

Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
zum Referentenentwurf
eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung
und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG)

Die KZBV als Interessenvertretung der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte begrüßt dem Grunde nach die mit dem Entwurf des DVG verfolgte Zielsetzung einer konsequenten Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Bei einem so wichtigen Themenfeld ist es aus Sicht der KZBV zwingend erforderlich, für eine umfassende Akzeptanz und Umsetzung neuer Versorgungswege und Strukturen auch das notwendige Vertrauen aller Beteiligten und insbesondere der Leistungserbringer in den Nutzen und Mehrwert solcher Neuerungen zu generieren. Hierzu wird das seitens des Gesetzgebers weiterhin zur Anwendung gebrachte Instrumentarium sanktionsbewehrter Fristen für nicht zielführend erachtet.

Die KZBV nimmt das hierdurch zum Ausdruck gebrachte, nicht gerechtfertigte Misstrauen des Gesetzgebers gegenüber der Selbstverwaltung und den Leistungserbringern mit Bedauern zur Kenntnis und fordert den Gesetzgeber dazu auf, hierauf künftig zu verzichten und stattdessen zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zurückzukehren.

Zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs (RefE) nimmt die KZBV wie folgt Stellung:

1. Zur Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen (u.a. Art. 1 Nrn. 2 u. 9 lit. d) RefE)

Die KZBV begrüßt die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine qualitativ gesicherte und sichere Versorgung der Versicherten mit digitalen Gesundheitsanwendungen. Nach Systematik und Regelungsinhalt des Referentenentwurfs scheinen digitale Gesundheitsanwendungen jedoch nur für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehen zu sein, obwohl auch im vertragszahnärztlichen Bereich entsprechende Anwendungsszenarien (z.B. im Rahmen der aufsuchenden Versorgung) denkbar sind.

Um entsprechende Potentiale nutzen und in die vertragszahnärztliche Versorgung überführen zu können, fordert die KZBV auch für den Fall, dass zahnärztliche Leistungen für die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen erforderlich sind, die Schaffung einer Grundlage zur Anpassung des BEMA entsprechend der in § 87 Absatz 5c SGB V-RefE für den EBM vorgesehenen Regelung.

2. Zur Förderung digitaler Innovationen und Versorgungsinnovationen durch Krankenkassen (Art. 1 Nrn. 5, 22 u. 25 RefE)

Die Regelungen zur Förderung von digitalen Innovationen (§ 68a SGB V-RefE) und von Versorgungsinnovationen (§ 68b SGB V-RefE) werden in mehrfacher Hinsicht kritisch gesehen. Durch den unmittelbaren Eingriff von Krankenkassen in das Versorgungsgeschehen wird die aus guten Gründen bestehende Trennung von Kostenträgern und Leistungserbringern in inakzeptabler Weise durchbrochen.

Soweit es die Entwicklung digitaler Innovationen alleine oder in Kooperation (sei es durch gemeinsame Entwicklung oder durch Beauftragung) mit Dritten betrifft, findet hier ein systemischer Bruch hinsichtlich der Verwendung von Versichertengeldern durch eine unternehmerische Betätigung von Krankenkassen statt.

Dies gilt auch im Falle der mittelbaren Kapitalbeteiligung über einen Wagniskapitalfonds nach § 263 Absatz 3 SGB V-RefE, bei der die Krankenkassen zu Wagniskapitalgebern werden. Das in diesem Zusammenhang vorgesehenen Korrektiv einer fachlich-inhaltlichen Kooperation zwischen Krankenkasse und Beteiligungsgesellschaft ändert nichts am spekulativen Charakter solcher Vermögensanlagen,

welche den allgemeinen Grundsätzen einer werterhaltenden Vermögensanlage widersprechen und somit nicht im Einklang mit dem haushaltsrechtlichen Grundsatz einer wirtschaftlichen Mittelverwendung stehen.

