

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)232(11)

gel. VB zur öffent. Anh. am 11.11.20

07.11.2024



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit
(Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz – GDAG)

Stand des Gesetzes: 17.7.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	6
• Zu Artikel 1 Nr. 10 § 311 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	6
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 312 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	9
• Zu Artikel 1 Nr. 18 § 325 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	10
• Zu Artikel 1 Nr. 23 § 342 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	11
• Zu Artikel 1 Nr. 34 § 354 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	12
• Zu Artikel 1 Nr. 42 § 370c (Fünftes Sozialgesetzbuch).....	13
• Zu Artikel 1 Nr. 45 § 380 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	18
Ergänzender Änderungsbedarf.....	19
• § 291 Absatz 9 Satz 2 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	19
• § 295 Absatz 1 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	20
• § 301 Absatz 2 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	21
• § 360 Absatz 10 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	22
• § 345 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	23

1. Allgemeiner Teil

Am 17.7.2024 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit beschlossen. Der Gesetzentwurf ist Teil der Digitalstrategie der Bundesregierung und verfolgt das Ziel, die bestehende Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) zu einer Digitalagentur Gesundheit auszubauen.

Neben der Umbenennung des Namens erhält die gematik deutlich erweiterte Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zur Steuerung der weiteren digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Kern ihrer Aufgabe ist, die Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege nutzerfreundlich auszugestalten. Im Fokus stehen dabei eine bessere Versorgung, mehr Patientensicherheit und die Entlastung der Leistungserbringenden von bürokratischen Aufwänden. Die Digitalagentur Gesundheit soll zukünftig nicht nur Betriebsleistungen für die zentrale Infrastruktur zur Verfügung stellen, sondern auch die Entwicklung beziehungsweise den Betrieb von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur (TI) sowie von ausgewählten Anwendungen ausschreiben können. Außerdem erhält sie die Aufgabe, Standards für die Benutzerfreundlichkeit festzulegen und deren Einhaltung bei allen getroffenen Maßnahmen sicherzustellen. Die Digitalagentur Gesundheit soll zudem die Institutionen der Selbstverwaltung bei der Digitalisierung von Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen und der Pflege unterstützen.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) sieht in der Digitalisierung des Gesundheitswesens viel Potenzial zur Verbesserung der Versorgung und unterstützt die Bemühungen, eine funktionierende Digitalstruktur sicherzustellen. Die Einhaltung verbindlicher Standards und die Benutzerfreundlichkeit sind entscheidende Kriterien für den Erfolg von Digitalisierungsmaßnahmen. Grundsätzlich begrüßt der vdek, dass die Nutzerfreundlichkeit beispielsweise von Praxisverwaltungssystemen durch verbindliche Vorgaben mehr in den Fokus gerückt werden soll. Es ist von zentraler Bedeutung für die Akzeptanz aller Beteiligten, dass digitale Prozesse reibungslos funktionieren und Abläufe spürbar vereinfacht werden. Sichergestellt werden muss, dass die Expertise der Krankenkassen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens einbezogen wird.

Positiv ist, dass die Digitalagentur Gesundheit nicht, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, zentrale Komponenten und Dienste selbst entwickeln, sondern im Sinne eines differenzierten Marktmodells Komponenten und Dienste spezifizieren und Aufträge an Marktteilnehmende vergeben soll. Weiterhin kritisch sieht der vdek dennoch, dass der Digitalagentur nach wie vor verschiedene Rollen zugesprochen werden. Zum einen hat sie die Aufgabe, Anwendungen, die auf dem Markt vielfach angeboten werden, zu spezifizieren und von den Anbietern entwickeln zu lassen. Außerdem soll sie wesentliche Komponenten und Dienste der TI zentral per Vergabeverfahren beschaffen, um sie dann den Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. Sie erhält darüber hinaus die Befugnis, Komponenten und Dienste der TI, die zentral und nur ein-

malig vorhanden sind, selbst zu entwickeln und zu betreiben. Die damit einhergehenden unterschiedlichen Rollen als Aufsichtsbehörde und Marktteilnehmerin unter einem Dach widersprechen den Prinzipien guter Governance. Es besteht die Gefahr von wettbewerblichen Nachteilen für weitere Beteiligte sowie der Behinderung von Innovationen im Wettbewerb um die beste Lösung. Ziel muss immer sein, dass optimale Lösungen entwickelt werden, die einen Mehrwert für die Nutzenden haben. Die Entwicklung und das Betreiben von digitalen, versichertennahen Anwendungen sollte nicht durch die Digitalagentur für Gesundheit selbst erfolgen, sondern in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und bei deren beauftragten Dienstleistern im Wettbewerb verbleiben.

