

Bundeskabinett beschließt Digitalisierungsgesetze

Im Rahmen seiner Sommerklausur hat das Bundeskabinett am 30.08.2023 zwei für die Digitalisierung des Gesundheitswesens zentrale Gesetzentwürfe verabschiedet. Das Digital-Gesetz (DigiG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) gehen damit in die parlamentarischen Beratungen. Im Vergleich zu den Referentenentwürfen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 8/2023) bleibt die inhaltliche Ausrichtung grundsätzlich unverändert.

Konkretisierungen beim ePA-Opt-Out

Mit dem Digital-Gesetz ist eine Stärkung der ePA geplant. Sie soll ab dem 15.01.2025 flächendeckend in die Versorgung kommen: Für jeden Versicherten wird dann automatisch eine ePA angelegt, es sei denn, dem wird ausdrücklich widersprochen (Opt-Out-Verfahren). Neu im Kabinettsbeschluss ist, dass private Krankenversicherungen, sofern sie ihren Versicherten freiwillig eine ePA anbieten, ebenfalls das Opt-Out-Verfahren anwenden müssen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die ePA in der Telematikinfrastruktur einheitlich aufgebaut ist. Ebenfalls neu ist die geplante Frist von sechs Wochen nach der erstmaligen Information des Versicherten durch die Krankenkasse über den Beginn des Opt-Out-Verfahrens, innerhalb derer Versicherte bei ihrer Kasse Widerspruch gegen die Ersteinrichtung der ePA einlegen können. Auch danach ist jederzeit der Widerspruch zur bereits angelegten ePA durch die Versicherten möglich.

- **Für eine bessere und modernere Gesundheitsversorgung ist die flächendeckende Nutzung der ePA zentral. So können mit der Nutzung des elektronischen Medikationsplans die Patientensicherheit erhöht und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert werden. Eine unnütze bürokratische „Zettelwirtschaft“ für die Krankenkassen muss bei der Integration von Papierdokumenten in die ePA vermieden werden. Damit das ePA-Opt-Out-Verfahren zum 15.01.2025 starten kann, müssen die dafür notwendigen Spezifikationen der gematik frühzeitig vorliegen.**

Erleichterungen in der Arztpraxis bei Terminbuchungen und Videosprechstunde

Der Entwurf des Digital-Gesetzes sieht weiterhin vor, dass die derzeitige Begrenzung der Videosprechstunden auf maximal 30 Prozent der ärztlichen und psychotherapeutischen Arbeitszeit entfällt. GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden beauftragt, Qualitätsvorgaben für die Erbringung telemedizinischer Leistungen zu vereinbaren. Die Hersteller werden künftig verpflichtet, Schnittstellen in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) zu integrieren, damit etwa freie Videosprechstunden der Praxen an die Terminservicestellen gemeldet und gebucht werden können. Zudem müssen Schnittstellen für die Nutzung sicherer Kommunikationsverfahren in der Telematikinfrastruktur geschaffen werden, um Ärztinnen und Ärzten den Austausch mit Patientinnen und Patienten per Chat oder Videocall zu ermöglichen.

- **Die Videosprechstunde sollte in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung stärker und umfassender genutzt werden können als bisher. Sie hat sich in der Pandemie bewährt und erfährt große Akzeptanz in der Bevölkerung. Der Wegfall der gesetzlichen 30 Prozent-Beschränkung ist daher folgerichtig und wird die Vorteile eines digitalisierten Gesundheitswesens in der Versorgung spürbar machen.**

Digital-Gesetz (DigiG)

13.07.2023
Referentenentwurf

30.08.2023
Kabinettsbeschluss

[Zum Download](#)
Kabinettsbeschluss
Digital-Gesetz

Gesundheitsdaten- nutzungsgesetz (GDNG)

