

Gesundheitspolitische Positionierung der IKK classic zu den Entwürfen des Digitalgesetzes (DigiG) und des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG)

Vorbemerkung

Die Grundlage der Positionierung sind die Referentenentwürfe zum Digitalgesetz (DigiG – Stand 05.07.2023) und zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG – Stand 09.06.2023).

Das Digitalgesetz zielt darauf, die digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens zu beschleunigen, um die Potentiale für eine effizientere, qualitativ hochwertigere und patientenzentriertere Gesundheitsversorgung zu heben.

Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz werden das Patienten- und das Gemeinwohl in den Fokus gerückt. Zeitnah sollen hochqualitative und repräsentative Daten für die Versorgung, Öffentliche Gesundheit, Forschung, Innovation und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Einklang mit datenschutzrechtlichen Anforderungen besser nutzbar werden.

Positionierung der IKK classic

Die IKK classic begrüßt die Maßnahmen des Gesetzgebers, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben und den regulatorischen Rahmen zur Nutzung von Gesundheitsdaten zukunftsorientierter aufzuspannen.

Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) als Opt-Out-Variante sowie die Nutzarmachung der darin enthaltenen Daten für die Forschung und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen werden zentrale Elemente eines digitalisierten, innovativen und insbesondere patientenorientierten Gesundheitssystems darstellen.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) rechnet für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im Rahmen des DigiG mit Kosten von knapp 2 Mrd. Euro für die nächsten fünf Jahre. Die IKK classic sieht diesen Finanzierungsaufwand als wichtige und notwendige Investition für die Verbesserung der Versorgung und die Zukunft des Gesundheitswesens. Wenn die ePA zügig den avisierten Nutzungsgrad bei Versicherten und Leistungserbringern erreicht, werden sich bürokratisch und finanziell entlastende Effekte zeitnah einstellen.

Allerdings muss an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass die Weichenstellung für die Gesundheitsversorgung von morgen, ebenso wie mittel- wie langfristige Einsparpotentiale, nicht dazu beitragen werden, die Finanzierung der GKV kurzfristig zu stabilisieren. Es ist dringend notwendig, dass der Gesetzgeber weitere Maßnahmen ergreift, damit die finanzielle Belastung der Beitragszahler nicht weiter unkontrolliert ansteigt.

Bewertung der Vorschläge im Detail

Digitalgesetz (DigiG)

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die ePA soll zum 15.01.2025 von den Krankenkassen verbindlich für alle Versicherten eingerichtet werden. Sofern kein Widerspruch vorliegt, erhält dann jeder eine digitalisierte Akte. Die Erfahrungen mit der Beantragung einer ePA zeigen, dass der bisherige Weg des Opt-In sehr umständlich ist.

Zentrale Ablage digitalisierter Gesundheitsdaten sowie geregelter, autorisierter und gesicherter Zugriff auf diese ist der Schlüssel zu mehr Versorgungsqualität und Grundlage für notwendige medizinisch-wissenschaftliche Forschung. Die IKK classic begrüßt, dass geplant ist, die ePA flächendeckend per Opt-Out-Option einzuführen. Entscheidend sind die Steigerung der Akzeptanz und die Reduzierung von Aufwand, der bei Nutzung und Befüllung der ePA entsteht.

Ausschlaggebend wird sein, dass wie im Referentenentwurf in Aussicht gestellt, die ePA perspektivisch automatisiert befüllt wird. Die IKK classic unterstützt dieses Zielbild uneingeschränkt. Sinnvoll ist auch die Überführung des digitalen Medikationsplans, der elektronischen Patientenkurzakte (ePKA) und der Labordaten-Befunde als die ersten Anwendungen in der ePA.

Wichtig ist die vorgesehene Verpflichtung der Leistungserbringer und weiterer Zugriffsberechtigter, Gesundheitsdaten in die ePA zu übertragen. Optimale Bedingungen für individuelle Versorgungsverbesserungen oder Früherkennungsmaßnahmen sind nur gegeben, wenn möglichst vollständige Informationen aller an der Versorgung beteiligten Personen in der ePA vorliegen. Gleichmaßen ist auch die Möglichkeit, bereits in der ePA vorliegende Daten verarbeiten zu können, für eine patientenzentrierte Versorgung elementar.

