

**Stellungnahme  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und  
der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)  
zum Regierungsentwurf  
eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus  
sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen  
und in der Digitalisierung  
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfLEG)**

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unterstützen das mit dem Regierungsentwurf des KHPfLEG (RegE) u.a. verfolgte Ziel, mit einzelnen Maßnahmen die digitale medizinische Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln und diesbezügliche Prozesse nachzusteuern, um insbesondere die Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen zu stärken und die Verbreitung zentraler Anwendungen zu erhöhen.

Zu den einzelnen Regelungen des RegE, soweit sie für die zahnärztliche Versorgung relevant sind, und zu § 371 Abs. 1 Nr. 3 SGB V in der zum 17.09.2022 in Kraft getretenen Fassung wird wie folgt Stellung genommen:

**I. Anpassung der mit dem DVMPG vom 09.06.2021 eingeführten Fristen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der TI sowie Forderung der Anpassung der Frist zur Bereitstellung von chipkarten gebundenen Identitäten für Leistungserbringer**

**(Art. 1 Nr. 11, Nr. 13, Nr. 16 lit. b), Nr. 18, Nr. 22 lit. a) cc) und dd) sowie lit. b), Nr. 26, Nr. 27 lit. b), RegE/ § 291a, § 291b Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Sätze 2 und 3, § 312 Abs. 1 Nr. 5, § 334 Abs. 2 Satz 2, § 342 Abs. 2 Nr. 7 und Nr. 8 sowie Abs. 7, § 358 Abs. 5 bis 8, § 360 Abs. 4 SGB V-RegE)**

Der RegE sieht mit der Änderung der vorstehenden Vorschriften eine Verschiebung der Termine vor, für

- die Umstellung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) auf ein Onlineverfahren in direkter Kommunikation zwischen dem Praxisverwaltungs-

system (PVS) und dem Abrufdienst der Krankenkassen und die damit einhergehende Verpflichtung der Vertragszahnärzte zum ausschließlichen Online-VSDM vom 1. Januar 2023 auf den 11. Januar 2026;

- die Ablösung des elektronischen Medikationsplans (eMP) von der eGK und dessen Überführung in eine eigenständige Anwendung nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V vom 1. Juli 2023 auf den 1. Oktober 2024;
- die Ablösung der Notfalldaten (NFD) von der eGK und Überführung der Anwendung „NFD“ in die elektronische Patientenkurzakte (ePatKurzA) vom 1. Juli 2023 auf den 1. Oktober 2024;
- die Einführung der ePatKurzA vom 1. Juli 2023 auf den 1. Oktober 2024;
- die Nutzung des Sofortnachrichtendienstes zur Kommunikation von Versicherte mit Leistungserbringern und Krankenkassen vom 1. Januar 2023 auf den 1. August 2024.

Ungeachtet der seitens KZBV und BZÄK bereits im Rahmen der Stellungnahme zum DVPMG erhobenen Kritik btr. Konzentration der Dienste der TI auf reine Onlineverfahren und dadurch den Wegfall der Offlinenutzung erachten KZBV und BZÄK diese Terminanpassungen als sinnvoll, da sie - wie vom Gesetzgeber selbst ins Feld geführt - aufgrund der Verzögerung der Realisierung des Online-VSDM bzw. Komplexität der Spezifikationserstellung für den Zugriff auf die eMP-Daten und Daten der ePatKurzA in der ePA bzw. Nutzung des Sofortnachrichtendienstes mittels App erforderlich sind.

Die Termine entsprechen der aktuellen gematik-Roadmap, werden jedoch als ambitioniert bewertet.

Ungeachtet dessen begrüßen KZBV und BZÄK, dass die Terminanpassungen im Gesetz selbst und nicht in einer Rechtsverordnung aufgrund der Ermächtigungsgrundlage in § 291b Abs. 7 und § 358 Abs. 11 SGB V geregelt werden.

