

STELLUNGNAHME
DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V.

ZUM REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT
FÜR EIN GESETZ ZUM SCHUTZ ELEKTRONISCHER PATIENTENDATEN IN DER
TELEMATIKINFRASTRUKTUR (PATIENTENDATEN-SCHUTZGESETZ - PDSG)

25. FEBRUAR 2020

A. VORBEMERKUNG

Zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (PDSG) nehmen wir zu einzelnen Regelungen Stellung, die nach unserer Auffassung überprüft und geändert werden sollten.

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. unterstützt die *Digitalisierung* im Gesundheitswesen. Wir sind überzeugt davon, dass viele der mit dem vorliegenden Referentenentwurf neu geschaffenen bzw. weiterentwickelten Strukturen, Instrumente und Maßnahmen die Versorgung der Versicherten verbessern und die Arbeit der Hausärzte unterstützen können. Digitale Versorgungsstrukturen machen aber nur dann Sinn, wenn sie auch tatsächlich nutzbar sind, und zwar grundsätzlich von jedem und an jedem Ort in Deutschland. Hier gibt es noch immensen Nachholbedarf, und zwar gerade dort, wo neue Versorgungslösungen am dringendsten benötigt werden: in ländlichen und strukturschwachen Regionen!

Zudem erlauben wir uns den Hinweis, dass *Digitalisierung* nicht als Ersatz für fehlende und unzureichende Strukturen in der Gesundheitsversorgung dienen kann, sondern unterstützend zur Verfügung stehen muss. *Digitalisierung* ist kein Selbstzweck, sondern sie muss konkreten und nachweisbaren Nutzen bieten, und das sowohl auf Seiten der Versicherten als auch auf Seiten der Ärzte.

B. STELLUNGNAHME

Übersicht:

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches

- I. Nr. 8b - § 86 Abs. 3 SGB V – E (Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form)
- II. Nr. 10b - § 87 SGB V - E (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab; bundeseinheitliche Orientierungswerte) i.V.m. § 346 SGB V - E
- III. Nr. 22 - § 291a Abs.2 SGB V - E (Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)
- IV. Nr. 22 - § 291b SGBV - E (Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)
- V. Nr. 28 - § 305 Abs. 1 S. 6 SGB V - E (Auskünfte an Versicherte)
- VI. Nr. 29 - § 307 SGB V - E (Datenschutzrechtliche Verantwortliche)
- VII. Nr. 29 - § 309 SGB V – E (Technische und organisatorische Maßnahmen der datenschutzrechtlich Verantwortlichen)
- VIII. Nr. 29 - § 317 SGB V – E (Beirat der Gesellschaft für Telematik)
- IX. Nr. 29 - § 336 SGB V - E (Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffberechtigten Personen)
- X. Nr. 29 - § 341 SGB V – E (Elektronische Patientenakte)
- XI. Nr. 29 - § 345 SGB V - E (Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen)
- XII. Nr. 29 - § 346 SGB V – E (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte)
- XIII. Nr. 29. - § 347 SGB V - E (Anspruch der Versicherten auf Übermittlung und Speicherung von Behandlungsdaten in der elektronischen Patientenakte)
- XIV. Nr. 29 - § 351 SGB V – E (Übertragung von Daten aus elektronischen Gesundheitsakten in die elektronische Patientenakte)
- XV. Nr. 29 - § 355 SGB V – E (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte)
- XVI. Nr. 29 - § 358 SGB V – E (Elektronischer Medikationsplan und elektronische Notfalldaten)
- XVII. Nr. 29 - § 376 SGB V – E (Finanzierungsvereinbarung)

Im Einzelnen:

I. Nr. 8b – § 86 Abs. 3 SGB V - E (Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form)

Das sog. „Grüne Rezept“ in elektronischer Form betrifft Leistungen, die nicht Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Zudem soll die Übermittlung des „Grünen Rezepts“ unter Nutzung der aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Telematikinfrastruktur (TI) erfolgen. Insoweit bestehen systematische Bedenken gegenüber dem hier verfolgten Regelungsansatz. Unabhängig davon muss bei der Umsetzung dieses Ansatzes ein zusätzlicher Aufwand in der Hausarztpraxis vermieden oder aber vergütet werden, was wiederum den systematischen Bruch, den diese Regelung mit sich bringen würde, deutlich macht.

