

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)163(24)

gel. SV zur öffent. Anh. am

15.11.2023 - DigitalG

13.11.2023

STELLUNGNAHME

DER EINZELSACHVERSTÄNDIGEN DR. KRISTINA SPÖHRER
HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBAND E. V.

ENTWURF DER BUNDESREGIERUNG EINES GESETZES ZUR
BESCHLEUNIGUNG DER DIGITALISIERUNG DES
GESUNDHEITSWESENS (DIGITAL-GESETZ – DIGIG)

13. NOVEMBER 2023

Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die hausärztliche Versorgung. Ich behalte mir vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Das mit dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung verfolgte wesentliche Ziel, die digitale Transformation des Gesundheitswesens weiter voranzutreiben, wird begrüßt. Unter anderem bei der konkreten Ausgestaltung der Videosprechstunden sowie den assistierten Leistungen in Apotheken wird Änderungsbedarf gesehen, zu dem nachfolgend Stellung genommen wird. Positiv zu sehen ist, dass die Interoperabilität zwischen den Digitalsystemen verbessert werden soll. Die Interoperabilität ist nicht nur unabdingbare Voraussetzung für den Austausch von Daten zwischen den unterschiedlichen Datenverarbeitungssystemen im Gesundheitsbereich, sondern zugleich wesentlicher Baustein für eine automatisierte und teilautomatisierte Verarbeitung durch informationstechnische Systeme, die Unterstützung und Entlastung insbesondere in den enormen bürokratischen Prozessen rund um die eigentliche Gesundheitsversorgung der Patientinnen- und Patienten bieten können.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 87 Absatz 2n und 2o SGB V

Die Neufassung des § 87 Absatz 2n und 2o SGB V wird dem Grunde nach begrüßt. Insbesondere ist es als essenziell anzusehen, dass die strukturierte Anschlussversorgung wesentlicher Bestandteil und Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung darstellt, die Elemente telemedizinischer Versorgungsangebote aufgreift und sinnvoll in den Versorgungsalltag integriert.

Gemäß § 87 Absatz 2n SGB V (neu) hat der Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden können. In diesem Zusammenhang ist anzuregen, von der Möglichkeit einer gänzlichen Aufhebung der Quoten in der telemedizinischen Leistungserbringung abzusehen: Da die Quote von bislang 30 Prozent auch außerhalb des pandemischen Geschehens selten erschöpft wurde, sollte es vermieden werden, diese in Gänze zu streichen, anstelle diese arztgruppenspezifisch anzuheben. Eine komplette Aufhebung der Quoten in der Telemedizin würde den Ausbau telemedizinischer Plattformen unverhältnismäßig bevorteilen, was im Widerspruch zu aktuellen Bestrebungen steht, gerade oft investorenfinanzierten Versorgungsstrukturen einzuschränken. Um die Versorgung vor Ort im Sinne des Patienteninteresses aufrechtzuerhalten, wird weiterhin gefordert, als Regulativ eine quotale Leistungserbringung bis zu 75 Prozent zu ermöglichen.

B. § 129 Absatz 5h SGB V – assistierte Telemedizin in Apotheken

Nach § 129 Absatz 5h SGB V (neu) sollen Apotheken sogenannte Maßnahmen der assistierten Telemedizin anbieten können. Inhalte dieser assistierten Telemedizin, die durch Apotheken erbracht werden dürfen, können – insbesondere – neben der Beratung zu den Möglichkeiten einer telemedizinischen Versorgung oder der Anleitung zur Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen auch die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben zur Unterstützung anlässlich einer ärztlichen telemedizinischen Leistung sein. Dass durch Apotheken telemedizinische Leistungen erbracht werden, wird diesseits grundsätzlich abgelehnt. Ausführung sowie Beratung zur Telemedizin sind per se vertragsärztliche Leistungen, weil es hierbei um die Ausübung der Heilkunde geht. Ein wesentlicher Vorteil ist für Patientinnen und Patienten nicht ersichtlich, es spielt keine Rolle, ob sie sich zum Zwecke der ärztlichen Behandlung in eine Apotheke begeben oder direkt in die Arztpraxis fahren. Aus diesem Grund wird eine Streichung von Absatz 5h empfohlen.

Sofern keine Streichung erfolgt, bliebe auch weiterhin offen, was genau unter „*einfachen medizinischen Routineaufgaben*“ zu verstehen ist. Eine gesetzliche Definition für diesem Terminus gibt es nicht. Hierbei wäre zwingend eine dahingehende Klarstellung erforderlich, dass es sich bei den durch Apotheken erbrachten telemedizinischen Leistungen um solche handeln sollte, die mit dem ggf. um pharmazeutische Beratungen erweiterten Leistungsspektrum der Apotheken korrespondieren. Das Ausmaß des Abgrenzungsbedarfes zeigt sich insbesondere in der Abgrenzung von Tätigkeiten im Bereich pharmazeutischer Dienstleistungen, Leistungen, welche bereits von der Vergütung nach der AMPPreisVO erfasst sind, ärztlicher Behandlungsleistungen oder auch für den Bereich der Leistungserbringung durch weitere Akteure, z. B. angeleitete Logopädie. Ohne eine Konkretisierung des Begriffs bzw. ohne Abgrenzungskriterien bestünde die Gefahr, dass unklar ist, auf welcher Grundlage welcher beteiligte Akteur abrechnet, und hierdurch ggf. unwirtschaftliche Doppelstrukturen geschaffen werden. Anknüpfend hieran blieben bei Leistungen der assistierten Telemedizin haftungsrechtliche Fragen ungelöst: Es kann nicht der Wille des Gesetzgebers sein, ärztliche Leistungserbringer in Fällen assistierter Telemedizin haftbar zu machen für ggfs. vor Ort durch assistierte Telemedizin verursachte Fehlverhalten. Weiterhin ungeklärt bleibt die Frage, ob es einer Anpassung der Berufshaftpflichtversicherungen für Apothekerinnen und Apotheker bedarf, sofern diese sogenannte einfache medizinische Routineaufgaben übernehmen.

C. § 137f SGB V – Elektronisches DMP-Diabetes

Über die beabsichtigte Neuregelung in § 137f Absatz 9 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ermächtigt, neben den bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen jeweils ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm mit digitalisierten Versorgungsprozessen für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ I und II einzuführen. Versicherte sollen damit eine Wahlmöglichkeit erhalten und je nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten entweder ein klassisches strukturiertes Behandlungsprogramm wählen oder sich für eine Variante des Programms mit digitalisierten Versorgungsprozessen entscheiden können.

Die Digitalisierung im Bereich der DMP wird grundsätzlich begrüßt. Es wird jedoch darum gebeten, folgende Aspekte zu beachten: Die Erkenntnisse zu möglichen Elementen von digitalen DMP befinden sich aktuell erst in der Entwicklung und können für sich gesehen noch nicht den Status erheben, verpflichtend umgesetzt zu werden. Um dem Entwicklungsstand angemessen Rechnung zu tragen, erscheint es sinnvoller, zunächst den G-BA mit der Prüfung zu beauftragen, inwieweit die stärkere Einbeziehung digitaler Elemente in die evidenzbasierte Versorgung in den DMP erfolgen kann. Dies sollte die vorgeschaltete Prüfung sein, um neue strukturierte Behandlungsprogramme mit digitalisierten Versorgungsprozessen aufzusetzen.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass es wenig zielführend ist, ein zusätzliches e-DMP einzuführen. Im Sinne der Versorgungseffizienz und für (haus-)ärztliche Praxen weniger belastend ist es, bestehende DMP um niederschwellige und intuitive elektronische Elemente, die flächendeckend ausgerollt werden können und von denen alle DMP-Teilnehmenden profitieren können, einzuführen. Den hausärztlichen Praxen ist es nicht zuzumuten, für die gleiche Indikation zwei DMP, die letztlich das identische Versorgungsziel erfüllen, umsetzen zu müssen. Logische Folge der mit dem Gesetzesentwurf verfolgten Installation eines e-DMP Diabetes wäre die Verdopplung der DMP-Programme und hierdurch die Etablierung von Doppelstrukturen, die in Arztpraxen sodann angeboten und gelebt werden müssen. Vor diesem Hintergrund hoher Aufwände und weiterer Bürokratie in den Vertragsarztpraxen wird die Weiterentwicklung der bestehenden DMP angeregt.

