

STELLUNGNAHME
DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUM

ENTWURF EINES GESETZES ZUR DIGITALEN MODERNISIERUNG VON VERSORGUNG
UND PFLEGE
(DIGITALE VERSORGUNG UND PFLEGE-MODERNISIERUNGS-GESETZ – DVPMG)

7. DEZEMBER 2020

I. ALLGEMEINES

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Digitalen Versorgung und Pflege-Modernisierung (DVMPG) macht umfangreiche Änderungsvorschläge zur weitergehenden Digitalisierung der Versorgung in Deutschland.

Der zunehmende Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen wird von den Hausärzten insgesamt begrüßt und ist eng mit der Erwartung verknüpft, dadurch konkrete Erleichterungen und Vereinfachungen im Versorgungsalltag sowohl auf Seite der Versicherten als auch auf Seite der Ärzteschaft zu ermöglichen. In der Vergangenheit waren einige Digitalisierungsgesetze mit Zwangs- und vor allem Strafmaßnahmen für Hausärzte verbunden, die der zunehmenden Geschwindigkeit der Digitalisierung nicht folgen konnten. Insofern ist zu begrüßen, dass in dem vorliegenden Gesetzesentwurf auf die Androhung von Strafmaßnahmen verzichtet wird.

Gleichwohl weist der Deutsche Hausärzteverband darauf hin, dass die schiere Masse an Veränderungen im Zuge der Digitalisierung der Versorgung Hausärzte an den Rand der Überforderung (und z.T. darüber hinaus) gebracht hat. In Kombination mit der außerordentlichen Belastung im Zuge der andauernden Corona-Pandemie stellen wir bei vielen Mitgliedern eine Erschöpfung und Resignation mit Blick auf die Digitalisierung der Versorgung fest, die der Motivation und Akzeptanz dieser Maßnahmen nicht dienlich sind. Insgesamt wollen wir deshalb dafür werben, die Fristen vieler (auch der laufenden) Digitalisierungsvorhaben (z.B. eAU oder eRezept) zu entzerren und damit die Qualität und Praxistauglichkeit der digitalen Anwendungen, aber auch deren Akzeptanz deutlich zu erhöhen.

Mit Blick auf das breite Spektrum an Regelungen fokussiert sich die vorliegende Stellungnahme auf solche Regelungen, die für die hausärztliche Versorgung von hoher Relevanz sind und bei denen aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes Anpassungsbedarf besteht.

II. Stellungnahme

A. Nr. 5 (§ 87 Absatz 2a SGB V) – Telemedizinische Versorgung im Notfall

Grundsätzlich halten wir die Möglichkeit der Integration von telemedizinischen Leistungen in die Versorgung im Notdienst für zielführend, weil dadurch bessere Ressourcenallokation in den Hausarztpraxen ermöglicht und die Fehlinanspruchnahme von zentralen Notaufnahmen, Rettungsstellen und Notfallambulanzen vermindert werden.

Nur bedingt richtig ist das in der Begründung vorgetragene Argument, dass die Möglichkeit von der telemedizinischen Versorgung von Patienten grundsätzlich zu einer „Entlastung sowohl der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer“ führe. Ärztliche Arbeitszeit kann durch telemedizinische Behandlungen nicht vermehrt werden und kann im Einzelfall sogar mehr Zeit in Anspruch nehmen als eine persönliche Betreuung und Versorgung. Der nur mittelbare Kontakt zum Patienten führt mitunter zu eingeschränkten Wahrnehmungsmöglichkeiten des Arztes, weil zum Beispiel der erste Eindruck des Patienten beim Betreten des Sprechzimmers, die Beobachtung des Gangbildes, körperliche Untersuchungsbefunde und Geruchswahrnehmungen fehlen und durch eine ausführliche Fragetechnik ersetzt werden müssen. Daher wird der Hausarzt eher mehr Zeit für eine gute Versorgung aufwenden müssen. Die eindeutigen Vorteile des Patienten (Fahrzeiterparnis, Reduzierung Wartezeit vermindertes Infektionsrisiko) dürfen nicht mit Vorteilen für die versorgenden Ärzte verwechselt werden.

Überdies wird die digitale Vermittlung von Terminen zur ausschließlichen Fernbehandlung unbekannter Patienten durch die TSS vom Hausärzteverband abgelehnt. Sie ist nach unserer Auffassung mit jeglichen Überlegungen einer gezielten Patientensteuerung im Rahmen einer primärärztlichen Versorgung unvereinbar. Kern einer guten primärärztlichen Versorgung ist ein belastbares und vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis, im Rahmen dessen selbstverständlich auch eine fernmündliche oder telemedizinische Versorgung erfolgen kann und soll. Die geplante Vermittlung von Terminen zur Videosprechstunde mit unbekanntem Patienten stellt demgegenüber nicht sicher, dass eine Kontinuität der Versorgung und, sofern erforderlich, auch eine persönliche Behandlung vor Ort gewährleistet werden kann. Angebote zur Videosprechstunde sollten stattdessen unmittelbar durch die jeweiligen Praxen erfolgen, an die sich der Patient im Bedarfsfall wenden kann. Eine Art digitaler Marktplatz der primärärztlichen Versorgung, mit der ständigen Erreichbarkeit einer ärztlichen Beratung nur wenige Klicks entfernt, ist mit einer guten, qualitätsgesicherten und auch patientenorientierten, weil patientenzugewandten Primärversorgung nicht vereinbar.

B. Nr. 5 (§ 87 Absatz 2a SGB V) – Quote für Videosprechstunde

Hinsichtlich der geplanten Regelungen zur Videosprechstunde ist aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes fraglich, ob der geplante Prüfauftrag (Buchstabe a)) ausreicht, um die Vergütung der Videosprechstunde wesentlich weiterzuentwickeln.

Grundsätzlich begrüßt wird die Einschränkung der Videosprechstunde auf einen prozentualen Anteil der Gesamtfallzahlen einer Praxis. Damit wird deutlich, dass die Videosprechstunde nur einen kleineren Teil des Praxisgeschehens ausmachen kann und es wird ausgeschlossen, dass Praxen ausschließlich Videosprechstunden erbringen. Allerdings erscheint eine gesetzliche dauerhafte einheitliche Festlegung von maximal 30% der Fälle einer Praxis über alle Arztgruppen hinweg nicht sachgerecht. Diese Quote kann zwischen Arztgruppen variieren und wird sich zudem wahrscheinlich im Laufe der Zeit ändern. Zielführender wäre hier stattdessen ein Auftrag an den Bewertungsausschuss eine solche Quote arztgruppenspezifisch festzulegen und regelmäßig zu prüfen. Starre Zahlen in Gesetzen sind grundsätzlich als problematisch zu beurteilen.

C. Nr. 6 (§ 92 SGB V) – Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung

Die geplante Verpflichtung des G-BAs die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit auch im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung zu ermöglichen muss differenziert bewertet werden: Grundsätzlich begrüßt der Hausärzteverband ausdrücklich die (aktuellen) Möglichkeiten einer Krankschreibung per Telefon oder Videosprechstunde. Allerdings ist diese auf Patienten beschränkt, die in der Hausarztpraxis bekannt sind (§ 76 Absatz 3 SGB V). Das kontinuierliche vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis ist die Grundlage einer fernmündlichen oder telemedizinischen Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, da der Hausarzt mit seiner Erfahrung und Kenntnis des Patienten sowie seiner Krankengeschichte die telefonischen oder „digitalen“ Schilderungen des Patienten überhaupt erst sachgerecht einschätzen kann. In Ermangelung dieses Wissens ist eine anonyme hausärztliche Versorgung schlechterdings in angemessener Behandlungsqualität nicht möglich. Wir bitten dies in der Begründung zu den unbestimmten Rechtsbegriffen „geeignete Fälle“ klarzustellen.

