

Bleibtreustraße 24 | 10707 Berlin

Telefon 030 88714373-30

Telefax 030 88714373-40

Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln

Telefon 02203 5756-0

Telefax 02203 5756-7000

www.hausaerzteverband.de

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0139(27)

gel. VB zur öAnhörung am 04.11.

15_eHealth

03.11.2015

Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.

Zu folgenden Vorlagen:

- I. Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen BT-Drucksache **18/5293**

- II. Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen -18/5293-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache **18/6012**

- III. Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Elektronische Gesundheitskarte stoppen - Patientenorientierte Alternative entwickeln

BT-Drucksache **18/3574**

- IV. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sicher vernetzt, gut versorgt - Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der

Patienten gestalten BT – Drucksache **18/6068**

Geschäftszeichen: PA 14-5410-058:

Köln/Berlin, im November 2015

I. Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen BT-Drucksache 18/5293

A. Vorbemerkung:

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. begrüßt den Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen in seiner Zielsetzung und in Teilen seiner Regelungsinhalte.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich aus Gründen der besseren Übersicht und Lesbarkeit im Wesentlichen auf die Regelungsbereiche, die aus diesseitiger Sicht überprüft und geändert werden sollten.

Dabei gliedert sich die Stellungnahme in folgende drei Themenblöcke:

- I. **Anspruch der Versicherten auf einen Medikationsplan – § 31a SGB V - E**
- II. **Organisation der Gesellschaft für Telematik – § 291b Abs. 2a SGB V - E**
- III. **Neuregelungen zur Integration offener Schnittstellen in IT-Systemen – § 291d Abs. 1 und 2 SGB V - E**

B. Stellungnahme

I. **Anspruch der Versicherten auf einen Medikationsplan**

Art. 1 Nr. 2 und Nr. 4 – Medikationsplan

Die gesetzliche Einführung und Etablierung eines Medikationsplans, auf dessen Erstellung, Aktualisierung und Aushändigung Versicherte einen Anspruch haben, wird ausdrücklich begrüßt.

Die Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Normierung des Anspruchs von Versicherten auf Ausstellung eines einheitlichen Medikationsplans ist eine richtige und sinnvolle Ergänzung der Versorgung der Versicherten. Versicherte, die mindestens drei verordnete Medikamente anwenden, sollen zukünftig einen Anspruch auf Erstellung, Aktualisierung und Aushändigung eines Medikationsplans gegenüber ihrem Hausarzt haben. Der Medikationsplan soll alle verordneten sowie nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aufführen; ferner sind auch Hinweise auf Medizinprodukte, die für die Pharmakotherapie von Bedeutung sind, anzugeben. Bei Auftreten einer Veränderung in der medikamentösen Behandlung des Patienten muss der Medikationsplan aktualisiert werden.

Ausgehend von der zentralen Koordinierungsfunktion des Hausarztes (§ 73 Abs. 1, 1b i. V. m. § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V) muss die **gesetzliche** Neuregelung jedoch zwingend auf den Regelungsgehalt des § 31a i. d. F. des Referentenentwurfs vom 19. Januar 2015 zurückgeführt werden. Die Begründung hierfür folgt aus der zutreffenden Gesetzesbegründung (vgl. B. Besonderer Teil, zu Art. 1, zu Nr. 2, zu Abs. 1):

*„Die ärztliche Betreuung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen des Versicherten wird im Gesundheitswesen **in der Regel** durch den **Hausarzt** durchgeführt. Ärzte, die den Versicherten neben dem Hausarzt ebenfalls behandeln, haben dem Hausarzt gemäß § 73 Absatz 1b unter anderem auch die Informationen zu Arzneimittelverschreibungen zu übermitteln. Dem Hausarzt liegen somit aufgrund seiner Koordinations- und Dokumentationsleistungen die für die Erstellung und spätere Aktualisierung eines Medikationsplans erforderlichen Informationen zum Versicherten vor, sodass auch der Medikationsplan in der Regel durch den Hausarzt erstellt und aktualisiert werden kann.“*

Dem – ebenfalls in der Gesetzesbegründung zutreffend beschriebenen – Umstand, dass nicht jeder Versicherte seinen Hausarzt im Sinne des § 76 Abs. 3 S. 2 SGB V gewählt hat, kann dadurch Rechnung getragen werden, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere für diese Fälle regeln sollen; z. B. könnte dann der Anspruch des Versicherten gegenüber jedem anderen Vertragsarzt seiner Wahl gelten.

Damit würde im Sinne der Gesetzesbegründung zu § 31a gesetzes- und versorgungssystematisch der **Regelfall** (s. o.) im Gesetz verankert, während die Ausnahmefälle durch die Vertragspartner KBV und Spitzenverband Bund festgelegt werden können. Nur so besteht Rechtssicherheit für die Versicherten und Leistungserbringer. Lediglich Ausführungen, wenn auch inhaltlich zutreffend, in Gesetzesbegründungen schaffen diese Rechtssicherheit und Rechtsklarheit nicht.

Vor diesem Hintergrund wird folgende Änderung von § 31a angeregt:

zu Art. 1 Nr. 2 – § 31a Abs. 1 und 3 SGB V – neu (Zuständigkeit des Hausarztes für das Erstellen, die Aktualisierung und Aushändigung des Medikationsplans; Ausnahmeregelung, wenn Versicherte keinen Hausarzt gem. § 76 Abs. 3 S. 2 gewählt haben).

In § 31 werden die Abs. 1 und Abs. 3 wie folgt gefasst:

- (1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 01. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung, Aktualisierung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch ihren Hausarzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1, insbesondere zu den Fällen, in denen Versicherte keinen Hausarzt nach § 76 Abs. 3 S. 2 gewählt haben, vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 01. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge.
- (2) ...
- (3) Versicherte haben gegenüber den sie behandelnden Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, Krankenhäusern und den sie beliefernden oder versorgenden Apotheken Anspruch auf tagesaktuelle Weitergabe der Verordnungs- und Abgabedaten an den von ihnen gewählten Hausarzt. Dieser hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die

Medikation ändert oder Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Medikation eingetreten ist.

Ferner sollte nochmals überprüft werden, ob vor dem Hintergrund der in § 31a SGB V - E verankerten Versorgungsziele die bereits geltende Pflicht (§ 73 Abs. 1b SGB V) mitbehandelnder Ärzte zur Übermittlung von Verordnungen an den behandelnden Hausarzt vor dem Hintergrund der realen Versorgungspraxis ausreichend ist. Hier ist es keineswegs so, dass mit- oder weiterbehandelnde Ärzte dem Hausarzt des Versicherten jeweils aktuell die von ihnen veranlassten Arzneimittelverschreibungen übermitteln. Entsprechendes gilt erst recht für die Abgabe nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch – unterschiedliche – Apotheken. Diese Bedenken gelten jedenfalls so lange, bis der Medikationsplan als Bestandteil der elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a Abs. 3 Nr. 3a und b SGB V - E) eingesetzt werden kann und – wie gesetzlich vorgesehen – alle in die Verordnung und/oder Abgabe von Arzneimitteln eingebundenen Leistungserbringer verpflichtet sind, die entsprechenden Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte zu hinterlegen.

Wichtig und sinnvoll ist im Zusammenhang mit Arzneimittelverordnungen auch die geplante Neuregelung in § 73 Abs. 8 S. 7 SGB V - E, wonach die elektronischen Programme zur Arzneimittelverordnung zukünftig immer auf dem aktuellen Stand der Preis- und Produktinformationen sein sollen.

