



Kassennärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 10.02.2015

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

[Stand: 19. Januar 2015]

Stellungnahme der
Kassennärztlichen Bundesvereinigung

Inhalt

<u>A.</u>	<u>VORBEMERKUNG</u>	<u>3</u>
<u>B.</u>	<u>ERFÜLLUNGSAUFWAND</u>	<u>3</u>
<u>C.</u>	<u>MAßNAHMEN DES GESETZES IM EINZELNEN</u>	<u>4</u>
	Artikel 1 (Änderungen des SGB V)	4
	Nr. 1 d) cc) - (§ 15 Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte).....	4
	Nr. 2 (§ 31a Medikationsplan).....	5
	Nr. 4 (§ 73 Abs. 8 Satz 7 Änderung) neue Auflagen für Verordnungssoftware; Informationen nach §131 Abs. 4 Satz 2 zum jeweils aktuellen Stand.....	8
	Nr. 5c (§ 87 Abs. 2b).....	12
	Nr. 5 (§ 87 Abs. 1) Papiergebundene Verfahren.....	14
	Nr. 5 (§ 87 Abs. 2).....	15
	Nr. 6 (§ 87a Abs. 2) Förderungswürdige Leistungen.....	15
	Nr. 10c (§ 291 Abs. 2) Angaben auf der eGK.....	16
	Nr. 10e (§ 291 Abs. 2b) VSDM.....	16
	Nr. 10e aa) und bb) (§ 291 Abs. 2b nach Satz 5 neu).....	17
	Nr. 11i bb) (§ 291a Abs. 7).....	19
	Nr. 11i bb) (§ 291a Abs. 7) zum Notfalldatensatz.....	20
	Nr. 11d (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3) Speicherung von Daten des Medikationsplans auf der eGK 20	
	Nr. 12i (§ 291b Abs. 7).....	21
	Nr. 13 (§§ 291d) Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme.....	21
	Nr. 13 (§§ 291f) Elektronischer Entlassbrief.....	24
	Nr. 13 (§§ 291h) Übermittlung elektronischer Briefe.....	25
	Nr. 13 (§§ 291i) Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundübermittlung 26	
<u>D.</u>	<u>WEITERE ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV</u>	<u>29</u>
	1. Veröffentlichung von bundesmantelvertraglichen Regelungen im Internet.....	29
	2. Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 SGB V) / Ausbau der Telemedizin (§ 87 Abs. 2a S. 3 SGB V).....	29
	3. Erprobungs- und Dienstleistungsregelung (möglicher Regelungsort § 87f oder im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a).....	32

A. Vorbemerkung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt die Initiative des Gesetzgebers, die Informations- und Kommunikationstechnologie in der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Diese Umstellung auf neue Kommunikationsmedien erfordert, dass eine sichere Infrastruktur in den Arztpraxen und auch in den anderen Gesundheitsversorgungsbereichen geschaffen wird. Es sollte sichergestellt sein, dass alle Krankenhäuser und Vertragsärzte und perspektivisch alle weiteren Leistungserbringergruppen über diese neuen Kommunikationswege erreichbar sind.

B. Erfüllungsaufwand

- Kosten für PVS-Mehrausstattung in der Arztpraxis 87 Abs. 2b)
- Kosten für den sicheren Anschluss in der Arztpraxis (§ 291a)
- Kosten für Konzeption von Inhalt und Struktur des einheitlichen Medikationsplans und dessen Fortschreibung (§ 31a sowie §291a)

C. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

(Die Kommentierung beschränkt sich auf diejenigen Neuregelungen des Referentenentwurfs, die für die Vertragsärzteschaft und –psychotherapeutenschaft relevant sind.)

Artikel 1 (Änderungen des SGB V)

Nr. 1 d) cc) - (§ 15 Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte)

Zu § 15a Abs. 6

In § 15 Abs. 6 Satz 4 soll geregelt werden, dass eine Gebühr von 5,00 EUR erhoben wird, wenn die elektronische Gesundheitskarte (eGK) aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zu einer Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird.

Insgesamt ist die Regelung zu begrüßen, da die Zahl der Patienten ohne eGK damit weiter sinken sollte. Die Aufwände in den Arztpraxen, die durch das händische Erfassen der Patientendaten im Falle von Ersatzbescheinigungen entstehen, können hierdurch ggf. reduziert werden. Ob eine Gebühr in Höhe von 5,00 Euro die hartnäckigen „eGK-Verweigerer“ zum Einlenken bewegt, darf bezweifelt werden. Mit dieser Regelung wird dem Versicherten allerdings suggeriert, dass gegen eine Gebühr von 5,00 EUR eine Ersatzbescheinigung durch die Krankenkasse ausgestellt werden kann. Es könnte der Eindruck erweckt werden, dass die Ersatzbescheinigung gleichberechtigt neben einer eGK stehen kann. In § 19 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte ist zum 01.01.2015 eine Regelung aufgenommen worden, wonach die Krankenkasse eine Ersatzbescheinigung nur im Ausnahmefall zur Überbrückung von Übergangszeiten, bis der Versicherte eine eGK erhält, befristet ausstellen darf. Durch die vorgesehene Änderung besteht die Gefahr, dass diese bundesmantelvertragliche Regelung im Widerspruch zu der gesetzlichen Neuregelung steht. Es wird daher angeregt, auch in § 15 Abs. 6 Satz 4 aufzunehmen, dass eine Ersatzbescheinigung lediglich für einen Übergangszeitraum befristet ausgestellt werden kann.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 15 Abs. 6 Satz 4 wird wie folgt formuliert:

„Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse zur Überbrückung von Übergangszeiten befristet eine Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zu einer Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird.“

Nr. 2 (§ 31a Medikationsplan)

In § 31a SGB V (neu) wird der Rechtsanspruch des Versicherten auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans durch den Hausarzt in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt. Anspruch haben ab dem 01.10.2016 Versicherte, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden. Der Medikationsplan ist in Papierform auszuhändigen; auf ihm sind mit Anwendungshinweisen alle Arzneimittel, die verordnet worden sind, Arzneimittel, die ohne Verschreibung angewendet werden, sowie Hinweise auf Medizinprodukte soweit sie für die Medikation relevant sind, zu dokumentieren. Der Hausarzt hat den Plan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. Inhalt und Struktur des Plans sowie in Verfahren zu dessen Fortschreibung werden durch KBV, BÄK und Apothekerverbände im Benehmen mit DKG und GKV-SV bis zum 30.04.2016 vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb der Frist zustande, greift ein Schiedsverfahren.

KBV

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Einführung eines strukturierten Medikationsplans. Sie stimmt dabei dem Gesetzgeber zu, dass hierfür zugleich Regelungen zur angemessenen Honorierung vorzusehen sind (Nr. 5c). Die KBV begrüßt auch die vorgesehene Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Apothekerschaft sowie die Einbindung der DKG, um ggf. schon frühzeitig auch eine sektorenübergreifende Verwendung des Medikationsplans zu ermöglichen.

Die KBV geht davon aus, dass der papiergebundene, standardisierte Medikationsplan eine technische Umsetzung in den Softwaresystemen erforderlich macht, wie es auch in den im Begründungsteil erwähnten Vorarbeiten der AkdÄ zu einem einheitlichen patientenorientierten Medikationsplan vorgesehen ist. Im Rahmen des unter anderem von der KBV initiierten Modellvorhabens zur Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (ARMIN) wurden hierzu bereits wesentliche Vorarbeiten erbracht. Die geplanten Fristen sind daher grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die

Umsetzung davon abhängig ist, wie schnell die Anbieter von Praxissoftware in der Lage sind, technische Lösungen für den geplanten Medikationsplan in ihre Systeme zu integrieren. Aus den Erfahrungen der KBV ist durch die Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen von höheren Lizenzgebühren für die Ärzte auszugehen. Dieser finanzielle Mehraufwand ist auszugleichen.

Nr. 2 - zu § 31a Abs. 1

Bezüglich des Anspruchs der Versicherten gibt es aus Sicht der KBV Präzisierungsbedarf. So sollte klargestellt werden, dass der Anspruch für Versicherte besteht, die mindestens fünf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Arzneimittel anwenden.