Kritisch wird insoweit auch die Auswertung von Versichertendaten nach § 284 SGB V und die versichertenbezogene Zusammenführung von Abrechnungsdaten sowie weiterer sozioökonomischer Faktoren zum Zwecke der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gezielten Förderung der Entwicklung, Plausibilisierung und Evaluation digitaler Innovationen gesehen, welche im Ergebnis einer Marktanalyse gleichkommt, wobei die wettbewerbsrechtliche Zulässigkeit einer solchen Analyse zumindest im Falle der Bereitstellung entsprechender Analyseergebnisse fraglich erscheint. In diesem Zusammenhang muss daher – insb. für den Fall der gemeinsamen Entwicklung oder der Beauftragung Dritter mit der Entwicklung digitaler Innovationen – gesichert sein, dass versichertenbezogene Daten vor dem Zugriff Dritter geschützt bleiben.

Auch hinsichtlich der Regelung des § 68b SGB V-RefE, wonach Krankenkassen Versorgungsinnovationen – jedenfalls im Rahmen einer ersten Kontaktaufnahme, für die es gerade keiner Einwilligung des Versicherten bedarf – aktiv gegenüber ihren Versicherten bewerben können, bestehen insoweit Bedenken, als hierdurch von Seiten der Krankenkassen mitunter auf die (freie) Arztwahl Einfluss genommen und eine aktive Patientensteuerung erfolgen könnte.

Dies ist insbesondere in den Fällen kritisch zu bewerten, in denen Krankenkassen ihren Versicherten Versorgungsangebote unterbreiten, deren Entwicklung sie nach § 68a SGB V-RefE gefördert haben und von deren Inanspruchnahme sie unmittelbar oder mittelbar als Wagniskapitalgeber (und sei es nur in Form einer gesicherten oder höheren Rendite) profitieren.

Entsprechende Patientensteuerungen im Bereich der Leistungserbringer hat der Gesetzgeber mit Blick darauf, dass entsprechende Empfehlungen stets an medizinischen Erfordernissen und am Patientenwohl orientiert werden sollen, aber auch zum Schutz eines unverfälschten Wettbewerbs, in den §§ 299a, 299b StGB unter Strafe gestellt. Weshalb sich die Situation als weniger strafwürdig darstellt, wenn eine Zuführung von Versicherten stattdessen durch die Krankenkassen an von diesen finanziell unterstützen Unternehmen erfolgt, erschließt sich nicht. Der bloße

Hinweis in der Begründung zu § 68b SGB V-RefE, dass mit der Beratung von Versicherten keine isolierten wirtschaftlichen Interessen verfolgt werden dürfen, reicht für einen hinreichenden Schutz der Versicherten nicht aus.

Um das Risiko einer renditeorientierten Patientensteuerung von Versicherten zu minimieren, muss den Organmitgliedern und leitenden Angestellten einer Krankenkasse die private Beteiligung an denjenigen Unternehmen untersagt sein, deren Versorgungsinnovation durch die Krankenkasse gefördert wurde. Zur Vermeidung einer unzulässigen Beeinflussung der Wahlfreiheit von Versicherten muss im Rahmen der Versorgungsberatung durch Krankenkassen zudem eine Aufklärung über bestehende Versorgungsalternativen und Kostenrisiken, entsprechend den Aufklärungspflichten beim Behandlungsvertrag, zwingend vorgesehen werden.

3. Zur IT-Sicherheit in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Art. 1 Nr. 7 RefE)

Die KZBV teilt das Anliegen des Gesetzgebers, ein hohes IT-Sicherheitsniveau in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Gleichwohl fällt die einzelne Arzt- bzw. Zahnarztpraxis aus gutem Grund nicht in den Anwendungsbereich von BSI-Gesetz und BSI-Kritisverordnung, da von ihrem Ausfall – anders als beispielsweise im Falle der Telematikinfrastruktur (TI) – keine Versorgungsengpässe zu befürchten sind.

Daher wird die Regelung des § 75b SGB V-RefE, welche im Ergebnis auf die Gewährleistung eines angemessenen IT-Sicherheitsniveaus in der Arzt- oder Zahnarztpraxis abzielt, die Ergreifung der hierzu erforderlichen Maßnahmen jedoch in ihrer konkreten Ausgestaltung, welche eine zwingende Abstimmung – insoweit bleibt unklar, ob hiermit eine bloße Benehmens- oder doch eine deutlich weitreichendere Einvernehmensherstellung gemeint ist, wobei insb. im zweiten Fall sowohl die Fristen zur erstmaligen Festlegung von Richtlinieninhalten als auch zu deren regelmäßigen Anpassung deutlich zu kurz bemessen sind – mit BSI und BfDI vorsieht, als unverhältnismäßig abgelehnt.