II. Nr. 10b - § 87 SGB V - E (Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab; bundeseinheitliche Orientierungswerte) i.V.m. §§ 346 u. 347 SGB V - E

Die (Unterstützungs-)Leistungen nach §§ 346 und 347 SGB V - E werden in erster Linie Hausärzte und deren Fachangestellte betreffen. Der damit verbundene Aufwand wird erheblich sein, denn er umfasst eine Vielzahl von zeitintensiven Tätigkeiten, wobei ggf. auch organisatorische (bauliche) Maßnahmen (nicht zuletzt aus Gründen des Datenschutzes) notwendig sind. Patienten sollen über ihre Ansprüche aus §§ 346 u. 347 SGB V - E aufgeklärt werden, sie werden gemeinsam mit dem Hausarzt entscheiden, welche Daten grundsätzlich und im aktuellen Behandlungskontext in die ePA eingestellt werden, welchen Nutzen der Patient dadurch hat, wie er und andere (Leistungserbringer, Angehörige, etc.) damit umgehen (werden), und welche Risiken ggf. mit der Einstellung oder dem Verzicht auf die Einstellung der ein oder anderen Information in die ePA verbunden sind. Hinzukommt die Übermittlung der vom Patienten ausgewählten Daten vom Praxisverwaltungssystem (PVS) in die ePA. Für all diese Leistungen ist die in § 346 Abs. 5 SGB V - E vorgesehene Vergütung von zehn Euro eindeutig zu gering angesetzt, wobei der Preisbildung per Gesetz ausdrücklich widersprochen wird. Dies gilt sowohl für die sog. Erstbefüllung der ePA als auch für die Vergütungsvorgaben nach § 87 Abs. 2a Satz 22 SGB V - E, wonach bei Festlegung der Vergütung für die Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes gesetzliche Vorgaben zur Höhe der Vergütung gemacht werden. Unabhängig davon, dass dies grundsätzlich Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung ist (Bewertungsausschuss), muss die Möglichkeit bestehen, von diesen Vorgaben im Rahmen der Verträge nach § 73b SGB V abzuweichen; § 73b SGB V muss hier entsprechend ergänzt werden, oder aber man verortet die Regelungen zu den Vergütungen im Zusammenhang mit der eGK und ePA, die sich nach dem vorliegenden Referentenentwurf (noch) im elften Kapitel befinden, in das vierte Kapitel des SGB V, wo Vergütungsregelungen auch systematisch hingehören.

Im Ergebnis sind zunächst aber die Regelungen in § 346 Abs. 4 und 5 SGB V - E zu streichen und durch Regelungen zu ersetzen, die vorsehen, dass (mit Wirkung zum 01. Januar 2021) im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zu treffen sind, nach

denen die ärztlichen Leistungen (a) für die Unterstützung der Versicherten bei Nutzung der ePA (§ 346 Abs. 1 SGB V - E), (b) der Erstbefüllung der ePA (§ 346 Abs. 2 SGB V - E) sowie (c) der Übermittlung und Speicherung der Daten (§ 347 SGB V - E) angemessen vergütet werden. Die Vorgabe in § 87 Abs. 2a Satz 22, 2. HS. SGB V - E ist zu streichen. Bleibt es bei der jetzigen Gliederung des SGB V – E ist § 73b SGB V in dem Sinne zu ergänzen, dass in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung von den o.g. Vergütungsvorgaben im elften Kapitel abgewichen werden kann. Formulierungsvorschläge werden wir gesondert zur Verfügung stellen.

III. Nr. 22 - § 291a Abs. 2 SGB V - E (Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)

Zu den verpflichtenden Angaben, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden müssen (§ 291a Abs. 2 SGB V - E), gehört zwingend die „Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V“. Die hausarztzentrierte Versorgung ist eine alternative Regelversorgung, an der zwischenzeitlich über 17.000 Hausärzte und ca. 5,5 Millionen Versicherte (Vollversorgungsverträge) bzw. über 7 Millionen Versicherte (Vollversorgungsverträge und sog. Add on - Verträge) teilnehmen. Kernbestandteil der hausarztzentrierten Versorgung ist die Wahl eines Hausarztes durch den teilnehmenden Versicherten für die Dauer von mindestens 12 Monaten, ergänzt durch einen gesteuerten und koordinierten Zugang zu Vertragsärzten der fachärztlichen Versorgungsebene in Gestalt von Überweisungen. Um Fällen der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme eines weiteren (nicht an der HZV teilnehmenden) Hausarztes und/oder der direkten Inanspruchnahme eines Arztes der fachärztlichen Versorgungsebene, für den eine Überweisung notwendig ist, zu vermeiden, muss der „HZV-Teilnahmestatus“ des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sein. Hierdurch lassen sich erhebliche Kosten einsparen und Verwaltungsaufwände reduzieren, denn die Korrektur von vorausgegangenem Bereinigungen des Behandlungsbedarfs und etwaigen (zu Unrecht) gezahlten Doppelvergütungen sind enorm aufwendig.

