

Stellungnahme der KVWL zum Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

Inhalt

Änderungsvorschlag §67 (Elektronische Kommunikation)	2
Änderungsvorschlag §312 (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)	3
Änderungsvorschlag §87 (Videosprechstunde)	3
Änderungsvorschlag §291 (Elektronische Gesundheitskarte)	4
Änderungsvorschlag §386 (Beteiligung durch Experten).....	5
Änderungsvorschlag §358 (Notfalldaten und elektronischer Medikationsplan).....	5

Die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation von Leistungserbringern ist eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik in Deutschland. Ziel aller Beteiligten ist es, eine sektorenübergreifende, kontinuierliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Das DVPMG als weiteres Gesetz zur Digitalisierung des Gesundheitswesens beinhaltet einige Themen, die zur Erreichung dieses Ziels beitragen können.

Wir möchten uns erlauben, einige weitergehende Punkte aus der Sicht der Vertragsärzteschaft einzubringen. Unseres Erachtens nach, fördert das DVPMG die digitale innerärztliche Kommunikation nur unzureichend. In den bisherigen Konzeptionen fehlt eine digitale Akte, die ärztlich geführt ist und professionsübergreifend zur Dokumentation und Kommunikation zwischen Ärzten und weiteren Gesundheitsfachberufen genutzt werden kann. Die, in Nordrhein-Westfalen und Bayern bereits erfolgreich erprobte, elektronische Akte (EFA) erfüllt diese Anforderungen.

Eine solche elektronische Akte ist erforderlich für:

- komplexe Behandlungsfälle, in denen alle relevanten Dokumente, die diese Behandlung betreffen, von allen beteiligten Leistungserbringern jederzeit zugreifbar sein müssen (beispielsweise bei Demenz-Erkrankungen, seltenen Erkrankungen oder weiteren komplexen Krankheitsbildern);
- eine vollständige und zuverlässige Übersicht über die Dokumente, die Ärzte und Behandler miteinander austauschen;

Wichtig ist dabei ebenfalls, dass der genutzte Dienst direkt aus den Primärsystemen der Leistungserbringer ansprechbar sein muss.

Die Kopplung der beiden Aktenlösungen aus patientengeführter Akte (ePA) und arztgeführter Akte (EFA) ist dabei von zentraler Bedeutung. Eine Arbeitsgruppe der gematik, der KVWL und der KGNW spezifiziert diese Umsetzung derzeit in einem Implementierungsleitfaden.

Die EFA stellt den technologischen Hebel für die in § 67 SGB V verankerte Notwendigkeit einer gemeinsamen Dokumentation und Kommunikation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen dar. Damit die Ärzteschaft die Mehrwerte der Digitalisierung gleichermaßen nutzen kann, sollte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Zusammenhang die Möglichkeit eröffnet werden, eine elektronisch gestützte arztgeführte Kommunikationslösung bereitstellen zu können.

Rechtsgrundlage für die Kommunikation auch über solch einen Dienst ist, wie auch in der synchronen Kommunikation mittels Arztbriefen, § 22 BDSG.

Änderungsvorschlag §67 (Elektronische Kommunikation)

„(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste als innerärztliche Kommunikationsinstrumente ausgebaut werden, insbesondere zur

- 1. elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,*
- 2. Einführung und Etablierung einer elektronischen fall- und einrichtungsübergreifenden, arztgeführten Dokumentation der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei dem jeweiligen Behandler entstandenen Daten,*
- 3. Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie*
- 4. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.*

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Struktur eines elektronisch gestützten arztgeführten Dienstes nach Nummer 2 bereitstellen. Der Vertragsarzt kann diesen als elektronisches Kommunikationsmedium nutzen.

(2) Die Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen den Ausbau der digitalen

Anwendungen und Dienste nach Absatz 1 finanziell unterstützen. § 68a Satz 2 gilt entsprechend.“

In § 87 Absatz 1 Satz 12 werden hinter den Worten „Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte“ die Worte „und in den Dienst gemäß § 67 Absatz 1 Nr. 2“ eingefügt.

