

STELLUNGNAHME
HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBAND E. V.

ENTWURF EINES GESETZES ZUR BESCHLEUNIGUNG DER
DIGITALISIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS
(DIGITAL-GESETZ – DIGIG) DER BUNDESREGIERUNG

BT-DRUCKSACHE: 20/9048
BR-DRUCKSACHE: 435/23

13. NOVEMBER 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

Das mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgte wesentliche Ziel, die digitale Transformation des Gesundheitswesens weiter voranzutreiben, wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes begrüßt. Unter anderem bei der konkreten Ausgestaltung der Videosprechstunden sowie den assistierten Leistungen in Apotheken wird Änderungsbedarf gesehen, zu dem wir nachfolgend Stellung nehmen. Ferner begrüßt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband, dass die Interoperabilität zwischen den Digitalsystemen verbessert werden soll. Die Interoperabilität ist nicht nur unabdingbare Voraussetzung für den Austausch von Daten zwischen den unterschiedlichen Datenverarbeitungssystemen im Gesundheitsbereich, sondern zugleich wesentlicher Baustein für eine automatisierte und teilautomatisierte Verarbeitung durch informationstechnische Systeme, die Unterstützung und Entlastung insbesondere in den enormen bürokratischen Prozessen rund um die eigentliche Gesundheitsversorgung der Patientinnen- und Patienten bieten können.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 87 SGB V i. V. m. § 24 Absatz 8 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

1. § 87 Absatz 2n und 2o SGB V

Die Neufassung des § 87 Absatz 2n und 2o SGB V wird dem Grunde nach begrüßt. Insbesondere ist es als essenziell anzusehen, dass die strukturierte Anschlussversorgung wesentlicher Bestandteil und Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung darstellt, die Elemente telemedizinischer Versorgungsangebote aufgreift und sinnvoll in den Versorgungsalltag integriert.

Gemäß § 87 Absatz 2n SGB V (neu) hat der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden können. Wir regen in diesem Zusammenhang an, von der Möglichkeit einer gänzlichen Aufhebung der Quoten in der telemedizinischen Leistungserbringung abzusehen: Da die Quote von bislang 30 Prozent auch außerhalb des pandemischen Geschehens selten erschöpft wurde, sollte es vermieden werden, diese in Gänze zu streichen, anstelle diese arztgruppenspezifisch anzuheben. Eine komplette Aufhebung der Quoten in der Telemedizin würde den Ausbau telemedizinischer Plattformen unverhältnismäßig bevorteilen, was im Widerspruch zu aktuellen Bestrebungen steht, gerade solche oft



investorenfinanzierten Versorgungsstrukturen einzuschränken. Um die Versorgung vor Ort im Sinne des Patienteninteresses aufrechtzuerhalten, wird weiterhin gefordert, als Regulativ eine quotale Leistungserbringung bis zu 75 Prozent zu ermöglichen.

2. § 24 Absatz 8 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

In diesem Kontext begrüßen wir die Regelung in § 24 Ärzte-Zulassungsverordnung, wonach die telemedizinische Leistungserbringung auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten rechtlich möglich ist. Zweifel bestehen allerdings hinsichtlich der Bestimmtheit der Regelung, die lediglich auf die „*Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes*“ abstellt, ohne eine Konkretisierung der Orte vorzunehmen, an denen die Videosprechstunde vorgenommen werden kann. Das Abstellen auf „die Häuslichkeit“ des Vertragsarztes ergibt sich lediglich aus der Gesetzesbegründung.

