



Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 1. AUGUST 2022

17. AUGUST 2022

INHALT

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	4
Nr. 4 - § 139e SGB V-E (Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen)	4
Nr. 14 - § 332a SGB V-E (Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung sowie für Krankenhäuser und Apotheken)	4
Nr. 14 - § 332b SGB V – E (Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme)	4
Nr. 14 - § 332c SGB V – E (Störung der Geschäftsgrundlage von Verträgen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme im Zusammenhang mit der Nutzung der Telematikinfrastruktur)	5
Nr. 19 - § 355 SGB V-E (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte)	5
Nr. 23 - § 359 Abs. 2 SGB V-E (Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan, die elektronischen Notfalldaten und die elektronische Patientenkurzakte)	6
Nr. 24 - § 360 SGB V-E (Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen)	6
Nr. 25 § 361a SGB V-E (Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung)	7
<hr/>	
VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG FÜR WEITERE ANPASSUNGEN DER RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN	8
§ 304 SGB V: Formulierungsvorschlag zur Weiterleitung von Arbeitsunfähigkeitsdaten an die zuständige Krankenkasse	8
§ 311 SGB V - Aufgaben der Gematik	9
§ 313 SGB V - Vergabe von Identifikationsmerkmalen für Privatärztinnen und Privatärzte	10

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte 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.

ÜBERBLICK ÜBER DIE STELLUNGNAHMEN DER KBV

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat wiederholt betont, dass sie eine Digitalisierung unterstützt, mit der die Versorgung verbessert werden kann, die hilft, die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu entlasten und zusätzliche Kosten zu vermeiden. Sie wird sich vor diesem Hintergrund in die weitere Gestaltung der Digitalisierung im Gesundheitswesen einbringen, für die konkrete Verbesserungen für die Versorgung der Maßstab sind und bleiben.

Auf dieser Basis und dem Anspruch, zu mehr Akzeptanz der Digitalisierung beizutragen, nimmt die KBV zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung Stellung.

Auf folgende wesentlichen Punkte wird hingewiesen, die in der Stellungnahme differenziert ausgeführt werden:

1. Die KBV begrüßt, dass die von ihr seit geraumer Zeit vorgetragene Forderung, nach der Regelungen geschaffen werden müssen, mit denen unterbunden wird, dass die Anbieter von IT-Systemen eine herstelleroffene Umsetzung von Vorgaben fortgesetzt unterlaufen, aufgegriffen werden.
2. Für die in diesem Zusammenhang noch möglichen Konkretisierungen, die die Realisierung der mit den Regelungsentwürfen angestrebten Ziele erleichtern helfen, werden Vorschläge gemacht.
3. Zu den grundsätzlich begrüßenswerten Erweiterungen der Aufgaben der KBV im Rahmen der Festlegung der medizinischen Informationsobjekte werden Vorschläge unterbreitet, diese zu optimieren.
4. Die vorgesehene Entlastung von Dokumentationspflichten bei den Zugriffen auf einzelne Anwendungen sollte auch auf die Arztpraxen erweitert werden.
5. Eine Neupriorisierung bei den gesetzlichen Vorgaben zur Digitalisierung formularbasierter Prozesse wird vorgeschlagen.
6. Ein Verzicht auf die Regelungen zur Datenübermittlung an DiGA-Hersteller wird nahegelegt.
7. Mit dem Ziel, prozessuale Verbesserungen möglich zu machen, werden ergänzende Regelungen zur Weiterleitung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und zur Vergabe von Identifikationsmerkmalen für Privatärztinnen und Privatärzte vorgeschlagen.
8. Um zukünftig eine erfolgreiche Digitalisierung möglich zu machen, wird vorgeschlagen, die Aufgaben der gematik um die Unterstützung der Anwenderinnen und Anwender in der Entwicklungs-, Erprobungs- und Rolloutphase explizit zu erweitern und damit die Voraussetzungen zu verbessern, dass mit ausgereiften und praxistauglichen Anwendungen die Akzeptanz und das tatsächliche Verbesserungspotenzial der Digitalisierung erhöht wird.

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NR. 4 - § 139e SGB V-E (VERZEICHNIS FÜR DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN)

Die in § 139e Abs. 10 und Abs. 11 SGB V bestehenden Terminvorgaben zur Einführung der durch die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an Datensicherheit und Datenschutz sollen zeitlich deutlich nach hinten verlagert werden. Da im Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen Gesundheitsdaten verarbeitet werden, die durch Artikel 9 DSGVO besonders geschützt werden, sind die vorgesehenen Verlängerungen der Nachweispflichten der Hersteller nicht akzeptabel und gefährden neben der Sicherheit der Daten auch das Vertrauen darauf, dass Daten in digitalen Gesundheitsanwendungen sicher verarbeitet werden. Die bisherigen Fristen sollten daher beibehalten werden.

NR. 14 - § 332a SGB V-E (UNZULÄSSIGE BESCHRÄNKUNGEN DURCH ANBIETER UND HERSTELLER INFORMATIONSTECHNISCHER SYSTEME FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, DIE VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG SOWIE FÜR KRANKENHÄUSER UND APOTHEKEN)

Die mit der Regelung verfolgte Zielsetzung, die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung zu einer diskriminierungsfreien Einbindung aller Komponenten und Dienste zu verpflichten, wird ausdrücklich begrüßt. § 332a Abs. 2 SGB V – E sieht vor, dass dies ohne zusätzliche Kosten für die Nutzer erfolgen soll. Direkte oder indirekte Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters sind nach Satz 2 dieser Regelung unzulässig. Es besteht allerdings das Risiko, dass Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme, die auch durch die Telematikinfrastruktur zur Anpassung ihrer Systeme verpflichtet sind, die mit der Anbindung der Komponenten entstehenden Kosten über die Preise der anderen Anpassungen der Systeme querfinanzieren. Damit die vorgesehene Regelung in § 332a Abs. 2 SGB V – E auch Wirkung entfalten kann, muss eine Vermutungsregelung oder eine andere Absicherung im Gesetz aufgenommen werden.

Um eine Realisierung und Durchsetzung der vorgesehenen Regelung auch praktisch zu realisieren, sollte eine Regelung zur Benennung einer Meldestelle aufgenommen, an die die Betroffene diese Verstöße melden können und die in die Lage versetzt wird, die notwendigen Schritte zur Verhängung von Bußgeldern ohne Friktionen vorzunehmen. Diese Meldestelle sollte gegenüber den Herstellern der in den einzelnen Sektoren genutzten Systeme sektorübergreifend angelegt und agieren können. Es ist im Übrigen sinnvoll, wie nach § 397 Abs. 4 SGB V eine bundesweit einheitliche Bußgeldbehörde zu bestimmen. Die nach § 36 Abs. 1 Nr. 1 OwiG i. V. m. § 112 SGB IV als Bußgeldbehörden offenbar zuständigen Krankenkassen scheinen nicht geeignet zu sein, gerade weil bei diesen Verstößen kein Versichertenbezug vorhanden ist.

NR. 14 - § 332b SGB V – E (RAHMENVEREINBARUNGEN MIT ANBIETERN UND HERSTELLERN INFORMATIONSTECHNISCHER SYSTEME)

Nach § 332b SGB V – E können die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindliche Rahmenvorgaben mit einzelnen Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung vereinbaren. Aus dem Wortlaut dieser Regelung wird allerdings noch nicht klar, welche Inhalte mit den Anbietern und Herstellern geregelt werden können, insbesondere ist unklar, ob auch ein Preis festgelegt werden kann. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Vertragsärzte die Verhandlungen mit den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme führen sollen und die Inhalte der Verträge vereinbaren sollen. Dies spricht dafür, sämtliche Inhalte, die sonst zwischen Anbieter bzw. Hersteller und Vertragsarzt geregelt würden, auf die Ebene des Rahmenvertrages zu verschieben.

Um die notwendige Rechtssicherheit zu erhalten, sollte diese Intention sich auch als Regelung im Gesetzeswortlaut wiederfinden. Im Übrigen wird auch eine Vorgabe benötigt, mit der die Inhalte des Rahmenvertrages auch für die Hersteller und Anbieter informationstechnischer Systeme in ihren Verträgen mit den Vertragsärzten verbindlich sind. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, die Bezeichnungen „Rahmenvereinbarung“ und „Rahmenvorgabe“ in der Überschrift und im Regelungsinhalt einheitlich zu verwenden.

NR. 14 - § 332c SGB V – E (STÖRUNG DER GESCHÄFTSGRUNDLAGE VON VERTRÄGEN MIT ANBIETERN UND HERSTELLERN INFORMATIONSTECHNISCHER SYSTEME IM ZUSAMMENHANG MIT DER NUTZUNG DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Diese vorgesehenen Regelungen sind in Kombination mit den vorgesehenen Regelungen gemäß § 332a SGB V zu betrachten. Auch die Einhaltung der verpflichtend vorgegebenen technischen Rahmenbedingungen müssen gemeldet und geprüft werden können. Unabhängig von der in § 323c SGB V enthaltenen Vermutungsregelung sollte daher zusätzlich eine Meldestelle benannt werden, um diese Meldungen sektorübergreifend aufzunehmen und zu verarbeiten.

NR. 19 - § 355 SGB V-E (FESTLEGUNGEN FÜR DIE SEMANTISCHE UND SYNTAKTISCHE INTEROPERABILITÄT VON DATEN IN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE, DES ELEKTRONISCHEN MEDIKATIONSPLANS, DER ELEKTRONISCHEN NOTFALLDATEN UND DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENKURZAKTE)

Zu b)

Die Verschiebung des Datums vom 30.06.2022 auf den 30.06.2023 für eine Festlegung für Daten, die von Hilfsmitteln oder Implantaten nach § 374a Abs. 1 in eine digitale Gesundheitsanwendung übermittelt werden begrüßt die KBV grundsätzlich. Für eine für die Versorgung sinnvolle Festlegung sind jedoch anwendungsspezifische Situationen zu berücksichtigen, die erst durch den Aufbau des Verzeichnisses für entsprechende Hilfsmitteln und Implantaten sowie die tatsächlich enthaltenen Implantate und Hilfsmittel sichtbar werden. Dieses Verzeichnis wird jedoch erst zum 30.06.2023 verfügbar sein, so dass für ein entsprechendes Medizinisches Informationsobjekt (MIO) eine verlängerte Frist bis zum 31.12.2023 notwendig ist.

In § 355 Absatz 2a sollte darüber hinaus der letzte Satz geändert und die Formulierung aus Absatz 2c verwendet werden, um eine konsistente Regelung zu Absatz 2c zu erhalten und situationsgerecht auf Bedarfe reagieren zu können:

„Die Festlegungen nach Satz 1 sind ~~zum Ende jedes Kalenderhalbjahres~~ fortlaufend fortzuschreiben.“

Zu d)

Die durch die Regelung betroffenen Aufgaben zur Festlegung medizinischer Informationsobjekte sind weitreichender Natur und setzen eine umfassende ärztliche Versorgungsperspektive voraus. Die vorgesehene Regelung, nach der die gematik Vorgaben treffen soll, wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Nachdruck abgelehnt. Sie sollte durch geeignete Regelungen ersetzt werden, mit denen mögliche Beauftragungen nur auf Grundlage eines für die gematik dafür explizit vorzusehenden Verfahrens erfolgen, das ein ausdrückliches Zustimmungsverfahren mit der KBV bei entsprechenden Beauftragungen gewährleistet.

Zu e)

Die Formulierung in Satz 1 bezüglich des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ist aus Perspektive der KBV vor dem Hintergrund verzichtbar, da die KBV darauf ohnehin verpflichtet ist.

In Anerkennung des Umstandes, dass die gematik ihre Haushaltsplanungen unter Berücksichtigung der voraussichtlich entstehenden Kosten erstellen muss, wird vorgeschlagen, statt „geplante Kosten“ den Begriff der „voraussichtlich entstehenden Kosten....des Folgejahres...“ zu verwenden.

Vor dem Hintergrund, dass die KBV bei der Ermittlung der Beträge zur Kostenerstattung keinen Spielraum zur Festlegung besonderer Einzelheiten hat und die im Zusammenhang mit der Aufgabe entstehenden Kosten, zu erstatten sind, sondern nach Auffassung der KBV hier Einzelheiten der Durchführung berührt sind, sollte die Formulierung wie folgt gefasst werden:

„Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung legt die weiteren Einzelheiten zur Durchführung der Kostenerstattung einvernehmlich mit der Gesellschaft für Telematik fest.“

NR. 23 - § 359 ABS. 2 SGB V-E (ZUGRIFF AUF DEN ELEKTRONISCHEN MEDIKATIONSPLAN, DIE ELEKTRONISCHEN NOTFALLDATEN UND DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENKURZAKTE)

Ein Verzicht auf eine Protokollierungspflicht zur Erleichterung der Dokumentationspflichten sollte zum Abbau bürokratischer Belastungen ebenfalls für die Ärztinnen und Ärzte gelten. Es wird daher vorgeschlagen, die Regelungen i. d. S. entsprechend zu erweitern.

NR. 24 - § 360 SGB V-E (ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG UND VERARBEITUNG VERTRAGSÄRZTLICHER ELEKTRONISCHER VERORDNUNGEN)

Zu b) Die Verlängerungen der Fristen für die elektronische Übermittlung von BtM und T-Rezepten um ein Jahr ist mit Blick auf die Realisierungszeiträume der dafür benötigten technischen Voraussetzungen zu begrüßen.

Aus Sicht der KBV sollten die in § 360 SGB V geregelten Digitalisierungen weiterer Vordrucke zur Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (Abs. 5), außerklinischer Intensivpflege (Abs. 5), Soziotherapie (Abs. 6) und von Heil- und Hilfsmitteln (Abs. 7) sowohl im Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit innerhalb des gesetzlichen Zeitrahmens, als auch im Hinblick auf die Priorisierung der Formulardigitalisierung aus Nutzerperspektive überdacht werden. Insbesondere im Hinblick auf die Verschiebung der Fristen in §291 a Abs. 4 SGB V müssen alle Digitalisierungsvorhaben von Formularen, die durch die Patienten an die Krankenkassen übermittelt werden, geprüft werden.

Die KBV setzt sich für eine nutzerorientierte Digitalisierung von Prozessen und Informationsaustausch im Gesundheitswesen ein. Anstelle der Digitalisierung von Formularen, die im komplexen Papierprozess eine Reihe von Akteuren beinhalten, die bislang und auf absehbare Zeit nicht Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb der TI sind, und die bisher störungsfrei und sicher Verordnungen sicherstellen, sollte der Fokus der Digitalisierungsvorhaben auf den Informationsaustausch zwischen Akteuren im Gesundheitswesen gelegt werden (z. B. Verbesserung des eArztbriefes, Informationsaustausch im Rahmen des Entlassmanagements, einfache Wege zur digitalen Befundübermittlung, Ermöglichung der digitalen Übermittlung des Konsiliarberichts vor Durchführung einer Psychotherapie).

NR. 25 § 361A SGB V-E (EINWILLIGUNGSBASIERTE ÜBERMITTLUNG VON DATEN AUS VERTRAGSÄRZTLICHEN ELEKTRONISCHEN VERORDNUNGEN; VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG)

Zu § 361a Abs. 4 Ziffer 1

Mit dieser Vorschrift sollen über Schnittstellen Daten aus elektronischen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an unterschiedliche Beteiligte übermittelt werden können. Dabei werden auch die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen genannt, denen Arzneimittelverordnungsdaten zugänglich gemacht werden sollen.

Auch wenn die jeweilige Übermittlung nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen kann, stellt sich die Frage, mit welcher versorgungspolitischen Zielsetzung Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen Arzneimittelverordnungsdaten erhalten sollen. Die in der Begründung als Ziel dieser Regelung vorgesehene Versorgung der Anbieter von Gesundheitsanwendungen mit Daten ist nicht ausreichend und bedenklich.

Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Versicherten erfolgt gemäß SGB V durch die zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Wenn durch die Regelungen die bisweilen bereits zu beobachtende Übernahme einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung über das Angebot der digitalen Gesundheitsanwendungen hinaus noch weiter befördert werden soll, ist dies nicht akzeptabel.

