KBV

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 28. Oktober 2015

zum Entwurf eines Gesetzes
für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen
im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

A. Zusammenfassung ..... - 2 -

B. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen ..... - 3 -

Nr. 2 (§ 31a Medikationsplan) ..... - 3 -

Nr. 4 (§ 73 Abs. 8 Satz 7 Änderung) neue Auflagen für Verordnungssoftware; Informationen nach §131 Abs. 4 Satz 2 zum jeweils aktuellen Stand ..... - 5 -

Nr. 5 (§ 87 Abs. 1) Papiergebundene Verfahren ..... - 6 -

Nr. 10e (§ 291 Abs. 2b, § 291 Abs. 2b nach Satz 5 neu) VSDM ..... - 7 -

Nr. 13 (§ 291d) Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme ..... - 8 -

Nr. 13 (§ 291h) Übermittlung elektronischer Briefe ..... - 8 -

Nr. 5b (§ 87 Abs. 2a) und Nr. 13 (§ 291i) Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundübermittlung ..... - 8 -

Finanzierung der Kosten der Leistungserbringer für Ausstattung und laufendem Betrieb der Telematikinfrastruktur ..... - 9 -

C. Stellungnahme zu Sanktionierungen der KBV ..... - 11 -

D. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen ..... - 12 -

Änderungsantrag 3, Art. 1 Nr. 2a [neu] (§ 37 Abs. 6 SGB V) – Moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden ..... - 12 -

A. Zusammenfassung

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

Bei der Einführung komplexer technischer Systeme und Prozesse müssen immer Qualität und Praktikabilität Vorrang haben vor der Erfüllung von Terminvorgaben. Daher sind intensive Erprobungen der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen angeraten, bevor ein Produktivbetrieb beginnen kann – nur so kann die Sicherheit der Versorgung gewährleistet werden.
Die Terminvorgaben des Gesetzgebers sind aktuell jedoch mehr als eng bemessen, sodass die Gefahr besteht, dass keine ausreichende Erprobung der Komponenten der Telematikinfrastruktur erfolgen kann. Der Beginn der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements als erste Anwendung der Telematikinfrastruktur wurde bereits mehrfach durch die beteiligten Industrieunternehmen verschoben, weitere Verschiebungen sind auch in Zukunft absehbar. Die Gesellschafter arbeiten gemeinsam mit der Gesellschaft für Telematik (gematik) unter Hochdruck an zielführenden Lösungen, um die industriellen Defizite auszugleichen, jedoch muss wiederholt darauf hingewiesen werden, dass schlussendlich die beauftragten Industrieunternehmen verantwortlich sind für die termin- und kostengerechte Bereitstellung von sicheren Komponenten wie dem notwendigen Konnektor.

Die 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. Die KBV spricht sich vielmehr dafür aus, die Bereitschaft zur Durchführung des Onlineabgleichs in der vertragsärztlichen Versorgung freiwillig zu gestalten und finanziell zu fördern. Darüber hinaus sollte der Abgleich auch in Kassenfilialen erfolgen. Einer finanziellen Sanktionierung von Praxen oder Körperschaften bedarf es dann nicht mehr.

B. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Nr. 2 (§ 31a) Medikationsplan

Die KBV begrüßt die Einführung des Anspruchs der Versicherten auf Erstellung eines einheitlichen Medikationsplans durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt.

Im Rahmen der Änderung des Gesetzentwurfes durch den Regierungsentwurf wurde die Grenze für den Anspruch der Versicherten von ursprünglich fünf auf drei verordnete und gleichzeitig angewendete Arzneimittel abgesenkt. Die KBV sieht die Absenkung der Schwelle für den Anspruch der Versicherten kritisch, da dies aus medizinisch-inhaltlicher Sicht nicht ausreichend begründet ist. Aus der internationalen Literatur sowie verschiedenen Studien und Modellprojekten, die sich mit dem Thema Multimedikation befassen, ist ableitbar, dass die kritische Zahl an Medikamenten, ab der vermehrt Probleme bei der Arzneimittelanwendung entstehen können, bei fünf liegt.

Ein deutlicher Anstieg der anspruchsberechtigten Patienten würde zudem insbesondere den hausärztlichen Versorgungsbereich zusätzlich belasten. Zwar kann auch bei Patienten mit weniger als fünf verordneten Arzneimitteln im Einzelfall die Erstellung eines Medikationsplans medizinisch sinnvoll sein. Dies reicht aus Sicht der KBV, insbesondere unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes, jedoch nicht aus, um einen regelhaften Anspruch zu begründen. Hier wäre es vielmehr erforderlich, die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall durch den Arzt festzustellen.

Die KBV sieht es daher als zielführend an, den verbindlichen und regelhaften Anspruch des Patienten wie ursprünglich geplant ab einer gleichzeitigen Anwendung von mindestens fünf Medikamenten festzuschreiben. Bei festgestellter medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall ist selbstverständlich die Mitgabe eines Medikationsplans durch den Arzt ohnehin möglich.

Änderungsvorschlag:

§ 31a Abs. 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt formuliert:

> *„Versicherte, die gleichzeitig mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt.“*

Alternativ könnte der Gesetzgeber vollständig auf die Nennung einer konkreten Zahl von Arzneimitteln verzichten und vielmehr auf die medizinische Notwendigkeit fokussieren sowie die Regelung der notwendigen Details den Vertragspartnern der Selbstverwaltung überlassen. Damit wäre zugleich sichergestellt, dass einerseits auch Versicherte mit weniger Arzneimitteln bei medizinischer Notwendigkeit mit einem Medikationsplan versorgt werden, andererseits aber keine Ansprüche der Versicherten entstehen, die ggf. im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V stehen.

Alternativer Änderungsvorschlag:

§ 31a Abs. 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt formuliert:

> *„Versicherte haben, soweit dies medizinisch notwendig ist, ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt."*

Zertifizierung von Funktionen des Medikationsplans in den Praxissystemen

Die KBV begrüßt die Klarstellung durch den im Regierungsentwurf neu formulierten Absatz 5 zum § 31a SGB V, dass die für die einheitliche Speicherung der Daten des Medikationsplans in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) notwendigen Rahmenbedingungen über die Fortschreibung der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 zu schaffen sind. Dabei fehlt es jedoch an der Möglichkeit, diese und die weiteren Vorgaben nach Absatz 4 zu Inhalt, Struktur und Fortschreibung des Medikationsplans in den Praxisinformationssystemen verbindlich durchzusetzen.

Erste Erfahrungen aus Modellprojekten zeigen, wie schwer es ist, die Hersteller von Praxissoftware zu bewegen, die für einen einheitlichen Medikationsplan notwendigen Funktionalitäten in der geforderten Zeit und Qualität bereitzustellen. Selbst bei freiwilliger Umsetzung der Vorgaben durch die Softwarehersteller hätten Ärzte kaum die Möglichkeit, festzustellen, ob diese Umsetzung in der Software auch korrekt erfolgt ist und in allen Punkten den Vorgaben entspricht. Setzt ein PVS-Hersteller die Vorgaben gar nicht um, müsste der Vertragsarzt zur Erfüllung des gesetzlichen Anspruchs des Patienten ggf. einen Plan ohne Softwareunterstützung erstellen, wobei die geforderte Einheitlichkeit bei der Umsetzung der Vorgaben nur schwer zu erreichen wäre.

Auch könnte eine fehlerhafte oder unvollständige Umsetzung der Vorgaben zu Verunsicherungen der Patienten oder im Extremfall zu patientengefährdenden Situationen führen. Der Arzt wird zweifellos verpflichtet sein, den ausgedruckten Plan vor Übergabe an den Patienten noch einmal auf inhaltliche Richtigkeit zu prüfen. Dennoch könnte dabei das Abweichen von vereinbarten Standards oder das Fehlen einzelner Daten nicht auffallen. Hier kann ein Zertifizierungsverfahren zumindest sicherstellen, dass der Ausdruck vollständig den Vorgaben entspricht.