II. Organisation der Gesellschaft für Telematik – § 291b Abs. 2a SGB V – E

Art. I Nr. 12 h)

Im Kontext der bestehenden wie auch der geplanten Regelungen für den Auf- und Ausbau einer einheitlichen Telematikinfrastruktur ist auffällig, dass der versorgungsrelevante Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) keine angemessene Berücksichtigung bei der Entwicklung einer – auch für diese Versorgungsformen relevanten – einheitlichen Telematikinfrastruktur findet. Aktuell nehmen rund 18.400 Hausärzte und ca. 4 Millionen Versicherte an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teil; Tendenz steigend. Damit ist die Hausarztzentrierte Versorgung nicht nur ein bedeutender Bestandteil der ambulanten Versorgung der Versicherten, sondern sie ist auch Garant für eine ständige Weiterentwicklung der Versorgung in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Hierfür sind wiederum eigene, gleichermaßen mit anderen Versorgungsbereichen und Leistungserbringern kompatible IT-Strukturen und Anwendungen notwendig. Konkret geht es dabei um die Kommunikation/den Datenaustausch der selektivvertraglichen Teilnehmer untereinander, wie z. B. zwischen Hausarzt und dem selektivvertraglichen Rechenzentrum, der Hausärzte untereinander und der Hausärzte mit ihren Versicherten, aber auch um die Kommunikation und den Datenaustausch mit Organisationen und Leistungserbringern im Kollektivvertragssystem, in anderen besonderen Versorgungsformen (z. B. § 73b und 140a SGB V) und mit Leistungserbringern aus anderen Sektoren, wie z. B. Krankenhäusern, Pflegeheimen, etc.

Damit wird deutlich: Selektivverträge sind keine abgeschlossenen und für sich existierenden Versorgungsformen, sondern sie sind Bestandteil der medizinischen Versorgung insgesamt, und dies mit – politisch und gesetzgeberisch gewollter – zunehmender Bedeutung.

Nach Auffassung des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. ist es daher unerlässlich, dass er als maßgebliche Spitzenorganisation der an der HZV teilnehmenden Ärzte an dem Aufbau, der Umsetzung und Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur angemessen beteiligt wird.

Konkret bietet sich hier mindestens die Einbindung des Deutschen Hausärzteverbandes e.V. als die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte maßgebliche Bundesorganisation in den Fachbeirat nach § 291b Abs. 2a SGB V - E an.

Vor diesem Hintergrund wird folgende Änderung von § 291b Abs. 2a angeregt:

zu Art. 1 Nr. 22 h) § 291b Abs. 2a – neu (Erweiterung des Beirates der gematik nach § 291b Abs. 2a S.7 SGB V um die auf Bundesebene maßgebliche Spitzenorganisation für die Wahrnehmung der beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teilnehmenden Hausärzte).

§ 291b Abs. 2a S. 7 wird wie folgt gefasst:

Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Spitzenorganisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, der oder dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem oder der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie **der auf Bundesebene für die Wahrnehmung der beruflichen und wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisation der an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen Hausärzte.**

Welche Bedeutung die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V für eine zukunftssichere, innovative, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung für alle Versicherten hat, wird deutlich, wenn man die von der Bundesregierung beschlossene Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz betrachtet; die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist nicht nur eine neue, sondern zwischenzeitlich eine alternative Versorgungsform. Dieser Ansatz sollte konsequent und im Sinne der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag auch im Rahmen dieses Gesetzgebungsvorhabens weiter verfolgt werden. Nur mit einer starken Hausarztzentrierten Versorgung unter fairen Wettbewerbsbedingungen kann auf die bestehenden und künftigen Herausforderungen in der Primärversorgung lösungsorientiert reagiert werden.

III. Neuregelungen zur Integration offener Schnittstellen in IT-Systemen – § 291d Abs. 1 und 2 SGB V - E

Art. 1 Nr. 13 – (Systemneutrale und diskriminierungsfreie) Öffnung und Standardisierung von Schnittstellen (§ 291 Abs. 1 und 2 SGB V - E)

Der Aufbau einer einheitlichen Telematikinfrastruktur für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und deren Anwendungen wird ebenso begrüßt, wie deren „Öffnung“ für weitere Anwendungen, wie z. B. die sichere Telekommunikation zwischen mehreren Ärzten, die Erbringung telemedizinischer Leistungen, etc.

