



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

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 7. MAI 2024

6. JUNI 2024

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	3
------------------------	----------

KOMMENTIERUNG	4
Nr. 1 - § 86 SGB V (Verwendung von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form)	4
Nr. 3 - § 295 Abs. 2b SGB V (Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen)	4
Nr. 9 - § 311 Abs. 1 SGB V (Aufgaben der Digitalagentur)	5
Nr. 10 - § 312 SGB V (Aufgabenerfüllung durch die Digitalagentur für Gesundheit)	6
Nr. 11 - § 312a SGB V (Aufgaben im Rahmen des elektronischen Arbeitgeberverfahrens)	7
Beabsichtigte Neuregelung	7
Nr. 13 - § 320 SGB V (Zusammensetzung der Schlichtungsstelle; Finanzierung)	7
Nr. 15 - § 324 SGB V (Zulassung von Anbietern von Betriebsleistungen)	8
Nr. 16 - § 325 SGB V (Zulassung von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur)	8
Nr. 18 - § 329 SGB V (Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für die Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur)	8
Nr. 19 - § 330 SGB V (Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten und Prozesse der Telematikinfrastruktur)	9
Nr. 20 - § 331 SGB V (Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs zur Gewährleistung der Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur)	9
Nr. 21 - § 332b SGB V (Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme)	10
Nr. 34 - § 371 SGB V (Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme)	11
Nr. 35 - § 383 SGB V (Erstattung der Kosten für die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung)	11
Nr. 36 - § 384 SGB V (Begriffsbestimmungen)	12
Nr. 38 - § 386a SGB V (Interoperabilitätspflicht)	12
Nr. 38 - § 386b SGB V (Digitalberatung)	13
Nr. 39 - § 387 SGB V (Konformitätsbewertung)	13
Nr. 41 - § 397 SGB V (Bußgeldvorschriften)	14

ÜBER DIE EINZELVORSCHRIFTEN DES GESETZENTWURFES HINAUSREICHENDE KOMMENTIERUNGSBEDARFE DER KBV	15
§ 291 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)	15
§ 341 Abs. 6 SGB V (Sanktionierung der TI-Anwendungen – insbesondere ePA)	16
§ 378 Abs. 3 SGB V (Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten)	16
§ 75 Abs. 1c SGB V (Rechtsgrundlage für Gesprächsaufzeichnungen bei der 116117)	17

Zur Kommentierung

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

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

ZUSAMMENFASSUNG

Der Gesetzesentwurf hat den Anspruch, die Vorteile der Digitalisierung für Ärzte und Psychotherapeuten erkennbar zu machen, indem eine bessere Praxistauglichkeit von digitalen Anwendungen angestrebt wird. Damit greift er zentrale Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für eine sinnvolle und nutzerzentrierte Digitalisierung auf.

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen der Digitalisierung der Versorgung offen gegenüber. Sie lehnen aber Anwendungen ab, die nicht praxistauglich konzeptioniert oder umgesetzt sind und dadurch den Versorgungsalltag stören. Die Fokussierung auf Benutzerfreundlichkeit für Ärzte und Psychotherapeuten ist daher dringend notwendig und sinnvoll.

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

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

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

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

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

Um die Ziele des Gesetzesentwurfes zu erreichen, gibt die KBV im Rahmen der Stellungnahme im Einzelnen weitere Hinweise und Anregungen.

KOMMENTIERUNG

ARTIKEL 1

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung

NR. 3 - § 295 ABS. 2B SGB V (ÜBERMITTLUNGSPFLICHTEN, VERPFLICHTUNG ZUR EMPFANGSBEREITSCHAFT UND ABRECHNUNG BEI ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Die in Satz 2 des neuen Absatz 2b genannten Verträge gemäß § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung), 140a SGB V (Besondere Versorgung) sowie § 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen) werden ohne Beteiligung der KBV zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. mit Gemeinschaften von Leistungserbringern geschlossen. Die Verträge gemäß § 132f (Versorgung durch Betriebsärzte) werden außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und damit außerhalb der Regelungsbereiche der KVen geschlossen. Es fehlen in Satz 1 andererseits aber beispielsweise Abrechnungsziffern, die sich aus Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) als Bundesmantelvertragspartner ergeben. Die KBV schlägt vor, nur von „vertragsärztlichen Leistungen“ zu

