



GESETZ ZUM SCHUTZ ELEKTRONISCHER PATIENTENDATEN IN DER TELEMA- TIKINFRASTRUKTUR (PATIENTENDA- TEN-SCHUTZGESETZ – PDSG)

STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG
ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG (BUNDESTAGS-
DRUCKSACHE 19/18793)

15. MAI 2020

INHALT

WESENTLICHE INHALTE DER STELLUNGNAHMEN DER KBV	4
<hr/>	
REGELUNGSINHALTE IM EINZELNEN	6
Nummer 4: § 31 Absatz 1 - Nummer 4 a und b (Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik)	6
Nummer 8a: § 86 Absatz 3 (Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form)	6
Nummer 10: § 86 Absatz 3 (Grünes Rezept)	6
Nummer 11: § 86a SGB V-E (Verwendung von Überweisungen in elektronischer Form)	7
Nummer 12: § 87 SGB V-E („Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte“ in Verbindung mit den Regelungen zum § 346 „Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte“)	7
Nummer 24: § 291b SGB V-E (Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)	9
Nummer 29: § 303 SGB V-E (Ergänzende Regelungen)	9
Nummer 30: § 305 Absatz 1 Satz 6 SGB V-E (Auskünfte an Versicherte)	11
Nummer 31: § 307 SGB V-E (Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten)	11
Nummer 31: § 309 SGB V-E (Technische und organisatorische Massnahmen der datenschutzrechtlich Verantwortlichen)	12
Nummer 31: § 311 Absatz 3 - Aufgaben der Gesellschaft für Telematik	12
Nummer 31: § 311 Absatz 1 Nr. 10 SGB V-E / § 312 Absatz 4 SGB V-E / § 360 SGB V-E, elektronisches Rezept	13
Nummer 31: § 312 Absatz 1 Nr. 2 SGB V-E (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)	14
Nummer 31: § 312 Absatz 1 Nr. 3 SGB V-E (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)	14
Nummer 31: §§ 319 ff. SGB V-E (Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik)	15
Nummer 31: § 334 Absatz 3 SGB V-E (Einwilligung der Versicherten und Zulässigkeit der Datenverarbeitung durch die Krankenkassen und die Anbieter der elektronischen Patientenakte)	16
Nummer 31: § 336 SGB V-E (Zugriffsrechte der Versicherten)	16
Nummer 31: § 338 SGB V-E (Technische Einrichtungen zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte der Versicherten)	16
Nummer 31: § 341 SGB V-E „Elektronische Patientenakte“	16
Nummer 31: § 342 SGB V-E - Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte	17
Nummer 31: § 343 SGB V-E „Informationspflichten der Krankenkassen“	18
Nummer 31: §§ 344 SGB V-E (Einwilligung der Versicherten und Zulässigkeit der Datenverarbeitung durch die Krankenkassen und Anbieter der elektronischen Patientenakte)	18
Nummer 31: § 345 Absatz 1 SGB V-E Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen	18
Nummer 31: § 346 SGB V-E (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte)	19
Nummer 31: § 347 SGB V-E (Anspruch der Versicherten auf Übermittlung und Speicherung von Behandlungsdaten in die elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer)	20
Nummer 31: § 351 SGB V-E (Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen)	20
Nummer 31: § 352 SGB V-E (Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere Zugriffsberechtigte Personen)	20
Nummer 31: § 354 SGB V-E (Festlegungen der Gesellschaft für Telematik für die elektronische Patientenakte)	21
Nummer 31: § 355 SGB V-E (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte)	21
Nummer 31: § 355 Absatz 2 SGB V-E (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte – medizinische Terminologie)	21
Nummer 31: § 358 SGB V-E (Elektronischer Medikationsplan und elektronische Notfalldaten)	22
Nummer 31: § 363 Absatz 1 SGB V-E (Freigabe von Daten der elektronischen Patientenakte zu wissenschaftlichen Forschungszwecken)	22

Nummer 31: § 372 Absatz 1 SGB V-E (Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung)	23
Nummer 31: § 376 SGB V-E (Finanzierungsvereinbarung)	23
Nummer 31: § 378 SGB V-E (Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und Einrichtungen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten)	23
Nummer 31: § 383 SGB V-E (Erstattung der Kosten bei Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung)	24

WESENTLICHE INHALTE DER STELLUNGNAHMEN DER KBV

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Sie hat wiederholt betont, dass sich Digitalisierung daran messen lassen muss, wie sie die Versorgung verbessert, wie sie hilft, die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu entlasten und zusätzliche Kosten zu vermeiden.

Mit dem Anspruch, zu mehr Akzeptanz der Digitalisierung beizutragen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Regelungen des Gesetzentwurfes bewertet. Sie wird sich, wie in den letzten Jahren und aktuell praktiziert, in die weitere Gestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen einbringen, für die konkrete Verbesserungen für die Versorgung der Maßstab sind und bleiben.

Vor diesem Hintergrund wird auf folgende wesentliche Punkte hingewiesen, die in der Stellungnahme differenziert ausgeführt werden:

1. Die Akzeptanz der Digitalisierung baut auf die Akzeptanz der Argumente für sie. Dazu gehört, dass Aufwand und Nutzen der Digitalisierung des Gesundheitswesens klar benannt und einzelnen Akteuren und oder Interessengruppen zugeordnet werden, um Fortschritte begründen zu können. Der vorliegende Gesetzentwurf leistet dafür nur in Teilen Beiträge.
2. Mit der im Gesetzentwurf vorgesehen ersten Ausbaustufe einer elektronischen Patientenakte ist nicht erkennbar, dass praktisch nutzbringende Funktionen der Patientenakte schnell zur Verfügung stehen werden. Dies birgt das Risiko, dass noch mehr Vertrauen in die Sinnhaftigkeit der Digitalisierung bei Ärzten und Patienten verloren geht.
3. Neben den Mehrwerten für die Versorgung, die Funktionalität der Anwendungen ist die IT-Sicherheit für die Akzeptanz der Anwendungen essentiell. Im Zuge der sich im Rahmen der Beratungen des Gesetzentwurfes ergebenden Überarbeitungen müssen daher Regelungen weiter geschärft werden, die klarstellen, dass die Arztpraxen mit den Aufwänden für zusätzliche IT-Sicherheit und allen weiteren zusätzlichen strukturellen Anpassungsbedarfe, die im Zuge der mit der Digitalisierung zu strukturellen Veränderungen in den Arztpraxen entstehen, alleine gelassen werden. Um dies klarzustellen, sind klare Vorgaben der Kostenübernahme im Gesetz notwendig.
4. Wenn, wie der Gesetzentwurf dokumentiert, bei der Erfüllung zusätzlicher Aufgaben, die im Zuge des digitalen Wandels entstehen, auf eine Vielzahl von Beiträgen der Ärztinnen und Ärzte gebaut wird, bedarf es eines diese Leistung anerkennenden Rahmens, eines positiven Narrativs der Digitalisierung. Dies ist mit Blick auf die fortgesetzten Sanktionsmechanismen des Gesetzentwurfes weiterhin nicht erkennbar. Durch eine Abkehr von Sanktionsmechanismen hin zu systemischen Anreizen könnten – wie in anderen Ländern erfolgreich praktiziert – positive Impulse gesetzt, die Akzeptanz digitaler Anwendungen befördert und zudem dem Eindruck entgegengewirkt werden, die Digitalisierung im Gesundheitswesen mit fortgesetzten Vorgaben an die, die die Versorgung tragen, vorantreiben zu wollen.
5. Mit Blick auf das im Entwurf erkennbare Ziel, der gematik viele Aufgaben zuzuordnen, die sich nicht auf die Beschreibung und Definition technischer Rahmenbedingungen konzentrieren, sondern über technologische Vorgaben Strukturen und Prozesse der Versorgung gestalten sollen, muss es gelingen, die Prozesse so zu gestalten, dass sich die Technologie in den Dienst der die Versorgung tragenden Ärztinnen und Ärzte stellt und nicht umgekehrte Entwicklungen Fortschritte einer sinnvollen Digitalisierung verhindern, für die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihrer gestalterischen Aufgabe auch weiterhin stellen wird.

ZUR KOMMENTIERUNG

Die einzelnen Regelungsinhalte werden im Folgenden kommentiert. Sofern zu einzelnen Regelungsbereichen keine expliziten Anmerkungen getätigt werden, sieht die KBV die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung als nicht unmittelbar betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

ZUM ERFÜLLUNGSaufWAND

Die konsequente Quantifizierung des Erfüllungsaufwands wird ausdrücklich begrüßt. Bei der Ausweisung des Aufwands für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte (§ 347 SGB V) sowie für die Unterstützung der Nutzung der elektronischen Patientenakte (§ 346 SGB V) ist ein Hinweis enthalten, dass den Verhandlungen zur Vergütung nicht vorgegriffen werden könne. Gleichzeitig wird aber festgestellt, dass die Vergütungsfestlegung ausgehend vom Aufwand geringer ausfallen solle als beim Medikationsplan. Da die Abschätzung des Erfüllungsaufwands auch den Aufwand für die erstmalige Befüllung einer elektronischen Patientenakte enthält, für die in § 346 Absatz 5 SGB V für 2021 eine Vergütung in Höhe von 10 Euro festgelegt wird, ist diese Feststellung unzutreffend und sollte gestrichen werden. Um das Herstellen von Verbindungen zwischen dem Erfüllungsaufwand und der Vergütungsfestlegung zu vermeiden, wird vorgeschlagen, den Erfüllungsaufwand über eine Schätzung des durchschnittlichen zeitlichen Aufwands für die Erstbefüllung (z. B. 10 Minuten) und die Pflege der elektronischen Patientenakte (z. B. 5 Minuten) zu ermitteln. Zusätzlich kann darauf hingewiesen werden, dass diese Zeitwerte keine präjudizierende Wirkung für Vergütungsverhandlungen entfalten.

REGELUNGSIHALTE IM EINZELNEN

NUMMER 4: § 31 ABSATZ 1 - NUMMER 4 A UND B (SCHLICHTUNGSSTELLE DER GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK)

Die KBV begrüßt die explizite gesetzliche Festlegung der freien Auswahl der Apotheke durch den Patienten. Die Wahlfreiheit im deutschen Gesundheitswesen wird von den Patienten als hohes Gut wahrgenommen und ist somit insgesamt schützenswert für Apotheken und andere Gesundheitsfachberufe.

NUMMER 8A: § 86 ABSATZ 3 (VERWENDUNG VON VERORDNUNGEN IN ELEKTRONISCHER FORM)

Die vorgesehenen Regelungen zur Einführung der elektronischen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittelverordnung sehen bilaterale Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-SV vor, die eine Verordnungsart regeln, die nach § 342 auch in die elektronische Patientenakte übernommen werden soll. Da semantische und syntaktische Interoperabilität im Verfahren zur Benennungsherstellung nach § 355 definiert wird, sollte zur Vermeidung von Widersprüchen ein Verweis auf die semantischen und syntaktischen Vorgaben erfolgen. Die Ausführungen zu Nummer 10 haben jedoch Vorrang.

Anregung

Es sollte ein expliziter Bezug der Regelungen der elektronischen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittelverordnung nach § 86 Absatz 3 (nF) zu den Regelungen zur semantischen und syntaktischen Interoperabilität nach § 355 (nF) in Verbindung mit § 342 hergestellt werden.

NUMMER 10: § 86 ABSATZ 3 (GRÜNES REZEPT)

Die Verpflichtung Vertragspartner zur Vereinbarung der Verwendung von Vordrucken zur Empfehlung von apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in elektronischer Form (grünes Rezept) erschließt sich auch deshalb nicht, da dies Leistungen sind, die explizit nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Der Regelungsentwurf wirft daher die Frage auf, ob und nach welchen Kriterien gesetzliche Verpflichtungen mit Blick auf die damit ausgelösten Belastungen priorisiert wurden und werden.

Darüber hinaus würde die Verpflichtung der Übermittlung des „Grünen Rezepts“ über die Telematik-Infrastruktur auf eine Infrastruktur zurückgegriffen, die vollständig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird. Wenn an den Regelungen festgehalten werden würde, die Beitragsmittel, die der Versorgung von GKV-Versicherten vorbehalten sind, müssten entsprechende Ausgleichsmechanismen geschaffen werden.

Insgesamt schlägt die KBV die Streichung von § 86 Absatz SGB V vor.

Änderungsvorschlag

Streichung des § 86 Absatz 3 SGB V

NUMMER 11: § 86A SGB V-E (VERWENDUNG VON ÜBERWEISUNGEN IN ELEKTRONISCHER FORM)

Die KBV begrüßt den vorgesehenen gesetzlichen Auftrag, Regelungen für die Digitalisierung des Überweisungsprozesses zu schaffen, insbesondere dann, wenn damit keine weiteren parallel betriebenen Kommunikationsprozesse wie z. B. bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung etabliert werden sollen, die die Akzeptanz der Digitalisierung beeinträchtigen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen für die Übermittlung eines elektronischen Überweisungsscheines über Anwendungen der Telematikinfrastruktur sind allerdings unspezifisch. Um eine einheitliche Übertragung von elektronischen Formularen an Versicherte zu ermöglichen, sollte konkreter gefasst werden, dass von der gematik neben technischen Vorgaben zur Übermittlung von ärztlichen Verordnungen von apothekenpflichtigen Arznei- und Betäubungsmitteln in elektronischer Form ebenso Maßnahmen für die Überweisung in elektronischer Form zu treffen sind. Ziel sollte sein, dass für die Übermittlung der gleiche Weg bzw. die gleiche Anwendung der gematik zu verwenden ist. Synergieeffekte lassen sich durch einen einheitlichen Formularserver erschließen.

NUMMER 12: § 87 SGB V-E („BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMAßSTAB, BUNDESEINHEITLICHE ORIENTIERUNGSWERTE“ IN VERBINDUNG MIT DEN REGELUNGEN ZUM § 346 „UNTERSTÜTZUNG BEI DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE“)

Der Einzelbewertung in Verbindung mit den Regelungen in § 346 Absätze 4 und 5 SGB V ist voranzustellen, dass nicht nachvollziehbar ist, weshalb Regelungen getroffen werden sollen, mit denen durch einzelne Vorgaben Vergütungspreise vorgeben und weitreichend in bestehende Aufgaben der Selbstverwaltung eingegriffen werden soll. Vorgaben, entsprechende Regelungen zu treffen, wären ausreichend und systematisch konsistent. Das betrifft sowohl die Vergütungsregelungen zum Notfalldatensatz (§ 344 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5) als auch bei der durch den Gesetzgeber vorgenommenen Vergütungsfestsetzung auf zehn Euro für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) für das Jahr 2021 (§ 346 Absatz 4).

Dabei ist der vorgesehene Eingriff in die Vergütungsregelungen nicht nur grundlegend bedenklich, sondern auch systematisch nicht adäquat. So bestimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab die berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zu einander. Das wertmäßige Verhältnis der Leistungen für die Anlage eines Notfalldatensatzes (Gebührenordnungsposition 01640) mit einer Bewertung von 80 Punkten (2020: 8,79 Euro) nach einer hier vorgesehenen Verdoppelung auf 160 Punkte (2020: 17,58 Euro) und der Erstbefüllung einer ePA mit zehn Euro ist aus folgenden Gründen nicht sachgerecht: Der Notfalldatensatz ist in seinem Umfang durch die Spezifikation begrenzt. Der Arzt kann nur Daten einfügen, die er in seiner Patientendokumentation als medizinische Diagnose übernommen hat. Bei der Anlage eines Notfalldatensatz hat der Arzt diejenigen Daten einzubeziehen, die er selbst erhoben hat. Im Gegensatz dazu sollen bei der Erstbefüllung der ePA - soweit vorhanden - unterschiedliche Daten, wie beispielsweise auch elektronische Arztbriefe in die ePA übertragen werden. Zuvor hat der Arzt gemäß § 630g Absatz 1 BGB zu überprüfen, ob nicht erhebliche therapeutische Gründe oder die Rechte Dritter einer Übertragung in die ePA entgegenstehen.

Mit Blick auf die zu erfüllenden Tätigkeiten des Arztes:

1. Aufklärung des Versicherten über den Anspruch gemäß §§ 346 und 347,
2. Sichtung der beim Arzt vorliegenden elektronischen Daten des Versicherten im aktuellen Behandlungskontext,
3. Besprechung mit dem Versicherten, welche Dokumente dieser in die ePA im Rahmen der Erstbefüllung erhalten möchte,
4. Ärztliche Prüfung, inwiefern der Übertragung der jeweiligen Dokumente medizinische Gründe oder die Rechte Dritter entgegenstehen,
5. Übertragung der jeweiligen Informationen aus dem Praxisverwaltungssystem in die ePA.

ist der Betrag von 10 Euro für die Erstbefüllung der ePA zu niedrig angesetzt. Diese Tätigkeiten sind trotz der Regelungen gemäß § 352 Satz 1 Nr. 2 und 8 nur teilweise auf Gehilfen in der Arztpraxis übertragbar. So

ist insbesondere die nach § 630g Absatz 1 BGB vorgeschriebene Prüfung, inwiefern der Übertragung der jeweiligen Dokumente therapeutische Gründe oder die Rechte Dritter entgegenstehen, nicht delegierbar.

Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Erstbefüllung einer ePA sowohl innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung als auch sektorenübergreifend nur einmalig erbracht und vergütet werden sollte. So verfügt jeder am Behandlungsprozess des Versicherten unterschiedliche Informationen, deren Zusammenführung in der Patientenakte für den Versicherten dann einen Mehrwert bedeuten kann, wenn die jeweiligen Ärzte die bei ihnen vorliegenden Informationen in die Patientenakte eintragen können. Eine willkürliche Festlegung des Arztes, bei dem erstmalig eine Akte befüllt werden soll, entspricht nicht einer arbeitsteiligen Organisation der Versorgung. Dies gilt entsprechend auch für den Sektorenübergang: Jeder am Versorgungsprozess beteiligte Vertragsarzt verfügt über spezifische Informationen, die nicht umfassend bei anderen Ärzten und in den jeweils anderen Sektoren vorliegen. Wenn die ePA das Ziel verfolgt, dass sämtliche gesundheitsbezogenen Informationen des Versicherten für ihn dort potenziell lebenslang zur Verfügung stehen sollen, hat der Versicherte das Recht, aus jedem Sektor einen umfassenden Stand der digital vorliegenden Daten zu erhalten. Die Erstbefüllung fällt deshalb sektorenübergreifend an und kann nicht durch einen anderen Sektor ersetzt werden.

Die KBV ist der Auffassung, dass die bewährten Instrumente des Leistungserbringerrechts in ihren Kompetenzen unangetastet bleiben sollten und schlägt in diesem Sinne folgende Änderungen vor:

Änderungsvorschlag

In § 87 Absatz 2a wird Satz 22 wie folgt gefasst:

„Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 vergütet werden. ~~Die Vergütung für die Erstellung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ist mit Wirkung zum [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] über einen Zeitraum von 12 Monaten auf das 2-fache zu erhöhen.~~“

In § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 1 für die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung der elektronischen Patientenakte sowie für die Speicherung von Daten in der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden. Mit Wirkung zum 1. Januar 2021 sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab Regelungen zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 346 Absatz 2 für die erstmalige Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext vergütet werden.“

In § 346 werden die Absätze 4 und 5 gestrichen:

„(4) Für Leistungen nach Absatz 2 erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen sowie Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2021 über einen Zeitraum von 12 Monaten einen einmaligen Vergütungszuschlag je Erstbefüllung in Höhe von zehn Euro.