IV. Nr. 22 - § 291b SGBV - E (Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis)

Die Honorarkürzungen enthaltenen Sanktionsregelungen in § 291b Abs. 5 SGB V - E werden abgelehnt. Vielmehr sollten Vergütungsanreize, wie sie der Deutsche Hausärzteverband in seinen neuen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung, z. B. mit der Techniker Krankenkasse, vereinbart hat, das Mittel der Wahl sein. So kann viel eher und überzeugender erreicht werden, dass sich alle Vertragsärzte an die Telematikinfrastruktur anbinden und diese nutzen. Hilfreich wäre es auch, wenn die Vertragsärzte die Sicherheit hätten, dass sie nicht für technische Mängel und Fehler der Komponenten der Telematikinfrastruktur - datenschutzrechtlich und haftungsrechtlich - verantwortlich sind; vgl. hierzu unsere Ausführungen zu den §§ 307 und 309 SGB V - E unter VI. und VII.

V. Nr. 28 - § 305 Abs. 1 S. 6 SGB V - E (Auskünfte an Versicherte)

Die Regelung in § 305 Abs. 1 Satz 6 SGB V - E ist nicht DSGVO-konform. Der Anspruch des Betroffenen (hier: der Patient) auf Berichterung (Art. 16 DSGVO) richtet sich ausschließlich gegen den Verantwortlichen (hier: der behandelnde und die Diagnose vergebende Arzt). Die Reihenfolge kann in dem hier zu beurteilenden Kontext daher nur sein: (a) Patient fordert Berichterung durch den Arzt, (b) dieser berichtet (wenn der Anspruch des Patienten begründet ist) die Diagnose(n) und (c) übermittelt diese in berichteter Form an die Krankenkasse. § 303 Abs. 4 SGB V muss daher den datenschutzrechtlichen Anforderungen (hier: Art. 16 DSGVO) folgen und angepasst werden.

VI. Nr. 29 - § 307 SGB V - E (Datenschutzrechtliche Verantwortliche)

Die Neureglung in § 307 SGB V - E muss nach diesseitiger Auffassung überarbeitet werden; dies sowohl was den Gesetzeswortlaut als auch die Begründung angeht.

§ 307 SGB V - E regelt die Verantwortlichkeiten (Art. 4 Nr. 7 DSGVO) für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten (Patientendaten/Gesundheitsdaten) mittels Komponenten der dezentralen Infrastruktur. Folgende Verantwortliche werden genannt: (a) die Leistungserbringer, (b) die Anbieter von Zugangsdiensten, (c) der von der Gesellschaft für Telematik (*gematik*) beauftragte Netzbetreiber und schließlich (d) die (jeweiligen) Anbieter von Anwendungen (z.B. den Anbietern der ePA).

Die *gematik* wird nicht als Verantwortlicher benannt; sie spezifiziert, prüft und lässt Zugangsdienste zu. Ferner beauftragt sie den Anbieter für den Betrieb des gesicherten Netzes und für den Betrieb notwendiger Dienste. Schließlich richtet die *gematik* für die Betroffenen (Patienten) eine koordinierende Stelle ein, die offensichtlich der Anlaufstelle gemäß Art. 26 Abs. 1 Satz 3 DSGVO nachgebildet ist. Nicht nur aus diesem Grund liegt es nahe, hier insgesamt von einer *gemeinsamen Verantwortlichkeit* (Art. 26 DSGVO; vgl. zu den hierzu gehörenden Fallgruppen u.a. *Veil* in Gierschmann, Schlender, Stentzel, *Veil*, Kommentar Datenschutz-Grundverordnung, Bundesanzeiger, Art. 26 RN 42 ff m.w.Nw.) der oben unter (a) bis (d) genannten Personen und Einrichtungen auszugehen, wobei der Gesetzgeber dann aber offensichtlich die Öffnungsklausel der Art. 26 Abs. 1 Satz DSGVO nutzt und die jeweiligen Verantwortlichkeiten der bei Verarbeitung der Patientendaten (Gesundheitsdaten) selbst festlegt. Nach summarischer Prüfung kann man das durchaus so machen.

Aber: Bei dieser gesetzlichen Zuweisung der Verantwortlichkeiten wurde nach hiesiger Einschätzung nicht hinreichend berücksichtigt, dass die Vertragsärzte gesetzlich verpflichtet sind, die dezentralen Komponenten zu nutzen. Sie haben damit weder eine Wahlmöglichkeit, andere Lösungen zu nutzen noch haben sie Einfluss auf die Datenverarbeitung in diesen Komponenten. Demnach kann ihnen insoweit auch keine Verantwortlichkeit im datenschutzrechtlichen Sinne zugewiesen werden. Hier muss der Gesetzeswortlaut eindeutiger Abgrenzungen der Verantwortlichkeiten regeln und zumindest den Ansatz aus der Begründung zu § 307 SGB V - E aufgreifen und in § 307 SGB V - E klarstellen, dass die Leistungserbringer (besser:

Vertragsärzte) lediglich für die bestimmungsgemäße Nutzung, den ordnungsgemäßen Anschluss und die Durchführung der erforderlichen regelmäßigen Updates verantwortlich sind. Entsprechendes gilt für die Verantwortung der Vertragsärzte bei der Gewährleistung der Sicherheit der Datenverarbeitung (Art. 32 DSGVO). Die den Vertragsärzten als Verantwortliche i.S. der Art. 4 Nr. 7 DSGVO durch die Regelungen des § 309 SGB V - E übertragenen Aufgaben und Maßnahmen sind in dieser Form abzulehnen. So wie die Regelungen derzeit angelegt sind, müssten die Vertragsärzte neben den in Abs. 1 Nr. 1 bis 4 genannten Maßnahmen auch immer eine Datenschutzfolgeabschätzung nach Art. 35 DSGVO durchführen (vgl. § 309 Abs. 1 SGB V - E). Vor dem Hintergrund der verpflichtenden Nutzung der Komponenten - nach deren vorheriger Zulassung durch die *gematik* – stellt dies eine unverhältnismäßig hohe zusätzliche Belastung der Vertragsärzte dar. Auf die Möglichkeit nach Art. 35 Abs. 10 DSGVO wird ausdrücklich hingewiesen. Für die Erörterung von rechtlichen Details bei der Anwendung von Art. 35 Abs. 10 DSGVO stehen wir gerne zur Verfügung.

Insgesamt gilt es die §§ 307 und 309 SGB V - E nochmals intensiv zu überprüfen und im Sinne der vorstehenden Vorgaben anzupassen. Wesentliche, hierbei zu beachtende Punkte sind:

- Keine Verantwortung der Leistungserbringer für die Verarbeitung personenbezogener durch die von der *gematik* zugelassenen dezentralen Komponenten mit der Ausnahme der bestimmungsgemäßen Nutzung, des ordnungsgemäßen Anschlusses und der Durchführung der von den Anbietern zur Verfügung gestellten Updates
- Kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der Umsetzung von technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOMs) durch die Vertragsärzte
- Keine Verpflichtung zur Datenschutzfolgeabschätzung wegen gesetzlich vorgeschriebener Nutzung der dezentralen Komponenten.

VII. Nr. 29 - § 309 SGB V - E (Technische und organisatorische Maßnahmen der datenschutzrechtlich Verantwortlichen)

Ergänzend zu den vorstehenden Ausführungen im Zusammenhang mit § 307 SGB V - E werden rückwirkende Maßnahmen nach Abs. 1 Nr. 1 abgelehnt, da sie einen unverhältnismäßig hohen Aufwand in der Arztpraxis bedeuten; dies gilt insbesondere auch für die damit einhergehende Protokollierungspflicht.

VIII. Nr. 29 - § 317 SGB V - E (Beirat der Gesellschaft für Telematik - *gematik*)

§ 319 Abs. 1 Satz 3 SGB V - E bestimmt die Mitglieder des Beirates der *gematik*. Damit sind die dort genannten natürlichen und juristischen Personen bzw. Institutionen kraft Gesetzes Mitglied des Beirates. Insofern ist es widersprüchlich, wenn in Abs. 2 Satz 2 geregelt wird, dass die – gesetzlich bestimmten – Mitglieder von der Gesellschafterversammlung der *gematik* benannt werden. Hier bedarf es einer redaktionellen Überarbeitung von Abs. 2 des § 317 SGB V - E. In Abs. 1 Nr. 5 ist zudem das Wort „Spitzenorganisationen“ durch das Wort

„Spitzenorganisation“ zu ersetzen. Es gibt, nicht nur nach hiesigem Verständnis, lediglich eine *Spitzenorganisation für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte*: dies ist der Deutsche Hausärzteverband e.V.

IX. Nr. 29 - § 336 SGB V - E (Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffberechtigten Personen)

In den §§ 336 ff. SGB V - E sind die sog. Zugriffsrechte von Versicherten, von diesen beauftragten Personen, Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen (vgl. auch § 352 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - E) auf Daten in einer der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte geregelt.

Zunächst regen wir an, den Begriff des „Zugreifens“ gesetzlich zu bestimmen. *Zugreifen* dürfte nach hiesigem Verständnis eine Form der Datenverarbeitung i.S. von Art. 4 Nr. 2 DSGVO sein. Allerdings findet sich in der dortigen Begriffsbestimmung kein Hinweis auf ein „Zugreifen“ auf Daten. Insofern sollte im Sinne einer einheitlichen datenschutzrechtlichen Terminologie der an verschiedenen Stellen im Referentenentwurf verwendete Begriff des „Zugreifens“ zumindest einer Überprüfung und ggf. einer gesetzlichen Begriffsbestimmung zugeführt werden.

Inhaltlich wird darauf hingewiesen, dass das in Abs. 3 geregelte Recht des Versicherten, bestimmte Daten, die auf der eGK liegen, in der Arztpraxis einzusehen (zu lesen), in der vorgesehenen Form abgelehnt wird. Die eGK liegt grundsätzlich in der Verantwortung der Krankenkassen, folglich müssten die Daten auch dort nachgelesen werden. Das macht aber gerade im Fall von Rückfragen der Versicherten keinen Sinn und ist sogar gefährlich, nämlich dann, wenn es um medizinische Sachverhalte geht. Für solche Fragen und etwaigen Erläuterungsbedarf der Versicherten sind in erster Linie die Hausärzte zuständig. Wenn es deshalb bei der Regelung in Abs. 3 verbleiben sollte bzw. verbleiben muss, dann ist den Vertragsärzten (vorrangig werden hier die Hausärzte betroffen sein) der zusätzliche personelle und organisatorische Aufwand (Datenschutzanforderungen müssen gerade hier beachtet werden) gesondert und angemessen zu vergüten. Eine entsprechende Vergütungsposition muss in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen werden.

X. Nr. 29 - § 341 u. § 342 SGB V - E (Elektronische Patientenakte; Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte)

Nutzbarkeit und Nutzen der elektronischen Patientenakte (ePA) bleiben abzuwarten. Die Nutzung einer ePA ist für die Patienten freiwillig. Aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben entscheidet der Patient, welche Daten gespeichert und gelöscht werden. Die ePA wird den Versicherten (Patienten) durch ihre Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Leistungserbringer sollen die Patienten bei der Nutzung der ePA unterstützen. In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung werden hiervon in erster Linie Hausärzte betroffen sein.

Ergänzend zu den Ausführungen unter II. ist aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes Folgendes zu berücksichtigen:

Die primäre Aufgabe der Hausärzte ist die Betreuung und Behandlung ihrer Patienten. Heute schon ist der dafür vorhandene Zeitrahmen knapp bemessen. Administrative Aufgaben und bürokratischer Aufwand zehren zusätzlich an dem Zeitpolster, das Hausärzten zur Verfügung steht. Es ist daher schon äußerst fraglich, ob und wenn ja, in welchem Maße gerade Hausärzte die für die Behandlung der Versicherten ohnehin schon kurz bemessene Zeit für weitere nicht-ärztliche (Service-)Leistungen opfern sollen.

Die ePA soll ab 2021 mit Artbefunden, Arztberichten und Röntgenbildern (§ 342 II Nr. 1 SGB V - E) und ab 2022 zusätzlich mit Impfausweis, Mutterpass, gelbes Heft für die Kinderuntersuchung und das Zahn-Bonusheft (§ 342 Abs. 2a SGB V - E) befüllt werden. Diese sog. Befüllung kann aber zunächst nur in Dokumentenform erfolgen (PDF). Somit liegen in der ePA unstrukturierte Datensätze. Eine sinnvolle medizinische Nutzung der ePA durch die Patienten und deren Ärzte ist damit nur eingeschränkt möglich, da nicht systematisch nach bestimmten Kriterien gesucht werden kann.

Werden die Daten zu einem späteren Zeitpunkt in einer strukturierten elektronischen Form vorliegen, müssten diese den bereits den in der ePA gespeicherten Daten angepasst werden, was einen zusätzlichen Aufwand bedeutet, der wiederum vorrangig in den (Haus-)Arztpraxen entstehen wird.

Hinzu kommt, dass bei Unterstützung der Versicherten durch die Hausärzte und ihrer Fachangestellten beim Befüllen und „Nutzen“ der ePA, Versicherte unterschiedliche mobile Endgeräte und damit unterschiedliche Betriebssysteme (IOS, Android, etc.) nutzen. Diese unterschiedlichen Systeme verfolgen allesamt eine eigene Systematik der Bedienung, die vielfach verschiedenste Bedienkonzepte verfolgt. Hausärzte und ihre Fachangestellten sind aber keine ausgebildeten IT-Spezialisten, und so ist es mehr als fraglich, ob sie das jeweilige vom Versicherten genutzte System kennen und auch entsprechend bedienen können. Unter Umständen ist eine Einarbeitung in das jeweilige System notwendig, damit dem Versicherten die Unterstützung zu Gute kommen kann, was wiederum zu einem nicht unerheblichen Zeitaufwand führen wird.

Alles in allem stehen (gemessen an den Regelungen des Referentenentwurfs) Nutzbarkeit und Nutzen für die Patienten (und deren Angehörige) in keinem angemessenen Verhältnis zu dem in den Hausarztpraxen entstehenden Aufwand. Wenn die ePA in der angedachten Form dennoch so gewollt ist und der auf Seiten der Leistungserbringer in diesem Zusammenhang entstehende zusätzliche (Arbeits-)Aufwand angemessen anerkannt werden soll, dann müssen zusätzliche Gelder für die Leistungserbringer, vorrangig für die Hausärzte, bereitgestellt werden. Vereinfacht formuliert, aber umso mehr zutreffend gilt: Hausärzte machen Medizin und fungieren nicht als „Serviceeinheiten“ für technische Fragen und Anliegen von Versicherten! Wenn solche Leistungen zu Lasten der GKV erbracht werden sollen, dann wird dies bei realistischer Betrachtung nur funktionieren, wenn sie überwiegend an hierfür besonders aus- und

fortgebildetes Personal (VERAH, MFA) übertragen werden. Die zusätzlichen Kosten, die dadurch für die Hausärzte entstehen, müssen dann aber von Krankenkassen zusätzlich vergütet werden.

XI. Nr. 29 - § 345 SGB V - E (Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen)

Anknüpfend an die Regelung in § 344 Abs. 2 Satz 2 SGB V - E (die Kenntnisnahme der Daten und der Zugriff auf die Daten nach §§ 347 bis 351 ist unzulässig) müssen auch die Rechte der Krankenkassen eingeschränkt werden, wenn ihnen ihre Versicherten Daten aus der ePA zur Verfügung stellen. In diesen Fällen dürfen die Krankenkassen keine Kenntnis von und keinen Zugriff auf Daten haben, die medizinische Angaben enthalten; § 344 Abs. 2 Satz 2 SGB V - E muss hier entsprechend gelten.

XII. Nr. 29 - § 346 SGB V - E (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte)

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird hier auf die Ausführungen unter II. und X. verwiesen.

XIII. Nr. 29 - § 347 SGB V - E (Anspruch der Versicherten auf Übermittlung und Speicherung von Behandlungsdaten in der elektronischen Patientenakte)

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird hier auf die Ausführungen unter II. und X. verwiesen.

XIV. Nr. 29 - § 351 SGB V - E (Übertragung von Daten aus elektronischen Gesundheitsakten in die elektronische Patientenakte)

Hier muss sichergestellt werden, dass nach Übermittlung der Daten der Versicherten von einer elektronischen Gesundheitsakte (§ 68 SGB V) in die ePA, die bis dahin vom Versicherten genutzte elektronische Gesundheitsakte vollständig gelöscht und nicht mehr genutzt wird. Eine gleichzeitige Unterstützung und Nutzung von elektronischer Gesundheitsakte und elektronischer Patientenakte ist zwingend auszuschließen.

XV. Nr. 29 - § 355 SGB V - E (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte)

Unter Hinweis auf die Ausführungen unter III. und die dort beschriebene Bedeutung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGBV als alternative Regelversorgung mit eigenen Versorgungsstrukturen, bitten wir darum, den Deutschen Hausärzteverband e.V. in seiner

Funktion als *maßgebliche Spitzenorganisation für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte* in die Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der ePA einzubeziehen. Der Katalog der ins Benehmen zu setzenden Einrichtungen/Institutionen nach Abs. 1 ist um eine neue Nummer 9 wie folgt zu ergänzen:

9. der für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation.

XVI. Nr. 29 - § 358 SGB V - E (Elektronischer Medikationsplan und elektronische Notfalldaten)

Der Anspruch der Versicherten auf Erstellung und Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten sollte nicht nur gegenüber *ihren Ärzten* (Abs. 3), sondern auch gegenüber den Krankenhäusern bestehen. Dort können die Notfalldaten im jeweiligen Behandlungskontext eingestellt und ggf. aktualisiert werden. Der Umweg über einen elektronischen Entlassbericht an den Hausarzt ist zu vermeiden, denn er würde für den Hausarzt eine weitere administrative Aufgabe bedeuten (für die er wiederum nicht bezahlt würde).

XVII. Nr. 29 - § 376 SGB V - E (Finanzierungsvereinbarung)

Die Bezahlung der mit der Anbindung an die Telematikinfrastuktur (Konnektor) verbundenen Kosten darf nicht zu Lasten der Vertragsärzte gehen; auch nicht die in diesem Zusammenhang immer wieder auftretenden Liefer- und Installationsprobleme. Gerade durch die – in der Vergangenheit immer wieder zu konstatierende - verzögerte Bereitstellung der Komponenten ist es zu Unsicherheiten und zusätzlichen Aufwänden auf Seiten der Ärzte gekommen (auch wenn die Bestellung rechtzeitig erfolgt ist). Viele Ärzte haben sich gefragt: *welche Kosten werden (noch) erstattet und welche muss ich „aus der eigenen Tasche“ bezahlen?* Vor diesem Hintergrund sollte die jetzige Neureglung genutzt werden, um hier klare Regelungen zugunsten der Vertragsärzte zu schaffen. Dazu gehört eine Finanzierungsregelung, die sicherstellt, dass den Vertragsärzten nicht nur die erstmaligen, sondern auch die künftigen Ausstattungskosten erstattet werden, beispielsweise dann, wenn ein neuer Konnektor angeschafft oder bei einem Online-Konnektor das System umgestellt werden muss. Da nach hiesigem Verständnis diese Kosten nicht unter *Kosten des laufenden Betrieb der Telematikinfrastuktur* (Satz 1 Nr. 2) zu subsumieren sind, ist eine entsprechende Klarstellung in der Nr. 1 des Satz 1 aufzunehmen; das Wort „erstmaligen“ ist hier zu streichen.

C. SCHLUSSBEMERKUNG

Eine ergänzende Stellungnahme, insbesondere zu der Frage, ob es möglich, sinnvoll und zulässig ist, im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Verträgen (§ 73b SGB V) auch von einzelnen Bestimmungen der neuen geschaffenen Kapitel 11 und 12 des SGB V - E abzuweichen, bleibt vorbehalten. Insoweit kommen wir gesondert auf das Bundesministeriums für Gesundheit zu.

Die weibliche Form ist der männlichen Form in dieser Stellungnahme gleichgestellt; lediglich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wurde die männliche Form gewählt.

Ansprechpartner:

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

Bundsvorsitz: ✉ ulrich.weigeldt@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-30

Geschäftsführung und Justizariat: ✉ joachim.schuetz@hausarztverband.de | ☎ 02203 97788-03