Dies zeigt, dass der Gesetzgeber die bestehenden Prozesse und Arbeiten zur Digitalisierung des Gesundheitswesens beobachtet und- sofern erforderlich – Anpassungen gesetzlicher Grundlagen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens vornimmt.

Mit Blick auf die mit dem RegE verfolgte Zielsetzung, die bestehenden Prozesse nachzusteuern, fordern KZBV und BZÄK, neben den vorstehend genannten Terminen auch den in § 340 Abs. 6 und 7 SGB V normierten Termin für die Bereitstellung chipkartenungebundener Identitäten für Leistungserbringer um mindestens 1,5 Jahre (frühestens auf den 01.07.2025) zu verschieben.

Gemäß § 340 Abs. 6 und 7 SGB V in der aktuellen Fassung sind die eHBA sowie die SMC-B ausgebenden Stellen (Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen) verpflichtet, ab dem 1. Januar 2024 (Vertrags-)Zahnärzten chipkartenungebundene Identitäten (sog. digitale ID) zur Verfügung zu stellen.

Der aktuelle Stand der bei der gematik GmbH anhängigen Arbeiten zur Festlegung und Veröffentlichung von Spezifikation für die digitale ID der Leistungserbringer zeigt bereits jetzt, dass die in § 340 Abs. 6 und 7 SGB V festgelegte Frist zur Bereitstellung der digitalen ID durch die Leistungserbringerorganisationen äußerst ambitioniert ist und aufgrund der Komplexität des Verfahrens zur Bereitstellung von eID de facto wird nicht gehalten werden können.

Wie bereits zum RefE vorgetragen ist die gematik GmbH mit den ihrerseits durchzuführenden Arbeiten zur Festlegung und Veröffentlichung von Spezifikationen für die digitale ID der Leistungserbringer in Verzug. Ihrer Verpflichtung, diese Arbeiten bis zum ursprünglich vorgegebenen Termin 01.04.2022 abzuschließen, ist die gematik GmbH nicht nachgekommen. Die Finalisierung der Vorgaben btr. digitale Versicherten-ID hat die gematik für Oktober 2022 angekündigt.

Die im RegE nun vorgesehene Verlängerung der Frist für die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen durch die gematik GmbH btr. digitale ID für Leistungserbringer vom 01.04.2022 auf den 01.04.2023 vermag den von der (Vertrags-)Zahnärzteschaft erhobenen Einwand nicht auszuräumen, im Gegenteil, sie verkürzt die Frist zur Umsetzung durch die Leistungserbringerorganisationen um 12 Monate (!).

Unberücksichtigt bleibt außerdem, dass die gematik GmbH sich mit den Spezifikationen btr. digitale Leistungserbringer erst im Nachgang zur Spezifikation der digitalen Versicherten-ID befasst hat. Selbst die gematik GmbH hat bereits in ihrer den Gesellschaftern im September 2022 vorgelegten Produktroadmap den diesbezüglichen Fertigstellungszeitraum auf "Q2-Q3/2023" verschoben.

Der tatsächliche Zeitpunkt des Abschlusses dieser Arbeiten und die Einhaltung der neuen auf den 01.04.2023 verschobenen Frist durch die gematik GmbH erscheinen insoweit ungewiss.

Selbst dann, wenn die gematik GmbH ihre Arbeiten - entgegen ihrer o.g. Terminprognose - zum 01.04.2023 abschließen sollte, würde der bis zum 01.01.2024 für die Erfüllung der Verpflichtung aus § 340 Abs.6 und 7 SGB V verbleibende von 21 auf nunmehr gerade mal neun Monate verkürzte Zeitraum nicht ausreichen, um Leistungserbringern bundesweit eine digitale ID bereitzustellen.

Diese Annahme bestätigte auch die gematik GmbH, die bei der Vorstellung der Produktroadmap am 29.09.2022 in einer Gesellschaftersitzung auf Nachfrage der Leistungserbringerorganisationen einräumte, dass der 01.01.2024 auf Grund der bisherigen deutlichen Verschiebungen kaum haltbar ist.