D. Nr. 14 Buchstabe d (§ 291) – Digitale Identitäten für Versicherte i.V.m. Nr. 22 Buchstabe a) ee) (§ 312 Abs. 1 Satz 1 Nummer 9) – Zukunftskonnektor i.V.m. Nr. 32 Buchstabe b (§ 340 SGB V) – Digitale Identitäten für Ärzte

Die Einführung freiwilliger digitaler Identitäten für Ärzte und Versicherte in der Gesundheitsversorgung bietet viele Chancen, das Service- und Digitalisierungsniveau, welches viele Patienten bereits aus anderen Lebensbereichen kennen (z.B. Online-Banking oder -Shopping), auch für die Gesundheitsversorgung umsetzen zu können. Gleichwohl bedeutet dieser Schritt letztlich die Abkehr von den Vorstellungen eines eigenen parallelen, vor Zugriffen von außen gesicherten Gesundheitsnetzes, die der raison d'être der Telematikinfrastruktur waren.

Bei diesem Paradigmenwechsel steht zu befürchten, dass mit der Umstellung von Hardwarekomponenten auf digitale Identitäten und reine Software-Lösungen das bestehende Sicherheitsniveau in der TI nicht ohne weiteres ohne zusätzliche technische und organisatorische Maßnahmen durch den Hausarzt gehalten werden kann. Eine wie auch immer gelagerte Verschiebung der Verantwortung für das Sicherheitsniveau aus der (voll finanzierten) Hardware auf (nicht finanzierte) technisch-organisatorische Maßnahmen in der Hausarztpraxis, wird von Seiten des Deutschen Hausärzterverbandes klar abgelehnt.

E. Nr. 16 (§ 291b SGB V) – Online VSDM

Der vorgesehene Verzicht der Speicherung der Versichertenstammdaten auf der eGK ist wenig praktikabel. In Fällen, in denen die Verbindung zur TI aus unterschiedlichsten Gründen (Kabelschäden, Ausfall des Providers, Ausfall der TI, etc.) nicht möglich ist, müssen die Hausarztpraxen auch zukünftig in der Lage sein, die abrechnungsrelevanten Stammdaten (inkl. des Versicherungsnachweises) aus der eGK digital und offline auszulesen. Die Behandlung von Neupatienten in einer solche Offline-Situation ist ansonsten nicht umsetzbar. Die händische Erfassung mit allen damit einhergehenden Fehlern sowie Einschränkungen des Umfangs der erfassten Daten (z.B. fehlendem Zuzahlungsstatus) kann hier nicht das Zielbild des Gesetzgebers sein.

F. Nr. 21 Buchstabe a) (§ 311 SGB V) – Interoperabilitätsverzeichnis

Die Weiterentwicklung von VESTA in eine Wissensplattform für Interoperabilität im Gesundheitswesen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Festlegung von Standards für die Erfassung und den Austausch von Daten ist eine fundamentale Grundlage für eine funktionierende Digitalisierung. Gleichwohl darf die Standardisierung die Innovations- und Gestaltungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitswesen nicht einschränken. Insbesondere die Selektivverträge in unterschiedlichen Versorgungsbereichen haben in der Vergangenheit wesentlich dazu beigetragen, neue und innovative Versorgungsprozesse mit unterschiedlichen Beteiligten zu erproben, die im Anschluss teilweise in die Regelversorgung überführt wurden.

Vor diesem Hintergrund darf der Prozess der Definition von Standards nicht ausschließlich in den Händen der Organisationen liegen, die maßgeblich für die Gestaltung der Regelversorgung verantwortlich sind. Vielmehr müssen in diesen Prozess auch solche Organisationen eingebunden werden, die maßgeblich an der Gestaltung von Selektivverträgen beteiligt sind und damit die Innovationskraft des deutschen Gesundheitswesens sicherstellen.

