



ENTWURF EINES GESETZES ZUR SCHAFFUNG EINER DIGITALAGENTUR FÜR GESUNDHEIT – GESUNDHEITS- DIGITALAGENTUR-GESETZ (GDAG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 9. OKTOBER 2024, BT-DRS. 20/13249 UND
ZUM ÄNDERUNGSANTRAG 1 DER BUNDESREGIERUNG VOM
06. NOVEMBER 2024, AUSCHUSS-DRS. 20(14)233.1

7. NOVEMBER 2024

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG	4
Nr. 1 - § 86 SGB V-E (Verwendung von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form)	4
Nr. 5 - § 295 Abs. 2b SGB V-E (Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen)	4
Nr. 10 - § 311 Abs. 1 SGB V-E (Aufgaben der Digitalagentur)	5
Nr. 12 - § 312a SGB V-E (Aufgaben im Rahmen des elektronischen Arbeitsunfähigkeitsverfahrens)	6
Nr. 17 - § 324 SGB V-E (Zulassung von Anbietern von Betriebsleistungen)	6
Nr. 18 - § 325 SGB V-E (Zulassung von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur)	7
Nr. 21 - § 330 SGB V-E (Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten und Prozesse der Telematikinfrastruktur)	7
Nr. 22 - § 331 SGB V-E (Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs zur Gewährleistung der Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur)	8
Nr. 23 - § 332b SGB V-E (Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme)	8
NR. 40 - § 363c (Inhalte und Nutzung der sicheren Übermittlungsverfahren)	9
Nr. 41 - § 369 (Prüfung der Vereinbarungen durch das Bundesministerium für Gesundheit)	10
NR. 42 - § 370c (Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen)	10
Nr. 43 - § 371 SGB V-E (Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme)	11
Nr. 44 - § 372 SGB V-E (Spezifikationen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung)	12
Nr. 50 - § 386a SGB V-E (Interoperabilitätspflicht)	12
Nr. 50 - § 386b SGB V-E (Digitalberatung)	13
Nr. 51 - § 387 SGB V-E (Konformitätsbewertung)	13
Nr. 56 - § 397 SGB V-E (Bußgeldvorschriften)	14
ÜBER DIE EINZELVORSCHRIFTEN DES GESETZENTWURFES HINAUSREICHENDE KOMMENTIERUNGEN DER KBV	16
§ 291 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)	16
§ 341 Abs. 6 SGB V (Sanktionierung der TI-Anwendungen – insbesondere ePA)	16
§ 378 Abs. 3 SGB V (Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten)	17
§ 75 Abs 1c SGB V (Rechtsgrundlage für Gesprächsaufzeichnungen bei der 116117)	17
KOMMENTIERUNG ÄNDERUNGSANTRAG 1	18
Zu Artikel 1 Nr. 2a § 284 SGB V-E (KI-TraininG bei Krankenkassen)	18

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen der Digitalisierung der Versorgung offen gegenüber. Sie benötigen dafür Anwendungen, die praxistauglich konzeptioniert und umgesetzt sind. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausrichtung auf die Benutzerfreundlichkeit für Ärzte und Psychotherapeuten greift zentrale Forderungen der KBV für eine sinnvolle und nutzerzentrierte Digitalisierung auf.

Wenn auf eine bessere Praxistauglichkeit im Versorgungsalltag gesetzt wird, ist es folgerichtig, Sanktionen gegen Ärzte und Psychotherapeuten zu streichen. Ein solches Instrument ist aus Sicht der KBV unverändert inakzeptabel und mit einem nutzerzentrierten Ansatz grundsätzlich nicht vereinbar.

Der Abbau der aktuell erkennbaren Defizite in der Interoperabilität, Performanz, Stabilität und Nutzerfreundlichkeit der informationstechnischen Systeme ist nach Auffassung der KBV für den weiteren Erfolg der Digitalisierung und insbesondere der so genannten „ePA für alle“ erfolgsentscheidend.

Dass die Digitalagentur für Gesundheit künftig auch qualitative und quantitative Anforderungen an die Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur stellen kann, kann dazu beitragen, dass praxistaugliche Anwendungen entwickelt und bereitgestellt werden. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass Vertragsärzte und -psychotherapeuten die TI-Anwendungen in der Regel in ihren Praxisverwaltungssystemen bedienen. Auch und gerade hier muss die Benutzerfreundlichkeit der TI-Anwendungen sichergestellt werden.

Dass mit dem Gesetzentwurf ein effektives Steuerungsmodell mit einer Ende-Zu-Ende-Verantwortung der Digitalagentur für Gesundheit geschaffen wird, trägt den im Einführungsprozess des elektronischen Rezepts gemachten Erfahrungen Rechnung. Zusammen mit ausreichenden Testvorhaben kann dies die Basis für eine erfolgreiche Digitalisierung verbreitern.

Der im Gesetzentwurf in § 370c SGB V vorgelegte Regelungsvorschlag für das Angebot und die Nutzung von Terminbuchungsplattformen ist in der vorgeschlagenen Form nicht tragfähig und praktisch nicht umsetzbar. Die KBV schlägt daher die Streichung vor.

Der Gesetzentwurf sieht keine grundsätzlichen Änderungen der Gesellschafterstruktur der gematik vor. Damit werden der KBV unverändert nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten eingeräumt, der Expertise und den Anforderungen derjenigen zur Durchsetzung zu verhelfen, die die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung gewährleisten. Möglichkeiten zur sinnvollen Einbindung dieser Expertise zeigt die KBV in verschiedenen Änderungsvorschlägen auf.

Um die Ziele des Gesetzentwurfes noch besser erreichen zu können, gibt die KBV im Rahmen der Stellungnahme im Einzelnen weitere Hinweise und Anregungen.

