

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0037(20)

Gel. VB zur Anhörung am 19.5.

2010_GKV-ÄndG

12.05.2010

DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND



Von-der-Wettern-Str. 27

51149 Köln

Telefon: 02203 / 5756 - 0

Telefax: 02203 / 5756 - 7000

Mail: info@hausarztverband.de

12.05.2010

**Stellungnahme
des
Deutschen Hausärzteverbandes e.V.**

**zur öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 19. Mai 2010**

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/1297)

sowie zum

Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE:

Faire Preise für wirksame und sichere Arzneimittel

- Einfluss der Pharmaindustrie begrenzen (BT-Drs. 17/1206)

Übersicht

Präambel	3
A. Allgemeiner Teil	
I. Versorgungspolitische und sozialrechtliche Bewertung	4
II. Zwischenergebnis	6
B. Besonderer Teil	
I. Sachverhalt	7
II. Rechtliche Würdigung	
1. Vorgaben für die Beauftragung durch das Bundessozialgericht, Urteil v. 10.12.2008	8
2. Beauftragung gemäß § 295 Abs. 1 b SGB V	9
3. Beauftragung nach anderen Vorschriften im SGB V und SGB X	
a. Fehlende Kohärenz der Beauftragung durch die Krankenkassen	10
b. Abrechnung selektivvertraglicher Leistungen im System (KÄV)	11
4. Ergebnis	12
C. Umfassende Lösung	
-hier: Schaffung einer sicheren Rechtsgrundlage für den Datentransfer in Selektivverträgen	12

Präambel

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/1297) wie folgt Stellung:

Die Stellungnahme erfolgt unter besonderer Berücksichtigung der Sicherung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Insbesondere wird die Notwendigkeit der Fortschreibung und Schaffung einer - umfassenden - gesetzlichen Regelung in Zusammenhang mit der Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen, die auf der Grundlage von sogenannten Selektivverträgen (§§ 73b, 73c, 116, 140a SGB V) erbracht und durch private Abrechnungsstellen abgerechnet werden, erörtert.

Wir begrüßen den erkennbaren Willen des Gesetzgebers, sich in diesem Gesetzgebungsverfahren dieser Problematik anzunehmen und die Abrechnung von Leistungen der an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten auch weiterhin über private Stellen zu ermöglichen.

Der Vorschlag des Gesetzgebers zielt darauf ab, die durch die 15. AMG-Novelle eingeführten Übergangsregelungen in §§ 120 Abs.6 und 295 Abs. 1b Sätze 5-8 SGB V um ein weiteres Jahr zu verlängern. Jedoch ist diese Lösung im Ergebnis nicht zielführend. Die Schaffung eines neuen, flexibleren und transparenteren Honorierungssystems ist mit erheblichen Investitionen verbunden, die nur bei verlässlichen und sicheren Rahmenbedingungen getätigt werden können. Genau diese Stabilität vermag der Gesetzesvorschlag in seiner jetzigen Form nicht zu gewährleisten.

Insoweit unterstützen wir ausdrücklich die Bemühungen, eine dauerhafte Rechtsgrundlage für die Übermittlung und Verarbeitung von Leistungsdaten in Selektivverträgen durch private Abrechnungsstellen zu schaffen. Wir erlauben uns insoweit auf die Änderungsanträge der Fraktion der SPD Ausschuss-Drucks. 17(14)0034(2.4) zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (BR-Drs.96/10 zu verweisen.

Zu der Gesamtproblematik stellen wir folgende Überlegungen dar:

A. Allgemeiner Teil

I. Versorgungspolitische und sozirechtliche Bewertung

Der hausärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten kommt angesichts der demografischen Entwicklung und des sich ändernden Krankheitsspektrums der Bevölkerung ein zentraler Stellenwert in der Gesundheitsversorgung zu. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dies in dem jüngsten Gutachten „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (Sondergutachten 2009) besonders herausgestellt (vgl. S. 533 ff.). Dem Gesetzgeber ist einerseits dieser Stellenwert der hausärztlichen Versorgung und der sich andererseits abzeichnende Nachwuchsmangel von Hausärzten seit längerem bekannt. Er hat daher in den vergangenen Jahren in besonderer Weise versucht, die Primärversorgung der Versicherten im hausärztlichen Bereich rechtlich abzusichern und zu verbessern.