G. Nr. 21 Buchstabe c) (§ 311 SGB V) – Betriebsaufgaben der gematik

Nach dem katastrophalen Zusammenbruch der TI-Anbindung vieler Arztpraxen im Frühsommer 2020 ist die Übernahme der Betriebsverantwortung für wesentliche Elemente der TI in die Hände der gematik ein richtiger Schritt. Ergänzend dazu sollten bereits im SGB V Vorgaben zur Stabilität und Ausfallsicherheit der TI formuliert werden, wie sie für den Betrieb anspruchsvoller und sensibler Infrastruktur üblich sind. Ziel und Aufgabe der Gematik müssen es sein, Ausfälle der TI weitestgehend auszuschließen, zumindest dafür Sorge zu tragen, dass Ausfälle innerhalb kürzester Reaktionszeiten behoben werden. Die Vorbereitung auf solche „worst-case-Szenarien“ sind die Grundlage datenschutzkonformer Vorgaben. Ungeachtet dessen sind nur so sichere und effiziente Praxisprozesse als Grundlage einer effizienten Patientenversorgung zu gewährleisten. Ebenso ist ein stabiler Betrieb der TI Grundvoraussetzung für die Akzeptanz dieser Infrastruktur durch Ärzte und ihren Patienten.

H. Nr. 22 Buchstabe a) ee) (§ 312 Absatz 1 Nr. 10 SGB V) – NFC Terminals

Die Einführung von Lesegeräten, die die NFC-Schnittstelle der eGK (sowie perspektivisch des eHBA und der SMC-B) nutzen können, ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie beispielsweise die Identifikation von Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis sowie das Einlesen weiterer Daten in den Arztpraxen deutlich beschleunigen und prozedural vereinfachen. Allerdings ist unklar, warum hierfür eine vergleichsweise lange Frist (30. Juni 2022) gewährt wird. Aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes wäre eine deutlich schnellere Verfügbarkeit dieser Technologie ebenso wie deren Finanzierung durch die Krankenkassen - zumindest als optionales Angebot für die Arztpraxen - sehr wünschenswert.

I. Nr. 22 Buchstabe a) ee) (§ 312 Absatz 1 Nr. 12 SGB V) – Elektronischer Medikationsplan auf der Patientenakte

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt die Überführung des Notfalldatensatzes sowie des elektronischen Medikationsplans in die elektronische Patientenakte als zentrale Stelle für die Speicherung und Administration der Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten. Kritisch gesehen wird demgegenüber, dass auf die physische Speicherung dieser Daten auf der eGK selbst ohne Not vollständig verzichtet wird. Aktuell werden diese Daten gemeinsam mit den Versichertenstammdaten auf der eGK gespeichert und können somit auch abgerufen werden, wenn eine Anbindung an die TI nicht verfügbar ist (Offline-Szenario). Zukünftig wären all diese Daten ausschließlich verfügbar, wenn eine Anbindung an die TI sichergestellt ist (Online-Szenario). Gerade in Hausbesuchssituationen, in denen eine Anbindung an die TI oftmals aus unterschiedlichen Gründen (Netzabdeckung, Online-Identifikation etc.) (noch) nicht möglich ist, können diese Daten aber ausgesprochen relevant sein. Ähnliches gilt für Notfallsituationen, die meist folgende Charakteristika aufweisen:

- a) häufig ist der Patient nicht in der Lage, zur Anamnese beizutragen (bspw. wegen Schmerz, Ohnmacht, Alkohol- Drogenabusus, mentalen oder sprachlichen Einschränkungen),
- b) auch ist der Patient oft nicht in der Lage, über die PIN den Zugriff auf seine Daten zu gewährleisten,
- c) der Patient und dessen Vorerkrankungen sind dem behandelnden Arzt bzw. Notfallsanitäter/Rettungsassistenten unbekannt,
- d) Notfälle passieren auch an Orten, an denen keine entsprechende Netzabdeckung verfügbar ist.

