

STELLUNGNAHME
DES HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBANDES E. V.

ZUM REFERENTENENTWURF EINES GESETZES ZUR BESCHLEUNIGUNG DER
DIGITALISIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS (DIGITAL-GESETZ – DIGIG)

01. AUGUST 2023



Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Die mit dem Referentenentwurf verfolgten Ziele, insbesondere die digitale Transformation des Gesundheitswesens zwecks Schaffung einer effizienten, qualitativ hochwertigen und patientenzentrierten gesundheitlichen Versorgung voranzutreiben, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes e. V. begrüßt. Unter anderem bei der konkreten Ausgestaltung der Videosprechstunden sowie den assistierten Leistungen in Apotheken wird Änderungsbedarf gesehen, zu dem wir nachfolgend Stellung nehmen.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 73 – Verzicht auf Ausdruck der AU-Bescheinigung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass auf den Ausdruck des sogenannten „Patientendurchschlags“ bei der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verzichtet werden kann, wenn die Patientin oder der Patient einwilligt, diese in der ePA zu speichern.

Obgleich die damit intendierte Reduktion von Bürokratie und „Zettelwirtschaft“ in den Praxen grundsätzlich zu begrüßen ist, stellt sich die Frage, warum Patientinnen und Patienten weiterhin auch ein Anrecht auf einen Papierausdruck der AU-Bescheinigung haben. Wenn davon auszugehen ist, dass Patientinnen und Patienten die ePA, sofern sie deren Nutzung nicht widersprochen haben, auch wirklich nutzen, dann ist nicht ersichtlich, warum diese weiterhin einen Papierausdruck in den Praxen fordern können. Dieser Ausdruck stört im Zweifel die immer stärker digitalisierten Prozesse in den Praxen und steht dem Zielbild einer papierlosen Praxis diametral entgegen. Der Anspruch auf einen Ausdruck des „Patientendurchschlags“ bei der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sollte deshalb auf diejenigen Patientinnen und Patienten eingeschränkt werden, die der Nutzung der ePA widersprochen haben.

B. § 75b – KBV-IT-Sicherheitsrichtlinie

Die geplante Steigerung des Sicherheitsniveaus in der IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV sieht u. a. Maßnahmen vor, um das Bewusstsein der Mitarbeitenden in den Praxen für das Thema IT-Sicherheit zu steigern. Nicht geregelt wird hingegen, dass der damit einhergehende Aufwand in den Praxen entsprechend vergütet werden muss. Umfangreiche Schulungen für das Personal im Bereich IT-Sicherheit bedeuten wegen des Personalausfalls, aber auch wegen der Schulungskosten selbst, Aufwände in den Praxen, die bisher im EBM sowie den TI-Pauschalen nicht angemessen abgebildet werden, sodass hier ergänzende Regelungen erforderlich sind, wonach den Hausarztpraxen die Mehraufwände erstattet werden.



Im Rahmen des in § 75b Absatz 5 SGB V vorgesehenen Beteiligungsverfahrens bei der Festlegung inhaltlicher Anforderungen sowie deren Anpassungen ist zu gewährleisten, dass auch der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. als die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte maßgebliche Spitzenorganisation beteiligt wird (vgl. § 317 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).

C. § 87 SGB V – Aufhebung der Quote telemedizinischer Leistung

Die Neufassung der Sätze 30 bis 32 in § 87 Absatz 2a SGB V bezweckt neben der Fortentwicklung der Telemedizin und der dazugehörigen Vergütungsstruktur die mengenmäßige Ausweitung der Nutzung telemedizinischer vertragsärztlicher Versorgung. So sehr die Förderung telemedizinischer Versorgungsangebote begrüßt wird, muss jedoch zeitgleich darauf geachtet werden, dass die telemedizinische Versorgung für sich betrachtet – singular – gerade nicht die abschließende und vollumfängliche Behandlung eines Gesundheitsproblems gewährleisten kann. Unverzichtbarer Bestandteil dieser Leistung muss es sein, eine strukturierte Anschlussversorgung sicherzustellen: Im Nachgang zu der in Anspruch genommenen Videosprechstunde muss sich zwingend die Versorgung durch die/den von der/dem Versicherten gewählten (Haus-)Ärztin/Arzt anschließen. Erfolgt die Anschlussversorgung hingegen durch eine/n fachfremde/n Ärztin/Arzt, ergeben sich neue zusätzliche Schnittstellen und potenzielle Doppeluntersuchungen, hiermit verbunden höhere Versorgungskosten, die durch eine strukturierte – fachgruppenspezifische – Anschlussversorgung gerade unterbunden werden können.