Nr. 2 - zu § 31a Abs. 2

In Bezug auf die zu dokumentierenden Arzneimittel ist es notwendig klarzustellen, dass der Hausarzt nur verpflichtet ist Arzneimittel zu dokumentieren, von denen er Kenntnis hat und deren Dokumentation durch den Patienten gewollt ist. Andernfalls würde dies das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient negativ beeinflussen. Bei der jetzt geplanten Regelung muss der Arzt, sobald er Kenntnis von einem Medikament erlangt, dieses dokumentieren. Auch Arzneimittel, von denen ihm der Patient im Vertrauen berichtet, müsste er zwingend auf den Medikationsplan schreiben oder dessen Ausstellung vollständig ablehnen. Es muss aber gerade unter AMTS-Aspekten auch zukünftig möglich sein, dass der Patient bestimmte Arzneimittel seinem Hausarzt im Vertrauen zur Kenntnis gibt und nicht aus der Befürchtung heraus, diese Arzneimittel könnten dann auf seinem Medikationsplan erscheinen, den Arzt möglicherweise gar nicht über diese Medikation informiert. Auch kann dem Arzt bezüglich der Medikation keine umfassende Recherchepflicht auferlegt werden, sondern lediglich eine im Rahmen der üblichen Anamnese und Patientendokumentation liegende Dokumentation von Arzneimitteln verlangt werden.

Bezüglich der Dokumentation von Arzneimitteln, die ohne Verschreibung angewendet werden (Selbstmedikation), bedarf es einer Klarstellung, dass der Anspruch auf Dokumentation durch den Arzt nur für solche Medikamente besteht, die aus ärztlicher Sicht relevant für die Gesamtmedikation sind. Es wird dadurch verhindert, dass der Patient zu Lasten der Versichertengemeinschaft einen Anspruch darauf erhält, sämtliche in Eigenverantwortung erworbenen Präparate einschließlich Anwendungshinweise durch seinen Hausarzt dokumentieren zu lassen.

Nr. 2 - zu § 31a Abs. 3

Es ist notwendig klarzustellen, dass ein Austausch des Arzneimittels durch den Apotheker aufgrund von Rabattverträgen oder sonstigen rechtlichen Regelungen keine Änderung der Medikation darstellt, die durch den Hausarzt zu dokumentieren ist.

Nr. 2 - zu § 31a Abs. 4

Probleme sind im Hinblick auf die Interoperabilität und die mögliche Aktualisierung des Medikationsplans durch verschiedene behandelnde Ärzte und sonstige an der Versorgung des Patienten beteiligte Berufsgruppen zu erwarten, wenn die für den Patienten relevanten Informationen in den Softwaresystemen nicht einheitlich sind. Insbesondere hinsichtlich der Bezeichnung der Wirkstoffe sind hier Probleme bekannt. Unterschiedliche Wirkstoffbezeichnungen könnten beim Ausdruck des Medikationsplans zu Verständnisproblemen und Verunsicherung des Patienten führen. Die KBV hält es daher aus Gründen der Patientensicherheit für erforderlich, durch eine gesetzliche Klarstellung die Einheitlichkeit dieser Informationen über die verschiedenen Softwaresysteme hinweg sicher zu stellen. Daher empfiehlt die KBV eine Präzisierung der relevanten Paragraphen zur Bereitstellung von arzneimittelbezogenen Informationen.

Zudem sieht die KBV Bedarf, die korrekte Umsetzung der vorgesehenen Inhalte, Strukturen und Verfahren zur Fortschreibung in den Softwaresystemen durch ein geeignetes Zertifizierungsverfahren sicher zu stellen. Mit einer entsprechenden Ergänzung des § 73 Abs. 8 besteht die Möglichkeit zur verbindlichen Implementierung des Medikationsplans nach § 31a in die Praxisverwaltungssysteme.

Änderungsvorschläge der KBV**§ 31a Abs. 1 wird wie folgt formuliert:**

„Versicherte, die mindestens fünf zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch den Hausarzt.“

§ 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt ergänzt:

„auch Arzneimittel, die ohne Verschreibung angewendet werden, soweit sie aus ärztlicher Sicht für die Gesamtmedikation relevant sind, sowie“

§ 31 Abs. 2 um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Zu dokumentieren sind Arzneimittel und Hinweise auf Medizinprodukte, von denen der Hausarzt im Rahmen der Behandlung und der Patientendokumentation

Kenntnis erlangt und deren Dokumentation auf dem Medikationsplan durch den Patienten zugestimmt wurde.“

§ 31a Abs. 3 wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Eine Ersetzung von Arzneimitteln im Rahmen der Regelungen nach §129 Abs. 1 stellt keine durch den Hausarzt zu dokumentierende Änderung der Medikation dar.“

Folgeänderung in § 73 Abs. 8:

siehe dort (Nr. 4)

§ 300 SGB V Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

nach „Darreichungsform,“ das Wort „Wirkstoff,“ ergänzt.

Nr. 4 (§ 73 Abs. 8 Satz 7 Änderung) neue Auflagen für Verordnungssoftware; Informationen nach §131 Abs. 4 Satz 2 zum jeweils aktuellen Stand

Verordnungssoftware soll zukünftig die Informationen nach § 131 Abs. 4 Satz 2 zum jeweils aktuellen Stand beinhalten.

KBV

Die KBV begrüßt grundsätzlich die gesetzliche Verankerung der Aufnahme von Informationen nach § 131 Abs. 4 in die Verordnungssoftware. Dieses ist auch bereits in der Anlage 23 zum Bundesmantelvertrag Ärzte-Krankenkassen (Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 8 SGB V für Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken) vorgesehen. Dort sind bereits jetzt ausreichend konkrete Vorgaben zur Aktualisierung der Daten getroffen.

Zum Aspekt Aktualität der Daten

Die KBV lehnt eine gesetzliche Festlegung zur Aktualität der Daten ab. Die durch die Gesetzesänderung geforderte Aktualisierung der Daten ist nicht umsetzbar. In der Praxis würde dies ohne Übergangsfristen eine Verpflichtung zur Aktualisierung der Arzneimitteldatenbanken im 14-tägigen Rhythmus bedeuten und einen deutlich erhöhten Aufwand verursachen.

Zum Hintergrund

Die technischen und organisatorischen Voraussetzungen sowohl bei Praxen als auch bei den Datenbankherstellern sind sehr unterschiedlich. In der großen Mehrzahl der

Arztpraxen wird die Software heute quartalsweise durch Versand und Einspielen eines Datenträgers aktualisiert. Daher kommt die KBV auch bezüglich des Erfüllungsaufwandes zu einer anderen Einschätzung als in der Begründung genannt. Zwischen der derzeit üblichen, quartalsweisen Datenaktualisierung, die dem im ambulanten Bereich gängigen Aktualisierungsrhythmus der Software entspricht, und einer 14-tägigen Aktualisierung, wie sie durch die Gesetzesänderung notwendig würde, besteht ein deutlicher und nicht nur geringfügiger Unterschied bezüglich des Aufwandes. Eine 14-tägige Aktualisierung per Datenträger wird derzeit von den Softwareherstellern nach unserer Kenntnis nicht angeboten. Es ist davon auszugehen, dass die Softwarehersteller die Kosten für diesen gesetzlich bedingten höheren Aufwand vollständig auf die Arztpraxen umlegen. Ein 14-tägiger Versand von DVDs würde zudem einen geschätzten Bedarf von 1 bis 2 Mio. DVDs pro Jahr verursachen, die nach erfolgtem Update im Müll landen. Hinzu kommt ein deutlich höherer organisatorischer und personeller Aufwand in den Praxen, der durch das sechsmal häufigere Aktualisieren der Praxissoftware entsteht. Zu berücksichtigen sind mögliche Down-Zeiten, Personalaufwand für das Einspielen, Überwachen und Prüfen der Aktualisierung. Möglich wären vierzehntägige Aktualisierungen der Daten per Online-Update. Auch dieses erfordert jedoch derzeit in den Praxen den gleichen hohen personellen Aufwand für manuelles Herunterladen, Kopieren und Einspielen der Dateien. Hierfür ist pro Update-Vorgang mit ca. 30 Minuten Aufwand zu rechnen, dies entspricht gegenüber dem Quartalsupdate einem Mehraufwand von 2,5 Stunden im Quartal pro Praxis. Gerade für Praxen, die nur in geringem Umfang Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen, ist ein derart hoher Aufwand nicht vertretbar.