Soweit die Regelung eine Zertifizierung von Anbietern, die die Leistungserbringer bei der Umsetzung der Sicherheitsrichtlinie unterstützen sollen, durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorsieht, wird das Risiko eines überbordenden administrativen Aufwands in den Arzt- und Zahnarztpraxen wie insbesondere im Falle regelmäßig durchzuführender kostenintensiver Auditierungen von Praxen befürchtet. Sollte der Gesetzgeber gleichwohl an dieser Regelung festhalten wollen, so

muss notwendigerweise auch eine Refinanzierung der mit der Umsetzung der IT-Sicherheitsrichtlinie einhergehenden Aufwände (insb. im Falle einer regelmäßigen Auditierung von Praxen) vorgesehen werden.

Unabhängig davon, ob mit der vorgesehenen Abstimmung mit BSI und BfDI die Benehmens- oder Einvernehmensherstellung gemeint ist, weist die KZBV darauf hin, dass sowohl die im Gesetz vorgesehene Umsetzungs- als auch die Anpassungsfrist deutlich zu kurz bemessen ist und fordert den Gesetzgeber insoweit auf, hier entsprechend längere Fristen vorzusehen (mindestens 18 Monate ab Inkrafttreten des Gesetzes).

4. Zur Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln in elektronischer Form (Art. 1 Nr. 8 RefE)

Die vorgesehene Ausweitung von § 86 SGB V (welcher Bestandteil des GSAV und damit bis dato noch nicht in Kraft getreten ist) auf die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in elektronischer Form wird seitens der KZBV als sinnvoll bewertet.

5. Zu telemedizinischen Konsilen (u.a. Art. 1 Nr. 9 lit. b) bb) RefE)

Die KZBV begrüßt die vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit zur Erbringung telemedizinischer Konsile, fordert diese jedoch auch für die vertragszahnärztliche Versorgung.

Soweit in der geplanten Änderung des § 87 Absatz 2a Satz 13 bis 15 SGB V-RefE auf die Regelung des § 291g Absatz 5 SGB V verwiesen wird, welcher ausweislich Art. 1 Nr. 31 RefE neu angefügt werden soll, erlaubt sich die KZBV den Hinweis, dass § 291g Absatz 5 SGB V bereits als Bestandteil des PpSG zwischenzeitlich in Kraft getreten ist und als solches die Grundlage für die Vereinbarung von Anforderungen an technische Verfahren zu Videosprechstunden nach § 87 Absatz 2k SGB V im vertragszahnärztlichen Bereich bildet.

6. Zweistufiges Förderverfahren bei Neuen Versorgungsformen (NVF) / Begrenzung der Projekte auf 15 (Art. 1 Nr. 11 lit. a) RefE)

Zweistufiges Förderverfahren

Ein zweistufiges Verfahren wurde in der ersten Förderwelle des Innovationsausschusses im Bereich der Versorgungsforschung durchgeführt und erprobt. In den

folgenden Förderwellen wurde von diesem Verfahren Abstand genommen, da sich gezeigt hat, dass die Antragsqualität im zweistufigen Auswahlverfahren nicht höher war als im einstufigen Verfahren. Insgesamt ist die Qualität der Anträge im Verlauf der durchgeführten einstufigen Förderwellen generell gestiegen, was auf Lerneffekte bei allen Beteiligten zurückzuführen sein dürfte. Ein zweistufiges Verfahren ist aus Sicht der KZBV daher nicht erforderlich, um die Qualität der Förderanträge zu steigern.

