

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 7. Juni 2019

zum **Referentenentwurf** eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgungsgesetz – DVG) vom 15. Mai 2019

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Postfach 12 11 47, 10605 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Axel Schroeder, Dr. med. Christian Albring, Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: RA Lars. F. Lindemann

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
(BDA)



Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V.
(BDNukl)



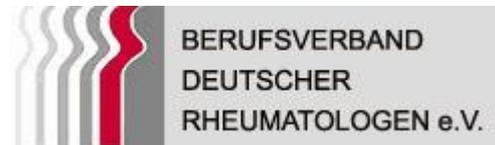
Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP)



Bundesverband Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.
(BDRh)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.
(BNC)



Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener Gynäkologi-
scher Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Bundesverband Reproduktionsmedizinischer
Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)



Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
e.V. (BVA)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen
e.V. (BVDD)



Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
(BvDU)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.
(BVDH)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen
e.V. (BVND)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen
e.V. (BNK)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie
e.V. (BVOU)



Berufsverband der Rehabilitationsärzte
Deutschlands e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für
Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)



Assoziierte Mitglieder

MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)

NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Erfüllungsaufwand.....	9
III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	10
Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	10
Nr. 2: § 33a SGB V [neu] – Digitale Gesundheitsanwendungen.....	10
Nr. 5: §§ 68a und 68b SGB V [neu] – Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen / Förderung von Versorgungsinnovationen	10
Nr. 9 a): § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	11
Nr. 9 b) bb): § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	12
Nr. 9 d): § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	13
Nr. 17: § 139e SGB V [neu] – Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, Verordnungsermächtigung.....	14
Nr. 18: § 140a Abs. 4a SGB V [neu] – Besondere Versorgung	15
Nr. 26 b) bb): § 291 Abs. 2b SGB V – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis	15

I. Vorbemerkungen

Der vorliegende Referentenentwurf für ein Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zielt darauf ab, die Chancen der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland nutzbar zu machen.

Zugleich wird das Vorhaben des BMG genutzt, um die Strukturen im Gesundheitswesen so anzupassen, dass die Dynamik im Bereich des Innovationszugangs in das deutsche Gesundheitswesen agil abgebildet werden kann und somit auch den Patientinnen und Patienten in Deutschland zeitnah zur Verfügung stehen kann.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) begrüßt mit seinen Mitgliedsverbänden grundsätzlich, dass sich das BMG der Nutzung der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig widmen möchte. Insbesondere die Verfügbarkeit von Anwendungen und Maßnahmen, welche den Alltag von Ärztinnen und Ärzten nachhaltig von bürokratischen Prozessen entlastet, den Zugang von Innovationen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beschleunigt und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungssektoren des Gesundheitswesen fördert und unterstützt, sind bereits seit mehreren Jahren Forderungen der deutschen Ärzteschaft. Dabei steht für die Fachärzte in Klinik und Praxis fest, dass eine positive Wahrnehmung von Verbesserungen nur über das tatsächliche Erleben vor Ort in der Klinik oder Praxis funktionieren kann.

Aus diesem Grund steht der SpiFa mit seinen Mitgliedsverbänden der zwangsweisen Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) grundsätzlich kritisch gegenüber. Die vorgesehenen Honorarkürzungen werden den gegenteiligen Effekt fördern, den der Gesetzesentwurf eigentlich intendiert. Insbesondere für die niedergelassenen Ärzte ist weiterhin die Frage der Haftung bei einer Anbindung an die TI nicht ausreichend geklärt, zumal sie meist Angebotskartellen von PVS- und AIS-Hersteller ausgeliefert sind und darauf vertrauen müssen, dass diese eine korrekte Anbindung vornehmen, sodass weder die Daten der Patientinnen und Patienten in Deutschland noch die Daten der jeweiligen Gesundheitseinrichtung und der darin tätigen Menschen gefährdet werden.

Der SpiFa unterstützt das BMG in seinem Vorhaben zur Etablierung und Nutzung der Digitalisierung und begreift dieses als Chance für das Gesundheitswesen. Wenn der Gesetzgeber sein Vorhaben jedoch erfolgreich umsetzen möchte, bedarf es auch klarer Zusagen zur Übernahme von Verantwortung im Fall des Falles, wenn dabei etwas schief geht. Insbesondere mit Übernahme der Mehrheitsbeteiligung an der gematik mbh durch das GKV-TSVG steht das BMG als Mehrheitsgesellschafter selbst nun in der Verantwortung, solche Zusagen zu tätigen.