(5) Die Leistungen nach Absatz 2 dürfen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung je Versichertem und elektronischer Patientenakte insgesamt nur einmal erbracht und abgerechnet werden. Das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen für Leistungen nach Absatz 2 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Wirkung zum 1. Januar 2021.“

NUMMER 24: § 291B SGB V-E (VERFAHREN ZUR NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN GESUNDHEITSKARTE ALS VERSICHERUNGSNACHWEIS)

Die Regelung nach denen Vertragsärzte, die am 1. März 2020 noch nicht in der Lage sind, ein Versichertenstammdatenmanagement durchzuführen, das Honorar um 2,5 Prozent zu kürzen, darf keine Ärzte treffen, die sich unverschuldet durch technische Unmöglichkeit, beispielsweise durch Lieferschwierigkeiten der Industrie, nicht an die Telematikinfrastruktur anschließen können. Die Sanktion als solche folgt nicht dem Verursacherprinzip und wird daher insgesamt abgelehnt.

Die KBV begrüßt, dass in diesem Zusammenhang die zeitliche Befristung im Ausnahmetatbestand entfallen soll und zumindest diejenigen Ärzte, die fristgerecht die erforderlichen Komponenten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur bestellt haben, nicht weiter für mögliche Lieferschwierigkeiten der Anbieter dieser Komponenten sanktioniert werden.

Änderungsvorschlag

In § 291 b Absatz 5 wird der 1 wie folgt geändert:

„Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und Einrichtungen, die ab dem 1. Januar 2019 ihrer Pflicht zur Prüfung nach Absatz 2 nicht nachkommen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent, ~~ab dem 1. März 2020 um 2,5 Prozent~~, so lange zu kürzen, bis sie sich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen haben und über die für die Prüfung nach Absatz 2 erforderliche Ausstattung verfügen. Von der Kürzung nach Satz 1 ist abzusehen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachweist, bereits vor dem 1. April 2019 die Anschaffung der für die Prüfung nach Absatz 2 erforderlichen Ausstattung vertraglich vereinbart zu haben. ...“

NUMMER 29: § 303 SGB V-E (ERGÄNZENDE REGELUNGEN)

Vor dem Hintergrund der Begründung zu Nummer 27 Buchstabe c des Referentenentwurfs („... Die als Teil der Abrechnungsdaten übermittelten und der Abrechnungsbegründung dienenden Diagnosen dürfen durch die Krankenkassen gemäß § 303 Absatz 4 nur bei technischen Übermittlungs- oder formalen Datenfehlern korrigiert werden. Dies dient dem Schutz des fairen Wettbewerbs der Krankenkassen, indem missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel verhindert werden...“) und der Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dass mit der im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelgesetzes (HHVG) erfolgten Gesetzesanpassung des § 303 Absatz 4 SGB V die missbräuchliche nachträgliche Veränderungen der dokumentierten Diagnoseschlüssel ausgeschlossen werden sollte, wird eine Ergänzung des § 303 Absatz 4 SGB V angeregt.

Mit dem HHVG hat der Gesetzgeber im Jahr 2017 § 303 SGB V durch einen neuen Absatz 4 wie folgt ergänzt:

Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch auf Grund von Prüfungen gemäß den §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte Hinweise erhalten, dass § 303 Absatz 4 SGB V von einzelnen Krankenkassen so interpretiert wird, dass es dem Arzt im Rahmen eines Prüfverfahrens (insbesondere Wirtschaftlichkeitsprüfung) generell nicht mehr möglich sei, nachträglich Diagnosen zu übermitteln. Ausnahme hiervon sei lediglich der genannte Fall technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler.

Der GKV-Spitzenverband hat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf entsprechende Nachfrage hin schriftlich mitgeteilt, dass sich aus Sicht der Krankenkassen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgrund der Regelung in § 303 Absatz 4 SGB V durch nachträgliche Übermittlung von Diagnosen in den Stellungnahmeverfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr beziehen können. Für die Prüfungen seien die regionalen Prüfungsstellen nach § 106c SGB V zuständig. Nachträgliche Stellungnahmen der Ärzte zu Diagnosen würden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung von den regionalen Prüfungsstellen nicht mehr anerkannt.

Vor diesem Hintergrund vertritt die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Auffassung, dass mit der Anpassung von § 303 Absatz 4 SGB V missbräuchliche nachträgliche Veränderung der dokumentierten Diagnoseschlüssel ausgeschlossen werden. Dies ist allein vor dem Hintergrund des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleiches und der in diesem Zusammenhang erfolgten Diskussionen zu „Upcoding“-Versuchen einzelner Krankenkassen zu beurteilen. § 303 Absatz 4 SGB V zielt allein auf die Datenübermittlung nach § 295 Absatz 1 SGB V („Einzelfallnachweis“) ab, also das konkrete Übermittlungsverfahren der Datengrundlagen für den morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die vom Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Daten unverändert an die Krankenkassen und weiter an das Bundesversicherungsamt zum Zwecke des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleiches übermittelt werden. Diese Übermittlung soll vor Manipulationen geschützt werden und daher nicht nachträglich verändert werden können (Ausnahme: technischer Übermittlungsfehler oder formeller Datenfehler).

Unabhängig hiervon ist nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Frage der Einlassungen des Arztes in einem Prüfverfahren zu sehen. Selbstverständlich muss es einem Arzt auch weiterhin zustehen, eine Auffälligkeit zu erklären und hierfür der Prüfstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss die einschlägigen Diagnosen mitzuteilen. Insoweit kann aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Arzt nicht aufgrund § 303 Absatz 4 SGB V präkludiert sein. Andernfalls würde man dem Arzt seine verfassungsrechtlich garantierten Rechte auf rechtliches Gehör (Artikel 103 Absatz 1 GG) im Rahmen eines Prüfverfahrens nehmen. Eine Übermittlung dieser nachgereichten Diagnosen über die Daten nach § 295 Absatz 1 SGB V („Einzelfallnachweis“) erfolgt nach dem Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch künftig nicht.

Vor dem Hintergrund der Einlassungen der Kassenseite erachtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Klarstellung in § 303 Absatz 4 SGB V für notwendig. Eine solche kann mit der vorgeschlagenen Ergänzung erreicht werden.

Änderungsvorschlag

In § 303 Absatz 4 SGB V wird ein Satz 4 aufgenommen. § 303 Absatz 4 SGB V lautet dann wie folgt:

„Sofern Datenübermittlungen zu Diagnosen nach den §§ 295 und 295a fehlerhaft oder unvollständig sind, ist eine erneute Übermittlung in korrigierter oder ergänzter Form nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler zulässig. Eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Diagnosedaten insbesondere auch auf Grund von Prüfungen gemäß den §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 ist unzulässig. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 82 Absatz 1 Satz 1. Die Äußerungsrechte und Darlegungspflichten des Vertragsarztes vor den Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bzw. Abrechnungsprüfungen bleiben von der Regelung unberührt.“

NUMMER 30: § 305 ABSATZ 1 SATZ 6 SGB V-E (AUSKÜNFTE AN VERSICHERTE)

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkassen abweichend von § 303 Absatz 4 SGB V ermächtigt werden, Diagnosedaten in berichteter Form für die Patientenquittung und die Übermittlung in die elektronische Patientenakte zu verwenden, wenn die Unrichtigkeit der Diagnose durch einen ärztlichen Nachweis belegt wird. Diese Regelung wird dazu führen, dass es zu unterschiedlichen Datenbeständen in der elektronischen Patientenakte und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Krankenkasse kommt. Es ist zudem zu befürchten, dass durch Rückfragen der Aufwand bei den Vertragsärzten steigen wird.

Unabhängig hiervon bietet das PDSG die Gelegenheit, die sich aus der Anwendung des § 303 Absatz 4 SGB V im Zusammenhang mit der DSGVO ergebenden Unklarheiten zu beseitigen. Nach § 303 Absatz 4 SGB V dürfen Diagnosen nur im Falle technischer Übermittlungs- oder formaler Datenfehler korrigiert oder ergänzt werden. Nach der DSGVO hatte der Versicherte jedoch einen Anspruch auf Berichtigung von unrichtigen Daten. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, diese Rechtsunsicherheit hervorrufenden Unklarheiten durch eine eindeutige Regelung zu bereinigen, die auch die Aspekte der DSGVO mit einbezieht.

NUMMER 31: § 307 SGB V-E (DATENSCHUTZRECHTLICHE VERANTWORTLICHKEITEN)

Diese Vorschrift regelt die datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeiten, differenziert nach dem Teil der Telematikinfrastruktur. Nach Absatz 1 liegt die Verarbeitung personenbezogener Daten mittels der Komponenten der dezentralen Infrastruktur in der Verantwortlichkeit derjenigen, die diese Komponenten für die Zwecke der Authentifizierung und zur Sicherung von Daten in die zentrale Infrastruktur nutzen. Damit hätten die Vertragsärzte die Verantwortung für die Verarbeitung personenbezogener Daten auch mittels der Komponenten wie Konnektor oder E-Health-Kartenterminals.

Bei den Regelungen zu den datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeiten hat der Gesetzentwurf die Stellungnahme der KBV zum Teil aufgegriffen. So hat der vorliegende Entwurf im Vergleich zum Referentenentwurf eine veränderte Regelung aufgenommen, nach der die Vertragsärzte für die dezentrale Telematikinfrastruktur insoweit verantwortlich sind, als es um die ordnungsgemäße Inbetriebnahme, Wartung und Verwendung der Komponenten geht. Neu aufgenommen wurde auch eine Verantwortung der gematik für die Datenverarbeitungen, die nicht in den Absätzen 1 bis 4 des § 307 SGB V-E genannt wurden. Vertragsärzte sind für die Komponenten im Übrigen nur dann verantwortlich, soweit sie über die Mittel der Datenverarbeitung mitentscheiden. Allerdings darf die Auffangzuständigkeit der gematik nicht zu unklaren Zuordnungen der Verantwortlichkeiten führen. Gerade bei der Verwendung der Komponenten können sich datenschutzrechtliche Probleme aufzeigen, die nicht eindeutig nur der Verwendung der Komponente durch den Vertragsarzt oder nur der Komponente selbst zuzuordnen ist, für die dann womöglich die Vertragsärzte nach der derzeitigen Regelungskonstruktion verantwortlich wären. Es ist zu befürchten, dass eine klare Trennlinie zwischen der Verantwortung der Vertragsärzte und der gematik so nicht gezogen werden kann. **Daher sollte die Verantwortlichkeit der gematik nicht nur als Auffangverantwortung, sondern auch eindeutig für alle Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur ausgestaltet werden. Es muss für die Vertragsärzte eindeutig feststehen, für welche Datenverarbeitungen sie die Verantwortung tragen. Hierbei darf sie keine Verantwortung für die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur treffen.**

Nach § 309 SGB V-E haben die Vertragsärzte auch Maßnahmen zu ergreifen, die gewährleisten, dass zum Zweck der Datenschutzkontrolle nachträglich mindestens für die letzten drei Jahre Zugriffe und Zugriffsversuche auf die Daten der Versicherten in einer Anwendung der Telematikinfrastruktur überprüft und festgestellt werden können, ob und von wem Daten des Versicherten verarbeitet oder gelöscht worden sind. Durch diese Protokollierungspflicht wird der Aufwand in den Arztpraxen massiv erhöht. Es muss sichergestellt sein, dass die in der Arztpraxis eingesetzten technischen Systeme eine solche Protokollierung automatisiert vorsehen und etwaige Mehraufwände erstattet werden. Die hierfür notwendigen rechtlichen Klärstellungen sollten daher getroffen werden.

Darüber hinaus ist in der Gesetzesbegründung aufgenommen worden, dass in der Regel in Arztpraxen kein Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss. Dies gelte jedenfalls in den Arztpraxen, in denen nicht

mehr als 20 Personen beschäftigt seien. Diese Klarstellung wird begrüßt in der Hoffnung, dass auch die Landesdatenschutzbeauftragten diese Ausführungen teilen. Daher wäre es sinnvoll, diese Klarstellung auch im Gesetz aufzunehmen, damit die genannte Auslegung auch verbindlich wird.

Zusätzlich und abhängig hiervon muss auch die Frage der Datenschutz-Folgenabschätzung für die von der Gesellschaft für Telematik zugelassenen Komponenten und Dienste eindeutig geklärt werden. Zwar sind die Vertragsärzte nach der Konstruktion des § 307 SGB V-E nicht verpflichtet, diese Komponenten und Dienste auf deren datenschutzrechtliche Vereinbarkeit zu überprüfen, aber es dient dem rechtssicheren Einsatz, wenn gleichwohl eine Datenschutz-Folgeabschätzung durchgeführt würde. Es wäre daher zu begrüßen, wenn von der in Artikel 35 Absatz 10 DSGVO vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht wird. Danach kann auf die Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung verzichtet werden, wenn im Recht des Mitgliedsstaates die betreffenden Rechtsvorschriften den konkreten Verarbeitungsvorgang regeln und bereits im Rahmen der allgemeinen Folgenabschätzung im Zusammenhang mit Erlass dieser Rechtsgrundlage eine Datenschutz-Folgenabschätzung erfolgte. So kann beispielsweise für den Konnektor, der bereits durch die Gesellschaft für Telematik zugelassen ist, eine solche Datenschutz-Folgenabschätzung vom Gesetzgeber oder in seinem Auftrag durchgeführt werden. Dies ist auch im Sinne der DSGVO deutlich sinnvoller, als wenn jeder Vertragsarzt eine solche Datenschutz-Folgenabschätzung für den Konnektor durchzuführen hat. Dies gilt entsprechend auch für alle weiteren Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur. Eine solche Datenschutz-Folgenabschätzung muss daher zwingend noch ergänzt werden.

NUMMER 31: § 309 SGB V-E (TECHNISCHE UND ORGANISATORISCHE MASSNAHMEN DER DATENSCHUTZ-RECHTLICH VERANTWORTLICHEN)

Unabhängig von der Stellungnahme zu den vorgesehenen Regelungen zu § 307 SGB V muss eine eindeutige Zuordnung von in § 307 genannten Verantwortlichkeiten und den in Absatz 1 aufgeführten Maßnahmen erfolgen. Dies gilt insbesondere für die unter lit. 1. Benannten Zugriffsprotokollierung. Diese liegen auch unter Berücksichtigung von § 307 Absatz 4 in der Verantwortlichkeit der Anbieter von Diensten der Anwendungsinfrastruktur. Auch dies bedarf einer Klarstellung.

NUMMER 31: § 311 ABSATZ 3 - AUFGABEN DER GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK

Die gematik nimmt auf Europäischer Ebene Aufgaben im Zusammenhang mit dem grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten wahr. Dabei soll sie die für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten erforderlichen Festlegungen treffen und dabei die relevanten EU-Festlegungen berücksichtigen. Neben den EU-Festlegungen muss die gematik auch die Festlegungen zur syntaktischen und semantischen Interoperabilität von Inhalten der elektronischen Patientenakten (§ 355 nach PDSG) bei den Festlegungen zum grenzübergreifendem Datenaustausch berücksichtigen. Nur so kann ein einfacher Austausch zwischen Daten aus Deutschland und anderen EU-Ländern sichergestellt werden. Es bedarf jedoch einer Klarstellung, dass die gematik in Rahmen Ihrer Aufgaben für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten auch die bestehenden nationalen Festlegungen insbesondere nach den §§ 372 und 373 berücksichtigen muss.

Änderungsvorschlag

Im § 311 Absatz 3 Satz 3 wird vor den Wörtern „zu berücksichtigen“ noch die Wörter „sowie die Festlegungen nach §§ 355, 372 und 373“ eingefügt.

NUMMER 31: § 311 ABSATZ 1 NR. 10 SGB V-E / § 312 ABSATZ 4 SGB V-E / § 360 SGB V-E, ELEKTRONISCHES REZEPT

Die Einführung des elektronischen Rezepts ist ein logischer Schritt in der konsequenten Digitalisierung von Versorgungsprozessen der ambulanten Versorgung. Es ist davon auszugehen, dass das eRezept für die Patienten, Apotheken und Krankenkassen Mehrwerte in der Versorgung mit sich bringen könnte, auch wenn die unmittelbaren Mehrwerte für die Vertragsärzte weiterhin begrenzt sind.

Die KBV weist darauf hin, dass ärztliche Verordnungen hinsichtlich Inhalt, Struktur und Menge wesentliche Funktionalitäten elementarer Bestandteil bestehender Versorgungsprozesse sind. Um die Stabilität dieser Prozesse nicht zu gefährden und die notwendige Funktionsfähigkeit der von der gematik zu entwickelnden eRezept-App herzustellen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Erwartung, dass die Festlegungen in Abstimmung mit den inhaltlich betroffenen Organisationen der Selbstverwaltung abgestimmt werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass weitere Nutzungen der Daten bspw. AMTS-Prüfungen ohne Friktionen möglich gemacht werden und eine Bereitstellung der Anwendung erst nach erfolgter nachgewiesener Praxis-tauglichkeit dieser Anforderungen erfolgt.

Die mit dem Regierungsentwurf neu eingeführte verpflichtende Nutzung des elektronischen Rezepts widerspricht dem Wertversprechen der Digitalisierung, nach dem digitale Anwendungen sich durchsetzen, weil sie Prozesse verbessern und erleichtern und die Nutzer dieses Angebot deshalb automatisch immer stärker nachfragen. Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Nutzung des eRezepts wählt der Gesetzgeber anstelle einer freiwilligen, schrittweisen Einführung, bei der sich gute Lösungen schnell durchsetzen würden, eine Verpflichtung zum Stichtag 01.01.2022.

Der Patient hat nach § 360 Absatz 4 SGB V-E weiterhin eine Wahlfreiheit, doch diese beschränkt sich ausschließlich auf die Art des Zugriffs auf das eRezept (Ausdruck der Zugriffsinformation vs. App). Die Entscheidung, ob personenbezogene Daten zur pharmazeutischen Versorgung jedes Patienten auf einem zentralen Server gespeichert werden, liegt damit nicht mehr in der Hoheit des Patienten. Dabei geht der Gesetzgeber gleichzeitig weiterhin davon aus, dass auch die Nutzung eines Papierrezepts in bestimmten Situationen (z. B. Hausbesuche, technische Probleme etc.) weiterhin zulässig bleiben soll.

Apotheken und Krankenkassen müssen somit weiterhin in der Lage sein, auch diese (ggf. händisch erstellten) Arzneimittelverordnungen zu verarbeiten. Die Infrastruktur für die Verarbeitung von analogen Arzneimittelverordnungen für Patienten, die die Digitalisierung (aus welchen Gründen auch immer) ablehnen oder zumindest skeptisch bewerten, besteht somit in jedem Fall, nur wird den Patienten die Entscheidung über deren Nutzung entzogen. Für die Ärzte bedeutet diese Ausgestaltung des eRezepts, dass künftig (neben dem klassischen Papierrezept) mit einem digitalen und einem papiergebundenen eRezept zwei zusätzliche Prozesse in den Praxisverwaltungssystemen umzusetzen und zu finanzieren sind.

Die KBV geht davon aus, dass die in der Gesetzesbegründung benannte Übermittlung eines ausgedruckten Tokens für die Zuweisung eines elektronischen Rezepts an die Apotheke der Ausnahmefall sein sollte. Ziel-führender ist hier die Nutzung entweder einer App durch den Versicherten oder der elektronischen Gesundheitskarte, mit der sich jeder Versicherte zweifelsfrei gegenüber einem Apotheker identifizieren und ihm Zugriff auf den Rezeptserver gewähren kann. Das Gesetz sieht eine verpflichtende deutschlandweite Nutzung bereits 6 Monate nach jenem Termin vor, zu dem die Nutzung des eRezepts über die Infrastruktur der gematik erstmalig überhaupt möglich ist. Die KBV begrüßt, dass ein zeitlicher Versatz zwischen der Schaffung der technischen Voraussetzungen zur Übermittlung sowie zum Zugriff auf elektronische Arzneimittelverordnungen und der Verpflichtung der Vertragsärzte zum Ausstellen von elektronischen Verordnungen eingeführt wurde. Ein halbes Jahr dürfte allerdings unzureichend sein, um Erfahrungen aus der tatsächlichen Anwendung für die Weiterentwicklung zu berücksichtigen, bevor die Nutzung der elektronischen Arzneimittelverordnung für Vertragsärzte wie Patienten verpflichtend wird. Die Möglichkeit, dass Erfahrungen aus der ersten Anwendung des eRezepts (ab 01.07.2021) noch vor der deutschlandweit verpflichtenden Einführung (01.01.2022) berücksichtigt werden können, läuft somit gegen Null. Zu begrüßen ist die Zuweisung der Aufgabe der Programmierung der App, über die Patienten auf das eRezept zugreifen, an die gematik als neutrale Stelle, wenn sie nicht nur technische, sondern auch praktische Anwendungsperspektiven in den Blick nimmt. Die geplanten Fristen für die gematik sind denkbar knapp (30. Juni 2021) und lassen

keinen Spielraum, Erfahrungen aus der Umsetzung noch vor dem flächendeckenden Wirkbetrieb zu berücksichtigen.

Im Hinblick darauf, dass die Versicherten-App des eRezept auf Basis einer weitestgehend interessenneutralen Plattform im deutschen Gesundheitswesen entwickelt werden sollte, begrüßt die KBV, die Zuweisung der Aufgabe der Entwicklung der Versicherten-App für das eRezept an die gematik. Die vorgesehenen Schnittstellen für Drittanbieter sind mit entsprechenden datenschutzrechtlichen Anforderungen zu versehen, um sicherzustellen, dass hier nicht in nachgelagerten Prozessen kritische Daten in die Hände Unbefugter gelangen. Notwendig wäre überdies eine Klarstellung im Gesetz, dass die Mehraufwände in den Praxen, die mit der Einführung und Umsetzung des eRezepts einhergehen, durch die Organisationen zu finanzieren sind, die sich davon die meisten Mehrwerte in der Datenverarbeitung und Patientenversorgung erwarten (Krankenkassen).

NUMMER 31: § 312 ABSATZ 1 NR. 2 SGB V-E (AUFTRÄGE AN DIE GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK)

Die KBV begrüßt die Ausweitung des elektronischen Rezepts auf die Verordnung von Betäubungsmitteln grundsätzlich. Das elektronische Rezept kann nur dann erfolgreich in die Versorgungsprozesse integriert werden, wenn auch damit eine umfassende pharmazeutische Versorgung der Versicherten gewährleistet werden kann. Dies umfasst allerdings auch das sogenannte T-Rezept, für das hier keine Regelungen vorgesehen sind. Darüber hinaus erscheint die gesetzliche Frist Rahmenbedingungen für das BtM-Rezept zu treffen ausgesprochen knapp. Zum Zeitpunkt der geplanten Finalisierung der technischen Spezifikationen für das BtM-Rezept werden aller Voraussicht nach nur rudimentäre Erfahrungen zur Nutzung des allgemeinen elektronischen Rezepts vorliegen. Wünschenswert wäre demgegenüber, wenn bereits umfassende Erfahrungen aus der konkreten Anwendung des elektronischen Rezepts in die Konzeption der technischen Rahmenbedingungen für das BtM-Rezept einfließen könnten. Eine Anpassung der gesetzlichen Frist mindestens auf den 30. Juni 2022 ist daher sinnvoll.

NUMMER 31: § 312 ABSATZ 1 NR. 3 SGB V-E (AUFTRÄGE AN DIE GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK)

Die vorgesehene Regelung in § 312 Absatz 1 Nummer 3 sieht vor, dass die Gesellschaft für Telematik bis 30. Juni 2021 Maßnahmen durchzuführen hat, nach der Versicherten die Informationen über abgegebene Arzneimittel, die ärztlich verordnet wurden, deren Chargennummern und, falls auf der Verordnung angegeben, deren Dosierung in elektronischer Form verfügbar gemacht werden können.

Die KBV begrüßt, dass damit zukünftig die Chargennummer eines Arzneimittels elektronisch verfügbar sein soll. Es wird jedoch nicht geregelt, auf welchem Wege dies erfolgen soll bzw. wo diese Daten gespeichert werden sollen. Aus Sicht der KBV sollte klargestellt werden, dass diese Informationen über die elektronische Patientenakte (ePA) gemäß § 341 SGB V bereitgestellt werden und damit gemäß § 355 SGB V auch die semantische und syntaktische Interoperabilität gewährleistet werden.

In diesem Zusammenhang sollte darauf hingewirkt werden, dass die Chargenbezeichnung – beispielsweise im Falle von Nebenwirkungsmeldungen von Biologika – mit wenig Aufwand auch dem meldenden Arzt zur Verfügung gestellt wird. Eine direkte Übermittlung der Chargennummer des abgegebenen Biologikums an den verordnenden Arzt wäre in diesem Zusammenhang nicht sachgerecht, da dieser in vielen Fällen nicht derjenige ist, der die Nebenwirkung meldet. Eine Hinterlegung der Chargennummer böte darüber hinaus auch die Möglichkeit der Information des Versicherten im Falle von chargenbezogenen Arzneimittelrückrufen.

Die Hinterlegung weiterer Informationen wie beispielsweise die auf der ärztlichen Verordnung angegebene Dosierung sieht die KBV hingegen als nicht zielführend und – unter dem Gesichtspunkt der Arzneimitteltherapiesicherheit – ggf. sogar als kontraproduktiv an. Damit würde neben dem elektronischen Medikationsplan ein weiterer Speicherort zur Dokumentation von Medikationsdaten etabliert mit ggf. widersprüchlichen Informationen. So ist im elektronischen Medikationsplan jeweils die aktuelle Medikation mit der jeweils aktuellen Dosierung angegeben. Die elektronische Ablage und Aufbewahrung ggf. nicht mehr aktueller Informationen zu Arzneimitteln außerhalb des Medikationsplans kann bei einer mittlerweile geänderten

Dosierung durch die widersprüchliche Information zu Fehleinnahmen führen. Auch die Prüfung auf Arzneimittelinteraktionen ist nur sinnvoll auf Basis der aktuell einzunehmenden bzw. anzuwendenden Arzneimittel in der jeweils aktuellen Dosierung, wie sie der elektronische Medikationsplan bietet. Eine Interaktionsprüfung auf Basis von Informationen über abgegebene Arzneimittel, die vom Patienten ggf. nicht mehr eingenommen werden bzw. bereits abgesetzt wurden, zeitigt hingegen keine sinnvollen Ergebnisse.

Die KVB schlägt daher in § 312 Absatz 3 Nummer 3 eine entsprechende Klarstellung sowie in § 341 Absatz 2 SGB V eine Ergänzung der Chargennummern der abgegebenen Arzneimittel vor.

Änderungsvorschlag

§ 312 Absatz 1 Nummer 3:

„3. bis zum 30. Juni 2021 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit **die Chargennummer des Informations über das** auf Grundlage der ärztlichen Verordnung nach den Nummern 1 oder 2 abgegebenen Arzneimittels, ~~dessen Chargennummer und, falls auf der Verordnung angegeben, dessen Dosierung~~ den Versicherten in elektronischer Form verfügbar gemacht werden können.“

§ 341 Absatz 2 Nummer 14 (neu)

„14. **Chargennummer des auf Grundlage der ärztlichen Verordnung nach § 312 Absatz 1 Nummern 1 oder 2 abgegebenen Arzneimittels**“

NUMMER 31: §§ 319 FF. SGB V-E (SCHLICHTUNGSSTELLE DER GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK)

Für die Beschlussfassung in der Gesellschaft für Telematik selbst wird aufgrund der Mehrheitsverhältnisse keine Schlichtungsstelle mehr benötigt. Die Schlichtungsstelle soll aber auch im Rahmen von zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband nach §§ 364 ff. SGB V-E zu treffenden Vereinbarungen zu telemedizinischen Verfahren tätig werden, wenn die Vertragsparteien sich nicht einigen können. Bei diesen Vereinbarungen bedarf es jedoch nicht der Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik.

So wurden mit dem TSVG bereits die Eskalationsgremien neu und umfassend geregelt. Danach kann das Bundesschiedsamt auch in diesen Fällen bei einer Nichteinigung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband die entsprechende Vereinbarung nach § 89 SGB V festsetzen. Damit ist auch gewährleistet, dass von beiden Vertragsparteien Vertreter im Schiedsgremium unter Beteiligung von unparteiischen Mitgliedern entscheiden können. Dies ist sachgerechter als die in der Schlichtungsstelle vorgesehene Besetzung. Die Schlichtungsstelle setzt sich gemäß § 320 Absatz 1 SGB V-E aus einer oder einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern zusammen. Ein Mitglied benennt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das weitere Mitglied die übrigen in § 306 Absatz 1 SGB V-E genannten Spitzenorganisationen als gemeinsamen Vertreter. Die Besetzung erfolgt für zwei Jahre und kann nach der gesetzlichen Systematik nicht entsprechend des Verhandlungsgegenstandes ausgetauscht werden. Dieser gemeinsame Vertreter kann aber nicht im Detail für alle Leistungserbringerorganisationen sprechen. Es bietet sich daher vielmehr an, das bereits in § 89 SGB V vorgesehene Eskalationsgremium zu nutzen.