Die KBV hält aus den oben genannten Gründen die Verankerung einer verbindlichen Zertifizierung von Softwarefunktionalitäten zur Erstellung des papiergebundenen Medikationsplans im SGB V für unabdingbar. Unter diesem Aspekt hatte die KBV in der Kommentierung des Referentenentwurfs eine Neustrukturierung des § 78 Abs. 8 Satz 7 SGB V vorgeschlagen, die jedoch im Gesetzgebungsverfahren nicht aufgegriffen wurde.

Die KBV ist weiterhin bereit, die Funktionalitäten zur Erstellung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V im Rahmen des bereits etablierten Zertifizierungsverfahrens für Verordnungssoftware nach § 73 Abs. 8 SGB V zu prüfen und damit eine einheitliche Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen sicherzustellen und macht folgenden Vorschlag zur Ergänzung des § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V:

Änderungsvorschlag:

In § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V wird das Wort „sowie" durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 130a Absatz 8" ein Komma und die Wörter

> *„die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 sowie die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen“*

eingefügt.

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

Die KBV hatte bereits im Rahmen der Stellungnahme zum Referentenentwurf darauf hingewiesen, dass sie die vorgesehene Regelung zur Aktualität der Daten nicht mittragen kann.

Zum einen zeigt sich, dass die Begründung, es käme aufgrund der mangelnden Aktualität der Arztsoftware vermehrt zu Retaxationen in den Apotheken, so nicht belegbar ist. Weder den Apothekerverbänden noch den Krankenkassen liegen belastbare Zahlen vor, in welchem Umfang und aus welchen Gründen retaxiert wird. Es ist vielmehr anzunehmen, dass die fehlende Zertifizierung von Apothekensoftware und damit die fehlende Verbindlichkeit der dort hinterlegten Funktionen und Informationen zum Rabattaustausch und zu den Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie mit ursächlich für Retaxationen ist.

Zum anderen würde eine zweiwöchige Aktualisierung der Verordnungssoftware in den Arztpraxen erhebliche Bürokratiekosten verursachen. Die KBV fordert daher, auf diese Regelung im Gesetz zu verzichten und sie wie bisher den Vertragspartnern des Bundesmantelvertrags zu überlassen.

Änderungsvorschlag:

Wegfall der unter Nummer 4 geplanten Gesetzesänderung

Sollte der Gesetzgeber an einer gesetzlichen Regelung festhalten, so muss mindestens die Aufnahme von Übergangsfristen bis zur Einführung einer geeigneten sicheren Infrastruktur für Online-Updates sowie von geeigneten Ausnahmeregelungen, z.B. für Arztpraxen mit geringem Verordnungsaufkommen, erfolgen. Zudem muss klargestellt werden, dass eine regelmäßige Aktualisierung nur über eine sichere IT-Infrastruktur erfolgen kann.

Alternativer Änderungsvorschlag:

Sollte der Gesetzgeber trotz der aufgezeigten Schwierigkeiten an der Umsetzung einer gesetzlichen Regelung zur Aktualität der Daten festhalten, könnte § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V abweichend von dem oben genannten Vorschlag wie folgt formuliert werden:

In § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 130a Absatz 8“ ein Komma und die Wörter

> *„die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 soweit verfügbar zum jeweils aktuellen Stand sowie die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen“*

eingefügt.

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 angebundenen sicheren Netzen zur Verfügung.“

Ferner muss aus Sicht der KBV die Quelle der verbindlich aktuell zu haltenden Daten im Gesetz konkret benannt werden, da schon heute im Rahmen des von der KBV durchgeführten Zertifizierungsverfahrens immer wieder Probleme mit Datenbankanbietern bekannt werden, die zum Teil unterschiedliche Daten und Datenstände bereitstellen. Eine in Bezug auf die verbindlichen Dateninhalte und Datenstände konkrete vertragliche Regelung zur Bereitstellung der notwendigen Daten nach § 131 Abs. 4 SGB V muss mit Beteiligung der KBV erfolgen und die Bereitstellung der geforderten Daten für die gesetzlich gewollte Information der Vertragsärzte ausdrücklich berücksichtigen.

