

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0139(23)
gel. VB zur öAnhörung am 04.11.
15_eHealth
02.11.2015



Bundesverband der Krankenhaussträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)**

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

**und
zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
auf Ausschussdrucksache 18(14)0136.1**

(Stand: 2. November 2015)

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	5
Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	5
Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 31a Medikationsplan)	5
Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 87 Bundesmantelvertrag)	7
Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 291 elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)	8
Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur)	10
Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 291b Gesellschaft für Telematik).....	12
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291c Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik)	13
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291d Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme)	13
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291e Interoperabilitätsverzeichnis).....	14
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291f elektronischer Entlassbrief)	15
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291g Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen)	16
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291h Übermittlung elektronischer Briefe)	16
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291i Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung)	17
Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD	18
Änderungsantrag 3	18
Zu Artikel 1 Nr. 2a - neu (§ 37 Absatz 6 SGB V)	18
Änderungsantrag 8	19
Zu Artikel 1 Nr. 6d - neu (§ 140 Abs. 2 SGB V).....	19

Allgemeiner Teil

Der Gesetzentwurf ist deutlich defizitär bei der Einbindung der Krankenhäuser in eine künftige elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen. Die Krankenhäuser werden bei der Einführung telematischer Anwendungen systematisch „in die zweite Reihe“ gestellt und bleiben von der den Vertragsärzten ganz selbstverständlich zugesprochenen Vergütung für eine Erbringung telematischer Leistungen i. d. R. ausgeschlossen. Zwischenzeitlich droht wegen der sanktionsbewehrten Fristen für die Einführung telematischer Anwendungen sogar ein Ausschluss der Krankenhäuser von den anstehenden Erprobungsmaßnahmen mit dem nicht zutreffenden Argument, Krankenhäuser seien vom Versichertenstammdatenmanagement nicht originär betroffen.

Hiermit werden die immensen Chancen einer sektorenübergreifenden Telemedizin verschenkt und die Gräben zwischen den Sektoren vertieft. Es fehlt sowohl eine Ermächtigung der Krankenhäuser zur Erbringung telemedizinischer ambulanter Leistungen, als auch die Berücksichtigung bei telemedizinischen Konsiliarleistungen, die Gleichberechtigung der Krankenhäuser bei der Nutzung des elektronischen Versichertenstammdatenmanagements und des papiergebundenen Medikationsplans sowie die aktive Mitgestaltungsmöglichkeit der DKG bei der Fortschreibung von Inhalt und Struktur des Medikationsplans auf Bundesebene sowie die substantielle Einbindung der DKG beim weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur.

Stattdessen fokussiert der Entwurf fast vollständig auf den vertragsärztlichen Bereich, schließt die Krankenhäuser von der Vergütung für die Nutzung und Pflege der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) aus und stärkt einseitig den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Definition und Festlegung der künftigen Rahmenbedingungen der Telematikinfrastruktur in Deutschland.

Die fehlende Berücksichtigung der Krankenhäuser zeigt sich zusammenfassend in den folgenden Punkten, die alle für Vertragsärzte positiv gestaltet wurden:

- Beim elektronischen Arztbrief
 - Keine Beteiligung der DKG bei der Ausgestaltung
 - Keine Finanzierung der Krankenhäuser
- Beim papiergebundenen und elektronischen Medikationsplan
 - Keine Beteiligung der DKG bei der Ausgestaltung
 - Keine Finanzierung der Krankenhäuser
- Beim Notfalldatenmanagement
 - Keine Beteiligung der DKG bei der Ausgestaltung
 - Keine Finanzierung der Krankenhäuser
- Bei den telemedizinischen Leistungen
 - Keine Beteiligung der DKG bei der Ausgestaltung der Röntgenkonsile
 - Keine Lösung zur Finanzierung / Fehlende Ermächtigung
- Es wird nur der Entlassbrief geregelt, aber nicht die elektronische Einweisung

Begrüßt wird die Öffnung der Telematikinfrastuktur auch für „Nicht-eGK-Gesundheitsdatendienste“ und die begonnene Abkehr vom Dogma technologischer Zugangsbarrieren (Zwangs-PIN-Erfordernis, Zugriff auf das Patientenfach mittels eigener Signaturkarte des Versicherten), die gerade diejenigen Versicherten von einzelnen Telematikanwendungen ausschließen, die deren Leistungen am ehesten benötigen, aber an der Komplexität der Technik zu scheitern drohen. Ein eigenverantwortlicheres PIN-Management stärkt die informationelle Selbstbestimmung der Versicherten und erlaubt auch nicht-technikaffinen oder in der Verwendung der Technik unsicheren Patienten eine Nutzung der Telematikinfrastuktur.

Ebenfalls begrüßt werden die Bemühungen zur langfristigen Verbesserung der Interoperabilität der verwendeten IT-Systeme im Gesundheitswesen, durch Etablierung eines Interoperabilitätsregisters bei der gematik. Dieser Ansatz wird allerdings gleich wieder dadurch konterkariert, dass die Interoperabilität zwischen den informationstechnischen Systemen, die den elektronischen Entlassbrief und den elektronischen Arztbrief umsetzen sollen, weiterhin in sektoraler Zuständigkeit liegt.