Begrenzung der regelhaften Projektanzahl

Pro Jahr stehen im Bereich der NFV 160 Mio. € an Fördersumme zur Verfügung, die sich nach der geplanten Neuregelung auf die in der Regel maximal zu fördernden 15 Projekte aufteilen. Die Auswahl von in der Regel von max. 15 förderungswürdigen Projekten birgt das Risiko einer ungewollten Anreizwirkung zur finanziellen „Aufblähung“ der Projekte. Auch ist nicht unmittelbar ersichtlich, ob die intendierte Förderung insbesondere größerer komplexerer Vorhaben mit hohem Umsetzungspotenzial und großer Versorgungsrelevanz hauptsächlich durch Projekte mit großem Finanzvolumen erzielt werden kann. Gerade deutlich kleinere, sektorbezogene Projekte haben ihre Versorgungsrelevanz dem Innovationsausschuss gegenüber belegt und ermöglichen einen Mehrwert für die Versorgung. Positiv ist zu bewerten, dass die Vorgabe Abweichungen zulässt („in der Regel nicht mehr als 15 Vorhaben pro jährlich verfügbarer Fördersumme“). Jedoch ist unklar, welcher Begründungsaufwand entsteht, falls der Innovationsausschuss von dieser Regel abweicht.

7. Möglichkeit zur Förderung der Leitlinienentwicklung (Art. Nr. 11 lit. b) bb) RefE)

Die Änderung wird von der KZBV als sachgerecht begrüßt.

8. Fortführung des Innovationsfonds, Anpassung der Fördersumme, Neujustierung des Verhältnisses NVF zu VSF und von themenoffener und themenspezifischer Förderung sowie Übertragbarkeit der Haushaltsmittel (Art. 1 Nr. 11 lit. c) RefE)

Fortführung des Innovationsfonds bis 2024

Die Änderung wird von der KZBV als sachgerecht begrüßt.

Reduktion der jährlichen Fördersumme von 300 Mio. € auf 200 Mio. €

Die Änderung wird von der KZBV als sachgerecht begrüßt.

Festlegung des Förderverhältnisses im themenspezifischen und themenoffenen Bereich bei NVF und VSF

Themenoffene Förderungen gewährleisten, dass Projektideen eingebracht werden können, die aus Versorgungsgesichtspunkten von besonderer Relevanz sind, ohne dass der Innovationsausschuss hierzu unmittelbare Themensetzungen vorgenommen hat. Insbesondere für Projekte aus dem zahnärztlichen Bereich besteht ein Bedarf an einer möglichst flexiblen Regelung des Verhältnisses von themenspezifischen zu themenoffenen Förderbekanntmachungen, da zahnmedizinische Projekte ein spezifisches Problemfeld adressieren, welches aufgrund der inhaltlichen Ausrichtung der themenspezifischen Förderbekanntmachungen nur bedingt oder nicht aufgegriffen werden kann. Daher sollte auf gesetzliche Vorgaben zum Verhältnis von themenspezifischer und themenoffener Förderung verzichtet werden.

Einführung der Übertragbarkeit von Haushaltsmitteln für die Jahre 2020 – 2023

Die Änderung wird von der KZBV als sachgerecht begrüßt.

9. Sonderregelung für die Themenfestlegung für das 2020 (Art. 1 Nr. 12 lit. b) bb) RefE)

Die Einführung einer Sonderregelung zur Themenfestlegung ist sachgerecht, um eine „Förderlücke“ zu vermeiden, die aus der bisher fehlenden Rechtsgrundlage zur Finanzierung des Innovationsfonds resultiert. Selbst unter Zugrundelegung der bisherigen Verfahrensabläufe ist der Zeitpunkt zur Festlegung der Themen Anfang 2020 nicht geeignet, um im selben Jahr Förderentscheidungen treffen und somit eine Förderpause vermeiden zu können. Das zeitliche Problem verschärft sich weiter, wenn im Jahr 2020 die Neuregelung zum zweistufigen Verfahren im Bereich der NVF bereits greifen soll.

Die KZBV schlägt vor, unter Berücksichtigung des zeitlichen Bedarfs des notwendigen Beratungsverfahrens den Zeitpunkt der Themenfestsetzung zu überprüfen.

Soweit ein zweistufiges Förderverfahren im Bereich der neuen Versorgungsformen implementiert wird, wäre ein klarstellender Hinweis hilfreich, wonach für das Förderjahr 2020 von diesem Verfahren noch nicht Gebrauch gemacht werden muss.