KOMMENTIERUNG

ARTIKEL 1

NR. 1 - § 86 SGB V-E (VERWENDUNG VON VERORDNUNGEN UND EMPFEHLUNGEN IN ELEKTRONISCHER FORM)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bundesmantelvertragliche Vereinbarung von Formularen soll zukünftig im Benehmen mit der Digitalagentur für Gesundheit erfolgen.

Bewertung

Die vorgesehene Aufnahme der Benehmensherstellung mit der Digitalagentur für Gesundheit lässt keine Vorteile erkennen. Es sind vielmehr Zeitverzögerungen bei der Anpassung der technischen und inhaltlichen Vorgaben für Verordnungen zu befürchten.

Insbesondere bei festgestelltem Anpassungsbedarf der technischen Vorgaben ist die Möglichkeit einer zeitnahen Anpassung der Vorgaben für das Funktionieren digitaler Verordnungsprozesse essenziell. Die Tragfähigkeit der Begründung, nach der die Digitalagentur für Gesundheit zukünftig die Interessen der Leistungserbringer gebündelt wahrnehmen kann, muss bezweifelt werden. So sind die Verordnungsprozesse Gegenstand bilateraler Vereinbarungen, die durch die Krankenkassen mit den betroffenen Leistungserbringergruppen geschlossen werden. Die inhaltliche Harmonisierung der unterschiedlichen Vereinbarungen mit den einzelnen Leistungserbringergruppen ist daher aus Sicht der KBV eine Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV).

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung

NR. 5 - § 295 ABS. 2B SGB V-E (ÜBERMITTLUNGSPFLICHTEN, VERPFLICHTUNG ZUR EMPFANGSBEREITSCHAFT UND ABRECHNUNG BEI ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die KBV soll die für die Erstellung der Abrechnung der ärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V zugrunde liegenden Stammdaten über eine einheitliche, zentrale Schnittstelle zum direkten Datenabruf zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

Die vorgesehene Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Mit ihr müssen Praxisverwaltungssystem (PVS)-Hersteller zukünftig moderne Architekturkonzepte zur Aktualisierung von Stammdaten umsetzen und die Systeme in den Praxen stets aktuelle Stammdaten nutzen können.

Die in Satz 3 genannten Verträge gemäß § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) und 140a SGB V (Besondere Versorgung) können auch ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) direkt zwischen Krankenkassen und Gemeinschaften von Leistungserbringern geschlossen werden. Damit liegen den KVen und auch der KBV hierfür keine Informationen zur Abrechnung der Leistungen vor, die über die Schnittstelle zur Verfügung gestellt werden könnten. Daher kann sich die Regelung nur auf Verträge beziehen, die unter Beteiligung der KVen geschlossen wurden. Die Verträge gemäß § 132f (Versorgung

durch Betriebsärzte) werden außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und damit außerhalb der Regelungsbereiche der KVen geschlossen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung von § 295 Abs. 2b Satz 3 SGB V – E wie folgt zu fassen:

*„Sofern mit den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen Verträge nach den §§ 73b, 132e, ~~132f~~ und 140a unter **Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung** geschlossen wurden, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihnen die für die Erstellung der Abrechnung der sich aus diesen Verträgen ergebenden ärztlichen Leistungen erforderlichen nicht personenbezogenen Daten ebenfalls über die in Satz 1 genannte Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“*

NR. 10 - § 311 ABS. 1 SGB V-E (AUFGABEN DER DIGITALAGENTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Digitalagentur für Gesundheit kann nach der vorgesehenen Regelung Aufträge

- › an Anbieter für die Entwicklung, die Zurverfügungstellung und den Betrieb von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur,
- › an Anbieter für die Entwicklung, die Zurverfügungstellung und den Betrieb von sicheren Diensten für Verfahren zur Übermittlung medizinischer und pflegerischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur und
- › für Spezifikations- und Zertifizierungsaufgaben vergeben.

Weiterhin ist vorgesehen, dass neben den Vorgaben zur Interoperabilität auch Festlegung von verbindlichen Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie Sicherstellung ihrer Einhaltung neue Aufgaben der Digitalagentur für Gesundheit werden.

Bewertung

Die KBV hält die Aufnahme der Sicherstellung der Benutzerfreundlichkeit als zukünftige Aufgabe der Digitalagentur für Gesundheit für sinnvoll. Die Erfahrungen der Einführung der eAU und des eRezept haben gezeigt, dass die Nutzerorientierung ein wesentlicher Baustein für eine erfolgreiche Digitalisierung ist.

Es sollte jedoch eine Klarstellung erfolgen, dass die Verantwortung der Digitalagentur für Gesundheit für Anwendungen der Telematikinfrastruktur auch die Primärsysteme umfasst. Um die gematik bei der Festlegung von verbindlichen Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie Sicherstellung ihrer Einhaltung zu unterstützen und eine Praxistauglichkeit dieser Festlegungen zu ermöglichen, sollte die KBV frühzeitig eingebunden und bei den Festlegungen durch einen Benehmensprozess beteiligt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Unter ggg) sollte Nummer 18 wie folgt gefasst werden:

„Festlegung von verbindlichen Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten **einschließlich ihrer Umsetzung in den informationstechnischen Systemen im Benehmen mit der Kassenärztlichen**

Bundesvereinigung, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie Sicherstellung ihrer Einhaltung“

NR. 12 - § 312A SGB V-E (AUFGABEN IM RAHMEN DES ELEKTRONISCHEN ARBEITSUNFÄHIGKEITSVERFAHRENS)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Regelungsentwurf sieht vor, dass der GKV-SV unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales einen Vorschlag für ein Verfahren entwickelt, mit dem die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über die elektronische Patientenakte (ePA) übermittelt werden kann.