KZBV und BZÄK fordern daher eine Verschiebung der für die Leistungserbringerorganisationen in § 340 Abs. 6 und 7 SGB V gesetzten Frist um mindestens 1,5 Jahre (frühestens zum 01.07.2025).

Dies ist nicht nur sachgerecht, sondern auch mit Blick auf die den Krankenkassen in § 291 Abs. 8 SGB V-RegE gewährten Fristverlängerung für die Bereitstellung der digitalen Versicherten-ID geboten.

Aufgrund der im RegE vorgesehenen Verschiebung der Frist für die Bereitstellung der Versicherten-ID auf den 01.01.2024 und der Ende Oktober 2022 vorliegenden Spezifikationen der gematik GmbH steht den Krankenkassen ein über die den Leistungserbringerorganisationen - im Gutfall – zugestandenen neun Monate deutlich hinausgehender Zeitraum für die Erfüllung ihrer Pflichten zur Verfügung.

KZBV und BZÄK schlagen daher unter Berücksichtigung der im September 2022 durch die gematik GmbH vorgelegten Terminplanung folgende Änderung des § 340 Abs. 6 und 7 SGB V vor (Änderungen im Vergleich zum RegE sind durch Streichung und Fettdruck hervorgehoben):

- „(6) Spätestens ab dem ~~1. Januar 2024~~ **1. Juli 2025** haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen auf Verlangen des Leistungserbringers eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.
- (7) Spätestens ab dem ~~1. Januar 2024~~ **1. Juli 2025** haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen auf Verlangen der Leistungserbringerinstitution eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.

Zusätzlich sollte eine Ermächtigungsgrundlage zur Verlängerung der Bereitstellungsfrist aus § 340 Abs. 6 und 7 SGB V durch das BMG geschaffen werden, die eine Reaktion auf evtl. Verzögerungen der Umsetzungsarbeiten in der gematik ermöglicht.

Die Einführung einer solchen Regelung ist angezeigt und sachgerecht, da der Gesetzgeber bereits für die im Zusammenhang mit der Bereitstellung digitaler Versichertenidentitäten eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage in § 291b Abs. 7 SGB V zur Verlängerung der Frist zur Bereitstellung der digitale ID für Versicherte vorgesehen hat.

KZBV und BZÄK schlagen daher vor, § 340 SGB V um folgenden Abs. 9 zu ergänzen:

*„Das Bundesministerium für Gesundheit kann die in den Absätzen 6 und 7 genannten Fristen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern.“*

**II. Information der Versicherten über die Nutzungsmöglichkeiten der eGK mit einer kontaktlosen Schnittstelle und deren PIN für Anwendungen nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 4, 6 und 7 SGB V**

(Art. 1 Nr. 11 lit. b) des RegE / § 291 Abs. 3a SGB V-RegE)

KZBV und BZÄK bewerten die in § 291 Abs. 3a SGB V-RegE vorgesehene Regelung, wonach die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Versicherten bei oder im Nachgang der Ausgabe der eGK mit kontaktloser Schnittstelle über die Möglichkeit der Beantragung einer persönlichen Identitätsnummer (PIN), die entsprechenden Antragswege sowie die Nutzungsmöglichkeiten für Anwendungen nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 4, 6 und 7 SGB V (ePA, eMP, eVerordnung – so auch E-Rezept – und ePatKurzA) zu informieren, als positiv.

Eine umfassende Information des Versicherten über die Nutzungsmöglichkeiten der eGK mit kontaktloser Schnittstelle und PIN ist dem Grunde nach geeignet, die Akzeptanz für die TI-Anwendungen, die auf der PIN-Kenntnis der Versicherten beruhen (bspw. eZahnbonusheft in der ePA, E-Rezept, eMP), zu erhöhen und die Nutzung der TI-Anwendungen durch Versicherte zu fördern. Hieraus können positive Folgen für die Leistungserbringer erwachsen. Eine bspw. vermehrte Nutzung der E-Rezept-App durch Versicherte könnte zur Verringerung der Zahl der auszudruckenden E-Rezept-Token führen und damit auch die öffentliche Wahrnehmung als echter Digitalisierungsschritt positiv beeinflussen.