Änderungsvorschlag:

§ 131 Abs. 4 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 10 werden folgende Sätze angefügt:

„Zum Zweck der Verwendung in elektronischen Programmen nach § 73 Abs. 8 Satz 7 veröffentlichen die pharmazeutischen Unternehmer oder ein von ihnen beauftragtes Unternehmen regelmäßig die verbindlichen Angaben nach Satz 6 i.V.m. den Sätzen 1 und 2 in Form eines kostenfreien, einheitlich strukturierten und elektronisch weiterverarbeitbaren Verzeichnisses. Das Nähere zu Inhalt und Struktur des Verzeichnisses vereinbaren die Verbände nach § 129 Abs. 2 und die KBV.“

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

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

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 Kassenärztlichen Vereinigungen (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:

In § 87 Abs. 1 SGB V wird folgender Satz angefügt:

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

Nr. 10e (§ 291 Abs. 2b, § 291 Abs. 2b nach Satz 5 neu) VSDM

Absatz 2b beschreibt das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM).

KBV

Die Durchführung des Abgleichs der Versichertenstammdaten stellt einen erheblichen Zeitaufwand für die Arztpraxen dar. Während für die Nutzung von Anwendungen, wie Notfalldaten und Medikationsplan, eine Vergütung vorgesehen ist, ist dies nicht explizit für die Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements nach § 291 Abs. 2b SGB V vorgesehen. Dies erscheint jedoch angemessen, da zusätzlich zum einfachen Einlesen der eGK weitere Aufwände entstehen. Der Abgleich der Versichertenstammdaten ist originäre Aufgabe der Krankenkassen, die Aufgabe sollen die Praxen übernehmen. Die sich daraus ergebenen Einsparungen bei den Krankenkassen sollten an die Vertragsärzte weitergegeben werden. Die KBV fordert daher eine Vergütung dieser Tätigkeit. Die Verhandlungspartner sollten bei der Finanzierung des Versichertenstammdatenmanagements während des Rollouts darüber hinaus ein Bonussystem vorsehen können.

Der Beginn der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements wurde durch die beteiligten Industrieunternehmen bereits mehrfach verschoben. Der durch den Gesetzgeber vorgegebene Zeitpunkt für den Beginn des bundesweiten Rollouts zur Einführung des Versichertenstammdatenmanagements zum 30.06.2016 ist daher nicht haltbar. Die Gesellschafter arbeiten gemeinsam mit der gematik unter Hochdruck an zielführenden Lösungen, jedoch muss wiederholt darauf hingewiesen werden, dass schlussendlich die beauftragten Industrieunternehmen verantwortlich sind für die termin- und kostengerechte Bereitstellung von sicheren Komponenten. Eine realistischere Terminierung der gesetzlich vorgeschriebenen Zeitpunkte ist daher angeraten.

Die 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 Durchführung des Onlineabgleichs freiwillig zu gestalten und 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.

Änderungsvorschlag:

Statt der in § 291 Abs. 2b SGB V vorgesehenen Änderung wird in § 291 Abs. 2b nach Satz 5 SGB V folgender Satz eingefügt:

> *„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen erhalten für jede durchgeführte Prüfung nach Satz 3 einen Zuschlag von 1,00 Euro nach § 291a Abs. 7b Satz 1, der außerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung zu zahlen ist. Das Nähere zur Abrechnung des Zuschlags regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Richtlinie im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“*

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

Der KBV wird die Befugnis gegeben, offene Schnittstellen zu definieren, mit denen es den Leistungserbringern erleichtert wird, Patientendaten elektronisch zu archivieren und Praxisverwaltungssysteme zu wechseln. Dazu sollen offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel integriert werden. Die KBV trifft die erforderlichen Festlegungen hierzu und bestätigt auf Antrag eines Anbieters, dass das System die Anforderungen erfüllt.