Mit den vorgesehenen Regelungen besteht zudem das Risiko eines unverhältnismäßigen Eingriffes in die Therapiefreiheit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch etwaige Vorgaben und Limitierungen einer DIGA sowie die Etablierung eines digitalen Zweitmeinungsverfahrens zur Arzneimitteltherapie. Hinweise einer DIGA an die Versicherten, dass bestimmte Medikamente in Kombination mit einer DIGA zu bevorzugen sind, wären beispielsweise als unzulässige Einflussnahme zu werten.

Zudem besteht ein hohes Risiko des Verlustes personengebundener Gesundheitsdaten, da eine Gewährleistung der Datensicherheit bei wiederholtem Nachweis von Sicherheitslücken seitens der DIGA-Hersteller bislang nicht gewährleistet werden konnte. In diesem Zusammenhang ist es widersprüchlich, dass den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen hochsensible Arzneimitteldaten zur Verfügung gestellt werden sollen, die Hersteller aber den Nachweis der Einhaltung von Datensicherheit und Datenschutz erst ab dem 1. August 2024 (vgl. Artikel 1 Nr. 4 des Referentenentwurfes) führen müssen. Es besteht zudem ein Missbrauchspotenzial der Daten, dem durch die in Abs. 6 aufgeführten Inhalte der noch zu formulierenden Rechtsverordnung nicht umfassend vorgebeugt werden kann.

In Summe dieser erheblichen negativen Effekte fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung daher die ersatzlose Streichung der vorgesehenen Regelungen.

Sollte trotz der Hinweise an den Regelungsvorschlägen festgehalten werden, die nach Auffassung der KBV für die Versorgung und die Akzeptanz der Digitalisierung erhebliche Risiken nach sich ziehen, sind klarstellende Regelungen erforderlich, nach denen den Ärzten infolge der Anpassungen der IT-Systeme entstehende Kosten von den IT-Herstellern nicht in Rechnung gestellt werden dürfen und eine Inanspruchnahme ärztlicher Arbeitszeit für die mögliche Freigabe von Daten für DiGA-Hersteller ausgeschlossen wird.

VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG FÜR WEITERE ANPASSUNGEN DER RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN

§ 304 SGB V: FORMULIERUNGSVORSCHLAG ZUR WEITERLEITUNG VON ARBEITSUNFÄHIGKEITSDATEN AN DIE ZUSTÄNDIGE KRANKENKASSE

Gemäß §295 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versenden vertragsärztliche Praxen die von ihnen festgestellten Daten zur Arbeitsunfähigkeit unmittelbar elektronisch an die zuständige Krankenkasse. Die zuständige Krankenkasse wird in der Arztpraxis durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten ermittelt.

Wenn nach einem Wechsel der Krankenkasse die elektronische Gesundheitskarte der ehemals zuständigen Krankenkasse vorgelegt wird oder ein Wechsel der Krankenkasse unterhalb des Quartals erfolgt und die elektronische Gesundheitskarte nicht noch einmal eingelesen wird, erfolgt derzeit der Versand der Arbeitsunfähigkeitsdaten an eine Krankenkasse, die diese mangels Zuständigkeit nicht verarbeiten darf. Auch lässt sich dies nicht in allen Fällen dadurch verhindern, dass vor dem Versand der Daten in der Praxis ein Abgleich über das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchgeführt wird, da auch für Zeiten des nachgehenden Leistungsanspruchs die Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte für mehrere Wochen nach dem Ende des Versicherungsverhältnisses bestätigt wird. Wurden Sachleistungen durchgeführt, so werden diese im Nachgang zwischen den Krankenkassen verrechnet. Für die Verarbeitung von Daten zur Arbeitsunfähigkeit ist hingegen der Krankenkassenwechsel sofort wirksam, wodurch der Versicherungsstatus eines Patienten mittels VSDM zunächst bestätigt wird, die Praxis nach Versand der Arbeitsunfähigkeitsdaten von der Krankenkasse dann aber die Rückmeldung erhält, die Meldung sei bei der unzuständigen Krankenkasse erfolgt. Aktuelle Irritationen und eine unnötige Belastung von Arztpraxen und Versicherten, auch im Hinblick auf die im Nachgang erfolgende Abfrage des Arbeitgebers, sind daher durch die Etablierung eines Regelprozesses zu vermeiden.

Lösungsvorschlag:

Eine Weiterleitung der Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die ehemals zuständige Krankenkasse an die aktuell zuständige Krankenkasse ist organisatorisch und technisch möglich. Derzeit fehlt hierfür aber eine gesetzliche Grundlage. GKV-SV und KBV empfehlen daher in einem gemeinsamen Vorschlag, für eAU-Datensätze eine Weiterleitung gesetzlich zu legitimieren.

§ 304 Abs. 2 SGB V sollte daher wie folgt gefasst werden:

„Im Falle des Wechsels der Krankenkasse ist die bisher zuständige Krankenkasse verpflichtet,

1. den Nachweis über die Erfüllung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes an die neue Krankenkasse, zu übermitteln sowie,

2. die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 288 und 292 und

3. Arbeitsunfähigkeitsdaten, die der bisher zuständigen Krankenkasse für Zeiten nach dem Ende der Versicherung übermittelt werden,

der neuen Krankenkasse zu übermitteln.“

§ 311 SGB V - AUFGABEN DER GEMATIK

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die gesetzlichen Aufgaben der gematik im Wesentlichen auf funktionale Elemente der Telematikinfrastuktur und die dafür benötigten Dienste beschränkt. Im Vergleich dazu fällt auf, dass die Unterstützung der Entwicklung und der Erprobung der Anwendungen selbst keine auch nur annähernd gleiche herausgehobene gesetzliche Bedeutung beigemessen wurde.

Sowohl die Prozesse der Einführung des elektronischen Rezeptes als auch der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung haben allerdings erhebliche Defizite bei der Entwicklung und Erprobung von Anwendungen aufgedeckt, die durch adäquate und praxisorientierte Entwicklungs- und Testverfahren hätten vermieden werden können.

Es ist deshalb notwendig und konsequent, explizite rechtliche Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass nur solche Anwendungen in den Arztpraxen implementiert werden, die ihre Praxistauglichkeit nachgewiesen haben und keine durch adäquate Erprobungen vermeidbare Aufwände generieren, sondern idealerweise spürbare Prozessverbesserungen für die Versorgung bedeuten. Dies bedeutet insbesondere, dass sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Erprobung und im Rahmen der Erprobung selbst durch die gematik die Voraussetzungen für flächendeckende Unterstützungsleistungen geschaffen werden müssen, die zum Erfolg von Test- und Rolloutphasen beitragen, zur der über die konzeptionelle Planung und Unterstützung auch der Ausgleich von Aufwänden der an den Test- und Rolloutvorhaben Teilnehmenden gehört.

Dies gilt für sämtliche im Rahmen der Telematikinfrastuktur einzuführenden Anwendungen und Technologien, wie zum Beispiel auch der elektronischen Patientenakte mitsamt ihren Inhalten, insbesondere wenn die medizinischen Informationsobjekte ersetzend zu bisherigen Papierlösungen funktionieren sollen – wie beispielsweise der Ersatz der Impfdokumentation zukünftig in der ePA statt wie aktuell nur im Papierimpfpass.

Es wird daher vorgeschlagen, § 311 Abs. 1 SGB V um folgende Aufgabe zu erweitern:

„Planung, Durchführung und Unterstützung der für die Entwicklung und Erprobung von Anwendungen notwendigen Erprobungs- und Rolloutphasen“

§ 313 SGB V - VERGABE VON IDENTIFIKATIONSMERKMALEN FÜR PRIVATÄRZTINNEN UND PRIVATÄRZTE

Die Vergabe von Identifikationsmerkmalen an privatärztliche Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist für den Anschluss an die Telematikinfrastuktur nicht erforderlich. Im Einvernehmen mit der gematik wurde hier eine Lösung gefunden, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen auskommt. Entsprechend hat auch die gematik in der 14. Sitzung des TI-Ausschusses am 25.11.2021 die Ausgabe von SMC-B Karten für Privatpraxen durch die gematik selbst im Wege des Auffangtatbestands nach § 340 Abs. 4 beschlossen.

Die KBV schlägt daher vor, im § 313 Abs. 6 SGB V die Sätze 2 und 3 zu streichen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 183.000 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 70 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.