Besonderer Teil

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 31a Medikationsplan)

Stellungnahme

Die Neuregelung zur Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform und dessen Weiterentwicklung zum elektronischen Medikationsplan schließt die Krankenhäuser in nicht nachvollziehbarer Weise aus. Ein als Informationsgrundlage für alle beteiligten Leistungserbringer dienender einheitlicher Medikationsplan ist ein substantielles Instrument zur Überwindung der Sektorengrenzen in der Arzneimitteltherapie und zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Gerade bei Patientenaufnahmen im Krankenhaus ist es sowohl in Fällen von Polypharmazie als auch bei kurzfristig aufzunehmenden unbekanntem Patienten und in Notfallsituationen im Regelfall schwierig bis unmöglich, die bisherige ambulante Medikation verlässlich und vollständig zu erheben. Ein sektorenübergreifend nutzbarer einheitlicher Medikationsplan könnte dem begegnen und die übergreifenden Medikationsprozesse deutlich verbessern. Auch im Rahmen der Entlassung des Patienten müssen Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, Medikationspläne auszustellen bzw. aktualisieren zu können. Die Ausstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist insbesondere bei Patienten sinnvoll, die vom Krankenhaus ein Entlassrezept erhalten.

Umso unverständlicher ist daher die im Entwurf enthaltene Vorgabe, lediglich die informationstechnischen Systeme im vertragsärztlichen Bereich auf den Medikationsplan anzupassen. Der Medikationsplan muss zwingend für eine sektorenübergreifende Anwendung ausgelegt sein. Es ist den Krankenhäusern nicht zumutbar, auf verlässliche Medikationsinformationen zu warten bis zukünftig ein elektronischer Medikationsplan über die Telematikinfrastruktur oder die telematische Fachanwendung AMTS zur Verfügung steht. Um die sektorenübergreifende Anwendung des Medikationsplans zu gewährleisten, ist der Krankenhaussektor zwingend an der Ausgestaltung des Medikationsplans zu beteiligen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die strukturellen und technischen Anforderungen für die notwendige sektorenübergreifende Nutzung des Medikationsplans bereits bei dessen Entwicklung adäquat berücksichtigt werden. Die bisher lediglich vorgesehene Benehmensherstellung mit der DKG ist dafür völlig unzureichend.

Die Nutzung, Aktualisierung und Ausstellung von Medikationsplänen in den Krankenhäusern erfordert einen nicht unerheblichen Investitionsaufwand für die erforderliche Anpassung der IT-Strukturen (KIS) und Umstellungen in den internen Abläufen. Im Gesetzentwurf ist lediglich für den ambulanten Bereich eine Refinanzierung dieser Kosten über EBM-Ziffern und nutzungsbezogene Zuschläge vorgesehen. Da allerdings auch im stationären Bereich in vergleichbarer Weise finanzielle Aufwendungen

entstehen, ist eine entsprechende Finanzierungsregelung für die Nutzung und Ausstellung von Medikationsplänen auch im stationären Bereich erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 31a wird wie folgt gefasst:

„§ 31a Medikationsplan

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei 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. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

(2) In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind,
2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie
3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind.

Den besonderen Belangen der blinden und sehbehinderten Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen.

(3) Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist.

(4) Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, **die Deutsche Krankenhausgesellschaft** und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~und der Deutschen Krankenhausgesellschaft~~. **Bei der Vereinbarung nach Satz 1 ist die sektorenübergreifende Eignung und Anwendbarkeit des Medikationsplans sicherzustellen.**

(4a) Für eine auf Verlangen des Versicherten durch Krankenhausärzte erfolgende Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b (Medikationsplan) vereinbaren die Vertragspartner nach § 291a Abs. 7a bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2016 einen Zuschlag.

(5) Für die elektronische Verarbeitung und Nutzung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den informationstechnischen Systemen der vertragsärztlichen Versorgung **und der Krankenhäuser** einheitlich abgebildet werden können. Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 87 Bundesmantelvertrag)

Stellungnahme

Konsiliarische Befundbeurteilung: Die in der Neuregelung enthaltene alleinige Fokussierung auf die vertragsärztliche Versorgung bei der angestrebten Vergütung für eine konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen greift zu kurz. Es ist kontraproduktiv, ausgerechnet die Krankenhäuser durch das Vorenthalten einer adäquaten Vergütung von der Erbringung telemedizinischer Konsiliarleistungen auszuschließen. Die telemedizinische konsiliarische Befundbeurteilung insbesondere von Röntgenaufnahmen ist eine Leistung, für die radiologische Abteilungen der Krankenhäuser aufgrund ihrer besonderen Expertise geradezu prädestiniert sind. Es bedarf einer grundsätzlichen Ermächtigung für die Krankenhäuser, derartige telemedizinische Leistungen zu erbringen und einer tragfähigen Abrechnungsregelung hierfür.

