

Digital, einfach, sicher - Patientennutzen im Mittelpunkt

Mit den Digitalisierungsgesetzen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (DigiG) und des Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) ist die Bundesregierung entscheidende Schritte auf dem Weg zur Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangekommen. Die TK begrüßt die Entwicklung, das Gesundheitssystem mit den vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen weiter zu digitalisieren und Innovationen voranzutreiben.

Jetzt gilt es, diesen Weg weiterzugehen und die Digitalstrategie vollständig umzusetzen. Die technische Entwicklung und der Anspruch der Versicherten an eine modere Versorgung machen die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen notwendig. Folgende Punkte sind aus Sicht der TK zeitnah umzusetzen:

1. Ambulante Diagnosedaten – Tagesgleiche Übertragung ermöglichen
2. Perso – PIN – Rücksetzbrief wieder einführen
3. Gematik – Einbindung der Krankenkassen sichern
4. Digitale Terminbuchung bei Arztpraxen und Leistungserbringern – Schnittstellen öffnen
5. Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) – Direkter Austausch zwischen Praxen und Krankenkassen ermöglichen
6. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Preiswucher verhindern
7. Automatisierung von Dokumentationsaufgaben durch KI und Spracherkennung – Gesetzliche Basis schaffen

1. Ambulante Diagnosedaten – Tagesgleiche Übertragung ermöglichen

Versicherte haben einen Anspruch auf ein innovatives Versorgungsmanagement ihrer Krankenkasse. Damit die Krankenkassen ihren Aufgaben für eine hochwertige und wirtschaftliche Versorgung gegenüber ihren Versicherten nachkommen können, ist die Übermittlung der tagesaktuellen Diagnosestellungen durch die vertragsärztlichen Leistungserbringern erforderlich. Die Diagnosedaten werden zudem beispielsweise für die Genehmigung von DiGA's, zum Erkennen seltener Erkrankungen oder sonstiger Gesundheitsgefahren benötigt.

Heute wird die Leistungserbringung in allen Arztpraxen digital erfasst und die Daten werden digital an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet. Eine Verzögerung ist technisch nicht mehr zu rechtfertigen. Für Patientinnen und Patienten ist es nicht nachvollziehbar, weshalb Abrechnungs- und Diagnosedaten, die im konkreten Versorgungsfall Arzt und Ärztin sowie Patientinnen und Patienten helfen, erst mit einem erheblichen zeitlichen Verzug zur Verfügung stehen. Auch die

Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig die schnelle Verfügbarkeit von Daten ist: Aus der Analyse der Versorgungsdaten lassen sich Rückschlüsse auf die Auslastung des Gesundheitssystems und die Schwere der Lage ziehen. Der Zeitraum, in dem Unklarheit über die tatsächliche Situation vorherrscht, ist im 21. Jahrhundert nicht mehr zeitgemäß und muss verkürzt werden. Das gilt auch für das Forschungsdatenzentrum, bei dem durch tagesaktuelle Daten eine schnelle Belieferung sichergestellt wird.

Damit die wichtigen Gesundheitsinformationen für die Versorgung von Versicherten genutzt werden können, sollten Diagnosedaten der Arztpraxen wie im Krankenhausbereich taggleich weitergeleitet werden. Für den Patientennutzen ist es dabei unerheblich, dass es sich dabei nicht um die letztendlichen Abrechnungsdaten handelt, die noch Plausibilitäts- und Abrechnungsprüfungen unterliegen. Aus den Arztpraxen müssten lediglich taggleich die vorliegenden Daten an die KVen gemeldet werden, welche die Informationen nach (automatisierter Erst-) Prüfung weiterleiten. Die Daten wären so schnellstmöglich für den Versicherten verfügbar.

2. Perso – PIN – Rücksetzbrief wieder einführen

Seit dem 1.1.2024 stellen die Krankenkassen ihren Versicherten auf Wunsch eine digitale Identität in Form einer GesundheitsID zur Verfügung. Ziel ist es, den Zugang zu gesundheitsbezogenen Online-Anwendungen zu vereinfachen und zugänglich zu machen. Für die Aktivierung der GesundheitsID braucht es ein sicheres und nutzerfreundliches System. Mit der elektronischen Personalausweisnutzung mit PIN (eID) existiert für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland eine Möglichkeit, um sich online zu identifizieren auf höchstem Sicherheitsniveau. Seit 1. Januar 2024 ist der Prozess jedoch deutlich verkompliziert worden. Wer seine PIN vergessen hat, kann nicht mehr kostenfrei einen Rücksetzbrief beantragen, sondern muss die neue PIN persönlich im Bürgeramt abholen. Grund dafür sind Einsparungen im Bundeshaushalt. Vor dem Hintergrund überlasteter Ämter und Wartezeiten auf Termine von mehreren Monaten ist der Verlust der PIN ein faktisches Aus für die elektronische Personalausweisnutzung. Das darf nicht passieren, denn mit der Aktivierung der GesundheitsID erhält der Personalausweis eine weitere Funktion, die für seine Etablierung von großem Nutzen ist. Die TK fordert eine Wiederaufnahme des PIN-Rücksetzbrief Verfahrens.