10. Schaffung eines Verfahrens zur Überführung erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung (Art. 1 Nr. 12 lit. c) RefE)

Die KZBV begrüßt grundsätzlich die Intention, Regelungen für die Überführung in die Regelversorgung vorzunehmen. Jedoch sollte auch dem G-BA der notwendige Spielraum für eine sachgerechte Entscheidung zur Umsetzung der Ergebnisse erhalten bleiben. Dazu wird die Frist, wonach der G-BA innerhalb von zwölf Monaten nach Abgabe der Empfehlung durch den Innovationsausschuss einen Beschluss zur Aufnahme in die Versorgung zu fassen hat, unter dem Gesichtspunkt verfahrensrechtlich vorgegebener Abläufe im G-BA als zu kurz erachtet. Die KZBV schlägt vor, die Regelung dahingehend zu fassen, dass der G-BA unverzüglich nach erfolgtem Beschluss der Empfehlung des Innovationsausschusses die Beratungen aufzunehmen und einen entsprechenden Umsetzungsbeschluss innerhalb von 15 Monaten herbeizuführen hat.

11. Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (Art. 1 Nr. 12 lit. e) RefE)

Die KZBV begrüßt die Intention des Gesetzentwurfs, weitere Voraussetzungen dafür zu schaffen, die einen erfolgreichen Abschluss von Förderprojekten ermöglichen. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung sollte jedoch auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden. Die Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle hinsichtlich der fachlichen Beratung der Projekte vermischt administrative und inhaltliche Tätigkeiten und birgt das Risiko der Befangenheit der Geschäftsstelle im weiteren Beratungsprozess.

12. Zur Anbindung von Leistungserbringern an die TI (Art. 1 Nr. 26 lit. b) ee) RefE)

Soweit in § 291 Absatz 2b SGB V-RefE die Anbindung von an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, welche ohne persönlichen Kontakt mit Versicherten in deren Behandlung einbezogen sind, an die TI vorgesehen wird, regt die KZBV an, für den vertragszahnärztlichen Bereich eine

entsprechende Regelung für die Anbindung der Zahntechniker an die TI vorzusehen.

Die Situation im vertragszahnärztlichen Bereich stellt sich hinsichtlich der Einbindung von Zahntechnikern im Rahmen der Behandlung von Versicherten nicht anders dar, als dies im Falle von Laborärzten im ärztlichen Bereich der Fall ist. Beide erfolgen üblicherweise ohne persönlichen Kontakt mit den Versicherten und erfordern kein Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte. Auch im vertragszahnärztlichen Bereich werden jedoch notwendigerweise sensible Behandlungsdaten an zahntechnische Labore übermittelt, was zu deren Schutz sinnvollerweise im Rahmen einer sicheren Kommunikation unter Einsatz der TI erfolgen sollte.

13. Zu den Fristenregelungen des Referentenentwurfs (u.a. Art. 1 Nr. 27 lit. h) bb) RefE)

Hinsichtlich der verschiedentlich im Referentenentwurf des DVG vorgesehenen starren Fristen, wie beispielsweise im Fall der Vereinbarung einer Finanzierung von Ausstattungs- und Betriebskosten im Zusammenhang mit der Einführung und Nutzung der elektronischen Patientenakte und der elektronischen Arzneimittelverordnung (Art. 1 Nr. 27 lit. h) bb) RefE), steht zu befürchten, dass diese in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des DVG faktisch ggf. so kurz ausfallen, dass sie nicht mehr gehalten werden können.

Die KZBV regt daher an, stattdessen dynamische Fristen vorzusehen und deren Beginn an das Inkrafttreten des DVG zu knüpfen. Dabei sollten die jeweiligen Fristen so bemessen werden, dass eine fristgerechte Umsetzung gewährleistet werden kann.

Insoweit sollten Fristen für Vereinbarungen auf Ebene der Bundesmantelvertragspartner in Abhängigkeit von Umfang und Komplexität der zugrundeliegenden Materie grundsätzlich sechs Monate nicht überschreiten. Für den Fall, dass zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zusätzlich Gebührenpositionen im BEMA zu schaffen sind, sollte die Frist zwölf Monate nicht überschreiten. Soweit der gesetzliche Auftrag an die Erbringung spezifischer Leistungen oder das Vorhalten von Komponenten und Diensten auf Seiten der Leistungserbringer anknüpft, muss die in solchen Fällen erforderliche Implementierung neuer BEMA-Nummern bzw. Umsetzung technischer Spezifikationen in zahnärztlichen Praxisverwaltungssystemen

bei der Bemessung der Umsetzungsfrist gleichfalls berücksichtigt werden (vgl. insoweit die nachfolgenden Ausführungen zu § 291h Absatz 5 Satz 4 f. SGB V-RefE unter Ziffer 14).