Andere Wirtschaftsbereiche, wie z.B. die Luftfahrt, haben mit Einzug von Innovationen auch Wege gefunden, wie Haftungsrisiken für den Unternehmer einheitlich geregelt und begrenzt

werden können. Mit dem Montrealer Abkommen sind beispielsweise in der Luftfahrt Höchstgrenzen für Haftungsfragen normiert. Eine vollständige oder teilweise Haftungsbefreiung ist dabei möglich, wenn der Luftfrachtführer entsprechend nachweist, dass die Person, die den Schadenersatzanspruch erhebt, den Schaden durch eine unrechtmäßige Handlung oder Unterlassung, sei sie auch nur fahrlässig, verursacht oder dazu beigetragen hat, und diese Handlung oder Unterlassung den Schaden verursacht oder dazu beigetragen hat. Hierzu sieht der Gesetzesentwurf bisher keine Regelungen vor.

II. Erfüllungsaufwand

Keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Die Stellungnahme der Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen bezieht sich ausschließlich auf die Neuregelungen des Referentenentwurfs, die Relevanz für die Fachärzte in Klinik und Praxis haben.

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2: § 33a SGB V [neu] – Digitale Gesundheitsanwendungen

Mit Neuformulierung von § 33a SGB V werden erstmals digitale Gesundheitsanwendungen als Medizinprodukte in der gesetzlichen Krankenversicherung definiert und in den Leistungskatalog aufgenommen.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Aufnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich. Zugleich weist der SpiFa darauf hin, dass die Aufnahme von innovativen digitalen Gesundheitsanwendungen möglichst unbürokratisch und vor allem zeitnah in das Leistungsverzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgen muss, um einen schnellen Innovationszugang für das deutsche Gesundheitswesen zu realisieren.

Nr. 5: §§ 68a und 68b SGB V [neu] – Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen / Förderung von Versorgungsinnovationen

Mit Aufnahme der §§ 68a und 68b SGB V [neu] sollen Möglichkeiten geschaffen werden, um digitale Innovationen und Versorgungsinnovationen durch Krankenkassen fördern zu können. Dabei dürfen sich Krankenkassen an entsprechenden Strukturen beteiligen und/oder mit Dritten hierbei zusammenarbeiten. Gleichzeitig können die Krankenkassen zur Förderung von Versorgungsinnovationen entsprechende Angebote an ihre Versicherten unterbreiten, um diese zur Teilnahme zu gewinnen.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Förderung digitaler Innovationen durch die gesetzlichen Krankenkassen (§ 68a SGB V [neu]) grundsätzlich. Um digitale Innovationen einen ausreichend Erprobungsraum zu geben, bedarf es einer Beteiligung der Kostenträger.

Zugleich sieht der SpiFa die Förderung von Versorgungsinnovationen (§ 68b SGB V [neu]) durch die Krankenkassen und die Schaffung der Möglichkeit, dass Krankenkassen diese Versorgungsinnovationen im Sinne eines geschlossenen Marktes direkt seinen Versicherten anbieten zu dürfen außerordentlich kritisch. Die Krankenkassen sind in der gemeinsamen Selbstverwaltung ein Partner von drei, sodass es nicht überzeugt, dass ausschließlich die Krankenkassen darüber befinden, welche Versorgungsinnovationen gefördert werden.

Die Möglichkeit eines direkten Angebotes der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten stellt dabei zugleich einen Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis dar, da schlussendlich der Arzt wiederum mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit der jeweiligen Versorgungsinnovation der Krankenkasse konfrontiert wird.

Zugleich führt die geplante Regelung, dass zukünftig ein wichtiger (neuer) Teil des medizinischen Fortschritts voll und ausschließlich in die Hände der Kostenträger übergehen wird und das Prinzip der Selbstverwaltung mit dreiseitiger Überprüfung ausgehebelt wird.

Nr. 9 a): § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Durch Ergänzung von § 87 Abs. 1 SGB V werden die Bewertungsausschüsse verpflichtet, bis zum 1. Juli 2020 eine Regelung zu treffen, wonach ärztliche Leistungen für die Unterstützung bei der Anlage und Verwaltung von elektronischen Patientenakten sowie für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte vergütet werden. Zugleich sieht die Ergänzung eine Kürzung der Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefax vor.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt beide Regelungskreise der geplanten Änderungen außerordentlich. Um den Einsatz von elektronischen Patientenakten im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig zu fördern, müssen diejenigen Ärzte für ihren Aufwand entlohnt werden, wenn diese über den Einsatz und die Anwendung elektronischer Patientenakten informieren, beraten und unterstützen.

