



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes zum Schutz
elektronischer Patientendaten in
der Telematikinfrastruktur
(Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG)**

25.02.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Referentenentwurfs	6
§ 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	6
§ 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte	8
§ 291a Absatz 6 SGB V Elektronische Gesundheitskarte.....	11
§ 305 Absatz 1 SGB V Auskünfte an Versicherte	13
§ 311 Absatz 1 Nr. 9 SGB V Aufgaben der Gesellschaft für Telematik	15
§ 311 Absatz 1 Nr. 10 SGB V Aufgaben der Gesellschaft für Telematik	17
§ 338 SGB V Technische Einrichtungen zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte der Versicherten.....	19
§ 341 SGB V Elektronische Patientenakte.....	21
§ 343 Absatz 2 SGB V Informationspflichten der Krankenkassen	22
§ 345 SGB V Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen	23
§ 346 SGB V Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte	24
§ 350 SGB V Anspruch der Versicherten auf Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte	25
§ 351 SGB V Übertragung von Daten aus elektronischen Gesundheitsakten in die elektronische Patientenakte	27
§ 359 SGB V Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten.....	29
§ 378 SGB V Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teil- nehmenden Leistungserbringern und Einrichtungen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten	31
§ 383 SGB V Erstattung der Kosten bei Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung	33

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen die grundsätzliche Richtung des Referentenentwurfs zum Patientendatenschutzgesetz (PDSG). Damit sind endlich die Grundlagen für den Start der elektronischen Patientenakte als wesentlicher Bestandteil eines modernen digitalen Gesundheitssystems gegeben.

Nachdem die konkreten Regelungen zur elektronischen Patientenakte aus dem Digitale-Versorgungsgesetz (DVG) aus Gründen des Datenschutzes wieder gestrichen worden sind, stärkt der Entwurf nun die Souveränität der Versicherten und deren Bedürfnis nach Datenschutz und Datensicherheit. Positiv ist hier hervorzuheben, dass die Versicherten – leider erst ab 2022 – eigenverantwortlich darüber entscheiden können, wer Zugriff auf welche der in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten erhalten soll.

Kritisch bewerten die Innungskrankenkassen insbesondere folgende geplante Regelungen:

Gesellschaft für Telematik (gematik)

Der Gesetzesentwurf sieht an mehreren Stellen Aufgabenzuweisungen an die durch das DVG neu strukturierte gematik vor. So soll zum Beispiel die gematik die Sicherheit der in der Telematik Infrastruktur genutzten Identifikations- und Authentifizierungsverfahren und Karten sowie Kartenausgabeprozesse sicherstellen. Zur Gewährleistung der Sicherheit in der TI soll sie verbindliche Vorgaben machen können. Im Weiteren wird sie damit beauftragt, Versicherte rund um die TI zu informieren.

Die Innungskrankenkassen sehen hier die Gefahr einer unangemessenen Ausweitung der Regelungsbefugnisse der gematik. So gibt es bereits heute rechtswirksame Anforderungen der gematik an die Ausgabeprozesse, die durch die Kartenherausgeber verbindlich umzusetzen sind. Darüber hinausgehende rechtliche Befugnisse der gematik in Bezug auf die Ausgabeprozesse zu Identitätskarten bedarf es daher nicht. Weitergehende Informationsdienste, die zum eigentlichen Geschäftsbereich der Krankenkassen gehören, sollten insofern Aufgabe der Krankenkassen bleiben. Hier gilt es Doppelstrukturen zu vermeiden und den Hoheitsbereich der Selbstverwaltung unangetastet zu lassen.

Zugriffsmöglichkeiten der Krankenkassen nach Einwilligung der Versicherten

Schon heute ist vorgesehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten Dokumente im elektronischen Patientenaktensystem bereitstellen können.

Im Gegensatz zu den Leistungserbringern fehlt es jedoch an einer gesetzlichen Regelung, die es auch den Krankenkassen ermöglicht, nach vorangegangener ausdrücklicher Einwilligung des Versicherten auf die insofern freigegebenen Inhalte der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Letzteres wäre insbesondere vor dem Hintergrund von verbesserten Präventions- und Vorsorgeangeboten für die Versicherten sinnvoll und im Sinne eines umfassenden Gesundheitssystems zum Wohl der Patienten erstrebenswert.

Krankenkassen-Terminals

Die Krankenkassen sind vom Gesetzgeber aufgefordert, spätestens bis Anfang 2022 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen die technische Infrastruktur für die Verarbeitung von Daten flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck werden die Krankenkassen verpflichtet, für ihre Kunden technische Einrichtungen, also Terminals zur Wahrung der Zugriffsrechte der Versicherten in ihren Filialen bereitzustellen.

Die Forderung des Gesetzgebers ist für die Innungskrankenkassen vor dem Hintergrund, dass noch nicht sämtliche Versicherte über Smartphones oder Tablets verfügen, um die Daten in ihre elektronische Patientenakte einzugeben und diese zu nutzen, grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Bereitstellung eines entsprechenden Terminals bei der voraussichtlich niedrigen Anzahl von Nutzern angesichts des zu erwartenden Aufwands und der hohen Kosten unsachgemäß und unverhältnismäßig ist. Die Innungskrankenkassen fordern den Gesetzgeber dazu auf, hier eine praktikablere Lösung zu finden.