14. Zur elektronischen Patientenakte (Art. 1 Nrn. 9 lit. a) u. 32 RefE)

Die KZBV begrüßt die Ergänzung von § 87 Absatz 1 SGB V-RefE, wonach zahnärztliche Leistungen für die Unterstützung bei Anlage und Verwaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie für die Speicherung von Daten in der ePA vergütet werden sollen, dem Grunde nach.

Allerdings wird mit der Unterstützung bei Anlage und Verwaltung der ePA eine Aufgabenübertragung von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer perpetuiert, die sachlich nicht gerechtfertigt ist. Während die Speicherung von Daten in der ePA unter dem Gesichtspunkt einer ordnungsgemäßen Dokumentation noch dem zahnärztlichen Leistungsgeschehen zugeordnet werden kann, ist dies bei den rein informationstechnischen Vorgängen der Anlage und Verwaltung der ePA nicht mehr der Fall. Bei den hierzu erforderlichen Unterstützungsleistungen handelt es sich um originäre Aufgaben der Krankenkassen. Würden diese auf Ärzte und Zahnärzte abgewälzt, bestünde für Krankenkassen keine Notwendigkeit für eine stetige Verbesserung der ePA mit dem Ziel, deren Anlage und Verwaltung ohne externe Unterstützung zu gewährleisten. Daher sollte die entsprechende Aufgabe bei den Krankenkassen verortet werden.

Davon unabhängig sollte bereits vor Einführung der ePA auch für die Befüllung von Notfalldatensatz und elektronischem Medikationsplan eine Vergütung vorgesehen und hierzu eine entsprechende gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Die in § 291h Absatz 5 Satz 4 f. SGB V-RefE vorgesehene Verpflichtung der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, gegenüber der jeweils zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung den Nachweis über das Vorhalten der für einen Zugriff auf die ePA erforderlichen Komponenten und Dienste zu führen sowie die hierzu vorgesehene sanktionsbewehrte Frist in Satz 5, wird in mehrfacher Hinsicht kritisch bewertet.

Zunächst wird die Verwendung sanktionsbewehrter Fristen als grundsätzlich ungeeignet erachtet, um eine Akzeptanz neuer technischer Verfahren zu fördern. Darüber hinaus ist es zumindest in denjenigen Fällen unverhältnismäßig, in denen

Leistungserbringer absehbar aus der Versorgung ausscheiden. Die Refinanzierung der notwendigen Investitionen dürfte in solchen Fällen unwirtschaftlich sein.

In praktischer Hinsicht bestehen gegen die Regelung des § 291h Absatz 5 Satz 4 f. SGB V-RefE insoweit Bedenken, als den Leistungserbringern eine Erfüllung der Nachweispflicht ggf. nicht möglich sein könnte.

Nach § 291h Absatz 2 SGB V-RefE hat die Gesellschaft für Telematik (gematik) bis zum 31.03.2021 die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass bestimmte Daten der Versicherten, wie etwa das Zahn-Bonusheft, in der ePA bereitgestellt und von den Versicherten genutzt werden können. Für Zahnärzte könnte die fristgerechte Bereitstellung des Zahn-Bonusheftes in der ePA daran scheitern, dass die diesbezüglichen Vorgaben der gematik zunächst seitens der Hersteller von Praxisverwaltungs-Systemen (PVS) umgesetzt werden müssen, wozu eine Frist von lediglich drei Monaten (die Sanktion bei fehlenden Nachweis nach § 291h Absatz 5 Satz 5 SGB V-RefE greift ab dem 01.07.2021) deutlich zu kurz bemessen sein dürfte.