Die IKK classic lehnt jedoch die vorgesehene Möglichkeit ab, ältere, analoge Gesundheitsdaten über die Krankenkassen in die ePA integrieren zu lassen. Damit wird ein Aufwand produziert, der im Vergleich zu dem vermuteten Nutzen nicht verhältnismäßig ist. Das BMG veranschlagt, dass dies Kosten von knapp 150 Mio. Euro bei den Kassen verursachen wird. Weiterhin wird ein überzogener Papierverbrauch angereizt, da zu erwarten ist, dass nicht die Originale, sondern Kopien eingereicht werden.

Die Befüllung der ePA liegt in der Verantwortung der Versicherten und der Leistungserbringer. Dies sollte nicht auf die Krankenkassen übertragen werden. Sofern die Versicherten nicht selbstständig in der Lage sind, analoge Gesundheitsdaten in die ePA zu integrieren, sollte dies gemeinsam mit den Behandelnden erfolgen. Sie können zudem am ehesten abwägen, welche Daten in Papierform sinnvoll in der ePA abzulegen sind.

Elektronisches Rezept (eRezept)

Das eRezept soll zum 01.01.2024 verbindlicher Standard der Arzneimittelversorgung werden. So sind Einlösewege via elektronische Gesundheitskarte oder per Smartphone-App vorgesehen. Den Kassen wird ermöglicht, neben der eRezept-App der gematik eine eigene App anzubieten bzw. die Funktion zum Einlösen des eRezepts in die eigene ePA-App zu integrieren.

Die IKK classic begrüßt die vereinfachte Nutzung des eRezepts, die vorgesehenen Standards sowie anwenderfreundlichen Einlösewege und die Möglichkeiten, die den Krankenkassen bei der Umsetzung eingeräumt werden.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Grundsätzlich unterstützt die IKK classic die geplante Schaffung der technischen Möglichkeit, die Daten zur Arbeitsunfähigkeit in die ePA zu integrieren. Der Versicherte hat somit die Möglichkeit, seine AU-Daten zentral elektronisch abzulegen und kann sein Krankheitsgeschehen jederzeit nachvollziehen. Das Erstellen und Aufbewahren von papiergebundenen Dokumenten würde damit überflüssig.

Unklar bleibt hingegen die Notwendigkeit der expliziten Zustimmung bzw. des Wunsches des Versicherten, die Daten zur Arbeitsunfähigkeit in der ePA zu speichern. Die Möglichkeit zum Übertragen in die ePA besteht nur dann, wenn der Versicherte der Einrichtung der ePA nicht widersprochen hat. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, die digitale Speicherung der AU-Daten ebenfalls als grundsätzliches Verfahren vorzugeben. Die IKK classic regt daher an, die Regelungen im Gleichklang zur übergeordneten Einrichtung der ePA zu gestalten und das Verfahren über die ePA als Standard vorzusehen.

Telemedizin und Videosprechstunde

Der Gesetzgeber plant die Ausweitung und Flexibilisierung des Einsatzes von Telemedizin und Videosprechstunden. Die Qualität der Behandlung soll Einfluss auf die Vergütung haben. Zudem soll ein Anspruch auf assistierte Telemedizin in der Apotheke geschaffen werden.

Die IKK classic begrüßt die vorgesehenen Maßnahmen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung. Gerade im ländlichen Raum wird die Ausweitung digitaler Behandlungsangebote ein wichtiger Baustein sein.

Die IKK classic kann die Überlegung, die derzeitige Beschränkung von 30 % zu lockern nachvollziehen. Ausgangspunkt einer Ausweitung der Videosprechstunde muss jedoch die Definition eines Kriterienkatalogs sein, in dem wesentliche Qualitätsmerkmale festgeschrieben werden. Die Videosprechstunde kann die vertragsärztliche Versorgung sinnvoll ergänzen und unterstützen. Der persönliche Arzt-Patientenkontakt vor Ort muss jedoch weiterhin Bestandteil der Behandlung sein. Die IKK classic regt an, die Regelung so auszugestalten, dass reine Digitalpraxen ausgeschlossen werden und somit keine negativen Effekte in der regionalen Versorgung entstehen.

Im Gesamtkontext zu einem Qualitätszuschlag sind zudem die aktuellen Vorgaben im EBM, wie beispielsweise der Abschlag bei ausschließlichen Videokontakt, zu berücksichtigen. So ist darauf zu achten, dass der ausschließliche Videokontakt in einem Quartal nach Abschlag und Qualitätszuschlag nicht höher vergütet wird als der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt.