D. § 284 SGB V – Sozialdaten bei Krankenkassen

Nicht empfohlen wird die die Neuregelung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 21, wonach Krankenkassen auch Daten der Versicherten verarbeiten dürfen, um die Versicherten bei der Durchsetzung des Herausgabeanspruchs nach § 386 SGB V zu unterstützen. Die Regelung stellt eine unnötige Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses dar und beeinträchtigt die vertrauensvolle Basis zwischen Arzt und Patient. Krankenkassen steht nicht die Aufgabe zu, einen Individualanspruch des Versicherten gegen die/den Vertragsärztin/-arzt durchzusetzen. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

E. § 291a SGB V – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung

Der Regelungsentwurf sieht die Verschiebung der Einführung der digitalen Identitäten um zwei Jahre vor.

Diese Regelung stellt einen Rückschritt für die Etablierung von Anwendungen und Diensten, die eine zeitgemäße digitale Infrastruktur für das Gesundheitswesen nutzen und wird daher abgelehnt. Während bei Arztpraxen oft mit Sanktionen bei Verzögerungen im Bereich der Digitalisierung gearbeitet wird, sticht hier ins Auge, dass gegenüber den Organisationen, denen die Zeitverzögerungen zuzurechnen sind, davon abgesehen wird.

F. § 312 Abs. 10 SGB V Erarbeitung eines Vorschlags zur Ablösung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch ein geeignetes Äquivalent in der ePA

Um eine umfassende Digitalisierung zu erreichen, wird das mit der Regelung in § 312 Abs. 10 SGB V verfolgte Ziel, einen Vorschlag zur Ablösung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gegenüber dem Patienten durch ein geeignetes Äquivalent zu erarbeiten, begrüßt. Der Patientendurchschlag der eAU ist leider ein exemplarisches Negativbeispiel, wie die vollständige Digitalisierung bestehender Prozesse weiter auf sich warten lässt und Frustration bei den Anwendern generiert. Um eine zügige Umsetzung zu gewährleisten, wird angeregt, anstelle der Möglichkeit zur Fristsetzung durch das BMG zur Erarbeitung eines Vorschlages eine konkrete Frist von maximal 12 Monaten in § 312 Absatz 10 SGB V festzusetzen.

G. § 339 SGB V– Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen

Vertragsärzte sollen im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung auf Gesundheitsdaten der/des Versicherten zugreifen können, wenn diese/dieser nicht widersprochen hat.

Der Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs mit der Behandlung erfolgt mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 SGB V. In der Gesetzesbegründung findet sich nunmehr eine nähere Erklärung der Begrifflichkeit „*zeitlicher Zusammenhang zur Behandlung*“, wonach dieser technisch dadurch nachzuweisen ist, dass die elektronische Gesundheitskarte oder die digitale Identität der oder des Versicherten als leistungsberechtigender Nachweis zur Behandlung im selben Behandlungsquartal bzw. Abrechnungsquartal vorgelegen hat.

Zwecks Transparenz wird angeregt, die Formulierung „*im selben Behandlungsquartal*“ in die gesetzliche Formulierung in § 291 Absatz 8 SGB V aufzunehmen, um Rechtsunsicherheiten beim Zugriff auf die Gesundheitsdaten seitens der Ärztinnen und Ärzte vorzugreifen.

