Patientenakte auf Wunsch der Versicherten für die Nutzung zu medizinischen Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden können: wie wird

festgestellt, wer auf welche Daten zugreifen darf, wann stimmen die Patienten der Nutzung zu; geschieht dies im Sinne eines „Broad Consent“ zu Beginn? Kann man als Patient die Zustimmung auch im Verlauf skalieren und gilt dies auch für Daten, die bei Kassenwechsel mitgenommen wurden? Dies sollte geprüft werden.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

S. 29

(3f) Die DGRh empfiehlt, dies für die verschiedenen Ambulanzstrukturen verbindlich zu regeln, nicht etwa nur für das Telekonsil.

Artikel 5

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

S. 31

Zu: „§ 125

Die DGRh empfiehlt, mit Rehaeinrichtungen ebenfalls geregelt zu verfahren; ist dies ggf. wegen der unterschiedlichen Finanzierung nicht vorgesehen – das sollte konsequent gehandhabt werden.

Artikel 6

Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches

S. 31

Die DGRh empfiehlt sicherzustellen, dass hierfür Dokumentationsmöglichkeiten/ Verpflichtungen definiert werden, vergleichbar mit der aktuell üblichen Herausgabe einer Kopie an Patienten.

B. Besonderer Teil

Zu Absatz 1

S.46

Für die Erteilung der Zustimmung sollen die Krankenkassen das Verfahren und die Entscheidungskriterien selbst bestimmen. Die DGRh sieht hier ein Problem in der Verordnung – dies gilt für zugelassene Medikamente, eine "off-label" Verordnung ist fraglich.

Zu Absatz 3,

S. 47

Die DGRh äußert Bedenken, dass genau diese Abgabe durch die Hersteller aus rechtlichen Gründen ein Problem darstellen könnte. Dies muss vorab eingehend geprüft werden.

Zu Buchstabe c,

S. 56

Die Entwicklung von Leitlinien stellt aus Sicht der DGRh eine sehr wichtige aber eben nur eine Seite dar, die konsequente Anwendung der Leitlinien bildet ebenfalls einen Teil der Versorgungsforschung und sollte gefördert werden.

Zu Buchstabe f.

S. 60

Die DGRh äußert Zweifel an dem Ziel, einer potenziellen Befangenheit von Experten entgegenzuwirken, indem diese keine Anträge zur Förderung aus dem Innovationsfonds stellen dürfen. Dies dürfte den Zuspruch zum Expertenpool erheblich schmälern, da das Einwerben von Drittmitteln als Forschungsauftrag des Arbeitgebers dem entgegensteht. Dadurch würden vermutlich ausschließlich nicht mehr selbst aktive Experten zur Verfügung stehen.

Insgesamt hält es die DGRh für entscheidend, dass der Nachweis positiver Versorgungseffekte möglich ist. Falls nicht, können digitale Gesundheitsanwendungen allenfalls zunächst zeitlich befristet für zwölf Monate in die Versorgung aufgenommen werden. Es wäre zu begrüßen, entsprechende Leistungen erst mit Nachweis eines positiven Versorgungseffekts in die Versorgung aufzunehmen. Zudem sollten Ärzte angesichts des Aufwands für die Anwendung und Implementierung von digitalen Medizinprodukten durch den EBM honoriert werden. Für die Bewältigung der avisierten Aufgaben ist es aus Sicht der DGRh unumgänglich, gerade auch bei den Leistungserbringern die nötige und breite digitale Kompetenz zu schaffen.

Den von Ihnen avisierten Termin für eine Meinungsbildung zum Gesetzesentwurf am 17. Juni 2019 haben wir vorgemerkt und wären dankbar für weitere Informationen.

Für eine Berücksichtigung unsere Anmerkungen danken wir Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.



Prof. Dr. Hendrik Schulze-Koops
(Präsident)



Prof. Dr. Jutta Richter
(Sprecherin der Kommission Digitale Rheumatologie)