Die beabsichtigte Neuregelung schränkt zudem durch den pauschalen Verweis der Zulässigkeit von Videosprechstunden ausschließlich außerhalb der in § 19a Absatz 1 Satz 2 und 3 Ärzte-ZV normierten Mindestsprechstundenzeiten auch die Videosprechstunde in Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisräumen ein. Die erweiterte Einschränkung von Videosprechstunden stellt einen Widerspruch zur Regelung in § 17 Absatz 1 und 1a BMV-Ä dar, die vorsieht, dass Vertragsärzte gehalten sind, an ihrem Vertragsarztsitz sowie weiteren (zugelassenen) Tätigkeitsorten die festgelegten Mindestsprechstunden in Höhe von 25 Stunden wöchentlich festzusetzen, sodass die Vertragsärztinnen und -Ärzte z. B. auch in Zweigpraxen Sprechstunden anbieten können. Durch die beabsichtigte Neuregelung in § 24 Absatz 8 Ärzte-ZV wird die Voraussetzung zur Erbringung der Mindestsprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz allerdings auf alle weiteren möglichen Tätigkeitsorte übertragen. Die Begrenzung der Videosprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes auf die Zeiten außerhalb der Mindestsprechstundenzeiten unterliegt nach hiesiger Auffassung keiner rechtlichen Grundlage, sodass eine Anrechnung der Videosprechstunde auf die Mindestsprechstundenzeiten erfolgen sollte, um insbesondere dem Sinn und Zweck des Gesetzesentwurfes angemessen Rechnung zu tragen. Weder das Kriterium des „unmittelbaren Zurverfügungstehens“ während der Sprechstundenzeiten noch die Präsenzpflicht der Vertragsärztinnen und -Ärzte, stehen der Videosprechstunde außerhalb des Vertragsarztsitzes und während der Mindestsprechstundenzeiten entgegen. Die Videosprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes könnten insoweit – ähnlich wie Besuchszeiten (vgl. § 19a Absatz 1 Satz 5 Ärzte-ZV, § 17 Absatz 1a Satz 6 BMV-Ä) – zumindest anteilig auf die Mindestsprechstundenzeiten nach § 19a Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV und § 17 Absatz 1a Satz 1 BMV-Ä angerechnet werden.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass § 4 Abs. 3 der Anlage 31b zum BMV-Ä eine Durchführung von Videosprechstunden nur für den Vertragsarzt vorsieht, und insofern mit der Entsprechensklausel aus § 1 Abs. 3 Nr. 3 Ärzte-ZV sowie § 17 Abs. 1b BMV-Ä, die ausdrücklich die vorstehenden Regelungen auch auf angestellte Ärztinnen und Ärzte anwendet, kollidiert. Nach der hiesig vertretenen Auffassung sind keine Gründe ersichtlich, die Neuregelung des § 24 Abs. 8 Ärzte-ZV E nicht auf die Tätigkeit angestellter Ärztinnen und Ärzte zu übertragen, so dass eine Klarstellung des § 4 Abs. 3 der Anlage 31b zum BMV-Ä anzuregen ist.



Abschließend bitten wir um Berücksichtigung folgender bedarfsplanungsrechtlicher Überlegungen: Im Rahmen der Ermöglichung der Videosprechstunde außerhalb des Vertragsarztsitzes darf nicht unberücksichtigt bleiben, ob die dadurch erfolgenden Stunden bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich nach § 101 Abs. 1 S. 9 SGB V berücksichtigt werden müssen bzw. können. Der erheblich erweiterte Zugang zur medizinischen Behandlung – auch KV-übergreifend – muss insbesondere unter Berücksichtigung des erweiterten Adressatenkreises auch einer bedarfsplanerischen Prüfung unterzogen werden, die in den Erwägungen der Gesetzesbegründung bisher keinen Raum finden.

B. § 129 Absatz 5h 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 – insbesondere – neben der Beratung zu den Möglichkeiten einer telemedizinischen Versorgung oder der Anleitung zur Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen auch die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben zur Unterstützung anlässlich einer ärztlichen telemedizinischen Leistung sein. Dass durch Apotheken telemedizinische Leistungen erbracht werden, wird diesseits weiterhin 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 weiterhin die Streichung von Absatz 5h gefordert.