Die gänzliche Aufhebung der Quoten in der telemedizinischen Leistungserbringung soll der vermeintlichen Zurückhaltung in der vertragsärztlichen Bereitschaft zur Erbringung dieser Leistungen entgegenwirken. Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben jedoch gezeigt, dass Telemedizin gerade dann genutzt wird, wenn es für die Versorgung sinnvoll und notwendig ist. Der Rückgang der telemedizinischen Leistungserbringung ist somit keine ärztliche Verweigerung gegenüber einer neuen Technologie, sondern eher Ausdruck eines pragmatischen Umgangs damit. Da die Quote von bislang 30 Prozent auch außerhalb des pandemischen Geschehens selten erschöpft wurde, wird es begrüßt, diese arztgruppenspezifisch anzuheben, ohne sie jedoch in Gänze aufgeben zu müssen. Eine komplette Aufhebung der Quoten in der Telemedizin würde im Übrigen den Ausbau telemedizinischer Plattformen unverhältnismäßig bevorteilen, was im Widerspruch zu aktuellen Bestrebungen steht, gerade solche Strukturen einzuschränken. Um die Versorgung vor Ort im Sinne des Patienteninteresses aufrechtzuerhalten, erscheint es angemessener, als Regulator eine quotale Leistungserbringung bis zu 75 Prozent zu ermöglichen.

Aus den vorgenannten Gründen schlagen wir eine Neufassung der Sätze 30 bis 32 in Absatz 2a sowie des neuen Absatz 2n in § 87 SGB V wie folgt vor:



Die Sätze 30 bis 32 werden wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss hat im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen über die ärztlichen Leistungen, die durch Videosprechstunde erbracht werden, zu beschließen. Die Beschlussfassung nach Satz 30 hat auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2n zu erfolgen. Bei der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses können Qualitätszuschläge vorgesehen werden.“

Folgender Absatz 2n wird angefügt:

(2n) „Die Partner der Bundesmantelverträge vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen, die als Videosprechstunde oder Konsilien erbracht werden. In der Vereinbarung sind insbesondere zu regeln

- 1. die fachgruppenbezogene Begrenzung von Videosprechstunden auf höchstens 75 Prozent aller Behandlungsfälle*
- 2. die Nutzung der elektronischen Patientenakte*
- 3. die Nutzung des elektronischen Medikationsplans*
- 4. die Nutzung elektronischer Arztbriefe und sicherer Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6*
- 5. die Gewährleistung des gleichberechtigten Zugangs zur Videosprechstunde und*
- 6. die strukturierte Anschlussversorgung bei Videosprechstunden; § 76 Abs. 3 und § 73b Abs. 3 sind zu beachten.“*

Die vorstehenden Regelungen gewährleisten, dass der von der/dem Versicherten in Anspruch genommene (Haus-) Ärztin/Arzt im Wege einer strukturierten Anschlussversorgung die der Videosprechstunde nachgelagerte Behandlung koordiniert und weiterhin als Lotsin/Lotse der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen fungieren kann.

Ferner regen wir an, in der Ärzte-Zulassungsverordnung zu regeln, dass die telemedizinische Leistungserbringung auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten rechtlich möglich ist, so dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist und keine schutzwürdigen Patienteninteressen entgegenstehen.



D. § 129 SGB V – assistierte Telemedizin in Apotheken

Nach § 129 Absatz 5h SGB V (neu) sollen Apotheken sogenannte Maßnahmen der assistierten Telemedizin anbieten können. Inhalte dieser assistierten Telemedizin, die durch Apotheken erbracht werden dürfen, können neben der Beratung zu den Möglichkeiten einer telemedizinischen Versorgung oder der konkreten Unterstützung bei der Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen auch die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben sein.

