



Positionierung der Ersatzkassen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

Berlin, 14.6.2018

Positionierung der Ersatzkassen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

Berlin, 14. Juni 2018

Inhalt

1. Telematikinfrastruktur als zentraler Grundpfeiler	2
2. Digitale Gesundheitsanwendungen sicher nutzen	4
3. Telemedizin zur Versorgungsverbesserung stärken	6
4. Datenverfügbarkeit zur Verbesserung der Versorgung erleichtern	8
5. Verwaltungsmodernisierung und Serviceverbesserung	10

Vorbemerkung

Die allgegenwärtige Digitalisierung wird unsere Lebens- und Arbeitswelt verändern. Im Gesundheitswesen halten digitale Verfahren und Anwendungen bereits seit Mitte der 90er Jahre Einzug. Sie sind ein wichtiger Baustein des medizinischen Fortschritts. Die Digitalisierung bietet die Chance, zu einer besseren Gesundheitsversorgung beizutragen und die Lebensqualität von vielen Patienten zu verbessern. Sie trägt weiter maßgeblich dazu bei, die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren deutlich zu vereinfachen und die Versicherten in ihrer Souveränität zu stärken sowie den Service für die Versicherten weiter zu verbessern.

Die Herausforderung liegt darin, die Chancen der Digitalisierung für das Gesundheitswesen und somit für die einzelnen Versicherten zu nutzen und dabei eine verantwortungsvolle Datennutzung, die das Recht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet, sicherzustellen.

Neue Anwendungen bedeuten aber auch nicht immer und automatisch eine Verbesserung der Versorgung. Deshalb muss im Mittelpunkt aller digitalen Anwendungen der Nutzen für den Versicherten und den Patienten stehen. Digitale Anwendungen müssen evaluiert und ihre Risiken berücksichtigt werden. Es gilt, eHealth- und Big-Data-Anwendungen im Sinne der Versicherten überlegt einzusetzen.

1. Telematikinfrastruktur als zentraler Grundpfeiler

Zentrale Bedeutung bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen kommt der Telematikinfrastruktur zu. Mit der Telematikinfrastruktur werden Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Apotheken und

perspektivisch weitere Player des deutschen Gesundheitswesens sicher vernetzt. Sie gewährleistet den sektoren- und systemübergreifenden, sicheren Austausch von Informationen. Die Telematikinfrastuktur ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer Zugang haben.

Telematikinfrastuktur

Die Ersatzkassen unterstützen die zügige Einführung der nutzbringenden Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wie die elektronische Patientenakte (ePA) bzw. das elektronische Patientenfach (ePF), den Notfalldatensatz und den eMedikationsplan sowie die Erleichterung der Zugriffsverfahren für Patienten.

Forderung der Ersatzkassen:

- Die Telematikinfrastuktur muss die zentrale Infrastruktur sein. Sie gewährleistet Interoperabilität und Kompatibilität. Die technischen Standards und Schnittstellen müssen einheitlich sein und klar definiert werden, um Insellösungen wie z. B. unterschiedliche Ausprägungen einer ePA zu vermeiden. Dies ist auch deshalb wichtig, um zu gewährleisten, dass die Versicherten nicht an einer freien Kassen- oder Leistungserbringerwahl gehindert werden.
- Künftig muss die Telematikinfrastuktur auch für weitere Anwendungen im Gesundheitsbereich zugänglich sein. So müssen perspektivisch auch andere Leistungserbringer (z. B. im Bereich der Pflege) die Telematikinfrastuktur nutzen können. Für die anfallenden Investitions- und Betriebskosten sollte nach geeigneten Finanzierungsmodellen gesucht werden, die auch die Leistungserbringer miteinbeziehen.
- Die neuen technologischen Entwicklungen fordern den Datenschutz und die Informationssicherheit heraus. Von daher ist es die Aufgabe der Betreiber in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die Konzepte zum Datenschutz und zur Informationssicherheit kontinuierlich weiterzuentwickeln und aktuelle Bedrohungsszenarien zu berücksichtigen.
- Die Versicherten sollten in Zukunft auch über Mobilgeräte bestimmte Anwendungen der Telematikinfrastuktur (z. B. Einsicht in Notfalldaten, eMedikationsplan und elektronisches Patientenfach) nutzen können.

Elektronische Patientenakte und elektronisches Patientenfach

Mit der ePA steht in Zukunft eine sichere digitale Datenbank, auf der Befunde, Diagnosen, Therapien, Allergien und weitere Gesundheitsdaten abgespeichert werden können, zur Verfügung. Zusammen mit dem ePF eröffnen sich gänzlich neue Möglichkeiten für die Patienten. Erstmals erhalten sie ein Werkzeug, das in der Lage sein wird, ihre medizinischen Behandlungsdaten gebündelt zu speichern. Versicherte erhalten so endlich einen leichteren Zugang zu Behandlungsberichten, Diagnosen und weiteren gesundheitsrelevanten Informationen. Davon können die Patienten profitieren, so z. B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Darüber hinaus wird die Kommunikation zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und weiteren Leistungserbringern vereinfacht und für die Versicherten transparent.

Bei der ePA und dem ePF handelt es sich um eine für die Versicherten freiwillige Anwendung. Sie bestimmen darüber, ob die ePA und das ePF angelegt werden. Alle in Frage kommenden Dokumente und Informationen dürfen nur nach seiner Zustimmung dort eingebracht werden. Der Patient entscheidet, welcher Leistungserbringer Einsicht in die ePA und das ePF nehmen und Dokumente erstellen darf. Somit tragen die ePA und das ePF auch dazu bei, dass die Gesundheitsdaten im Besitz der Versicherten sind.

Forderung der Ersatzkassen:

Aktuell wird an der einrichtungsübergreifenden ePA gearbeitet. Die Ersatzkassen setzen sich bei der Umsetzung der ePA für folgende Punkte ein:

- Jeder Versicherte hat einen Anspruch auf eine ePA sowie ein ePF.
- Die gematik ist für die Spezifikation und Zulassung verantwortlich.
- Auf Basis der Spezifikationen der gematik schreiben die Krankenkassen ePA/ePF aus.
- Ein ePA/ePF-Betreiber kann eine Zulassung nur in Kooperation mit einer Krankenkasse erlangen. Damit sind ausschließlich gesetzliche Krankenkassen Anbieter von ePA/ePF.

2. Digitale Gesundheitsanwendungen sicher nutzen

In den letzten Jahren ist ein unüberschaubarer großer Markt mit digitalen Gesundheitsanwendungen, sogenannten Gesundheits-Apps entstanden, der eine sehr hohe Dynamik aufweist. Die Vielfalt der Apps ist groß, ebenso ihr

Einsatzbereich. Für viele Versicherte sind Gesundheits-Apps zum täglichen Begleiter geworden. Vielfach werden Apps, die Körper- und Vitaldaten aufzeichnen, genutzt.

Für die Versicherten ist es unmöglich, mit einem überschaubaren Aufwand sinnvolle von weniger sinnvollen oder sogar schädlichen Produkten zu unterscheiden. Viele Anwendungen sind Wellness-Angebote. Daneben gibt es medizinische Apps und Apps, die onlinebasierte Unterstützungsangebote z. B. bei psychischen Erkrankungen darstellen. Es ist wichtig, dass zwischen Lifestyle-Apps und Apps mit Funktionen als Medizinprodukt unterschieden wird. Eine App ist dann als Medizinprodukt einzustufen, wenn sie der Initiierung oder Steuerung medizinischer Therapien dient, mit ihrer Hilfe medizinische Diagnosen erstellt werden oder ihre Anwendung einer Screening- oder Präventionsmaßnahme gleichkommt. Unverzichtbar sind bei diesen Apps die Zweckmäßigkeit und Sicherheit.

Für alle digitalen Gesundheitsanwendungen müssen folgende Grundsätze gelten:

- Eigentümer aller Gesundheitsdaten, die im Rahmen der Behandlung anfallen, ist der Patient selbst. Datensammlung darf es nur nach Zustimmung des Versicherten geben.
- Die Nutzung von Digital-Health-Anwendungen muss für alle Versicherten freiwillig bleiben und eine vollständige Löschung der Daten einfach möglich sein.
- Digitale Gesundheitsanwendungen dürfen nicht zu kommerziellen Zwecken genutzt werden. Darunter sind auch Modelle zu verstehen, die indirekte Werbung für bestimmte Produkte, Präparate oder Medikamente beinhalten. Sie müssen Datenschutzregeln befolgen und die Nutzungsmöglichkeiten der Daten durch Dritte muss transparent gemacht werden. Zudem muss für die Versicherten ein einfaches System vorhanden sein, um Verstöße anzuzeigen.
- Erzeugte Daten (z. B. Aktivitätsprofile, Trainingswerte) müssen in einem standardisierten Format exportierbar sein, sodass für die Benutzer ein Herstellerwechsel immer möglich ist.

Gesundheits-Apps

Das Interesse von Versicherten an digitalen Versorgungsangeboten ist groß. Die Nutzung solcher Apps birgt allerdings auch Risiken. So können Gesundheits-Apps durch falsche Empfehlungen, ungenaue Messungen oder inadäquate Therapieempfehlungen zu Nachteilen und Schäden bei den Nutzern führen.