So hat der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine qualitativ besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung bereitzustellen (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 97). Er hat dieses Angebot als derart wichtig erachtet, dass er die Krankenkassen dazu *verpflichtet* hat, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen (§ 73 b Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Erstfassung des Gesetzesentwurfs: „Die Krankenkassen *haben* zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen“.)

Nachdem diese Verpflichtung nicht im Sinne des Gesetzgebers flächendeckend umgesetzt wurde, ist § 73b SGB V durch das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), verkündet am 26.03.2007, und durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), verkündet am 15.12.2008, geändert worden. Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung soll nunmehr mit einem Angebot der besonderen hausärztlichen Versorgung primär durch Gemeinschaften bewerkstelligt werden, die „mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten“ (vgl. Wortlaut der geltenden Fassung des § 73 b Abs. 4 SGB V).

Nach dem Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung soll die hausarztzentrierte Versorgung in der bestehenden rechtlichen Form weiter aufrechterhalten bleiben und gestärkt werden. In dem Koalitionsvertrag heißt es:

„Wir werden nach drei Jahren feststellen, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind.“ (S. 80)

Zur Versorgungssituation heißt es dort weiter:

„Die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ist uns ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das im Hinblick auf die demographische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt.

Der in manchen Regionen sich abzeichnenden Unterversorgung durch Ärztemangel und zunehmend längeren Wartezeiten muss wirksam begegnet werden.“
(S. 80)

Zudem wird die hausarztzentrierte Versorgung nach einer repräsentativen Umfrage, die im Oktober 2009 durchgeführt wurde (vgl. Ärztezeitung v. 30.10.2009), von der deutlichen Mehrheit der deutschen Bevölkerung begrüßt. Nach dieser Umfrage würde eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung ein Hausarztprogramm begrüßen: 58,7 % der Befragten erklärten, dass sie ein solches Angebot, wie es der Gesetzgeber in der jüngsten Reform im § 73 b SGB V verankert hat, für sinnvoll hielten.

Vor diesem Hintergrund ist die Anschlussregelung an § 295 Abs. 1 b SGB V zu begrüßen. Eine dauerhafte Rechtssicherheit kann sie allerdings nicht gewährleisten. Zudem ist sie nicht mit dem Willen der Bevölkerung und des historischen Gesetzgebers vereinbar und würde zugleich dem im Koalitionsvertrag geäußerten Willen zur Stärkung der Versorgung widersprechen.

Grundsätzlich gilt, dass ein gesetzgeberisches Unterlassen hinsichtlich der von der Rechtsprechung (BSG vom 10.12.2008, B 6 KA 37/07 R) geforderten bereichsspezifischen Ermächtigungsgrundlage die rechtliche Unmöglichkeit der hausarztzentrierten Versorgung bedeutet, da die Abrechnung der Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung nach dem Willen des Gesetzgebers den Vertragspartnern überlassen sein soll. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber explizit in § 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V normiert:

„In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die *Vergütung* zu regeln.“ (kursive Hervorhebung zur Verdeutlichung nur hier)

Entsprechend dem Wortlaut und dem Willen des Gesetzgebers sollen daher die Vertragspartner autonom die Vergütung und damit auch den Abrechnungsweg in einem Vertrag nach § 73 b SGB V regeln.

Hierzu bedienen sie sich regelmäßig eines Rechenzentrums, das von den Leistungserbringern mit der Erstellung der Abrechnung der in dem Vertrag vereinbarten Leistungen beauftragt wird. Für die Erstellung der Abrechnung ist die Übermittlung von personenbezogenen Daten der gesetzlich versicherten Patienten erforderlich. Nach der grundlegenden Entscheidung des BSG vom 10.12.2008, B 6 KA 37/07 R (GesR 2009, 305 ff.) darf diese Übermittlung wegen des verfassungsrechtlich garantierten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) nur auf Grund einer datenbereichsspezifischen Ermächtigungsnorm erfolgen. Eine solche Grundlage stellt der bis zum 30.06.2010 gültige § 295 Abs. 1 b SGB V dar.

