

STELLUNGNAHME

des Bundesverbands Managed Care e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen („E-Health-Gesetz“)

Digitale Technologien haben das Potenzial, die derzeitigen Versorgungsstrukturen und -prozesse grundlegend zu verändern. Die fehlende Koordination zwischen Sektoren, die unzureichende Einbindung des Patienten in Behandlungs- und Entscheidungsprozesse oder die Sicherstellung der Versorgung in schwer zu versorgenden Regionen sind nur einige der Herausforderungen, für die der Einsatz digitaler Technologien ein echter Innovationsschub bedeuten würde.

Das Thema E-Health von gesetzgeberischer Seite aufzunehmen, ist richtig. Klar ist jedoch auch: Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen setzen keine grundsätzlichen neuen Impulse, um die derzeitigen Versorgungsstrukturen aufzubrechen — sie sind jedoch Grundvoraussetzung für weitergehende Maßnahmen. Um ein nachhaltiges Momentum beim Thema E-Health zu erzeugen, schlagen wir folgende Änderungen vor:

I. Patientenbeteiligung an der Telematikinfrastruktur ist entscheidend.

Patientendaten gehören in die Hoheit des Patienten: Jeder Bürger muss die Möglichkeit haben, auf seine Daten, die über die Telematikinfrastruktur (TI) zur Verfügung stehen werden, elektronisch zuzugreifen, Zugriffsrechte zu verwalten und ein Opt-out zu erwirken. Darüber hinaus darf die Datenautobahn nicht zur Einbahnstraße werden: E-Health-Anwendungen für eine elektronische Kommunikation und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Patienten haben immenses Potenzial, um Koordinationsbarrieren abzubauen.

II. Das Fernbehandlungsverbot benötigt eine Liberalisierung.

Technologie ermöglicht neue Formen der Kontaktmöglichkeiten zwischen Patienten und ärztlichen/nichtärztlichen Leistungserbringern. Um diese zu nutzen bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass medizinische Leistungen auch mittels digitaler Medien erbracht werden können.

III. Gleichen Leistungen steht grundsätzlich die gleiche Vergütung zu.

Diagnostische und therapeutische Leistungen, die in gleicher Qualität über digitale Medien erbracht werden können, sollten identisch zur in persona erbrachten Leistung vergütet werden. Davon unbenommen bleibt, dass es etliche Leistungen gibt, für die der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt entscheidend ist.

IV. Telemedizin bietet das Potenzial zur Differenzierung der Krankenkassen im Wettbewerb. Dabei sollte aus Wahltarifen gelernt werden.

Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, ihren Versicherten Tarife mit Telemedizin-basierten Versorgungselementen anzubieten und entstehende Effizienzgewinne zur Preisdifferenzierung der Tarife zu verwenden.

BUNDESVERBAND MANAGED CARE E.V.

VORSTAND: PROF. DR. VOLKER AMELUNG, SUSANNE EBLE, RALF SJUTS,
DR. ROLF-ULRICH SCHLENKER, FRANZ KNEIPS, RALPH LÄGEL, HELMUT HILDEBRANDT

FRIEDRICHSTR. 136, 10117 BERLIN, TEL. 030 - 28 09 44 80, E-MAIL: BMCEV@BMCEV.DE, [HTTP://BMCEV.DE](http://BMCEV.DE)

V. Ziel muss eine offene, standardisierte Kommunikation über eine bundesweit flächendeckende Telematik-Infrastruktur mit darauf laufenden Applikationen sein.

Es gibt bereits eine Vielzahl an E-Health-Lösungen. Um Brüche und Schnittstellen in der Versorgung zu verhindern und die Skalierung guter Ansätze zu erleichtern, benötigen wir eine E-Health-Strategie, die auf eine einheitliche, flächendeckende Umsetzung abzielt. Dafür ist ein offener, hersteller- und geräteunabhängiger Austausch zwischen beliebigen Systemen notwendig, der nur durch einheitliche, gegebenenfalls gesetzlich vorgegebene, Standards für die technischen Schnittstellen umsetzbar ist.

VI. E-Health bedarf Investitionsbereitschaft – die Einführung moderner Technologien gibt es nicht zum „Null-Tarif“.

Wir müssen bereit sein, signifikante Investitionen in die IT-Infrastruktur zu tätigen. Es braucht jedoch auch einen politischen Willen, um E-Health endlich zu einer Priorität zu machen und bisherige Barrieren zu überwinden.

Weitere Ergänzungs- und Änderungsvorschläge zum vorliegenden Gesetzentwurf

VII. Die Interoperabilität der Systeme und Schnittstellen muss angegangen werden.

Um die Interoperabilität in Zukunft sicherzustellen, ist die Schaffung von Transparenz allein nicht ausreichend. Stattdessen müssten einheitliche Standards definiert und vorgegeben werden, die in einem maximal fünfjährigen Zyklus jeweils weiterzuentwickeln wären. So würden Innovationen und Wettbewerb zwischen Anbietern ermöglicht. Der G-BA sollte unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus Selbstverwaltung und Herstellern von IT-Lösungen ermächtigt werden, eine solche Entwicklung hin zu einheitlichen Standards vorzugeben und regelmäßig weiterzuentwickeln.

VIII. Die Einbeziehung nichtärztlicher Leistungserbringer ist richtig – sollte aber unmittelbar erfolgen.

Nichtärztliche Leistungserbringer sollten schnellstmöglich, nicht nur „perspektivisch“, in den Aufbau der Telematikinfrastruktur einbezogen werden. Sie spielen für eine Vielzahl kritischer Themen, wie das Entlassmanagement oder die Koordination zwischen Pflege und Akutversorgung eine entscheidende Rolle.

IX. Versicherte sollten einen Anspruch auf digitale Anwendungen erhalten.

Um die Geschwindigkeit der Einführung digitaler Anwendungen zu erhöhen, sollten die Versicherten einen Anspruch auf die Anwendungen wie u.a. Notfalldatensatz, elektronischer Entlassbrief und einen elektronischen Medikationsplan erhalten. Um dies umzusetzen sollte die Telematik in eine Organisationsstruktur überführt werden, die ihr führbare Strukturen und eine größere Interessenfreiheit gewährleistet.

Berlin, 29. Oktober 2015