Vorgesehen ist ebenfalls assistierte Telemedizin in Apotheken zu ermöglichen, um einen weiteren Beitrag zur Entlastung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beizusteuern und den Zugang zu telemedizinischen Leistungen niedrigschwellig und breitflächig zu organisieren. Die Apotheke soll den Patienten bei der Inanspruchnahme unterstützen und einfache medizinische Routineaufgaben bei einer telemedizinischen Leistung durchführen.

Die IKK classic bezweifelt, dass durch diese Maßnahme eine Entlastung in der ambulanten ärztlichen Versorgung eintritt. Zudem wird die adressierte Zielgruppe von älteren, vulnerablen Menschen im ländlichen Raum dieses Angebot nicht besser wahrnehmen können als den persönlichen Arzt-Patientenkontakt vor Ort. Vor diesem Hintergrund ist die Etablierung einer zusätzlichen technischen Infrastruktur zu Lasten der GKV, inklusive zusätzlicher Vergütung der Apotheken, fragwürdig.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Die Einsatzmöglichkeiten für DiGA sollen auf Leistungen der Schwangerschaft und Mutterschaft ausgeweitet werden. Somit würde die Beschränkung von DiGA auf den Zweck der Krankenbehandlung entfallen. Ebenfalls vorgesehen ist eine Ausweitung auf höhere Risikoklassen. Zudem plant der Gesetzgeber die Berücksichtigung von Behandlungsqualität und -erfolg bei der Vergütung.

Die IKK classic lehnt die Ausweitung der Verordnungsfähigkeit von DiGA auf höhere Risikoklassen ab. Der im Entwurf vorgesehenen Risikoklasse „IIb“ sind Medizinprodukte zugeordnet, die eine potenzielle Gefährdung des Patienten nicht ausschließen. Da DiGA auch ohne Einbindung der behandelnden Ärzte zu Lasten der GKV genutzt werden können, ist eine derartige Ausweitung grundsätzlich abzulehnen. Versicherte gehen bei einer Kostenübernahme durch ihre Krankenkassen davon aus, dass die in Anspruch genommene Leistung sicher ist. Die vorgesehenen prospektiven Vergleichsstudien für DiGA höherer Risikoklassen gewähren jedoch gerade diese Sicherheit nicht. Die gesetzlich Krankenversicherten werden so unwissentlich zu Probanden der DiGA-Hersteller.

Die IKK classic begrüßt hingegen, dass sich die Vergütung von DiGA stärker an der Behandlungsqualität und an Erfolgskriterien orientieren soll. Die anwendungsbegleitende Erfolgsmessung sowie die Veröffentlichung im DiGA-Verzeichnis, verbunden mit einheitlichen Vorgaben des BMG zu den zu übermittelnden Daten, Methoden, Verfahren und Inhalten der Erfolgsmessung, ist wichtig und wird ausdrücklich unterstützt.

Aktuell mangelt es noch an jeglicher Transparenz gegenüber den Anwendern, Verordnern und Krankenkassen. Die Krankenkassen haben keine Kenntnisse darüber, ob die bezahlte DiGA über den ganzen Zeitraum genutzt, ob die Nutzung abgebrochen oder die DiGA überhaupt in Anspruch genommen wurde. Diese Daten müssen bei einer Erfolgsmessung ebenfalls zwingend berücksichtigt werden. Gleiches gilt für die Qualitätssicherung, also einer Evaluation aus den Erkenntnissen aus der regelmäßigen Nutzung.

Die Übertragung der Richtlinienkompetenz an den GKV-SV zu einheitlichen Vorgaben für das Genehmigungsverfahren ist zwar zu begrüßen; allerdings ist der Gesetzgeber aufgefordert, im Vorfeld den regulatorischen Rahmen von DiGA zu überarbeiten. Insbesondere sind die Anspruchskriterien für DiGA festzulegen und eine Klarstellung in Bezug auf das Wirtschaftlichkeitsgebot erforderlich – teilweise unterscheiden sich die Preise für DiGA zu den gleichen Indikationen um mehrere hundert Euro. Zudem fordert die IKK classic, das Fast-Track-Verfahren ohne Nutzenbewertung und Wirtschaftlichkeitsprüfung abzuschaffen. Eine Zulassung von DiGA und Kostenübernahme durch die GKV sollte nur bei nachgewiesenem Nutzen erfolgen. Mindestens müssen aber kurzfristig Rückforderungsmöglichkeiten bei fehlendem Nutznachweis verbindlich festgelegt werden.

Die IKK classic empfiehlt zunächst den bestehenden Rechtsrahmen zu Digitalen Gesundheitsanwendungen sachgemäß und wirtschaftlich zu reformieren, bevor eine weitere Ausweitung des Anwendungsgebiets ins Auge gefasst wird.