KZBV und BZÄK begrüßen die Regelung in § 291 Abs. 3 a SGB V-RegE, denn sie ist geeignet, die Nutzerfreundlichkeit von digitalen Anwendungen zu stärken und die Verbreitung zentraler Anwendungen der TI zu erhöhen.

**III. Abbau teilweise bestehender Hürden für die Nutzung der TI im Verhältnis Leistungserbringer und Anbieter / Hersteller informationstechnischer Systeme für vertrags(zahn)ärztliche Versorgung**

(Art. 1 Ziffer 17 RegE / §§ 332a und 332b, SGB V-RegE)

KZBV und BZÄK nehmen zu den in den §§ 332a und 332b SGB V-RegE vorgesehenen Regelungen wie folgt Stellung:

**1. Diskriminierungs- und kostenfreie Einbindung auch fremder Komponenten und Dienste in informationstechnische Systeme (§ 332a SGB V- RegE)**

§ 332a SGB V-RegE verpflichtet Anbieter und Hersteller von informationstechnischen Systemen für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sowie für Krankenhäuser und Apotheken zur Sicherstellung einer diskriminierungs- und kostenfreien Einbindung der Komponenten und Dienste der TI, die von der gematik zugelassen sind und die zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten bei der Nutzung von Anwendungen der TI erforderlich sind.

Sofern die Einführung einer solchen Verpflichtung der Zielsetzung dient, ggf. für Leistungserbringer aufgrund von (vertraglichen) Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) bestehende Hürden bei der Einbindung von fremden Komponenten und Diensten in informationstechnische Systeme abzubauen, so bewerten KZBV und BZÄK diese Regelung dem Grunde nach als positiv. Die Absicht des Gesetzgebers wird begrüßt.

Im Detail sehen KZBV und BZÄK jedoch Klärungs- bzw. Konkretisierungsbedarfe.

Unklar ist, wer Adressat der Verpflichtung aus § 332a SGB V- RegE ist.

Der Wortlaut des § 332a Abs. 1 SGB V –RegE nimmt die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sowie für Krankenhäuser und Apotheker in Bezug und erfasst damit alle Anbieter und Hersteller von informationstechnischen Systemen.

Der Begründung (s. Seite 61 f.) ist hingegen zu entnehmen, dass zum Adressatenkreis des § 332a SGB V-RegE nur Anbieter und Hersteller von Primärsystemen (bspw. Praxisverwaltungssystemen – PVS) gehören. Der Gesetzgeber wird insoweit um Klarstellung und Konkretisierung des Adressatenkreises in § 332a SGB V-RegE gebeten.

Aus Sicht von KZBV und BZÄK sollten mindestens auch die Hersteller und Anbieter von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur – insb. Konnektor-Hersteller und Zugangsdienstanbieter – in Bezug genommen werden.

Der Wortlaut des § 332a SGB V –RegE lässt ferner die vom Gesetzgeber verfolgte Intention nicht erkennen, dass die Verpflichtung zur Einbindung von Komponenten und Diensten sich ausschließlich auf Komponente und Dienste fremder Anbieter und deren Integration in das anbieter eigene Primärsystem erstreckt. Die in der Norm gewählte Formulierung „alle Komponenten und Dienste“ suggeriert, dass die gebührenfreie Einbindung sich auch auf neue Komponenten und Dienste erstreckt. Dem stehen die Intention des Gesetzgebers sowie die Begründung auf Seite 62 entgegen.

Nach der Gesetzesbegründung soll sich die Verpflichtung zur gebührenfreien Einbindung nicht auf die Anschaffung neuer Komponenten und Dienste einschließlich unter Umständen erforderlicher neuer Lizenzen erstrecken, sondern den Anschluss und die Einrichtung von Komponenten und Diensten anderer Anbieter und deren Integration in das anbieter eigene System umfassen.

Zur Schaffung von Rechtsklarheit regen KZBV und BZÄK daher an, den in der Begründung enthaltenen Inhalt in den Wortlaut des § 332a SGB V zu übertragen.

Darüber hinaus plädieren KZBV und BZÄK dafür, vorzugsweise bei der gematik eine Stelle einzurichten, die bei entstehenden Interoperabilitätsproblemen zwischen PVS und TI-Komponenten und – Diensten eine Lösung anbieten, zwischen den Parteien vermitteln und allen beteiligten Stellen als Ansprechpartner dienen kann.

## **2. Ermächtigung zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen**

**(Art. 1 Nr. 17 RegE / § 332b SGB V-RegE)**

§ 332b SGB V-RegE ermöglicht den Abschluss von gegenüber den an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern verbindlichen Rahmenvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie einzelnen Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung.

Ausweislich der Begründung soll diese optional ausgestaltete Abschlusskompetenz dazu dienen, den Leistungserbringern einen Hersteller- oder Anbieterwechsel für den Fall zu erleichtern, dass Anbieter oder Hersteller die aus der Digitalisierung des Gesundheitswesens resultierenden bzw. gesetzlich vorgegebenen Anpassungen von Komponenten, Diensten oder Primärsystemen nicht oder nicht rechtzeitig umsetzen. Durch die Erleichterung eines Hersteller- oder Anbieterwechsels sollen so letztlich Verzögerungen bei der weiteren Digitalisierung des Gesundheitswesens vermieden werden.

Auch wenn die laut Begründung intendierte Stärkung der Vertragsposition der Leistungserbringer grundsätzlich befürwortet wird, erscheint die konkrete Ausgestaltung der Regelung in mehrfacher Hinsicht nicht geeignet, das gesetzgeberische Ziel zu erreichen.

Zunächst ist nicht erkennbar, inwieweit für die Leistungserbringer verpflichtende Rahmenvereinbarungen geeignet sein sollen, eine bessere Compliance auf Seiten

von Herstellern und Anbietern bei der Umsetzung der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu erzielen. Des Weiteren ist auch nicht ersichtlich, wie Anbieter und Hersteller zum Abschluss für sie gegenüber dem derzeitigen Zustand nachteiliger Rahmenvereinbarungen bewegt werden sollen, wenn insoweit kein Kontrahierungszwang besteht.

Die Regelung müsste nach dem Dafürhalten von KZBV und BZÄK daher vielmehr so ausgestaltet werden, dass den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen – so wie von der KZBV in der Vergangenheit bereits mehrfach gefordert – die Kompetenz eingeräumt wird, Herstellern und Anbietern verbindliche Vorgaben für deren Komponenten, Dienste und informationstechnische Systeme einschließlich deren vertraglichen Nutzung erteilen zu dürfen.

#### **IV. Schnittstellen für Mehrwertangebote im E-Rezept-Fachdienst**

**(Art. 1 Nr. 28 des RegE / § 361a SGB V-RegE)**

Ungeachtet der aktuell fehlenden Möglichkeit, die Mehrwertangebote abschließend bewerten zu können, da bisher weder die Mehrwertangebote noch die Spezifikationen der Schnittstelle bekannt sind, wird die Einführung des § 361a SGB V-RegE und damit die Schaffung von Schnittstellen im E-Rezept-Fachdienst für Mehrwertangebote begrüßt. Die Schaffung derartiger Schnittstellen birgt das Potential, die Versorgung des Versicherten durch Innovation zu verbessern.

Die im Gesetzestext angelegten Regelungen tragen darüber hinaus den hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit Rechnung, was insbesondere daraus resultiert, dass die Übermittlung der Daten aus der eVerordnung ausschließlich nach ausdrücklicher Einwilligung des Versicherten erfolgen darf, eine strenge Zweckbindung vorgegeben ist, die Datenübermittlung zu dokumentieren ist, die Übermittlung des E-Rezept-Tokens ausgeschlossen wird und von der gematik die Vorgaben bzgl. Datenschutz und Datensicherheit im Einvernehmen mit dem BSI und dem BfDI zu verfassen sind.