sprechen. Grundlage für die Erstellung der Abrechnung durch die Vertragsärzte bilden die durch die KBV über die PVS-Hersteller bereitgestellten Stammdaten, die sowohl Regelungen auf Bundesebene als auch regionalspezifische zusätzliche Abrechnungsziffern enthalten. Es ist Aufgabe der KVen die Abrechnung entgegenzunehmen und zu prüfen. Eine Beteiligung des GKV-SV bei der Definition der Schnittstelle erschließt sich daher nicht, so die Regelungen entsprechend angepasst werden müssen. Die Ausgestaltung und Umsetzung der Schnittstelle benötigt zudem ausreichend Vorlauf bei allen Beteiligten. Es wird daher vorgeschlagen, dass die KBV zwölf Monate nach Inkrafttreten die Vorgaben veröffentlicht und weitere neun Monate später den Dienst anbietet.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Es wird vorgeschlagen, die Formulierung von § 295 Abs. 2 SGB V wie folgt zu fassen:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren über die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen die für die Erstellung der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ~~des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nach § 87 Absatz 1 Satz 1~~ zugrunde liegenden Stammdaten über eine einheitliche, zentrale Schnittstelle zum direkten Datenabruf zur Verfügung zu stellen. Soweit die ~~Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge nach § 73b, 132e, 132f und 140a geschlossen hat~~ haben, sind die hierfür erforderlichen ~~Abrechnungsdaten~~ Stammdaten ebenfalls über die Schnittstelle nach Satz 1 zur Verfügung zu stellen. Das Nähere zu der Bereitstellung und zum Abruf der Daten nach Satz 1 und 2 über eine einheitliche Schnittstelle ~~vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und~~ regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum [zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes]. Die einheitliche Schnittstelle ist spätestens bis zum [einundzwanzig Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes] zur Verfügung zu stellen.“

NR. 9 - § 311 ABS. 1 SGB V (AUFGABEN DER DIGITALAGENTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Digitalagentur für Gesundheit kann nach der vorgesehenen Regelung Aufträge

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

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

Bewertung

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

Es sollte jedoch eine Klarstellung erfolgen, dass die Verantwortung der Digitalagentur für Gesundheit für Anwendungen der Telematikinfrastruktur auch die Primärsysteme umfasst. Um die gematik bei der Festlegung von verbindlichen Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und

Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie Sicherstellung ihrer Einhaltung zu unterstützen und eine Praxistauglichkeit dieser Festlegungen zu ermöglichen, sollte die Kassenärztliche Bundesvereinigung frühzeitig eingebunden und bei den Festlegungen durch einen Benehmensprozess beteiligt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

unter hhh) sollte Nummer 18 wie folgt gefasst werden:

„Festlegung von verbindlichen Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten einschließlich ihrer Umsetzung in den informationstechnischen Systeme im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie Sicherstellung ihrer Einhaltung“

NR. 10 - § 312 SGB V (AUFGABENERFÜLLUNG DURCH DIE DIGITALAGENTUR FÜR GESUNDHEIT)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Digitalagentur für Gesundheit soll eine jährliche Roadmap vorlegen, die die von ihr vorgesehenen Umsetzungsschritte abbildet.

Bewertung

Eine verlässliche Planung ist sinnvoll. Die derzeitige Formulierung des Entwurfs lässt einen Interpretationsspielraum zu, nach dem die Planung lediglich das aktuelle Jahr umfassen muss. Zur Planung von Ressourcen ist es für alle Beteiligten jedoch notwendig, dass der Planungshorizont größer angelegt wird. Es wird angeregt, die Formulierung dahingehend anzupassen, dass die Roadmap einen Mindestzeitraum von 24 Monaten umfasst.

Infolge der unveränderten Mehrheitsverhältnisse in der Digitalagentur für Gesundheit besteht zudem ein erhebliches Risiko, dass für die zukünftige Ausrichtung der Digitalisierung Festlegungen für eine Roadmap getroffen werden, die von einer der Perspektive einer technischen Machbarkeit geprägt sind. Es sind deshalb Maßnahmen zu etablieren, die sicherstellen, dass mit den in der Gesellschafterversammlung vertretenen Organisationen, deren Mitglieder die Versorgung sicherstellen, Verständigungen auf die Ausrichtung der weiteren Arbeiten der Digitalagentur für Gesundheit erzielt werden.