Umfassende Kostenübernahme durch die GKV

Mit dem Referentenentwurf erhalten die Versicherten ein Recht darauf, ihre elektronische Patientenakte von dem sie behandelnden Arzt füllen, aktualisieren und regelmäßig pflegen zu lassen. Damit die elektronische Patientenakte bei allen beteiligten Leistungserbringern zeitnah einsetzbar ist, sieht der Entwurf für das Befüllen der Akte eine zusätzliche Finanzierung vor. So erhalten Ärzte eine einmalige Vergütung innerhalb von zwölf Monaten, Krankenhäuser sollen Zuschläge in gleicher Höhe erhalten. Auch für weitere Leistungserbringer wie Apotheker und Pflegekräfte ist für die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung ihrer elektronische Patientenakte eine entsprechende Vergütung vorgesehen.

Zwar können die Innungskranken das grundlegende Interesse des Gesetzgebers nachvollziehen, Anreize zu schaffen, damit die elektronische Patientenakte nunmehr zügig nutzbar gemacht wird. Tatsächlich sind jedoch die finanziellen Anreize als überzogen zu bewerten. Die Vergütungszuschläge für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte im ambulanten wie im stationären Bereich sowie die weiteren Vergütungserhöhungen im Jahr 2021 sind nicht akzeptabel. So ist es nicht hinnehmbar, dass z. B. zur Förderung einer zügigen Einführung der Notfalldaten die für die Erstellung von Notfalldatensätze im EBM bereits vorgesehene Vergütung über einen Zeitraum von einem Jahr auf das 2-fache erhöht werden soll. Hier werden die Leistungserbringer in der Pflicht gesehen, ohne dass die Krankenkassen eine Anschubfinanzierung, die wieder zu Lasten des Beitragszahlers ginge, zu leisten haben.

Insgesamt wäre der Gesetzgeber im Hinblick auf die begrenzte Beitragskapazität der Versicherten gut beraten, die Vergütung der mit dem Referentenentwurf vorgesehenen Leistungen zum Einsatz der elektronischen Patientenakte zu begrenzen und mithin zu budgetieren.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Referentenentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 b) cc)

§ 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 10 b) cc)

Zur Förderung einer zügigen Einführung der Notfalldaten soll u. a. die für die Erstellung von Notfalldatensätzen im EBM bereits vorgesehene Vergütung über einen Zeitraum von einem Jahr auf das 2-fache erhöht werden.

Bewertung

Zu Nr. 10 b) cc)

Kritisch bewertet werden die Regelungen des Absatzes 2a Satz 22, wonach die Vergütung für die Erstellung der elektronischen Notfalldaten in den ersten 12 Monaten extrabudgetär ausgestaltet und auf das 2-fache erhöht werden soll. Das Ziel des Gesetzgebers, den elektronischen Notfalldatensatz zeitnah einzuführen, wird begrüßt, jedoch wird die Maßnahme von den Innungskrankenkassen weder als verhältnismäßig noch als zielführend bewertet. Die einfache extrabudgetäre Vergütung für den Zeitraum der ersten 12 Monaten wird als ausreichend erachtet, insbesondere da die Leistungserbringer zur Erstellung des elektronischen Notfalldatensatzes auf Wunsch des Patienten verpflichtet werden. Der Gesetzgeber sollte insofern klarstellen, dass die extrabudgetäre Vergütung auf den Zeitraum der ersten 12 Monate begrenzt ist.

Änderungsvorschlag

Zu Nr. 10 b) cc)

§ 87 Absatz 2a Satz 22 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen hat eine Regelung zu enthalten nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 vergütet werden; die Vergütung für die Erstellung

von Datensätzen nach § 334 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ist mit Wirkung zum [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] ausschließlich über einen Zeitraum von 12 Monaten extrabudgetär zu vereinbaren.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte

Beabsichtigte Neuregelung

Die §§ 291 bis 291i SGB V werden durch die folgenden §§ 291 bis 291c SGB V ersetzt. Die bisherigen Regelungen bleiben im Wesentlichen erhalten.

Nach § 291 Absatz 2 Nr. 1 SGB V muss die elektronische Gesundheitskarte technisch geeignet sein, neben Authentifizierung und Verschlüsselung auch eine elektronische Signatur zu ermöglichen.

§ 291 Absatz 3 SGB V sieht vor, dass elektronische Gesundheitskarten, die seit dem 01.12.2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein müssen.

Bewertung

Zu § 291 Absatz 2 Nr. 1 SGB V

Der Gesetzgeber hält u. a. an der Verpflichtung fest, elektronische Gesundheitskarten mit einer elektronischen Signatur zu versehen. Der Terminus „elektronische Signatur“ definiert bislang jedoch nicht, ob es sich dabei nur um eine digitale, d. h. technische Signatur handelt oder eine im juristischen Sinne einfache, fortgeschrittene oder gar qualifizierte Signatur. Unstrittig ist jedenfalls, dass der 2004 begründete Anspruch auf eine mit einer qualifizierten Signatur versehene elektronische Gesundheitskarte mit nicht vertretbarem Aufwand zu realisieren gewesen wäre.

Tatsächlich lassen jedoch die aktuell auf der elektronischen Gesundheitskarte vorhandenen Schlüssel eine einfache technisch motivierte Signatur bereits zu. Eine solche Signatur könnte z. B. derart genutzt werden, dass unter Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte an Fachanwendungen übermittelte Daten technisch signiert werden, um z. B. der Zielanwendung die technische Möglichkeit zu geben, diese Daten auf ihre Integrität zu prüfen.

Unter der Annahme, dass der in § 291 SGB V verwendete Begriff „elektronische Signatur“ nicht mit einer qualifizierten Signatur gleichzusetzen ist, spricht nichts dagegen, an dieser Verpflichtung festzuhalten. Die Gründe für die Eigenschaften der elektronischen Signatur sollten jedoch noch näher spezifiziert werden.

Zu § 291 Absatz 3 SGB V

Des Weiteren wird, entsprechend der bisherigen Regelungen, von den Krankenkassen gefordert, dass Elektronische Gesundheitskarten, die seit dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein müssen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen. Diese kontaktlose Schnittstelle wird durch eine sogenannte „Near-Field-Communication“-Technologie (NFC) realisiert, die bereits aus dem Geldkartenumfeld bekannt ist. Die Technologie bietet die Möglichkeit, sich mittels der elektronischen Gesundheitskarte und der Eingabe der kartenspezifischen PIN an technisch dafür ausgestatteten Smartphones gegenüber Applikationen zu authentifizieren, die dieses Verfahren unterstützen. Die Forderung ist insbesondere mit Blick auf die künftig mögliche Nutzung der eGK zur Authentifizierung am Frontend der Versicherten für die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V nachvollziehbar und begründet. Der geforderte Umsetzungstermin 1. Dezember 2019 wurde mittlerweile jedoch überschritten und bisher werden von keiner Krankenkasse Gesundheitskarten mit NFC-Technologie ausgegeben. Die Gründe dafür sind insbesondere technisch begründet, da offenbar ein technisches Problem mit der Antenne in der Karte dazu führt, dass die Karten beim Einlesen einen Defekt verursachen. Derzeit finden entsprechende Tests für ein Gutachten statt. Darüber hinaus ist ein Gutachten zur elektrostatischen Aufladung der Karten beauftragt. Der Termin, ab wann ausschließlich nur noch diese Karten ausgegeben werden dürfen, sollte in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Start erster Anwendungen stehen, die auf diese Funktion der elektronischen Gesundheitskarte zurückgreifen können. Da es sich hierbei um die elektronische Patientenakte handelt, ist es naheliegend, den Einführungstermin von elektronischen Gesundheitskarten mit NFC-Funktion mit dem Einführungstermin der elektronischen Patientenakte zu synchronisieren und auf den 01.01.2021 zu legen.

Änderungsvorschlag

Zu § 291 Abs. 2 Nr. 1 SGB V kein Änderungsvorschlag; jedoch Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass der in § 291 SGB V verwendete Begriff „elektronische Signatur“ nicht mit einer qualifizierten Signatur gleichzusetzen ist.

§ 291 Abs. 3 SGB V wird wie folgt geändert

„(3) Elektronische Gesundheitskarten, die ~~seit dem 1. Dezember 2019~~ ab dem 1. Januar 2021 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen

Schnittstelle ausgestattet sein. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 291a Absatz 6 SGB V Elektronische Gesundheitskarte

Beabsichtigte Neuregelung

§ 291 Absatz 6 SGB V enthält eine neue Regelung zur Speicherung des Lichtbildes. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 18.12. 2018 (B1 KR 31/17 R) entschieden, dass eine dauerhafte Speicherung des Lichtbildes durch die Krankenkassen unzulässig ist, da es an einer Rechtsgrundlage hierfür fehle. Durch den neu eingefügten Absatz wird eine Rechtsgrundlage für die Krankenkassen geschaffen, damit diese das Lichtbild der Versicherten für die Dauer des Versicherungsverhältnisses speichern dürfen. Hierdurch wird der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen für Folgeausstattungen mit elektronischen Gesundheitskarten reduziert.

Darüber hinaus werden die Krankenkassen verpflichtet, nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses das Lichtbild des Versicherten zu löschen.

Bewertung

Das Schaffen eines eindeutigen Rechtsanspruchs auf Speicherung der Lichtbilder für die Gesundheitskarte zum Zwecke der Erst- wie auch die Folgeausstattungen der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte wird begrüßt.

Die Forderung nach einer „unverzöglichen“ Löschung des Bildes nach Ende des Versicherungsverhältnisses ist nicht sachgerecht. So sind im Zusammenhang mit der Abmeldung von Versicherten oftmals Klärungsprozesse zum Versicherungsende erforderlich. Zusätzlich wirken sich Meldefristen auf den Prozess der Versichertenabmeldung und gegebenenfalls eingehende Folgeanmeldung zum gleichen Versicherten aus. Verbleibt ein Versicherter nach Beendigung der Klärungsprozesse doch bei seiner Kasse, darf das Bild zuvor nicht bereits gelöscht worden sein.

Die Innungskrankenkassen schlagen daher eine Karenzzeit von 6 Monaten vor. Damit wird berücksichtigt, dass auch bei einem Arbeitgeber- oder Leistungsträgerwechsel oftmals zwischen Ab- und Wiederanmeldung eine längere Zeitspanne liegen kann.

Änderungsvorschlag

§ 291a Absatz 6 SGB V wird wie folgt geändert:

„(6) Die Krankenkassen dürfen das Lichtbild für die Dauer des Versicherungsverhältnisses des Versicherten für Ersatz- und Folgeausstellungen der elektronischen Gesundheitskarte speichern. Das Lichtbild ist nach Ende des Versicherungsverhältnisses von der bisherigen Krankenkasse unverzüglich, spätestens aber nach sechs Monaten, zu löschen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 305 Absatz 1 SGB V Auskünfte an Versicherte

Auf Verlangen und mit ausdrücklicher Einwilligung der Versicherten sollen durch die Krankenkassen Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen an Anbieter elektronischer Patientenakten oder andere persönliche Gesundheitsakten zur Erfüllung der Pflichten nach §§ 344 Absatz 1 Satz 2 und 350 Absatz 1 SGB V übermittelt werden.

Liegen bei den Krankenkassen unrichtige Daten nach den §§ 295 und 295a SGB V vor, deren Unrichtigkeit durch einen ärztlichen Nachweis belegt ist, sind bei der Unterrichtung und der Übermittlung der Sätze 1 bis 3 die berichtigten Daten zu verwenden.

Bewertung

Unklar ist in Absatz 1 Satz 3, was ist in diesem Zusammenhang eine "andere persönliche Gesundheitsakte" bedeuten soll. Es stellt sich die Frage, ob hier ausschließlich die Gesundheitsakten im Sinne des noch geltenden § 68 SGB V gemeint sind, die mit Aufhebung des § 68 SGB V zum 31.03.2022 entfallen. Die §§ 344 und 350 SGB V n. F. sprechen zunächst jeweils nur von "der elektronischen Patientenakte". Die "elektronische Gesundheitsakte" wird im Referentenentwurf nur im Zusammenhang mit dem § 68 SGB V genannt (z. B. in § 351 SGB V). Wobei hier der umgekehrte Weg, also die Übertragung ab dem 01.01.2022 von Daten aus der Gesundheitsakte in die Patientenakte geregelt wird.

Gemäß Absatz 1 Satz 6 soll bei unrichtigen Diagnosedaten in der Unterrichtung bzw. Übermittlung nach Satz 1 bzw. 2 und 3 auf die korrigierten Angaben abgestellt werden. Hier wären auch bislang verwendete Diagnosen grds. in den Nachweis aufzunehmen gewesen. Der Wortlaut des Satz 1 „über die in Anspruch genommene Leistung und deren Kosten“ gibt aber keinen Hinweis darauf, dass Diagnosen auch Inhalt der entsprechenden Auskunft sein müssen. Hierzu bestanden bereits in der Vergangenheit unterschiedliche Auffassungen. Dies berücksichtigend, wäre es sinnvoll, den Inhalt der Unterrichtung in den Sätzen 1 bis 3 standardisiert festzulegen, um zu diesem Punkt Einheitlichkeit und Klarheit herzustellen. Eine Klarstellung könnte z. B. im Rahmen des § 350 Absatz 2 SGB V n. F. erfolgen, verbunden mit einem klarstellenden Verweis.

Darüber hinaus bedarf es aus Sicht der Innungskrankenkassen einer eindeutigen Regelung hinsichtlich der Form einer ausdrücklichen Einwilligung des Versicherten sowie der Klärung zur Gültigkeit bei Personalveränderungen, z. B. bei Kassenwechsel, Änderung der Versicherungsart.

Änderungsvorschlag

§ 305 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen dürfen auf Verlangen und mit ausdrücklicher Einwilligung der Versicherten Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher Gesundheitsakten nach § 68 zur Erfüllung ihrer Pflichten nach §§ 344 Absatz 1 Satz 2 und 350 Absatz 1 übermitteln.“

Nach § 305 Absatz 1 Satz 9 SGB V wird folgender Satz neu eingefügt:

„Das Nähere zum Inhalt und Struktur der für die Unterrichtung nach Absatz 1 und der Übermittlung nach den Sätzen 2 und 3 relevanten Daten und Datensätze haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Benehmen mit der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 350 Absatz 2 festzulegen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 311 Absatz 1 Nr. 9 SGB V Aufgaben der Gesellschaft für Telematik

Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe der gematik umfasst nach der Neuregelung in § 311 Absatz 1 Nr. 9 SGB V auch die Sicherheit der in der Telematikinfrastruktur genutzten Identifikations- und Authentifizierungsverfahren und Karten sowie Kartenausgabeprozesse sicherzustellen. Gemeint sind insbesondere die elektronischen Gesundheitskarten, die Heilberufs- und Berufsausweise sowie die Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, aber zum Beispiel auch die Konnektoren. Soweit zur Gewährleistung der Sicherheit in der Telematikinfrastruktur erforderlich, kann sie insoweit verbindliche Vorgaben machen.

Bewertung

Der Ausgabeprozess der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 SGB V ist ein standardisierter Massenprozess, der aktuell jährlich ca. 20 Prozent des Versichertenbestands betrifft.

Dabei ist die Gefahr und Reichweite des Missbrauchs einer elektronischen Gesundheitskarte im Gegensatz zum Missbrauch eines Ausweises nach § 340 SGB V als sehr gering einzuschätzen. Die vom Gesetzgeber angedachte Möglichkeit, komplexere Authentifizierungsverfahren bei der Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte vorzunehmen, ist deshalb als unverhältnismäßig zu bewerten. Dies gilt umsomehr, als es bereits heute z. B. im Rahmen des übergreifenden Sicherheitskonzeptes der Telematikinfrastruktur, rechtswirksame Anforderungen der gematik an Ausgabeprozesse gibt, die durch die Kartenherausgeber verbindlich umzusetzen sind. Weitere rechtliche Befugnisse der gematik konkret in Bezug auf die Ausgabeprozesse zu Identitätskarten bedarf es daher nicht. Die Ausweitung der Regelungsbefugnisse der gematik explizit auch auf die Ausgabeprozesse für Gesundheitskarten sollte deshalb entfallen und die Verantwortung weiterhin bei der jeweiligen die Karte ausgebenden Kasse verbleiben

Änderungsvorschlag

§ 311 Absatz 1 Nr. 9 SGB V wird wie folgt geändert:

„9. die Sicherheit der in der Telematikinfrastruktur genutzten Identifikations- und Authentifizierungsverfahren, insbesondere der Karten und die Ausweise gemäß §§ 291 und § 340 ~~sowie deren Ausgabeprozesse~~ zu koordinieren, zu überwachen und bei Sicherheitsmängeln verbindliche Vorgaben zu machen und (...)“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 311 Absatz 1 Nr. 10 SGB V Aufgaben der Gesellschaft für Telematik

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesbegründung zufolge regelt die Vorschrift, dass die gematik Komponenten, die den Versicherten einen Zugangsweg zur Anwendung für die elektronische Übermittlung ärztlicher Verschreibungen nach § 360 SGB V über mobile Endgeräte ermöglichen, entwickeln und zur Verfügung stellen soll. Damit gemeint ist eine „App“, durch die der Versicherte auf elektronische ärztliche Verschreibungen zugreifen können soll. Neben der Möglichkeit des Ausdrucks eines eRezept-Tokens, mit dem die Versicherten ihr Rezept bei der Apotheke ihrer Wahl einlösen können, sollen die Versicherten mit einem Token auch über eine App auf das Rezept zugreifen und dieses über die App einsehen, löschen oder bei einer Apotheke ihrer Wahl einlösen können. Dabei können Versicherte bereits in der App eine Apotheke auswählen und das Rezept mittels der App direkt an die Apotheke übermitteln.

Bewertung

Grundsätzlich ist der Auftrag an die gematik für die Entwicklung einer bundeseinheitlichen App sinnvoll und damit zu unterstützen. Die verordneten Arzneimittel können nach § 341 Absatz 2 Nummer 11 SGB V in die elektronische Patientenakte ab dem 01.01.2023 übertragen werden.

Dabei muss jedoch zweifelsfrei geregelt sein, dass dies sowohl eine reine eRezept-App beinhaltet, wie auch ein Modul zur Integration in bestehende Dach-Apps der Krankenkassen. Die Ergebnisse müssen so erstellt werden, dass deren Kernfunktionalität in andere Apps (z.B. die zugelassene elektronische Patientenakte-App der Krankenkassen) integrierbar sind. Es muss vermieden werden, dass die Versicherten für ihr Gesundheitsmanagement mehrere Apps auf dem Smartphone installieren müssen.

Wünschenswert ist es, wenn direkt der Token in die elektronische Patientenakte übertragen würde und damit die Nutzung einer separaten bundeseinheitlichen App für die Nutzer der elektronischen Patientenakte vermeidbar wäre. Die erforderliche Aufklärung zu den Verordnungen müsste dann auch in der elektronischen Patientenakte abgebildet werden.

Änderungsvorschlag

Der Gesetzgeber ist dazu aufgefordert, die aus Sicht der Innungskrankenkassen notwendigen Konkretisierungen vorzunehmen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 338 SGB V Technische Einrichtungen zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte der Versicherten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen haben spätestens bis zum 01.01.2022 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen die technische Infrastruktur für die Verarbeitung von Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 SGB V flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, für ihre Kunden Terminals mit dem Zweck der Verarbeitung von

- Daten der elektronischen Patientenakte,
- Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende und Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie
- Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen

in ihren Geschäftsstellen zu betreiben. Hierzu dürfen sie Kooperationen mit anderen Krankenkassen eingehen.

Sie haben die Versicherten umfassend in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form über die Möglichkeit der Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte mittels dieser technischen Infrastruktur zu informieren.

Bewertung

Die Forderung des Gesetzgebers erscheint nachvollziehbar, droht aber bei hohen Kosten ins Leere zu laufen, da die Umsetzung unter Einsatz erheblicher finanzieller Mittel weder zielführend noch sachgerecht ist. Zum Jahresende 2018 gab es in Deutschland 57 Millionen Smartphone-Nutzer. Eingerechnet dabei wurden alle Personen ab vollendetem 14. Lebensjahr. Für 2020 beziehungsweise 2021 dürften diese Werte noch höher liegen. Insofern ist für die elektronische Patientenakte davon auszugehen, dass der Zugriff auf diese durch die Kunden der Krankenkassen im Regelfall über das Frontend der Versicherten erfolgt, welches über das Smartphone der Versicherten nutzbar sein wird. Nur in Ausnahmefällen wird der Zugriff auf diese Daten auf anderem Wege notwendig sein. Durch die immer größere Verbreitung mobiler Endgeräte ist der Zugriff grundsätzlich jedem zumutbar. Die elektronische Patientenakte bleibt eine freiwillige Entscheidung

der Versicherten. Der Betrieb der dafür erforderlichen Geräte in Geschäftsstellen der Krankenkassen könnte - insbesondere auf Grund der zu erwartenden äußerst geringen Inanspruchnahme - nicht wirtschaftlich betrieben werden. Darüber hinaus werden auch für ein Kooperationsmodell hohe Installations- und Betriebskosten prognostiziert, die vor dem Hintergrund der zu erwartenden geringen Inanspruchnahme ebenfalls nicht wirtschaftlich erscheinen. Ein weiteres Argument für den Verzicht auf Versichertenterminals ist die „Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung“ durch die Leistungserbringer gemäß § 346 Absatz 1 SGB V u. a. sind dem Versicherten nach § 336 Absatz 3 SGB V hierzu Einblicke in die Akte zu ermöglichen.

Die Innungskrankenkassen appellieren daher an den Gesetzgeber, noch einmal über eine kostengünstigere und praktikablere Lösung nachzudenken.

Im Übrigen ist auch die gegenüber den Krankenkassen gesetzte Frist zur Bereitstellung in den Filialen abzulehnen, da bisher keine umsetzungsfähigen Konzepte für ein derartiges Szenario vorliegen. Adressat der Fristsetzung müsste viel eher die gematik sein, da sie die erforderlichen umsetzungsfähigen Konzepte und Spezifikationen erstellen muss.

Änderungsvorschlag

§ 338 SGB V in der bisherigen Fassung ist zu streichen.

Ersatzweise Neufassung des § 338 SGB V durch Streichung der Fristsetzung für die Krankenkassen und Verpflichtung für die gematik:

„Die Krankenkassen haben ~~spätestens bis zum 1. Januar 2022~~ allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen die technische Infrastruktur für die Verarbeitung von Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 flächendeckend zur Verfügung zu stellen. Die Gesellschaft für Telematik hat die dafür erforderlichen Voraussetzungen bis spätestens 1. Januar 2022 zu schaffen. ~~Sie~~Die Krankenkassen haben die Versicherten umfassend in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form über die Möglichkeiten der Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte mittels dieser technischen Infrastruktur zu informieren.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 341 SGB V Elektronische Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

In § 341 SGB V wird das bislang geltende Recht aus § 291a Absatz 3 Nummer 4 SGB V zu den Inhalten der elektronischen Patientenakte als einer Anwendung der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 SGB V übernommen und weiter konkretisiert. Die Vorschrift beschreibt die wesentlichen Eigenschaften, Ziele und Inhalte der elektronischen Patientenakte. In Absatz 2 werden die Daten, die in der elektronischen Patientenakte gespeichert und verarbeitet werden können, umfassend aufgezählt.

Bewertung

Zu Absatz 2 Nr. 8 bleibt unklar, ob dies den inhaltlich alleinigen Bezug auf § 305 Absatz 1 SGB V n. F. darstellen soll oder darüber hinaus noch weitere Daten in Betracht kommen. Hier sollte zur Klarstellung der direkte Bezug zu § 305 Absatz 1 SGB V n. F. aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

§ 341 Absatz 2 Nr. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

- „8. bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen entsprechend § 305 Absatz 1 Satz 3 der Versicherten, (...).“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 343 Absatz 2 SGB V Informationspflichten der Krankenkassen

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung der Informationspflichten nach Absatz 1 hat der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit spätestens bis zum 01.01.2021 geeignetes Informationsmaterial zu erstellen und den Krankenkassen zur verbindlichen Nutzung zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

Die Unterstützung zur Erstellung von Informationsmaterialien zur elektronischen Patientenakte durch den GKV-Spitzenverband wird begrüßt. Die Neuregelung lässt jedoch offen, was genau „geeignetes Informationsmaterial“ darstellt. So stellt sich die Frage, ob es sich dabei um Broschüren handelt oder die Krankenkassen ebenso vorbereitete Texte erhalten, die in den jeweiligen Formaten (Print/digital) genutzt werden können. Eine verbindliche Nutzung sollte auf vorgegebene Mindestinhalte beschränkt werden und durch die Kassen entsprechend ergänzt werden können.

Der Termin 01.01.2021 ist der Starttermin für die operative Umsetzung der elektronischen Patientenakte. Wenn erst zu diesem Termin die verbindlichen Vorlagen zur Verfügung gestellt werden, ist eine Umsetzung bei den Kassen zum 01.01.2021 nicht möglich. Die Frist sollte entsprechend vorverlegt werden.

Änderungsvorschlag

§ 343 Abs. 2 SGB V wird wie folgt geändert

„Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Informationspflichten nach Absatz 1 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit spätestens bis zum 30.11.2020 ~~1. Januar 2021~~ geeignetes Informationsmaterial auch in digitaler Form zu erstellen und den Krankenkassen als Mindestinhalte zur verbindlichen Nutzung zur Verfügung zu stellen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 345 SGB V Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuregelung sollen Versicherte den Krankenkassen Daten aus der elektronischen Patientenakte zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Krankenkassen angebotener Anwendungen zur Verfügung stellen können.

Bewertung

Der Verwendungszweck für die Nutzung medizinischer elektronischer Patientenakten-Daten sollte deutlicher formuliert werden. Neben „Anwendungen“, unter denen vornehmlich Apps bzw. Digitalen Gesundheitsanwendungen verstanden werden, sollten auch digitale Bestandteile konventioneller Vorsorge-, Präventions- oder Versorgungsangebote auf entsprechende Daten der elektronischen Patientenakte zugreifen können.

Änderungsvorschlag

§ 345 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Versicherte können den Krankenkassen Daten aus der elektronischen Patientenakte zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Krankenkassen angebotener Anwendungen und Inhalte zur Verfügung stellen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 346 SGB V Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung definiert den berechtigten Kreis der Berufsgruppen, die mit der Verwaltung der elektronischen Patientenakte durch den Versicherten betraut werden können. Dabei wird auch bestimmt, welche Aufgaben durch die Berechtigten an welche weitere Berufsgruppen bzw. Angestellte delegiert werden können.

Im Rahmen der Erstbefüllung sind insbesondere die Einfügung eines elektronischen Notfalldatensatzes, eines elektronischen Medikationsplans sowie elektronischer Arztbriefe vorgesehen. Für diese Leistung sieht § 346 Absatz 4 SGB V einen einmaligen Vergütungszuschlag je Fall vor, in dem der Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung den Versicherten auf Verlangen bei der erstmaligen Befüllung und Nutzung der elektronischen Patientenakte unterstützt. Der einmalige Vergütungszuschlag beträgt zehn Euro und ist auf einen Zeitraum von 12 Monaten begrenzt. Der Vergütungszuschlag in Höhe von zehn Euro kommt zur eigentlichen Abrechnung der Leistung nach Absatz 1 und 2 noch hinzu.

Bewertung

Das grundlegende Interesse des Gesetzgebers, für Leistungserbringer finanzielle Anreize schaffen zu wollen, damit diese die Befüllung der elektronischen Patientenakte vornehmen, ist nachvollziehbar. Die damit einhergehende Festlegung der dazu berechtigten Berufsgruppen und insbesondere die Möglichkeit zur Delegation werden dabei begrüßt.

Allerdings sind die vom Gesetzgeber vorgesehenen finanziellen Anreize als überzogen zu bewerten. Dies gilt auch für die vom Gesetzgeber angedachten Vergütung für die Erstbefüllung nach § 346 Absatz 4 SGB V.

Änderungsvorschlag

Streichen von § 346 Absatz 4 SGB V.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 350 SGB V Anspruch der Versicherten auf Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

§ 350 SGB V regelt den Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse, die bei ihr gespeicherten Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen auf seinen Wunsch in der elektronischen Patientenakte zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

Bei Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und Absatz 4 bleibt jeweils (vergleichbar zu § 341 SGB V) unklar, ob dies den alleinigen Bezug auf § 305 Absatz 1 SGB V n. F. darstellen soll oder dazu noch weitere Daten in Betracht kommen. Hier sollte zur Klarstellung der direkte Bezug zu § 305 Absatz 1 SGB V n. F. aufgenommen werden. Es wird insofern auf die Ausführung zu § 341 SGB V verwiesen. Eine entsprechende Anpassung dort würde aufgrund des Verweises auf § 341 Absatz 1 Nummer 8 SGB V bereits für die entsprechende Klarstellung sorgen.

Unter Bezug auf die Bewertung zu § 305 Absatz 1 ist als Folge der angeregten Anpassung der hiesigen Absatz 2 um die inhaltliche Festlegung des Umfangs nach § 305 Absatz 1 Satz 1 zu ergänzen. Nachstehend wird ein entsprechender Änderungsvorschlag unterbreitet.

Änderungsvorschlag

§ 350 Absatz 1 und 2 SGB V werden wie folgt neu gefasst:

„(1) Auf Verlangen der Versicherten

1. hat die Krankenkasse ab dem 01. Januar 2022 Daten der Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen an den Anbieter der elektronischen Patientenakte zu übermitteln und
2. hat die Krankenkasse, abweichend von § 303 Absatz 4 Diagnosedaten, die ihr nach den §§ 295 und 295a übermittelt wurden und deren Unrichtigkeit durch einen ärztlichen Nachweis bestätigt wird, in berichtigter Form an den Anbieter der elektronischen Patientenakte bei der Übermittlung nach Nummer 1 zu verwenden und

3. hat der Anbieter die nach Nummer 1 und Nummer 2 übermittelten Daten in der elektronischen Patientenakte nach § 341 zu speichern.

(2) Das Nähere zu Inhalt und Struktur der Unterrichtung nach § 305 Absatz 1 Satz 1 und der relevanten Datensätze nach § 305 Absatz 1 Sätze 2 und 3 haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Benehmen mit der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Dezember 2020 zu vereinbaren. Dabei ist sicherzustellen, dass in der elektronischen Patientenakte erkennbar ist, dass es sich um Daten der Krankenkassen handelt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 351 SGB V Übertragung von Daten aus elektronischen Gesundheitsakten in die elektronische Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Gesetzesbegründung wird in § 351 SGB V die Verpflichtung der Krankenkassen geregelt, ab dem 01.01.2022 sicherzustellen, dass auf Verlangen des Versicherten, Daten aus einer von der Krankenkasse nach § 68 SGB V finanzierten elektronischen Gesundheitsakte über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte des Versicherten übermittelt werden. Ziel ist, dass mit Wegfall der Finanzierungsregelung in § 68 SGB V die bisher in der Gesundheitsakte enthaltenen Daten nicht verloren gehen und dem Versicherten weiterhin zur Verfügung stehen. Es besteht ein Rechtsanspruch auf Übertrag der Daten von der elektronischen Gesundheitsakten in die elektronische Patientenakte.

Bewertung

Die Schaffung eines grundsätzlichen Anspruchs für Versicherte darauf, Daten aus einer bereits vorhandenen elektronischen Gesundheitsakte in eine elektronische Patientenakte zu übernehmen, wird begrüßt. Die Krankenkassen beabsichtigen schon mit Blick auf die voraussichtlich dazu bestehenden Kundenerwartungen sowie zur Förderung der Kundenzufriedenheit, entsprechende Möglichkeiten der Datenübernahme anzubieten.

Nach der gesetzlichen Regelung sind allerdings manuelle Prozesse zur Migration von Daten elektronischer Gesundheitsakten in elektronische Patientenakten allein nicht zulässig. Die Anbieter existierender Gesundheitsakten müssten daher vertraglich nachverpflichtet werden, die für die Migration erforderlichen technischen Funktionen nachträglich zu entwickeln und zu implementieren. In dieser vom Gesetzgeber ausschließlich technisch automatisiert vorgesehenen Variante der Datenübernahme wird die vorgesehene Regelung daher abgelehnt. Ergänzend zur vorgesehenen Regelung sollte auch ein allein manueller Datenexport aus der Gesundheitsakte mit einem daran anschließenden manuellen Import der Daten in die elektronische Patientenakte zur Erfüllung des Anspruchs auf die Migration der Daten der beiden Aktensysteme zulässig sein.

Änderungsvorschlag

§ 351 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse hat ab dem 1. Januar 2022 sicherzustellen, dass Daten der Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7, die in einer von der Krankenkasse nach § 68 finanzierten elektronischen Gesundheitsakte der Versicherten gespeichert sind, ~~auf Antrag mittels eines dafür geeigneten Verfahrens vom Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte über den Anbieter der elektronischen~~ in die elektronische Patientenakte der Versicherten nach § 341 ~~übermittelt~~ übernommen werden können. Ein Verfahren ist insbesondere dann dafür geeignet, wenn es entweder die technisch automatisierte Übermittlung der Daten auf Antrag der Versicherten vom Anbieter der elektronischen Gesundheitsakte über den Anbieter der elektronischen Patientenakte oder die manuelle Datenübernahme aus der elektronischen Gesundheitsakte durch die Versicherten zulässt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 359 SGB V Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beschreibt die Zugriffs- und Verarbeitungsrechte auf die elektronischen Notfalldaten sowie auf den elektronischen Medikationsplan und der darin enthaltenen Daten. Grundlage ist der bisherige § 291a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V sowie Absatz 5 Satz 1 und 2, wobei zusätzlich die berechtigten Berufsgruppen erweitert werden. Zusätzlich werden Ausnahmen geregelt, bei denen zugriffsberechtigte Berufsgruppen auch ohne ausdrückliche Einwilligung des Versicherten auf die gespeicherten Daten zugreifen dürfen.

Bewertung

Die umfängliche Eingrenzung der zugriffsberechtigten Berufsgruppen sowie die Möglichkeit zur Delegation sind sachgerecht und nachvollziehbar. Als Grundvoraussetzung für den Zugriff bleibt die Freigabe durch den Versicherten als zentrales Element bestehen. Dass der Zugriff auf die Notfalldaten in Ausnahmefällen, wie Notfallsituation, auch ohne Zustimmung des Versicherten möglich ist, erscheint sachlogisch, insbesondere um eine angemessene Versorgung in Notfallsituationen sicherzustellen.

Nicht nachvollziehbar ist die vorgesehene Berechtigung für Psychotherapeuten, den elektronischen Medikationsplan nicht nur lesen, sondern auch Daten in ihn schreiben zu dürfen. Im Falle ärztlicher Psychotherapeuten ist dies nachvollziehbar, wenngleich dabei vermutet wird, dass diese dann in der Rolle „Arzt“ aktiv sind. Psychologische Psychotherapeuten dürfen jedoch keine Medikamente verordnen, weshalb sie keine Schreibrechte im elektronischen Medikationsplan benötigen. Im Übrigen sieht das systemspezifische Konzept eMP/AMTS-Datenmanagement (Stufe A) der gematik in der aktuellen Version 1.3.0 für psychologische Psychotherapeuten explizit keine Berechtigung für den Anwendungsfall „eMP/AMTS-Daten auf eGK schreiben“ vor, sondern lediglich für den Anwendungsfall „eMP/AMTS-Daten von eGK lesen“.

Änderungsvorschlag

§ 359 Abs. 1 Nr. 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„3. Psychotherapeuten, die in die Behandlung der Versicherten eingebunden sind, mit einem Zugriff, der die Verarbeitung von Daten nach § 334 Absatz 1 Nummer 4 und 5 ~~so- wie das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten nach § 334 Absatz 4 Nummer 4~~ ermöglicht, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist; (...)

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 378 SGB V Finanzierung der den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und Einrichtungen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung entspricht dem nach dem bisherigen § 291a Abs. 7b SGB V geltendem Recht. Darüber hinaus enthält die Regelung eine Klarstellung, dass die Krankenkassen die Ausstattungs- und Betriebskosten, die den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Patientenakte sowie der elektronischen ärztlichen Verordnung für apothekenpflichtige Arzneimittel entstehen, zu tragen haben.

Bewertung

Die redaktionelle Neuverortung ist sachgerecht.

§ 378 Absatz 1 SGB V sieht vor, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen zum Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten aufgrund der Anbindung an die Telematikinfrastruktur Kostenerstattungen von den Krankenkassen erhalten. Die Innungskrankenkassen bewerten die Erstattung als kritisch, da es sich um eine notwendige Investition zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung handelt und der Leistungserbringer als Selbstständiger im Sinne des Einkommenssteuergesetzes das wirtschaftliche Risiko zumindest mitzutragen hat. Demzufolge ist eine Kostenbeteiligung anstelle einer Erstattung, die den Ausgleich der Kosten in voller Höhe zur Folge hätte, festzuschreiben.

Darüber hinaus ist in Absatz 2 die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 SGB V festzuschreiben.

Änderungsvorschlag

§ 378 Absatz 1 SGB V ist wie folgt zu ändern:

„(1) ~~Zum Ausgleich der~~ Die Krankenkassen beteiligen sich an den Ausstattungs- und Betriebskosten nach § 376 Nummer 1 und 2 erhalten für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ~~und Einrichtungen Erstattungen von den Krankenkassen.~~“

§ 378 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist wie folgt zu ändern:

„(2) Das Nähere zur Höhe und Erhebung der ~~Erstattung~~ Kostenbeteiligung nach Absatz 1 sowie einer entsprechenden Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen in den Bundesmantelverträgen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 383 SGB V Erstattung der Kosten bei Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ist eine redaktionelle Anpassung in Folge des Ersetzens der §§ 291 bis 291i SGB V.

Bewertung

Die redaktionelle Neuverortung des alten § 291f SGB V ist sachgerecht.

Unklar bleibt aber weiterhin, warum auch bei der Übermittlung elektronischer Arztbriefe die Sonderrolle der Vertragszahnärzte erhalten bleibt. Im Sinne einheitlicher Regelungen sollten für Vertragszahnärzte die gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen wie für die an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten gelten.

Änderungsvorschlag

§ 383 Absatz 6 SGB V ist zu streichen.