3. Gematik – Einbindung der Krankenkassen sichern

Die Gematik trägt die Gesamtverantwortung für die Telematikinfrastruktur (TI) im deutschen Gesundheitswesen. Aufgabe der Gematik ist die nicht auf Gewinn gerichtete Erbringung von Dienstleistungen zur Spezifikation, Einführung, Implementierung und Betrieb der TI. Zur Weiterentwicklung der TI und insbesondere zur Beschleunigung der Einführung ihrer Anwendungen, soll die Gematik laut Koalitionsvertrag zu einer digitalen Gesundheitsagentur ausgebaut werden. Damit die Gematik die Digitalisierung im Gesundheitswesen in ihrer neuen Gestaltungsform bestmöglich voranbringen kann, braucht es klare Regeln in der Aufgabensetzung und Zuständigkeit, bei Anhängspflichten und in der Finanzierung.

In den vergangenen Jahren ist das Aufgabenspektrum der Gematik durch Gesetzgebungen deutlich erweitert worden und es wurden operative Aufgaben zugeteilt. Damit wurde der aufgestellte Grundsatz aufgebrochen, dass die Gematik Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen hat, „als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist.“ Demzufolge wurde die Funktion als unabhängige Zulassungsstelle für die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur immer mehr in Frage gestellt. Die Kernaufgabe der Gematik ist es, den Krankenkassen und Leistungserbringern als Dienstleister zur Seite zu stehen und sie bei Infrastrukturentwicklung und -betrieb zu unterstützen. Dabei ist es wichtig, dass die Gematik die Umsetzungsverantwortlichen durch vorbereitender Spezifikationsworkshops einbezieht. So können

gemeinsam Standardprozesse erarbeitet werden, die beispielsweise aufwendige fehleranfällige Neuentwicklungen vermeiden.

Dabei sollte sich die Gematik an den fachlichen Prozessen der Stakeholder orientieren, mit dem Ziel, für die jeweiligen Nutzer optimale Prozesse zu definieren. Ebenso sollten die nötigen Schnittstellen und Interaktionen zwischen den Akteuren klar definiert und bei der Ausgestaltung ein Raum für Wettbewerb und Innovation gelassen werden. Konkret könnte eine Anpassung des § 311 im SGB vorgenommen werden, um rechtliche Klarheit zu schaffen.

4. Digitale Terminbuchung bei Arztpraxen und Leistungserbringern – Schnittstellen öffnen

Einen wichtigen Baustein zur Steigerung der verfügbaren Versorgungskapazität stellt eine Optimierung administrativer Abläufe bei den Leistungserbringern dar. Wenn weniger Arbeitszeit in administrativen Tätigkeiten gebunden ist, steht mehr Zeit für die eigentlichen Tätigkeiten in der Behandlung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die Digitalisierung der Terminbuchung ist dabei entscheidend. Kurzfristiges Ziel sollte es sein eine zentrale, digitale Terminbuchung für fachärztliche Leistungen einzuführen, an die sich verschiedene Anbieter von Terminierungslösungen und Praxisverwaltungssystemen anknüpfen können. Dafür ist eine Verpflichtung der Ärzteschaft zur Teilnahme an einer digitalen Terminbuchung sinnvoll. Auf diese Weise können fachärztliche Kapazitäten und Versorgungsbedarfe übergreifend koordiniert und zusammengeführt sowie eine optimale Auslastung sichergestellt werden.

Ordnungspolitisch muss ein rechtlicher Rahmen für eine Terminplanung z.B. über die Kassenapps geschaffen werden. Dies umfasst eine zentrale Plattform, mit klar definierten Schnittstellen zu den PVS-Anbietern, an die andere Akteure andocken können. Grundlage hierfür ist eine verpflichtende Meldung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte, die bereits in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) verankert werden muss. Darüber hinaus müssen Standardelemente der Dokumentation ermittelt und für diese jeweils Prozesse entwickelt werden. eAU und eRezept können als Vorbild dienen, um eine strukturierte Dokumentationsvorlage zu schaffen, die etwa den Terminanlass oder Diagnosevorschläge auf Grundlage der bisherigen Historie vorgibt.

5. Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) – Direkter Austausch zwischen Praxen und Krankenkassen ermöglichen

Das DigiG hat eine Möglichkeit eingeführt, mit der Versicherte eine elektronische Ersatzbescheinigung (eEB) erhalten können. Denn es passiert immer wieder, dass die Gesundheitskarte beim Arztbesuch nicht vorliegt. In diesem Fall muss der Versicherte - meist telefonisch - bei seiner Krankenkasse nach einer Ersatzbescheinigung fragen. Diese stellt den Versicherten eine Bescheinigung zur Vorlage in der Arztpraxis aus. Allein die TK bekommt täglich tausende Anfragen von Versicherten, die eine Ersatzbescheinigung benötigen. Mit dem neuen Prozess können Versicherte jetzt auch über eine App diese Anfrage stellen, allerdings bleibt es den Praxen weiterhin unmöglich, den Versichertenstatus direkt bei den Krankenkassen anzufragen. Der Umweg über die Versicherten, sei es mit einer App oder durch ein Telefonat, bringt die Abläufe in den Praxen ins Stocken. Eine Anfrage der Praxen bei den Krankenkassen über ein eingebautes System in der PVS, würde viel Zeit sparen und die den administrativen Aufwand verringern. Daher braucht es hier weitere Anpassungen, dass auch die Leistungserbringer mit mündlicher Einwilligung der Versicherten bei den Krankenkassen direkt anfragen dürfen.

6. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Überhöhte Preise stoppen

DiGA erfahren weltweit große Beachtung. Die TK begrüßt deren Ausweitung auch auf höhere Risikoklassen für einen nutzenstiftenden Einsatz in der Versorgung. Selbstverständlich ist, dass DiGA einer genauen Prüfung unterzogen werden müssen. Bislang können Anbieter von DiGA den Preis im ersten Jahr der Erstattung frei setzen. Den Nutznachweis, dass ihre Anwendung tatsächlich einen positiven Effekt auf die Versorgung hat, müssen sie erst nach dem Probejahr erbringen. Der Mehrzahl der DiGA gelingt es jedoch nach wie vor nicht, den Nutzen ihrer Anwendung für Patientinnen und Patienten nachzuweisen. Gleichzeitig steigen die Preise. Der durchschnittliche Herstellerpreis im ersten Jahr hat sich um rund 46 Prozent auf 593 Euro erhöht. Die TK fordert deshalb wirksamere Mechanismen zur Regulierung des Preisniveaus durch eine weitere Anpassung der Rahmenvereinbarung hinsichtlich der Höchst- und Schwellenpreise. Die eingeführte Höchstpreisbremse hat die Situation nur unzureichend verbessert. Aus Sicht der TK sollen sich die DiGA-Preise im ersten Jahr am Preis der analogen Therapie der jeweiligen Behandlung orientieren. Hier kann es in Abhängigkeit davon, ob bereits ein Nutznachweis vorliegt, Zu- und Abschläge geben. Mindestens sollte es ab dem 13. Monat Interimspreise geben, die sich an den verhandelten Preisen orientieren, um erhöhte Rückzahlungsansprüche zu vermeiden, die nicht immer beglichen werden können und zu Lasten der GKV gehen.

Es sollte grundsätzlich bei Verlängerung der Erprobungsphase nachgeschärft werden. Die aktuelle Regelung zur Verlängerung der Phase von einem auf zwei Jahre darf nur in begründeten Ausnahmefällen ermöglicht werden und dann nur auf einem angemessenen Preisniveau. Sollte dies nicht möglich sein, müssen die gesetzlichen Krankenkassen jahrelang überteuerte DiGA finanzieren. Das ist weder gut für die GKV-Finzen noch für die Reputation von DiGA, denen schon jetzt zu hohe Kosten gegenüber ihrer Wirkung nachgesagt werden.

Zu einer weiteren Akzeptanz der DiGA würde das schon im DigiG angedachte Rückgaberecht innerhalb von 14 Tagen führen. So können sich Versicherte vom Nutzen der Produkte selbst überzeugen.

7. Automatisierung von Dokumentationsaufgaben durch KI und Spracherkennung – Gesetzliche Basis schaffen

Bürokratische Aufgaben zehren an den Kapazitäten vieler Praxen. Digitalisierung und Künstliche Intelligenz können diesen Aufgaben in Teilen übernehmen oder zumindest erleichtern. So ist eine stärkere Automatisierung von Dokumentationsaufgaben der Praxen wünschenswert, um Fachärztinnen und Fachärzten eine Fokussierung auf ihre wesentliche Tätigkeit zu ermöglichen, z. B. durch Spracherkennung. Hierfür ist die Schaffung einer lückenlosen rechtlichen Basis grundlegend.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28 88 47-10
berlin-gesundheitspolitik@tk.de