Bewertung

Die KBV unterstützt grundsätzlich das Ziel, den derzeit nur teilweise digitalisierten Prozess bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit durch ein volldigitales Verfahren zu ersetzen. Leider bleibt auch die Regelung im vorliegenden Gesetzentwurf sehr vage und legt weder für die Vorlage des Vorschlags noch für dessen Umsetzung eine von den Beteiligten einzuhaltende Frist fest. Um den Zeitraum zu minimieren, in dem die Praxen durch gleichzeitig digitale und papierbasierte Verfahren doppelt belastet werden, sollten konkrete Zeitvorgaben für die Vorlage eines Vorschlages festgelegt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › § 312a Abs. 1 Satz 1 SGB V-E sollte wie folgt gefasst werden:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüft unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, ob und unter welchen Voraussetzungen die Aushändigung der ärztlichen Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Ausfertigung zum Nachweis gegenüber dem Arbeitgeber (Arbeitgeberausfertigung) durch ein geeignetes elektronisches Äquivalent dazu mit gleich hohem Beweiswert in der elektronischen Patientenakte abgelöst werden kann, und legt dazu **spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes** einen Vorschlag vor.“*

- › § 312a Abs. 1 Satz 4 SGB V-E wird gestrichen
-

NR. 17 - § 324 SGB V-E (ZULASSUNG VON ANBIETERN VON BETRIEBSLEISTUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den vorgesehenen Regelungen soll die Digitalagentur befähigt werden, für die Betriebssicherheit Auflagen erteilen zu können.

Bewertung

Dass die Digitalagentur zukünftig Erprobungs- und Einführungsphasen für Betriebsleistungen verbindlich vorgeben soll, ist sinnvoll. Eine durch die Regelung erfolgende Verknüpfung mit den Nebenbestimmungen birgt jedoch das Risiko, dass wie in der Vergangenheit mithilfe der Nebenbestimmungen nicht hinreichend getestete und erprobte Produkte in der Telematikinfrastruktur eingeführt werden. Dies führte zu einem instabilen System mit zahlreichen Ausfällen zu Lasten der Praxen.

Es wird daher angeregt, dass Nebenbestimmungen grundsätzlich nicht im Rahmen der Zulassung genutzt werden und Erprobungs- und Einführungsphasen sowie ausreichende Testungen verpflichtend im Rahmen der Zulassung zu absolvieren sind.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung von § 324 Abs. 1 Satz 2 SGB V

NR. 18 - § 325 SGB V-E (ZULASSUNG VON KOMPONENTEN UND DIENSTEN DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

Die in Absatz 1 vorgesehene Regelung zielt darauf ab, dass Komponenten und Dienste keine Zulassung benötigen, wenn diese von der Digitalagentur für Gesundheit vergeben wurden. Die Änderungen in Absatz 2 sollen auch für Komponenten und Dienste Nebenbestimmungen für Erprobungs- und Einführungsphasen sowie Testung ermöglichen.

Bewertung

Dass die Digitalagentur für Gesundheit – durch Anpassung von Absatz 2 – zukünftig Erprobungs- und Einführungsphasen verbindlich vorgeben soll, wird begrüßt. Wie bereits zu Nr. 17 ausgeführt, birgt eine Verknüpfung mit den Nebenbestimmungen jedoch das Risiko, dass wie in der Vergangenheit mithilfe der Nebenbestimmungen nicht hinreichend getestete und erprobte Produkte in der Telematikinfrastruktur eingeführt werden. Dies führte zu einem instabilen System mit zahlreichen Ausfällen zu Lasten der Praxen.

Nebenbestimmungen sollten daher grundsätzlich nicht im Rahmen der Zulassung genutzt werden. Erprobungs- und Einführungsphasen sowie ausreichende Testungen sollten im Rahmen der Zulassung verpflichtend absolviert werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung

NR. 21 - § 330 SGB V-E (VERMEIDUNG VON STÖRUNGEN DER INFORMATIONSTECHNISCHEN SYSTEME, KOMPONENTEN UND PROZESSE DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Ergänzung erhält die Digitalagentur für Gesundheit die Befugnisse, im Rahmen der Behebung von aufgetretenen Funktionsstörungen in Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Abs. 1 Satz 2 SGB V von den verantwortlichen Anbietern nach Absatz 1 und den Herstellern der informationstechnischen Systeme, die für die Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur notwendig sind, Auskunft zu den Ursachen der Störung und zu den Maßnahmen zur Störungsbeseitigung zu verlangen. Soweit die Störungsbeseitigung durch die Anbieter und Hersteller nach Satz 1 nicht unverzüglich erfolgt, kann die Digitalagentur für Gesundheit diese zur Ergreifung von erforderlichen Maßnahmen zur Beseitigung der Störung anweisen oder eigene Maßnahmen ergreifen. Die Anbieter und Hersteller haben der Digitalagentur für Gesundheit die hierdurch entstehenden Kosten zu ersetzen.

Bewertung

Diese Ergänzung stellt eine wichtige Grundlage für den Aufbau und Erhalt der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur dar. In diesem Zusammenhang sollte zudem eine Klarstellung erfolgen, dass die Verantwortung der Digitalagentur für Gesundheit für Anwendungen der Telematikinfrastruktur auch die Primärsysteme umfasst und dies durch eine entsprechende Klarstellung ergänzt werden (siehe auch den Kommentar zu Nr. 10 des Gesetzentwurfes).

NR. 22 - § 331 SGB V-E (MAßNAHMEN ZUR ÜBERWACHUNG DES BETRIEBS ZUR GEWÄHRLEISTUNG DER SICHERHEIT, VERFÜGBARKEIT UND NUTZBARKEIT DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung zu b) bb) sollen zukünftig bis zu zwanzig (statt bisher sieben) Prüfnutzeridentitäten durch die Mitarbeiter der Digitalagentur für Gesundheit genutzt werden, die nach dem Sicherheitsüberprüfungsgesetz überprüft wurden.

Bewertung

Damit Arzt- und Psychotherapeutenpraxen z. B. die Einbindung der elektronischen Patientenakte (ePA) in ihre Praxisabläufe vorbereiten und ihr Personal schulen können, werden auch technische Voraussetzungen notwendig. Zu ihnen gehört, dass den Praxen Testdaten von Testpatienten unter realen Bedingungen der Telematikinfrastruktur zur Verfügung gestellt werden können.