Um den Datenschutz und die Datensicherheit jedoch zusätzlich zu stärken und diese auch gerade für die Akzeptanz der Anwendung E-Rezept so wichtige Thematik in den datenschutzrechtlich und sicherheitstechnisch besonders kritischen Punkten, die in der nachgelagerten Rechtsverordnung gemäß Abs. 6 vom BMG geregelt werden sollen, fest zu verankern, empfehlen KZBV und BZÄK, das Einvernehmen dieser Behörden und nicht nur die Benehmensherstellung vorzugeben. KZBV und BZÄK regen daher an, § 361a Abs. 6 SGB V-E wie folgt zu fassen (Änderungen im Vergleich zu RegE sind durch Streichung und Fettdruck hervorgehoben):

*„(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im **Benehmen** **Einvernehmen** mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Folgendes zu regeln“*

KZBV und BZÄK bewerten § 361a SGB V-RegE daher grundsätzlich positiv und regen neben der obigen Anpassung zusätzlich an, in der Norm klarzustellen, dass die Schnittstelle von der gematik nicht nur betrieben, sondern auch spezifiziert wird.

Insoweit wird folgende Ergänzung des § 361a Abs. 2 Satz 1 SGB V-RegE vorschlagen. (Ergänzung im Vergleich zum RegE ist durch Fettdruck hervorgehoben):

*„Die Gesellschaft für Telematik **spezifiziert und** betreibt die Schnittstellen nach Abs. 1 und stelle sie den dort genannten Berechtigten diskriminierungsfrei und kostenfrei zur Verfügung.“*

Dies ist erforderlich, um ggf. entstehenden Rechtsunklarheiten bei der Auslegung des § 361a Abs. 6 Nr. 6 SGB V- RegE (Ermächtigung des BMG zur Regelung u.a. Einzelheiten zur Datenübermittlung mittels Rechtsverordnung) vorzubeugen.

## V. Keine Integration der DEMIS-Schnittstelle in die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme

### **§ 371 Abs. 1 Nr. 3 SGB V in der Fassung des COVID-19-SchG vom 16.09.2022**

Kritisch bewerten KZBV und BZÄK die mit dem COVID-19-SchG zum 17.09.2022 in Kraft getretene Regelung in § 371 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, wonach auch in vertragszahnärztliche Praxisverwaltungssysteme künftig offene und standardisierte Schnittstellen zum elektronischen Melde- und Informationssystem nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes (DEMIS) integriert werden müssen.

DEMIS-Meldungen kommen für Zahnärzte allenfalls ausnahmsweise und zeitlich befristet in Betracht. DEMIS-Meldepflichten hinsichtlich SARS-CoV-2-Schutzimpfungen resultieren auf der zeitlich bis 07.04.2023 befristeten Impf-Ausnahmeberechtigung für Zahnärzte nach § 20b IfSG sowie der Einbindung der Zahnärzte in die zeitlich bis 31.12.2022 befristete Coronavirus-Impfverordnung.

Im Falle der Erbringung von Corona-Impfleistungen durch Vertragszahnärzte aufgrund der Coronavirus-Impfverordnung ist die gemäß § 4 CoronalmpfV erforderliche DEMIS/DIM-Anbindung in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium, dem Robert-Koch-Institut und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen jedoch be-

reits auf anderem Wege als über die Praxisverwaltungssysteme erfolgt und nachweislich erfolgreich im Einsatz, so dass auch insoweit kein Bedürfnis für die Integration von DEMIS-Schnittstellen in die vertragszahnärztlichen Praxisverwaltungssysteme besteht. Dies wurde der KZBV auch seitens ihrer Ansprechpartner im Robert-Koch-Institut vollumfänglich bestätigt.

Auch in die Corona-Testungen sind die Zahnärzte nur in geringem Umfang einbezogen und in entsprechend geringem Maße über DEMIS meldepflichtig. Denn meldepflichtig über DEMIS sind bisher nach § 14 Abs. 8 i.V.m. § 8 Abs. 1 Nr. 2 IfSG nur positive Corona-Labortests (also insb. PCR- oder Labor-Antigen-Tests), die von Zahnärzten aber nicht erbracht werden. Nicht meldepflichtig über DEMIS sind bisher hingegen positive Corona-Schnelltests, also insbesondere auch nicht die von Zahnärzten erbringbaren Bürgertests. Zwar gilt für positive Bürgertests ab 01.01.2023 eine Meldepflicht über DEMIS (§ 14 Abs. 8 Satz 2 i.V.m. § 8 Abs. 1 Nr. 1 IfSG). Auch dies macht die Integration von DEMIS-Schnittstellen in die PVS-Systeme aber weder erforderlich noch sinnvoll, da nur ein geringer Anteil der Zahnärzteschaft Corona-Bürgertests durchführt, so dass schon insoweit die pflichtweise Aufrüstung *aller* vertragszahnärztlichen PVS-Systeme mit DEMIS-Schnittstellen nicht erforderlich ist.

Zudem sind weder die Corona-Impfleistungen noch die Corona-Testleistungen vertragszahnärztliche Leistungen und können, anders als die vertragszahnärztlichen Leistungen, auch nicht gegenüber der GKV bzw. den Krankenkassen abgerechnet werden (im Falle von Testleistungen erfolgt die Abrechnung nicht einmal über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, sondern über die Kassenärztlichen Vereinigungen). Mangels Zugehörigkeit zum vertragszahnärztlichen Leistungskatalog sind die Corona-Impfleistungen und -Testleistungen daher auch nicht in den Praxisverwaltungssystemen bzw. den entsprechenden Abrechnungsmodulen hinterlegt, so dass die Implementierung von DEMIS-Schnittstellen insoweit auch keinen Nutzen dahingehend mit sich brächte, dass die betr. DEMIS-Meldungen aufgrund Verknüpfung mit den im Praxisverwaltungssystem hinterlegten Leistungen leichter generiert werden könnten.

Angesichts dessen und der für den vertragszahnärztlichen Bereich nicht vorhandenen Notwendigkeit, wäre der mit der Implementierung von DEMIS-Schnittstellen verbundene technische und finanzielle Aufwand nicht zu rechtfertigen und würde als Zusatzaufwand in Konkurrenz zu den erforderlichen Anpassungen für die verschiedenen Telematik-Projekte, u.a. dem E-Rezept und den neuen Versionen der ePA, so dass hier weitere Gründe gegen eine rechtzeitige Bereitstellung der erforderlichen Updates geschaffen werden. Für den vertragszahnärztlichen Bereich genügt – wie die erfolgte Einbeziehung der Zahnärzte in die RKI-Impfsurveillance nach § 4 CoronalmpfV (s.o.) belegt – für die nur punktuell und zeitlich befristet erforderliche DEMIS-Anbindung vollends die Bereitstellung von Software-Lösungen außerhalb der Praxisverwaltungssysteme, wie § 14 Abs. 1 Satz 8 IfSG sie ausdrücklich vorsieht.

Auch hinsichtlich der Corona-Testleistungen wäre es insoweit vollkommen ausreichend, wenn Zahnarztpraxen, die Bürgertests durchführen, ab 01.01.2023 abseits der PVS-Systeme DEMIS-Verbindungen herstellen wie sie für alle übrigen nicht-ärztlichen Teststellen ebenfalls zur Verfügung stehen müssen.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der KZBV und der BZÄK geboten, in § 371 Abs. 1 Nr. 3 SGB V klarzustellen, dass die dortige Vorgabe nicht für die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme / Praxisverwaltungssysteme gilt.

Formulierungsvorschlag:

§ 371 Absatz 1 Nummer 3 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind durch Fettdruck kenntlich gemacht):

- „3. Schnittstellen zum elektronischen Melde- und Informationssystem nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes; **dies gilt nicht für informationstechnische Systeme, die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzt werden, und**“

Köln, 26.10.2022