Gleiches gilt im Übrigen auch beim Ausfall der Datennetzverbindungen in den Hausarztpraxen. Auch hier muss es möglich sein, diese relevanten Versorgungsdaten in der Praxis abzurufen.

Aus den vorgenannten Gründen ist der Notfalldatensatz auf der eGK gespeichert, somit offline auslesbar und nicht PIN-geschützt. Das Auslesen ist nur durch Berechtigte möglich, die im Besitz eines elektronischen Heilberufsausweises sind.

Für den Versicherten entsteht durch diese Regelung im Übrigen der Zwang zur Nutzung der ePA. Ihm wird somit in der Konsequenz die Wahlfreiheit genommen, sich auch für eine dezentrale Speicherung auf der eG-Karte zu entscheiden. Insbesondere ältere Menschen, die einen hohen Anteil der multimorbiden Bevölkerungsgruppe darstellen, wird das vor große Herausforderungen stellen, da ein relativ hoher Prozentsatz keinen Zugang zu digitalen Medien hat. Im Zweifel wird dieser Umstand auch wieder zu mehr Beratungsaufwand in den Arztpraxen sorgen. Deshalb sollten die Notfalldaten und auch der eMP künftig weiterhin parallel auf der eGK gespeichert werden.

J. Nr. 22 Buchstabe a) ee) (§ 312 Absatz 1 Nr. 13 SGB V) i.V.m. Nr. 34 Buchstabe e) (§ 342 SGB V) – Weiterentwicklung KIM zum Messenger und Video-Telefonie Dienst

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt die Weiterentwicklung von KIM in Richtung eines Messenger-Dienstes und einer Anwendung für die Videosprechstunde. Damit werden wesentliche für die Digitalisierung der Versorgung erforderliche Funktionalitäten in der sichereren Umgebung der TI angeboten, was Ärzte und Patienten mit Blick auf die Datensicherheit aber auch mit Blick auf die Nutzung einer einheitlichen und konsistenten IT-Umgebung entlasten dürfte.

Gleichwohl müssen die Anforderungen an den Messenger klar umrissen werden: So ist beispielsweise die direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient über einen Messenger in vielen Fällen wenig alltagstauglich. Deshalb sollte die Kommunikation zwischen Patienten und Praxis bei einem Messenger im Vordergrund stehen. Damit kann bereits eine Vielzahl an Fragen ggf. durch das Praxispersonal beantwortet werden, sodass nur die relevanten Fragen an den Hausarzt weitergeleitet werden. Nur so ließe sich eine tatsächliche Entlastung des Arztes erreichen und wichtige Arztzeit könnte zielgenauer dort genutzt werden, wo sie für die Versorgung der Patienten tatsächlich notwendig ist.

Bei der Einführung eines TI-Messengers gilt es überdies bei Patienten der Erwartungshaltung einer 24/7-Erreichbarkeit des Arztes oder der Praxis ggf. bereits im Gesetz entgegenzutreten, obgleich bzw. gerade weil diese Erwartung auch in Teilen der Politik immer wieder artikuliert wird. Eine solche ständige Erreichbarkeit ist schlichtweg nicht möglich, nicht zulässig und würde die Attraktivität des Hausarztberufs gerade für die junge Generation mit einem starken Fokus auf Work-Life-Balance deutlich einschränken.

K. Nr. 26 (§ 325 SGB V) – Zulassung von Herstellern durch die gematik

Die geplante Zulassung von Herstellern anstatt einzelner Komponenten und Dienste durch die gematik wird durch den Hausärzteverband kritisch gesehen. Zwar wäre eine schnellere Einführung technischer Neuerungen in der TI (Stichwort: Updates) an vielen Stellen wünschenswert, allerdings droht diese zu Lasten der Betriebssicherheit und -stabilität zu gehen. Das hier vorgesehene Vorgehen verlagert letztlich nur die Letztverantwortung für Fehler in einzelnen Komponenten oder Diensten von der gematik auf die Hersteller. Wichtiger wäre es jedoch stattdessen durch konsequente und produktbezogene Prüfungen und Zulassungen sicherzustellen, dass die Komponenten und Dienste der TI deren sicheren und reibungslosen Betrieb nicht gefährden und den hohen datenschutzrechtlichen Anforderungen an Gesundheitsdaten genügen. Für die Prüfung dieser kritischen Fragen sollte auch in Zukunft eine staatliche Stelle die Verantwortung tragen.