Positiv zu werten ist, dass insgesamt ein stärkerer Fokus auf den stabilen Betrieb der TI gelegt werden soll, beispielweise durch Auflagen zur erforderlichen Erprobung im Zusammenhang mit der Zulassung. Auch eine jährliche TI-Roadmap wird grundsätzlich für sinnvoll gehalten. Mit dieser Roadmap wird für jedes Jahr eine umfassende Jahresplanung durch die Digitalagentur Gesundheit erstellt. Sie sollte allerdings in enger Abstimmung bzw. im Einvernehmen mit den relevanten Stakeholdern und Betroffenen erfolgen, um realistische Umsetzungszeiträume festzulegen. Allerdings bleibt kritisch, dass durch Mehrheitsentscheid in der Gesellschafterversammlung dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die absolute Entscheidungshoheit eingeräumt wird.

Die Verordnungsermächtigung des BMG zur Zuweisung neuer Aufgaben an die Digitalagentur wird mit dem Regierungsentwurf weiter ausgeweitet. Der vdek sieht dies grundsätzlich sehr kritisch. Diese Vorgänge sollten im Einvernehmen mit den Gesellschaftern getroffen werden.

Positiv ist, dass der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, Rahmenbedingungen für den Betrieb von Terminvermittlungsplattformen zu schaffen. Dies betrifft beispielsweise technische und prozessuale Anforderungen, Barriere- und Diskriminierungsfreiheit sowie den Ausschluss kommerzieller Drittnutzung der Plattformen. Damit kann Fehlentwicklungen, z. B. die Benachteiligung von Versicherten durch Anbieter mit starker Marktposition, entgegenwirkt werden. Ein zentrales Problem dürfte allerdings weiterhin bestehen: Ärzt:innen stellen nicht ausreichend Terminkapazitäten bereit. Um hier gegenzusteuern, sollten für die Partner der Selbstverwaltung Möglichkeiten geschaffen werden, neue oder erweiterte Angebote im Rahmen von "Terminpools" in Verbindung mit einer gesetzlichen Verpflichtung zur Meldung von Terminkapazitäten für Ärzt:innen zu schaffen. Der vdek spricht sich für die Erweiterung der Regelung aus und macht hierzu einen Vorschlag (siehe Kommentierung zu § 370c SGB V).

Finanzwirkung

Mit den geplanten Aufgabenerweiterungen und dem Ausbau der gematik zu einer Digitalagentur Gesundheit steht zu befürchten, dass der Mittelbedarf deutlich wachsen wird. Bereits heute ist zu kritisieren, dass die gematik sich fast ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen der GKV finanziert, wobei die GKV auf-

grund der Stimmrechtsverteilung in der Mitgliederversammlung keinen entscheidenden Einfluss auf die Mittelverwendung hat. Sollte die Finanzierungssystematik so bleiben wie bisher, muss der Staat für die Finanzierung einer als Aufsichtsbehörde ausgebauten Digitalagentur aufkommen. Es ist nicht hinzunehmen, dass die GKV weiterhin allein die Rolle des Finanziers beibehalten soll. Für 2024 wurde die Finanzierung per Verordnung auf 1,67 Euro je Mitglied der GKV festgestellt, in der Summe bedeutet das im Jahr 2024 einen Betrag von 90 Millionen Euro.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 10

§ 311 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Digitalagentur Gesundheit soll zukünftig nicht nur Betriebsleistungen für die zentrale Infrastruktur, sondern auch die Entwicklung beziehungsweise den Betrieb von Komponenten und Diensten der TI ausschreiben können und den Nutzenden der TI zur Verfügung stellen.

In Nummer 18 erhält die Digitalagentur Gesundheit die Aufgabe, die Standards der Benutzerfreundlichkeit für Komponenten, Dienste und Anwendungen der TI festzulegen und deren Einhaltung bei allen getroffenen Maßnahmen sicherzustellen.

Die Digitalagentur Gesundheit soll zudem die Institutionen der Selbstverwaltung bei der Digitalisierung von Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen und der Pflege engagiert unterstützen (Nummer 19).

Mit der Regelung in Nummer 20 wird klargestellt, dass die Digitalagentur Gesundheit das Forschungsdatenzentrum Gesundheit und die Vertrauensstelle bei der Nutzung der TI unterstützen soll.

Digitalagentur Gesundheit soll gemäß Nummer 21 die Beteiligten unterstützen und die Prozesse zur Etablierung der Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum unterstützen und koordinieren.

Die Digitalagentur Gesundheit kann im Zusammenhang mit ihren Aufgaben auch Externe beauftragen, Studien, Untersuchungen und Projekte durchzuführen (Nummer 22).

Darüber hinaus wird das BMG ermächtigt, der Digitalagentur Gesundheit weitere Aufgaben betreffend den Aufbau, den Betrieb, die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und der informationstechnischen Sicherheit sowie die Weiterentwicklung der TI durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu übertragen und wieder zu entziehen.

Durch die Aufnahme einer ausdrücklichen Beleihungsklausel im neuen Absatz 1a wird klargestellt, dass die Digitalagentur Gesundheit bei der Durchführung von Zulassungs-, Festlegungs- und Bestätigungsverfahren hoheitlich handelt.