Würde diese Regelung ersatzlos entfallen, wäre für die vom Gesetzgeber primär vorgesehene Vertragspartner (Gemeinschaften und Krankenkassen) der hausarztzentrierten Versorgung die Abrechnung unmöglich. Da der Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung mit der datenschutzrechtlich zulässigen Abrechnung steht und fällt, würde bei einem gesetzgeberischen Unterlassen einer Anschlussregelung an § 295 Abs. 1b SGB V im Ergebnis nicht nur die Abrechnung, sondern die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung im Ganzen unmöglich. Im Folgenden (**B. Besonderer Teil**) wird die versorgungspolitische und datenschutzrechtlich zwingende Notwendigkeit einer Anschlussregelung an § 295 Abs. 1b SGB V erläutert.

II. Zwischenergebnis

Die gesetzliche Fortschreibung und Bereitstellung einer Anschlussregelung an § 295 Abs. 1 b SGB V ist zwingend notwendig.

B. Besonderer Teil

I. Sachverhalt

Durch Urteil v. 10.12.2008 hat das Bundessozialgericht (Az.: B 6 KA 37/07 R), GesR 2009, 305 ff., entschieden:

- „1. Im Geltungsbereich des SGB V ist die Weitergabe von Patientendaten durch Leistungserbringer nur dann und in dem Umfang erlaubt, in dem bereichsspezifische Vorschriften über die Datenverarbeitung im SGB V dies gestatten; die allgemeinen Regeln des Datenschutzes, die die Datenübermittlung bei Vorlage einer Einwilligungserklärung des Patienten erlauben, finden insoweit keine Anwendung.*
- 2. Krankenhäuser sowie Vertragsärzte dürfen Patientendaten, die gesetzlich Krankenversicherte betreffen, nicht zur Erstellung der Leistungsabrechnung an private Dienstleistungsunternehmen übermitteln.*
- 3. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, durch private Abrechnungsstellen ohne ausreichende gesetzliche Ermächtigung erstellte Abrechnungen zurückzuweisen.“*

Das Bundessozialgericht hat die in dieser Entscheidung aufgestellten Grundsätze ausdrücklich jedoch nicht auf die Einschaltung privater Rechenzentren in die Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen durch ein Krankenhaus beschränkt, sondern auf sämtliche Personen und Institutionen erstreckt, die ambulante Krankenbehandlung erbringen:

Davon ausgehend musste angenommen werden, dass das BSG bei einer datenschutzrechtlichen Überprüfung der Einschaltung eines privaten Rechenzentrums zum Zweck der Abrechnung von Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung die gleichen verfassungsrechtlichen und einfachrechtlichen Maßstäbe anlegen würde, wie es sie in der Entscheidung vom 10.12.2008 für die Einschaltung privater Rechenzentren in die Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen für die ambulante Krankenbehandlung allgemein entwickelt hat.

Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu dem „Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ (verkündet im Bundesgesetzblatt Teil I 2009 Nr. 43 vom 22.07.2009, S. 1990) nicht nur an § 120 Abs. 5 SGB V ein Absatz 6 angefügt, sondern § 295 Abs. 1 b SGB V dahingehend geändert, dass für die Erstellung der Abrechnung eine „andere Stelle“ mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung dieser Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt werden darf (vgl. BT-Drs. 16/13428 - Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit). Die Regelungen sind bis zum 30.06.2010 befristet, werden also zum 01.07.2010 außer Kraft gesetzt.

II. Rechtliche Würdigung

Die Frage, ob ein privates Rechenzentrum datenschutzrechtlich zulässig zum Zweck der Abrechnung von Leistungen der Hausarztzentrierten Versorgung wie in § 295 Abs. 1b SGB V zutreffend geregelt nur durch den an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt oder gemäß § 80 SGB X auch durch eine Krankenkasse beauftragt werden darf, womit eine Fortschreibung der Regelung in § 295 Abs.1b SGB V für die Zeit nach dem 01.07.2009 entbehrlich wäre, ist unter Zugrundelegung der verfassungsrechtlichen und einfachrechtlichen Maßstäbe zu beurteilen, die das Bundessozialgericht in der oben angesprochenen Entscheidung entwickelt hat.