H. § 341 ff SGB V – Elektronische Patientenakte

Grundsätzlich ist die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) ein wichtiger Schritt für das Gesundheitswesen, der zu befürworten ist. Aus hiesiger Sicht muss gewährleistet sein, dass sich die Anwendungen der ePA reibungslos in den Praxisablauf einfügen. Wünschenswert wäre, dass die Befüllung und das Auslesen der Daten in der ePA automatisiert durch die PVS erfolgt. Dazu müssten die Daten der Versicherten aber strukturiert in der ePA abgelegt werden können und nicht als pdf-Datei abgespeichert werden. Daher wird auch die Entwicklung weiterer medizinischer Informationsobjekte (MIO) begrüßt, die im Sinne der Interoperabilität für jedes System in einem standardisierten Format lesbar und bearbeitbar sind. Sollte weiterhin eine Dokumentenstruktur beibehalten werden, müssen jedoch mindestens vernünftige Sortier-, Such- und Filterfunktionen in die ePA implementiert werden. Sinnvoll wäre

zudem die Möglichkeit der Verknüpfung von Dokumenten und weiteren medizinischen Informationen.

Das Administrieren der Zugriffsrechte durch die Versicherten selbst über die Benutzeroberfläche eigener Endgeräte muss einfach und intuitiv möglich sein. (Haus-)Arztpraxen können dabei nicht unterstützen, das würde eine deutliche Mehrbelastung im Praxisalltag bedeuten. Eine sinnvolle und strukturierte Grundeinstellung der Zugriffsrechte bei passiver Nutzung der ePA muss sicherstellen, dass auch für diese Versicherten ein Mehrwert in der Nutzung entstehen kann.

Zudem vereinfacht eine weitgehende Zugriffsberechtigung in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht, soweit der/die Versicherte keinen Widerspruch erklärt hat („Opt out“), nicht nur die administrativen Praxisabläufe, sondern eröffnet überhaupt erst die Möglichkeit, dass medizinisch relevante Daten für die aktuelle und zukünftige Behandlungssituation effektiv genutzt werden können. Allerdings darf die Zugriffsberechtigung nicht zu kleinteilig sein, dass würde die Arbeit in den Arztpraxen behindern.

Die geplante Schaffung eines übergreifenden Informationsobjekts, in dem gleichzeitig der elektronische Medikationsplan, administrative Daten zu den dispensierten Arzneimitteln und freiwillige Eigenangaben der/des Versicherten zu erworbenen freiverkäuflichen Medikamenten enthalten sein sollen, erscheint angesichts der überschaubaren Frist bis zur Einführung überambitioniert. Es besteht das ernstzunehmende Risiko, dass hier ein unvollständiges Informationsobjekt geschaffen wird, das die notwendigen Prozesse unzureichend abbildet und von der Industrie nur defizitär umgesetzt werden kann. Ein solches Informationsobjekt würde in den Praxen eher als Hemmnis, denn als erfolgreiche Vereinfachung und Verbesserung der Versorgung durch Digitalisierung wahrgenommen und könnte die Akzeptanz der Elemente elektronischer Medikationsplan und Dispensierdatenliste nachhaltig stören und durch Behinderung der Prozesse die Patientensicherheit gefährden.

