



## **Gemeinsame Stellungnahme von Bundesärztekammer und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation  
und Anwendungen im Gesundheitswesen vom 19.01.2015

Berlin, 10.02.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen nehmen die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wie folgt Stellung:

### **Vorbemerkung**

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft teilen die Einschätzung des Gesetzgebers, dass moderne Informations- und Kommunikationstechnologien ein großes Potential haben, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Sie begrüßen ebenso die Zielsetzung des Referentenentwurfs, Patienten<sup>1</sup> und Ärzten möglichst zügig sinnvolle medizinische Anwendungen über die Telematikinfrastruktur (TI) zur Verfügung zu stellen. Sie sind der Überzeugung, dass die an der Versorgung beteiligten Ärzte – wenn die jeweiligen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der TI einen Nutzen für die Versorgung ihrer Patienten mit sich bringen – die neuen Möglichkeiten wahrnehmen und in ihrem Arbeitsalltag einsetzen werden. Dabei ist allerdings die erfolgreiche Einführung solcher Anwendungen unabdingbare Voraussetzung für die Akzeptanz bei Patienten und Ärzten. Hingegen wertet die Bundesärztekammer die scharfe Sanktionierung von Ärzten bei Nichtdurchführung einer ausschließlichen Verwaltungsanwendung – etwa einer nicht durchgeführten Prüfung der Stammdaten auf der eGK – als nicht zielführend und lehnen diese mit Nachdruck ab. Anstelle der Sanktionen sollten die Gesetzgeber auf ein Anreizsystem für die rasche Anlage von Notfalldatensätzen setzen. Durch die Gratifikation von E-Health-Anwendungen haben bspw. die Vereinigten Staaten erfolgreich nahezu flächendeckend elektronische Patientenakten etabliert.

In Bezug auf die Anwendung „Notfalldatenmanagement auf der eGK“ (NFDm) regt die Bundesärztekammer an, die Erstanlage von Notfalldaten bzw. Hinweisen auf persönliche Erklärungen des Versicherten für einen Zeitraum von zwei Jahren mit einer Anschubfinanzierung im ambulanten und stationären Bereich anzureizen, um diese Anwendung für ein Patientenkollektiv von mindestens zwölf Millionen multimorbiden bzw. chronisch kranken Patienten möglichst rasch in den Versorgungsprozessen zu etablieren. Das NFDm hat als erste medizinische Anwendung der eGK und der TI besondere Bedeutung für die Akzeptanz des Gesamtvorhabens bei Patienten und Ärzten. Die Höhe des

---

<sup>1</sup> Um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern, wurde durchgängig für alle Personen die grammatikalisch männliche Form verwendet. Diese Schreibweise dient der Vereinfachung und beinhaltet keine Diskriminierung anderer Geschlechtsformen.

Gesamtfördervolumens sollte durch eine gesundheitsökonomische Bewertung des zu erwartenden Nutzens ermittelt werden. Nach dieser Zwei-Jahres-Frist würde die Vereinbarung der Vertragspartner die Voraussetzungen und Erstattungsbestimmungen für die Anlage und Aktualisierung von Notfalldaten bzw. den Hinweisen auf persönliche Erklärungen des Versicherten festlegen.

Darüber wird der Gesetzgeber gebeten, die Bundesärztekammer als die einzige sektorenübergreifende Vertretung aller Ärzte in Deutschland in die Verhandlungen der Vertragspartner über die Vergütung der ärztlichen Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen (NFDM) verbindlich einzubeziehen. Die Bundesärztekammer ist als projektleitender Gesellschafter für die Entwicklung, Testung und Einführung in den Wirkbetrieb der Anwendung des NFDM verantwortlich. Sie verfügt daher über weitreichende Expertise sowie anwendungsspezifische Kenntnisse und Erfahrungen, die von prägender Bedeutung sind. Im Hinblick auf eine zeitgerechte und erfolgreiche Etablierung der Anwendung muss dieser Sachverstand auch in die Vergütungsverhandlungen eingebunden werden.

Weiterhin bittet die Bundesärztekammer um eine verbindliche Beteiligung an der Entwicklung einer Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen sowie an der Etablierung von Regelungen zur Übermittlung elektronischer Briefe. Arztbriefe sind sowohl intrasektoral als auch intersektoral essentieller Bestandteil der innerärztlichen Kommunikation. Der Bundesärztekammer als übergreifende Arbeitsgemeinschaft aller Ärztekammern sollte die Möglichkeit eingeräumt werden daran mitzuwirken, dass Arztbriefe hinsichtlich der Inhalte, der Struktur und der technischen Spezifikation in den unterschiedlichen Sektoren interoperabel sind.

Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich das Vorhaben des Gesetzgebers, die TI für telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung zu öffnen. Dieser Passus entspricht Beschlüssen Deutscher Ärztetage, in denen die Notwendigkeit einer bundesweiten, diskriminierungsfreien TI betont wird, um die Verbreitung telemedizinischer Methoden und Verfahren zu erleichtern.

In diesem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass die Systematik des § 291a Absatz 3, nach der neue Anwendungen der eGK nur über eine Änderung des SGB V etabliert werden können – wie bspw. bei der Aufnahme der Anwendung Medikationsplan im aktuellen Entwurf – nur wenig Dynamik zulässt. Würden bspw. die Gesellschafter der

Gesellschaft für Telematik (gematik) vereinbaren, eine Anwendung „Impfausweis auf der eGK“ einführen zu wollen, wäre hierzu eine Gesetzesänderung notwendig. Die Bundesärztekammer schlägt daher ein generisches Verfahren vor, nach dem eine neue Anwendung der eGK durch eine einstimmige Beschlussfassung der gematik und der Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) möglich wird.

Das Vorhaben der Bundesregierung, bestimmte Anwendungen über den Referentenentwurf zu priorisieren und deren Einführung mit Fristen zu versetzen, wird voraussichtlich zu einer Konzentration der Arbeit der gematik und deren Gesellschaftern an der Umsetzung bzw. Entwicklung dieser Anwendungen führen. Die Bundesärztekammer warnt davor, dass im Zuge dieser Priorisierung andere Anwendungen, bei denen bereits wichtige Meilensteine zur Erprobung und Einführung erreicht wurden, in den Hintergrund rücken werden, wenn diese nicht mit zusätzlichen Ressourcen ausgestattet bzw. deren Ressourcen abgezogen würden. Dies betrifft die Anwendungen

- „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (§ 291a, Absatz 3 Nummer 3a),
- Überführung bestehender Anwendungen in die TI am Beispiel der elektronische Fallakte,
- Deutsches Elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz (DEMIS) sowie
- die seitens des Gesetzgebers im Rahmen des Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz vom 12. Juli 2012 eingeführte Anwendung „Organ- und Gewebespende“ (§ 291a, Absatz 3a Nummer 7).

Darüber hinaus bittet die Bundesärztekammer die Bundesregierung darum sicherzustellen, dass sich die o. g. möglichen Verdrängungseffekte keinesfalls auf die Bereitstellung des Basisdienstes der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) auswirken. Die QES ist aus Gründen der Rechtssicherheit medizinischer Anwendungen eine Kernfunktionalität der TI, z. B. für die Anwendungen NFDM, elektronischer Arztbrief, elektronischer Entlassbrief. Eine entsprechende Regelung ist in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

### **Notwendiger weiterer Regelungsbedarf**

Aus Sicht Bundesärztekammer besteht im Themengebiet weiterer Regulierungsbedarf, den der Gesetzesentwurf bislang nicht berücksichtigt:

- Schaffung von Rechtsicherheit bei (Fern-)Wartung von Praxisverwaltungssystemen  
Auf Grundlage der heutigen Bestimmungen ist es unklar, ob und unter welchen

Bedingungen die Beauftragung eines externen Dienstleisters mit der (Fern-)Wartung oder Reparatur der EDV-Anlage des Arztes zulässig ist oder ob der Arzt damit dem Risiko einer Strafverfolgung ausgesetzt wird, weil er technisch nicht ausschließen kann, dass der Dienstleister möglicherweise Zugriff auf Patientendaten erhalten könnte. Eine (Fern-)Wartung oder Reparatur der Praxis-EDV durch spezialisierte Dienstleister ist jedoch für Arztpraxen essentiell, um bspw. die Anwendungen der TI oder telemedizinische Anwendungen bedienen zu können. Die Bundesärztekammer schlägt daher vor, die (Fern-)Wartung und Reparatur der EDV-Anlage von Ärzten durch externe Dienstleister über Anpassungen des § 203 StGB und des § 53 StPO Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Referentenentwurfs rechtssicher zu regeln.

– Evaluation des Nutzens von gesetzlichen Anwendungen der eGK und notwendige Kommunikationsmaßnahmen

Auch nach Jahren im Projekt Einführung der eGK und der TI herrscht unter den Gesellschafterbänken in der gematik kein Konsens über die Notwendigkeit der Evaluation und Messung des Nutzens der gesetzlichen Anwendungen der eGK. Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfehlen daher, im Referentenentwurf eine eindeutige Regelung aufzunehmen, nach der jede Anwendung der eGK vor deren Einführung im Rahmen der Erprobung evaluiert und anschließend bei der Einführung in den Wirkbetrieb zur Steigerung der Akzeptanz bei Patienten und Ärzten durch geeignete Kommunikationsmaßnahmen begleitet werden muss. Die dafür notwendigen Mittel sind aus dem Haushalt der gematik zur Verfügung zu stellen.

Weiterhin besteht unter den Gesellschafterbänken in der gematik kein Konsens über die Notwendigkeit, gesetzliche Anwendungen nach deren Einführung in den Wirkbetrieb hinsichtlich ihres Nutzens zu untersuchen. Solche Ansätze der Versorgungsforschung mit gesundheitsökonomischen und anderen Messgrößen sollten nach der Einführung erfolgen und in ein zugehöriges Qualitätsmanagement einfließen. Die dafür notwendigen Mittel sind aus dem Haushalt der gematik zur Verfügung zu stellen.

## **Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Medikationsplan**

#### **Zu Nummer 2: § 31a**

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft begrüßen den Ansatz des Gesetzentwurfes hinsichtlich der Einführung eines einheitlichen und strukturierten Medikationsplans (MP). Insbesondere bei der Umsetzung des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) wurde die Notwendigkeit eines einheitlichen MP von allen Experten kontinuierlich hervorgehoben. Als wesentliche Voraussetzungen für den sinnhaften Einsatz eines Medikationsplans wurden die Interoperabilität, die schnelle Aktualisierbarkeit und die Einheitlichkeit eines Medikationsplans für Patienten identifiziert. Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft begrüßen, dass die Vorarbeiten der Koordinierungsgruppe des Aktionsplans AMTS für die Konzeption eines einheitlichen, strukturierten Medikationsplans angewendet werden sollen<sup>2</sup>. Hierdurch können die Erkenntnisse der vom BMG geförderten Evaluations-Projekte in Fürth, Erfurt und Sachsen-Thüringen genutzt werden. Der Medikationsplan führt zu einer verbesserten Adhärenz der Patienten, ersetzt aber in keinem Fall ein Gespräch zur Medikation zwischen Arzt und Patient. Die Verpflichtung auf einen einheitlichen strukturierten Medikationsplan sollte sich am ehesten an die Softwarehersteller von Informationssystemen im Gesundheitswesen richten, da derzeit noch für viele Anwender aufgrund der Geschäftspolitik der Anbieter eine Hürde hinsichtlich der Erstellung, Aktualisierbarkeit und Austauschbarkeit von Medikationsdaten besteht.

#### **Zu § 31a (1)**

a) Es fehlt eine Klarstellung, ob bei der Anzahl der Arzneimittel nur verschreibungspflichtige, zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel gemeint sind, oder ob hierzu auch die Selbstmedikation des Patienten gezählt wird, über deren Einnahme der Patient den Arzt nur teilweise informiert. Ferner fehlt die Klarstellung, ob nur in der Dauertherapie angewendete Arzneimittel berücksichtigt werden oder ob auch kurzfristig angewandte Arzneimittel (z. B. bei Antibiotikatherapie für 1–7 Tage) bzw. Bedarfsmedikation mit gezählt werden.

---

<sup>2</sup> Aly AF (2013) Arzneimitteltherapiesicherheit: Medikationsplan für den Überblick. Dtsch Arztebl 2013; 110(16): A-751 / B-659 / C-659

b) Die Festlegung einer Anzahl von fünf oder mehr Arzneimitteln als Voraussetzung für die Erstellung eines Medikationsplans ist inhaltlich nicht begründbar. Auch bei weniger als fünf gleichzeitig verordneten Arzneimitteln können vermeidbare Risiken bestehen. Die genannte Festlegung kann dazu führen, dass dem Patienten ein Medikationsplan vorenthalten wird und damit die Risiken unverändert bestehen bleiben.

Unter Polypharmazie wird heute nicht, wie von Monatanat 2004 definiert „...die Anwendung einer größeren Zahl von Arzneimitteln als für den jeweiligen Patienten medizinisch indiziert...“ verstanden, sondern eine willkürliche definierte Anzahl von angewendeten Arzneimitteln. So kann unter Polypharmazie die Behandlung mit fünf und mehr Arzneimitteln verstanden werden (Thomas et al 1999)<sup>3</sup> oder z. B. vier und mehr Arzneimitteln (Patterson SM, Cochrance Review 2014). Ohne Berücksichtigung von Art und Anzahl der bestehenden Erkrankungen ist die medizinische Notwendigkeit einer Arzneimitteltherapie nicht allein anhand der Anzahl verordneter Arzneimittel beurteilbar (RA Payne, BJCP 2014)<sup>4</sup>.

Auch ist die Anzahl verordneter Arzneimittel ein schlechterer Prädiktor für das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen als z. B. das Vorliegen einer eingeschränkten Nierenfunktion oder ein höheres Lebensalter (O'Connor MN, 2012).

Da der Medikationsplan helfen soll, vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie zu minimieren, sollten die Patienten einen Anspruch auf Ausfertigung eines solchen haben, die überdurchschnittlich häufig vermeidbaren Risiken der Arzneimitteltherapie ausgesetzt sind (O'Connor MN, 2012):

- Patienten in höherem Lebensalter ( $\geq 75$  J.) mit mindestens einem als Dauermedikation verordneten Arzneimittel (Odds Ratio (OR) 2,12).
- Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR  $< 60$  ml/Min) mit als Dauermedikation verordnetem Arzneimittel (OR 1,81) oder Lebererkrankung (OR 1,86).
- Alle Patienten mit drei und mehr in Dauermedikation verordneten Arzneimitteln.

---

<sup>3</sup> Thomas HF, Sweetnam PM, Janchawee B, Luscombe DK (1999) Polypharmacy among older men in South Wales. *European Journal of Clinical Pharmacology* 55 (5):411-415

<sup>4</sup> Payne, R. A., Abel, G. A., Avery, A. J., Mercer, S. W. and Roland, M. O. (2014), Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77: 1073–1082. doi: 10.1111/bcp.12292

### **Zu § 31a (3)**

a) Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft begrüßen die Festlegung der Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans als ärztliche Aufgabe. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass der Nutzen des Medikationsplans für den Patienten vor allem daraus entsteht, dass der Arzt bei Kenntnis der vom Patienten eingenommenen Arzneimittel die Möglichkeit zur Optimierung der AMTS durch Anpassung der Verordnung hat.

b) Der Hausarzt hat hierbei eine besondere Rolle und Verantwortung. Wie bereits in der Begründung des Referentenentwurfs angeführt, ist aber zugleich sicherzustellen, dass auch mitbehandelnde/erstbehandelnde Fachärzte und, im Fall stationärer Krankenhausbehandlung, auch Krankenhausärzte von ihnen vorgenommene Arzneimitteltherapien dokumentieren. Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft fordern die Bundesregierung daher auf, den Gesetzestext um diese Klarstellung zu ergänzen,

c) Ferner ist vorzusehen, dass Selbstmedikationen, die die Patienten in der Regel ohne Kenntnis des Arztes und häufig auch nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einem Arztbesuch erwerben, vom Apotheker in den Medikationsplan eingepflegt werden.

d) Es ist festzustellen, dass die Erstellung und Aktualisierung eines die Gesamtmedikation von Patienten umfassenden Medikationsplans einen erheblichen Mehraufwand im Vergleich zur Dokumentation der jeweiligen Verordnungen durch den einzelnen Arzt impliziert. Die Erstellung eines aktuellen Medikationsplans ist bei Erhebung durch Ärzte mit 9 bis 30 Minuten pro Patient anzusetzen (Tam V.C., CMAJ 2005)<sup>5</sup>. Dieser Mehraufwand muss in der ärztlichen Vergütung entsprechend abgebildet werden.

e) Zur Minimierung des Zeitaufwands für die Aktualisierung des papiergebundenen Medikationsplans ist es erforderlich, dass der papiergebundene Medikationsplan eine elektronisch zu verarbeitende Abbildung der Arzneimitteltherapie durch einen 2D-Barcode gemäß der jeweils aktuellen Spezifikation nach dem Aktionsplans AMTS enthält. Die Vergütung der Führung und Aktualisierung des Medikationsplans sollte die Generierung und den Ausdruck dieses Barcodes auf dem Medikationsplan voraussetzen.

---

<sup>5</sup> Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review VC Tam, SR Knowles, PL Cornish, N Fine, Canadian Medical 2005 - Can Med Association

#### **Zu § 31a (4)**

a) Bei der Definition von Inhalt und Struktur des Medikationsplans sollten die Ergebnisse der Maßnahmen 3 und 4 des Aktionsplans AMTS 2010–2012 berücksichtigt werden, sowie die Ergebnisse der durch das BMG aktuell geförderten Forschungsprojekte zum Medikationsplan.

b) Die Erkenntnisse aus den Vorarbeiten des vom BMG geförderten Projekts "Aktionsplan AMTS" sollten genutzt werden. Dies betrifft beispielsweise die erkannten Probleme beim Datenaustausch und bei der Aktualisierung von Medikationsdaten. Diese resultieren häufig daraus, dass Informationen in den von den Softwaresystemen genutzten Datenbanken nicht einheitlich sind und mangelhafte Kataloge oder Thesauri verwendet werden.

c) Durch diese Erkenntnisse konnten bereits die zur Verbesserung der AMTS durch den MP erforderlichen flankierenden Maßnahmen identifiziert werden, wie z. B. die Vereinbarung bundeseinheitlicher elektronisch verarbeitbarer Thesauri und Kataloge für:

- i. die Bezeichnung von Arzneimitteln
- ii. die Bezeichnung von Arzneimittelwirkstoffen
- iii. die Kodierung von verordneten Dosierungen von Arzneimitteln.

#### **Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

##### ***Zu Nummer 5a: § 87 Absatz 1***

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit elektronische Kommunikation papiergebundene Verfahren ersetzen kann. Die Bundesärztekammer begrüßt diesen Prüfauftrag und verbindet damit die Hoffnung, dass das hohe Maß an Bürokratie in Form von papiergebundenen Verfahren in den Arztpraxen analysiert und in einem notwendigen zweiten Schritt auch verringert werden kann.

##### ***Zu Nummer 5b: § 87 Absatz 2a***

Der Referentenentwurf sieht u. a. vor, dass bis zum 30. September 2016 und mit Wirkung zum 1. Januar 2018 die Vergütung für die Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 geregelt werden soll (NFDM). Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass das NFDM in der jetzigen Form auch

Datensätze nach Nummer 8 und 9 umfasst und bittet um eine entsprechende Klarstellung der Vorschrift. Ein Verzicht auf die Möglichkeit, Hinweise zu persönlichen Erklärungen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und 9 SGB V anzugeben, bedeutet beim derzeitigen Stand der Umsetzung eine unnötige Einschränkung und ist auch im Sinne der beabsichtigten Wirkung (Beseitigung von Informationsdefiziten in einer Notfallsituation) nicht sachgerecht. Hinzu kommt, dass für Patienten im Kontext der persönlichen Erklärungen eine Reihe von Anwendungsfälle (z. B. Löschen, Ändern, Verbergen von Hinweisen auf persönliche Erklärungen), neben den sonstigen Umgebungen für die Anwendung der Versicherten, auch zusammen mit dem Arzt oder dessen Mitarbeitern, in deren Primärsystem durchgeführt werden können.

Um die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen der Bundesärztekammer als projektleitender Gesellschafter für die Entwicklung, Testung und Einführung in den Wirkbetrieb dieser Anwendung einbringen zu können, fordert die Bundesärztekammer, direkt in das o. g. Regelungsverfahren einbezogen zu werden.