Zurzeit gibt es für Praxen allerdings keine entsprechenden Möglichkeiten, Funktionalitäten der ePA zu testen. Prüfnutzeridentitäten bzw. Testidentitäten sind daher für die Vorabtestung und die Testmöglichkeiten während des Betriebes erforderlich, damit Fehler vorab identifiziert bzw. im Fehlerfalle durch die Digitalagentur für Gesundheit nachvollzogen werden können. Sie sind für die Erprobung und den Erfolg der elektronischen Patientenakte unabdingbar. Die Erforderlichkeit dieser Identitäten zeigte unter anderem die dankenswerterweise durch die Techniker Krankenkassen vorgenommene Erstellung eines Testpatienten für die Inbetriebnahmeprüfung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), die von großem Nutzen war und ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

In b) bb) sollte ergänzt werden, dass die Prüfnutzeridentitäten zukünftig auch für die Inbetriebnahmeprüfung und Schulung der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen genutzt werden kann. Hilfsweise sollten inhaltlich analoge Regelungen für die Praxen ergänzt werden.

NR. 23 - § 332B SGB V-E (RAHMENVEREINBARUNGEN MIT ANBIETERN UND HERSTELLERN INFORMATIONSTECHNISCHER SYSTEME)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V soll zukünftig die Mitwirkungspflichten der PVS-Hersteller im Rahmen des Wechselprozesses als verpflichtenden Bestandteil beinhalten. Zudem muss in der Ausgestaltung der Rahmenvereinbarung durch die KBV sichergestellt werden, dass die verbindlichen Festlegungen der Rechtsverordnung nach § 385 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB V berücksichtigt werden. Die Rahmenvereinbarung darf keine Anforderungen an teilnehmende PVS-Hersteller stellen, die im Widerspruch zu gesetzlichen Festlegungen stehen. Auch dürfen sie den Wechsel zwischen zwei informationstechnischen Systemen unmittelbar oder mittelbar nicht beschränken.

Bewertung

Die Ergänzung um die Mitwirkungspflichten der PVS-Hersteller im Rahmen des Wechselprozesses ist grundsätzlich sinnvoll und zu begrüßen. Mit den vorgesehenen Maßnahmen werden jedoch die gesetzlichen Kriterien für die Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V weiterentwickelt, deren Abschluss immer noch freiwillig bliebe. Um den Wirkungsgrad der Rahmenvereinbarung zu erhöhen, sollte eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an der Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V für informationstechnische Systeme vorgesehen werden, die das Konformitätsverfahren nach § 387 SGB V durchlaufen.

Die KBV strebt im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages eine Evaluation der Einhaltung der Kriterien der Rahmenvereinbarung an. Mit dieser Evaluation kann sichergestellt werden, dass den Praxen ein qualitativ hochwertiges Praxisverwaltungssystem zur Verfügung gestellt wird und auf Abweichungen von Vorgaben zeitnah reagiert werden kann. Darüber hinaus können wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die für eine Fortentwicklung der Vereinbarung genutzt werden können. Durch die Anfügung eines neuen Absatzes 2 in § 332b SGB V soll es der KBV ermöglicht werden, direkt auf die Kunden der Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme zugehen zu können. Gleichzeitig wird auch eine sichere Rechtsgrundlage für die Übermittlung von personenbezogenen Daten zwischen den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme und der KBV benötigt. Hierfür unterbreitet die KBV nachfolgend einen Änderungsvorschlag.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Einfügung eines neuen, wie folgt gefassten Absatzes 2 in § 332b SGB V:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen durch die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme gegenüber den an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern regelmäßig evaluieren und hierfür die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Anbieter und Hersteller sind verpflichtet den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen hierfür Kontaktdaten der an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zu übermitteln, mit denen die Anbieter und Hersteller einen Vertrag geschlossen haben, der die Anforderungen nach Absatz 1 umsetzt.“

NR. 40 - § 363c (INHALTE UND NUTZUNG DER SICHEREN ÜBERMITTLUNGSVERFAHREN)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungserbringer und Krankenkassen soll die Nutzung des Sofortnachrichtendienstes verpflichtend gemacht werden.

Bewertung

Ohne dass konkrete Anwendungsfälle bestehen bzw. von der Agentur beschrieben wurden, sind obligatorische Festlegungen und Nutzungsverpflichtungen für die Akzeptanz des Sofortnachrichtendienstes bei den Leistungserbringern nicht sinnvoll.

ÄNDERUNGSANTRAG DER KBV

Streichung der Wörter „und Leistungserbringer“ in Absatz 4.

NR. 41 - § 369 (PRÜFUNG DER VEREINBARUNGEN DURCH DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT)

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung des § 369 SGB V als Folgeänderung aufgrund des in Nr. 42 vorgesehenen neuen § 370c (Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen).

Bewertung

Wie in der Bewertung zu Nr. 42 dargelegt wird, schlägt die KBV die Streichung des § 370c SGB V vor. Daher besteht keine Notwendigkeit zur Anpassung des § 369 SGB V.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der vorgesehenen Änderungen des § 369 SGB V.

NR. 42 - § 370c (VEREINBARUNG ÜBER TECHNISCHE VERFAHREN ZUR NUTZUNG DIGITALER TERMINBUCHUNGSPLATTFORMEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Regelungsentwurf des § 370c SGB V sollen die KBV sowie der GKV-SV verpflichtet werden, Anforderungen an digitale Terminbuchungsplattformen, die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten genutzt werden, zu formulieren und zu vereinbaren.

Geregelt und vereinbart werden sollen darüber hinaus Verfahren zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen durch die Betreiber der digitalen Terminbuchungsplattformen gegenüber der KBV.