Sinnvoll erscheint stattdessen im ersten Schritt die inhaltliche, aber auch semantische und syntaktische Trennung der einzelnen Elemente elektronischer Medikationsplan und Dispensierdatenliste (inkl. OTC-Angaben der/des Versicherten). So könnten beide Perspektiven in den Praxen etabliert und Erfahrungen mit der Nutzung gesammelt werden, um auf dieser Grundlage eine technische Weiterentwicklung und mögliche Zusammenführung zu forcieren. Parallel dazu wäre überdies ein Prozess erforderlich, der die bestehenden Prozesse und Regularien der Verordnung von Arzneimitteln und des Arzneimittelmanagements vor dem Zielbild einer vollständigen Digitalisierung aller Prozesse reflektiert und Vorschläge zu den erforderlichen Anpassungen (Regulatorik, Prozess sowie Hardware und Software) erarbeitet. Beispielsweise könnte in diesem Zuge hinterfragt werden, warum der Prozess der Verordnung von Arzneimitteln (Rezept) und des Managements (Medikationsplan) auch in der digitalen Welt weiter getrennt voneinander ablaufen müssen und nicht integriert werden können.

Überdies sind mit der Patientenkurzakte und den Labordaten relevante Prozesse für die schnelle und sinnvolle Weiterentwicklung der ePA identifiziert worden. Allerdings bedarf es auch hier klarer zeitlicher und inhaltlicher Vorgaben, damit diese von den künftigen Nutzerinnen und Nutzern aber auch den Entwickelnden berücksichtigt werden können.

Abschließend wird angeregt, für an der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte einen an die Einschreibung des Versicherten gekoppelte Zugriffsmöglichkeit auf die ePA zu ermöglichen, damit diese Leistungserbringer ihrem besonderen Versorgungsauftrag gegenüber ihren Patientinnen und Patienten gerecht werden können.

I. § 343 SGB V – Informationspflichten der Krankenkassen

Das Schaffen einer umfassenden Informationspflicht der Krankenkassen, die ihre Versicherten neben den bisher bereits geltenden Informationspflichten bezüglich der selbständigen Speicherung und Löschung von Daten auch über das neu eingeführte Recht zur Beschränkung des Zugriffs zu informieren haben, wird begrüßt. Der hierdurch entstehende zeitliche Mehraufwand – gerade bei älteren, multimorbiden Menschen, die ggf. nicht so technikaffin sind – darf nicht auf die (haus-)ärztlichen Praxen verlagert werden. Ebenso wird die Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Informationspflichten durch den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gemäß § 343 Absatz 2a SGB V neu befürwortet. Angeregt wird an dieser Stelle, die entsprechende Koordinierung der Informationskampagne über eine zentrale Stelle, wie das BMG oder die BZgA, vornehmen zu lassen. Auf diese Weise kann eine einheitliche und flächendeckende Information der Versicherten zielführender erreicht werden.

J. § 350a SGB V – Anspruch der Versicherten auf Digitalisierung von in Papierform vorliegenden medizinischen Informationen; Übertragung in die elektronische Patientenakte

Mit dieser Regelung wird ein Anspruch der Versicherten unmittelbar gegenüber ihrer jeweiligen Krankenkasse eingeführt, in Papierform vorliegende Informationen (u. a. Altbefunde) zu digitalisieren und über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und zu speichern. Für den Anspruch wird ein Antrag und die Einwilligung der Versicherten vorausgesetzt. Der Anspruch soll auf zweimal in zwei Jahren und auf 10 Dokumente pro Antrag begrenzt sein. Die Regelung sieht darüber hinaus vor, dass die Krankenkassen zur Erfüllung übergreifend eine gemeinsame Stelle bestimmen können.

Die Regelung wird begrüßt: Es ist originäre Aufgabe der Krankenkassen, ihre Versicherten bei der Nutzung der ePA zu unterstützen, die im Zusammenhang mit dem Widerspruchs- und Datenmanagement nicht auf die Praxen verlagert werden sollte. Allerdings wird angeregt, dass dieser Anspruch vor dem Hintergrund der notwendigen Barrierefreiheit zu Gunsten der Versicherten wesentlich bürokratieärmer und zugleich umfangreicher ausgestaltet wird. Rein praktisch wird für diesen Anspruch für die überwiegende Mehrheit der Versicherten keine Rolle spielen. Insbesondere für ältere und multimorbide Patienten werden maximal 20 zu digitalisierende Dokumente regelhaft nicht ausreichen. Zudem sollte zur erheblichen Erhöhung des praktischen Nutzens für die Versorgung geregelt werden, dass die in die ePA zu überführenden digitalisierten Dokumente maschinell verwertbar sind.