Anlage und Aktualisierung des Medikationsplans: Eine Vergütung nur für Vertragsärzte für die Pflege und Aushändigung des papiergebundenen Medikationsplans greift zu kurz und benachteiligt die Krankenhäuser ebenfalls unzumutbar. Besonders beim Sektorenübergang in die Krankenhausbehandlung und anschließend in die erforderliche Anschlussversorgung ist die Kenntnis der bislang vom Patienten verwendeten Medikation essentiell. Andernfalls würde die Arzneimitteltherapiesicherheit an den Sektorengrenzen enden.

Anlage und Aktualisierung des Notfalldatensatzes: Auch für die Anlage und Aktualisierung des Notfalldatensatzes lässt sich aus § 291a Abs. 3 Nr. 1 SGB V kein exklusives Nutzungsrecht der Notfalldaten ausschließlich im vertragsärztlichen Sektor ableiten. Das von den Gesellschaftern der gematik einvernehmlich verabschiedete Fachkonzept Notfalldatenmanagement geht von einer zentralen Rolle der Krankenhäuser bei der Anlage und Nutzung des Notfalldatensatzes aus. Es kann nicht erwartet werden, dass Krankenhäuser die Nutzungs- und Pflegeprozesse für die eGK-Anwendung „Notfalldatenmanagement“ ohne adäquate Vergütung erbringen, während dieselbe Leistung im vertragsärztlichen Sektor durch einen nutzungsbezogenen Zuschlag gem. § 291a Abs. 7b vergütet wird.

Änderungsvorschlag

In § 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:

„ ... Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. Juni 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen telemedizinisch erbracht werden können. Auf Grundlage dieser Prüfung beschließt er bis zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291i. Sofern der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291i die erforderlichen Beschlüsse nicht getroffen hat, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 2a ausgewählten telemedizinischen Konsiliarleistungen zugelassen; die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Dabei gilt der Grundsatz einheitlicher Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die näheren Einzelheiten hierzu regeln die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.

Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. **Für Krankenhäuser gilt § 31a Abs. 4a entsprechend.** Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden. **Für von Krankenhäusern erbrachte Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Notfalldaten) ist die Vereinbarung nach § 291a Abs. 7a mit Wirkung zum 1. Januar 2018 entsprechend anzupassen.“**

Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 291 elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)

Stellungnahme

Die mit der Neuregelung verbindlich vorgegebene sanktionsbehaftete Frist für die Einführung des online-Versichertenstammdatenmanagements wird wegen ihrer vielfältigen negativen Seiteneffekte abgelehnt. Sie führt bereits jetzt u. a. durch eine Fokussierung aller Projektaktivitäten der gematik dazu, dass die Krankenhäuser – als vermeintlich technologisch komplexester Telematikteilnehmer – aus der anstehenden

Erprobung des online-Versichertenstammdatenmanagements sukzessive herausgedrängt werden.

Gerade die Krankenhäuser haben – trotz fehlender gesetzlicher Verpflichtung zur Online-Aktualisierung der eGK – ein erhebliches Interesse am Online-Versichertenstammdatenmanagement. Es verschafft die schon zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Versicherten dringend benötigte Information, ob für den aufzunehmenden Versicherten ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht, und „überbrückt“ so den Zeitraum bis zum Vorliegen der Kostenübernahmeerklärung im Verfahren nach § 301 SGB V. Da die kostenaufwändigen Hauptleistungen des Krankenhauses i.d.R. innerhalb der ersten 6 Tage (bis zum Eintreffen der Kostenübernahmeerklärung nach § 301 SGB V) erbracht werden, versetzt nur die Online-Prüfung und ggf. Aktualisierung der Versichertenstammdaten das Krankenhaus in die Lage, bei Bedarf anderweitige zulässige Maßnahmen zur Anspruchssicherung bei unklaren Versicherungsverhältnissen durchführen zu können. Nicht zuletzt ermöglicht das Auslesen aktueller Versichertendaten den Patienten im Krankenhaus einen schnellen und sicheren Aufnahmeprozess. Keinesfalls darf die im Gesetzentwurf enthaltene Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor dazu führen, die Krankenhäuser vom Versichertendatenmanagement auszuschließen und so von einem wesentlichen Herzstück der Telematikinfrastruktur abzukoppeln.

Die DKG begrüßt, dass in Absatz 2 die Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie zum Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten jetzt explizit aufgenommen wurden. Allerdings bleiben diese Angaben für die Krankenkassen weiterhin freiwillig, so dass die gesetzliche Konkretisierung zunächst keine Wirkung entfalten wird. Für die Krankenhäuser ist die Information z.B. über ein Ruhen des Leistungsanspruchs des Versicherten geradezu essentiell zur Kostensicherung. Nur die frühzeitige Kenntnis über Einschränkungen bei den erbringbaren Leistungen sichert die Krankenhäuser davor, im Vertrauen auf ein zugrundeliegendes Versicherungsverhältnis Leistungen zu erbringen, die anschließend nicht vergütet werden.