Sofern keine Streichung erfolgt, bliebe auch weiterhin offen, was genau unter „*einfachen medizinischen Routineaufgaben*“ zu verstehen ist. Eine gesetzliche Definition für diesen Terminus gibt es nicht. Hierbei wäre zwingend eine dahingehende Klarstellung erforderlich, 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. Das Ausmaß des Abgrenzungsbedarfes zeigt sich insbesondere in der Abgrenzung von Tätigkeiten im Bereich pharmazeutischer Dienstleistungen, Leistungen, welche bereits von der Vergütung nach der AMPPreisVO erfasst sind, ärztliche Behandlungsleistungen oder auch für den Bereich der Leistungserbringung durch weitere Akteure, z. B. angeleitete Logopädie. Ohne eine Konkretisierung des Begriffs bzw. ohne Abgrenzungskriterien bestünde die Gefahr, dass unklar ist, auf welcher Grundlage welcher beteiligte Akteur abrechnet, und hierdurch ggf. unwirtschaftliche Doppelstrukturen geschaffen werden. Anknüpfend hieran blieben bei Leistungen der assistierten Telemedizin haftungsrechtliche Fragen ungelöst: Es kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein, Hausärztinnen und Hausärzte in Fällen assistierter Telemedizin haftbar zu machen für ggf. vor Ort durch assistierte Telemedizin verursachte Fehlverhalten. Weiterhin ungeklärt bleibt die Frage, ob es einer Anpassung der Berufshaftpflichtversicherungen für Apothekerinnen und Apotheker bedarf, sofern diese sogenannte einfache medizinische Routineaufgaben übernehmen?



C. § 137f SGB V – Elektronisches DMP-Diabetes

Über die beabsichtigte Neuregelung in § 137f Absatz 9 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ermächtigt, neben den bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen jeweils ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm mit digitalisierten Versorgungsprozessen für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ I und II einzuführen. Versicherte sollen damit eine Wahlmöglichkeit erhalten und je nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten entweder ein klassisches strukturiertes Behandlungsprogramm wählen oder sich für eine Variante des Programms mit digitalisierten Versorgungsprozessen entscheiden können.

Die Digitalisierung im Bereich der DMP wird grundsätzlich begrüßt. Wir bitten jedoch folgende Aspekte zu berücksichtigen: Die Erkenntnisse zu möglichen Elementen von digitalen DMP befinden sich aktuell erst in der Entwicklung und können für sich gesehen noch nicht den Status erheben, verpflichtend umgesetzt zu werden. Um dem Entwicklungsstand angemessen Rechnung zu tragen, halten wir es für einen sinnvollen Weg, zunächst den G-BA mit der Prüfung zu beauftragen, inwieweit die stärkere Einbeziehung digitaler Elemente in die evidenzbasierte Versorgung in den DMP erfolgen kann. Dies sollte die vorgeschaltete Prüfung sein, um neue strukturierte Behandlungsprogramme mit digitalisierten Versorgungsprozessen aufzusetzen.

Im Übrigen weisen wir wiederholend darauf hin, dass es wenig Zielführend ist, ein zusätzliches e-DMP einzuführen. Im Sinne der Versorgungseffizienz und für hausärztliche Praxen weniger belastend ist es, bestehende DMP um niederschwellige und intuitive elektronische Elemente, die flächendeckend ausgerollt werden können und von denen alle DMP-Teilnehmenden profitieren können, einzuführen. Den hausärztlichen Praxen ist es nicht zuzumuten, für die gleiche Indikation zwei DMP, die letztlich das identische Versorgungsziel erfüllen, umsetzen zu müssen. Logische Folge der mit dem Gesetzesentwurf verfolgten Installation eines e-DMP-Diabetes wäre die Verdopplung der DMP-Programme und hierdurch die Etablierung von Doppelstrukturen, die in Arztpraxen sodann angeboten und gelebt werden müssen. Vor diesem Hintergrund hoher Aufwände und weiterer Bürokratie in den Vertragsarztpraxen wird die Weiterentwicklung der bestehenden DMP gefordert.

D. § 284 SGB V – Sozialdaten bei Krankenkassen

Weiterhin abgelehnt wird die Neuregelung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 21, wonach Krankenkassen auch Daten der Versicherten verarbeiten dürfen, um die Versicherten bei der Durchsetzung des Herausgabeanspruchs nach § 386 SGB V zu unterstützen. Die Regelung stellt eine unnötige Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses dar, und beeinträchtigt die vertrauensvolle Basis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Krankenkassen steht nicht die Aufgabe zu, einen Individualanspruch des Versicherten gegen die/den Vertragsärztin/-arzt durchzusetzen. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.



E. § 291A SGB V – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung

Der Regelungsentwurf sieht die Verschiebung der Einführung der digitalen Identitäten um zwei Jahre vor.

Diese Regelung stellt einen Rückschritt für die Etablierung von Anwendungen und Diensten, die eine zeitgemäße digitale Infrastruktur für das Gesundheitswesen nutzen und wird daher abgelehnt. Während bei Arztpraxen oft mit Sanktionen bei Verzögerungen im Bereich der Digitalisierung gearbeitet wird, sticht hier ins Auge, dass gegenüber den Organisationen, denen die Zeitverzögerungen zuzurechnen sind, davon abgesehen wird.

F. § 295 SGB V

Das in der Formulierung in § 295 Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 SGB V aufgeführte Datum "Versicherten ab dem 1. November 2023 als Verfahren zur nachträglichen, sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 5 Nummer 3 und zur sicheren Identifikation nach § 336 Absatz 6 auch die Nutzung eines elektronischen Identitätsnachweises nach § 18 des Personalausweisgesetzes, nach § 12 des eID-Karte-Gesetzes oder nach § 78 Absatz 5 des Aufenthaltsgesetzes anzubieten", ist anzupassen. Gleichzeitig darf die angepasste Frist nicht in allzu weiter Ferne liegen.

G. § 312 Abs. 10 SGB V Erarbeitung eines Vorschlages zur Ablösung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch ein geeignetes Äquivalent in der ePA

Um eine umfassende Digitalisierung zu erreichen, begrüßen wir das mit der Regelung in § 312 Abs. 10 SGB V verfolgte Ziel, einen Vorschlag zur Ablösung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gegenüber dem Patienten durch ein geeignetes Äquivalent zu erarbeiten. Der Patientendurchschlag der eAU ist leider ein exemplarisches Negativbeispiel, wie die vollständige Digitalisierung bestehender Prozesse weiter auf sich warten lässt und Frustration bei den Anwendern generiert. Um eine zügige Umsetzung zu gewährleisten, regen wir an, anstelle der Möglichkeit zur Fristsetzung durch das BMG zur Erarbeitung eines Vorschlages eine konkrete Frist von maximal 12 Monaten in § 312 Absatz 10 SGB V festzusetzen.

H. § 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 Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs mit der Behandlung erfolgt mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 SGB V. In der Gesetzesbegründung findet sich nunmehr eine nähere Erklärung der Begrifflichkeit „zeitlicher Zusammenhang zur Behandlung“, wonach dieser technisch dadurch nachzuweisen ist, dass die elektronische Gesundheitskarte oder die digitale Identität der/des Versicherten als



leistungsberechtigender Nachweis zur Behandlung im selben Behandlungsquartal bzw. Abrechnungsquartal vorgelegen hat.

Zwecks Transparenz wird angeregt, die Formulierung *“im selben Behandlungsquartal”* in die gesetzliche Formulierung in § 291 Absatz 8 SGB V aufzunehmen, um Rechtsunsicherheiten beim Zugriff auf die Gesundheitsdaten seitens der Ärztinnen und Ärzte vorzugreifen.