Datenschutzniveau und Informationspflichten

Das Digitalgesetz sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, um den Versicherten die Hoheit über ihre Daten zu garantieren. Die granulare Steuerung der Zugriffsrechte für Leistungserbringer, die Abkehr vom Opt-Out-Prinzip bei besonders sensiblen Gesundheitsdaten sowie die gezielten Informationen durch die Krankenkassen und die Behandelnden werden den Ansprüchen an einen hohen Datenschutzstandard gerecht.

Die umfänglichen Informationspflichten der Krankenkassen im Zusammenhang mit der ePA sind aus Sicht der IKK classic aufgrund des Opt-Out-Verfahrens sachgerecht. Die IKK classic begrüßt den Einbezug des GKV-SV. Somit entsteht der Erfüllungsaufwand nicht für jede Kasse einzeln. Unklar bleibt hingegen die Vorgabe, den Versicherten über die detaillierten technischen Prozesse des eRezepts zu informieren. Die Vorgaben des Rechtstextes übersteigen ein angemessenes und zielführendes Informationsniveau deutlich. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen, die den Tenor der Begründung aufgreift. Denkbar wäre, analog zur Informationspflicht über die ePA, eine gemeinsame und einheitliche Information der Krankenkassen, die durch den GKV-SV zur Verfügung gestellt wird.

Die IKK classic begrüßt ausdrücklich, dass niedrighwelligere Authentifizierungsmöglichkeiten für die ePA vorgesehen sind und die Verwaltung der Betroffenenrechte überwiegend über die Benutzeroberfläche der ePA-Apps vorgesehen ist. Die Steigerung der Nutzerfreundlichkeit und der Praktikabilität der Anwendungen spielen eine entscheidende Rolle bei der Akzeptanz und regelmäßigen Nutzung der digitalen Angebote.

Innovationsfonds

Die IKK classic spricht sich grundsätzlich für die Fortsetzung des Innovationsfonds aus. Allerdings sollten die angestrebte Fortführung sowie Entfristung in Abhängigkeit der Ergebnisse der vorgesehenen kontinuierlichen Evaluierung, insbesondere mit Fokus auf die Transferleistungen, erfolgen. Zudem ist es dringend notwendig, den Umgang mit nicht verausgabten Mitteln zu klären. Dies auch vor der übergeordneten Frage, was durch die Beiträge der Versichertengemeinschaft finanziert werden kann bzw. sollte.

Der Referentenentwurf geht zudem nur unzureichend auf die Problematik der Berichtspflicht der Projekte gegenüber dem Innovationsausschuss und die generelle Transferproblematik in die Regelversorgung ein. Beim Übergang erfolgreich erprobter Versorgungsansätze sieht die IKK classic regulativen Nachbesserungsbedarf.

Die Empfehlungen des Innovationsausschusses zur Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung offenbaren zunehmend ein grundlegendes Problem des bestehenden Transferregimes. Schwierigkeiten bei der Evaluation und die teilweise sehr spezifische Projektgestaltung schränken die Generalisierbarkeit von Projektergebnissen ein und verhindern fundierte Transferempfehlungen. Insbesondere durch die im Referentenentwurf beabsichtigte Flexibilisierung der Fördermöglichkeiten könnte es zu einer weiteren Verschärfung der Transferproblematik kommen. Der Innovationsfonds kann dem Ziel der qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV so nicht gerecht werden.

Ein in der Wissenschaft etabliertes Verfahren kann hier Abhilfe schaffen. Systematische Übersichtsarbeiten fassen Ergebnisse aus thematisch verwandten Forschungsprojekten zusammen, unterziehen sie einer kritischen Bewertung und leiten hieraus projektübergreifend gültige Erkenntnisse ab. Dieses Verfahren lässt sich auf den Umgang mit neuen Versorgungsformen übertragen, die vom Innovationsfonds gefördert wurden und inzwischen

beendet sind. Auf der Grundlage der Ergebnis- und Evaluationsberichte artverwandter Projekte könnten systematische Übersichtsarbeiten von multiprofessionellen Teams durchgeführt werden. Ziel wäre eine fundierte Erkenntnissynthese und die Entwicklung eines tragfähigen Transferkonzepts. Ein entsprechender Fördergegenstand sollte ausdrücklich im Gesetz verankert werden.