1. Vorgaben für die Beauftragung durch das Bundessozialgericht, Urteil v. 10.12.2008 - B 6 KA 37/07 R, GesR 2009, 305 ff.

Das BSG hat durch Urteil vom 10.12.2008 - B 6 KA 37/07 R, GesR 2009, 305 ff., entschieden, dass die Einschaltung privater Rechenzentren in die Abrechnung von Leistungen, die in der ambulanten Krankenbehandlung gesetzlich versicherter Patienten erbracht werden, aus verfassungsrechtlichen Gründen nur auf der Grundlage einer datenbereichsspezifischen Ermächtigungsgrundlage zulässig ist.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Grundrecht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) bedarf es für einen Eingriff in dieses Grundrecht einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Die Weitergabe von Daten von gesetzlich versicherten Patienten zum Zweck der Abrechnung erfordert eine solche gesetzliche Grundlage.

Entscheidend ist insofern, dass das BSG in seiner Entscheidung vom 10.12.2008 die Ansicht entwickelt hat, dass die datenschutzrechtliche Legitimation mit dem historischen Weg der Daten von der Erhebung bis zur endgültigen Abrechnung durch die Krankenkasse korrespondieren müsse.

Nach der vom BSG entwickelten Konzeption einer datenschutzrechtlich zulässigen Beauftragung ist Folgendes zu beachten:

- Die Erstellung der Abrechnung ist öffentlich-rechtliche Pflicht der Leistungserbringer.
- Soll zum Zweck der Erfüllung dieser Verpflichtung ein privates Rechenzentrum eingeschaltet werden, muss dies durch die Leistungserbringer erfolgen.
- Die Einschaltung ist aus Gründen des verfassungsrechtlich geschützten informationellen Selbstbestimmungsrechts nur zulässig, wenn sie ausdrücklich gesetzlich bereichsspezifisch normiert ist. Der Bereich, in dem dies geregelt wird, sollte das Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) sein, weil dieses die datenschutzrechtlichen Grundlagen für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung in der gesetzlichen Krankenversicherung und besondere Vorkehrungen zum Schutz der Patientendaten enthält.

2. Beauftragung gemäß § 295 Abs. 1 b SGB V

Die durch das „Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ (verkündet im Bundesgesetzblatt Teil I 2009 Nr. 43 vom 22.07.2009, S. 1990) eingefügte Änderung des § 295 Abs. 1 b SGB V (gültig bis 30.06.2010) entspricht diesen Vorgaben insofern, als dass sie zwei Wege der Abrechnung bei Selektivverträgen vorsieht und diese Abrechnungswege mit dem tatsächlichen Datenfluss und der einzelnen Beauftragung korrespondieren.

§ 295 Abs. 1 b Satz 1 SGB V enthält zunächst den Weg der Direktabrechnung. In § 295 Abs. 1 b Satz 3 SGB V wird die Möglichkeit der Beauftragung eines Rechenzentrums ermöglicht, die entsprechend der Abrechnungsverpflichtung der Leistungserbringer von diesen als Auftraggebern ausgeht.

§ 295 Abs. 1 b Satz 3 SGB V erfüllt sowohl das Erfordernis der bereichsspezifischen Regelung als auch die Deckungsgleichheit von tatsächlichem Datenfluss (vom Leistungserbringer an das Rechenzentrum und sodann zur Krankenkasse) und der Befugnis zur Beauftragung,

die bei den Leistungserbringern besteht. § 80 SGB X übernimmt dabei die Funktion, Vorgaben für die Ausgestaltung des Rechtsverhältnisses der konkreten Beauftragung zu machen, das hier von den Leistungserbringern zum privaten Rechenzentrum verläuft. Insoweit ist die Verweisung des § 295 Abs. 1 b Satz 4 SGB V dahingehend zu verstehen, dass eine gesonderte Prüfung der Anwendungsvoraussetzungen (§ 80 Abs. 5 SGB X) nicht erforderlich ist, da die Anwendbarkeit des § 80 SGB X durch § 295 Abs. 1 b Satz 4 SGB V bereits angeordnet ist. Eine Konkretisierung und Optimierung der Regelung in § 295 Abs. 1b SGB V wäre insoweit entsprechend den unter **C.** dargestellten Änderungsanträgen möglich.