Änderungsvorschlag §312 (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)

Im Entwurf zum DVPMG wird an verschiedenen Stellen auf die Relevanz der Kommunikation der Leistungserbringer untereinander hingewiesen. Allerdings erfolgt die Umsetzung in §312 Absatz 1 ee Punkt 13 lediglich auf der Basis eines Messaging-Dienstes, der einer gemeinsamen Dokumentation und Kommunikation entlang eines Behandlungspfades nicht gerecht wird. Eine adhoc Kommunikation mittels eines Videokommunikations- und Messaging-Dienstes ist grundsätzlich zu begrüßen, allerdings muss dieses im Rahmen der innerärztlichen Dokumentation erfolgen. So wäre auch die Integration in die Primärsystemhersteller der Praxen gewährleistet. In Ergänzung zu der von der KBV geforderten arztgeführten elektronischen Akte in §67 kann hier ein zusätzlicher Kommunikationsaustausch über die gemeinsame Dokumentation in der arztgeführten Akte hergestellt werden.

Daher schlagen wir eine Ergänzung des §312 Abs. 1 Doppelbuchstabe ee Punkt 13 vor:

*bis zum 1. September 2023 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit die **in §67 genannte arztgeführte elektronische Akte als innerärztliche Dokumentation und Kommunikation** ~~sicheren Verfahren nach § 311 Absatz 6 Satz 1~~ auch den Austausch von medizinischen Daten in Form von Text, Dateien, Ton und Bild, auch als Konferenz mit mehr als zwei Beteiligten, ermöglichen. **Damit stellt der Messaging-Dienst eine sinnvolle Ergänzung zur arztgeführten elektronischen Akte gemäß §67 dar.***

Änderungsvorschlag §87 (Videosprechstunde)

Die Nutzung von Videosprechstunden in der Patientenbehandlung ist nicht nur in der Corona-Pandemie eine sinnvolle Ergänzung in der medizinischen Versorgung. Auch für die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum können Videosprechstunden eine zentrale Rolle spielen. Der Umfang der angebotenen Videosprechstunden sollte dabei von den Ärzten und Psychotherapeuten festgelegt werden. Eine pauschale Einschränkung auf bis zu 30 Prozent bei den Quartalsleistungen und Behandlungsfällen erachten wir nicht als sinnvoll. Der Anteil kann durchaus bei den unterschiedlichen Fachgruppen und Indikationen differieren und sollte deshalb von den Ärzten und Psychotherapeuten eigenständig festgelegt werden.

Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber den Bewertungsausschuss beauftragen, delegierbare Leistungen in die Vergütung der Videosprechstunde aufzunehmen. Außerdem sollten weitere telemedizinische Anwendungen wie etwa das Telemonitoring in den EBM aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag §87 Abs. 2a

d) Folgende Sätze werden angefügt:

~~„Der Bewertungsausschuss hat im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Leistungen, die durch Videosprechstunde erbracht werden, in einem Umfang von bis zu 30 Prozent der jeweiligen Leistungen im Quartal des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers zu ermöglichen. Davon abweichend ist der Umfang auf 30 Prozent aller Behandlungsfälle im Quartal des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers festzulegen, wenn im Behandlungsfall ausschließlich Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden.“~~

Der Bewertungsausschuss hat im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Leistungen aufzunehmen, die im Rahmen von Videosprechstunden an nicht-ärztliches Personal delegiert werden.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Leistungen aufzunehmen, die im Rahmen von telemedizinischen Anwendungen, wie Telemonitoring erbracht werden.

Änderungsvorschlag §291 (Elektronische Gesundheitskarte)

Ab 2023 stellen Krankenkassen ihren Versicherten auf Verlangen eine digitale Identität zur Verfügung. Ab 2024 dient die digitale Identität dann auch als Versichertennachweis. Unberücksichtigt bleibt in dem Referentenentwurf, wie Leistungserbringer den Versichertenstatus der Patienten prüfen können. Hierfür hat die gematik im Benehmen mit der KBV eine einheitliche Lösung für Praxen festzulegen.

Änderungsvorschlag §291 Abs. 7

„(7) Spätestens ab dem 1. Januar 2023 stellen die Krankenkassen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist. Eine digitale Identität dient ab dem 1. Januar 2024 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis, soweit die technischen Voraussetzungen hierfür gegeben sind. Die Gesellschaft für Telematik legt die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität der digitalen Identitäten fest. Die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit erfolgt dabei im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik auf Basis der

jeweils gültigen Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik und unter Berücksichtigung des notwendigen Vertrauensniveaus der unterstützten Anwendungen. Die gematik legt im Benehmen mit der KBV ein Verfahren zur Überprüfung des Versichertenstatus von Patienten mit digitaler Identität bis zum 30.06.2023 fest. Die zusätzlichen Aufwände für Ärzte und Psychotherapeuten für die Prüfung des Versichertenstatus in Praxen bei digitalen Identitäten werden refinanziert.

Änderungsvorschlag §386 (Beteiligung durch Experten)

Mit der Umsetzung der medizinischen Informationsobjekte (MIO) folgt die KBV dem Auftrag aus dem TSVG, die semantische und syntaktische Interoperabilität für Inhalte der elektronischen Patientenakte in Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen und Organisationen zu erarbeiten und festzulegen. Der Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen sollten daher Experten der KBV angehören.

§386 Abs. 2 Nummer 8: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Änderungsvorschlag §358 (Notfalldaten und elektronischer Medikationsplan)

Die gesetzliche Vorgabe, den elektronische Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten zukünftig nicht auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte die aktuell vorgesehene elektronische Patientenkurzakte nicht auf Antrag der Patienten bei ihren Krankenkassen erstellt werden, sondern als ein Anwendungsfall der arztgeführten elektronischen Dokumentation und Kommunikation gemäß §67 eingerichtet werden.

Die elektronische Patientenkurzakte mit Notfalldaten und eMedikationsplan muss arztgeführt sein und in der Verantwortung der Ärzteschaft liegen. Ein erneutes Antragsverfahren (analog zur ePA) durch die Versicherten bei den Krankenkassen ist abzulehnen. Die Verfügbarkeit und Vollständigkeit der Inhalte ist notwendig für die innerärztliche Kommunikation und den Austausch mit weiteren Beteiligten des Behandlungsprozesses. Daher sollte die ärztliche Dokumentation und Kommunikation ebenfalls im Sinne von §67 SGB V geregelt werden.

Änderungsvorschlag:

§358

(3) Versicherte haben gegenüber Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern oder in einer Vorsorgeeinrichtung oder Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen tätig und in deren Behandlung eingebunden sind, einen Anspruch

1. auf die Erstellung von elektronischen Notfalldaten und die Speicherung dieser Daten *in der arztgeführten elektronischen Akte sowie in der ePA*

2. auf die Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten und die Speicherung dieser Daten *in der arztgeführten elektronischen Akte sowie in der ePA*

Der vorgeschlagene Absatz 5 wird abgelehnt:

~~„(5) Die Krankenkassen, die ihren Versicherten elektronische Gesundheitskarten mit der Möglichkeit zur Speicherung elektronischer Notfalldaten und des elektronischer Medikationsplans ausgeben und ihnen eine elektronische Patientenkurzakte zur Verfügung stellen, sind die für die Verarbeitung von Daten in diesen Anwendungen Verantwortlichen nach Artikel 4 Nummer 7 der Verordnung (EU) 2016/679. Unbeschadet ihrer Verantwortlichkeit für die elektronische Patientenkurzakte nach Satz 1 können die Krankenkassen mit der Zurverfügungstellung von elektronischen Patientenkurzakt für ihre Versicherten Anbieter von elektronischen Patientenkurzakt als Auftragsverarbeiter beauftragen.“~~

„(6) Die elektronischen Notfalldaten werden ab dem 1. Januar 2023 schrittweise in die *arztgeführte elektronische Akte sowie auf Verlangen in die ePA der Patienten Patientenkurzakte* überführt. Die Gesellschaft für Telematik hat hierfür *in Zusammenarbeit mit der KBV und der DKG* bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen.

(7) Die *arztgeführte elektronische Akte Patientenkurzakte* muss ab dem 1. Juli 2023 den grenz-überschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten entsprechend den in § 359 Absatz 4 festgelegten Anforderungen gewährleisten. Die Gesellschaft für Telematik hat hierfür bis zum 1. Januar 2022 die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen.“