Dass durch Apotheken telemedizinische Leistungen erbracht werden, wird diesseits grundsätzlich abgelehnt. Ausführung sowie Beratung zur Telemedizin sind per se vertragsärztliche Leistungen, weil es hierbei um die Ausübung der Heilkunde geht. Ein wesentlicher Vorteil ist für Patientinnen und Patienten nicht ersichtlich, es spielt keine Rolle, ob sie sich zum Zwecke der ärztlichen Behandlung in eine Apotheke begeben oder direkt in die Arztpraxis fahren. Deshalb wird die Streichung von Absatz 5h gefordert.

Falls keine Streichung erfolgt, sollten folgende Punkte gesetzlich gelöst werden: Der Referentenentwurf lässt offen, was genau unter „*einfachen medizinischen Routineaufgaben*“ zu verstehen ist. Eine gesetzliche Definition für diesem Terminus gibt es nicht. Damit bleibt aber mehr als vage, welche konkreten medizinischen Aufgaben Apothekerinnen oder Apotheker am Patienten durchführen dürfen und welche nicht. Wir regen an, eine gesetzliche Definition der Begrifflichkeit „*einfache medizinische Routineaufgaben*“ im Gesetz festzulegen. Hierbei ist zu fordern, dass es sich bei den durch Apotheken erbrachten telemedizinischen Leistungen um solche handeln sollte, die mit dem ggf. um pharmazeutische Beratungen erweiterten Leistungsspektrum der Apotheken korrespondieren. Leistungen, die den ärztlichen Versorgungsauftrag betreffen, werden auch weiterhin zwingend durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbracht, ohne die Notwendigkeit der Schaffung von Doppelstrukturen.

Daneben bleiben auch haftungsrechtliche Fragen ungelöst. Apothekerinnen und Apotheker können während der Erbringung der telemedizinischen Leistung durch die Ärztinnen oder Ärzte einfache medizinischen Routineaufgaben unterstützend wahrnehmen. Dadurch, dass Ärztinnen und Ärzte nicht unmittelbar den Patientinnen und Patienten gegenüberstehen, können sie die vorgenommenen Handlungen der Apothekerinnen und Apotheker nicht kontrollieren. So stellt sich die Frage, wer die Haftung trägt, wenn beispielsweise beim Blutdruckmessen durch die Apothekerinnen und Apotheker ein falsches Ergebnis ermittelt wird und die Patientin oder der Patient mit einem zu hohen unerkannten Blutdruck in die Häuslichkeit entlassen wird und dies sich negativ auf die Gesundheit der Patientin oder des Patienten auswirkt. Es kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein, Hausärztinnen und Hausärzte in diesen Fällen haftbar zu machen, das wird im Übrigen auch diesseits abgelehnt. Demgegenüber liegt die Fragestellung nahe, ob es einer Anpassung der Berufshaftpflichtversicherungen für Apothekerinnen und Apotheker bedarf, sofern diese sogenannte einfache medizinische Routineaufgaben übernehmen.



E. § 137f SGB V – Elektronisches DMP Diabetes

Die Einführung eines elektronischen DMP ist grundsätzlich zu begrüßen und kongruent mit den Erwartungen der Hausärztinnen und Hausärzte, Versorgungsprozesse in den Praxen möglichst vollständig zu digitalisieren. Abgelehnt wird allerdings die geplante Einführung eines zusätzlichen e-DMP, das den Versicherten anzubieten ist. Den hausärztlichen Praxen ist es nicht zuzumuten, für die gleiche Indikation zwei DMP, die letztlich das identische Versorgungsziel erfüllen, umsetzen zu müssen. Würde man diesem Weg weiter folgen, wäre eine Verdopplung der DMP-Programme die Konsequenz, ohne dass eine einzige neue Indikation versorgt werden würde. Durch das Etablieren zusätzlicher elektronischer DMP werden in den Arztpraxen weitere Doppelstrukturen geschaffen, wenn neben analogen auch digitale Vorgänge eingerichtet und vorgehalten werden müssen. Zusätzlich sind Personalschulungen erforderlich. Insgesamt führt die Regelung zu hohen Aufwänden und mehr Bürokratie in den Vertragspraxen.

Notwendig ist stattdessen die Weiterentwicklung der bestehenden DMP um niederschwellige und intuitive elektronische Elemente, die flächendeckend ausgerollt werden können, von denen alle DMP-Teilnehmenden profitieren können.