04.08.2023
Referentenentwurf

30.08.2023
Kabinettsbeschluss

[Zum Download](#)
Kabinettsbeschluss
Gesundheitsdaten-
nutzungsgesetz

Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Forschungszwecke

Ziel des ebenfalls vom Kabinett beschlossenen GDNG ist es, das Potential von Gesundheitsdaten für eine bessere Versorgung stärker auszuschöpfen. Die Daten sollen insbesondere für gemeinwohlorientierte Forschungszwecke verwendet werden können. Geplant ist dazu, die Daten des Forschungsdatenzentrums (FDZ) und der klinischen Krebsregister der Länder zu verknüpfen, um Forschungsfragen umfassender beantworten zu können. Künftig müssen auch die Pflegekassen ihre Daten an das Forschungsdatenzentrum liefern. Die im Gesetz vorgesehene Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten soll eine zentrale Funktion beim Zugang zu Forschungsdaten übernehmen, sie wird an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angegliedert. Im Kabinettsbeschluss wird ergänzt, dass diese Stelle in einem öffentlichen Register über die eingegangenen Anträge auf Datenzugang informieren soll.

Um die Sicherheit personenbezogener Gesundheitsdaten in der wissenschaftlichen Forschung zu gewährleisten, sieht der Kabinettsbeschluss bei missbräuchlicher Verwendung strafrechtliche Sanktionen vor.

Die Krankenkassen sollen daneben die Daten ihrer Versicherten automatisiert verarbeiten und zur Beratung nutzen dürfen. Diese Möglichkeit wird nun auf die Pflegekassen ausgeweitet. Dadurch sollen künftig beispielsweise die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöht oder Versicherte auf ihr individuell erhöhtes Krebsrisiko hingewiesen werden.

➤ **Die Kranken- und Pflegekassen verfügen über eine hohe Expertise in der gesundheitlichen Versorgung sowie eine Vielzahl bislang nicht ausreichend genutzter Routinedaten. Es ist daher konsequent, ihnen die Nutzung der Daten zur Beratung ihrer Versicherten zu ermöglichen. Die geplanten Regeln zur Transparenz über die Datennutzung und zu möglichen Strafen bei Datenmissbrauch sind nicht nur zum Schutz der sensiblen Gesundheitsdaten nötig, sondern auch für die breite Akzeptanz der Versicherten.**

Keine gemeinsame Datenschutzaufsicht für alle Kassen

Gestrichen wurde die ursprünglich geplante Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes, mit der der Bundesdatenschutzbeauftragte die ausschließliche Zuständigkeit für die Datenschutzaufsicht über alle Kranken- und Pflegekassen erhalten sollte. Stattdessen wird es in Zukunft eine federführende Datenschutzaufsicht bei länderübergreifenden Gesundheitsforschungsvorhaben mehrerer Beteiligter geben. Ausschlaggebend für die Auswahl der jeweiligen Länderaufsicht soll dabei der Sitz des umsatzstärksten Forschungspartners sein.

➤ **Die Regelungen für eine federführende Datenschutzaufsicht können ein einheitliches Handeln der zuständigen Datenschutzbehörden unterstützen. Deutlich effektiver wäre jedoch die ursprünglich geplante gemeinsame Datenschutzaufsicht für alle Krankenkassen. Die unterschiedliche Auslegung der Datenschutzregelungen durch Bundes- und Landesaufsichten sorgt bei Digitalangeboten für ungleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.**

Abrechnungsdaten werden schneller verfügbar gemacht

Mit dem GDNG ist geplant, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Abrechnungsdaten zügiger zur Verfügung stellen. Auf diese Weise sollen die Daten schneller dem bundesweiten Forschungsdatenzentrum zugehen und für die Versorgungsforschung genutzt werden können. Während die Kassen diese Daten bisher einmal jährlich an das FDZ senden, ist nun vorgesehen, dass die Kassen sie jeweils zehn Wochen nach Quartalsende weiterleiten.

- Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Abrechnungsdaten schneller als bisher zur Verfügung stellen sollen, ist sinnvoll. Die Erfahrungen aus der Pandemie und die damals oft unklare Versorgungssituation zeigen, dass schnellere Datenlieferungen die medizinische Versorgungsforschung entscheidend verbessern können. Auch die Kassen sollten diese Daten für die Versorgung ihrer Versicherten nutzen können. Bei der Datenlieferung an das FDZ müssen eine angemessene Datenqualität erreicht und zusätzliche Bürokratie vermieden werden.

Straub fordert Krankenhausreform für bessere Versorgungsqualität

Vor dem Hintergrund der schwierigen Beratungen von Bund und Ländern zur Krankenhausreform hat der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Christoph Straub, vor deutlichen Abstrichen beim geplanten Umbau der Krankenhauslandschaft in Deutschland gewarnt.

„Wir sehen mit großer Sorge, dass es bei der Krankenhausreform die Einteilung in Versorgungsstufen nicht wie ursprünglich angedacht geben wird. Das ist eine vertane Chance. Es besteht die Gefahr, dass die Länder viele Ausnahmen durchsetzen und die Reform zu Lasten der Versorgungsqualität stark verwässern“, sagte Straub anlässlich des Versorgungs- und Forschungskongresses der BARMER vor 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern am 13.09.2023 in Berlin. Wenn am Ende doch wieder alle Kliniken alles machen dürften, auch wenn die strukturellen Voraussetzungen für die geforderte Qualität fehlten, sei im Sinne der Patientensicherheit nichts gewonnen.



Ein großer Schritt nach vorn sei es hingegen, wenn es künftig Leistungsgruppen mit bundesweit einheitlichen Qualitätsvorgaben für alle Klinikleistungen geben werde. Schließlich gebe es keine bundeslandspezifische Art, eine bestimmte Erkrankung zu behandeln. Hier sei allerdings eine rasche weitere Differenzierung des Katalogs an Leistungsgruppen zu fordern.

Gesetzentwurf für Krankenhausreform verzögert sich

Um die dringenden Probleme in der Krankenhausversorgung anzugehen, hatte Bundesgesundheitsminister Lauterbach bereits im vergangenen Jahr Vorschläge für eine Krankenhausreform vorgelegt, Anfang Juli haben sich Bund und Länder nach langen Diskussionen auf Eckpunkte geeinigt. Seitdem erarbeitet eine Redaktionsgruppe aus Vertretern von Bund, Ländern und den Koalitionsfraktionen einen Referentenentwurf, dieser lässt entgegen anderer Ankündigungen des Ministers jedoch auf sich warten. Kern des Gesetzes sind Leistungsgruppen mit einheitlichen Qualitätsvorgaben für die Krankenhausbehandlung sowie die Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Nach den Plänen von Minister Lauterbach soll die Reform bereits zu Beginn nächsten Jahres in Kraft treten.

Straub: Bundesländer in die Pflicht nehmen

Die Krankenhausreform müsse trotz der Verzögerungen unter allen Umständen gelingen, so BARMER-Chef Straub auf der Fachtagung zur Versorgungsforschung. Die Reform sei Voraussetzung für eine flächendeckende, qualitätsgesicherte und zugleich effizientere Pa-

tientenversorgung. Im Interesse der Patienten dürften sich die Bundesländer grundlegenden Änderungen bei der Neugestaltung der stationären Versorgung nicht verweigern. Zu lange seien wirksame Reformen und zielgerichtete Investitionen in die Krankenhausstruktur ausgeblieben. Insbesondere bleibe die nach dem Gesetz von den Ländern zu leistende Investitionskostenfinanzierung seit Jahrzehnten hinter den Erfordernissen zurück. „Alle Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene wissen, dass eine grundlegende Krankenhausreform seit Jahren überfällig ist. Angesichts der schwierigen Finanzsituation vieler Kliniken muss die Politik jetzt endlich entschlossen handeln. Andernfalls wächst das Risiko einer kalten Marktberreinigung“, sagte Straub. Viele bedarfsnotwendige Häuser würden bei einem solchen Szenario insolvent und müssten schließen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren