

Düsseldorf, den 28. Oktober 2015

Protokoll
der 32. Sitzung des Ärztlichen Beirates
am Mittwoch, den 28. Oktober 2015
in der
Ärztekammer Nordrhein
in Düsseldorf

Vorsitz: Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann

Gast: Prof. Dr. med. Sylvia Thun (Hochschule Niederrhein - Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen)

Matthias Redders (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter)

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 15.00 Uhr

Ende: 17.10 Uhr

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Protokoll auf eine geschlechterdifferenzierte Formulierung verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Arzt, Patient, Mitglied usw. immer auch für die weibliche Form stehen, es sei denn, es wird ausdrücklich auf die männliche oder weibliche Form hingewiesen.

TOP 1 Begrüßung

Frau Dr. Groß begrüßt im Namen der beiden Vorsitzenden – Herr Dr. Dr. Bickmann verspätet sich aufgrund der Verkehrslage - die Anwesenden (s. Teilnehmerliste).

Schwerpunktt Themen der Sitzung sind die Stellungnahme des Ärztlichen Beirates zum Medikationsplan und eine Diskussion zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge.

Frau Dr. Groß informiert über die Sitzungstermine des Ärztlichen Beirates für das Jahr 2016. Aufgrund der im kommenden Jahr terminierten Herbstferien würde die Sitzung des Ärztlichen Beirates in den Herbstferien stattfinden. Um dies zu vermeiden, schlägt Frau Dr. Groß vor, den Oktobertermin auf den 09.11.2016 zu verschieben. Die Mitglieder nehmen den Vorschlag von Frau Dr. Groß an (17.02.2016, 29.06.2016 und 09.11.2016 um 15:00 Uhr in der

Ärztammer Nordrhein in Düsseldorf sowie 13.04.2016 und 31.08.2016 um 15:00 Uhr in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund). Des Weiteren einigen sich die Mitglieder darauf, die Sitzung am 14.12.2016 mit Beginn schon um 14:00 Uhr in den Räumlichkeiten der Ärztkammer Westfalen-Lippe stattfinden zu lassen, da an diesem Tag auch der Kammervorstand Westfalen-Lippe tagt und somit Fahrwege reduziert werden können.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 26. August 2015

Frau Dr. Groß ruft als nächsten Tagesordnungspunkt die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung auf. Da keine schriftlichen Einsprüche vorliegen und auch in der Sitzung keine Beanstandungen angemeldet werden, wird das Protokoll einstimmig ohne Enthaltungen angenommen.

Vor den eigentlichen TOP's der Tagesordnung des Ärztlichen Beirates geht Frau Dr. Groß auf die Berichte der Presse ein, dass die im Feld befindlichen Lesegeräte, für die Erprobung, ausgetauscht werden sollen. Der Grund: Sie halten den Sicherheitsanforderungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) nicht mehr Stand. Das betrifft die stationären Lesegeräte, die seit 2011 bundesweit im Einsatz sind. Nach derzeitigem Wissensstand sind die mobilen Kartenlesegeräte derzeit nicht betroffen. Sollten weitergehende Informationen bis zur Dezember-Sitzung des Ärztlichen Beirates vorliegen, wird das Thema erneut besprochen.

TOP 3 eGK für Flüchtlinge, Einstieg in die Priorisierung (dieser Punkt wird aufgrund der Verspätung von Herrn Dr. Dr. Bickmann vorgezogen)

Mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20.10.2015 werden u. a. die §§ 264 Absatz 1 und 291 Absatz 2 SGB V ergänzt. Die frühere optionale auftragsweise Übernahme der Krankenbehandlung von Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG durch die Krankenkassen ist unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 264 Absatz 1 SGB V n. F. verpflichtend. Das Gesetz ist am 24.10.2015 in Kraft getreten; die Ergänzung des § 291 SGB V (eGK-Statusmerkmal „Leistungsberechtigter nach den §§ 4 und 6 AsylbLG“) tritt zum 01.11.2016 in Kraft.

Aktuell haben sich einige Bundesländer bereits entschlossen die elektronische Gesundheitskarte an Flüchtlinge auszugeben. Andere wiederum beschreiten den papierbasierten Weg mit der Ausgabe von Behandlungsscheinen.

Neben der optionalen Übernahme der Krankenbehandlung für besondere Personengruppen durch die Krankenkassen, verpflichtet der neue § 264 Absatz 1 SGB V zur Übernahme der Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Voraussetzung hierfür ist, dass die Krankenkasse dazu durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde aufgefordert und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird. Die Vereinbarung hat insbesondere Regelungen zur Erbringung der Leistungen sowie

zum Ersatz der Aufwendungen und Verwaltungskosten zu enthalten; die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kann vereinbart werden.

Bis zum Inkrafttreten der Regelung, wonach die eGK ein spezifisches Merkmal für die Gruppe der Leistungsempfänger nach §§ 4 und 6 AsylbLG zu enthalten hat, haben die Vereinbarungspartner gemäß § 264 Absatz 1 Satz 7 SGB V n. F. die Erkennbarkeit dieses Status in anderer Weise sicherzustellen.

Wird von der jeweiligen Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene gefordert, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung verpflichtet.

Im Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylbLG, § 6 AsylbLG) ist auch die Krankenversorgung geregelt:

- Medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen müssen bei allen akuten oder akut Behandlungsbedürftigen Erkrankungen gewährt werden.
- Medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen müssen bei allen mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen gewährt werden.
- Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, wenn dies „unaufschiebbar“ (das heißt jetzt unmittelbar notwendig) ist.
- Bei Schwangerschaft und Geburt erhalten Frauen alle auch für Deutsche üblichen medizinischen Leistungen bei Arzt und Krankenhaus, sämtliche Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind, Hebammenhilfe, Medikamente und Heilmittel.
- „Sonstige“ medizinische Leistungen müssen gewährt werden, wenn dies „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist.

Probleme gibt es vor allem mit Heil- und Hilfsmitteln wie Brillen, Hörgeräten, Prothesen, Rollstühlen, aber auch Medikamenten und Operationen.

Die Mitglieder des ÄB stellen fest, dass eine elektronische Gesundheitskarte die Formalien in der Praxis und auch im Krankenhaus reduzieren kann. Eine Herausforderung stellt sich allerdings bei der Eingrenzung der Leistungen für die Behandlung durch die behandelnden Ärzte dar. Hierbei ist es wichtig eindeutig zu erkennen, welchen Anspruch auf Leistungen der jeweilige Patient hat. Eine Kennzeichnung **auf** der elektronischen Gesundheitskarte wird als diskriminierend empfunden und kann nicht akzeptiert werden. Eine andere Möglichkeit der Kennzeichnung durch eine Statuskennzeichnung analog den anerkannten Asylbewerbern wäre möglich.

Da die Zahlungen - - auch wenn sie über die Kven abgerechnet werden - nicht aus dem GKV-Budget bezahlt werden, sondern Leistungen der(kommunalen) Sozialbehörden sind, belasten sie entgegen häufig geäußelter Meinung nicht die allgemeinen Vergütungen für ärztliche Leistungen im Gesundheitswesen.

Der Einstieg in eine Priorisierung wird aus Sicht der Mitglieder des Ärztlichen Beirates damit nicht vollzogen.

TOP 4 Stellungnahmen des Ärztlichen Beirates zum Medikationsplan

Frau Prof. Thun berichtet über das Projekt Medikationsplan Plus, welches unter Mitwirkung der Hochschule Niederrhein, der Duria eG, der CompuGroup Medical Deutschland AG (CGM) und der AD Apotheken Datenverarbeitung umgesetzt wird. Der Medikationsplan PLUS wird auf Basis der aktuellen Version 2.0 des bundeseinheitlichen Medikationsplanes der Arzneimittelkommission umgesetzt. Das Projekt zielt darauf ab, der deutschen Ärzteschaft Optimierungspotentiale aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie professioneller Leistungsanbieterinnen und -anbieter aufzuzeigen (z. B. hinsichtlich Lesbarkeit, Verständlichkeit, Praktikabilität) und diese in einer angepassten Version und Spezifikation umzusetzen. Dabei ist die Überführung des papiergebundenen Medikationsplanes in eine elektronische Version eine wesentliche Aufgabenstellung.

Die zum jetzigen Zeitpunkt bereits identifizierten Schwachstellen des gegenwärtigen Medikationsplanes (z.B. keine Festlegung anerkannter semantischer Bezugssysteme) werden dabei gezielt adressiert und in entsprechender Form modifiziert. Es ist daher u.a. zu erwarten, dass die Anzahl von Fehlinterpretationen der im Medikationsplan enthaltenen Informationen in Folge des Projektvorhabens reduziert wird. Insgesamt liefert dieses Projekt damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des intersektoralen Medikationsprozesses auf organisatorischer und technischer Ebene und damit ebenfalls zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Der Medikationsplan Plus wird für 3 Jahre erprobt.

In der Diskussion zur Stellungnahme des Ärztlichen Beirates NRW stellt sich die Frage der Verbindlichkeit der Inhalte in einem Medikationsplan. Kann der Arzt bedingungslos darauf vertrauen, dass die Angaben im Medikationsplan der Realität entsprechen? Denn schließlich geht es auch um eine Haftungsfrage für den Arzt bei der Versorgung des Patienten. Es ist davon auszugehen, dass Angaben zu möglichen OTC-Produkten nicht in den Medikationsplan auf Wunsch des Patienten aufgenommen werden. Aus diesem Grund ist mit Lücken in der Vollständigkeit zu rechnen. Somit kann der Medikationsplan derzeit nur als Hilfsmittel und Orientierungshilfe für den jeweiligen Patienten dienen und anzusehen sein.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Fälschungssicherheit eines Medikationsplanes in Papierform. Hier kann von keiner Rechtssicherheit ausgegangen werden. Betrachtet werden muss, nach Ansicht der Mitglieder des Ärztlichen Beirates, die Einbeziehung und die Verantwortung des Patienten bei der Erstellung des Medikationsplanes. Hier ist mit einem Beratungsaufwand zu rechnen. Ebenfalls spielen hier die Apotheken eine Rolle bei der Erstellung des Medikationsplanes. Eine Involvierung ist hier unabdingbar.

Da der Gesetzgeber keine Angaben über die Nutzung des Medikationsplanes innerhalb des E-Health-Gesetzes macht, ist davon auszugehen, dass der Plan im ersten Schritt in der Hand des Patienten bleibt und kann somit nicht als Grundlage für die Patientenbehandlung dienen.

Zur Lösung der gesetzlichen Anforderungen „Medikationsplan“ aus dem Entwurf des E-Health-Gesetzes, wie es derzeit diskutiert wird, erstellt Herr Mellis eine kurze schriftliche Zusammenfassung um einen Überblick über das Patientenrecht auf einen einheitlichen Medikationsplanes zu erhalten und stellt diesen den Mitgliedern des Ärztlichen Beirates zur Verfügung.

Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit und den intensiven Diskussionen zum Thema Medikationsplan wird das Thema Stellungnahme des Ärztlichen Beirates zum Medikationsplan auf die nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirates am 16.12.2015 vertagt. In der Zwischenzeit werden die Forderungen schriftlich formuliert um diese in der nächsten Sitzung zu diskutieren.

TOP 5 Verschiedenes

Für die kommende Sitzung des Ärztlichen Beirats am 16.12.2015 in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen/Lippe in Dortmund wünschen sich die Mitglieder einen umfassenden Überblick über den Projektstatus der gematik bei der Einführung der Telematikinfrastruktur, eine Übersicht über das weitere Vorgehen bis zur Erprobung und eine Aussage zum dem Thema Austausch von Lesegeräten. Die genannten Punkte werden an die gematik weitergeleitet.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zum übernächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **25. November 2015** um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch den **16. Dezember 2015 um 15:00 Uhr** bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen/Lippe in Dortmund statt.
- Die übernächste Sitzung des Ärztlichen Beirates ist für den **17.02.2016** in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf geplant.