Weiter schlägt die Bundesärztekammer vor, die Frist zur Vereinbarung einer Regelung der Vergütung ärztlicher Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 8 und 9 um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2020 auszusetzen, und zunächst die Erstellung sowie Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 8 und 9 gezielt durch eine Anschubfinanzierung zu fördern. Nach Erkenntnissen des Projektes NFDM gehören mindestens 15 v. H. der gesetzlich Versicherten zur Kernzielgruppe der Anwendung. Bei dieser Patientengruppe ist der medizinische Nutzen des NFDM aufgrund vorliegender Multimorbidität und entsprechend vielfältiger Pharmakotherapie voraussichtlich am größten. Dieser Patientengruppe sollte daher möglichst zügig die Bereitstellung von notfallrelevanten Informationen/persönlichen Erklärungen angeboten werden. Die Bundesärztekammer regt daher an, die Erstanlage von Notfalldaten bzw. die Hinweise auf persönliche Erklärungen des Versicherten für einen Zeitraum von zwei Jahren mit einer Anschubfinanzierung anzureizen, um diese Anwendung für ein Patientenkollektiv von mindestens zwölf Millionen Patienten möglichst rasch in den Versorgungsprozessen zu etablieren. Das NFDM hat als erste medizinische Anwendung der eGK und der TI besondere Bedeutung für die Akzeptanz des Gesamtvorhabens bei Patienten und Ärzten. Die Höhe des Gesamtfördervolumens soll durch eine gesundheitsökonomische Bewertung des zu erwartenden Nutzens ermittelt werden.

Diese Anschubfinanzierung sollte für den ambulanten und stationären Bereich zur Verfügung stehen. Die Erstellung von Datensätzen für das NFDM soll im ambulanten Bereich primär durch Hausärzte, aber auch durch fachärztliche Schwerpunktpraxen (z. B. Onkologen, Diabetologen) und im stationären Bereich im Zuge des Entlassmanagements erfolgen. Die Aktualisierung bestehender Datensätze sollte hingegen durch alle an der Patientenversorgung beteiligten Ärzte durchgeführt werden.

Ein Anreizsystem erscheint sowohl aus patientenindividueller Sicht, als auch mit Blick auf das Gesamtsystem sinnvoll. Je schneller die oben erwähnte Kernzielgruppe chronisch erkrankter bzw. multimorbider Patienten mit Datensätzen ausgestattet wird, desto eher können im individuellen Fall in Notfallsituationen Zeitverluste und Informationsdefizite verhindert werden. Gleichzeitig werden der schnellere Einsatz einer medizinischen Anwendung und die höhere Verfügbarkeit von Datensätzen voraussichtlich die Akzeptanz und Zustimmung in der Bevölkerung ebenso wie in der Ärzteschaft erhöhen.

Datensätze, die im Anschluss an die Förderperiode erstellt werden, sollten auf Grundlage der Vereinbarung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie im stationären Bereich durch Zuschläge gemäß § 5ff des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen vergütet werden. In diese Verhandlungen ist die anwendungsspezifische Expertise der Bundesärztekammer einzubeziehen. An geeigneter Stelle sollte des Weiteren eine Regelung zur benötigten Ausstattung und Nutzung der Anwendung NFDM im präklinischen Rettungsdienst getroffen werden.

## **Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

### ***Zu Nummer 6: § 87a***

Der Referentenentwurf sieht vor, dass telemedizinische Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet sind, auf regionaler Ebene zusätzlich durch Zuschläge auf den Orientierungswert gefördert werden können. Die Bundesärztekammer begrüßt die Regelung, weist jedoch darauf hin, dass diese keinen Beitrag dazu leistet, ambulante Leistungen zu definieren, die telemedizinisch erbringbar sind. Die Abbildung telemedizinisch erbringbarer Leistungen im EBM ist Voraussetzung für die Wirksamkeit dieser Fördermaßnahme.

## **Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis**

### ***Zu Nummer 10, e, bb: § 291 Absatz 2b***

Der Referentenentwurf sieht vor, die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen, wenn diese nicht pro Quartal bei der erstmaligen Inanspruchnahme die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Dienste der Krankenkassen nach § 291 Absatz 2b Satz 3 prüfen. Die Bundesärztekammer lehnt diese Sanktion mit Nachdruck ab.

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass moderne Informations- und Kommunikationstechnologien ein großes Potential haben, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Sie begrüßt und unterstützt ebenso die Zielsetzung des Referentenentwurfs, Patienten und Ärzten sinnvolle medizinische Anwendungen möglichst zügig über die TI zur Verfügung zu stellen.

Der Referentenentwurf sieht jedoch vor, die erste, ausschließlich auf Verwaltungsfunktionalitäten beschränkte Anwendung der eGK unter Ankündigung von Sanktionen einzuführen, obwohl diese Anwendung keinerlei medizinischen Nutzen bringt. Sanktionen werden allerdings kaum zu einer höheren Akzeptanz der eGK führen. Die Bundesärztekammer schlägt daher vor, stattdessen auf Anreizsysteme und Informationsmaßnahmen zu setzen.

## **Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur**

### ***Zu Nummer 11, b: § 291a Absatz 1 Satz 1***

Im Gesamtprojektverlauf zur Einführung einer TI wurde innerhalb der gematik mehrfach offensichtlich, dass das Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung von den beiden Gesellschafterbanken unterschiedlich bewertet wird. Beispiele dafür sind die Benennung nutzbringender Einsatzfelder für eine TI, die konkrete Ausgestaltung einzelner Anwendungen sowie die Dringlichkeit der Einführung und das dazu geeignete Vorgehen. Nach Auffassung der Bundesärztekammer soll die TI einen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung leisten. Dies kann ihr nur gelingen, wenn medizinische Notwendigkeiten über die inhaltliche Ausgestaltung der TI bestimmen. Beispielhaft wäre dies nicht gewährleistet, wenn das Auslesen von Notfalldaten in Notfallsituationen in Pflegeheimen, in Rettungswagen oder im häuslichen Umfeld durch den herbeigerufenen Arzt nicht ermöglicht wird. Eine solche Einschränkung wäre für die Ärzteschaft nicht

hinnehmbar. Nur wenn die Notwendigkeiten der Patientenversorgung nachweisbar die Anwendungen bestimmen, werden die Beteiligten die TI akzeptieren und nutzbringend einsetzen.

Weiterhin wird angemerkt, dass die Systematik des § 291a Absatz 3 nur wenig Dynamik zulässt. Hier sieht der Entwurf vor, dass für jede neue Anwendung, die die eGK nutzt, das SGB V geändert werden muss – wie bspw. bei der Aufnahme der Anwendung Medikationsplan im aktuellen Entwurf. Würden bspw. die Gesellschafter der gematik vereinbaren, eine Anwendung „Impfausweis auf der eGK“ einzuführen, wäre hierzu eine Gesetzesänderung notwendig. Die Bundesärztekammer schlägt daher ein Verfahren vor, nach dem Anwendungen im Sinne des § 291a durch einstimmige Beschlussfassung der gematik und durch Zustimmung des BMG aufgenommen werden können.

Die Bundesärztekammer schlägt folgende Änderung des § 291a Absatz 1 Satz 1 vor.

**Bisherige Fassung:**

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(1) Die elektronische Gesundheitskarte dient der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung mit den in den Absätzen 2 und 3 genannten Anwendungen.

**Vorgeschlagene Neufassung:**

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Die elektronische Gesundheitskarte dient der Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der Behandlung mit den in den Absätzen 2 und 3 genannten Anwendungen. Über die Absätze 2 und 3 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte weitere Anwendungen unterstützen. Die Gesellschaft für Telematik hat die Erweiterung einer Anwendung einstimmig zu beschließen. Die Erweiterung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Ausgestaltung der Anwendungen hat sich an den Zielen einer bedarfsgerechten Patientenversorgung auszurichten.

**Zu Nummer 11, e, aa: § 291a Absatz 5 Satz 3**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Versicherte bei der neu aufgenommenen Anwendung „elektronischer Medikationsplan“ auf eine Zugriffsautorisierung verzichten können. Konkret bedeutet dies, dass der Versicherte den Zugriff auf die Daten seines elektronischen Medikationsplans ohne Eingabe der 6-stelligen PIN ermöglicht. Diese Regelung wird seitens der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft begrüßt.

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft weisen jedoch darauf hin, dass sich die Problematik „Beherrschung einer 6-stelligen PIN“ bei älteren, ggf. dementen Patienten, auch bei der Nutzung weiterer Anwendungen der eGK stellt. Insofern wird vorgeschlagen, dem Patienten auf Grundlage seines informationellen Selbstbestimmungsrechtes eine grundsätzliche Wahlmöglichkeit einzuräumen, die PIN als Zugriffsautorisierung zu nutzen oder auf diese zu verzichten.

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft schlagen folgende Änderung im § 291a Absatz 5 nach Satz 2 vor:

**Bisherige Fassung:**

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(5) Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Zugriff nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. Im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung nach Satz 2 verzichten.  
(...)

**Vorgeschlagene Neufassung:**

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(5) Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 ist nur mit dem Einverständnis der Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Zugriff nur durch Autorisierung der

Versicherten möglich ist. Im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 1, 3 Buchstabe a und b, 4, 5, 7, 8, 9 können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsautorisierung nach Satz 2 verzichten.

**Zu Nummer 11, g, bb: § 291a Absatz 7 Satz 3**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass über die Anwendungen der eGK hinaus die TI für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens verwendet werden kann, soweit dadurch ihre Nutzbarkeit nicht beeinträchtigt wird, insbesondere im Hinblick auf Datenschutz, Datensicherheit und Verfügbarkeit.

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Öffnung der TI für telemedizinische Versorgungsmethoden. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Verfügbarkeit der TI nicht am Kriterium „Anwendung der eGK“ oder „Anwendung ohne eGK“ festzumachen ist. Vielmehr sollte grundsätzlich die Verfügbarkeit von medizinischen Anwendungen gegenüber Verwaltungsanwendungen Priorität haben.

Eine entsprechende Klarstellung sollte im § 291b Absatz 1 Satz 1 und 2 erfolgen.

Die Bundesärztekammer schlägt folgende Änderung im § 291a Absatz 7 vor:

**Bisherige Fassung:**

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(7) [...] Über Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus kann die Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens verwendet werden, soweit dadurch die Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht beeinträchtigt wird, insbesondere im Hinblick auf Datenschutz, Datensicherheit und Verfügbarkeit. [...]

**Vorgeschlagene Neufassung:**

§ 291a

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

(7) [...] Über Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus kann die Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens verwendet werden, soweit dadurch die Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht

beeinträchtigt wird, insbesondere im Hinblick auf Datenschutz, und Datensicherheit und Verfügbarkeit. [...]

**Zu Nummer 11, i, bb: § 291a Absatz 7b Satz 3**

Der Referentenentwurf sieht vor, den Vertragspartnern zur Erstattung der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten für die Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Notfalldaten) und Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b (elektronischer Medikationsplan) mit Satz 3 Fristen für die Vereinbarungen von nutzungsbezogenen Zuschlägen zu setzen.

Die Bundesärztekammer schlägt vor, zumindest in der Begründung des Gesetzentwurfs Bestandteile der telematikbedingten Ausstattungs- und Betriebskosten aufzuführen; so z. B. den Konnektor und den elektronischen Heilberufsausweis.

Die Anwendung NFDM umfasst auch die Hinweise auf persönliche Erklärungen. Auch für die Nutzung der Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und 9 sollten daher nutzungsbezogene Zuschläge vereinbart werden. Um die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen der Bundesärztekammer als projektleitendem Gesellschafter für die Entwicklung, Testung und Einführung in den Wirkbetrieb dieser Anwendung einbringen zu können, fordert die Bundesärztekammer, direkt in das o. g. Regelungsverfahren einbezogen zu werden.

Weiterhin wird seitens der Bundesärztekammer daraufhin hingewiesen, dass die Anwendung NFDM auch von Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitätern in den entsprechenden Rettungsmitteln genutzt werden soll. Telematikbedingte Mehraufwände für die Ausstattung der Rettungsmittel müssen refinanziert werden.

**Gesellschaft für Telematik**

**Zu Nummer 12, a: § 291b Absatz 1**

Der Referentenentwurf sieht im neu gefassten Absatz 1 u. a. eine Öffnung der TI für weitere Leistungserbringergruppen vor.

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Regelung.

Absatz 1 Sätze 6 und 7 (neu) weist der gematik im Auftrag des BMG Aufgaben zur Wahrung deutscher Interessen auf europäischer Ebene zu. Das Bundesministerium erhält hierbei ein Weisungsrecht. Die Bundesärztekammer befürwortet eine solche Aufgabenübertragung nur unter der Voraussetzung, dass die Finanzierung nicht aus den Haushaltsmitteln der gematik erfolgt, sondern, dass für diese Aufgabe zusätzliche finanzielle Mittel vom BMG bereitgestellt werden. Des Weiteren darf eine Aufgabenübertragung nicht dazu führen, dass die originären Aufgaben der gematik nicht oder nicht im notwendigen Maße durchgeführt werden können.

Absatz 1 Satz 8 (neu) benennt eine Frist, bis zu der die gematik Maßnahmen durchzuführen hat, die erforderlich sind, damit zugriffsberechtigte Ärzte Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 auf die eGK speichern und lesen können. Bei Bemessung dieser Frist ist zu berücksichtigen, dass die Erprobung NFDM eine Evaluation mit umfasst. Ggf. wird eine Anpassung der Frist durch das BMG notwendig, um eine Evaluation durchzuführen bzw. deren Auswirkungen auf die Anwendung berücksichtigen zu können.

Die Anwendung NFDM umfasst auch die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und 9 (Hinweise auf persönliche Erklärungen). Es wird daher vorgeschlagen, die Regelung den § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und 9 zu erweitern.

***Zu Nummer 12, b, cc: § 291b Absatz 1a, Satz 11***

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die gematik für Komponenten und Dienste, die keine Zulassung haben, im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik eine befristete Verwendungsgenehmigung erteilen kann, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Sicherheit der TI erforderlich ist.

Die Bundesärztekammer sieht ein solches Vorgehen äußerst kritisch. Das Alleinstellungsmerkmal der TI besteht darin, dass sie nur zertifizierte und zugelassene Komponenten und Dienste nutzt. Dies stellt eine herausragende vertrauensbildende Rahmenbedingung für Patienten und Ärzte dar. Mit der hier vorgesehenen und in keiner Weise weder fachlich noch zeitlich begrenzten Ausnahmeregelung läuft der Referentenentwurf hier Gefahr, dieses Vertrauen zu schädigen, noch bevor die TI zur Verfügung steht.

Die Bundesärztekammer lehnt diese Regelung des Referentenentwurfs mit Nachdruck ab.

## **Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik**

### ***Zu Nummer 13: § 291c***

Der Referentenentwurf sieht die Einrichtung einer Schlichtungsstelle vor. Neben einem unabhängigen Vorsitzenden erhält der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wie die übrigen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Gesellschafter der gematik die Möglichkeit, jeweils einen gemeinsamen Vertreter als Mitglieder der Schlichtungsstelle zu benennen.

Die Bundesärztekammer lehnt die Einrichtung einer dreiköpfigen Schlichtungsstelle ab. Sie plädiert dafür, weiterhin nur eine Person als Schlichter einzusetzen. So ist gewährleistet, dass jeder Gesellschafter seine Position gegenüber dem Schlichter darstellen kann. Eine Erweiterung der Schlichtungsstelle würde die Konsensbildung nicht beschleunigen.

## **Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme**

### ***Zu Nummer 13: § 291d***

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft begrüßen ausdrücklich die Regelungen des § 291d, mit denen ein uneingeschränkter Datenaustausch zwischen informationstechnischen Systemen der vertragsärztlichen Versorgung, der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie zwischen informationstechnischen Systemen der Krankenhäusern ermöglicht wird. Damit wird einer Forderung des 117. Deutschen Ärztetages 2014 entsprochen.