Die neu aufgenommenen Absätze 9 und 10 übernimmt das bisher in § 312 Absatz 11 und 12 geregelte geltende Recht.

Bewertung

Die Doppelrolle der Digitalagentur Gesundheit als spezifizierende, zulassende und betreibende Instanz von Komponenten und Diensten muss weiterhin ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere für versichertennahe Anwendungen.

Zu Nummer 18

Die Einhaltung von verbindlichen Standards und Benutzerfreundlichkeit ist entscheidendes Kriterium für den Erfolg von Digitalisierungsmaßnahmen. Die Expertise der Krankenkassen muss dafür zwingend einbezogen werden.

Zu Nummer 19

Da die Aufgabenerweiterungen keine konkreten Maßnahmen beschreiben, kann eine abschließende Bewertung nicht vorgenommen werden. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass auch hier die Expertise der Krankenkassen einbezogen wird.

Zu den Nummern 20 und 21

Aufgrund der Tatsache, dass die Aufgabenerweiterungen keine konkreten Unterstützungsleistungen beschreiben, kann eine abschließende Bewertung nicht vorgenommen werden. Bei der Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) an das Forschungsdatenzentrum unterstützt die gematik bereits heute, so dass weiterer Handlungsbedarf nicht ersichtlich ist und die geplante Neuregelung verzichtbar ist.

Externe Studien zu beauftragen, Untersuchungen und Projekte durchzuführen, wie in Nummer 22 aufgeführt, erscheint im Vorfeld der Einführung neuer Anwendungen, Dienste oder Komponenten als sachgerecht. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu berücksichtigen. Die alleinige Erweiterung und der Entzug von Aufgaben durch das BMG per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates sind abzulehnen. Diese Vorgänge sollten im Einvernehmen mit den Gesellschaftern getroffen werden.

Die Aufnahme einer ausdrücklichen Beleihungsklausel in Absatz 1a ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Nummer 18 wird wie folgt gefasst:

„Festlegung von verbindlichen Standards der Benutzerfreundlichkeit der Komponenten, Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sowie Sicherstellung ihrer Einhaltung **unter Einbeziehung ihrer Gesellschafter und deren Untergliederungen.**“

Nummer 19 wird wie folgt gefasst:

„Unterstützung bei der Digitalisierung von Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen und in der Pflege **unter Einbeziehung ihrer Gesellschafter und deren Untergliederungen,**“

Nummer 22 wird gestrichen bzw. nicht aufgenommen.

Zu cc): Neuer Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann der Digitalagentur Gesundheit **im Einvernehmen mit den Gesellschaftern** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weitere Aufgaben zuweisen, soweit diese mit der Schaffung, dem Aufbau, dem Betrieb, der Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und der informationstechnischen Sicherheit oder der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur, auch im Rahmen des grenzüberschreitenden Austauschs von Gesundheitsdaten, oder der Ausgestaltung digital unterstützter Versorgungsprozesse im Zusammenhang stehen, und diese Aufgaben auf demselben Wege wieder entziehen.“

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beschreibt eine umfassende Jahresplanung in Form einer Roadmap, die der Gesellschafterversammlung zur mehrheitlichen Genehmigung vorzulegen ist.

Bewertung

Der vdek kann das Ziel, eine kleinteilige, operative Auftragszuweisung an die Digitalagentur Gesundheit durch Gesetz zu umgehen, nachvollziehen. Gleiches gilt für die Verbindlichkeit und die größere Flexibilität. Das Wort „mehrheitlich“ sollte durch „einvernehmlich“ ersetzt werden, um Entscheidungsmöglichkeiten der Mitgesellschafter sicherzustellen. Die Roadmap ist der Gesellschafterversammlung der Digitalagentur Gesundheit, abweichend von der vorgeschlagenen Regelung, jeweils zum 1.7., beginnend mit dem 1.7.2025, für das jeweils darauffolgende Jahr zur mehrheitlichen Genehmigung vorzulegen. Aufgrund der Haushaltsplanungen der Krankenkassen wird dieser Vorlauf zwingend benötigt. Die entsprechenden Planungen müssen spätestens zum 1.7. für das jeweils darauffolgende Jahr vorliegen, damit eine entsprechende Haushaltsplanung möglich ist. Bei wesentlichen Abweichungen ist die Roadmap den Gesellschaftern der Digitalagentur Gesundheit aufgrund der finanziellen Auswirkungen für deren Haushalte erneut zur mehrheitlichen Genehmigung vorzulegen.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Digitalagentur Gesundheit erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 311 zu Beginn eines jeden Jahres für das darauffolgende Geschäftsjahr eine umfassende Planungsübersicht über die einzelnen Umsetzungsschritte, die langfristige Fortentwicklung der Telematikinfrastruktur und den Zeitverlauf (Roadmap). Die Roadmap nach Satz 1 ist der Gesellschafterversammlung der Digitalagentur Gesundheit jeweils zum 1. Juli, beginnend mit dem 1. Juli 2025, zur einvernehmlichen Genehmigung vorzulegen. Nach deren Genehmigung veröffentlicht die Digitalagentur Gesundheit die Roadmap. Bei wesentlichen Abweichungen ist die angepasste Roadmap den Gesellschaftern der Digitalagentur Gesundheit erneut zur einvernehmlichen Genehmigung vorzulegen.“

Zu Artikel 1 Nr. 18
§ 325 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Zulassungen zum Ausrollen können künftig auch hier mit verpflichtenden Auflagen (z. B. Test-, Erprobungs- oder Einführungsphasen) verbunden werden.

Bewertung

Die Neuregelungen zu § 311 Nummer 4 und 5 werden abgelehnt. Folgerichtig ist auch die Neufassung des Absatzes 1 in § 325 abzulehnen und die aktuell gültige Fassung beizubehalten.

Änderungsvorschlag

§ 325 Absatz 1 bleibt wie folgt gefasst:

„Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur bedürfen der Zulassung durch die Digitalagentur Gesundheit.“

Zu Artikel 1 Nr. 23
§ 342 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Statt durch Rechtsverordnung des BMG sollen die Fristen für die Umsetzung der verschiedenen Informationsobjekte künftig durch die Digitalagentur Gesundheit mit Zustimmung des BMG und ggf. im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) durch Beschluss festgelegt werden. Da die Möglichkeit, die ePA über ein stationäres Endgerät zu verwalten (zum Beispiel einen Desktop-Computer), Versicherten auf der Grundlage der von der Digitalagentur Gesundheit hierzu zu erstellenden Spezifikationen erst zum 15. Juli 2025 zur Verfügung stehen wird, wird die vormals hierzu vorgesehene Frist entsprechend angepasst.

Bewertung

Dem Grunde nach ändert sich durch die mehrheitlichen Geschäftsanteile und der damit verbundenen "einfachen Mehrheit bei einer Beschlussfassung" des BMG in der Digitalagentur nichts, es wird eine Rechtsverordnung eingespart. Wünschenswert wäre, dass die Gesellschafter einbezogen werden, um annähernd realistische Umsetzungsfristen veröffentlichen zu können. Die Fristverschiebung der Desktop-Lösung ist zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Erklärung zur Streichung:

„Bei einer Beschlussfassung sind die Gesellschafter der Digitalagentur (=Spitzenorganisationen nach § 306 SGB V) eingebunden.“

Zu Artikel 1 Nr. 34
§ 354 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu e)

Die Digitalagentur Gesundheit soll auch Festlegungen für die Forschungsausleitungen über die Benutzeroberfläche der ePA und damit auch über die Benutzeroberfläche treffen.

Bewertung

Zu e)

Die geplante Neuregelung kann nicht abschließend bewertet werden, da der Umfang und die Tiefe der Maßnahmen nicht näher beschrieben werden. Die Festlegungen sollten in Abstimmung mit den Krankenkassen getroffen werden.

Änderungsvorschlag

§ 354 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Digitalagentur Gesundheit hat **im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen** die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit eine Übermittlung und Speicherung von Daten des Versicherten aus digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 341 Absatz 2 Nummer 9 in die elektronische Patientenakte des Versicherten unter Verwendung eines Pseudonyms erfolgen kann.“

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neugeschaffenen § 370c SGB V beauftragt der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung damit, Rahmenbedingungen für den Betrieb von Terminvermittlungsplattformen zu schaffen. Die Rahmenbedingungen betreffen beispielsweise technische und prozessuale Anforderungen, Barriere- und Diskriminierungsfreiheit sowie den Ausschluss der kommerziellen Drittnutzung der Plattformen.

Bewertung

Die Ersatzkassen bewerten die geplanten Neuregelungen grundsätzlich positiv. Durch klar definierte Rahmenbedingungen für den Betrieb von Terminvermittlungsplattformen können Fehlentwicklungen, z. B. die Benachteiligung von Versicherten durch Anbieter mit starker Marktposition, entgegenwirkt werden. Jedoch besteht weiterhin das Problem, dass Ärzt:innen nicht ausreichend Terminkapazitäten bereitstellen. Es sollten daher Möglichkeiten für die Partner der Selbstverwaltung geschaffen werden, neue oder erweiterte Angebote im Rahmen von "Terminpools" in Verbindung mit der gesetzlichen Verpflichtung einer verbindlichen Meldung von Terminkapazitäten für Ärzt:innen zu schaffen. Hierzu hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kassenartenübergreifend den nachfolgend dargestellten Vorschlag entwickelt.

Änderungsvorschlag

1. Nach § 87e wird folgender § 87f eingefügt:

§ 87f Vorgaben zur Vermittlung von Terminen für vertragsärztliche Leistungen

¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages bis zum 30. Juni 2026 Vorgaben für den Einsatz von Vermittlungsportalen zur Vermittlung vertragsärztlicher Leistungen, insbesondere zur Sicherstellung eines gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugangs von Versicherten zu ärztlicher Versorgung und der Gewährleistung einer Versorgung vor Ort. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren in den Vorgaben nach Satz 1 das Nähere zu den Nachweispflichten und -verfahren.