NUMMER 31: § 334 ABSATZ 3 SGB V-E (EINWILLIGUNG DER VERSICHERTEN UND ZULÄSSIGKEIT DER DATENVERARBEITUNG DURCH DIE KRANKENKASSEN UND DIE ANBIETER DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)

Entsprechend der neu gefassten Regelungen kann die gematik auch Festlegungen und Maßnahmen zu zusätzlichen Anwendungen der Telematikinfrastruktur treffen, die insbesondere dem weiteren Ausbau des elektronischen Austausches von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten, Formularen, Erklärungen und Unterlagen dienen. Diese Festlegungen könnten Elemente einer elektronischen Arztakte berühren, deren technische Festlegungen dann in der Zuständigkeit der gematik läge. Hier wird im weiteren Prozess sichergestellt werden müssen, dass seitens der gematik keine Festlegungen getroffen werden, die die Praktikabilität von Prozessen beeinträchtigen und die gematik die Festlegungen der KBV zur semantischen und syntaktischen Interoperabilität aufgreift und umsetzt.

NUMMER 31: § 336 SGB V-E (ZUGRIFFSRECHTE DER VERSICHERTEN)

Mit Blick auf die Regelungen, nach denen jeder Versicherte berechtigt sein soll, Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Nummer 2 bis 5 bei einem Leistungserbringer einzusehen, der mittels seines elektronischen Heilberufsausweises darauf zugreift, weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Nachdruck darauf hin, dass unbeschadet der konsequenterweise vorzusehenden Vergütungen für die zusätzlichen Leistungen die zusätzlichen entstehenden Aufwände die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten begrenzten Ressourcen in Art, Umfang und Qualität der ärztlichen Tätigkeit nicht beeinträchtigen dürfen.

NUMMER 31: § 338 SGB V-E (TECHNISCHE EINRICHTUNGEN ZUR WAHRNEHMUNG DER ZUGRIFFSRECHTE DER VERSICHERTEN)

Es wird begrüßt, dass die Krankenkassen spätestens bis zum 1. Januar 2022 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen die technische Infrastruktur für die Verarbeitung von Daten in Anwendungen (Kassen-Terminals) flächendeckend zur Verfügung stellen sollen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regt an, eine perspektivische Erweiterung dieser Anwendungen um Anwendungen des elektronischen Medikationsplans und des Notfalldatensatzes in Erwägung zu ziehen.

Vor dem Hintergrund, dass die elektronischen Patientenakten der Krankenkassen nach § 341 Absatz 3 durch die gematik zugelassen werden, die gematik gemäß § 311 Absatz 5 i. V. m § 325 Absatz 3 neben der Sicherheit und Kompatibilität auch für die Interoperabilität der Komponenten und Dienste verantwortlich ist, wäre es folgerichtig, dass auch die Kassen-Terminals, die den Zugriff auf diese interoperablen Patientenakten ermöglichen, interoperabel gestaltet und einem Zulassungsprozess bei der gematik unterworfen werden. Eine entsprechende Anpassung wird angeregt.

Der im hier vorliegenden Entwurf vorgesehene Absatz 3, nach dem der GKV-SV Vereinbarungen mit der KBV, KZB, DKG und ABDA/DAV schließen kann, auf deren Basis auch Terminals bei Leistungserbringern, in Krankenhäusern und Apotheken gegen den Ausgleich der Ausstattungskosten zur Verfügung gestellt werden können, steht im Widerspruch zur eindeutigen Positionierung der KBV, nach der Arztpraxen nicht als Medium zur Verwaltung der Patientenakte zur Verfügung stehen.

NUMMER 31: § 341 SGB V-E „ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE“

Vertragsärzten, die bis zum 30. Juni 2021 nicht nachweisen können, dass sie über die für den Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen, soll gemäß der vorgesehenen Regelungen das Honorar um 1 Prozent gekürzt werden. Mit Blick auf eine notwendige Förderung der Akzeptanz digitaler Anwendungen in der Vertragsärzteschaft setzen Sanktionen keine hinreichenden systemischen Anreize und sind Anreizsystemen, wie sie in anderen Ländern realisiert wurden, unterlegen. Eine Fortsetzung von bereits für andere Anwendungen der Infrastruktur vorgesehenen Sanktionierungen wird, zumal sich die in der Vergangenheit und mit diesem Gesetz vorgesehenen Schritte der Digitalisierung keine für die konkrete Verbesserung der Versorgung relevante Beiträge geleistet haben, ist für die notwendige Akzeptanzbildung das

falsche Signal. Statt die Assoziation der Digitalisierung im Gesundheitswesen mit Sanktionierung im Gesundheitswesen fortzusetzen, wäre es für den Erfolg der Digitalisierung im Gesundheitswesen hilfreicher, die Akzeptanz fördernde Instrumente zum Einsatz zu bringen.

Unabhängig von der Ablehnung der Sanktionen ist für den Fall, dass an den Sanktionen festgehalten werden sollte, klarzustellen, dass die Frist zum Nachweis der zum Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Dienste für Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf Basis der Erfahrungen mit dem Rollout der Telematikinfrastruktur deutlich zu kurz angesetzt ist. Es ist erkennbar unrealistisch, dass die Anbieter der Systeme entsprechende Funktionen, Komponenten und Dienste flächendeckend und für alle Softwaresysteme innerhalb der im Entwurf vorgesehenen Fristen anbieten können. Ohne eine Marktverfügbarkeit der entsprechenden Komponenten und Dienste, inklusive des entsprechenden Moduls für das jeweilige Praxisverwaltungssystem, kann der Arzt oder Psychotherapeut den Zugriff auf die ePA nicht durch sein Handeln beeinflussen. Die damit verbundenen Sanktionen dürfen keine Ärzte treffen, die unverschuldet durch technische Unmöglichkeit, beispielsweise – wie beim Rollout der Telematikinfrastruktur - durch Lieferschwierigkeiten der Industrie, keinen Zugriff auf die ePA erhalten. Die Sanktion als solche folgt nicht dem Verursacherprinzip und wird daher insgesamt abgelehnt.

Seitens der KBV wird erneut die Empfehlung an den Gesetzgeber aus der Stellungnahme zum Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) eingebracht, Regelungen zu treffen, welche für die Softwarehersteller einerseits Anreize setzen, diese Funktionen und Komponenten ihren Kunden fristgerecht zur Verfügung zu stellen und möglichst gleichzeitig eine monopolistische/oligopolistische Preisbildungspolitik zu vermeiden. Sofern die Regelung zur Honorarkürzung nicht gestrichen wird, sollte hilfsweise eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden, um die Steuerungswirkung der vertragsärztlichen Honorarsanktion sachgerecht zu verorten.

Änderungsvorschlag

In § 341 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

„Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie die Anschaffung der Komponenten und Dienste, über die für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte erforderlichen sind, Komponenten und Dienste verfügen vertraglich vereinbart haben. Wird der Nachweis nicht innerhalb von zwölf Monaten nach erfolgter Zertifizierung des Praxisverwaltungssystems erbracht, bis zum 30. Juni 2021 erbracht, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.“

NUMMER 31: § 342 SGB V-E - ANGEBOT UND NUTZUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE

Absatz 2 regelt die Einführung der elektronischen Patientenakte in drei Ausbaustufen mit Inhalten, die erst zeitverzögert und nur für einen begrenzten Teil der Patientinnen und Patienten einen Beitrag für mehr Transparenz im Versorgungsprozess leisten können, die sich für die Nutzung einer elektronischen Patientenakte entschieden haben. Nutzung und Angebot einer elektronischen Patientenakte entsprechend der im Entwurf vorgesehenen Inhalte werden dazu führen, dass auf die Versorgung wirkende Effekte der Digitalisierung nur zeitverzögert und nur für einen vergleichsweise geringen Anteil der Patientinnen und Patienten erschlossen werden können. Diese erkennbaren Defizite tragen nicht dazu bei, dass die Vorteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen auf Basis einer die ärztliche Versorgung tragenden Akzeptanz umfassend, ubiquitär und nachhaltig erschlossen werden können.

Unabhängig davon sollen gemäß Absatz 2 Absatz 2 lit. ab 1. Januar 2022 bei einem Wechsel der Krankenkasse die Daten aus der bisherigen elektronischen Patientenakte in der elektronischen Patientenakte der gewählten Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können. Um dabei zu vermeiden, dass diese Daten vor dem Transfer in ein „Austauschformat“ überführt werden, das sämtliche bis dahin strukturiert gespeicherten ePA-Daten wieder egalisiert bzw. unstrukturiert speichert, ist es sinnvoll, Vorgaben für eine „formaterhaltende“ Zurverfügungstellung zu formulieren:

Änderungsvorschlag

In § 342 Absatz 2 u. Absatz 2 lit. d wird wie folgt geändert:

„bei einem Wechsel der Krankenkasse die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 8, 10 bis 13 aus der bisherigen elektronischen Patientenakte in der elektronischen Patientenakte der gewählten Krankenkasse **formaterhaltend** zur Verfügung gestellt werden können;

NUMMER 31: § 343 SGB V-E „INFORMATIONSPFLICHTEN DER KRANKENKASSEN“

Die umfangreiche, dedizierte Aufführung an Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten im Zusammenhang mit dem Angebot einer ePA wird durch die KBV begrüßt.

NUMMER 31: §§ 344 SGB V-E (EINWILLIGUNG DER VERSICHERTEN UND ZULÄSSIGKEIT DER DATENVERARBEITUNG DURCH DIE KRANKENKASSEN UND ANBIETER DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)

Um das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis zu schützen, werden die Regelungen nach § 344 Absatz 2 Satz 2 SGB V–E, nach denen eine Kenntnisaufnahme der medizinischen Daten und ein Zugriff auf diese Daten durch die Krankenkassen und die Anbieter der elektronischen Patientenakte sowie die Anbieter von einzelnen Diensten und Komponenten der elektronischen Patientenakte unzulässig ist, begrüßt.

