



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

zum

Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz - DVG)

Anlässlich der Öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags
am 16. Oktober 2019

Die digitale Infrastruktur der zukünftigen E-Health-Grundversorgung wird derzeit nur für die gesetzlich Krankenversicherten verbindlich geregelt. Es muss sichergestellt werden, dass die spezifischen Belange aller Systembeteiligten berücksichtigt werden: Auch die der PKV-Voll-, der PKV-Zusatzversicherten und der Beihilfeberechtigten. Darauf verweist auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf vom 20.09.2019. Allen Systembeteiligten, neben der PKV u.a. auch der Beihilfe, ist ein diskriminierungsfreier Zugang zur TI zu gewährleisten. Von der Gematik zertifizierte Anwendungen sollten auf Wunsch des Patienten von allen Leistungserbringern unabhängig vom Versicherungsstatus bedient werden.

I. ALLGEMEIN

Der PKV-Verband begrüßt die politischen Initiativen zur Stärkung der E-Health-Infrastruktur in Deutschland. So soll mit dem im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) den Patienten bis 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) soll bis 2020 die Einführung eines E-Rezeptes erfolgen. Hierbei handelt es sich um zentrale Bausteine zur Gewährleistung der zukünftigen Gesundheitsversorgung von Patienten. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen u.a. Regelungen zur Einführung elektronischer Patientenakten weiterentwickelt werden und die Einführung von digitalen Gesundheitsanwendungen in die GKV-Regelversorgung („Gesundheits-Apps“) erfolgen. Er sieht außerdem eine Weiterentwicklung der Telematikinfrastuktur vor, die eine Einbeziehung der Krankenhäuser und Apotheken sowie auf freiwilliger Basis weiterer Leistungserbringergruppen umfasst.

Begrüßt wird insbesondere der Ansatz des Gesetzgebers, die versichertenzentrierte, elektronische Patientenakte als Schlüssel für die Implementierung von E-Health in der medizinischen Grundversorgung auf den Weg zu bringen, die Daten- und Manipulationssicherheit mit einer mobilen, smartphone-kompatiblen Gesundheitsdatenverwaltung und der Datensouveränität des Versicherten verknüpft.

Die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes haben in den vergangenen Jahren Gesundheitsakten entwickelt und damit – ebenso wie auch gesetzliche Krankenkassen – wichtige Vorarbeiten auf diesem Feld geleistet. Die digitale Infrastruktur der zukünftigen E-Health-Grundversorgung nimmt Gestalt an, wird aber derzeit nur für die gesetzlich Krankenversicherten verbindlich geregelt. Eine Einbeziehung privat versicherter und beihilfeberechtigter Patienten ist zwingend geboten.

Wenn E-Health Teil der medizinischen Grundversorgung sein soll und wenn nach Auffassung des Gesetzgebers die Telematikinfrastuktur (TI) den exklusiven Entwicklungspfad für den Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Patienten definieren soll, muss sichergestellt werden, dass die spezifischen Belange aller Systembeteiligten berücksichtigt werden: Auch die der PKV-Voll-, der PKV-Zusatzversicherten und der Beihilfeberechtigten. Die E-Health-Infrastruktur muss allen Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zu Gute kommen. Alles andere würde dem dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland nicht gerecht. Darauf hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzesentwurf vom 20.09.2019 hingewiesen: „Im Sinne einer umfassenden E-Health-Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung sollte sichergestellt werden, dass sämtliche Beteiligte im Gesundheitssystem berücksichtigt werden und die E-Health-Infrastruktur allen Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zugutekommen kann.“ Der Bundesrat begründet dies folgendermaßen: „Damit alle Patienten zukünftig von den Anwendungen der Telematikinfrastuktur, wie der elektronischen Patientenakte, profitieren können, sollte si-

chergestellt werden, dass nicht nur der GKV-Bereich abgedeckt wird, sondern auch der PKV-Bereich.“

Die Digitalisierung soll nicht nur dafür sorgen, dass Prozesse digital abgebildet werden, sondern dass ein Mehrwert für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger entsteht. Kostenträger sollen davon profitieren, dass durch Digitalisierung Kosten eingespart werden und der Umgang mit Daten sicherer wird. Viele PKV-Unternehmen vereinfachen daher bereits heute Verwaltungsprozesse für ihre Versicherten, beispielsweise in Form von Rechnungsapps. Für unternehmensindividuelle E-Gesundheitsportale (z.B. „Vivy“ oder „Meine Gesundheit“) muss ebenfalls die Möglichkeit der Anbindung an die digitale Infrastruktur gewährleistet werden.

Vor diesem Hintergrund müssen folgende Voraussetzungen geschaffen werden:

- **Zugang:** Allen Systembeteiligten ist ein diskriminierungsfreier Zugang zur TI zu gewährleisten. Seitens der Anbieter von elektronischen Patientenakten (ePA) sind dabei die von der Gematik vorgegebenen technischen Standards zu erfüllen. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass die Verwendung einer von der Gematik zertifizierten ePA mittelfristig auch unabhängig von einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erfolgen kann.
- **Verwendungssicherheit:** Von der Gematik zertifizierte Anwendungen sollten auf Wunsch des Patienten von allen Leistungserbringern unabhängig vom Versicherungsstatus bedient werden. Dies gilt auch für die Versorgung der Privatversicherten.
- **Institutionalisierter Informationsaustausch auch unter Berücksichtigung von PKV-Spezifika:** Die Berücksichtigung von PKV-Spezifika ist bei einer entsprechenden Konzeption technischer Lösungen zu beachten. Dies umfasst aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungssystematiken von GKV und PKV unter Umständen auch eine Einbindung der Privatärztlichen Verrechnungsstellen in den Datenaustausch, um PKV-Rechnungsdaten abbilden und übermitteln zu können.

II. ZU EINZELNEN MAßNAHMEN DES GESETZENTWURFS

Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen und Förderung digitaler Innovationen durch Krankenkassen

Vorgeschlagene Regelungen

Es wird ein Leistungsanspruch der GKV-Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen (§ 33a SGB V) und ein Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) etabliert (§ 139e SGB V), mit dem über die Leistungserbringung in der GKV-Regelversorgung entschieden wird. Krankenkassen können weiterhin die Entwicklung

digitaler Innovationen fördern und dazu im Rahmen einer Kapitalbeteiligung bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven einsetzen.

Bewertung

Die Anschaffungskosten für vom Arzt im Rahmen der ärztlichen Behandlung verwendete Gesundheits-Apps sind in der PKV grundsätzlich nicht erstattungsfähig, da es sich hierbei um Praxiskosten handelt. Bei vom Versicherten nach ärztlicher Verordnung beschafften Gesundheits-Apps ist die im Einzelfall zu prüfende medizinische Notwendigkeit ausschlaggebend. Sofern eine der Therapie oder Diagnostik einer Krankheit dienende, ärztlich verordnete Gesundheits-App mit CE-Kennzeichnung, deren patientenrelevanter Nutzen nachweislich gesichert ist, mithin medizinisch notwendig und zudem auch von der Preisgestaltung nachvollziehbar ist, ist eine Erstattung im Rahmen des vertraglich Vereinbarten grundsätzlich möglich. Die Möglichkeit, für alle Privatversicherten einen Anspruch auf Kostenerstattung in diesem neuen medizinischen Versorgungssegment zu begründen, sollte allerdings durch einen ausdrücklichen Hinweis auf die mit den digitalen Gesundheitsanwendungen einhergehenden Veränderungen im Gesundheitswesen klargestellt werden.

Krankenkassen sollen zukünftig bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven zur Förderung digitaler Innovationen einsetzen können. Die Private Krankenversicherung versteht sich seit jeher als Innovationstreiber und will konkret dabei helfen, dass digitale Gesundheitsanwendungen noch schneller in die Versorgung gelangen. Mit dem neu aufgesetzten Fonds „heal capital“ will die PKV dazu beitragen, dass alle Patienten im dualen Krankenversicherungssystem schnelleren Zugang zu digitalen Gesundheitslösungen finden. Der Fonds fördert innovative Unternehmen mit Investitionen und Know how, damit digitale Innovationen für die medizinische Heilbehandlung oder die Pflege schneller in der konkreten Versorgung ankommen. Für junge Startups in der Digital Health-Branche können diese Synergien einen entscheidenden Mehrwert schaffen und den Markteintritt deutlich beschleunigen.