KBV

Eine Verpflichtung seitens der Anbieter zur Integration von offenen Schnittstellen sowie zur Zertifizierung dieser bei der KBV gibt es nicht. Die KBV geht daher davon aus, dass das Ziel des Gesetzgebers der Förderung der Interoperabilität ohne eine verpflichtende Zertifizierung der Systeme nicht erreicht werden kann.

Die KBV schlägt daher vor, eine verpflichtende Zertifizierung der Arztinformationssysteme durch die KBV bei der systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten zu etablieren.

Nr. 13 (§ 291h) Übermittlung elektronischer Briefe

KBV

Die KBV begrüßt ausdrücklich den geplanten extrabudgetären Zuschlag für die Jahre 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. Aus Sicht der KBV ist es nicht sinnvoll, hier eine Finanzierung einzig in Abhängigkeit des einzelnen versendeten Briefes zu gestalten.

Es muss durch eine Strukturpauschale sichergestellt werden, dass Investitions- und laufende Kosten gedeckt werden, dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der durch die in § 291h Abs. 1 SGB V geregelten zu berücksichtigenden Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Abs. 4 SGB V durch den Wegfall des Versandes durch Post-, Boten - oder Kurierdienste. Aufgrund des Zeitpunktes des Inkrafttretens des Gesetzes sollte im Sinne der Nachhaltigkeit der Zuschlag für das Übermitteln eines elektronischen Briefes für zwei Jahre, vom 01.04. 2016 bis zum 31.03.2018 gezahlt werden.

Einen Änderungsvorschlag der KBV zur Abbildung der Infrastrukturkosten hat die KBV bereits in Rahmen der Kommentierung des Referentenentwurfes dargelegt.

Nr. 5b (§ 87 Abs. 2a) und Nr. 13 (§ 291i) Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundübermittlung

Nach der Regelung in § 291i SGB V vereinbart die KBV mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) im Benehmen mit der gematik spätestens bis zum 30.06.2016 die Anforderung an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbe-

sondere Einzelheiten hinsichtlich Qualität, Sicherheit und technische Umsetzung. Auf der Grundlage dieser Vereinbarung beschließt der Bewertungsausschuss Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 2a SGB V bis spätestens zum 31.12.2016 mit Wirkung zum 01.04.2017.

KBV

Die KBV begrüßt die Benennung konkreter telemedizinischer Leistungen, die durch den Gesetzgeber eingeführt werden sollen. 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 Festlegung technischer Verfahren zwischen zwei Ärzten 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-SV und der gematik festlegt. Dies würde auch ein aufwändiges und zeitintensives Schlichtungsverfahren vermeiden.

Änderungsvorschlag:

§ 291i Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

> *„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten 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.“*

Finanzierung der Kosten der Leistungserbringer für Ausstattung und laufendem Betrieb der Telematikinfrastruktur

Nach § 291a Abs. 7 SGB V werden den Leistungserbringern die erstmaligen Anschaffungskosten sowie die Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen, finanziert.

Um die Sicherheit und Funktionalität der Telematikinfrastruktur dauerhaft gewährleisten zu können, müssen im Bedarfsfall auch Geräte ausgetauscht werden. Die Kosten für den Austausch von sicherheitstechnisch oder funktional veralteten Geräten sollten den Leistungserbringern finanziert werden.

Änderungsvorschlag:

Die KBV schlägt daher folgende Formulierung für § 291a Abs. 7 SGB V vor:

> *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spit-*

zenorganisation der Apotheker auf Bundesebene treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. *der erforderlichen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern entstehen sowie*
2. *der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen.“*

C. Stellungnahme zu Sanktionierungen der KBV

Die vom Gesetzgeber vorgesehenen Sanktionen werden abgelehnt. Nach Auffassung der KBV ist eine Haushaltssperre rechtlich unzulässig.