F. § 284 SGB V – Sozialdaten bei Krankenkassen

Krankenkassen sollen auch Daten der Versicherten verarbeiten dürfen, um die Versicherten bei der Durchsetzung des Herausgabeanspruchs nach § 386 SGB V zu unterstützen.

Diese Regelung wird diesseits abgelehnt. Es ist schon aus rechtsgrundsätzlichen Gesichtspunkten fragwürdig, dass Krankenkassen einen Individualanspruch des Versicherten gegen die/den Vertragsärztin/-arzt helfen durchzusetzen. Das ist eine unnötige Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und gefährdet die vertrauensvolle Basis zwischen Arzt und Patient. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

G. § 339 SGB V – Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen

Vertragsärztinnen- und -ärzte sollen im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung auf Gesundheitsdaten der/des Versicherten zugreifen können, wenn diese/dieser nicht widersprochen hat. Der Zugriff außerhalb eines zeitlichen Zusammenhangs zur Behandlung darf nur dann erfolgen, wenn die Versicherten den Zugriff gestattet haben. Allerdings wird der „zeitliche Zusammenhang zur Behandlung“ nicht näher definiert, womit unklar ist, wann noch von einem zeitlichen Zusammenhang ausgegangen werden kann. Dies führt zu Rechtsunsicherheiten beim Zugriff auf die Gesundheitsdaten seitens der Ärztinnen und Ärzte und sollte behoben werden.



H. § 341 ff SGB V – Elektronische Patientenakte

Grundsätzlich ist die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) ein wichtiger Schritt für das Gesundheitswesen, die der Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. befürwortet. Aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte muss aber insbesondere gewährleistet sein, dass sich die Anwendungen der ePA reibungslos in den Praxisablauf einfügen. Wünschenswert wäre, dass die Befüllung und das Auslesen der Daten in der ePA automatisiert durch die PVS erfolgt. Dazu müssten die Daten der Versicherten aber strukturiert in der ePA abgelegt werden können und nicht als pdf-Datei abgespeichert werden.

Das Administrieren der Zugriffsrechte für die Versicherten muss einfach und intuitiv möglich sein. Hausarztpraxen können dabei nicht unterstützt, das würde eine deutliche Mehrbelastung im Praxisalltag bedeuten.

Die geplante Schaffung eines übergreifenden Informationsobjekts, in dem gleichzeitig der elektronische Medikationsplan, administrative Daten zu den dispensierten Arzneimitteln und freiwillige Eigenangaben der/des Versicherten zu erworbenen freiverkäuflichen Medikamenten enthalten sein sollen, erscheint angesichts der überschaubaren Frist bis zur Einführung überambitioniert. Es besteht das ernstzunehmende Risiko, dass hier ein unvollständiges Informationsobjekt geschaffen wird, das die notwendigen Prozesse unzureichend abbildet und von der Industrie nur defizitär umgesetzt werden kann. Ein solches Informationsobjekt würde in den Praxen eher als Hemmnis, denn als erfolgreiche Vereinfachung und Verbesserung der Versorgung durch Digitalisierung wahrgenommen und könnte die Akzeptanz der Elemente elektronischer Medikationsplan und Dispensierdatenliste nachhaltig stören.

Sinnvoll erscheint stattdessen im ersten Schritt die inhaltliche, aber auch semantische und syntaktische Trennung der einzelnen Elemente elektronischer Medikationsplan und Dispensierdatenliste (inkl. OTC-Angaben der/des Versicherten). So könnten beide Perspektiven in den Praxen etabliert und Erfahrungen mit der Nutzung gesammelt werden, um auf dieser Grundlage eine technische Weiterentwicklung und mögliche Zusammenführung zu forcieren. Parallel dazu wäre überdies ein Prozess erforderlich, der die bestehenden Prozesse und Regularien der Verordnung von Arzneimitteln und des Arzneimittelmanagements vor dem Zielbild einer vollständigen Digitalisierung aller Prozesse reflektiert und Vorschläge zu den erforderlichen Anpassungen (Regulatorik, Prozess sowie Hardware und Software) erarbeitet. Beispielsweise könnte in diesem Zuge hinterfragt werden, warum der Prozess der Verordnung von Arzneimitteln (Rezept) und des Managements (Medikationsplan) auch in der digitalen Welt weiter getrennt voneinander ablaufen müssen und nicht integriert werden können (z. B. Nutzung eines signierten Medikationsplans als Nachweis der Verordnung).

Überdies sind mit der Patientenkurzakte und den Labordaten relevante Prozesse für die schnelle und sinnvolle Weiterentwicklung der ePA identifiziert worden. Allerdings bedarf es auch hier klarer zeitlicher und inhaltlicher Vorgaben, damit diese von den künftigen Nutzerinnen und Nutzern aber auch den Entwickelnden berücksichtigt werden können.



I. § 343 SGB V – Informationspflichten der Krankenkassen

Das Schaffen einer umfassenden Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten in Bezug auf die elektronische Patientenakte wird begrüßt, ebenso die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Informationspflichten durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 343 Absatz 2a SGB V neu. Angeregt wird an dieser Stelle, die entsprechende Koordinierung der Informationskampagne über eine zentrale Stelle, wie das BMG oder die BZgA, vornehmen zu lassen. Auf diese Weise kann eine einheitliche und flächendeckende Information der Versicherten zielführender erreicht werden.

J. § 356 SGB V – Befüllen von Daten in die ePA und Löschen auf der eGK

Die geplante Regelung, nach der Patientinnen und Patienten einen Anspruch haben, die Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte durch Leistungserbringer löschen zu lassen, schafft zusätzliche administrative Aufgaben in den hausärztlichen Praxen, die dort falsch verortet sind. Die Praxen können nicht die IT-Assistenten der Versicherten sein.

Kritisch ist überdies die geplante Regelung, nach der Versicherte einen Anspruch darauf haben, identische Anwendungen sowohl auf der eGK als auch in der ePA durch die Praxen pflegen zu lassen. Allein der parallele Betrieb identischer Anwendungen, z. B. des eMP ist überaus kritisch zu bewerten und wirft Fragen auf. Welches ist in diesem Fall die führende Anwendung? Wie ist mit Inkonsistenzen oder gar Widersprüchen in den Daten umzugehen? Statt eines parallelen Betriebes ist es stattdessen erforderlich, dass mit der ersten Überführung einer Anwendung (z. B. NFDM, eMP etc.) in die ePA automatisch die Löschung auf der eGK erfolgt, weil die ePA dann die eGK als führendes System vollständig ersetzt und ablöst.

K. § 360 SGB V – Pflicht zum E-Rezept ab 01.01.2024

Nach § 360 Absatz 2 Satz 1 SGB V soll die Verpflichtung für die Nutzung des E-Rezepts nach einer Übergangszeit, weil der regional gestaffelte Rollout des E-Rezepts pausiert wurde, nunmehr zum 01.01.2024 verbindlich werden.

Im Rahmen dessen haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen nachzuweisen, dass sie die erforderliche technische Ausstattung zur Ausstellung elektronischer Verordnungen besitzen und somit in der Lage sind, für Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung zu verwenden (§ 360 Absatz 17 SGB V (neu)). Damit soll sichergestellt werden, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte ihrer Verpflichtung zur Nutzung der elektronischen Verordnung nachkommen. Solange der Nachweis allerdings nicht erbracht wurde, wird die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem zweiten Monat nach Verkündung des Gesetzes pauschal um 1 Prozent gekürzt. Sanktionen dieser Art lehnen wir ab. Die bisherigen Erfahrungen mit dem elektronischen Rezept und anderen elektronischen Anwendungen haben deutlich gemacht, dass die Gründe dafür, dass elektronische Verordnungen und andere Anwendungen nicht verwendet wurden,



regelmäßig außerhalb des Verantwortungsbereichs von Ärztinnen und Ärzten lagen; vielmehr waren es technische Probleme und technische Unzulänglichkeiten. Das wird sich sicherlich auch in Zukunft nicht vermeiden lassen. Ärztinnen und Ärzte können hierfür aber nicht bestraft werden.

Ihre Ansprechpartner

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.hausaerzteverband.de

Bundesvorsitz: markus.beier@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@hausarztverband.de | ☎ 02203 97788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-34