Mit der Vereinbarung erfasst werden sollen insbesondere

- › technische und prozessuale Anforderungen (Barrierefreiheit, Gewährleistung Datenschutz und Informationssicherheit, Anforderungen an offene und standardisierte Schnittstellen) an die Terminbuchungsplattformen
- › Maßnahmen zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten und diskriminierungsfreien Zugangs von Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung
- › Maßnahmen zum Ausschluss von an finanziellen Beiträgen von Versicherten oder Leistungserbringenden oder Dritten ausgerichteten oder vergütungsorientierten Terminvergaben
- › Maßnahmen für den Ausschluss einer kommerziellen Drittnutzung des Terminbuchungsprozesses, insbesondere zur Gewährleistung von Werbefreiheit sowie die Datennutzung und Datenweitergabe für Marketingmaßnahmen.

Bewertung

Der vorgelegte Regelungsvorschlag ist aus den folgenden Gründen in der vorgeschlagenen Form nicht tragfähig und praktisch nicht umsetzbar. Im Einzelnen:

- › Die Aufsicht über die Einhaltung von Datenschutzregelungen ist in der Kompetenzordnung des Datenschutzrechtes klar geregelt. Eine Veränderung dieser Kompetenzen erscheint weder aus rechtlichen noch aus tatsächlichen Gründen angezeigt. Zudem könnte die KBV eine derartige Prüfung weder technisch noch personell in der notwendigen Tiefe gewährleisten.

- › Die Operationalisierung und Überprüfung eines bedarfsgerechten und diskriminierungsfreien Zugangs zu vertragsärztlichen Leistungen via Terminbuchungsplattformen über alle Terminarten und Fachgruppen hinweg ist weder möglich noch sachgerecht. Eine diskriminierungsfreie und bedarfsgerechte Versorgung erfolgt heute entsprechend patientenindividuellen Bedürfnissen und deren subjektiver Einschätzung, regionaler Besonderheiten und medizinischer Notwendigkeiten durch mehr als 100.000 Haus- und Facharztpraxen.
- › Dass eine Kopplung von Terminvergabe an zusätzliche private Aufwände der Versicherten untersagt werden soll, ist nachvollziehbar, allerdings schon heute nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrags-Ärzte untersagt. Der im Gesetzentwurf darüber hinaus vorgesehene vollständige Ausschluss einer vergütungsorientierten Terminvergabe ist weder praktisch umsetzbar, noch ist er sinnvoll: So ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gerade Sinn und Zweck des vertragsärztlichen Vergütungssystems, eine Versorgungssteuerung zu bewirken. Im Rahmen der Gesetzgebung in der Vergangenheit wurden für einzelne Bereiche explizite Anreize gesetzt.
- › Unabhängig von den vorstehend dargelegten Sachverhalten fehlen darüber hinaus Kostenausgleichsregelungen zum Ausgleich der erheblichen Aufwände bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die hier mit der Konzeption von Vorgaben für kommerzielle Terminvermittlungsplattformen und der Überprüfung ihrer Einhaltung entstehen würden. Eine Finanzierung dieser Maßnahmen aus den Honoraren der Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird mit Nachdruck abgelehnt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung des § 370c SGB V-E.

NR. 43 - § 371 SGB V-E (INTEGRATION OFFENER UND STANDARDISIERTER SCHNITTSTELLEN IN INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME)

Beabsichtigte Neuregelung

Die nach § 371 SGB V bereitgestellten Schnittstellen sollen unmittelbar in den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen diskriminierungsfrei und funktionsfähig genutzt werden können.

Für die Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel werden technische Beschränkungen explizit untersagt. Zusätzlich werden Regelungen zu den zulässigen Kosten für Bereitstellung und Nutzung dieser Schnittstellen festgelegt, nach denen die Kosten der Integration der Schnittstellen, die den Herstellern tatsächlich entstehenden Kosten nicht übersteigen dürfen.

Bewertung

Die vorgeschlagenen Anpassungen sind sinnvoll, um den Praxen vollfunktionale Schnittstellen bereitzustellen. Sie sind notwendig, um effiziente und patientenorientierte digitale Anwendungen nutzen zu können. Auch wenn die Kosten der Integration der Schnittstellen die tatsächlich entstehenden Kosten nicht übersteigen dürfen, ist zu befürchten, dass die Kosten für die Praxen nicht in transparenter Weise in Rechnung gestellt werden. Es bedarf daher einer ausdrücklichen gesetzlichen Klarstellung, dass dies nicht zulässig ist.

Die vorgesehenen Vorgaben, die auf eine unzulässige Beschränkung der Funktionen der Schnittstellen sowie zu der Regulierung der anfallenden Kosten abzielen, sollten dabei nicht nur auf die Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel Anwendung finden, sondern für alle in Absatz 1 genannten Schnittstellen gelten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Die neu eingefügten Absätze (4) und (5) sollten wie folgt angepasst werden:

„(4) Die Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung stellen die diskriminierungsfreie und funktionsfähige Einbindung der Schnittstelle nach Absatz 1 ~~Nummer 1~~ in den informationstechnischen Systemen aller ihrer Endkunden sicher [...]. Die technische Beschränkung der Funktionsfähigkeit oder Nutzungsmöglichkeit der Schnittstelle nach Absatz 1 ~~Nummer 1~~ durch die Hersteller ist unzulässig.

(5) Die Integration der Schnittstelle nach Absatz 1 ~~Nummer 1~~ und Absatz 4 erfolgt für die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden kostenneutral. [...].“

NR. 44 - § 372 SGB V-E (SPEZIFIKATIONEN ZU DEN OFFENEN UND STANDARDISIERTEN SCHNITTSTELLEN FÜR INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN UND VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung des Absatzes 3 erfolgt neben der Klarstellung der Verantwortung des Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIGs) für die Konformität der Schnittstellen nach §371 SGB V, auch die Aufnahme einer Übergangsfrist für Vertragsärztinnen und -ärzte für einen Systemwechsel bei fehlender oder entfallener notwendiger Konformitätsbestätigung des aktuellen Systems.