L. Nr. 27 (§ 334 SGB V) – Neue TI-Anwendung Patientenkurzakte

Mit Blick auf die geplante Patientenkurzakte ist bisher deren Interaktion mit der ePA noch unklar. Vonseiten des Deutschen Hausärzteverband wäre es abzulehnen, wenn beide Akten (Patientenkurzakte und ePA) separat zu befüllen und zu aktualisieren wären. Der damit verbundene Aufwand sowie die Schwierigkeiten der Synchronisierung beider Datensätze wären aus Sicht des Deutschen Hausärzteverbandes nicht zu rechtfertigen. Zielführend wäre es vielmehr, wenn die Patientenkurzakte automatisch aus den Inhalten der ePA abgeleitet werden kann, sofern der Patient bereits eine ePA besitzt bzw. dass die Inhalte der Patientenkurzakte automatisch bei der ersten Erstellung einer ePA in diese überführt werden. Dadurch könnte der Aufwand der Erstbefüllung beider Datensätze deutlich reduziert werden. Darüber hinaus wäre eine regelhafte automatische Synchronisierung beider Datensätze erforderlich, die nicht durch die Hausarztpraxen geleistet werden könnte. Dementsprechend wären die Ansprüche der Versicherten aus § 358 III SGB V-E obsolet.

M. Nr. 40 (§ 358 III SGB V) – Anspruch der Versicherten auf Befüllung und Aktualisierung der Patientenkurzakte

Der Anspruch der Versicherten auf Erstellung und Aktualisierung von elektronischen Notfalldaten in der elektronischen Patientenkurzakte sollte nicht nur gegenüber ihren Ärzten, 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 (, die seiner medizinischen Qualifikation nicht angemessen ist und für die er wiederum nicht bezahlt werden würde).

N. Nr. 42 (§ 360 SGB V) – Ausweitung e-Verordnung und elektronisches BtM- und T-Rezept

Grundsätzlich ist die gesetzlich geplante Ausweitung der Digitalisierung der Verordnungsprozesse zu begrüßen, da erst die vollständige Digitalisierung aller Verordnungsprozesse eine spürbare Entlastung in den Arztpraxen bringen wird, weil digitale und papiergebundene Prozesse nicht mehr parallel bedient werden müssen. Dennoch fehlen bisher jegliche Erfahrungen aus der Praxis hinsichtlich der Umsetzung digitaler Verordnungen. Die Pflichtenanwendung des E-Rezepts wird Mitte/Ende 2021 überhaupt erst zur Verfügung stehen und 2022 verpflichtend von allen Ärzten zu nutzen sein. Die Digitalisierung der übrigen Verordnungsprozesse findet somit vorerst weiterhin „auf der grünen Wiese“ statt. Zielführend wäre es hier ggf. erste Erfahrungen aus der Umsetzung des E-Rezepts zu sammeln, um auf dieser Grundlage Fehler oder Probleme bei der Digitalisierung der übrigen Verordnungsprozesse vermeiden zu können.