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 gematik keine entsprechenden Beschlüsse trifft. Zwar ist die KBV Gesellschafter der 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 gematik und von der gematik beauftragter Unternehmen ist daher nicht akzeptabel.

D. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Änderungsantrag 3, Art. 1 Nr. 2a [neu] (§ 37 Abs. 6 SGB V) Moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) nach § 92 SGB V fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Krankenhausvermeidungspflege und Sicherungspflege) auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Mit der geplanten Änderung sollen als Orte im o.g. Sinne im Einzelfall Einrichtungen in Betracht kommen, die insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen in besonderer Weise zur Leistungserbringung geeignet und bestimmt sind. Die Erweiterung des § 37 Abs. 6 SGB V soll aktuelle Entwicklungen und Fortschritte, vor allem in der Wundversorgung, berücksichtigen und zielt auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden ab. Schließlich sollen diese Wundzentren bzw. ähnliche Einrichtungen als mögliche Leistungserbringer in der GKV berücksichtigt bzw. gestärkt werden.

KBV

Grundsätzlich ist das Anliegen, den pflegerischen Versorgungsbedarf von chronischen Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu stärken, zu begrüßen. Bereits heute gibt es gute Versorgungsansätze zur Wundversorgung sowohl in der Vertragsärzteschaft als auch im Bereich der Pflege bzw. häuslichen Krankenpflege (spezialisierte Pflegedienste). Beispielshaft sei eine Vereinbarung in Westfalen-Lippe zur Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms genannt. Ziel dieser Vereinbarung ist u.a. eine Reduzierung der Wundbehandlungszeit durch eine effiziente, stadienadaptierte Wundbehandlung.

Mit dem Änderungsantrag sollen die Wundzentren als Leistungsort der häuslichen Krankenpflege in der Richtlinie des G-BA verankert werden. Charakteristisch für einen Leistungsort der häuslichen Krankenpflege ist, dass sich die Versicherten dort regelmäßig wiederkehrend aufhalten. Dies trifft z.B. auf Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten, nicht aber auf Wundzentren zu. Wundzentren stellen demgegenüber ein Behandlungssetting, nicht aber eine Häuslichkeit oder einen sonstigen geeigneten Ort im Sinne der HKP-RL dar. Eine Öffnung der Wundzentren für die häusliche Krankenpflegepflege würde die Frage aufwerfen, ob auch in anderen Behandlungssettings, häusliche Krankenpflege erbracht werden kann.

Die Behandlung der Patienten würde dann in den Wundzentren durchgeführt. D.h. es handelt sich gerade nicht – wie im Fall der häuslichen Krankenpflege – um eine aufsuchende Leistung. Nur dann, wenn die Patienten nicht mobil sind, übernimmt häufig externes Pflegepersonal die Versorgung, z.B. in der Häuslichkeit der Patienten. Die eigentliche Intention der häuslichen Krankenpflege, die Versorgung der Patienten in ihrer Häuslichkeit durchzuführen, wird damit nicht erfüllt und stellt einen Sonderfall dar.

Voraussetzung einer solchen Regelung ist sowohl die Definition der konkreten Leistungserbringung als auch des Leistungsortes. Ebenso sind Anforderungen an die Qualifikation der Wundzentren zu stellen. Erfahrungen liegen bislang nicht in systematisierter Weise vor. Aufgrund der Vielgestaltigkeit der im Wundmanagement etablierten Ansätze (Setting wie Therapieoptionen) bietet es sich deshalb aus Sicht der KBV an, im Rahmen von Erprobungsvorhaben zur Integration eines solchen Leistungsangebotes grundlegende Erfahrungen zu sammeln und dies mit dem Ziel der Überführung in die Regelversorgung. Mit dem Innovationsfonds sind hierfür erstmalig die Voraussetzungen geschaffen worden, auch kassenartenüber-

greifende Erprobungen einleiten zu können. Unbenommen davon steht es den Krankenkassen heute schon frei, jederzeit durch Vereinbarungen nach § 140a SGB V Wundzentren in die Leistungserbringung der GKV einbinden zu können.