K. § 353 SGB V – Erklärung des Widerspruchs, Erteilung der Einwilligung

Der Entwurf sieht vor, dass Versicherte der Verarbeitung von Daten in der ePA in Gänze und in Teilen widersprechen und dabei einzelnen Gruppen spezifische Zugriffsrechte erteilen können. Dabei ist vorgesehen, dass Versicherte ohne Endgerät ihre Rechte in der Arztpraxis ausüben können sollen.

Dass Versicherte ohne elektronisches Endgerät ihren Widerspruch und ihre Zustimmung zur Verarbeitung ihrer Daten für die ePA auch gegenüber Vertragsärzten und Psychotherapeuten unter Nutzung der dezentralen Infrastruktur in der Leistungserbringerumgebung erklären können, ist nicht verursachergerecht. Diese Möglichkeit würde aufgrund umfangreich zu erwartender Rückfragen insbesondere in den Hausarztpraxen, die erste Anlaufstelle der Patientinnen und Patienten sind, erhebliche Mehraufwände auslösen, die außerhalb des Versorgungsauftrages liegen. Dies hätte zur Folge, dass die für die Versorgung zur Verfügung stehende Zeit weiter verknappt wird und nicht für die Patientinnen und Patienten genutzt werden kann. Die diesbezügliche Regelung sollte daher gestrichen und durch eine Regelung ersetzt werden, mit der die Krankenkassen verpflichtet werden, für diesen Personenkreis entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen.

L. § 356 SGB V – Befüllen von Daten in die ePA und Löschen auf der eGK

Die geplante Regelung in § 356 Absatz 3 Satz 3 SGB V, nach der Patientinnen und Patienten einen Anspruch haben, die Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte durch Leistungserbringer löschen zu lassen, schafft zusätzliche administrative Aufgaben in den hausärztlichen Praxen, die dort falsch verortet sind. Die Praxen können nicht die IT-Assistenten der Versicherten sein.

M. § 360 SGB V – Pflicht zum E-Rezept, Vergütungskürzung

Im Rahmen der nach § 360 Absatz 2 Satz 1 SGB V verpflichtenden Nutzung des E-Rezepts haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen nachzuweisen, dass sie die erforderliche technische Ausstattung zur Ausstellung elektronischer Verordnungen besitzen und in der Lage sind, für Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die elektronische Verordnung zu verwenden (§ 360 Absatz 17 SGB V (neu)). Solange der Nachweis nicht erbracht wurde, soll die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem zweiten Monat nach Verkündung des Gesetzes pauschal um ein Prozent gekürzt werden.

Sinnvolle, digitale Anwendungen sollten mittels Bonusregelungen in die praktische Umsetzung gebracht werden: Statt eines verpflichtenden, sanktionsbehaftenden Starttermins wäre ein zeitlich gestuftes Einführungsverfahren vorzugswürdig. Die Sanktionierung des nicht erbrachten Nachweises mit einer Vergütungskürzung trägt nicht dazu bei, die Akzeptanz bei ärztlichen Leistungserbringern zu fördern.

Ein bußgeldbewehrtes Verbot der E-Rezept-Übermittlung (und von Zugangsdaten zu diesem) außerhalb der Telematikinfrastuktur nach § 360 Abs. 16 und § 397 Abs. 2a Nr. 4 SGB V (neu) stellt sich als unverhältnismäßig dar, da insbesondere die allgemeinen Datenschutz- und Datensicherheitsregelungen ausreichen.

Dr. Kristina Spöhrer
Einzelsachverständige

kristina.spoehrer@haev.de