Bewertung

Die vorgeschlagenen Anpassungen sind sinnvoll und notwendig, damit die Vertragsarztpraxen weiterhin die Möglichkeit haben an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und nicht unverschuldet durch eine fehlende oder ungenügende Bereitstellung von Funktionalitäten des Primärsystemherstellers in finanzielle Risiken laufen. Jedoch sind bei der aktuellen gewählten Dauer von acht Monaten die folgenden Punkte anzumerken: Die vertragsärztliche Abrechnung in den Praxen erfolgt quartalsbezogen, weshalb sich die definierte Frist zumindest an einem Quartalsbezug orientieren sollte. Des Weiteren fallen neben den finanziellen Aufwänden für einen Systemwechsel auch erhebliche organisatorische Aufwände für die Praxen an, weshalb die KBV eine längere Übergangsfrist von mindestens zwölf Monaten für erforderlich hält.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Der angepasste Absatz (3) sollte wie folgt angepasst werden:

„ (4) [...] Wird ein Zertifikat eines informationstechnischen Systems nach § 387 Absatz 4 Satz 2 oder 3 zurückgenommen oder widerrufen, so können Vertragsärzte und Vertragszahnärzte dieses System noch ~~acht~~ zwölf Monate nach Veröffentlichung der Rücknahme oder des Widerrufs der Zertifizierung auf der Plattform nach § 385 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 nutzen.“

NR. 50 - § 386A SGB V-E (INTEROPERABILITÄTSPFLICHT)

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen dieser neuen Regelung werden Hersteller informationstechnischer Systeme verpflichtet, Leistungserbringern die personenbezogenen Gesundheitsdaten ihrer Patienten unverzüglich und kostenfrei in einem interoperablen Format zur Verfügung zu stellen. Die KVen sollen bei der Durchsetzung der Ansprüche unterstützen.

Bewertung

Die KBV hält die für die Hersteller verpflichtenden Regelungen für sinnvoll. Sie entspricht der am 18. März 2024 veröffentlichten Rahmenvereinbarung der KBV nach § 332b SGB V.

Damit diese Regelung unmittelbar mit Inkrafttreten des Gesetzes greifen kann, ist es notwendig, dass in der Rechtsverordnung nach § 385 SGB V zeitnah entsprechende Vorgaben zu den benötigten interoperablen Formaten – insbesondere nach § 371 Absatz 1 Satz 1 SGB V – durch das KIG festgelegt werden.

Die Regelung, nach der die KVen die Verfolgung von gesetzlich begründeten Einzelsprüchen der Arztpraxen gegenüber den Anbietern informationstechnischer Systeme übernehmen sollen, würde zu nicht prognostizierbaren Mehraufwänden in den KVen führen. Diese, durch das Verhalten einzelner Anbieter informationstechnischer Systeme ausgelösten Mehraufwände müssten von allen Ärzten und Psychotherapeuten finanziert werden. Diese Regelung wird daher abgelehnt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

1. Absatz 3 sollte gestrichen werden.
 2. Ergänzung der gesetzlichen Regelung, um die Möglichkeit, dass der Export der Daten sowohl für die gesamthafte Patientendokumentation als auch nur bezogen auf einzelne, von Praxen ausgewählte Patienten erfolgen kann.
-

NR. 50 - § 386B SGB V-E (DIGITALBERATUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist eine ausdrückliche Regelung vorgesehen, nach der die KVen Beratungs- und Unterstützungsangebote in Fragen der Digitalisierung von Versorgungsprozessen der Praxisorganisation und zur Gewährleistung der IT-Sicherheit machen sollen.

Bewertung

Die Klarstellungen sind sinnvoll.

NR. 51 - § 387 SGB V-E (KONFORMITÄTBEWERTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme, die eine Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V abgeschlossen haben, sind ermäßigte Gebühren vorgesehen.

Bewertung

Die Regelung ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings ist fraglich, ob für die Anbieter und Hersteller der mit der Regelung geschaffene Anreiz für einen Abschluss einer Rahmenvereinbarung ausschlaggebend sein wird. Um Anreize zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V zu schaffen, soll daher darüber hinaus eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an der Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V für

informationstechnische Systeme, die das Konformitätsverfahren nach § 387 SGB V durchlaufen, siehe Stellungnahme zu Nr. 23, vorgesehen werden.

Um für die Anbieter informationstechnischer Systeme in der Realität für den Abschluss einer Rahmenvereinbarung wirksame Anreize zu setzen, schlägt die KBV zwei Regelungen vor:

1. Schaffung eines Anreizes in Form einer Wechselkostenpauschale für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die einen Wechsel zu einem IT-System vornehmen, das die grundlegenden Anforderungen an IT-Sicherheit, Datenschutz, Benutzerfreundlichkeit und die Konformitätsvorgaben bezüglich Interoperabilität als Bestandteil der Rahmenvereinbarung erfüllt, sowie
2. Abschluss einer Rahmenvereinbarung durch Hersteller oder Anbieter eines informationstechnischen Systems als Antragsvoraussetzung für den Erhalt einer Konformitätsbescheinigung.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

1. Anpassung von § 378 SGB V (Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten). § 378 SGB V wird wie folgt gefasst:

*(1) Zum Ausgleich der in § 376 genannten Kosten der Ausstattung und Betriebskosten erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ab dem 1. Juli 2023 eine monatliche Pauschale (TI-Pauschale) von den Krankenkassen. **Zusätzlich erhalten sie eine Pauschale, die zusätzliche Kosten des Wechsels und der Nutzung eines Systems nach § 332b SGB V ausgleicht.***