Zugleich schlägt der SpiFa vor, dass diejenigen ärztlichen Leistungen für eine Unterstützung bei der Anlage und Verwaltung von elektronischen Patientenakten sowie für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Hierzu wird eine Ergänzung der Begründung des Gesetzesentwurfs an geeigneter Stelle vorgeschlagen.

Das Zurückdrängen von einer Übermittlung mit Hilfe eines Telefaxes zu Gunsten von elektronischen Arztbriefen wird als folgerichtig und begrüßenswert durch den SpiFa bewertet.

Nr. 9 b) bb): § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Durch Anpassung von § 87 Abs. 2a SGB V wird der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen beauftragt, Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorzusehen, nach denen durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien Konsile in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung telemedizinisch erbracht werden können.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die vorgesehenen Ergänzungen und Klarstellungen ausdrücklich. Insbesondere wird positiv gesehen, dass der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer Förderung telemedizinischer Leistungen durch eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorsieht.

Kritisch hingegen wird die zeitliche Begrenzung dieser extrabudgetären Vergütung auf einen Zeitraum von insgesamt 2 Jahren gesehen (vgl. Begründung des Gesetzesentwurfs zu Ziffer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb). Die Budgetierung ärztlicher Leistungen behindert den Zugang von Innovationen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig. Gleichzeitig führt die Budgetierung ärztlicher Leistungen zu Leistungsverwerfungen zwischen den unterschiedlichen Fachgruppen sowie zu Wartezeiten in der vertragsärztlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten in Deutschland.

Eine extrabudgetäre Vergütung ist und darf kein Mittel zur Förderung in der Gesundheitsversorgung sein. Der SpiFa schlägt daher vor, die zeitliche Begrenzung im Gesetzesentwurf entsprechend zu streichen.

Der Gesetzesentwurf zielt auf die Ausweitung des Einsatzes telemedizinischer Methoden. Dabei erfolgt keine Qualitätskontrolle, in wie weit die Gleichwertigkeit einer telemedizinischen Diagnostik oder Behandlung dem persönlichen Kontakt gegenüber nachgewiesen wurde. Dadurch kann der telemedizinisch tätige Arzt sich einem unbegrenzten und derzeit im Bereich der Berufshaftpflicht auch nicht abgesicherten Haftungsrisiko aussetzen, was im Streitfall der Verbreitung sämtlicher telemedizinischer Verfahren eine negative Reputation beschere mag. Insofern ist gemäß § 87 Abs. 2a Satz 13-15 nicht nur der quantitative Bericht telemedizinischer Leistungen, sondern auch der qualitativ erreichten, wissenschaftlich fundierten Veränderungen zu fordern, auch um die Transparenz gegenüber Patienten, Behandler und Versicherungsbranche zu erhöhen.

Näher betrachtet werden soll vor diesem Hintergrund zunächst nur ein Satz, nämlich Art. 6 RefE (Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs). Danach kann im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung die vorherige Aufklärung durch den Arzt und die Einwilligung durch den Patienten, die bisher stets persönlich oder schriftlich durchgeführt werden mussten, auch unter Einsatz der für die Behandlung verwendeten Fernkommunikationsmittel erfolgen. Unter

welchen Voraussetzungen dies geschehen darf, bleibt unklar. Das ist bedauerlich, denn mangelnde oder fehlerhafte Aufklärung oder Missverständnisse beim Patienten provozieren Haftungsansprüche und Schadensersatzklagen. Die Begründung des Gesetzesentwurfes hilft nicht weiter. Sie belegt vielmehr die mangelnde Sorgfalt der Entwurfsverfasser: „Die bestehenden Regelungen nach § 630e Abs. 1 Nummer 1 BGB“ gibt es nicht; gemeint ist voraussichtlich Absatz 2 Nummer 1. „Die Änderung des § 630e Absatz 1 Satz 2 BGB stellt klar“ meint den neuen Satz 4, der an § 630e Absatz 1 BGB angefügt wird. Weiter heißt es dann, dass die „Aufklärung und Einwilligung im Rahmen einer Videosprechstunde auch unter Einsatz derjenigen Fernkommunikationsmittel nach § 132 c Abs. 2 BGB erfolgen“ könne. Diesen Paragraphen gibt es nicht, gemeint ist wohl die Regelung von Fernabsatzverträgen in § 312 c Absatz 2 BGB.“

Der letzte Satz der Begründung verwirrt ebenfalls. Es kann nicht „der Patient alle erforderlichen Rückfragen mit dem Patienten unmittelbar erörtern“. Vielmehr ist Ansprechpartner des Patienten der Arzt.