3. Beauftragung nach anderen Vorschriften im SGB V und SGB X

a. Fehlende Kohärenz der Beauftragung durch die Krankenkassen

Ganz anders und damit im Ergebnis nicht mit der datenschutzrechtlichen Konzeption des BSG und den übrigen datenschutzrechtlichen Befugnisnormen deckungsgleich, stellt sich die Beauftragung eines privaten Rechenzentrums ausschließlich im Wege des § 80 SGB X dar. Dabei können die Leistungserbringer nicht Auftraggeber sein, da § 80 SGB X nur den in § 35 SGB I benannten Stellen die Beauftragung erlaubt, zu denen nicht die Leistungserbringer zählen. Dies ergibt sich aus der systematischen Stellung von § 80 SGB X im Zweiten Kapitel des SGB X, das den Schutz von Sozialdaten regelt, die in § 67 SGB X legaldefiniert sind und demgemäß nur von den in § 35 SGB I benannten Stellen erhoben werden (vgl. so auch BSG, Ur. v. 10.12.2008 - B 6 KA 37/07 R, GesR 2009, 305, 308 m. w. N.).

Auch wenn Krankenkassen als Sozialleistungsträger grundsätzlich Auftraggeber für eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch ein Rechenzentrum sein können, scheiden sie für die Datenverarbeitung und -nutzung zum Zweck der Abrechnung von Selektivvertragsleistungen bereits deshalb aus, weil die Verpflichtung der Abrechnung den Leistungserbringern obliegt und die Krankenkassen Abrechnungsempfänger sind. Auftraggeber muss nach der vorgestellten Konzeption des BSG und der übrigen Befugnisnormen jedoch derjenige sein, dem die Abrechnungsverpflichtung obliegt.

Hinzu kommt, dass im Fall einer Beauftragung des Rechenzentrums durch die Krankenkasse der tatsächliche Datenfluss nicht mit der konkreten Beauftragung korrespondiert. In diesem Fall nämlich fließen die Abrechnungsdaten von den abrechnungsverpflichteten Leistungserbringern zum Rechenzentrum und sodann zur Krankenkasse. Die Beauftragung erfolgt aber durch die Krankenkasse. Dies würde letztlich be-

deuten, dass die Krankenkasse die Aufbereitung der Daten im fremden Interesse und für fremde Pflichten in Auftrag geben würde. Eine Beauftragung kann aber verfassungsrechtlich und datenschutzrechtlich zulässig nur durch den tatsächlich Verpflichteten und denjenigen erfolgen, der die Daten erhebt und sodann zur Erfüllung seiner Pflichten durch ein privates Rechenzentrum in bestimmter Weise verarbeiten lässt. Die Beauftragung ausschließlich im Wege des § 80 SGB X durch die Krankenkasse stellt daher keine genügende Legitimation dar.

b. Abrechnung selektivvertraglicher Leistungen im System (KÄV)

Leistung der Abrechnung im System der gesetzlichen Krankenversicherung

hier: Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung mit der Abrechnung von Leistungen der Hausarztzentrierten Versorgung

Die Einschaltung privater Dritter zur Abrechnung der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b SGB V bleibt auch aus sozialrechtlicher Sicht erforderlich und ist nicht im bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.

Die Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung von HzV-Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten stellt keine Alternative zu der Einschaltung privater Rechenzentren dar. Denn für eine solche Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigungen fehlt es bereits an einer erforderlichen Rechtsgrundlage.