*(2) Das Nähere zur Höhe und zu den der Berechnung zugrunde zu legenden Komponenten und Diensten, **zur Höhe der Pauschale nach Absatz 1 Satz 2** sowie zur Abrechnung der ~~TI-~~ Pauschalen vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 31. Dezember 2025 in den Bundesmantelverträgen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig bis zum 31. Dezember 2025 zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit den Vereinbarungsinhalt innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist fest. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Vereinbarungsinhalt nach Satz 2 auch durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln; in der Rechtsverordnung werden auch die in den Absätzen 3 und 4 genannten Inhalte festgelegt.*

2. Anpassung von § 387 (Konformitätsbewertung)

Einfügung eines neuen Absatzes 1a in § 387 SGB V wie folgt:

„Einen Antrag nach Abs. 1 kann nur ein Hersteller oder Anbieter eines informationstechnischen Systems durchführen, der eine Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V abgeschlossen hat.“

NR. 56 - § 397 SGB V-E (BUßGELDVORSCHRIFTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Bußgeldvorschriften werden um die Möglichkeit der Ahndung von Diensten und Komponenten der Telematikinfrastruktur ergänzt, für Betreiber die Anweisungen der Digitalagentur für Gesundheit nicht befolgen.

Bewertung

Der Digitalagentur für Gesundheit wird durch die Bußgeldmöglichkeiten ein Instrument zur Einforderung der Einhaltung von Vorgaben ggü. der Industrie an die Hand gegeben.

Die gesetzlichen Regelungen sehen unverändert Bußgeldvorschriften gegen Ärzte vor. Dass gegen Ärzte und Psychotherapeuten, deren eingesetzte Systeme die Bereitstellung von Daten in nicht interoperablen Formaten unterstützen, Bußgelder erhoben werden sollen, ist weder verursachergerecht noch angemessen, da hierfür die Hersteller in der Verantwortung sind, diese Bereitstellung technisch praxisgerecht zu ermöglichen.

Bußgelder tragen als fehlsteuerndes Instrument, wie die Sanktionierungsmechanismen, zum weiteren Abbau der Akzeptanz der Digitalisierung im Gesundheitswesen bei. Die KBV lehnt die vorgesehene Regelung ab. Sie sollte daher gestrichen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung des § 397 Absatz 2a Nummer 5 SGB V

ÜBER DIE EINZELVORSCHRIFTEN DES GESETZENTWURFES HINAUSREICHENDE KOMMENTIERUNGEN DER KBV

§ 291 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)

Aktuelle Regelung

Mit dem Digital-Gesetz wurde die Regelung in § 291 Absatz 2 Nr. 3 SGB V dahingehend angepasst, dass der Notfalldatensatz auch weiterhin auf der eGK gespeichert bleibt. Gleichzeitig ist für die elektronische Patientenkurzakte (ePKA) vorgesehen, dass die Notfalldaten in der Patientenkurzakte der ePA als medizinische Informationsobjekte (MIO) gespeichert werden (vgl. dazu insbesondere § 355 Abs. 4 und § 358 Abs. 1a SGB V).

Bewertung

Der Erhalt der Notfalldaten auf der eGK als Offline-Szenario ist für einzelne Versorgungsszenarien grundsätzlich nachvollziehbar. Da derzeit für die unterschiedlichen Speicherorte (eGK und ePKA in der ePA) unterschiedliche technische Vorgaben existieren, die miteinander nicht kompatibel sind, ergeben sich zu lösende Fragestellungen. So können die medizinischen Informationsobjekte (MIOs) für die ePA nicht auf der eGK gespeichert werden. Es sind daher Vorgaben zu treffen, die gewährleisten, dass der Arzt den Datensatz nicht zweimal bearbeiten muss (z. B. zur Prüfung, ob die Daten korrekt übertragen wurden oder gar zur Erstellung eines zweiten Datensatzes mit identischem Inhalt).

Für den Notfalldatensatz sollte daher eine Regelung analog zu § 358 Abs. 8 SGB V (nach der der Medikationsplan von der eGK gelöscht werden muss, sobald er in der ePA gespeichert ist) geschaffen werden. Dies verhindert parallele Prozesse und das damit einhergehende Risiko von auseinanderlaufenden Inhalten auf eGK und in der ePA.

Der Migrationsprozess sollte übergangsweise so gestaltet werden, dass die Karteninformationen nicht gelöscht werden, solange nicht sichergestellt ist, dass alle Leistungserbringergruppierungen auf die ePKA in der ePA zugreifen können, die diese Daten im Rahmen der Versorgung benötigen. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass über die ePKA in der ePA ein Zugriff im Rahmen eines lesenden Notfallzugriffes ohne explizite Zugriffsberechtigung ermöglicht wird, um einen Zugriff für die Fälle zu ermöglichen, in denen die betroffene Person aufgrund der Notfallsituation keine Zugriffsberechtigung erteilen kann.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Um einen Zugriff auf die ePA - und damit auch auf die in der ePKA enthaltenen Notfalldaten - durch Ärzte auch bei Haus- und Heimbefuchen sowie durch andere Nutzergruppen in Notfallszenarien (z. B. Rettungsdienste) zu ermöglichen, sollte die gematik die Festlegungen für die mobilen Szenarien entsprechend der vorgeschlagenen Lösungen anpassen.

Darüber hinaus sollte die Frist in § 87 Abs. 2a Satz 20 letzter Halbsatz SGB V zur Vergütung der Erstellung der Datensätze zur Patientenkurzakte (PKA) im EBM so gesetzt werden, dass nach der Veröffentlichung der Spezifikation für die elektronische Patientenkurzakte durch die KBV sechs Monate Zeit besteht, um eine entsprechende Anpassung im EBM vorzunehmen.

§ 341 ABS. 6 SGB V (SANKTIONIERUNG DER TI-ANWENDUNGEN – INSBESONDERE EPA)

Aktuelle Regelung

Gemäß § 341 Abs. 6 SGB V ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent und so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der KV erbracht wurde, dass die Leistungserbringer über die für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen.