Die geplante Umsetzung ist demnach ohne Möglichkeiten einer einfachen Online-Aktualisierung der Arzneimitteldaten nicht ohne deutlichen Mehraufwand realisierbar. Soll eine Aktualisierung automatisch direkt aus dem Praxisverwaltungssystem erfolgen, setzt dies eine durchgehende sichere Online-Anbindung sowohl der Praxen als auch der Softwarehersteller voraus. Hierfür sind die strukturellen Voraussetzungen durch die Telematik-Infrastruktur erst noch zu schaffen. Die KBV erachtet es daher als zielführend, eine nähere Regelung zur Aktualität der Daten weiterhin den Verträgen gemäß § 73 Abs. 8 Satz 8 zu überlassen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an dieser für die Arztpraxen mit hohem Aufwand verbundenen und derzeit nicht praktikablen Regelung festhalten, muss eine adäquate Finanzierung vorgesehen werden. Zudem muss gesetzlich klargestellt werden, dass eine mehr als quartalsweise Aktualisierung der Arzneimitteldaten erst umzusetzen ist, wenn Arztpraxen und Aktualisierungsserver der Softwareanbieter über eine sichere Netzwerk-

Infrastruktur miteinander verbunden sind. Entsprechende Übergangsfristen von 12 Monaten sind vorzusehen.

Eine gesetzliche Festlegung offener Schnittstellen zu Arzneimitteldatenbanken ist in diesem Zusammenhang anzustreben. Dadurch bekommen Ärzte die Möglichkeit, Verordnungssoftware-/Arzneimitteldatenbankanbieter zu wählen, die in der Lage sind, eine Online-Aktualisierung über eine sichere Infrastruktur anbieten. Zudem wird durch die Ermöglichung eines ausreichenden Wettbewerbs unter den Anbietern sichergestellt, dass die Kosten für diese Datenbanken und ihre Aktualisierung sich marktgerecht entwickeln.

Bezüglich der Begründung zur Gesetzesänderung sieht die KBV die Aussage, die Verwendung unterschiedlicher Informationen führe zu vermehrten Retaxationen in den Apotheken, als inhaltlich nicht nachvollziehbar und nicht haltbar an. Der KBV liegen hierzu weder konkrete Beispiele noch Zahlen vor. Ist eine Verordnung unklar, so obliegt es dem Apotheker diese Unklarheit mit dem Arzt zu klären, um ggf. so eine Retaxation zu vermeiden. Allerdings gibt dies Anlass, zu hinterfragen, ob die Apothekensoftware ausreichend für die Prüfung solcher Fälle ausgestattet ist. So gibt es derzeit kein durch Zertifizierung abgesichertes Verfahren, welches z.B. die korrekte Abbildung der Inhalte der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA in der Apothekensoftware sicherstellen würde.

Zum Aspekt Herkunft und Umfang der Daten

Nicht ausreichend geregelt ist derzeit aus Sicht der KBV, auf welchem Wege die im Gesetzgebungsvorschlag genannten Daten nach § 131 Abs. 4 Satz 2 in die Arzneimitteldaten der Praxisverwaltungssysteme gelangen sollen. Nach geltender Rechtslage sind diese verpflichtend nur dem GKV-SV, der ABDA, dem G-BA und der KBV zur Verfügung zu stellen. Zur Erfüllung der Aufgaben einer wirtschaftlichen und evidenzbasierten Steuerung der Arzneimittelverordnung über die Praxissoftware müssen zudem die notwendigen Produktdaten zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz (§ 131 Abs. 4 Satz 1) einbezogen werden.

Zum Hintergrund

Derzeit lizenzieren Hersteller von Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken für Praxisverwaltungssysteme kostenpflichtig einen Datensatz der von den Verbänden der pharmazeutischen Hersteller betriebenen IFA GmbH. Die Kosten hierfür werden über die Softwarelizenzen in vollem Umfang auf die Ärzte umgelegt. Dieser Datensatz umfasst warenlogistische Daten und Preisdaten jedoch nicht den vollen Umfang der Daten,

die im Rahmenvertrag gemäß § 131 Abs. 1 zwischen den Verbänden der pharmazeutischen Unternehmer und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart sind (z.B. fehlen Bezeichnung von Wirkstoff und Wirkstärke oder der ATC-Code der amtlichen ATC-Klassifikation). Im Ergebnis kommt es durch unterschiedliche Handhabung dieser nicht einheitlich veröffentlichten Daten zu Diskrepanzen in den Datenbanken. Dies verhindert zum Teil eine korrekte Umsetzung der Beschlüsse des G-BA zu den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in der Software, erschwert eine Etablierung von Steuerungsinstrumenten zur Erfüllung von Wirtschaftlichkeitszielen und steht zudem der Interoperabilität wichtiger Anwendungen, wie des Medikationsplans nach §31a entgegen.

Die KBV schlägt daher vor, diese wichtigen Arzneimitteldaten nach § 131 Abs. 4 Satz 1 und 2 in geeigneter Form zur Verwendung in den Arzneimitteldatenbanken der Praxisverwaltungssysteme zu veröffentlichen und § 73 Abs. 8 Satz 7 zugleich so anzupassen, dass sämtliche im SGB V verankerten Regelungen zur Abbildung von Informationen zu Arzneimitteln in der Software zusammengefasst dort abgebildet sind.

Änderungsvorschläge der KBV

§ 73 Abs. 8 Satz 7 wird wie folgt neu gefasst:

„Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die

- 1. Informationen nach den Sätzen 2 und 3,*
- 2. Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8,*
- 3. Anforderungen gemäß § 130b Abs. 2,*
- 4. Informationen über die Regelungen nach § 130c Abs. 3,*
- 5. Informationen nach § 131 Abs. 4 Satz 1 und 2,*
- 6. für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendige Informationen und Instrumente zur Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit, insbesondere zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a*

enthalten und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“

§ 73 Abs. 8 Satz 8 wird wie folgt neu gefasst:

„Dabei sind offene standardisierte Schnittstellen vorzusehen, die den Vertragsärzten einen Wechsel des elektronischen Programms zur Verordnung von Arzneimit-

teln und die Nutzung von elektronischen Programmen zur Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit ermöglichen.“

Der bisherige Satz 8 wird Satz 9.

Folgeänderung: § 131 Abs. 4 Satz 10 wird folgender Satz 11 angefügt:

„Zum Zweck der Verwendung in elektronischen Programmen nach §73 Abs. 8 Satz 7 veröffentlichen die pharmazeutischen Unternehmer gemeinsam die Angaben nach Satz 1 und Satz 2 in Form eines kostenfreien, einheitlich strukturierten und elektronisch weiterverarbeitbaren Verzeichnisses.“

Sollte der Gesetzgeber trotz der aufgezeigten Schwierigkeiten an der Umsetzung einer gesetzlichen Regelung zur Aktualität der Daten festhalten, könnte § 73 Abs. 8 Satz 7 Nr. 5 abweichend wie folgt formuliert werden:

„5. Informationen nach § 131 Abs. 4 Satz 1 und 2 soweit verfügbar zum jeweils aktuellen Stand“

Nach Satz 7 wäre sodann folgender zusätzlicher Satz 8 einzufügen:

„Zur Sicherstellung der Aktualität der Daten nach Satz 7 Nr. 5 stellen die Softwarehersteller entsprechende Aktualisierungen der Software elektronisch abrufbar innerhalb der Telematik-Infrastruktur oder in an diese angebundene sicheren Netzen zur Verfügung.“

Die Nummerierung der Folgesätze wäre entsprechend anzupassen.

Nr. 5c (§ 87 Abs. 2b)

Die KBV begrüßt die Honorierung des zusätzlichen Anspruchs der Versicherten auf einen Medikationsplan.

Der Mehraufwand ist entgegen V 4. 3.) bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

Die bisherigen Regelungen zur Ausstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans im EBM decken den Aufwand für die Erstellung eines Medikationsplans nicht ab, da dieser bisher

- ausschließlich als fakultativer Leistungsumfang im Rahmen der Chroniker-Pauschalen sowie obligat im Rahmen der hausärztlichen Geriatrie abgerechnet werden können,
- nur einmal im Behandlungsfall abzurechnen ist,

- nur bei Patienten berechnungsfähig ist, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß [4.3.1](#) der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden haben oder eine geriatrische Betreuung vorliegt,
- der im Rahmen der gesetzlichen Forderungen entsprechende Zeitbedarf nicht berücksichtigt ist,
- die zusätzlichen Kosten einer ggf. notwendigen Vorhaltung von Soft- und Hardware zur Erstellung und Aktualisierung eines einheitlichen standardisierten Medikationsplans nicht berücksichtigt sind.