NUMMER 31: § 345 ABSATZ 1 SGB V-E ANGEBOT UND NUTZUNG ZUSÄTZLICHER INHALTE UND ANWENDUNGEN

- a) Hinsichtlich der Regelungen, nach denen der Versicherte den Krankenkassen Daten aus der elektronischen Patientenakte zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Krankenkassen angebotenen Anwendungen zur Verfügung stellen können, stehen im Widerspruch zur Vorgabe in § 344 Absatz 2 SGB V–E. Es muss daher in § 345 Absatz 1 SGB V–E zusätzlich klargestellt werden, dass sich die in § 345 Absatz 1 SGB V–E vorgesehenen Möglichkeiten nur auf die Daten beziehen, die keinen medizinischen Inhalt haben.

Änderungsvorschlag

In § 345 Absatz 1 sollte angefügt werden: „§ 344 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

- b) Das Wissen derjenigen, die unmittelbar im Versorgungsprozess für die Patientinnen und Patienten stehen und das Wissen, welche Angebote für die Versorgungspraxis Mehrwerte schaffen und Akzeptanz finden, also den Ärztinnen und Ärzten, wird durch die Beschränkung des Kreises, dem Versicherte den Krankenkassen Daten aus der elektronischen Patientenakte zur Verfügung stellen können, nicht genutzt. Dass dieses Wissen essentiell ist, um Potenziale der Digitalisierung auszuschöpfen, zeigt die Entwicklung telemedizinischer Anwendungen, die in der Vergangenheit aus dem ärztlichen

Bedarf von digitaler Unterstützung entwickelt, erprobt und verbreitet wurden (z. B. Telemedizinische Schlaganfallnetzwerke). Mit den vorgesehenen Beschränkungen auf die Krankenkassen können damit also nur Teile des insgesamt bestehenden versorgungs- und auch wirtschaftspolitischen Potenzials digitaler Lösungen, die Daten aus der elektronischen Patientenakte nutzen, ausgeschöpft werden. Durch die Erweiterung des Kreises der Organisationen, denen der Versicherte Daten aus der elektronischen Patientenakte zur Verfügung stellen kann, um die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Gestaltungsmöglichkeit für die in der Versorgung Tätigen geöffnet und zugleich der in der Vergangenheit häufig erschwerte Transfer von modellhaften Erprobungen in für die Versorgungspraxis relevante Lösungen beschleunigt.

Änderungsvorschlag

(1) Versicherte können den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung der Daten aus der elektronischen Patientenakte zum Zweck der Nutzung zusätzlicher ~~von den Krankenkassen angebotener~~ Anwendungen zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung dürfen die Daten nach Satz 1 zu diesem Zweck verarbeiten. Diese zusätzlichen Anwendungen der Krankenkassen dürfen die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz, Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der nach § 325 zugelassenen elektronischen Patientenakte nicht beeinträchtigen. Die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung müssen die erforderlichen Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit der zusätzlichen Anwendungen ergreifen. „§ 344 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

NUMMER 31: § 346 SGB V-E (UNTERSTÜTZUNG BEI DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)

Es wird zunächst auf die Stellungnahme zu § 87 SGB V – E verwiesen.

Die KBV unterstützt die Möglichkeit der Übertragung von medizinischen Informationen in die vom Versicherten geführte ePA grundsätzlich. Auch bei Erfüllung der Verpflichtungen der Krankenkassen nach § 343 SGB V, ihre Versicherten zur ePA-Nutzung zu informieren, ist davon auszugehen, dass die Versicherten in den Arztpraxen Informationsbedarfe formulieren werden, die zur Inanspruchnahme ärztlicher Arbeitszeit führen. Da die entsprechenden Systeme derzeit nicht verfügbar sind, bestehen derzeit keine Möglichkeiten, den zeitlichen Aufwand für die Befüllung der Akten im Versorgungsalltag bewerten zu können. Dies führt dazu, dass Befürchtungen, es könnte zu einem nicht absehbaren Volumen der Inanspruchnahme der begrenzt zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit kommen, gegenwärtig nicht entkräftet werden können.

Wie bereits in der Stellungnahme zu § 87 SGB V ausgeführt, sind die Regelungen, nach denen die Erstbefüllung der ePA unabhängig vom tatsächlichen Volumen der Inhalte und des Aufwandes nur einmal je Patient erfolgen soll, der Struktur und Höhe nach nicht nachvollziehbar. Aufgrund der derzeit bestehenden technischen Inkompatibilitäten der in den jeweiligen Sektoren verwendeten Systeme wird über diese Regelungen eine medizinisch sinnvolle Vollständigkeit einer Patientenakte nicht erreicht werden können. Ferner würde eine mit diesen Regelungen notwendigerweise einhergehende sektorenübergreifende Abrechnungsprüfung einen unverhältnismäßigen Aufwand für die jeweiligen Institutionen bedeuten. Die KBV hält es deshalb für erforderlich, dass eine Definition für die mit der Befüllung der ePA verbundenen Regelungen und die entsprechende Vergütung durch die Selbstverwaltung festgelegt wird und auf dieser Basis Vorgaben zur Vereinbarung von Vergütungs- und Abrechnungsregelungen formuliert werden.

NUMMER 31: § 347 SGB V-E (ANSPRUCH DER VERSICHERTEN AUF ÜBERMITTLUNG UND SPEICHERUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER)

Die KBV unterstützt die Zielsetzung, dass Vertragsärzte die Versicherten bei der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronischen Patientenakte unterstützen sollen und die Versicherten darüber informiert werden, mit der Maßgabe, dass dies zu einer Verbesserung der Versorgungsprozesse beiträgt. Den Vorstellungen zur Unterstützung der Versicherten kann von den Ärzten allerdings nur dann entsprochen werden, wenn die dafür notwendigen Systeme dies leistungsfähig unterstützen. Zum Zeitpunkt, zu dem der Gesetzentwurf vorgelegt wird, sind keine belastbaren Aussagen darüber möglich, ob die Systeme zum Zeitpunkt, zu dem die Versichertenansprüche begründet werden, die notwendige Umsetzungsreife haben und Beeinträchtigungen des Praxisablaufes vermieden werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert daher, dass die seitens der gematik die für die Befüllung der Akten notwendigen Vorgaben zeitnah vorlegt und auf Basis belastbarer Erprobungen eine aufwandsarme Unterstützung der zusätzlichen Versichertenansprüche in den Arztpraxen gewährleistet wird, die im Rahmen der entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen gemäß § 87 Absatz 2a Satz 22 SGB V-E abgebildet werden.

NUMMER 31: § 351 SGB V-E (ANGEBOT UND NUTZUNG ZUSÄTZLICHER INHALTE UND ANWENDUNGEN)

Die Krankenkassen haben ab dem 1. Januar 2022 sicherzustellen, dass Daten der Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7, die in einer von der Krankenkasse nach § 68 finanzierten elektronischen Gesundheitsakte der Versicherten gespeichert sind, auf Antrag der Versicherten vom Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte über den Anbieter der ePA in die ePA der Versicherten nach § 341 übermittelt werden.

Hierzu ist eine Klarstellung in § 68 wünschenswert, dass elektronische Gesundheitsakten durch die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2021 nicht neu angeboten werden dürfen, um die Verfestigung von versichertegeführten Akten, die parallel zur ePA geführt werden, zu verhindern. Die Inhalte der elektronischen Gesundheitsakten nach § 68 sind daher schnellstmöglich in die standardisierte ePA zu überführen. Ebenso sind Inhalte aus weiteren Anwendungen nach § 345 so schnell wie möglich in der ePA statt in einer elektronischen Gesundheitsakte zu speichern. Das Angebot sowie die Finanzierung von elektronischen Gesundheitsakten durch die Krankenkassen sollte nach Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen in der ePA vollständig unterbleiben.

Änderungsvorschlag

In § 68 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2021 dürfen die Krankenkassen ihren Versicherten keine Unterstützung nach Satz 1 für persönliche elektronische Gesundheitsakte neu anbieten. Für bestehende Gesundheitsakten der Versicherten dürfen die Krankenkassen längstens bis zum 31. Dezember 2022 eine Unterstützung nach Satz 1 weiter gewähren.“

NUMMER 31: § 352 SGB V-E (VERARBEITUNG VON DATEN IN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER UND ANDERE ZUGRIFFSBERECHTIGTE PERSONEN)

Die KBV begrüßt die gesetzliche Klarstellung in § 352 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 8, dass eine vom Versicherten erteilte Zugriffsberechtigung für die ePA sich auch auf die Gehilfen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten bezieht, sofern dies im Rahmen der ausgeübten Tätigkeiten zulässig ist und unter Aufsicht des Arztes oder Psychotherapeuten erfolgt. Dies leistet einen Beitrag, eine sachgerecht die Arbeitsteilung in den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zu unterstützen und soweit vertretbar, zu einer Entlastung der Ärzte und Psychotherapeuten von Verwaltungstätigkeiten beizutragen.

NUMMER 31: § 354 SGB V-E (FESTLEGUNGEN DER GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK FÜR DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE)

Gemäß Absatz 2 Nr. 2 soll die Zugriffsfreigabe sowohl auf spezifische Dokumente als auch auf Gruppen von Dokumenten und Datensätze der elektronischen Patientenakte ermöglicht werden. Außerdem sollen - in Abstimmung mit der KBV - weitere Kategorien festgelegt werden, die eine Zuordnung von Datensätzen zu medizinischen Fachrichtungen, die besonders versorgungsrelevant sind, zulassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird im Zuge dieser Arbeiten darauf hinwirken, dass die seitens der gematik getroffenen Festlegungen eine Unterstützung für die Versorgungsprozesse ermöglichen.