2. Nach § 87f wird folgender § 87g eingefügt:

§ 87g Vereinbarung zur Meldung von Terminen und weiteren Informationen an das elektronische System nach § 370a

(1) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die

vertragsärztliche Versorgung bis zum 30. Juni 2025 Vorgaben für die verpflichtende Meldung von Terminen gemäß Absatz 2 sowie weiterer Daten gemäß Absatz 3 an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6.

(2) ¹Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind ab dem 1. Juli 2026 verpflichtet, zum Zweck der digitalen Terminvermittlung an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 nnfreie Termine für die unmittelbare persönliche Behandlung der Versicherten an das elektronische Verzeichnis nach Absatz 1 zum Zwecke der digitalen Terminvermittlung zu melden. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen in der Vereinbarung nach Absatz 1 differenziert nach Fachgruppen den Anteil der zu meldenden Termine, der zwischen 25 Prozent und 75 Prozent der Mindestsprechstundenzeit gemäß § 19a Absatz 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte liegen muss, fest. ³Zusätzlich melden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer freie Termine für telemedizinische Leistungen gemäß § 370a Absatz 1 Satz 3. ⁴Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Einhaltung der Vorgaben nach Satz 1 und 3.

(3) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln an das elektronische System nach §370a Absatz 1 Satz 6 Daten zu Sprechzeiten, Erreichbarkeitszeiten, ärztlichen Schwerpunkten und Weiterbildungen sowie dem Leistungsangebot der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. ²Das Nähere hierzu bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 1.

3. In § 75 Absatz 1a werden die Sätze 20 und 21 neu gefasst und die Sätze 22 und 23 ergänzt:

(...) ²⁰Die Vertragsärzte sind bis zum 30. Juni 2026 verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. ²¹~~Soweit Vertragsärzte Leistungen in Form von Videosprechstunden anbieten, können die Vertragsärzte den Terminservicestellen bis zum 30. Juni 2026 freie Termine, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig melden.~~ ²³Ab dem 1. Juli 2026 gelten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Vorgaben gemäß § 87g Absatz 2. Ab dem 1. Juli 2026 greift die Terminservicestelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben unter Beachtung der Vorgaben gemäß § 367b sowie der Festlegungen nach § 87f auf die Termine gemäß § 370a Absatz 9 zu.

4. § 370 a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

~~§ 370a Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung von Behandlungsterminen und telemedizinischer Angebote durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verordnungsermächtigung~~

(1) ¹Bis zur Aufnahme des Betriebes des elektronischen Systems nach Satz 6 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen ihrer Aufgaben

nach § 75 Absatz 1a Satz 16 ~~betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung~~ zur Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einschließlich von Terminen über telemedizinische Leistungen an Versicherte und zur Unterstützung der Versorgung der Versicherten mit telemedizinischen Leistungen ein elektronisches System. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung errichtet das elektronische System nach Satz 1 bis zum 30. Juni 2024 für die Vermittlung von Terminen über telemedizinische Leistungen und bis zum 30. Juni 2025 für Behandlungstermine. ³Die in Satz 1 genannten telemedizinischen Leistungen umfassen insbesondere Videosprechstunden, telemedizinische Konsilien einschließlich der radiologischen Befundbeurteilung, telemedizinisches Monitoring, Videofallkonferenzen, Zweitmeinungen nach § 27b und telemedizinische Funktionskontrollen. ⁴Das elektronische System muss mit den von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 17 bereitgestellten digitalen Angeboten kompatibel sein. ⁵Bis zur Aufnahme des Betriebes des elektronischen Systems nach Satz 6 übermitteln ~~Die Kassenärztlichen Vereinigungen~~ ~~übermitteln~~ die Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die nach § 75 Absatz 1a Satz 20 und 21 gemeldeten Termine. ⁶Ab dem 1. Juli 2026 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung das elektronische System als Grundlage für die digitale Vermittlung von Behandlungsterminen einschließlich der Termine für telemedizinische Leistungen im Rahmen der Vorgaben gemäß Absatz 7. ⁷Hierzu übermitteln die Leistungserbringer nach § 95 Abs 1 Satz 1 Termine gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 87g Absatz 2.

5. In § 370a Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Der Nr. 1 wird die folgende Nummer 1 vorangestellt:

(1a) Das elektronische System nach Absatz 1 ~~Satz 1~~ hat insbesondere folgende Funktionen:

1. Ab dem 1. Juli 2026 Zusammenführung der nach § 87g Absatz 2 gemeldeten Termine einschließlich der Termine für Videosprechstunden und weitere telemedizinische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zum Zweck der Terminvermittlung

b) Die bisherigen Nummern 1 bis 5 werden zu Nummer 2 bis 6.

c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

5.6. Bereitstellung einer Schnittstelle für die Integration der Funktionalitäten nach den Nummern 1 bis 4 5 in informationstechnische Systeme in der vertragsärztlichen Versorgung.

6. An § 370a werden die Absätze 7 bis 13 aufgenommen:

(7) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die

vertragsärztliche Versorgung bis zum 30. Juni 2025 Vorgaben für den Betrieb des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 als Grundlage für die digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung. ²In der Vereinbarung nach Satz 1 sind insbesondere Regelungen zur Sicherstellung und regelmäßigen Überprüfung der Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 vorzusehen.

(8) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben in der Vereinbarung nach Absatz 7 die erforderlichen technischen Festlegungen zu treffen, damit nach § 87g Absatz 2 zu meldende Termine von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern durch die informationstechnischen Systeme in der vertragsärztlichen Versorgung direkt an das elektronische System nach Absatz 1 Satz 6 übermittelt werden können. ²Die Festlegungen sind bis zum 31. Dezember 2025 zu veröffentlichen. ³Die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert bis zum 30. Juni 2026 die informationstechnischen Systeme zur Gewährleistung der Vorgabe zur direkten Terminmeldung nach Satz 1.

(9) ¹Die Terminservicestelle erhält zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 75 Absatz 1a Satz 3 bis Satz 7 ab dem 1. Juli 2026 vorrangig Zugriff auf die in das elektronische System nach Absatz 1 gemeldeten Termine zum Zwecke der Terminvermittlung in den Fällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 bis Satz 4 sowie Satz 7. ²Das Nähere hierzu vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 7.

(10) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglichen den Zugriff von Dritten auf die dem elektronischen System nach § 87g Absatz 2 gemeldeten Termine sowie die Daten nach § 87g Absatz 3 ausschließlich zum Zweck der Terminvermittlung für gesetzlich Versicherte. ²Das Nähere zur Nutzung durch Dritte bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 7. ³Hierzu veröffentlichen sie eine Schnittstelle bis zum 31. Dezember 2025.

(11) ¹Die Nutzung der in dem elektronischen System nach Absatz 1 Satz 6 bereitgestellten Informationen durch Dritte ist gebührenpflichtig. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen in der Vereinbarung nach Absatz 7 die gebührenpflichtigen Tatbestände und sehen dabei feste Sätze oder Rahmensätze vor. ³Sie treffen darüber hinaus Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung der Auslagen, den Gebührenschildner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung. ⁴In der Vereinbarung nach Absatz 7 ist eine Gebührenbefreiung der Nutzung der in dem elektronischen System bereitgestellten Informationen durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sowie gemeinnützige juristische Personen des Privatrechts vorzusehen.

(12) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führen spätestens zum 30. Juni 2028 eine Evaluation der Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 und 1a, den Absätzen 7 bis 11 sowie der Regelungen nach § 87g, insbesondere zur Anzahl der gemeldeten und vermittelten Termine, durch. ²Die hierfür notwendigen Datengrundlagen sind den Vertragspartnern nach Absatz 7 zur Verfügung zu stellen.

(13) Die Absätze 2 bis 6 werden mit Wirkung zum 1. Juli 2026 aufgehoben.

Zu Artikel 1 Nr. 45
§ 380 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll in das Verfahren zum Abschluss der Vereinbarung einer Finanzierung zur Anbindung an die TI und zum Betrieb einbezogen werden. Im Falle einer Nichteinigung soll der Vereinbarungsinhalt von einer unabhängigen Schiedsperson festgelegt werden. Auch ein Klageverfahren, wenn auch ohne aufschiebende Wirkung soll eingeräumt werden.

Bewertung

Die Ersatzkassen können die Einbindung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nachvollziehen. Im Sinne der Gleichbehandlung und zur Vermeidung aufwendiger Verwaltungsverfahren sollte bei Nichteinigung eine Festlegung durch das BMG erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 380 Absatz 5 (neu) wird wie folgt gefasst:

„(5) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 3 oder Absatz 4 nicht oder nicht vollständig innerhalb der gesetzten Frist zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntwerden des Scheiterns den Vereinbarungsinhalt fest.“

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 291 Absatz 9 Satz 2 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 9 sieht vor, dass die Versicherten den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche anfordern können. Dazu ist es erforderlich, dass den Versicherten die Adressdaten der Praxis zur Verfügung gestellt werden, diese dann in das mobile Endgerät der Versicherten übernommen werden müssen und anschließend die Anforderung des in Rede stehenden Nachweises erfolgen kann.

Die von den Krankenkassen und Praxisverwaltungssoftwareherstellern entwickelte Technologie zur Anforderung des Nachweises der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen sieht bereits heute vor, dass diese Anforderung unmittelbar aus dem Praxisverwaltungssystem des Leistungserbringers über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 – Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – erfolgen kann. Die beabsichtigte Neuregelung legitimiert den Leistungserbringer zur Nutzung der Technologie, sofern der Versicherte dies wünscht. Der Implementierungsaufwand in den Leistungserbringerpraxen erhöht sich nicht.