Die Digitalisierung der Verordnung von BtM und T-Rezepten ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichzeitig sind die Prozesse rund um die Verordnung von Betäubungsmitteln und Arzneimitteln mit Substanzen den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid deutlich komplexer insbesondere mit Blick auf die Meldepflichten ggü. dem BfArM. Vor diesem Hintergrund wird die gesetzlich vorgesehene Frist (01. Januar 2023) zur Einführung dieser digitalen Verordnungen kritisch bewertet. Ähnlich wie bei der Digitalisierung der sonstigen Verordnungen wäre es auch hier hilfreich erste Erfahrungen aus dem Wirkbetrieb des E-Rezepts einfließen zu lassen, bevor ergänzende Datenaustausche zwischen Hausarzt und BfArM verpflichtend eingeführt werden.

Die geplante Ausweitung der angeschlossenen nichtärztlichen Leistungserbringer an die TI ist zu begrüßen. Allerdings wäre hier ein höheres Tempo des Anschlusses wünschenswert. Nach aktueller Planung soll deren Anschluss z.T. erst bis Mitte 2026 abgeschlossen sein. Das Ziel einer (möglichst)

vollständigen digitalen Übermittlung von Verordnungen und veranlassten Leistungen setzt voraus, dass alle (!!!) Empfänger dieser Verordnungen an die TI angeschlossen sind. Andernfalls müssen die Hausarztpraxen weiterhin parallele Prozesse (papiergebunden und digital) vorhalten, was unnötige organisatorische und finanzielle Aufwände mit sich bringt. Angesichts des breiten Spektrums von Verordnungen und veranlassten Leistungen in Hausarztpraxen sind hiervon insbesondere die Hausärzte betroffen. Der Hausärzteverband fordert vor diesem Hintergrund, dass der Anschluss aller übrigen nichtärztlichen Leistungserbringer an die TI so schnell wie möglich zu erfolgen hat.

Kritisch zu bewerten ist überdies die im neuen Absatz 8 weiterhin vorgesehene Wahlmöglichkeit für Versicherte die Zugriffsdaten auf die Verordnungen in elektronischer oder gedruckter Form zu erhalten. Diese Regelung verhindert weiterhin die durchaus zielführende vollständige Digitalisierung aller Prozesse in den Arztpraxen und untergräbt damit wesentlich die Erwartungen der Ärzte, nach denen sich erlebbare Vereinfachungen durch die Digitalisierung erst zeigen, wenn alle Prozesse vollständig digitalisiert sind. Stattdessen werden Arztpraxen dadurch gezwungen auch über das Jahre 2026 hinaus weiterhin parallel digitale und papiergebundene Prozesse zu bedienen, was unnötige Aufwände in der Software sowie in den Prozessen der Arztpraxen bedeutet.

A. Nr. 54 (§ 384ff SGB V) - Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen

Die Koordinierungsstelle für Interoperabilität ist grundsätzlich zu begrüßen, da hiermit ein weiterer wesentlicher Schritt für den einfach Austausch standardisierter Daten getan wird. Allerdings sollte auch Sicht des Hausärzteverbandes sichergestellt werden, dass gerade mit Blick auf die Standardisierung der Daten im Bereich der Selektivverträge der Bundesverband verpflichtend in die Arbeit der Koordinierungsstelle einzubeziehen ist, da er praktisch als einziger zu vielen Fragestellungen in diesem Bereich qualifiziert sprachfähig ist.

B. Nr. 54 (§ 395 SGB V) - Nationales Gesundheitsportal

Die geplante Einrichtung eines staatlichen digitalen Nationalen Gesundheitsportals wird seitens des Hausärzteverbandes kritisch bewertet. Dies gilt insbesondere für die dort vorgesehenen Informationen für PatientInnen zu bestimmten Krankheiten. Alle Erfahrungen mit online verfügbaren Informationen zu bestimmten Krankheiten zeigen, dass diese PatientInnen eher verunsichert und ratlos zurücklassen und weitergehende Beratungs- und Informationsgespräche beim Hausarzt auslösen, weil PatientInnen bestimmte Symptome fehlerhaft einschätzen, Risiken falsch bewerten und damit ein z.T. völlig falsches Bild ihres eigenen Gesundheitszustands erhalten. Aus diesem Grund steht zu befürchten, dass auch ein Nationales Gesundheitsportal an dieser Stelle kaum Mehrwerte schafft.