Erweiterung der Telematikinfrastruktur

Vorgeschlagene Regelungen

Weiteren Leistungserbringern (z.B. Apotheken und Krankenhäusern) werden Fristen zur Anbindung an die TI gesetzt. Krankenhäuser haben sich bis zum 1. Januar 2021 und Apotheken bis zum 30. September 2020 an die Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzubinden. Weitere Leistungserbringer erhalten die Möglichkeit, sich freiwillig anzubinden (Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen). Perspektivisch soll der Anschluss verpflichtend werden.

Bewertung

Damit alle Patienten in Deutschland die E-Health Anwendungen (ePA, E-Rezept etc.) nutzen können, muss sichergestellt werden, dass nicht nur der GKV-Bereich abgedeckt wird, sondern auch die PKV-Versicherten (Vollversicherte, Zusatzversicherte und Beihilfeberechtigte)

von diesen Anwendungen profitieren können. Die E-Health-Infrastruktur muss allen Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zu Gute kommen. Alles andere würde dem dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland nicht gerecht. Darauf hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzesentwurf vom 20.09.2019 hingewiesen.

Nationale E-Health-Kontaktstelle

Vorgeschlagene Regelungen

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, übernimmt Aufbau und Betrieb der organisatorischen und technischen Verbindungsstelle für die Bereitstellung von Diensten für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten (nationale E-Health-Kontaktstelle). An der Finanzierung der nationalen E-Health-Kontaktstelle sollen sich die PKV-Unternehmen dem Entwurf zufolge zu 10 Prozent zu beteiligen.

Bewertung

Eine bloße Finanzierungsbeteiligung ohne eine Beteiligung bei der Ausgestaltung ist für die PKV nicht akzeptabel. Eine aktive Rolle der PKV könnte von vornherein einen diskriminierungsfreien Zugang gewährleisten und Interoperabilitätsprobleme verringern bzw. vermeiden. Ebenso könnte ein sicherer Umgang sowohl für die GKV als auch für die PKV im Hinblick auf den Datenschutz und die Informationssicherheit gewährleistet werden. Hierzu müsste ein Beteiligungsprozess für die PKV etabliert werden sowie eine Klärung erfolgen, welche konkreten Leistungen seitens der Kontaktstelle für die PKV erfüllt werden.

Der Finanzierungsanteil der PKV an der nationalen E-Health-Kontaktstelle hat sich dabei an der bisherigen Kostenbeteiligung der PKV an der Nationalen Kontaktstelle zu orientieren. Darüber hinaus setzt dies auch gesetzliche Regelungen zur Einbindung von Privatversicherten bzw. privaten Krankenversicherungsunternehmen bei elektronischen Anwendungen (z.B. ePA und E-Rezept) voraus. Bei einer finanziellen Beteiligung der PKV ist hinsichtlich des Aufbaus und des laufenden Betriebs der E-Health-Kontaktstelle im Sinne des § 219d Abs. 2a SGB V Einvernehmen mit dem PKV-Verband herzustellen.

Grundsätzlich würde sich mit Blick auf die Möglichkeiten eines innereuropäischen Datenaustausches die Einführung europäischer Standards für die Datenübermittlung anbieten (HL7/IHE). Ziel von HL7 ist die Vereinfachung der Umsetzung der medizinischen Prozessabläufe zwischen den beteiligten Systemen und die Schaffung von Interoperabilität zwischen verschiedenen Betreibern und Herstellern.

III. ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN

Krankenversichertennummernverzeichnis

Vorgeschlagene Regelungen

Die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 führt ein Krankenversichertennummernverzeichnis. Das Krankenversichertennummernverzeichnis enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie darüber hinaus die Angaben, die zur Gewährleistung dafür erforderlich sind, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Nähere im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.

Bewertung

Möglichkeiten zur Nutzung der Krankenversichertennummer sind für die PKV bereits gesetzlich in § 291 a Absatz 1a SGB V geregelt. Die vorgesehenen Festlegungen durch den GKV-Spitzenverband sollten daher im Benehmen mit dem PKV-Verband erfolgen, sofern die PKV die Krankenversichertennummer für ihre Versicherten vergeben sollte. Hierzu würde es einer entsprechenden Ergänzung im § 290 Absatz 2 Satz 2 bedürfen.