Änderungsvorschlag

§ 291 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

(2) ... Über die Angaben nach Satz 1 hinaus ~~kann~~ **muss** die elektronische Gesundheitskarte **ab dem 1. Januar 2018** auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen und in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. ...

Nach § 291 Abs. 2b Satz 11 wird zur Klarstellung folgender Satz angefügt:

Krankenhäuser können die Online-Prüfung der elektronischen Gesundheitskarte zur frühzeitigen Aktualisierung der in ihren Informationssystemen vorzuhaltenden Versichertenstammdaten freiwillig vornehmen.

Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur)

Stellungnahme

Die Neuregelung harmonisiert in sinnvoller Weise den papiergebundenen Medikationsplan, der primär der Patienteninformation dient, mit der eGK-Anwendung AMTS, die primär Leistungserbringer bei ihren Medikationsentscheidungen unterstützen soll, und zielt auf eine inhaltliche Konsistenz beider Anwendungen ab.

Die eingeleitete Abkehr von einer verpflichtenden technischen Zugriffsautorisierung (Zwangs-PIN-Eingabe) durch die Versicherten und der erleichterte Zugriff auf das elektronische Patientenfach ohne eigene Signaturkarte gehen in die richtige Richtung und vermeiden es, gerade nicht technikaffine oder im Umgang mit der Technik unsichere Patienten durch technische Barrieren von den Vorteilen der Nutzung des Medikationsplans auszuschließen. Die Telematikinfrastruktur muss insgesamt auch für alte, multimorbide und bei der Gesundheitsversorgung hilfsbedürftige Patienten nutzbar sein. Daher sollte geprüft werden, ob diese Stärkung der informationellen Selbstbestimmung der Versicherten durch eine optionale Gestaltung des PIN-Managements und weitere Vereinfachungen bei technischen Authentisierungsverfahren nicht auch auf andere § 291a-Anwendungen ausgedehnt werden kann. Damit wären Versicherte dann nicht gezwungen, ihre Gesundheitsdaten in das für sie komfortabler nutzbare elektronische Patientenfach kopieren zu lassen, um einen Nutzungsausschluss durch komplexe technische Zwangsbarrieren zu verhindern.

Die Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere, nicht die eGK nutzende Gesundheitsdatendienste entspricht einer langjährigen Forderung der DKG. Sie knüpft unmittelbar an die Arbeiten in dem von der DKG verantworteten gematik-Projekt „Migration von Gesundheitsdatendiensten in die Telematikinfrastruktur am Beispiel der elektronischen Fallakte“ an und wird von daher ausdrücklich begrüßt. Essentiell im Sinne der Patientensicherheit ist auch die eingeräumte Zugriffsmöglichkeit auf den Notfalldatensatz für die nichtakademischen Heilberufe, da Notfallsituationen nicht nur bei Anwesenheit von Ärzten eintreten.

Die erweiterte Nutzungsmöglichkeit der Notfalldaten auch für die klinische Routine wird ausdrücklich begrüßt. Es wäre nicht nachvollziehbar, einen fast als „kleine elektronische Patientenakte“ dienenden Notfalldatensatz in der klinischen Routine nicht nutzen zu dürfen.

In der vorgesehenen Änderung des § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V fehlt allerdings die Nennung der §§ 116a und 118a SGB V, um auch im Rahmen einer Unterversorgung ermächtigten Organisationseinheiten eines Krankenhauses und geriatrischen Institutsambulanzen eine technisch adäquate Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu ermöglichen. Gerade angesichts der Aufforderung des Gesetzgebers, frühzeitig in Finanzierungsverhandlungen für den anstehenden Online-Rollout einzutreten, wäre es zur Konfliktvermeidung angezeigt, den bislang schon vom Gesetzgeber beschrittenen Weg fortzusetzen, in § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V die „telematisch auszustattenden“ ambulanten Organisationseinheiten der Krankenhäuser lückenlos aufzufüh-

ren, um den Verhandlungsrahmen für die Selbstverwaltungspartner klar zu bezeichnen.

Daneben fehlt in § 291a Abs. 7a eine mit Abs. 7b korrespondierende Finanzierungsregelung (fall- oder nutzungsbezogene Zuschläge) für die Nutzung und Aktualisierung der Notfalldaten nach Abs. 3 S. 1 Nr. 1 und der Daten des Medikationsplans nach Abs. 3 Satz 1 Nr. 3b (neu) durch Krankenhäuser. Es ist nicht akzeptabel, allein die Krankenhäuser von einer Vergütung für die Nutzung und Pflege der Notfalldaten der eGK und der Daten des Medikationsplans auszuschließen, und andererseits dem vertragsärztlichen Sektor eine entsprechende Vergütung zu gewähren. Als Ergebnis würde die gewünschte lückenlose und sektorübergreifende Information zu Notfalldaten und Arzneimitteldaten der Versicherten an den Sektorengrenzen zu den Krankenhäusern abrechnen, wenn die Krankenhäuser nicht durch adäquate Vergütungsregelungen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Pflege- und Aktualisierungsleistungen an den Datensätzen zu erbringen.