Hinsichtlich der Kritik zu den praxisbezogenen Qualitätsberichten sei auf die Stellungnahme des Hausärzteverbandes zum Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz unter Buchstabe E. verwiesen.

Die bundesweite Arztsuche wird bereits allerdings heute durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung angeboten, sodass sich hier der Mehrwert dieses Angebotes auf der Plattform des Nationalen Gesundheitsportals nicht erschließt. Jedenfalls sollte bei einer solchen Arztsuche auch die Teilnahme von HausärztInnen an der HZV abgebildet werden, um den PatientInnen einen möglichst vollständigen Überblick über das Versorgungsangebot zu geben.

III. Weiterer Regelungsbedarf

A. E-Rezept und eAU: Fristen aussetzen

Angesichts der hohen Belastung der Hausarztpraxen in der Versorgung im Rahmen der Corona-Pandemie bleibt für die Hausärzte derzeit keine Zeit sich auf zusätzliche Änderungen von Prozessen vorzubereiten. Die geplanten Fristen für die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeit sowie des elektronischen Rezepts, beides ausgesprochen kritische wie auch hochfrequente Prozesse, drohen somit mit dem tatsächlichen Stand der operativen Vorbereitungen in den Arztpraxen zu kollidieren. Aus diesem Grund wäre eine weitere Verschiebung der vorgesehenen Fristen jeweils um ein Jahr zielführend.

B. Verpflichtung der Kennzeichnung der HZV-Teilnahme auf der eGK

Die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit (§ 291a Abs. 3 Ziffer 2 SGB V) der Abbildung eines Selektivvertragskennzeichens auf der elektronischen Gesundheitskarte kommt, trotz Berücksichtigung im aktuellen Datenschema der gematik (VSD-Schema 5.2), nicht recht voran. Dies ist kaum nachvollziehbar, würde doch mit einer solchen Kennzeichnung eine wesentliche Entlastung der Krankenkassen und der Hausarztpraxen in der Abwicklung und im Management von Selektivverträge einhergehen. Aus diesem Grund wäre nach Auffassung des Hausärzteverbandes eine gesetzliche Frist von max. 3 Monaten zielführend, die KBV und GKV-SV verpflichtet hierfür im Bundesmantelvertrag die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.

C. TI-Anbindung und eGK für Versicherte sonstiger Kostenträger

Mit dem Beitritt der PKV zur gematik zeichnet sich ab, dass auch PKV-Versicherte künftig immer tiefer in die Strukturen der TI eingebunden werden und auch von deren Mehrwerten profitieren können (z.B. automatische Verarbeitung von Daten in den Arztpraxen, e-Verordnung etc.). Weiterhin gibt es aber eine große Gruppe von Patienten, die bisher nicht in die TI eingebunden ist und für die bisher auch kein Weg in die TI vorgesehen ist. Die Rede ist von Patienten, die über sogenannte „Sonstige Kostenträger“ versichert sind. Bisher ist zwar für Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei oder für Soldaten der Bundeswehr (§ 362 SGB V) eine Ausgabe von eGKs und damit ein Zugriff auf die TI vorgesehen. Mit Blick auf die geplante immer stärkere Digitalisierung der Gesundheitsversorgung sollten aber auch Versicherte der übrigen „Sonstigen Kostenträger“ (Landespolizei, Feuerwehr etc.) die Möglichkeit bekommen, an die TI angebunden zu werden.

Ansprechpartner:

Deutscher Hausärzteverband e.V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.hausaerzteverband.de
Bundesvorsitz: ✉ ulrich.weigeldt@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-30
Geschäftsführer: ✉ joachim.schuetz@hausarztverband.de | ☎ 02203 97788-03
Junior-Geschäftsführer: ✉ sebastian.john@hausarztverband.de | ☎ 030 88714373-34