Wenn in dem vorletzten Satz die Auffassung vertreten wird, bei der Videosprechstunde sei eine dem unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt vergleichbare Gesprächssituation gegeben, so ist das gerade für die manche telemedizinische Behandlung entscheidende Frage, die bisher nicht geklärt zu sein scheint. Bei einem Eingriff in den Körper muss der Behandelnde nach § 630d BGB die Einwilligung des Patienten einholen. Er wird aber bei einer telemedizinischen Behandlung, anders als bei einem unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt, nicht alle Sinnesqualitäten (z.B. Riechen, Tasten) im Rahmen der Untersuchung einsetzen können. Entsprechend besteht eine erhöhte Unsicherheit, auch im Hinblick darauf, eine ggf. krankheitsbedingte, eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu erkennen und die nötigen Schritte einzuleiten. Die Rechtsprechung könnte dann die Wirksamkeit der Aufklärung bezweifeln.

Nr. 9 d): § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Die Ergänzung von § 87 Abs. 5c SGB V [neu] sieht vor, dass der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung erforderlich sind, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entsprechend anzupassen.

Soweit es sich dabei um digitale Gesundheitsanwendungen handelt, die gemäß § 139e Abs. 3 SGB V vorläufig in das Verzeichnis aufgenommen wurden, sind die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgefordert für die Erprobungsphase eine entsprechende Vergütung zu vereinbaren.

Solange für den Zeitraum nach der Erprobungsphase keine abweichenden Regelungen festgelegt wurden, gelten die Vereinbarungen für die Erprobungsphase fort.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Aufnahme von § 87 Abs. 5c SGB V [neu] ausdrücklich. Insbesondere die Möglichkeit zur Erprobung entsprechender digitaler Gesundheitsanwendungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird positiv begrüßt.

Nach § 87 Abs. 5c SGB V [neu] wird „der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis nach § 139e Abs. 2“ angepasst. Zu fordern ist aber die Festlegung a priori, also bevor digitale Gesundheitsanwendungen eingesetzt und Netzwerke aufgebaut werden, auch um eine prozessual ggf. längere Vorfinanzierung zu vermeiden, das Risiko für die handelnden Akteure zu senken und eine unangemessene Preisstrategie der digitalen Anbieter zu verhindern. Dabei fehlt eine Angabe in diesem Absatz, unter welchen Umständen die Erprobung einer Technologie aufgrund einer Unwirksamkeit beendet wird und wer über diesen Schritt entscheidet. Ohne eine derartige Lösung besteht die Gefahr eines Anreizes zur unbegrenzten Finanzierung von Fehlentwicklungen.

Nr. 17: § 139e SGB V [neu] – Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, Verordnungsermächtigung

Durch Aufnahme von § 139e SGB V [neu] wird geregelt, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Verzeichnis für erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen zu führen hat. Gleichzeitig regelt die Ergänzung das Verfahren zur Aufnahme der Anwendungen in das Verzeichnis sowie die Maßgaben zur Erfüllung der Grundanforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität der digitalen Gesundheitsanwendungen sowie der Nachweis über positive Versorgungseffekte durch die aufzunehmenden Anwendungen.

Zur Ausführung der näheren Bestimmungen wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf Grundlage einer Rechtsverordnung ermächtigt, die näheren Bestimmungen entsprechend zu regeln.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Neuaufnahme von § 139e SGB V [neu] grundsätzlich. Zugleich weist der SpiFa darauf hin, dass das Antrags- und Ablaufverfahren im BfArM so gestaltet werden muss, dass die Aufnahme in das Verzeichnis gemäß § 139e Abs. 1 SGB V [neu] nicht durch bürokratische Hindernisse verhindert wird.

Auch wenn das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der in § 92 SGB V verankerten Rechtsaufsicht bisher Teil des Problems eines verzögerten Innovationszugangs im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses war, wertet der SpiFa den Vorschlag des BMG per Rechtsverordnung das Antrags- und Ablaufverfahren im BfArM zu regeln als Ansatz zur Lösung des Problems eines nur langsamen Innovationsschubes in der Gesundheitsversorgung.

Nr. 18: § 140a Abs. 4a SGB V [neu] – Besondere Versorgung

Mit Ergänzung von § 140a Abs. 4a SGB V [neu] wird den Krankenkassen ermöglicht, auch Verträge mit Herstellern von Medizinprodukten über eine besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten zu schließen. Die Vertragsmöglichkeiten sehen dabei die Notwendigkeit zur Einbindung ärztlicher Expertise vor, welche aus der vertragsärztlichen Versorgung beizusteuern ist.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Regelung ausdrücklich.