NUMMER 31: § 355 SGB V-E (FESTLEGUNGEN FÜR DIE SEMANTISCHE UND SYNTAKTISCHE INTEROPERABILITÄT VON DATEN IN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE)

Nach diesen Regelungen soll die KBV nicht nur die Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte, sondern auch die für eine Fortschreibung der Inhalte des elektronischen Medikationsplans (eMP) und der elektronischen Notfalldaten notwendigen Festlegungen treffen, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Dies wird seitens der KBV als Anerkenntnis der Werthaltigkeit und Nützlichkeit der Arbeiten der KBV gewertet.

Im Zuge dieser Neugestaltung der Regelungen wurden die Anregungen der KBV aufgegriffen, dass die Festlegungen nicht durch die Vertreterversammlung, sondern durch den Vorstand der KBV getroffen werden und mit den Berufsverbänden der Pflegeorganisationen die Festlegungen im Benehmen, statt des vorher vorgesehenen Einvernehmens erfolgen. Dies wird seitens der KBV begrüßt.

NUMMER 31: § 355 ABSATZ 2 SGB V-E (FESTLEGUNGEN FÜR DIE SEMANTISCHE UND SYNTAKTISCHE INTEROPERABILITÄT VON DATEN IN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE – MEDIZINISCHE TERMINOLOGIE)

Die KBV begrüßt, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 1. Januar 2021 die notwendigen Maßnahmen ergreifen soll, eine medizinische Terminologie und Nomenklatur kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

NUMMER 31: § 358 SGB V-E (ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN UND ELEKTRONISCHE NOTFALLDATEN)

Die Begründung im Gesetzentwurf, nach der sich ein Anspruch der Versicherten auf Pflege des Notfalldatensatzes nur auf Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung bezieht, ist nicht nachvollziehbar. So werden insbesondere im Rahmen der stationären Behandlungen ausgeführt, die im Notfalldatensatz zu dokumentieren sind (beispielsweise Informationen über eingesetzte Implantate) sind. Sofern diese Informationen von Ärzten und Psychotherapeuten des vertragsärztlichen Bereiches auf Wunsch der Versicherten nachgetragen werden müssten, würde dies zu einem erheblichen zusätzlichen Aufwand (zeitlich und organisatorisch) in der Praxis führen. Hierdurch würde eine weitere, vornehmlich administrative Aufgabe an ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten, diesmal aus dem Krankenhaus, delegiert. Dies wird von der KBV nachdrücklich abgelehnt.

Änderungsvorschlag

In § 358 wird Absatz 3 wie folgt geändert:

„(3) Versicherte haben gegenüber ihren Ärzten und Krankenhäusern einen Anspruch

- 1. auf die Erstellung von elektronischen Notfalldaten und die Speicherung dieser Daten auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte sowie*
- 2. auf die Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten und die Speicherung dieser Daten auf seiner elektronischen Gesundheitskarte.“*

NUMMER 31: § 363 ABSATZ 1 SGB V-E (FREIGABE VON DATEN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE ZU WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNGSZWECKEN)

Die mit der Regelung vorgesehenen Möglichkeit, Daten aus ihrer elektronischen Patientenakte freiwillig für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung zu stellen, berühren auch personenbezogene Daten von Ärzten, medizinischen Fachangestellten, Pflegern, Hebammen und weiteren Gesundheitsberufen in den Daten der elektronischen Patientenakte enthalten. Auch für diese personenbezogenen Daten ist der Datenschutz einzuhalten. Das Gesetz sollte daher um eine entsprechende Regelung erweitert werden, in der darüber hinaus die im Entwurf offene Frage abschließend beantwortet wird, dass die Freigabe dieser Daten nicht in der Arztpraxis erfolgt und keine weiteren Inanspruchnahmen der begrenzten ärztlichen Arbeitszeit vorgesehen sind.

NUMMER 31: § 372 ABSATZ 1 SGB V-E (FESTLEGUNGEN ZU DEN OFFENEN UND STANDARDISIERTEN SCHNITTSTELLEN FÜR INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN UND VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

Um den Prozess der Förderung der Interoperabilität zu beschleunigen, begrüßt die KBV, dass die Festlegungen durch den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getroffen werden.

NUMMER 31: § 376 SGB V-E (FINANZIERUNGSVEREINBARUNG)

Da die Regelungen für die Finanzierungsvereinbarungen derzeit lediglich die Erstattung der erstmaligen Ausstattungskosten für die Ärzte zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur vorsehen, besteht der erkennbare Bedarf, klarzustellen, dass Kosten für eine erneute Ausstattung zum Anschluss an die TI notwendig ist, sofern die entsprechenden Komponenten ausgetauscht werden müssen. Die derzeit in den Arztpraxen installierten Konnektoren verwenden Karten, deren Zertifikatslaufzeit auf fünf Jahre begrenzt sind. Aktuell gibt es keine Möglichkeit die Laufzeit dieser Zertifikate mit einem Update zu verlängern. Nach Ablauf müssen neue Konnektoren beschafft werden. Die Nutzung der TI und ihrer immer vielfältigeren Fachanwendungen wird seitens der KBV unterstützt, darf aber nicht dazu führen, dass die Ärzte die damit verbundenen überdurchschnittlich hohen Kosten selber tragen müssen.

Änderungsvorschlag

In § 376 Satz 1 wird eine neue Nummer 3 aufgenommen:

„Die in § 306 Absatz 1 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur Finanzierung

1. der erforderlichen ~~erstmaligen~~ Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur

sowie

2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den §§ 377, 378 und 379 genannten Leistungssektoren, entstehen.

Die Kosten nach Satz 1 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Absatz 4 Satz 2 und 6.“

NUMMER 31: § 378 SGB V-E (FINANZIERUNG DER DEN AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN LEISTUNGSERBRINGERN UND EINRICHTUNGEN ENTSTEHENDEN AUSSTATTUNGS- UND BETRIEBSKOSTEN)

Es wird erstmalig geregelt, dass die Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband zur Finanzierung der Kosten zum Anschluss an die TI auch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen umfassen muss, also auch die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen. Auch in dieser Regelung sieht die KBV einen weiteren Eingriff in die Regelungskompetenz Selbstverwaltung ohne sachliche Rechtfertigung.

Dem Regelungsinhalt der derzeit gültigen TI-Finanzierungsvereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (Anlage 32 zum BMV-Ä) sind dreiseitige Beratungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorausgegangen. Im Ergebnis der Beratungen wurde eine unter technischen, organisatorischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvolle Regelung für die Erstattung der Kosten zum Anschluss an die TI für die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen gefunden, die in die jeweiligen TI-Finanzierungsvereinbarungen der KBV und der DKG eingeflossen sind.

Eine neue Aufteilung der Kostenerstattung für ermächtigte Ärzte und Einrichtungen durch die hier vorgesehene Regelung würde wahrscheinlich zu einer Überausstattung von Krankenhäusern mit Konnektoren führen, was wiederum dem Ziel der Beitragsstabilität gemäß den vorgesehenen Regelungen in § 376 zuwiderlaufen würde.

Im Gesetzentwurf ist zudem kein Verfahren vorgesehen, mit dem für die Vertragsärzte sichergestellt wird, dass ein vollständiger Ausgleich für die technischen und sicherheitstechnischen Mehraufwände, die ihnen für die Realisierung bei der Unterstützung der im Gesetz vorgesehenen Anwendungen durch Rechnungslegung von Dritten entstehen. Hierzu bedarf es einer eindeutigen Regelung.

Die KBV schlägt vor diesem Hintergrund folgende Änderungen vor:

Änderungsvorschlag

In § 378 werden die Absätze 1 und 2 wie folgt ergänzt:

„(1) Zum Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten nach § 376 Nummer 1 und 2 sowie für die technische Realisierung der weiteren digitalen Anwendungen dieses Buches erhalten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen Erstattungen von den Krankenkassen. Das Nähere zum Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten nach § 376 Nummer 1 und 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Leistungserbringer und ermächtigten Einrichtungen wird in Abstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach Satz 1 oder nach § 377 Absatz 3 geregelt.

(2) Das Nähere zur Höhe und Erhebung der Erstattung nach Absatz 1 für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Bundesmantelverträgen. In den Vereinbarungen nach Satz 1 ist Folgendes vorzusehen:

1. mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 eine Finanzierung für die Nutzung und Bereitstellung von Daten nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 und

2. mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 eine Finanzierung für die Nutzung ärztlicher Verordnungen für apothekenpflichtige Arzneimittel in elektronischer Form nach § 334 Absatz 1 Nummer 6.

Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

NUMMER 31: § 383 SGB V-E (ERSTATTUNG DER KOSTEN BEI ÜBERMITTLUNG ELEKTRONISCHER BRIEFE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

Wie bereits in der Stellungnahme zum Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) dargestellt, begrüßt die KBV die weitere Förderung des Einsatzes elektronischer Arztbriefe (eArztbriefe) und hält die sich hieraus ergebene Möglichkeit zur Reduzierung von Telefaxübermittlungen in der vertragsärztlichen Versorgung für sachgerecht. Aus Sicht der KBV schränken die Regelungsentwürfe den Spielraum der Selbstverwaltung unnötigerweise ein. Die KBV weist an dieser Stelle erneut auf ihre Kommentierung zum Referentenentwurf des DVG hin und hält inhaltlich weiterhin daran fest.

Darüber hinaus ergeben sich laut Begründung aus der neuen Systematik für die Regelungen zu den Erstattungen der Kosten bei Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung aus dem bisherigen § 291f SGB V keine inhaltlichen Änderungen. In § 383 Absatz 5 Satz 4 wird die Option gegeben, einen Dienst zu nutzen, der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigungen angeboten wird. Gleichzeitig wird in Absatz 6 klargestellt, dass die Absätze 1 bis 5 nicht für Zahnärzte gelten.

Änderungsvorschlag

§ 383 Absatz 5 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 darf die Erstattung für den Zeitraum bis zum 30. Juni 2020 auch vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefes ein Dienst genutzt wird, der von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen angeboten wird.“

Ihre Ansprechpartner:

Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Tel.: 030 4005-1036

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 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.