In diesem Zusammenhang regen wir an, für an der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte einen an die Einschreibung der/des Versicherten gekoppelte Zugriffsmöglichkeit auf die ePA zu ermöglichen, damit diese Leistungserbringer ihrem besonderen Versorgungsauftrag gegenüber ihren Patientinnen und Patienten gerecht werden können.

I. § 341 ff SGB V – Elektronische Patientenakte

Grundsätzlich ist die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) ein wichtiger Schritt für das Gesundheitswesen, der seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes befürwortet wird. Aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte muss 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. Daher begrüßen wir auch die Entwicklung weiterer medizinischer Informationsobjekte (MIO), die im Sinne der Interoperabilität für jedes System in einem standardisierten Format lesbar und bearbeitbar sind. Sollte weiterhin eine Dokumentenstruktur beibehalten werden, müssen jedoch mindestens vernünftige Sortier-, Such- und Filterfunktionen in die ePA implementiert werden. Sinnvoll wäre zudem die Möglichkeit der Verknüpfung von Dokumenten und weiteren medizinischen Informationen.

Das Administrieren der Zugriffsrechte durch die Versicherten selbst über die Benutzeroberfläche eigener Endgeräte muss einfach und intuitiv möglich sein. Hausarztpraxen können dabei nicht unterstützen, das würde eine deutliche Mehrbelastung im Praxisalltag bedeuten. Eine sinnvolle und strukturierte Grundeinstellung der Zugriffsrechte bei passiver Nutzung der ePA muss sicherstellen, dass auch für diese Versicherten ein Mehrwert in der Nutzung entstehen kann.

Zudem vereinfacht eine weitgehende Zugriffsberechtigung in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht, soweit der/die Versicherte keinen Widerspruch erklärt hat („Opt out“), nicht nur die administrativen Praxisabläufe, sondern eröffnet überhaupt erst die Möglichkeit, dass medizinisch relevante Daten für die aktuelle und zukünftige Behandlungssituation effektiv genutzt werden können. Allerdings darf die Zugriffsberechtigung nicht zu kleinteilig sein, das würde die Arbeit in den Arztpraxen behindern.

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 und durch Behinderung der Prozesse die Patientensicherheit gefährden.

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.

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.

J. § 343 SGB V – Informationspflichten der Krankenkassen

Das Schaffen einer umfassenden Informationspflicht der Krankenkassen, die ihre Versicherten neben den bisher bereits geltenden Informationspflichten bezüglich der selbständigen Speicherung und Löschung von Daten auch über das neu eingeführte Recht zur Beschränkung des Zugriffs zu informieren haben, wird begrüßt. Der hierdurch entstehende zeitliche Mehraufwand – gerade bei älteren, multimorbiden Menschen, die ggf. nicht so technikaffin sind – darf nicht auf die hausärztlichen Praxen verlagert werden. Ebenso wird die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Informationspflichten durch den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 343 Absatz 2a SGB V neu befürwortet. 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.



K. § 350a SGB V – Anspruch der Versicherten auf Digitalisierung von in Papierform vorliegenden medizinischen Informationen; Übertragung in die elektronische Patientenakte

Mit dieser Regelung wird ein Anspruch der Versicherten unmittelbar gegenüber ihrer jeweiligen Krankenkasse eingeführt, in Papierform vorliegende Informationen (u. a. Altbefunde) zu digitalisieren und über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und zu speichern. Für den Anspruch wird ein Antrag und die Einwilligung der Versicherten vorausgesetzt. Der Anspruch soll auf zweimal in zwei Jahren und auf 10 Dokumente pro Antrag begrenzt sein. Die Regelung sieht darüber hinaus vor, dass die Krankenkassen zur Erfüllung übergreifend eine gemeinsame Stelle bestimmen können.