Verträge der besonderen Versorgung dienen bereits heute zahlreich für die Erprobung von Versorgungsinnovationen und digitaler Gesundheitsanwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit Hilfe dieser Verträge können Versorgungsverbesserungen zielgerichtet und schnell in die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland gebracht werden.

Die Verpflichtung zur Einbindung ärztlicher Expertise ist dabei zwingende Voraussetzung, da ohne diese keine sachgerechte Anwendung digitaler Versorgungsangebote zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten möglich ist.

Nr. 26 b) bb): § 291 Abs. 2b SGB V – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

Die Änderung in § 291 Abs. 2b SGB V sieht vor, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten, welche bis zum 1. März 2020 keinen Anschluss an die Telematikinfrastruktur vorgenommen haben, die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen um 2,5 Prozent zu kürzen sind.

SpiFa:

Der SpiFa steht mit seinen Mitgliedsverbänden der zwangsweisen Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) grundsätzlich kritisch gegenüber. Die vorgesehenen Honorarkürzungen werden den gegenteiligen Effekt fördern, den der Gesetzesentwurf eigentlich intendiert. Insbesondere für die niedergelassenen Ärzte ist weiterhin die Frage der

Haftung bei einer Anbindung an die TI nicht ausreichend geklärt, zumal sie meist Angebotskartellen von PVS- und AIS-Hersteller ausgeliefert sind und darauf vertrauen müssen, dass diese eine korrekte Anbindung vornehmen, sodass weder die Daten der Patientinnen und Patienten in Deutschland noch die Daten der jeweiligen Gesundheitseinrichtung und der darin tätigen Berufsträger gefährdet werden.

Erlebte Realität ist, dass die jeweils vor Ort im Auftrage des Arztes tätigen Unternehmen nicht bereit sind, zu erklären, dass die Installation vollumfänglich und korrekt ausgeführt wurden und der auftraggebende Arzt damit nicht mehr in der Haftung ist. Wenn dies flächendeckend abgelehnt wird, dann ist es nach Auffassung des SpiFa nicht verwunderlich, dass weiterhin eine Zurückhaltung existiert. Dies kann nur und sollte durch vertrauensbildende Maßnahmen der gematik mbH und nicht durch Sanktionen überwunden werden.

Der SpiFa unterstützt das BMG in seinem Vorhaben zur Etablierung und Nutzung der Digitalisierung und sieht diese als Chance für das Gesundheitswesen. Wenn der Gesetzgeber sein Vorhaben jedoch erfolgreich umsetzen möchte, bedarf es auch klarer Zusagen zur Übernahme von Verantwortung im Fall des Falles, wenn dabei etwas schief geht. Insbesondere mit Übernahme der Mehrheitsbeteiligung an der gematik mbH durch das GKV-TSVG steht das BMG als Mehrheitsgesellschafter selbst nun in der Verantwortung, solche Zusagen zu tätigen.

Andere Wirtschaftsbereiche, wie z.B. die Luftfahrt, haben mit Einzug von Innovationen auch Wege gefunden, wie Haftungsrisiken für den Unternehmer einheitlich geregelt und begrenzt werden können. Mit dem Montrealer Abkommen sind beispielsweise in der Luftfahrt Höchstgrenzen für Haftungsfragen normiert. Eine vollständige oder teilweise Haftungsbefreiung ist dabei möglich, wenn der Luftfrachtführer entsprechend nachweist, dass die Person, die den Schadenersatzanspruch erhebt, den Schaden durch eine unrechtmäßige Handlung oder Unterlassung, sei sie auch nur fahrlässig, verursacht oder dazu beigetragen hat, und diese Handlung oder Unterlassung den Schaden verursacht oder dazu beigetragen hat. Hierzu sieht der Gesetzesentwurf bisher keine Regelungen vor.

Derzeit ist der technische Standard, nach dem die Anbindung erfolgen kann (Aufbau der Schnittstelle, Übertragungsrate, Konfiguration der Informationstechnologie, technische Details) nicht bekannt. Damit besteht keine Planungssicherheit für die speditive Umsetzung. Andererseits wird bei Umstellung auf eine digitale Verordnung und Kommunikation nicht nur der Bereich von Medikamenten, sondern auch von Hilfsmitteln betroffen sein. Damit erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Re-Finanzierungsänderungen die Anbindung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, der Hebammen und Entbindungspfleger sowie der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten an die Telematikinfrastruktur systemimmanent erzwungen.

Des Weiteren schlägt der SpiFa vor, die Sanktionsregelung ersatzlos zu streichen.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Bundesverband der Pneumologen (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Facharztverband (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC).

Assoziierte Mitglieder: MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund).