



**Protokoll des Workshops zur Umsetzung der Maßnahme 31a:
„Langfristige Verbesserung der AMTS“**

(Stand: 28. Januar 2020)

Datum und Zeit: Freitag, 29. November 2019, 10:30–13:00 Uhr
Ort: Haus der Bundesärztekammer | Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
Anwesende: siehe Teilnehmerliste (Anlage 1)
Moderation: Dr. Anne Dwenger, Prof. Daniel Grandt
Protokoll: Karoline Luzar, Birgit Vogt

Begrüßung und Vorstellung

Frau Dr. Dwenger und Herr Prof. Grandt begrüßen die Anwesenden. Frau Dr. Dwenger fasst das Ziel des Workshops zusammen: um die AMTS langfristig zu verbessern, müssen Vorschläge und Ideen gesammelt und auf sozialrechtliche Aspekte geprüft und ergänzt werden. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmer.

Rechtliche Rahmenbedingung als Hürden bei der Verbesserung der AMTS durch neue Versorgungsformen

Die Teilnehmer diskutieren insbesondere die nachfolgend aufgeführten Themen:

• § 284 SGB V „Sozialdaten bei den Krankenkassen“:

Im Zusammenhang mit § 284 SGB V werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Projekte dargelegt, z. B. AdAM oder ARMIN. § 284 SGB V könne eine Grundlage zur Bereitstellung von Sozialdaten an Leistungserbringer bieten, begründe selbst aber keinen Versorgungsauftrag. Daher schlagen einige Teilnehmer vor, den rechtlichen Rahmen weiterzuentwickeln.

• § 140a SGB V „Besondere Versorgung“:

Die Anpassung des § 140a SGB V sei erforderlich, um digitale Versorgungsstrukturen zu ermöglichen. Die Änderung, die im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vorgenommen wurde, betrachten Teile der Teilnehmer als unzureichend. § 140a SGB V biete außerdem keine rechtliche Grundlage, um z. B. Verträge mit Apotheken abzuschließen.

33 • Stärkung der AMTS im SGB V:

34 Im Zusammenhang mit dem AOK-Projekt eLiSa erläutert Frau Dolfen von der AOK Nord-
35 ost den Anpassungsbedarf des SGB V anhand einer Folie (Anlage 2). Ziel des AOK-
36 Projektes sei es, einen „Closed-Loop“ in der Versorgung zu erreichen. Für eine flächen-
37 deckende Umsetzung solcher Versorgungsprojekte bedürfe es außerdem der Aufnahme
38 eines Medikamentendossiers in die elektronische Patientenakte.

39 • Rückverfolgbarkeit der Chargenbezeichnungen:

40 Die Teilnehmer der Sitzung diskutieren angesichts von Notwendigkeiten des Chargenbe-
41 zugs in der Pharmakovigilanz und bei behördlichen Maßnahmen, wie die Chargenbe-
42 zeichnungen der an die Patienten abgegebenen Arzneimittelpackungen gespeichert und
43 nachträglich rückverfolgt werden können. Nachfolgende Lösungsansätze werden vorge-
44 bracht und mit Blick auf die Umsetzbarkeit diskutiert: Anpassung des § 300 SGB V, Ver-
45 wendung der Chargeninformationen aus dem securPharm-System, der elektronischen
46 Patientenakte (ePA), des elektronischen Rezeptes (eRezept), Einrichtung eines zentralen
47 Registers.

48 • Verbreitung von Risikoinformationen und Meldung der UAW:

49 Behördlich veranlasste bzw. genehmigte Risikoinformationen und Schulungsmaterialien,
50 z. B. Rote-Hand-Briefe (RHB) und Blaue-Hand-Materialien sollten für eine Abbildung in
51 elektronischen Systemen strukturiert und maschinenlesbar zur Verfügung stehen. In Pro-
52 jekten wie z. B. AdAM oder eLiSa werde dies bereits durch die Projektpartner umgesetzt.
53 Die flächendeckende systematische Integration dieser maschinenlesbaren Informationen
54 in die Verordnungssoftware der Arztinformations- und Praxisverwaltungssysteme (AIS,
55 PVS) sei im Sinne der AMTS anzustreben. Denkbar sei auch, die Risikoinformationen mit
56 der im DVG geplanten Referenzdatenbank nach § 31b SGB V für Fertigarzneimittel zu
57 verknüpfen. Ebenso sollte der UAW-Meldebogen als elektronisches Formular verfügbar
58 sein. Der Meldeprozess müsse vereinfacht und die Qualität der Meldungen verbessert
59 werden.

60

61 Fazit: Es ergibt sich bei vielen Teilnehmern die Schlussfolgerung, dass es zielführend sein
62 könnte, in einem weiteren Workshop auf Basis der hier diskutierten Problemfelder konkrete
63 Vorschläge zur Weiterentwicklung des SGB V im Hinblick auf AMTS-relevante Aspekte zu
64 entwickeln.

65

66

67 **Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für Verträge bzw. Vertragsformen zwi-**
68 **sehen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. Leistungserbringerorganisatio-**
69 **nen**

70 Herr Prof. Grandt eröffnet die Diskussion mit der Frage, welche rechtlichen Rahmenbedin-
71 gungen bzw. Strukturkomponenten sinnvollerweise weiterentwickelt werden sollten. Nachfol-
72 gende Aspekte werden dabei angesprochen:

- 73 • Realisierbarkeit der flächendeckenden Umsetzung von Projekten der Krankenkassen, die
74 die AMTS verbessern
- 75 • Maßnahmen zur Sicherstellung, dass bei den Bestrebungen der Krankenkassen, die
76 AMTS zu verbessern, der Patient im Mittelpunkt stehe
- 77 • Es besteht die Notwendigkeit zur Verbesserung der Codier-Qualität als Voraussetzung
78 zur Verhinderung von Informationsdefiziten und zur Verbesserung von AMTS. Dies ist zu
79 unterstützen und darf nicht durch Sanktionierung besserer Codierung im Rahmen des
80 Morbi-RSA behindert werden.
- 81 • Bedeutung einer pharmakologischen Beratung von Ärzten durch die Krankenkassen über
82 § 305a SGB V „Beratung der Vertragsärzte“, z. B. pharmPRO®
- 83 • Möglichkeiten zur Anpassung vertraglicher Konstellationen dahingehend, dass die Bemü-
84 hungen um die Verbesserung der AMTS in den unterschiedlichen Settings nicht zum öko-
85 nomischen Nachteil werden, sondern refinanziert werden, z. B. über Qualitätszuschläge

87 **Fortführung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte nach Beendigung der Förderpha-**
88 **se auf Grundlage der bestehenden Regelungen**

89 Die Teilnehmer der Sitzung diskutieren, welche gesetzlichen Rahmenbedingung gegeben
90 sein müssen, um erfolgreiche Projekte des Innovationsfonds fortzuführen. Erste abgeschlos-
91 sene Projekte seien bereits positiv bewertet worden. Jedoch zeige sich, dass die Erwartung,
92 dass Innovationsfondsprojekte mit der Endauswertung signifikante Verbesserung der Ver-
93 sorgung belegen können, oft nicht erfüllt werde. Auch deshalb sei man mit dem BMG im Ge-
94 spräch, Übergangsregelungen zu schaffen. Teilweise stünden in der Diskussion um die
95 Verlängerung der Förderphase bis zur Überführung in die Routineversorgung auch föderal-
96 politische Interessen im Vordergrund. Es müsse auch die Evaluation der Projekte vorliegen
97 und die Ergebnisse in die Entscheidung einbezogen werden. Allgemein stelle sich die Frage,
98 ob der Zeithorizont des § 140a SGB V zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Projekten
99 realistisch sei.

100

101 Die Teilnehmer diskutieren unter anderem am Beispiel des RESIST-Projekts, dass die Kom-
102 plexität der Maßnahmen damit einhergehende, dass neue Strukturen Hemmnisse darstell-
103 ten, wohingegen auf bestehenden Strukturen fußende Projekte leichter ausgeweitet werden
104 könnten.

105

106 Frau Dr. Dwenger und Herr Prof. Grandt bedanken sich bei den Teilnehmern für die kon-
107 struktive Diskussion.