Änderungsvorschlag

§ 291a Abs. 7a wird wie folgt gefasst:

(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach ~~Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2~~ **Absatz 7 Satz 5 Nr. 1 und 2** werden durch einen **fall- oder nutzungsbezogenen** Zuschlag finanziert (Telematikzuschlag). **Der Zuschlag erhöht sich in angemessener Weise ab dem 1. Oktober 2016 bei einer Erstellung und Aktualisierung von Daten nach § 31a (Medikationsplan) und ab dem 1. Januar 2018 bei einer Erstellung und Aktualisierung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 (Notfalldaten).** Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Für die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten nach ~~Absatz 7 Satz 4 Nummer 1 und 2~~ **Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2**, die bei Leistungserbringern nach § 115b Absatz 2 Satz 1, **§ 116a**, § 116b Absatz 2 Satz 1, **§ 118a Abs. 1 Satz 1** und § 120 Absatz 2 Satz 1 sowie bei Notfallambulanzen in Krankenhäusern, die Leistungen für die Versorgung im Notfall erbringen, entstehen, finden die Sätze 1 und 2 erster Halbsatz sowie die Sätze 3 und 4 entsprechend Anwendung.

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 291b Gesellschaft für Telematik)

Stellungnahme

Die in der Neuregelung vorgesehene Konkretisierung der Aufgaben der gematik auf europäischer Ebene ist sinnvoll und dringend notwendig, da andernfalls ein künftiges „Zusammenwachsen“ mit den vergleichbaren Infrastrukturen der europäischen Partner nicht gewährleistet werden könnte und damit perspektivisch keine grenzüberschreitende Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen für Patienten realisierbar wäre.

Die weiter vorgesehenen Flexibilisierungen des rechtlichen Handlungsinstrumentariums der gematik, z.B. durch Erlass von Nebenbestimmungen bei Zulassungen oder eine Befristung von Genehmigungen, entsprechen den Anregungen und Erfahrungen, welche beim bisherigen Aufbau der Telematikinfrastruktur gemacht wurden und folgen einem Bedarf der Praxis. Gleiches gilt für die Flexibilisierung der wettbewerbsrechtlichen Instrumente der gematik, um eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten.

Die Flexibilisierung des Zulassungsinstrumentariums der gematik und dessen explizite Ausdehnung auch auf „Nicht-eGK-Gesundheitsdatendienste“ wird als wesentlicher Schritt zur Ausweitung der Rechtssicherheit der Zulassungen begrüßt, insbesondere auch, weil eine strikte Trennung zwischen den Inhalten und Funktionalitäten der „Nicht-eGK-Gesundheitsdatendienste“ und der Sicherheit und Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur gewahrt wird. Dies sichert die Integrität und Funktionalität der „Nicht-eGK-Gesundheitsdatendienste“ und fokussiert das Prüfverfahren sachgerecht auf die Telematikinfrastruktur relevanten Aspekte.

Allerdings ist die der gematik eingeräumte Option, für eine Nutzung der Telematikinfrastruktur durch „Nicht-eGK-Gesundheitsdatendienste“ Entgelte zu verlangen, eher kontraproduktiv für den weiteren Ausbau und die Attraktivität der Telematikinfrastruktur als bundesweite „Gesundheitsdatenautobahn“. Eine solche „elektronische Maut“ sollte vermieden werden, zumal es ein ordnungspolitisches Interesse ist, eine Vielzahl von Gesundheitsdatendiensten an das sichere Netz der Telematikinfrastruktur anzubinden.

Die in Abs. 1e (neu) aufgenommene Verpflichtung der gematik, bis zum 31. Dezember 2016 sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur festzulegen, gekoppelt mit der in § 291h Abs. 5 normierten Exklusivfinanzierung für die Nutzung dieser Verfahren, ergänzt die KBV und DKG in § 291g und KBV und GKV-SV in § 291h auferlegten Verpflichtungen, vorübergehend geeignete Verfahren für die Übermittlung von Arztbriefen/Entlassbriefen zu vereinbaren und perspektivisch in die Telematikinfrastruktur zu überführen. Die Regelung wird begrüßt, insbesondere, weil sie den in dem von der DKG betreuten gematik-Projekt „Migration von Gesundheitsdatendiensten in die Telematikinfrastruktur“ verankerten Migrationsansatz nun explizit als gesetzgeberisches Ziel festschreibt. Dies sichert offene technische Schnittstellen sowie hersteller- und anbieterneutrale Verfahren.

Die in § 291b Abs. 7 der gematik eingeräumte Befugnis, auch für außerhalb der Telematikinfrastruktur betriebene Komponenten und Dienste Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs zu treffen, wird in der vorliegenden Form als zu weitreichend abgelehnt. Die Vorschrift verschiebt die Systemgrenze der Telematikinfrastruktur weit in die in Hoheit von Leistungserbringern und Kostenträgern stehenden Primär- und Bestandssysteme und räumt der gematik über den unbestimmten Rechtsbegriff „Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs“ unbestimmte und nicht mehr verlässlich eingrenzbar Eingriffsbefugnisse ein. Die Regelung darf maximal auf die in der Consumer-Zone befindlichen Kartenterminals oder Konnektoren bezogen werden, keinesfalls aber auf die Primärsysteme der Leistungserbringer. Hier sollte ein weniger grundrechtsintensiver Eingriff gewählt werden.

Änderungsvorschlag

Streichung des § 291b Abs. 1d Satz 3 und Verringerung der Eingriffsintensität des § 291b Abs. 7.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291c Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik)

Stellungnahme

Die Ausdehnung des Schlichtungsverfahrens auch auf den Betrieb der Telematikinfrastruktur greift die bisherigen positiven Erfahrungen aus Schlichtungen im Rahmen der Erprobung der Telematikinfrastruktur auf und weitet diese sachgerecht aus. Wenig Zusatznutzen wird allerdings darin gesehen, dem unparteiischen Vorsitzenden noch je einen „Bankvertreter“ an die Seite zu stellen. Die bisherigen Erfahrungen mit der turnusgemäßen Neubesetzung des Schlichteramtes haben bereits die Schwierigkeiten aufgezeigt, eine hinreichend neutrale und im Spezialgebiet der Telematik kompetente Persönlichkeit zu finden, die bereit und in der Lage ist, die verantwortungsvolle Position des Schlichters zu bekleiden. Eine Verdreifachung dieser Schwierigkeit durch zusätzliche Auswahl je eines „Bankvertreter“, auf den sich die heterogene Bank der Leistungserbringerorganisationen zudem noch intern verständigen müsste, erscheint wenig zielführend; insbesondere nicht, wenn die „Bankvertreter“, wie es zu erwarten ist, ohnehin mit „ihrer“ Bank stimmen und letztendlich die Stimme des neutralen Vorsitzenden den Ausschlag geben muss. Die DKG plädiert daher dafür, die bisher bewährte Besetzung des Schlichtungsamtes mit einem unparteiischen Schlichter unverändert zu lassen.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291d Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme)

Stellungnahme

Die Neuregelung zur sektoralen Vorgabe von offenen und standardisierten Schnittstellen in den informationstechnischen Systemen der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten

sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel, fällt deutlich hinter das ursprüngliche Ziel zurück, einen uneingeschränkten Datenaustausch zwischen den jeweiligen Systemen zu gewährleisten und beschreibt stattdessen nur noch eine bereits heute vielfach angebotene Funktionalität. Das Ziel, offene Schnittstellen in die informationstechnischen Systeme der verschiedenen Sektoren zu integrieren, ist auf diesem Wege nicht erreichbar, zumal auch die nunmehr deutlich abgeschwächte Vorgabe keinerlei Rechtspflichten begründet.

Durch die Einschränkung auf die Anwendung „Systemwechsel“ wird formal zwar das Themenfeld eingegrenzt, trotzdem aber keine Aussage über die Tiefe der Schnittstellen gemacht. Sobald die Strukturen von medizinischen Dokumenten betroffen sind – und dies wäre für eine optimale Weiterarbeit nach einem Systemwechsel notwendig – werden Festlegungen notwendig, die nur sektorübergreifend abgestimmt werden können. Anderenfalls würden erneut sektorale Standards geschaffen, die dann später eine sektorübergreifende Kommunikation erschweren. Hier bleibt fraglich, ob das relativ schwache Instrument der Benennungsherstellung mit der gematik dies verhindern kann. Alternativ könnte die Tiefe der Integration dadurch eingeschränkt werden, dass explizit nur auf die administrativen, abrechnungsrelevanten Daten abgestellt wird.

Die DKG regt eine Rückkehr zu der ursprünglichen Intention an, einen uneingeschränkten Datenaustausch zwischen den jeweiligen Systemen zu gewährleisten, aber dies sektorübergreifend auszurichten und auch im Sinne einer Rechtspflicht festzuschreiben.

Die DKG erklärt ihre Bereitschaft zur Übernahme dieser Aufgabe für Krankenhäuser, weist allerdings darauf hin, dass eine derartige Tätigkeit als technische Standardisierungsorganisation den Aufbau einer erheblichen Expertise erforderlich macht.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291e Interoperabilitätsverzeichnis)

Stellungnahme

Die Neuregelung zur Einführung eines bei der gematik angesiedelten Interoperabilitätsverzeichnisses hat den ursprünglich von der Interoperabilitätsstudie empfohlenen nationalen eHealth-Rat sachgerecht auf die Kernfunktion eines Interoperabilitätsregisters (eHealth-Repository) reduziert und organisatorisch bei der gematik angesiedelt. Dies sichert eine adäquate Mitwirkung aller im Rahmen der Telematik involvierten Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens und weckt die Erwartung, dass sich künftig die elektronische Kommunikationsfähigkeit der vielfältigen im Gesundheitswesen eingesetzten Informationssysteme durch Nutzung der empfohlenen Standards deutlich verbessert. Die Ergebnisse dieses Interoperabilitätsregisters sollten allerdings nicht der Beliebigkeit anheimfallen, sondern perspektivisch in konkrete Schnittstellen und Zulassungsvoraussetzungen für Software im Gesundheitswesen münden.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291f elektronischer Entlassbrief)