Entscheidend für den Erfolg einer solchen einheitlichen Telematikinfrastruktur wird sein, dass diese diskriminierungsfrei sowie system- und wettbewerbsneutral ausgestaltet, umgesetzt und genutzt werden kann. Dies gilt insbesondere für den Zugang und die Nutzung der Telematikinfrastruktur außerhalb der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte.

Soweit auf der Grundlage der geplanten Neuregelungen in § 291d SGB V - E für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung – im Benehmen mit der gematik – festgelegt werden sollen, ist zwingend **gesetzlich** sicherzustellen, dass in die in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen informationstechnischen Systeme (Praxisverwaltungssysteme bzw. Arztinformationssysteme) offene und standardisierte Schnittstellen integriert werden, die in allen (zulässigen) Nutzungs- und Anwendungsbereichen eine systemneutrale und diskriminierungsfreie Nutzung gewährleisten, und dies nicht nur für die Fälle der Archivierung von Patientendaten. Das reicht nicht!

Vor diesem Hintergrund wird folgende Änderung von § 291b Abs. 2a angeregt:

zu Art. 1 Nr. 13 – § 291d Abs. 1 und 2 SGB V – neu (Festlegungen der Schnittstellen in der vertragsärztlichen Versorgung müssen diskriminierungsfreien und systemneutralen Datenaustausch gewährleisten).

§ 291d Absätze 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

(1) 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. Krankenhäusern

sollen so bald wie möglich offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur **systemneutralen** Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel integriert werden.

(2) Für die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen

und standardisierten Schnittstellen. **Die Festlegungen nach Satz 1 sind so zu treffen, dass jederzeit eine systemneutrale und diskriminierungsfreie Nutzung der informationstechnischen Systeme gewährleistet ist.** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen **nach den Sätzen 1 und 2** erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

C. Zusammenfassung

Insgesamt sollte bei dem Aufbau, der Umsetzung und Weiterentwicklung der neuen Telematikstrukturen die Hausarztzentrierte Versorgung als fester Bestandteil der Versorgung und sich stetig weiterentwickelnder Versorgungsbereich stärker berücksichtigt werden. In diesem Sinne sollte dieses Gesetz den Zielsetzungen und Regelungen der letzten Reformgesetze, nicht zuletzt dem gerade kürzlich in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, folgen. Die Hausarztzentrierte Versorgung ist bereits heute ein wesentlicher Faktor bei der flächendeckenden Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Zudem ist sie geeignet und nachweisbar in der Lage, wesentlich flexibler, schneller und effektiver auf Anforderungen in der Versorgung der Versicherten zu reagieren. Innovative und versorgungsverbessernde Elemente können und werden im Rahmen von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung schlichtweg besser umgesetzt als in dem insgesamt sich vielfach selbst und gegenseitig behindernden und blockierenden System der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Anhand einiger weniger Beispiele soll diese Einschätzung belegt werden:

1. Im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Baden–Württemberg wurde durch den Deutschen Hausärzteverband e.V. ein Softwaremodul entwickelt, welches der Patientensicherheit dient: die Politik und Wissenschaft fordern seit Jahren verbesserte Funktionalitäten für die Arzneimittelverordnung bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. Der Deutsche Hausärzteverband hat diese Anforderung nun erfolgreich umgesetzt und in die Hausarztzentrierte Versorgung implementiert. Seit 1. Juli 2014 wird das **ArzneiMittelTherapieSicherheits-Modul (AMTS-Modul)** zunächst für HZV-Versicherte der AOK in Baden–Württemberg als „**Pilot**“ eingesetzt. Das AMTS-Modul unterstützt den Hausarzt bei der Betreuung von Patienten, indem es einen Hinweis auf den aktuellen GFR-Wert eines Patienten liefert. Der Arzt kann die zugrunde liegende Berechnung der Formel jederzeit überprüfen und nachvollziehen.