Mit den Verständigungen sollten für die Digitalagentur für Gesundheit Rahmenbedingungen formuliert werden, die die Grundlage für eine, bei Bedarf zu dynamisierende Roadmap bilden. Auf Basis einer entsprechenden Roadmap können dann die von der Telematikinfrastruktur bereitgestellten Dienste praxismäßig entwickelt, erprobt und auf Praxistauglichkeit im Realbetrieb getestet werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Digitalagentur für Gesundheit Die Formulierung von § 311 Abs. 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

*„Die Digitalagentur für Gesundheit erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 311 zu Beginn eines jeden Jahres für **die nächsten 24 Monate** eine umfassende Planungsübersicht über die einzelnen Umsetzungsschritte, die langfristige Fortentwicklung der Telematikinfrastruktur und den Zeitverlauf (Roadmap). Die Roadmap nach Satz 1 ist der Gesellschafterversammlung der Digitalagentur für Gesundheit jeweils zum 1. März, beginnend mit dem 1. März 2025, zur mehrheitlichen Genehmigung vorzulegen. Nach deren Genehmigung veröffentlicht die Digitalagentur für Gesundheit die Roadmap. **Als Grundlage für die jährlich zu erstellende Roadmap entwickelt die Digitalagentur mit ihren Gesellschaftern einvernehmlich abgestimmte Planungen, die die auf Versorgungsbedarfe erfolgende Ausrichtung der Arbeiten der Agentur über einen Zeitraum von 48 Monaten erfasst.**“*

NR. 11 - § 312A SGB V (AUFGABEN IM RAHMEN DES ELEKTRONISCHEN ARBEITGEBERVERFAHRENS)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

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

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

NR. 13 - § 320 SGB V (ZUSAMMENSETZUNG DER SCHLICHTUNGSSTELLE; FINANZIERUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Regelungsentwurf sieht eine Anpassung der Schlichtungsstelle der Digitalagentur für Gesundheit vor. Insbesondere wird in den Absätzen 2 bis 4 die Finanzierung dahingehend angepasst, dass die Kosten zukünftig durch KBV, GKV-SV und DKG zu tragen sind.

Bewertung

Der vorliegende Gesetzentwurf soll die gematik zu einer Agentur weiterentwickeln. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Mehrheitsverhältnisse in der Digitalagentur für Gesundheit, hat eine Schlichtungsstelle keine Aufgaben mehr und ist folglich nicht mehr erforderlich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung §§ 319, 320, 321 und 322 SGB V

NR. 15 - § 324 SGB V (ZULASSUNG VON ANBIETERN VON BETRIEBSLEISTUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung von § 324 Satz 2 SGB V

NR. 16 - § 325 SGB V (ZULASSUNG VON KOMPONENTEN UND DIENSTEN DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

NR. 18 - § 329 SGB V (MAßNAHMEN ZUR ABWEHR VON GEFAHREN FÜR DIE FUNKTIONSFÄHIGKEIT UND SICHERHEIT DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung konkretisiert, welche verbindlichen Anweisungen die Digitalagentur für Gesundheit den Anbietern, die eine Zulassung für Komponenten oder Dienste der Telematikinfrastruktur haben, zur Beseitigung oder Vermeidung von Störungen geben darf.

Dies umfasst insbesondere die Meldung der festgestellten Schwachstellen eines Dienstes sowie Sicherheitsvorfälle. Außerdem kann sie dem Anbieter auferlegen, welche Maßnahmen zur Beseitigung oder Vermeidung von festgestellten Schwachstellen eines Dienstes, Störungen und Sicherheitsvorfällen dieser zu ergreifen hat, sowie zu Fristen, innerhalb derer diese Maßnahmen zu ergreifen sind.

Bewertung

Die vorgesehene Ergänzung leistet einen wichtigen Beitrag für den Aufbau und Erhalt der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur.

NR. 19 - § 330 SGB V (VERMEIDUNG VON STÖRUNGEN DER INFORMATIONSTECHNISCHEN SYSTEME, KOMPONENTEN UND PROZESSE DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Diese Ergänzung stellt eine wichtige Grundlage für den Aufbau und Erhalt der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur dar. Es sollte zudem eine Klarstellung erfolgen, dass die Verantwortung der Digitalagentur für Gesundheit für Anwendungen der Telematikinfrastruktur auch die Primärsysteme umfasst und dies durch eine entsprechende Klarstellung ergänzt werden, siehe auch den Kommentar zu Nr. 9 des Gesetzentwurfes.

NR. 20 - § 331 SGB V (MAßNAHMEN ZUR ÜBERWACHUNG DES BETRIEBS ZUR GEWÄHRLEISTUNG DER SICHERHEIT, VERFÜGBARKEIT UND NUTZBARKEIT DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

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

NR. 21 - § 332B SGB V (RAHMENVEREINBARUNGEN MIT ANBIETERN UND HERSTELLERN INFORMATIONSTECHNISCHER SYSTEME)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

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

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

NR. 34 - § 371 SGB V (INTEGRATION OFFENER UND STANDARDISIERTER SCHNITTSTELLEN IN INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME)

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

Die in den neuen Absatz 4 und 5 geregelten Vorgaben zu einer unzulässigen Beschränkung der Funktionen der Schnittstelle sowie zu der Regulierung der anfallenden Kosten sollten jedoch nicht nur auf die Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel Anwendung finden, sondern für alle in Absatz 1 genannten Schnittstellen gelten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

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

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

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

NR. 35 - § 383 SGB V (ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR DIE ÜBERMITTLUNG ELEKTRONISCHER BRIEFE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Abs. 1 § 383 SGB V und damit Streichung der Vergütung für den Versand und Empfang von eArztbriefen mittels sicherer elektronischer Verfahren.

Bewertung

Die KBV lehnt die vorgesehene Regelung ab.

Nr. 36 - § 384 SGB V (Begriffsbestimmungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen dieser Anpassungen werden die bestehenden Begriffsbestimmungen erweitert und konkretisiert.

Bewertung

Die KBV unterstützt den Ansatz, die Begrifflichkeiten weiter zu schärfen und dass dabei insbesondere im Rahmen der Definition des Begriffes „Spezifikationen“ die Aspekte der „qualitativen und quantitativen Funktionen“ aufgenommen worden sind. Diese Aspekte sind aus Sicht der KBV neben der Interoperabilität der eingesetzten Systeme für die Akzeptanz und damit auch den Erfolg von bereitgestellten digitalen Anwendungen maßgeblich, die auf diesen Spezifikationen basieren. Da in der Einleitung zum Gesetzentwurf das Ziel herausgestellt wurde, die Praxistauglichkeit der Anwendungen zu einem Maßstab zu machen, ist es sinnvoll, wenn der Begriff der „Praxistauglichkeit“ als expliziter Teil der qualitativen und quantitativen Funktionen zumindest in der Gesetzesbegründung auch eine entsprechende Erwähnung findet.

NR. 38 - § 386A SGB V (INTEROPERABILITÄTSPFLICHT)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die KBV hält die die Hersteller verpflichtenden Regelungen für sinnvoll. Sie entspricht der am 18. März 2024 veröffentlichten Rahmenvereinbarung der KBV nach § 332b SGB V. Durch die vorgesehene gesetzliche Regelung wird sichergestellt, dass die Arzt- und Psychotherapeutenpraxen die Hoheit über die im Rahmen Ihrer Tätigkeit erhobene Daten besitzen. Die Vorgabe einer kostenfrei und unverzüglich Bereitstellung durch die Hersteller der eingesetzten Systeme ist kombiniert mit der expliziten Verpflichtung zum Ersatz des entstandenen Schadens bei Zuwiderhandlung konsequent und folgerichtig. Durch die Forderung eines interoperablen Formates nach § 385 SGB V wird sichergestellt, dass die bereitgestellten Daten auch durch andere informationstechnische Systeme automatisch und ohne erhöhten Transformationsaufwand wiederverwendet werden können.

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

1. Absatz 3 sollte gestrichen werden.
2. Absatz 5 scheint einen Fehlverweis zu enthalten und ist redaktionell anzupassen: „Für die Geltendmachung der Ansprüche nach Absatz 1 und ~~3~~⁴ ist der ordentliche Rechtsweg gegeben.“
3. Ergänzung der gesetzlichen Regelung, um die Möglichkeit, dass der Export der Daten sowohl für die gesamthafte Patientendokumentation als auch nur bezogen auf einzelne, von Praxen ausgewählte Patienten erfolgen kann.

NR. 38 - § 386B SGB V (DIGITALBERATUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist eine ausdrückliche Regelung vorgesehen, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen Beratungs- und Unterstützungsangebote in Fragen der Digitalisierung von Versorgungsprozessen und Praxisorganisation machen können.

Bewertung

Die Klarstellung ist sinnvoll.

NR. 39 - § 387 SGB V (KONFORMITÄTBEWERTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Regelung ist grundsätzlich sinnvoll, obwohl es fraglich ist, ob der mit der Regelung geschaffene Anreiz ausschlaggebend sein wird. Um Anreize zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V zu schaffen, soll darüber hinaus eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an der Rahmenvereinbarung nach § 332b SGB V für informationstechnische Systeme, die das Konformitätsverfahren nach § 387 SGB V durchlaufen, siehe Stellungnahme zu Nr. 21, vorgesehen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

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

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

NR. 41 - § 397 SGB V (BUßGELDVORSCHRIFTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung des § 386 Absatz 2a Punkt 5 SGB V

ÜBER DIE EINZELVORSCHRIFTEN DES GESETZENTWURFES HINAUSREICHENDE KOMMENTIERUNGSBEDARFE DER KBV

§ 291 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)

Aktuelle Regelung

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

Bewertung

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

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

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

Vorschlag der KBV

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

Darüber hinaus sollte die Frist in § 87 Abs. 2a Satz 23 letzter Halbsatz SGB V zur Vergütung der Erstellung der Datensätze zur Patientenkurzakte (PKA) im EBM so gesetzt werden, dass nach der Veröffentlichung der Spezifikation für die elektronische Patientenkurzakte durch die KBV sechs Monate Zeit besteht, um eine entsprechende Anpassung im EBM vorzunehmen.

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

Aktuelle Regelung

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

Bewertung

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung von § 341 Absatz 6 SGB V

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

Aktuelle Regelung

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

Bewertung

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Anpassung von § 378 Abs. 3 SGB V:

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

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

Unbenommen der sich durch den Gesetzesentwurf ergebenden Kommentierungen möchten wir anregen, die Aufzeichnung von Gesprächen im Rahmen der Nutzung der 116117 gesetzlich zu regeln.

Pro Jahr kontaktierten ca. 12 Millionen Versicherte telefonisch den Patientenservice 116117 der KBV. Zur Qualitätssicherung des Angebots, aber auch aus Gründen der Klärung des Sachverhalts eines Anrufs im Einzelfall ist eine Gesprächsaufzeichnung, wie bei der 112, essenziell. Der Bundesbeauftragte für Datenschutz hat, obgleich die Notwendigkeit von Gesprächsaufzeichnungen anerkannt wird, festgestellt, dass eine gesetzliche Grundlage für diese nicht besteht und dringend geschaffen werden sollte. Wir regen deshalb an, eine solche Grundlage im SGB V zu verankern.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

§ 75 Abs. 1c SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die nach Abs. 1a und 1b eingehenden Anrufe und damit verbundenen personenbezogenen Daten der anrufenden Personen auf Speichermedien aufzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zur Terminabwicklung, zur Gefahrenabwehr, zum Qualitätsmanagement, zum Beschwerdemanagement, zur Verfolgung von Straftaten oder zu Beweis Zwecken in gerichtlichen Verfahren vier Jahre gespeichert werden. Sie sind mit Ablauf des vierten Jahres nach der Aufzeichnung zu löschen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die Daten zur Gefahrenabwehr an die zuständigen Rettungsleitstellen weiterleiten.“

Ihre Ansprechpartner:

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

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