Stellungnahme

Die Neuregelung über die Anschubfinanzierung für die Implementierung eines IT-gestützten Entlassbriefs zur Unterstützung des Übergangs in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung wird begrüßt. Dies gilt besonders für einen perspektivisch auf die kommende Telematikinfrastruktur ausgerichteten vorläufigen elektronischen Entlassbrief, der bereits jetzt das Einüben und die Akzeptanz neuer Kommunikationsformen fördern kann und frühzeitig eine Evaluation der zu transportierenden Nachrichteninhalte zulässt.

Allerdings genügt der gewählte unidirektionale Ansatz den Anforderungen an eine sektorenübergreifende elektronische Kommunikation noch nicht vollständig. Neben dem den Krankenhäusern abverlangten Entlassmanagement konkretisiert § 73 Abs. 4 SGB V andererseits die vertragsärztliche Pflichten bei einer Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisungsmanagement).

Spätestens bei Etablierung des elektronischen Entlassbriefs wird eine in Richtung auf die Krankenhäuser zielende umfangreiche elektronische Einweisungskommunikation beginnen, die im Krankenhaus den Aufbau elektronischer Poststellen und – je nach Adressaten der Einweisung – ein umfangreiches elektronisches Identitäts- und Berechtigungsmanagement erfordert, da nicht jede elektronische Nachricht ausschließlich an das Krankenhaus als Institution adressiert sein wird, sondern ggf. Fachabteilungen oder sogar einzelne Ärzte adressiert. Der Aufbau der hierfür erforderlichen internen Infrastruktur ist gegenwärtig nicht refinanziert. Damit der „elektronische Einweisungsbrief“ ein ebenso geeignetes Instrument für die sektorenübergreifende Kommunikation wird, wie der „elektronische Entlassbrief“, sollten auch hierfür spiegelbildliche Vergütungsanreize eingeführt werden.

Der gewählte Mechanismus einer reinen Anschubfinanzierung, die nach einem definierten Zeitpunkt entfällt, eröffnet keine verlässliche Langfristperspektive für eine dauerhafte Erbringung telematischer Leistungen. Während der vertragsärztliche Sektor dem durch Schaffung geeigneter Gebührensatzern entgegenwirken kann, wird der Krankenhausbereich erneut bei der Vergütung telematischer Leistungen benachteiligt. Auch hier sollte mit Auslaufen der Anschubfinanzierung die Möglichkeit einer dauerhaften Vergütung über einen adäquaten Telematikzuschlag gemäß § 291a Abs. 7a SGB V eröffnet werden.

Der Hinweis auf das Erfordernis einer schriftlichen Versicherteneinwilligung ist redundant und kann entfallen. Die entsprechende Verpflichtung ist bereits in § 73 Abs. 1b S. 2 bzw. § 4a BDSG geregelt.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291g Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen)

Stellungnahme

Die Neuregelung für eine Vereinbarung zwischen DKG und KBV über Inhalt und Struktur des elektronischen Entlassbriefs, die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen und offenen Schnittstellen sowie dessen perspektivische Ausrichtung auf die künftige Telematikinfrastruktur stellt die unverzichtbare Rechtsgrundlage für die Umsetzung des elektronischen Entlassbriefs bereit. Sie schafft zudem die Möglichkeit, die Befähigung der Systeme zur Umsetzung dieser Anforderungen durch Bestätigung technischer Prüfstellen verlässlich verifizieren zu lassen. Begrüßt wird zudem die Klarstellung in der amtlichen Begründung, dass die Vereinbarung öffentlich verfügbare, bereits im Einsatz befindliche und auf Standardsoftware basierende sichere Kommunikationsverfahren und –wege einzubeziehen hat, wie z. B. verschlüsselte E-Mail. Dies sichert hersteller- und anbieterneutrale Verfahren.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291h Übermittlung elektronischer Briefe)

Stellungnahme

Die Neuregelung schafft für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband die Grundlage, Rahmenbedingungen und Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe im vertragsärztlichen Sektor zu vereinbaren und die entsprechenden informationstechnischen Systeme dahingehend zu zertifizieren.

Die alleinige Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor berücksichtigt nicht die Rolle der Krankenhäuser bei der künftigen elektronischen Kommunikation. Auch für Krankenhäuser besteht anlässlich sich stetig verkürzender Verweildauern ein zunehmender Bedarf an elektronischer Kommunikation sowohl untereinander als auch sektorübergreifend und die Notwendigkeit einer Anpassungen der Krankenhausinformationssysteme. Eine Ungleichbehandlung gegenüber dem vertragsärztlichen Sektor durch Fehlen einer adäquaten Finanzierung derartiger Kommunikation und der hierfür erforderlichen Investitionen ist nicht akzeptabel.