Die IKK classic empfiehlt daher die für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel für weitere Anwendungsgebiete zu öffnen. Konkret:

- Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA);
- Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht;
- Erstellung systematischer Übersichtsarbeiten aus Berichten zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung, die von vergleichbaren geförderten Vorhaben zu neuen Versorgungsformen eingesetzt werden können.

Digitale Disease-Management-Programme (dDMP)

Mit der Einführung von digitalisierten Versorgungsprogrammen zur strukturierten Behandlung von Diabetes mellitus Typ I und Typ II wird auf eine Zusammenführung der verfügbaren Daten von Behandlern und Patienten gezielt. Die Behandlung von Diabetes erfolgt bereits jetzt schon unter vielfältigem Einbezug digitaler Unterstützung. Der Versorgungsprozess soll für alle Beteiligten stärker digitalisiert und somit nachhaltig optimiert werden.

Die IKK classic unterstützt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, digitale Versorgungsprozesse zu stärken. Es ist ausdrücklich zu befürworten, dass gegebenenfalls ergänzende und erforderliche DMP-spezifische Regelungstatbestände vom G-BA geprüft und für die Umsetzung vorgegeben werden sollen. Bereits jetzt prüft der G-BA, ob und welche evidenzbasierten Maßnahmen (auch digitaler Art, sofern in der Regelversorgung verfügbar) in die DMP-A-RL aufgenommen werden.

Allerdings lässt der Referentenentwurf offen, ob die bereits bestehenden Vorgaben zu digitalen Versorgungsangeboten ersetzt werden sollen oder überhaupt einer DMP-spezifischen Ergänzung bedürfen. Sonderregelungen und die verpflichtende Umsetzung dieser bergen die Gefahr, dass die Akzeptanz sowohl in der Ärzteschaft als auch bei Versicherten sinkt und damit das Versorgungsangebot DMP und die Inanspruchnahme insgesamt beeinträchtigt werden.

Nicht sachgerecht erscheint aus Sicht der IKK classic die Vorgabe an den G-BA, DMP-spezifische Regelungen für die Nutzung der ePA und des elektronischen Medikationsplans zu erlassen. Die Anwendungen sind für alle Versicherten unabhängig von der Teilnahmemöglichkeit an einem DMP relevant. Verfügbare Daten zur Behandlungsunterstützung sollten von und für alle Versicherten nutzbar gemacht werden.

Unklar bleibt ebenfalls, ob das bisher freiwillige Angebot von dDMP durch die Krankenkasse in eine Verpflichtung umgewandelt werden soll. Dies wäre ein Systembruch. Sofern der Gesetzgeber eine verpflichtende Umsetzung durch die Kassen plant, wäre dies gleichermaßen von den Leistungserbringern einzufordern.

Gleichermaßen offen bleiben die Auswirkungen auf Diabetes-Bestands-DMP, sollte kein dDMP-Diabetes angeboten werden. Das DMP Diabetes Typ II ist das teilnehmerstärkste

DMP, in das bei der IKK classic über 200.000 Versicherte eingeschrieben sind. Ein Zulassungsentzug ist unbedingt zu vermeiden. Der Gesetzgeber ist aufgefordert hier zu präzisieren und die nach derzeitiger Lesart des Referentenentwurfs entstehenden Abhängigkeiten zwischen „analogen“ Bestands-DMP und dDMP aufzulösen.

Abzulehnen ist die zwingende Erfordernis der Nutzung einer ePA für die Teilnahme an einem dDMP. Es ist nicht hinnehmbar, dass Versicherte, die einer ePA generell oder der Einbindung der dDMP-Daten in die ePA widersprechen, durch den Gesetzgeber von Leistungsangeboten der GKV ausgeschlossen werden.

Weiterhin sieht der Referentenentwurf vor, zur Verbesserung des Behandlungsverlaufs beim DMP-Diabetes, die Verwendung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Personalisierung der Behandlung zu nutzen. Im DMP werden bereits standardisierte und über die DMP-A-RL differenzierte Behandlungsdaten regelhaft erhoben und zur Umsetzung des DMP genutzt. Sofern hier andere Daten, beispielsweise aus patientenseitig genutzten digitalen Anwendungen, gemeint sind, kann die Verwendung für die Behandlungssteuerung aber auch für versichertenbezogene Unterstützungsmaßnahmen durch die Krankenkasse vorteilhaft sein. Dies ist im Referentenentwurf allerdings gerade nicht adressiert und sollte aus Sicht der IKK classic ergänzt werden.