Zu den gesetzlich normierten Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört zwar grundsätzlich die Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen. Die Ärzte übermitteln die Daten den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des § 295 IV SGB V. Eine Regelung, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt, Abrechnungen außerhalb ihres gesetzlich normierten Tätigkeitsbereiches im Rahmen eines Auftrages zu übernehmen, existiert jedoch nicht. Die Hausarztzentrierte Versorgung wurde explizit dem Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen entzogen. Sie können weder originärer Vertragspartner eines Vertrages nach § 73b Abs.4 S.1 SGB V sein, noch sind sie befugt, Dienstleistungen im Zusammenhang mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung zu erbringen. Die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an der Abrechnung der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 b SGB V würde die Wahrnehmung von Angelegenheiten Dritter darstellen. Sie sind als Selbstverwaltungskörperschaften hingegen gesetzlich nur berech-

tigt, eigene Angelegenheiten zu verwalten und dürfen nicht außerhalb ihres gesetzlichen Auftrages tätig werden. Ein Rückgriff auf die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Abrechnung der hausarztzentrierten Versorgung ist mangels Rechtsgrundlage und Aufgabenzuständigkeit nicht möglich und auch nicht erforderlich.

Es muss vielmehr, wie bereits in § 295 Abs.1 b SGB V berücksichtigt, eine Abrechnung durch private Dritte weiterhin geregelt werden, um eine gesetzmäßige Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne von § 73 b SGB V zu gewährleisten. Dabei muss konsequent der Weg ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen beschränkt werden. Dazu gehört auch die Abrechnung durch private Dritte, die das gleiche Maß an Datenschutzsicherheit bieten können, wie öffentliche Stellen. Zu diesem Ergebnis kommt unter besonderer sozialrechtlicher Würdigung auch Prof. Kingreen in seinem Gutachten vom 11.12.2009.

4. Ergebnis

Ausgehend von den verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Ermächtigungsgrundlage für die Beauftragung eines Rechenzentrums mit der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung und dem Maßstab für eine solche gesetzliche Regelung, der sich aus der Entscheidung des BSG vom 10.12.2008 - B 6 KA 37/07 R, GesR 2009, 305 ff. und den übrigen Normen zur Beauftragung privater Rechenzentren ergibt, ist die Einschaltung eines privaten Rechenzentrums zum Zweck der Abrechnung von Selektivvertragsleistungen durch Leistungserbringer gemäß § 295 Abs. 1b SGB V verfassungs- und datenschutzrechtlich zulässig und geboten.

C. Umfassende Lösung - hier: Schaffung einer sicheren Rechtsgrundlage für den Datentransfer in Selektivverträgen

Zu der in der Gesetzesbegründung [BT-Drs. 16/13428 - Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit] angekündigten umfassenden Neuregelung verweisen wir zur Gestaltung einer solchen Lösung auf die Änderungsanträge der Fraktion der SPD Ausschuss-Drucks. 17(14)0034(2.4) zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (BR-Drs.96/10).

Im Sinne einer umfassenden und dauerhaften Neuregelung begrüßen wir diese Änderungsanträge ausdrücklich.

Mit dem inhaltlichen Änderungsantrag zur umfassenderen Neuregelung des § 295 Abs. 1b SGB V könnte und würde eine dauerhafte Rechtsgrundlage für die Übermittlung und Aufbereitung der Leistungsdaten aus selektiven Versorgungsverträgen gemäß §§ 73b, 73c, 140a SGB V geschaffen werden. Die Zielsetzung geht dabei von einer Gleichstellung der Ansprüche an Datensicherheit und Datentransparenz für private Abrechnungszentren und für öffentliche Systeme aus. Insoweit werden die entsprechenden Bestimmungen im Fünften und im Zehnten Buch des Sozialgesetzbuchs für entsprechend anwendbar erklärt. Zudem wird die Aufsichtsbehörde nach § 38 BDSG für zuständig erklärt.

Durch die Verweisung auf den gesamten bereichsspezifischen Datenschutz im 10. Kapitel des SGB V und dem 2. Kapitel des SGB X wird mehr Transparenz, Datensicherheit und Datenschutz gewährleistet. Dennoch bleibt den Partnern der Selektivverträge ausreichend Möglichkeit, eigene Abrechnungswege zu beschreiten.



Ulrich Weigeldt

Bundsvorsitzender