Soweit der Gesetzgeber an der Verwendung sanktionsbewehrter Fristen festhalten möchte, wäre daher zumindest eine realistische Frist für die Erbringung des Nachweises nach § 291h Absatz 5 Satz 4 SGB V-RefE vorzusehen.

15. Zur Fortentwicklung der Regelungen zur Datentransparenz (Art. XX RefE betreffend Änderung der §§ 303a ff. SGB V u. Art. XX RefE betreffend Änderung der Datentransparenzverordnung)

Die KZBV begrüßt dem Grunde nach die vom Gesetzgeber intendierte Fortentwicklung der Regelungen zur Datentransparenz, insoweit hierdurch eine für die Versorgungsforschung bessere und aktuellere Datenbasis geschaffen werden soll.

Die Fortentwicklung der Regelungen zur Datentransparenz darf jedoch nicht dazu führen, dass datenschutzrechtliche Vorgaben, insbesondere das Gebot der Datensparsamkeit, außer Acht gelassen werden.

Die KZBV lehnt insoweit die in § 303b Absatz 1 Satz 1 SGB V-RefE vorgesehene Übermittlung der Angaben zu den abrechnenden Leistungserbringern an den GKV-Spitzenverband vehement ab. Eine Übermittlung von Daten, die geeignet sind, den

einzelnen Leistungserbringer zu identifizieren, ist für die Zwecke der Versorgungsforschung weder erforderlich noch mit dem Gebot der Datensparsamkeit vereinbar. Für das Verfahren der Datentransparenz ist allein die bereits im bisherigen Verfahren einbezogene Information relevant, welchem Hauptleistungsbereich (Zahnarzt / Arzt / Krankenhaus / Heilmittelerbringer usw.) die versichertenbezogenen Leistungsausgaben zuzuordnen sind. Die Kenntnis personenbezogener Daten entfaltet für die Versorgungsforschung jedoch keinen Mehrwert und muss daher unterbleiben.

Die KZBV fordert den Gesetzgeber daher auf, die Worte „Angaben zu den abrechenbaren Leistungserbringern“ ersatzlos zu streichen und diesen Punkt bei den bereits mit dem DVG-RefE angekündigten weiteren und umfangreicheren Anpassungen der Datentransparenzverordnung zu berücksichtigen.

Sofern der Gesetzgeber mit dieser Formulierung hingegen das Ziel verfolgen sollte, eine Pendantregelung zum § 267 Absatz 1 SGB V in der Fassung des Referentenentwurfs eines Faire-Kassenwahl-Gesetzes zu schaffen, wonach die Krankenkassen als Teil der Datenmeldung zu den Diagnosen auch die jeweilige Hausarzt- oder Facharztkenntnis (sog. Arztgruppenschlüssel) zu übermitteln haben, um auf diese Weise feststellen zu können, ob die unterschiedlich berücksichtigten Diagnosen aus der haus- oder fachärztlichen Versorgung stammen, so fordert die KZBV eine entsprechende gesetzliche Klarstellung bzw. Ersetzung der Worte „Angaben zu den abrechnenden Leistungserbringern“ durch das Wort „Arztgruppenschlüssel“.

Die KZBV lehnt aus Gründen der Datensparsamkeit auch die mit den Änderungen in § 303b Absatz 2 Satz 2 und § 303c Absatz 1 SGB V-RefE intendierte teilweise Umstellung des aktuellen Verfahrens zur Pseudonymisierung von Versichertendaten ab. Das aktuelle Verfahren sieht vor, dass die Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband die Versorgungs-/ Leistungsdaten in pseudonymisierter Form und mit temporären Versichertenpseudonymen versehen übermittelt werden. Der Vertrauensstelle obliegt die Aufgabe, die temporären Versichertenpseudonyme in periodenübergreifende Versichertenpseudonyme zu überführen.

Von diesem Verfahren soll aus nicht nachvollziehbaren Gründen insoweit Abstand genommen werden, als nach der intendierten Regelung der GKV-Spitzenverband

neben den pseudonymisierten Versorgungsdaten der Versicherten auch die personenidentifizierbaren Versichertendaten – in der Gesetzesbegründung wird explizit die Krankenversichertennummer genannt – erhalten soll, welche von der Vertrauensstelle dann in Pseudonyme überführt werden.