Bewertung

Aktuell ist bereits absehbar, dass die Krankenkassen zum 15. Januar 2025 beginnen werden, die ePA produktiv zu nehmen. Eine - zudem sanktionsbewehrte - Abnahmeverpflichtung von Komponenten und Diensten, die zu diesem Zeitpunkt keinen Nachweis führen konnten, dass sie praxistauglich sind, hat deshalb erkennbar keinen Sinn und wird von der KBV insgesamt abgelehnt. Sie würde zudem den positiven Ansatz des Gesetzentwurfes konterkarieren, nach dem die Praxisorientierung der Anwendungen in den Mittelpunkt gestellt werden soll.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung von § 341 Absatz 6 SGB V

§ 378 ABS. 3 SGB V (FINANZIERUNG DER DEN AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN ENTSTEHENDEN AUSSTATTUNGS- UND BETRIEBSKOSTEN)

Aktuelle Regelung

§ 378 Abs. 3 SGB V sieht vor, dass für die Ermittlung des Kostenausgleichs das Nähere zum Umfang und Nachweis der Ausstattung mit den aufgrund der Anforderungen nach diesem Gesetz erforderlichen Komponenten und Diensten zwischen dem GKV-SV und der KBV zu regeln ist.

Bewertung

Die aktuellen Regelungen stellen nicht sicher, dass die Vertragsärzte auch dann eine vollständige Zahlung erhalten, wenn Komponenten und Dienste von den Anbietern noch nicht vollständig ausgeliefert wurden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Anpassung von § 378 Abs. 3 SGB V:

*(3) In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ist auch das Nähere zum Umfang und Nachweis der Ausstattung mit den aufgrund der Anforderungen nach diesem Gesetz erforderlichen Komponenten und Diensten zu regeln. Ebenso ist zu vereinbaren, welche Komponenten und Dienste nach Satz 1 zum jeweiligen Monat, für den die TI-Pauschale gezahlt wird, vorhanden sein müssen. **Die Vereinbarung hat Regelungen zu treffen, dass bei durch Vertragsärzte nicht zu vertretenem Fehlen von Komponenten und Diensten die Zahlungen nach Absatz 2 in voller Höhe erfolgen.***

§ 75 ABS 1C SGB V (RECHTSGRUNDLAGE FÜR GESPRÄCHSAUFZEICHNUNGEN BEI DER 116117)

Unbenommen der sich durch den Gesetzesentwurf ergebenden Kommentierungen möchten wir anregen, die Aufzeichnung von Gesprächen im Rahmen der Nutzung der 116117 umfassend gesetzlich zu regeln. Bislang sind Sprachaufzeichnungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung lediglich in § 75 Abs. 1d SGB V für die Akutleitstelle vorgesehen.

Pro Jahr kontaktierten ca. zwölf Millionen Versicherte telefonisch den Patientenservice 116117 der KBV. Zur Qualitätssicherung des Angebots, aber auch aus Gründen der Klärung des Sachverhalts eines Anrufs im Einzelfall ist eine Gesprächsaufzeichnung, wie bei der 112, essenziell. Der Bundesbeauftragte für

Datenschutz hat, obgleich die Notwendigkeit von Gesprächsaufzeichnungen anerkannt wird, festgestellt, dass eine gesetzliche Grundlage für diese nicht besteht und dringend geschaffen werden sollte. Wir regen deshalb an, eine umfassende Grundlage im SGB V zu verankern. Da die Akutleitstelle unter der gleichen bundesweit einheitlichen Rufnummer erreichbar sein soll, ist eine Unterscheidung zwischen der Tätigkeit nach § 75 Abs. 1a und den folgenden Absätzen praktisch kaum möglich. Zu Beginn der Sprachaufzeichnung steht der Anlass des Anrufs noch nicht fest, so dass auch die Rechtsgrundlage für Sprachaufzeichnungen der Akutleitstelle ins Leere läuft. Um dies zu vermeiden, sollte für die Tätigkeit der Terminservicestellen insgesamt eine Rechtsgrundlage geschaffen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

§ 75 Abs. 1c 1d SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs zur Reform der Notfallversorgung:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen zur Erfüllung ihrer in den Absätzen 1a, 1b und bis 1e genannten Aufgaben zu verarbeiten. Sie sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen zur Erfüllung ihrer in Absatz 1c genannten Aufgaben zu verarbeiten und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.“

KOMMENTIERUNG ÄNDERUNGSANTRAG 1

ZU ARTIKEL 1 NR. 2A § 284 SGB V-E (KI-TRAINING BEI KRANKENKASSEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ermöglicht es Krankenkassen, ihre rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Versichertenbezogenen Daten zum Training, zur Bewertung und zum Testen von KI-Systemen und KI-Modellen zur Erfüllung ihrer gesetzlich übertragenen Aufgaben zu verarbeiten.

Bewertung

Beim Einsatz von KI-Systemen und KI-Modellen durch Krankenkassen sollte sichergestellt werden, dass der Einsatz nicht zu mehr Bürokratie in den Praxen führt durch zusätzliche KI-basierte Prüfungen durch die Krankenkassen. Beim Einsatz von KI-Anwendungen sollten Mehrwerte für die Versorgung entstehen und nicht weitere Aufwände in den Praxen verursacht werden, die die Patientenversorgung beeinträchtigen.

Zudem sollte sichergestellt werden, dass Versicherte beim Einsatz von KI-Systemen und KI-Modellen durch Krankenkassen im Zusammenhang mit dem § 25b SGB V zur datengestützten Früherkennung von Gesundheitsrisiken durch ihre Krankenkassen angemessen begleitet werden, sodass dies nicht zu einer Verunsicherung der Versicherten führt, die ihr individuelles Gesundheitsrisiko nicht einschätzen können und deren Verunsicherung durch die Praxen infolge aufgelöst werden muss. Dies könnte nicht nur zu teilweise unnötiger Verunsicherung bei Versicherten führen, sondern würde auch Praxen zusätzlich belasten.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.