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft regen an, dass die Einrichtungen, die jeweils für den Sektor die Festlegung zu den offenen und standardisierten Schnittstellen treffen, über den weiteren Fortgang der Bemühungen nach zwei Jahren einen Bericht liefern sollten.

### **Zu §291d (2) und (4)**

Die Integration offener Schnittstellen in informationstechnische Systeme ist eine notwendige Voraussetzung für nutzenstiftende Anwendungen der eGK und den Medikationsplan.

Voraussetzung für die Verbesserung der AMTS ist die Berücksichtigung aller medizinisch notwendigen Daten bei den Festlegungen zu den über die Schnittstellen auszutauschenden Daten und Datenformaten.

Der Aktionsplan AMTS 2013–2015 erarbeitet daher in den Maßnahmen 28 und 29 die hier aufzugreifenden Daten. Die Ergebnisse der Maßnahmen 28 und 29 des Aktionsplans AMTS sind bei der Festlegung der Schnittstellen zu berücksichtigen.

## **Interoperabilitätsverzeichnis**

### ***Zu Nummer 13: § 291e***

Der Referentenentwurf regelt den Aufbau, die Pflege und den Betrieb eines Interoperabilitätsverzeichnisses durch die gematik. Diese Maßnahme wird seitens der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft begrüßt.

Die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft regen an, dass zukünftigen Nutzern des Interoperabilitätsverzeichnisses seitens der gematik ein Beratungsangebot zur Verfügung gestellt wird, um insbesondere Kleinstprojekte unbürokratisch und zielgerichtet zu unterstützen.

Weiterhin begrüßt die Bundesärztekammer die Fortführung des aus der eHealth-Initiative des BMG hervorgegangenen Telemedizinportals unter der Verantwortung der gematik.

## **Elektronischer Entlassbrief**

### ***Zu Nummer 13: § 291f***

Der Referentenentwurf sieht vor, den elektronischen Entlassbrief als unterstützende Komponente des Entlass- bzw. Überleitungsmanagements zu fördern. Der Entlassbrief kann entweder dem Patienten elektronisch übergeben oder mit dessen Zustimmung elektronisch an von ihm benannte ärztliche Einrichtungen übermittelt werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Regelung; es sollte jedoch die Option eingeräumt werden, dass es sich hierbei auch um einen sog. vorläufigen Entlassbrief handeln kann, wenn der Entlassbrief am Tag der Entlassung zur Verfügung gestellt werden soll. Dies ist

häufig ein rein organisatorisches Problem, da der Brief i. d. R. von zwei Ärzten gezeichnet wird.

Auf die im § 291f Absatz 2 vorgenommene Auflistung von Mindestbestandteilen des Entlassbriefs sollte verzichtet werden.

## **Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen**

### ***Zu Nummer 13: § 291g***

Der Referentenentwurf regelt im Absatz 1 Satz 1, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit der gematik und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Inhalte und Struktur des elektronischen Entlassbriefs vereinbaren sollen.

Die Bundesärztekammer muss in die Regelungen des § 291g Absatz 1 Nummer 1 (Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief und Bestätigung von informationstechnischen Systemen) sowie zu § 291h Absatz 2 Satz 1 (Übermittlung elektronischer Briefe) eng einbezogen werden. Arztbriefe sind sowohl intrasektoral als auch intersektoral essentieller Bestandteil der innerärztlichen Kommunikation. Die Bundesärztekammer ist die einzige sektorenübergreifende Vertretung aller Ärzte in Deutschland. Daher ist es ihre Aufgabe, daran mitzuwirken, dass Arztbriefe hinsichtlich der Inhalte, der Struktur und der technischen Spezifikation in den unterschiedlichen Sektoren interoperabel sind.

Die Bundesärztekammer bittet den Gesetzgeber daher, in die Erstellung der Vereinbarung zum elektronischen Entlassbrief in Form einer Einvernehmensregelung einbezogen zu werden.

Im § 291g Absatz 1 Satz 3 wird den o. g. Institutionen vorgegeben, offene Schnittstellen für die Kommunikation zwischen den elektronischen Systemen der Sektoren zu vereinbaren.

Hier regt die Bundesärztekammer an, ergänzend den Hinweis aufzunehmen, dass diese Schnittstellen sich am Interoperabilitätsregister bzw. an etablierten Standards ausrichten sollen.

## **Übermittlung elektronischer Briefe**

### ***Zu Nummer 13: § 291h***

Der Referentenentwurf regelt im Absatz 2 Satz 1, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der gematik in einer Richtlinie u. a. Struktur und Inhalt des elektronischen Briefes regeln solle.

Die Bundesärztekammer regt analog zur Stellungnahme zum § 291g ihre Einbeziehung an. Die Bundesärztekammer bittet den Gesetzgeber, in die Erstellung einer Richtlinie zur Struktur und Inhalt des elektronischen Briefes in Form einer Einvernehmensregelung einbezogen zu werden.

## **Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung**

### ***Nummer 13: § 291i:***

Der Referentenentwurf sieht in Absatz 1 Satz 1 vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2016 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der gematik 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, vereinbart.

Die Bundesärztekammer schlägt vor, bei der Formulierung der Vereinbarung sicherzustellen, dass das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) bzw. das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) eingebunden wird.