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

Weiterverarbeitung von Gesundheitsdaten durch Krankenkassen und Vereinheitlichung der Datenschutzpraxis

Die IKK classic begrüßt die Möglichkeit für Krankenkassen, Gesundheitsdaten ihrer Versicherten zum individuellen Gesundheitsschutz weiterverarbeiten zu können. Dies wäre ein wesentlicher und entscheidender Beitrag, um die Rolle der Krankenkassen als Case Manager zukunftsorientiert auszubauen und die Versorgungssicherheit zu stärken. So würde es zukünftig möglich, Risiken bei der Arzneimittelaufnahme zu reduzieren, individualisierte Vorsorgeangebote zu unterbreiten und die Krebsfrüherkennung zu intensivieren.

Die geplante, längst überfällige Angleichung der Datenschutzaufsicht über die gesundheitsbezogene Sozialdaten verarbeitenden Stellen wird ausdrücklich befürwortet. Unterschiedliche Interpretationen und Auslegungen der Rechtslage von verschiedenen Aufsichtsbehörden verzerren den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

Freigabe von Daten der ePA

Die IKK classic begrüßt den Ansatz des Gesetzgebers, die für Forschungszwecke verfügbare Datenbasis deutlich zu erweitern und Gesundheitsdaten für die Weiterentwicklung der Versorgung besser nutzbar zu machen. Die Daten aus der ePA sollen pseudonymisiert und automatisiert an das Forschungsdatenzentrum übertragen werden, sofern der Versicherte nicht ausdrücklich widerspricht.

Gleichermaßen unterstützt die IKK classic die Maßnahmen zur Stärkung des individuellen Gesundheitsdatenschutzes. Die vorgesehenen Regelungen passen nicht nur den rechtlichen Rahmen zur Gewährleistung der Datenhoheit an, sondern schaffen auch Sicherheit für die datenliefernden und datenverarbeitenden Institutionen wie die Krankenkassen.

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Quartals-Abrechnungsdaten innerhalb von vier Wochen an die Kassen zu liefern, wird begrüßt. So kann deutlich schneller Transparenz über die tatsächlichen Ausgaben geschaffen und auch zeitnah Auskunft über (akute) Krankheitsbilder gegeben werden. Bei der gesetzlichen Ausgestaltung ist darauf zu achten, dass die übermittelten Rohdaten durch die Krankenkassen auch verarbeitet werden dürfen und nicht nur an das FDZ weitergeleitet werden.

Datenzugangs- und Koordinierungsstelle, Forschungsdatenzentrum

Die IKK classic unterstützt die Errichtung einer Datenzugangs- und Koordinierungsstelle. Als zentrale und unabhängige Einrichtung soll sie als Vermittler zwischen den datenhaltenden und datenverarbeitenden Stellen dienen, zum Datenzugang beraten und generell einen Überblick über die vorhandene Gesundheitsdateninfrastruktur gewährleisten.

Positiv sieht die IKK classic die Entkopplung vom Akteursbezug beim Zugang zum Forschungsdatenzentrum (FDZ). Mit der Fokussierung auf den Zweckbezug werden die Datenbestände breiteren Forschungsvorhaben zugänglich. Gleichmaßen wird die Kopplung der Daten des FDZ mit denen der Krebsregister ausdrücklich befürwortet. Hier besteht ein erhebliches Potential zur Verbesserung der Datengrundlage und somit zur Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsrealität.

Bei der vorgesehenen Datenübermittlung der Kranken- und Pflegekassen an das FDZ innerhalb von sechs Wochen muss jedoch beachtet werden, dass innerhalb eines derart kurzen Zeitraums zusammengehörende Datensätze noch nicht komplett bzw. einzelne Datensätze nur unvollständig vorliegen. In der stationären Versorgung ist dies insbesondere bei Langliegern der Regelfall. Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass bei der Datenübermittlung in einem Quartal nur der Aufnahmedatensatz vorliegt und der Entlass- und Rechnungsdatensatz erst in einem folgenden Quartal vorliegen. Diese Daten müssten dann auf Fallebene vom FDZ zusammengeführt werden.

Die Beteiligung der Pflegekassen an der Finanzierung des Forschungsdatenzentrums hält die IKK classic für sachgerecht, sofern gleichmaßen eine Entlastung der Krankenkassenbeteiligung zu erwarten ist.

<p><u>Ansprechpartner:</u> Dr. Christian Korbanka Leiter Politik IKK classic Tel.: +49 2204 912-310011 Mobil: +49 160 96967971 mailto:christian.korbanka@ikk-classic.de</p>
--