Der in der Gesetzesbegründung enthaltene Hinweis, der GKV-Spitzenverband müsse im Rahmen der Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung zur ggf. notwendig werdenden Herstellung des Versichertenbezuges auf personenidentifizierbare Informationen zugreifen können, ist nicht schlüssig und vermag insoweit nicht zu überzeugen. Denn auch im bisherigen Verfahren nimmt der GKV-Spitzenverband in Wahrnehmung seiner Aufgabe als Datensammelstelle die Prüfung der Daten der Versicherten auf Plausibilität und Vollständigkeit ohne Kenntnis personenidentifizierbarer Daten vor.

Die KZBV sieht ferner die vom Gesetzgeber in § 303b Absatz 2 Satz 1 SGB V-RefE gewählte Formulierung kritisch, wonach der GKV-Spitzenverband in dessen Funktion als Datensammelstelle die Daten nach § 303b Absatz 1 SGB V-RefE zusammenführt.

Bereits die sprachliche Auslegung dieser Regelung erlaubt den Rückschluss, dass der GKV-Spitzenverband künftig zur Zusammenführung der von den Krankenkassen gelieferten Daten befugt sein soll.

Diese Formulierung steht im Widerspruch zur Begründung, wonach die vom GKV-Spitzenverband auch aktuell im Rahmen des Risikostrukturausgleichs und des Verfahrens zur Datentransparenz wahrgenommene Rolle als reine Datensammelstelle lediglich im Gesetz verankert werden soll.

Die KZBV fordert den Gesetzgeber deshalb auf, die in § 303b Absatz 2 Satz 1 SGB V-RefE enthaltenen Wörter „führt zusammen“ durch das Wort „sammelt“ zu ersetzen.

16. Zur Sanktion bei Nichtdurchführung des VSDM

Die KZBV fordert im Falle der Nichtdurchführung von VSDM (und weiterer Anwendungen, vgl. hierzu die Ausführungen zu § 291h Absatz 5 Satz 5 SGB V-RefE) ein Absehen von der diesbezüglichen Sanktionierung in denjenigen Fällen, in denen die Ausstattung mit den zur Durchführung des VSDM erforderlichen Komponenten

und Dienste im Hinblick auf ein absehbares Ausscheiden des jeweiligen Leistungserbringers aus der Versorgung, bspw. auf Grundlage einer ausdrücklichen Erklärung gegenüber der zuständigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, unterbleibt. In solchen Fällen wären die mit einer Ausstattung verbundenen Ausgaben unwirtschaftlich.

Auch im Falle des Erwerbs einer Bestandspraxis, welche noch nicht mit den zur Durchführung des VSDM erforderlichen Komponenten und Dienste ausgestattet ist, sollte eine „Schonfrist“ vorgesehen werden, binnen deren der Erwerber die erforderliche Ausstattung sanktionsfrei nachholen kann.

17. Integration von Anwendungen der eGK in informationstechnische Systeme

Für eine zeitnahe und flächendeckende Integration von Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur in informationstechnische Systeme (insb. Praxisverwaltungs-Systeme) bedarf es einer gesetzlichen Grundlage (bspw. nach Vorbild des § 291d SGB V), mittels derer die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die jeweiligen Hersteller zur Integration neuer Anwendungen in informationstechnische Systeme verpflichten können.

18. Zur elektronischen Kommunikation zwischen Leistungserbringern

Auch für den vertragszahnärztlichen Bereich besteht, bspw. bei der Versorgung mit Zahnersatz und der in diesem Rahmen regelmäßig stattfindenden Übermittlung von Versichertendaten an Dentallabore, ein Bedarf für die Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren auf der Grundlage des § 291b Absatz 1e SGB V über die Telematikinfrastruktur.

Die Situation ist insofern mit dem Versand eines elektronischen Arztbriefes vergleichbar, für den in der vertragszahnärztlichen Versorgung, anders als in der ärztlichen Versorgung, jedoch keine Vergütung vorgesehen ist.

Vor diesem Hintergrund fordert die KZBV, auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung eine Vergütung für den Versand von Befunden u.ä. mittels sicherem Übermittlungsverfahren nach § 291b Absatz 1e SGB V vorzusehen.