Die Regelung wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes begrüßt: Es ist originäre Aufgabe der Krankenkassen, ihre Versicherten bei der Nutzung der ePA zu unterstützen, die im Zusammenhang mit dem Widerspruchs- und Datenmanagement nicht auf die Praxen verlagert werden sollte. Allerdings regen wir an, dass dieser Anspruch vor dem Hintergrund der notwendigen Barrierefreiheit zugunsten der Versicherten wesentlich bürokratieärmer und zugleich umfangreicher ausgestaltet wird. Rein praktisch wird dieser Anspruch für die überwiegende Mehrheit der Versicherten keine Rolle spielen. Insbesondere für ältere und multimorbide Patienten werden maximal 20 zu digitalisierende Dokumente regelhaft nicht ausreichen. Zudem sollte zur erheblichen Erhöhung des praktischen Nutzens für die Versorgung geregelt werden, dass die in die ePA zu überführenden digitalisierten Dokumente maschinell verwertbar sind.

L. § 353 SGB V – Erklärung des Widerspruchs, Erteilung der Einwilligung

Der Entwurf sieht vor, dass Versicherte der Verarbeitung von Daten in der ePA in Gänze und in Teilen widersprechen und dabei einzelnen Gruppen spezifische Zugriffsrechte erteilen können. Dabei ist vorgesehen, dass Versicherte ohne Endgerät ihre Rechte in der Arztpraxis ausüben können sollen.

Dass Versicherte ohne elektronisches Endgerät ihren Widerspruch und ihre Zustimmung zur Verarbeitung ihrer Daten für die ePA auch gegenüber Vertragsärzten und Psychotherapeuten unter Nutzung der dezentralen Infrastruktur in der Leistungserbringerumgebung erklären können, ist nicht verursachergerecht. Diese Möglichkeit würde aufgrund umfangreich zu erwartender Rückfragen insbesondere in den Hausarztpraxen, die erste Anlaufstelle der Patientinnen und Patienten sind, erhebliche Mehraufwände auslösen, die außerhalb des Versorgungsauftrages liegen. Dies hätte zur Folge, dass die für die Versorgung zur Verfügung stehende Zeit weiter verknappt wird und nicht für die Patientinnen und Patienten genutzt werden kann. Die diesbezügliche Regelung sollte daher gestrichen und durch eine Regelung ersetzt werden, mit der die Krankenkassen verpflichtet werden, für diesen Personenkreis entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen.



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

Die geplante Regelung in § 356 Absatz 3 Satz 3 SGB V, 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.

N. § 360 SGB V – Pflicht zum E-Rezept, Vergütungskürzung

Im Rahmen der nach § 360 Absatz 2 Satz 1 SGB V verpflichtenden Nutzung des E-Rezepts 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 in der Lage sind, für Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung zu verwenden (§ 360 Absatz 17 SGB V (neu)). Solange der Nachweis nicht erbracht wurde, soll die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem zweiten Monat nach Verkündung des Gesetzes pauschal um ein Prozent gekürzt werden.

Wir wiederholen an dieser Stelle die Forderung, sinnvolle, digitale Anwendungen mittels Bonusregelungen in die praktische Umsetzung zu bringen. Statt eines verpflichtenden, sanktionsbehaftenden Starttermins wäre ein zeitlich gestuftes Einführungsverfahren vorzugswürdig. Die Sanktionierung des nicht erbrachten Nachweises mit einer Vergütungskürzung trägt nicht dazu bei, die Akzeptanz bei ärztlichen Leistungserbringern zu fördern.

Zudem lehnen wir ein bußgeldbewehrtes Verbot der E-Rezept-Übermittlung (und von Zugangsdaten zu diesem) außerhalb der Telematikinfrastruktur nach § 360 Abs. 16 und § 397 Abs. 2a Nr. 4 SGB V (neu) als unverhältnismäßig ab, da insbesondere die allgemeinen Datenschutz- und Datensicherheitsregelungen ausreichen.

Ihre Ansprechpartner

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.haev.de
Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de und nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de | 030 88714373-30
Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de | 02203 97788-03
Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de | 030 88714373-34