Änderungsvorschlag

Dreiseitige Ausgestaltung des § 291h (GKV/KBV/DKG) mit gleichberechtigter Vergütung elektronischer Arztbriefe.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291i Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung)

Stellungnahme

Die Neuregelung schafft für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband die Grundlage, die Rahmenbedingungen für technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere hinsichtlich Qualität, Sicherheit und technische Umsetzung verbindlich zu vereinbaren.

Die alleinige Fokussierung auf den vertragsärztlichen Sektor berücksichtigt nicht die Rolle, die Krankenhäuser bereits heute bei der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen – auch und besonders gegenüber Vertragsärzten - spielen. Es ist nicht akzeptabel, die hierfür maßgeblichen Standards und Rahmenbedingungen allein zweiseitig von der KBV und dem GKV-SV aushandeln zu lassen.

Änderungsvorschlag

Dreiseitige Vereinbarung (GKV/KBV/DKG) zur Definition der Rahmenbedingungen für technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen.

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nr. 2a - neu (§ 37 Absatz 6 SGB V)

Moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von chronischen Wunden

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung soll die Möglichkeit geöffnet werden, die pflegerische Versorgung von chronischen Wunden auch außerhalb des Haushaltes eines Versicherten, in dafür spezialisierten Einrichtungen (z. B. „Wundzentren“), erbringen zu können. Es handelt sich hierbei um eine moderate Öffnung des Leistungsortes in § 37, ohne das dort genannte Prinzip der Häuslichkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Diese Einrichtungen erfüllten bislang nicht das in der Häuslichen-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) genannte Kriterium eines „regelmäßig wiederkehrenden“ Aufenthaltes und konnten ihre erbrachten Leistungen weder im Rahmen der GKV abrechnen, noch war es möglich, mit Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 über Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzuschließen.

Mit der Ergänzung des § 37 Absatz 6 werden entsprechend spezialisierte Einrichtungen als mögliche Leistungserbringer in der GKV berücksichtigt, bzw. gestärkt und sollen zudem leichter als bisher als Vertragspartner der GKV bei Verträgen über eine besondere Versorgung nach § 140a (integrierte Versorgung) in Betracht kommen.

Folgen für den G-BA

Der G-BA wird im Hinblick auf die HKP-RL das geforderte Merkmal „regelmäßig wiederkehrend“ im Sinne einer moderaten Öffnung zu prüfen haben. Darüber hinaus ist der G-BA gehalten, die Wundversorgung in der GKV weiterzuentwickeln. Die Krankenkassen haben auf eine möglichst flächendeckende Versorgung hinzuwirken.

Kurzinformation bzgl. Wundzentren:

In Krankenhäusern werden ausgewiesene Wundzentren mit klinikeigenem Personal betrieben (Wundzentren/Wundambulanzen), im ambulanten Sektor handelt es sich bei Wundzentren eher um ein interdisziplinäres „Wundnetz“, in dem viele unterschiedliche Berufsgruppen organisiert sind (z.B. verschiedene Fachärzte, ambulante Pflegedienste, Podologen, Phlebologen, Sozialdienste, Sanitätshäuser). Im Zuge der Versorgung in einem solchen „Wundnetz“ können auch Kliniken und klinikeigenes Personal beteiligt sein.

Anmerkung: Es muss jedoch geprüft werden, inwieweit die Finanzierung geregelt werden soll und inwieweit damit die Vergütung von „Klinikpersonal“ möglich ist.

Stellungnahme

Bislang war es weder vorgesehen, die pflegerische Versorgung von chronischen Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch außerhalb des Haushaltes eines Versicherten zu erbringen, noch war eine Finanzierung dieser Leistungen durch die GKV gewährleistet. Insofern ist es begrüßenswert, Anreize zu schaffen, die interprofessionell ausgerichtete, effiziente Versorgung von chronischen Wunden im Hinblick auf ein qualitätsverbessertes und vergütetes Versorgungsangebot systematisch nutzen zu können und weiterzuentwickeln. Dies öffnet sowohl Krankenhäusern, als auch dem ambulanten Bereich Möglichkeiten, entsprechende Versorgungsangebote auf einem qualitativ hochwertigen Niveau vorzuhalten und damit eine weitere Verbesserung der Patientenversorgung zu begünstigen.

Änderungsantrag 8

Zu Artikel 1 Nr. 6d - neu (§ 140 Abs. 2 SGB V)

Weiterentwicklung der Patientenbeteiligung im G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Diese Gesetzesänderung hat zum Ziel, die Patientenbeteiligung im G-BA zu erhöhen. Zu den bereits vorliegenden Mitberatungsrechten bei „Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss“, soll darüber hinaus das „Einvernehmen“ der Patientenvertreter eingeholt werden.

Stellungnahme

Da entsprechende Regelungen in der Geschäftsordnung des G-BA das Votum der Patientenvertreter bereits vorsehen (z. B. § 20, Absatz 6, Satz 2), erscheint eine diesbezüglich neue gesetzliche Vorgabe nicht notwendig, bzw. würde diese nichts an den bisherigen, etablierten Abläufen ändern.