Änderungsvorschlag

Nach § 291 Absatz 9 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Darüber hinaus werden die Leistungserbringer ermächtigt, den Nachweis gemäß Satz 1 auf Wunsch des Versicherten über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 bei der zuständigen Krankenkasse abzurufen, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Systematik des OPS-Kataloges sieht vor, dass für mengensensible Prozeduren die Angaben zu Anzahl, Menge oder Größe in endstelligen Unterkodes in Mengenbereichen abgebildet werden (z. B. „300 mg bis unter 450 mg“). Die Zahl dieser OPS-individuellen Unterkodes im OPS-Katalog ist mittlerweile auf einen vierstelligen Betrag gestiegen. Damit ist die derzeit gültige Abbildung mengensensibler Prozeduren nicht nur unübersichtlich, sondern in erheblichem Maße arbeitsaufwändig und fehleranfällig. Zugleich ist sie aber oft nur unzureichend geeignet, um den wahren Behandlungsaufwand darzustellen. Durch die OPS-individuell jeweils vorzunehmende Unterklassifizierung lassen sich neue Produktarten nicht hinreichend abbilden. Die Verwendung von Dosisklassen führt zu Fehlanreizen hinsichtlich der Überwindung von Klassenschwellen; zugleich führt die Verwendung einer Auffangklasse „mehr als...“ dazu, dass Leistungserbringer medizinisch notwendigen Mehrverbrauch nicht angemessen zur Abrechnung bringen können. Schließlich ist auch davon auszugehen, dass die derzeit unvereinheitlichte Unterklassifizierung die digitale Automatisierung der betroffenen Kodierratbestände erheblich behindert. Eine deutliche Vereinfachung der OPS-Systematik lässt sich herbeiführen, indem unter Streichung der Vielzahl bestehender mengenbezogener Unterkodes die einheitliche Verwendung eines Mengenfeldes eingeführt wird. Die Möglichkeit der exakten Mengenangabe im OPS ist wegen der Kongruenz zur medizinischen Behandlungsdokumentation für Leistungserbringer einfacher zu handhaben und ermöglicht zugleich eine aufwandsgerechte Abrechnung bei erhöhter Transparenz. Abrechnungsstreitigkeiten, die sich bisher aufgrund nicht nachvollziehbarer Zuordnung zu einer OPS-Klasse ergeben, entfallen. Die Abkehr von OPS-individuellen Schwellenwerten ist damit ein wesentlicher Beitrag zur Entbürokratisierung. Die zu verwendende Einheit wird durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte im OPS-Katalog vorgegeben.

Änderungsvorschlag

In § 295 Absatz 1 SGB V werden nach Satz 5 die folgenden Sätze 6 und 7 eingefügt, die nachfolgenden Sätze werden zu den Sätzen 8 bis 12:

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in einem gesonderten Mengenfeld anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30.09.2025 fest.“

§ 301 Absatz 2 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Für die Kodierung stationärer Behandlungen gelten die Ausführungen zu § 295 Absatz 1 SGB V.

Änderungsvorschlag

In § 301 Absatz 2 SGB V werden nach Satz 3 die folgenden Sätze 4 und 5 eingefügt, die nachfolgenden Sätze werden zu den Sätzen 6 bis 11:

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 2 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in einem gesonderten Mengenfeld anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30.09.2025 fest.“

Beabsichtigte Neuregelung

Komponenten der TI, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung ermöglichen (E-Rezept-Anwendung), können ebenfalls durch Krankenkassen in deren ePA-Frontend des Versicherten (ePA-FdVs) zur Verfügung gestellt werden. Diese müssen durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zugelassen werden. Bereits im Rahmen der heutigen ePA-FdV Zulassung werden gemäß § 325 SGB V zur Qualitätssicherung Prüfberichte in einem abgestimmten Prozess von Gutachtern der ePA-FdVs an das BSI übermittelt. Dies ist aus Kassen-Sicht weiterhin unkritisch und inhaltlich nachvollziehbar. Die E-Rezept-Funktionalität ist verpflichtender Bestandteil des ePA-FdVs und damit auch Teil dieser beschriebenen Qualitätssicherung im Zulassungsprozess des ePA-FdVs.

Die Änderung des § 360 Absatz 10 im Digital-Gesetz (DigiG) wird durch den vdek weiterhin sehr kritisch bewertet und abgelehnt. Diese führt zu einem zusätzlichen, bürokratischen Prozess, schafft bei allen beteiligten Parteien erhebliche Mehraufwände und führt zu weiteren Umsetzungs- und Releaseverzögerungen bei den Herstellern des ePA-FdVs.