Notwendig ist eine bedarfsgerechte Honorierung, die folgende Aspekte berücksichtigt:

- Höherer Aufwand (zeitlich, administrativ) bei Ersterstellung eines Medikationsplanes,
- ggf. mehrfach im Behandlungsfall notwendige Aktualisierungen inklusive Ausdruck des aktualisierten Medikationsplans,
- Aufwand für den Abgleich und die Dokumentation von Selbstmedikation und Fremdverordnungen,
- Aufwand für Überprüfung des Medikationsplans, insbesondere da Aktualisierungen des Medikationsplans durch Dritte vorgenommen werden können.

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen, die die Erstellung eines Medikationsplans enthalten, umfassen folgende Leistungen nicht:

- Ausführliche Medikamentenanamnese einschließlich der ggf. notwendigen Rückfragen bei behandelnden Fachärzten/Angehörigen und/oder Pflegenden, z.B. bei Unklarheiten zur Dosierung etc.
- Prüfung, Bewertung und Anpassung der Medikation einschließlich der Selbstmedikation,
- ausführliche Beratung des Patienten hinsichtlich der Gesamtmedikation einschließlich Selbstmedikation und Fremdverordnungen mit dem Ziel einer verbesserten Compliance,
- Beratung des Patienten hinsichtlich der korrekten Anwendungsweise von Arzneimitteln unter Einbeziehung von Selbstmedikation und Fremdverordnungen.

Zum Erfüllungsaufwand

Der Erfüllungsaufwand für die Umsetzung eines standardisierten Medikationsplans in Papierform für die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) wurde mit einem einma-

ligen und geringen zeitlich-technischen Aufwand angegeben. Diese Annahme scheint sehr optimistisch. Die geforderte Orientierung an den bereits vorhandenen Vorarbeiten der AkdÄ zielt auf die technische Umsetzung einer entsprechenden Spezifikation ab, die zudem durch KBV, BÄK und ABDA kontinuierlich weiterentwickelt werden soll. Der Implementierungsaufwand der Hersteller ist daher nicht gering und es ist zu erwarten, dass diese ihre Kosten auf die Ärzte umlegen werden.

Auch für die Ärzte wurde ein lediglich geringer Aufwand für die Erstaussstellung und das Ausdrucken benannt. Diesem ist zu widersprechen. Ein Mehraufwand entsteht bei jeder Aktualisierung. Es ist davon auszugehen, dass diese Aktualisierungen nicht handschriftlich erfolgen, dies wäre schon aus Gründen der Patientensicherheit (Lesbarkeit, Verständlichkeit) schwierig.

Nr. 5 (§ 87 Abs. 1) Papiergebundene Verfahren

Papiergebundene Verfahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung sollen durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können.

KBV

Zur Übermittlung von Informationen durch Vertragsärzte, auf den vereinbarten Vordrucken werden nahezu ausschließlich papiergebundene Verfahren genutzt. Von Seiten der Ärzte wird die Übermittlung einiger dieser Informationen als zunehmende Bürokratie wahrgenommen.

Eine stringente und digital unterstützte Erfassung der notwendigen Daten sowie deren medienbruchfreie Übertragung würde bei einigen Vordrucken von Ärzten als Entlastung wahrgenommen, sodass der Prüfauftrag des Gesetzgebers hier grundsätzlich zu begrüßen ist. Wesentliche Voraussetzung für eine Umsetzung ist jedoch die Schaffung einer digitalen Infrastruktur, die z.B. die geschützte Übertragung notwendiger Informationen gewährleistet oder die rechtssichere und einfache Signaturverfahren ermöglicht. Unbenommen von der digitalen Übertragung der Daten steht jedoch regelmäßig die Ausweitung der zu übermittelnden Daten im Zentrum von Diskussionen und Konflikten der Vertragspartner auf Bundesebene. Hervorzuheben bleibt insofern, dass auch die elektronische Übermittlung von Daten nicht von der Pflicht enthebt, die Sinnhaftigkeit und Angemessenheit einiger zu übermittelnder Daten regelmäßig zu prüfen.

Durch den erstrebenswerten Wegfall der papiergebundenen Verfahren, z.B. der Papierformulare, entsteht für den Praxisverwaltungssystemhersteller eine Monopolstellung hinsichtlich der Realisierung der elektronischen Variante, mit allen wirtschaftlichen

Nachteilen für die Praxen. Daher sollte es der KBV und den KVen erlaubt werden, online den reinen Ersatz der Papierformulare anzubieten. Dies entspricht u.E. dem Vorgehen der Finanzämter in Bezug auf die Bereitstellung der Elster-Formulare. Diese beeinträchtigen den Wettbewerb der Steuersoftware-Hersteller in keiner Weise.

Änderungsvorschlag der KBV

In § 87 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt.

„Die Kassenärztlichen Bundevereinigungen sind berechtigt, elektronische Vordrucke und Nachweise zur Verfügung zu stellen.“

Nr. 5 (§ 87 Abs. 2)

Nach dieser Regelung prüft der Bewertungsausschuss, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen telemedizinisch erbracht werden können. Soweit eine Vereinbarung nicht bis zum 31.12.2016 geschlossen worden ist, werden die Haushalte der KBV und des GKV-SV nach § 291 Abs. 2b Satz 7 - 9 gesperrt. Zusätzlich ist eine Regelung zur Vergütung in Bezug auf die Aktualisierung des Notfalldatensatzes enthalten.

KBV

Hinsichtlich der Bewertung der Haushaltssperrung dürfen wir auf unsere Stellungnahme zu § 291 Abs. 2b verweisen. Dies gilt auch für die Stellungnahme der KBV zu der Vereinbarung nach § 291i SGB V.

Nr. 6 (§ 87a Abs. 2) Förderungswürdige Leistungen

Nach § 87a Abs. 2 können besonders förderungswürdige Leistungen auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.

KBV

Die KBV begrüßt grundsätzlich, dass die Möglichkeit zur Förderung von telemedizinischen Leistungen durch Zuschläge auf den Orientierungswert auf regionaler Ebene vorgesehen wird. Die Entscheidung darüber, ob es sich bei telemedizinischen Leistungen um besonders förderungswürdige Leistungen handelt, wird jedoch den Gesamtvertragspartnern überlassen. Hierdurch kann die Situation entstehen, dass in einem KV-Bezirk

eine telemedizinische Leistung förderungswürdig ist, in einem anderem KV-Bezirk dagegen nicht. Gerade bei telemedizinischen Leistungen ist es erstrebenswert, dass sie bundesweit gefördert werden. Daher regen wir an, die Vergütung telemedizinischer Leistungen in § 87a Abs. 3 Satz 5 zu regeln.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 87a Abs. 3 Satz 5 wird wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Bundesausschusses“ werden folgende Wörter eingefügt „und vertragsärztliche Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden“.

Nr. 10c (§ 291 Abs. 2) Angaben auf der eGK

Absatz 2 beschreibt die Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte.

KBV

Die Qualität der von den einzelnen Krankenkassen auf die Karten aufgebrachten Versichertendaten ist immer wieder von groben Mängeln gekennzeichnet. In der Vergangenheit wurden zehntausende Karten mit „?“ statt Umlauten personalisiert. Da es sich um hoheitliche Daten handelt, dürfen diese in den Praxen nicht verändert werden. Dies führt zu erheblichen Problemen. Es muss eine neue Karte ausgestellt werden oder eine Aktualisierung erfolgen, nachdem der Fehler in den Praxen entdeckt wurde. Es sollte daher eine Qualitätssicherung vor der Kartenpersonalisierung erfolgen.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 291 Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

„Die Versichertendaten werden durch die Krankenkassen vor dem Übertragen in den Speicher der elektronischen Gesundheitskarte nach den Maßgaben der Gesellschaft für Telematik maschinell geprüft.“

Nr. 10e (§ 291 Abs. 2b) VSDM

Der Absatz 2b beschreibt das sog. Versichertenstammdatenmanagement (VSDM).

KBV

Die Mitteilung über die durchgeführte Prüfung ist Bestandteil der Abrechnungsunterlagen und wird auf der eGK dokumentiert. Bei jedem Patienten muss mindestens ein Onlinedatenabgleich pro Quartal erfolgen, um diese Dokumentationspflicht zu erfüllen, was

einen entsprechenden Zeitaufwand für die Arztpraxen bedeutet. Während für die Nutzung von Anwendungen, wie Notfalldaten und Medikationsplan, eine Vergütung vorgesehen ist (Anpassung des EBM sowie Verhandlung des Bundesmantelvertrages), ist dies nicht explizit für die Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements nach § 291 Abs. 2b vorgesehen. Dies erscheint jedoch angemessen, da zusätzlich zum einfachen Einlesen der eGK weitere Aufwände entstehen. Die Verhandlungspartner sollten bei der Finanzierung des Versichertenstammdatenmanagements während des Rollouts darüber hinaus ein Bonussystem vorsehen können.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 291 Abs. 2b wird wie folgt ergänzt:

Der Zuschlag nach § 291a Abs. 7b Satz 1 umfasst in den Jahren 2016 und 2017 eine Pauschale von 1,00 Euro je durchgeführten Online-Abgleich und -Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten. Ab dem 01.01.2018 vereinbaren die KBV mit dem GKV-SV die Höhe des Zuschlags nach § 291a Abs. 7b Satz 1. Die Vorgaben der Richtlinie nach § 291 j sind für den Zuschlag nach Satz 1 und 2 zu berücksichtigen.

„Das Nähere zur Abrechnung sowie zu Regelungen, die eine nichtbedarfsgerechte Mengenausweitung vermeiden, regelt die KBV im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik.“

Nr. 10e aa) und bb) (§ 291 Abs. 2b nach Satz 5 neu)

Nach dieser Änderung hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 30.06.2016 alle erforderlichen Maßnahmen zur Einführung des Versichertenstammdatenmanagements einzuführen. Sofern dies der Gesellschaft für Telematik nicht gelingt, dürfen die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ab 2017 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 % so lange nicht überschreiten, bis die Maßnahmen durchgeführt worden sind. Einige Ausgaben sind hiervon nicht erfasst.

KBV

Nach Auffassung der KBV ist diese Haushaltssperre rechtlich unzulässig. Sie greift unmittelbar in die Selbstverwaltungsautonomie der KBV ein. Der Haushalt der KBV wird durch eine Umlage der KVen finanziert und von der Vertreterversammlung nach § 79 Abs. 3 Nr. 4 SGB V beschlossen. Die Finanzierung des Haushaltes der KBV erfolgt

über die KVen mittelbar aus den vertragsärztlichen Honoraren der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Anders als bei Krankenkassen, die eine Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten, ist der Haushalt der KBV nicht staatlich reglementiert und unterliegt lediglich der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung ist es ureigene Aufgabe der Mitglieder der Vertreterversammlung darüber zu entscheiden, wie der Haushaltsplan der KBV festzulegen ist. Begrenzt wird dieses Recht durch den Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die vorgesehene Änderung dient allerdings nicht der Sicherstellung dieses Grundsatzes.

Darüber hinaus ist auch darauf hinzuweisen, dass in dem Gesetzentwurf der KBV zahlreiche Aufgaben innerhalb kurz bestimmter Fristen übertragen werden. Gleichzeitig werden aber bei Nichterreichen bestimmter Fristen Haushaltsmittel gekürzt, die für die Aufgabenerfüllung jedoch zwingend erforderlich sind. Auch vor diesem Hintergrund erscheint die Haushaltssperre kontraproduktiv.

Im Übrigen wird die KBV dafür in Haftung genommen, dass die Gesellschaft für Telematik keine entsprechenden Beschlüsse trifft. Zwar ist die KBV Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik (gematik), die gematik selbst ist als eigenständige und unabhängige juristische Person in Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegründet worden. Es kann daher nicht sein, dass einzelne Gesellschaften herausgegriffen werden, um an ihnen ein Exempel zu statuieren. Die KBV ist nicht in der Lage, mit ihrem Gesellschaftsanteil (15%) allein eine Beschlussfassung herbeizuführen, sondern ist auf die weiteren Gesellschafter angewiesen. Eine Haushaltssperre der KBV wegen eines Fehlverhaltens der Gesellschaft für Telematik ist daher nicht akzeptabel. Im Übrigen ist die Kompatibilität mit dem GmbH-Gesetz äußerst zweifelhaft, in der die GmbH als eigenständige juristische Person nur mit dem Gesellschaftsvermögen haftet.

Darüber hinaus verstößt die Haushaltskürzung gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, da für eine entsprechende beschleunigte Beschlussfassung der Gesellschaft für Telematik ein Schlichtungsverfahren nach § 291c SGB V zukünftig zur Verfügung steht. Da der Schlichtungsstelle für ihre Entscheidung nur kurze Fristen vorgeben werden, ist mit zeitnahen Beschlüssen der Gesellschaft für Telematik zukünftig zu rechnen. Es bedarf daher nicht mehr zusätzlich der Sperrung der Haushalte. Ungeklärt ist in diesem Zusammenhang, ob die Entscheidungen der Schlichtungsstelle durch die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik oder durch Dritte angefochten werden können. Die hierdurch eintretende aufschiebende Wirkung und die Verfahrensdauer der Rechtsstreitig-

keiten dürften zeitnah dazu führen, dass die Voraussetzungen der Sperrung der Haushalte gegeben sein werden. Es bestehen neben der Schlichtungsstelle zudem noch weitere Maßnahmen zur Beschleunigung der Beschlussfassung durch die Gesellschaft für Telematik. So kann das Bundesministerium für Gesundheit nach § 291b Abs. 4 für bestimmte Beschlüsse Fristen setzen und bei Nichterfüllung der Fristen die Inhalte der Beschlüsse durch Rechtsverordnung festlegen. Damit hat die Aufsichtsbehörde hinreichend Möglichkeiten, in den Entscheidungsprozess der Gesellschaft für Telematik einzugreifen. Die Sperrung der Haushalte ist daher auch wegen des Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und das Übermaßverbot unzulässig. Diese auch vom Gesetzgeber zu beachtenden rechtsstaatlichen Prinzipien verlangen, dass jede staatliche Maßnahme und jedes Gesetz angemessen ist. Aufgrund der dargestellten Problematik bestehen daher erhebliche Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung. Die KBV ist im Übrigen bereit, diese Frage auch gerichtlich klären zu lassen.

Die in Satz 14 ff. vorgesehene Kürzung der vertragsärztlichen Vergütung ist ebenfalls unverhältnismäßig. Die vertragsärztliche Vergütung wird für die Behandlung der Versicherten bezahlt. Durch die Neuregelung würde die Vergütung für bereits erbrachte ärztliche Leistungen gekürzt. Es stellt sich die Frage, ob hierbei nicht offensichtlich gegen das Übermaßverbot verstoßen wird, da eine 1 %ige Kürzung der ärztlichen Vergütung wegen eines nicht durchgeführten Onlineabgleichs nicht angemessen ist. Ob vor diesem Hintergrund die neue Regelung Bestand haben wird, ist aufgrund der Verletzung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zweifelhaft. Die KBV spricht sich vielmehr dafür aus, die Bereitschaft zur Durchführung des Onlineabgleichs finanziell zu fördern. Eine solche Förderung war bislang auch diskutiert worden, sodass es sich anbietet, diese im Gesetz – wie vorgeschlagen – aufzunehmen. Einer finanziellen Sanktionierung bedarf es dann nicht mehr.

Nr. 11i bb) (§ 291a Abs. 7)

KBV

Die KBV schlägt hier zusätzlich nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung des Arzneimitteltherapiesicherheits-Datensatzes (3a.) vor.

Das Nutzen der Daten des AMTS-Datensatzes auf der eGK verursacht in vergleichbarer Weise wie das Nutzen der Daten des Notfalldatensatzes oder des Medikationsplans Mehraufwand in der Praxis.

Nr. 11i bb) (§ 291a Abs. 7) zum Notfalldatensatz

KBV

Sanktionen gegen die KBV sind nicht zu akzeptieren (siehe auch Ausführungen zu VSDM). Die KBV hat keinen Einfluss auf die Erstellung und Einrichtung des Notfalldatensatzes. Solange Struktur und der Umfang des Notfalldatensatzes nicht abschließend definiert sind, können Vergütungsregelungen im EBM nicht getroffen werden.

Nr. 11d (§ 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3) Speicherung von Daten des Medikationsplans auf der eGK

Daten des Medikationsplans nach § 31a sollen sobald die TI zur Verfügung steht auf der eGK gespeichert werden.

KBV

Die KBV begrüßt die vorgesehene Regelung grundsätzlich. Probleme könnten sich daraus entwickeln, dass Arzneimitteldaten sowohl im Medikationsplan als auch im AMTS-Datensatz geführt werden. Dies birgt die Gefahr, dass die Daten inhaltlich auseinanderlaufen und Diskrepanzen aufweisen, die ggf. zu Interpretationsproblemen führen können. Es sollte daher in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen werden, dass dieser Aspekt bei der Konzeption der Fachanwendungen nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3a und b besonders zu berücksichtigen ist und die arzneimittelbezogenen Daten des Medikationsplans ggf. so zu konzipieren sind, dass sie als ein gesonderter Bestandteil des AMTS-Datensatzes mit eigenen Zugriffsrechten angelegt werden.

Wichtige Voraussetzungen für die elektronische Speicherung des Medikationsplans auf der eGK und dessen Interoperabilität werden durch die von der KBV geforderten Änderungen von § 73 Abs. 8 Satz 7 und 8, § 131 Abs.4 und § 300 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 geschaffen, deren notwendige Umsetzung wir an dieser Stelle noch einmal hervorheben.

Bezüglich des veranschlagten Aufwandes bei KBV, BÄK und den Apothekerverbänden hinsichtlich der Umsetzung des papiergebundenen Medikationsplans bleibt unklar, ob der Erfüllungsaufwand von 10.000 EUR insgesamt oder je Organisation zu beziffern ist. In jedem Fall erscheint der Aufwand deutlich zu gering beziffert, insbesondere auch im Vergleich zu einem für die technische Übertragung dieser Vorarbeiten auf die eGK durch die gematik angesetzten Aufwand von 1 Mio. EUR.

Es ist vielmehr von einem Gesamtaufwand für Konzeption der Struktur und Inhalte eines Medikationsplans sowie eines geeigneten Verfahrens zu dessen Fortschreibung und für

die Übertragung dieser Konzeption auf die eGK auszugehen. Zu mindestens einem Drittel erstreckt sich dieser Aufwand auch auf die Erarbeitung und Konzeption von Struktur und Inhalten und die Definition der Prozessbeschreibungen zum Fortschreiben des Medikationsplans. Der entsprechende Aufwand für diese Vorarbeiten, die bei der Übertragung des Medikationsplans auf das Medium eGK relevant sind, ist im Erfüllungsaufwand für die Umsetzung des papiergebundenen Medikationsplans adäquat zu beziffern.

Nr. 12i (§ 291b Abs. 7)

Absatz 7 beschreibt Möglichkeiten der gematik zur Überwachung von „Fremdangeboten“, welche die TI nutzen, jedoch außerhalb dieser betrieben werden.

KBV

Die Möglichkeiten der gematik gehen weit über das erforderliche Maß hinaus, da die gematik nicht für die Sicherheit, Verfügbarkeit, Interoperabilität und Kompatibilität von Diensten außerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) verantwortlich ist, sondern für den Schutz der TI vor äußeren Gefahren. Ansonsten müsste die gematik auch alle Dienste im Internet regulieren.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 291b Abs. 7 wird wie folgt geändert:

*„Die Gesellschaft für Telematik kann für Komponenten und Dienste, die die Telematikinfrastruktur nutzen, aber außerhalb der Telematikinfrastruktur betrieben werden, ~~in Abstimmung~~ **im Benehmen** mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik **diskriminierungsfrei** Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs **der Telematikinfrastruktur** treffen, die erforderlich sind, um die Sicherheit **und** Verfügbarkeit, ~~Interoperabilität und Kompatibilität~~ der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Die Gesellschaft für Telematik legt fest, welche näheren Angaben ~~zu Inhalt und Struktur der~~ Komponenten und Dienste **zu Sicherheitsaspekten** sowie zu ihrem Kommunikationsverhalten ~~ihr die Betreiber der Komponenten und Dienste~~ offenzulegen haben.“*

Nr. 13 (§§ 291d) Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme

Nach § 291d SGB V sollen zukünftig offene Schnittstellen in informationstechnische Systeme integriert werden.

KBV

Das eHealth-Gesetz soll den elektronischen Datenaustausch im Gesundheitswesen flächendeckend sicherstellen und sieht daher in § 291h eine besondere Förderung elektronischer Briefe vor. Eine der häufigsten Anlässe des innerärztlichen Datenaustausches ist die Übermittlung labordiagnostischer Befunde. Neben pathologischen, zytologischen und humangenetischen Befunden werden in etwa 200 Millionen Aufträgen rund 900 Millionen labordiagnostische Ergebnisse und deren Befunde an ca. 50.000 Ärzte übermittelt. Das wesentliche Hindernis für die Anwendung der elektronischen Labordatenkommunikation sind Schnittstellenkosten in der Praxis-EDV in Höhe von 1000 bis 2000 EUR, teils zuzüglich monatlicher Gebühren.

Nach Absatz 1 sollen „so bald wie möglich“ offene und standardisierte Schnittstellen integriert werden. Auch wenn diese Formulierung nach der Gesetzesbegründung berücksichtigen soll, dass informationstechnische Systeme ggf. erst in späteren Erweiterungs- oder Ausbaustufen zur Integration offener Schnittstellen in der Lage sind, ist sie als solche zu unbestimmt und ermöglicht den Anbietern, die Integration offener Schnittstellen hinauszuzögern. Daher sollte ein Datum aufgenommen werden, bis zu dem spätestens eine Integration zu erfolgen hat.

In Absatz 2 hat die KBV auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems zu bestätigen, dass das System die von der KBV betroffenen Festlegungen erfüllt. Da es weder eine Verpflichtung für die Anbieter gibt, entsprechende Schnittstellen zu integrieren noch eine Verpflichtung der Vertragsärzte besteht, ausschließlich Systeme zu nutzen, die entsprechende Schnittstellen haben, dürfte sich an der derzeitige Situation nur wenig ändern. Dies gilt insbesondere für diejenigen Vertragsärzte, die ein System erworben haben, welches über keine Schnittstelle verfügt. Ihnen bleibt der Wechsel zu einem System mit einer Schnittstelle verwehrt. Diejenigen Anbieter, die eine Schnittstelle anbieten, laufen Gefahr, Kunden zu verlieren. Nur Anbieter, deren System über keine Schnittstelle verfügen, gehen sicher, ihren Kundenstamm zu erhalten. Daher wird die Neigung entsprechende Schnittstelle zu implementieren, nur gering ausgeprägt sein.

Die Interoperabilität ist auch für weitere Anwendungen zwingend erforderlich. So setzt die Abrechnung des Zuschlags für den elektronischen Entlassbrief und die Übermittlung elektronischer Briefe voraus, dass eine Bestätigung nach § 291g Abs. 5 und § 291a Abs. 4 nachgewiesen wird. Der Vertragsarzt, dessen Praxisverwaltungssystem die jeweiligen Vorgaben nicht erfüllt, hat nach wie vor keine Möglichkeit, das Praxisver-

waltungssystem zu wechseln. So bleibt der Vertragsarzt von der Entscheidung des Anbieters des Praxisverwaltungssystems abhängig, entsprechende Vorgaben umzusetzen und einen Antrag auf Bestätigung bei der KBV zu stellen.

Um einer Interoperabilität der Praxisverwaltungssysteme zu erreichen, ist es aus unserer Sicht notwendig, dass eine entsprechende Verpflichtung zur Integration entsprechender Schnittstellen gesetzlich vorgegeben wird.

Änderungsvorschläge der KBV

§ 291d Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„In informationstechnische Systeme, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in

- 1. der vertragsärztlichen Versorgung,*
- 2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und*
- 3. in Krankenhäusern*

sind bis zum 31.12.2016 offene und standardisierte Schnittstellen zu integrieren, die einen uneingeschränkten Datenaustausch innerhalb und zwischen informationstechnischen Systemen der vertragsärztlichen Versorgung, zwischen informationstechnischen Systemen der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie zwischen Krankenhäusern ermöglichen.“

§ 291d Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Vertragsärzte dürfen zur Speicherung von medizinischen Daten und Abrechnungsdaten nur solche informationstechnische Systeme einsetzen, die über offene und standardisierte Schnittstellen gem. Abs. 1 verfügen und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Sie veröffentlicht eine Liste mit zugelassenen informationstechnischen Systemen.“

Nr. 13 (§§ 291f) Elektronischer Entlassbrief

Das Entlassmanagement beim Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung soll durch finanzielle Anreize für die Nutzung von IT-gestützten Entlassbriefen im Sinne der Patienten verbessert werden.

KBV

Die KBV begrüßt ausdrücklich, dass zusätzliche Finanzmittel für die Entgegennahme des Entlassbriefs bereitgestellt werden. Die derzeit geplante Umsetzung in Form eines Zuschlags ist allerdings problematisch, weil sie ungeeignet ist, die erforderliche Struktur für die sichere Vernetzung zu unterhalten.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen müssen für den Empfang eines elektronischen Entlassbriefs den Unterhalt dieser Strukturen fortlaufend finanzieren. Eine Refinanzierung erfolgt jedoch nur, sofern ein Patient mit einem elektronischen Entlassbrief aus dem Krankenhaus kommt. Da die Anzahl der Patienten und die Anzahl der angeschlossenen Krankenhäuser für die einzelne Praxis kaum einschätzbar sind, wird kaum Bereitschaft zur Investition in entsprechende Systeme bestehen.

Aus Sicht der KBV kann das System nur seine volle Wirkungskraft entfalten, wenn die Infrastruktur sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung umfassend geschaffen wird. Dazu ist es erforderlich, dass die Vergütung unabhängig vom Empfang eines Briefes erfolgt (Fixkostenvergütung).

Die Höhe der Finanzmittel, die dem vertragsärztlichen Sektor zur Verfügung gestellt werden, sollte sich nach der Anzahl der versendeten Entlassbriefe richten, sofern eine flächendeckende Abdeckung mittels sicherer Informationstechnologie gegeben ist. Grundsätzlich sollte die KBV die Möglichkeit haben, die konkrete Verteilung der Gelder auch unabhängig von dem Empfang einzelner Briefe zu gestalten (vgl. § 291 j neu). Dies würde die Möglichkeit schaffen, die Infrastruktur, die auch für den eArztbrief erforderlich ist, unabhängig von der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen in den jeweiligen Praxen oder Fachgruppen zur Verfügung zu stellen. In den Krankenhäusern würden damit zudem Prüfungen entfallen, ob der vom Patienten angegebene Vertragsarzt über die Möglichkeit, einen Entlassbrief anzunehmen, verfügt.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 291f Abs. 4 sollte wie folgt ergänzt werden:

*„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen erhalten für die Entgegennahme des elektronischen Entlassbriefs vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 unter Berücksichtigung der Vorgaben der Richtlinie gemäß § 291 j einen Zuschlag von 50 Cent nach § 291a Abs. 7b Satz 1, **der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlen ist.** Das Nähere zur Abrechnung des Zuschlags regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2016. Für die Vereinbarung nach Satz 2 gilt § 291a Abs. 7b Satz 5 entsprechend.“*

Nr. 13 (§§ 291h) Übermittlung elektronischer Briefe

KBV

Die KBV begrüßt ausdrücklich den geplanten extrabudgetären Zuschlag für 2016 und 2017. Allerdings wird die Einschätzung im Referentenentwurf hinsichtlich einer Kostenneutralität durch die Umstellung auf den elektronischen Brief in einer Übergangszeit nicht geteilt. In den Arztpraxen sind Investitionen z.B. in entsprechende Praxisverwaltungssysteme Voraussetzung. Weiterhin treten laufende Kosten im Betrieb auf, die unabhängig vom Versand auch beim reinen Empfang von Briefen auftreten. Wie bereits zum § 291f SGB V ausgeführt, ist es aus Sicht der KBV nicht sinnvoll hier eine Finanzierung in Abhängigkeit des einzelnen versendeten Briefes zu gestalten.

Wie bereits zur Finanzierung der Entlassbriefe vorgeschlagen, sollte sich auch hier die Höhe der bereitgestellten Finanzmittel nach der Anzahl der versendeten elektronischen Briefe richten. Der Nachweis über die Anzahl der entsprechenden Briefe sollte auf Ebene der Praxisverwaltungssysteme und Server automatisiert erfasst werden. Allerdings sollte die KBV auf der Grundlage einer Richtlinie die Möglichkeit haben, die konkrete Verteilung der Gelder auch hier als Strukturpauschale zu gestalten. Hierzu sollte ebenfalls in der Richtlinie gemäß § 291 j ausgeführt werden.

Zu berücksichtigen ist, dass im Rahmen der Kurierdienste auch der Probentransport erfolgen kann. Hierzu sind gesonderte Regelungen im Rahmen der Richtlinie erforderlich. Zudem muss ab 2018 sichergestellt werden, dass Investitions- und laufende Kosten der TI gedeckt werden, dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der durch die in § 291h Abs. 1 geregelte Bereinigung der Kostenpauschalen für den Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aus dem Behandlungsbedarf.

Nr. 13 (§§ 291i) Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundübermittlung

Nach dieser Regelung vereinbart die KBV mit dem GKV-SV im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderung an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich Qualität, Sicherheit und technische Umsetzung. Auch wenn die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden, im Bewertungsausschuss durch die KBV und den GKV-SV geregelt werden müssen, erscheint dies für die technischen Festlegungen als nicht sinnvoll. Diese betreffen ausschließlich den ärztlichen Bereich. Daher genügt aus unserer Sicht, dass die KBV die technischen Einzelheiten in einer Richtlinie im Benehmen mit dem GKV und der gematik festlegt.

KBV

Im Rahmen des bestehenden Auftrages zur Überprüfung des EBM auf Leistungen, die in der ambulanten Versorgung auch telemedizinisch erbracht werden können gemäß § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V, wurde seitens der KBV auch die telemedizinische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen geprüft. Aus Sicht der KBV steht der Einführung einer solchen teleradiologischen Leistung der § 3 Abs. 4 Nr. 6 der Röntgenverordnung entgegen. Darin wird geregelt: „Die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zu Teleradiologie ist auf den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst zu beschränken. Sie kann über den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst hinaus erteilt werden, wenn zusätzlich zu den Voraussetzungen nach Satz 1 ein Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung besteht. Eine Genehmigung nach Satz 3 ist auf längstens drei Jahre zu befristen.“ Für den vertragsärztlichen Bereich sind die Nacht-, Wochenend- und Feiertagszeiten keine Regelarbeitszeiten. Insofern müssten hier die einschlägigen Regelungen zunächst angepasst werden.

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Benennung konkreter telemedizinischer Leistungen die eingeführt werden sollen durch den Gesetzgeber, allerdings ist diese Leistung unter den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen nicht zur telemedizinischen Leistungserbringung geeignet.

Änderungsvorschlag der KBV

§ 291i Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt spätestens 12 Monate nach Inkraft-Treten der Änderung der Röntgenverordnung im Hinblick auf die Ausweitung der telemedizinischen Erbringbarkeit von Röntgenleistungen im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich Qualität, Sicherheit und zur technischen Umsetzung, in einer Richtlinie. Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Gesundheit 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.“

Ergänzungsvorschlag der KBV

§ 291j Infrastrukturkosten im vertragsärztlichen Bereich

- (1) *Der Zuschlag nach § 291a Abs. 7b Satz 1 umfasst in den Jahren 2016 und 2017 eine Pauschale von 120 EUR je vertragsärztlicher Praxis und Quartal für die Kosten des Anschlusses der Praxen an eine sichere Infrastruktur gemäß den Vorgaben nach § 291h Abs. 4. Für den Zeitraum ab 2018 wird die Höhe des Zuschlags durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart.*
- (2) *Die aus den Vergütungen der Regelungen nach §§ 291a Abs. 2b, 291a Abs. 3, 291f, 291h und 291i entfallenden Kosten für die Pauschale gemäß § 291j Abs. 1 sind bei den jeweiligen Regelungen anteilig zu berücksichtigen, die dort genannten Pauschalen sind um den für den sicheren Betrieb der Infrastruktur erforderlichen Betrag gemäß Abs. 1 zu vermindern. Die Einzelheiten zur Aufteilung der Kosten gemäß Abs. 1 auf die Komponenten gemäß §§ 291a Abs. 2b, 291a Abs. 3, 291f, 291h und 291i und zur Regelung nach Satz 1 legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Richtlinie fest. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinie innerhalb von einem Monat beanstanden.*

Erläuterung:

Die Aufgaben gemäß

- § 291a Abs. 2b (Versichertenstammdatenmanagement),
- § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3a. (Daten zur Überprüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit),
- § 291f (Elektronischer Entlassbrief),
- § 291h (Elektronischer Arztbrief),
- § 291i (radiologische Befundbeurteilung),

erfordern als gemeinsames Element alle eine online-Anbindung der Praxen an ein sicheres Netz, bzw. in Zukunft an die TI.

Zur Gewährleistung des Funktionierens der o.g. Aufgaben ist eine flächendeckende und umfassende Anbindung der vertragsärztlichen Praxen an die notwendige Infrastruktur erforderlich. Um eine rechtssichere Zurverfügungstellung der für diese Aufgaben notwendigen Mittel aus den einzelnen Aufgaben gemäß § 291a bis i zu gewährleisten, wäre es wünschenswert, eine umfassende Regelung für die Erstattung Kosten des Anschlusses der Praxen aufzunehmen. Die Kostenpauschalen sollten gegen die in den einzelnen Absätzen genannten Beträge aufgerechnet werden, die neben den IT-Sachkosten auch Kosten für vermehrten Personaleinsatz sowie anteilige Kosten für die Praxissoftware enthalten.

D. Weitere Änderungsvorschläge der KBV

1. Veröffentlichung von bundesmantelvertraglichen Regelungen im Internet

In § 82 Abs. 1 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Die Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge sind im Deutschen Ärzteblatt, durch Rundschreiben oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.“

Begründung

Mit der Ergänzung in § 82 Abs. 1 SGB V wird für die Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages analog zu den Regelungen zum Wirksamwerden der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 94 Abs. 2 Satz 1 und den Beschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 6 Satz 9 eine öffentliche Bekanntmachung vorgesehen. Die Bekanntmachungen der Vereinbarungen können entweder im Deutschen Ärzteblatt, durch Rundschreiben oder im Internet bzw. durch alle Medien gleichzeitig erfolgen. Zudem wird festgelegt, dass bei einer alleinigen Bekanntmachung im Internet immer zusätzlich ein Hinweis auf die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen ist, um das Auffinden des Beschlusses durch den Rechtsanwender zu gewährleisten.

2. Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 SGB V) / Ausbau der Telemedizin (§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt dazu folgende konkrete Regelungen vor:

Verträge über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter

- a) Die Partner des Bundesmantelvertrages fördern durch vertragliche Bestimmungen die Möglichkeit der persönlichen Leistungserbringung und Zusammenarbeit von Ärzten untereinander sowie mit geeigneten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, insbesondere medizinischen Fachangestellten, durch rechtliche Vorgaben für die Delegation der Ausführung ärztlicher Leistungen. Darin ist auch die Nutzung telemedizinischer Verfahren einzubeziehen.

- Ergänzung des § 85 Abs. 2 SGB V nach dem Vorbild sozialpsychiatrischer Versorgung (§ 85 Abs.2 Satz 4 SGB V)
- b) Einführung einer Richtlinienkompetenz u.a. zur Konkretisierung der Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung und Delegation, insbesondere bei aufsuchender Tätigkeit bei Hausbesuchen und in Pflegeheimen, sowie zu telemedizinischen Verfahren und Grundsätzen der ärztlichen Zusammenarbeit in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und überörtlichen Einrichtungen.
 - Ergänzung in § 75 Abs. 7 SGB V
- c) Regelung einer Anschubfinanzierung durch ergänzende Vereinbarungen der Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung (ähnlich wie heute für nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen der sozialpädiatrischen Versorgung).
- d) Gesetzliche Klarstellung, dass durch Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner Hilfeleistungen Medizinischer Fachangestellter im akzeptierten Rahmen der Delegation als persönliche Leistungserbringung des Vertragsarztes gelten und dass entsprechende Leistungen auch außerhalb des Praxissitzes ohne Anwesenheit des Arztes unter den vereinbarten Voraussetzungen auch als telemedizinische Leistungen erbracht werden dürfen.

Vorschläge für Gesetzesformulierungen

In § 85 Abs. 2 werden folgende Sätze 9, 10, 11, 12 und 13 angefügt:

„Satz 4 gilt entsprechend für Arztunterstützungsleistungen qualifizierten Praxisassistentenpersonals, insbesondere Medizinischer Fachangestellter. Die Bundesmantelvertragspartner bestimmen in einer Rahmenregelung auf der Grundlage fachlicher Standards der ärztlichen Fachgebiete die Voraussetzungen der Delegation ärztlicher Leistungen, insbesondere von Medizinischen Fachangestellten, und die Bedingungen der Qualitätssicherung. Die insoweit bestimmten Leistungen sind Leistungen des Vertragsarztes gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2. § 87 Abs. 2b Satz 5 bleibt unberührt. Sie regeln ferner Voraussetzungen und Umfang telemedizinischer Verfahren.“

In § 75 Abs. 7 wird in Nummer 4 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummern 5, 6 und 7 angefügt:

- „5. *Richtlinien über Leistungen Medizinischer Fachangestellter, welche diese im Rahmen der Delegationsvereinbarung nach § 85 Abs. 2 Satz 9 erbringen können; die Richtlinien sollen auch Leistungen bestimmen, welche zum Zwecke der Arztunterstützung durch qualifizierte Medizinische Fachangestellte in der Praxis und bei Hausbesuchen nach Anordnung des Arztes und im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenz erbracht werden dürfen; ebenso sollen die Richtlinien zu diesem Zweck Ausnahmen und entsprechende Kriterien für die Notwendigkeit der persönlichen Anwesenheit des Arztes in den Räumlichkeiten der Praxis oder bei Hausbesuchen bestimmen; ferner sind Anwendungen telemedizinischer Verfahren bei räumlicher Entfernung zwischen dem Arzt und der Medizinischen Fachangestellten unter Berücksichtigung fachlicher Standards zu regeln;*
6. *Richtlinien zu telemedizinischen Verfahren, welche zum Zwecke der Sicherstellung der notwendigen ärztlichen Versorgung, insbesondere bei Unterversorgungsverhältnissen, regeln näher, wie Patienten bei räumlicher Trennung von Arzt und Patient qualitätsgesichert auch zum Zwecke konsiliarischer Abklärung versorgt werden können. Dies schließt auch telemedizinische Anwendungen der vorläufigen Beratung, Diagnostik oder Therapie im Vorfeld eines folgenden persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts ein.“*
7. *Richtlinien über Grundsätze der ärztlichen Zusammenarbeit, auch der Zusammenarbeit von Vertragsärzten und angestellten Ärzten, in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und überörtlichen Einrichtungen.“*

3. Erprobungs- und Dienstleistungsregelung (möglicher Regelungsort § 87f oder im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a)

Es wird folgende Vorschrift ... eingefügt:

„§ ... Erprobungen und Dienstleistungen für telemedizinische Anwendungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und mit Spitzenverbänden anderer Sozialversicherungsträger Erprobungen und Dienstleistungen für telemedizinische Anwendungen für die ärztliche Versorgung der Versicherten der privaten Krankenversicherung und der Sozialversicherungsträger vereinbaren. Ziel soll vor allem die Verbesserung der Versorgungsstruktur und der Qualität der Versorgung sein, wobei im Vordergrund telematikgebundene Verfahren zu Konsiliarwesen, Verlaufskontrollen, Überweisungen, Entlassmanagement und Terminmanagement stehen sollen; hierbei sollen auch telemedizinische Anwendungen unter Nutzung mobiler Geräte untersucht werden. Für die Vereinbarungen ist vorzusehen, dass eigene Telematiknetze der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden. Die Datensicherheit und die zweckgebundene Datennutzung ist zu wahren. Sofern die Erprobung sich auch auf die Entwicklung und Gestaltung von Gebührenpositionen richtet, ist vor einer Vereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen.“

Begründung

Es erweist sich als notwendig, über den Regelungskreis der vertragsärztlichen Versorgung – ebenso wie im Rahmen von selektivvertraglichen Anwendungen - Erprobungen auch mit anderen Leistungserbringern erfolgen, um Erkenntnisse für den eigenständigen Regelungskreis der vertragsärztlichen Versorgung zu gewinnen. Die Telematikanwendung beschränkt sich auf die Nutzung des sicheren Netzes der Kassenärztlichen Vereinigungen – auch im Rahmen seiner künftigen Weiterentwicklung.