2. Ferner wird im Rahmen weiterer Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung mit dem Deutschen Hausärzteverband e.V. eine Arzneimitteltherapieoptimierung (AMTHO) eingesetzt, und zwar speziell zur Versorgungsverbesserung von geriatrischen Patienten. Der sogenannte AMTHO-Bogen richtet sich an geriatrische Patienten, die dauerhaft mindestens sechs verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen. Dokumentiert werden alle Verordnungen, ‘fachfremde’ Medikationen vom jeweiligen Facharzt sowie Medikationswechsel unter Angabe von Gründen, um so für den Patienten eventuell entstehende Wechselwirkungen oder Kontraindikationen frühzeitig erkennen und verhindern zu können. Hierdurch bietet der Deutsche Hausärzteverband e.V. eine weitere innovative Arzneimitteltherapieoptimierung für geriatrische Patienten mit einer Polymedikation an, wiederum verbunden mit einer Verbesserung der Patientengesundheit und der Wirtschaftlichkeit durch Vermeidung von Folgekosten. Der zunächst in Papierform vorliegende AMTHO-Bogen wird

nunmehr durch eine digitale Lösung ersetzt, um die Datenqualität zu erheben, die Datenübermittlung zu beschleunigen, eine bessere Weiterverarbeitung zu gewährleisten und Aufwände bei den Ärzten zu reduzieren.

3. Im Rahmen der Versorgungssteuerung ist es dem Deutschen Hausärzteverband e.V. ein Anliegen, eine rationale Pharmakotherapie für Arzt und Krankenkasse anzustreben. Deshalb setzen wir in unseren Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung ein Verordnungsmodul ein, das die teilnehmenden Hausärzte bei der Auswahl von Arzneimitteln nach pharmakologischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten unterstützt. Mittels der innovativen Technologie kann die Versorgung hier zielgenau und aktuell gesteuert werden. Von den vielen Möglichkeiten sind hier beispielhaft die Anzeige von Priscus-Präparaten oder eine für die Krankenkassen attraktive wirkstoffübergreifende Substitution in Form einer Ampelsystematik zu nennen. Die entsprechenden Daten werden den Hausärzten 14-tägig aktualisiert zur Verfügung gestellt.

4. Bereits seit 2008 (beginnend im Rahmen der Verträge mit der AOK Baden-Württemberg) hat der Deutsche Hausärzteverband e.V. mit seiner Managementgesellschaft (HÄVG) eine hochsichere flächendeckende IT-Infrastruktur und Vernetzung zur Administration der Versorgungsverträge entwickelt und umgesetzt. In diese Infrastruktur sind zwischenzeitlich neben mehr als 18.400 Hausärzten auch zahlreiche Fachärzte eingebunden. Diese Struktur wird derzeit bundesweit ausgerollt.

II. Unterrichtung durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen -18/5293-

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung BT-Drucksache 18/6012

./.

III. Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Elektronische Gesundheitskarte stoppen - Patientenorientierte Alternative entwickeln BT-Drucksache 18/3574

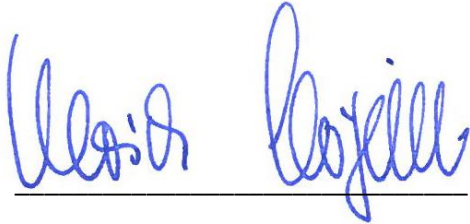
./.

IV. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

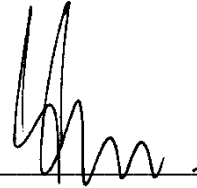
Sicher vernetzt, gut versorgt - Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der Patienten gestalten BT-Drucksache 18/6068

./.

Eine Ergänzung der Stellungnahme – insbesondere im Rahmen des Anhörungstermins am 04. November 2015 – bleibt ausdrücklich vorbehalten. Ebenso stehen wir für eine detaillierte Vorstellung der durch uns entwickelten Innovationen gerne und jederzeit zur Verfügung.



Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender



Joachim Schütz
Geschäftsführer und Justitiar