Änderungsvorschlag

Komponenten der TI gemäß Absatz 10 Satz 1 können auch von den Krankenkassen entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Diese werden auf Antrag der Krankenkassen nach § 325 von der Digitalagentur für Gesundheit zugelassen. Werden die Komponenten auf Antrag der Krankenkasse nach § 325 von der Digitalagentur Gesundheit zugelassen, entfällt die Prüfung und Bestätigung des Sicherheitsgutachtens das BSI.

Beabsichtigte Neuregelung

Die ePA soll das zentrale Element des digitalen Gesundheitssystems werden. Ihre Einführung für alle ist dafür ein essenzieller Schritt. Damit sie aber nicht nur für den Austausch von Daten zwischen Leistungserbringenden genutzt wird, sondern auch von Versicherten, braucht die ePA für sie klar erkennbare Vorteile. Die Krankenkassen können diesen Mehrwert schaffen. Dafür brauchen sie die Möglichkeit kassenindividuelle Inhalte und Anwendungen innerhalb der ePA anzubieten, die über das Mindestangebot hinausgehen. So wird ein Wettbewerb um die besten Lösungen in der Versorgung unter den Anbietern forciert. Dies soll explizit auch in der Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden erfolgen.

Aktuell ist der Prozess für ePA-Anwendungen zu bürokratisch. So lassen sich nur wenige fachliche Aspekte pro Jahr als Erweiterung der ePA realisieren. Bislang können Krankenkassen ihren Versicherten nur außerhalb der ePA zusätzliche Anwendungen anbieten, für die diese Daten aus der ePA zur Verfügung stellen können (§ 345 Absatz 1 SGB V). Der Verarbeitung der Daten müssen die Versicherten zustimmen. Die Daten werden also erst aus der ePA herausgelöst, verarbeitet und dann wieder zurückgeschickt. Ein komplizierter und aufwendiger Prozess, der nicht den technischen Möglichkeiten der ePA 3.0 entspricht. Hier braucht es mehr Geschwindigkeit und Vielfalt. Mit der neuen ePA für alle ist eine Verarbeitung im ePA-System durchführbar. Dies sollte vollumfänglich genutzt werden, um fachliche Themen in der ePA schnellstmöglich zu entwickeln. Wie ursprünglich durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beabsichtigt, muss wieder ermöglicht werden, dass die Krankenkassen auch innerhalb der ePA individuelle Anwendungen anbieten, und dass hierzu auch individuelle Inhalte innerhalb der ePA gespeichert werden können. Nach der Einführung der ePA für alle in 2025, sollte es den Krankenkassen ab 2026 möglich sein auch innerhalb der ePA individuelle Anwendungen anzubieten. Aufbauend auf den Erfahrungen der Einführung der ePA für alle in 2025, sollte ab 2026 dieser Handlungsraum genutzt werden können. Damit wäre die Umsetzung einer Vielzahl von Angeboten in der ePA durch die Anbieter möglich. Beispielsweise:

- die freiwillige Speicherung und Verarbeitung der Aufzeichnungen von „Fitnesstrackern“ und anderen Monitoren für Vitaldaten (Puls, Blutdruck, Gewicht, Blutzucker etc.)
- Empfehlungen zu Impfungen
- die Erweiterung des Prozesses zur Medikation, z.B. durch eine Einnahmeunterstützung der Medikamente (inklusive Protokollierung)
- Patiententagebücher
- die Erstellung von Inhaltsübersichten der ePA für (verschiedene) Leistungserbringer
- die Unterstützung bei konkreten Krankheitsbildern in Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachgesellschaften (z.B. Diabetes oder Onkologie)

Änderungsvorschlag

In § 345 wird ein neuer Absatz 2 eingefügt, der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3:

„(2) ¹Die Krankenkassen können ihren Versicherten ab dem 01.01.2026 in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte und Anwendungen zu den Inhalten, die in § 341 festgelegt sind und den Anwendungen, die in § 342 festgelegt sind, zur Verfügung stellen. ²Die Nutzung durch die Versicherten ist freiwillig. ³Die Krankenkassen dürfen für die Realisierung der Angebote nach Satz 1 mit Leistungserbringenden, Verbänden von Leistungserbringenden sowie Herstellenden im Sinne von § 384 Satz 2 Nummer 3, die für Leistungserbringenden und deren Verbände tätig sind, zusammenarbeiten. ⁴Die zusätzlichen Inhalte und Anwendungen sind Bestandteil der elektronischen Patientenakte und unterliegen der in § 341 Absatz 3 beschriebenen Zulassung. ⁵Für den Fall, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte nach § 311 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 Spezifikationen erstellt werden, die die Umsetzung von Inhalten und Anwendungen vorschreiben, die mit nach Satz 1 erstellten zusätzlichen Inhalten und Anwendungen konkurrieren, sind diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen auf die spezifizierten Inhalte und Anwendungen zu migrieren.“

§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 20 wird wie folgt gefasst:

„20. die administrative Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte, die Übertragung von Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen in die elektronische Patientenakte sowie für das Angebot zusätzlicher Anwendungen im Sinne des § 345 Absatz 1 Satz 1,“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com