Forderung der Ersatzkassen:

Um mehr Transparenz und Sicherheit bei den Gesundheits-Apps zu schaffen, sollten folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Es ist eine unabhängige frei zugängliche Datenbank für Medizinprodukte-Apps zu errichten. Eine solche Datenbank schafft Transparenz. Potenzielle Nutzer können sich über das Nutzen- und Schadenspotenzial einer Anwendung informieren. Für mehr Transparenz würde auch die Einführung eines anerkannten Gütesiegels für zertifizierte Apps sorgen.
- Durch eine europaweit gültige Regelung sollte geklärt werden, dass Apps mit einer medizinisch-therapeutischen Zweckbestimmung unter die EU-Medizinprodukte-Verordnung fallen. Für diese ist eine abgestufte Zulassung notwendig und zwar mit Anforderungen, die sich an dem jeweiligen Risiko des Produkts (von reiner Information bis hin zum Ersatz ärztlicher Leistungen) orientieren.
- Um digitale Gesundheitsanwendungen wie onlinebasierte Interventionen bei psychischen Störungen erstattungsfähig durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu machen, muss der Gesetzgeber eine verbindliche Rechtsgrundlage schaffen. Auf dieser Basis muss ein Zertifizierungsprozess für „eGesundheitsmittel“ festgelegt werden. Diesen müssen geeignete Anwendungen erfolgreich durchlaufen.

3. Telemedizin zur Versorgungsverbesserung stärken

Telemedizin nutzt die neuen Möglichkeiten der komplexen Datenübertragung zu medizinischen Zwecken. Telekonsultationen, Telediagnostik, Telerobotic oder Teleberatung: Daten können heute in höchster Qualität (welt-)weit übertragen werden und so gewinnt die Telemedizin in der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die Ersatzkassen stehen telemedizinischen Verfahren aufgeschlossen und positiv gegenüber. Sie erhoffen sich von telemedizinischen Anwendungen eine Verbesserung für die Versorgung ihrer Versicherten und sehen auch die Chance für mehr Wirtschaftlichkeit. Sie können dabei helfen, die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen und die Versorgungssituation in ländlichen Räumen zu verbessern.

Aktuell findet die Telemedizin überwiegend im selektivvertraglichen Bereich statt. Dort besteht Raum für die „Erprobung“ von Leistungen. Der Innovationsfonds wurde als neues Förderungsinstrument für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen und damit auch für telemedizinische Leistungen geschaffen.

Aus den bisher gemachten Erfahrungen lässt sich aber auch erkennen, dass nicht jede telemedizinische Anwendung bzw. technische Innovation das Potenzial hat, die Versorgung nachhaltig zu verbessern oder zu mehr Wirtschaftlichkeit beizutragen.

Im Bereich der Telemedizin sehen die Ersatzkassen folgende Punkte als zentral an:

- Um auch zukünftig den dynamischen Entwicklungen in diesem Bereich Rechnung tragen zu können, werden wir uns dafür stark machen, dass digitale Versorgungsformen mit nachgewiesenem Nutzen zu einem festen Bestandteil der Leistungen der GKV werden. Versicherte sollen zeitnah vom technischen Fortschritt profitieren, wenn dieser einen patientenrelevanten Nutzen für die Versorgung hat.
- Telemedizinische Anwendungen müssen auf ihren Nutzen, ihren potenziellen Schaden und Wirtschaftlichkeit geprüft werden. An telemedizinische Leistungen sind dieselben Anforderungen zu stellen, wie bei Einführung von anderen Leistungen in die Regelversorgung. Daher muss ein objektiver Beleg zum medizinischen Nutzen des angewendeten Verfahrens vorliegen. Es gilt, die Versicherten vor medizinisch nicht sinnvollen oder nicht wirksamen Leistungen zu schützen.
- Grundlage für die Einführung kollektivvertraglicher telemedizinischer Leistungen ist eine bundeseinheitliche Struktur im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie. Es muss gewährleistet sein, dass Ärzte im gesamten Bundesgebiet dieselben Möglichkeiten haben, medizinische Anwendungen zu erbringen. Um die Nutzung telemedizinischer Leistungen zu ermöglichen, besteht in vielen Regionen Deutschlands dringender Handlungsbedarf zur Sicherstellung leistungsfähiger Internetverbindungen. Digitale Angebote wie beispielsweise Videosprechstunden sind auf schnelle und stabile Datenverbindungen angewiesen. In vielen Regionen Deutschlands muss die Bundesregierung mit dem Ausbau des Breitbands noch wichtige Vorarbeiten leisten.

Die Telemedizin wirft in ihrer Anwendung erhebliche Rechtsfragen auf. Diese entstehen unter anderem durch das fehlende Erfordernis einer zeitlichen und räumlichen Koinzidenz der Handelnden und werfen im Falle von Behandlungsfehlern Fragen der rechtlichen Verantwortlichkeit auf. Es ist von daher wichtig, dass Haftungs-, datenschutz- und patientenschutzrechtliche Fragen grundsätzlich und an übergeordneter Stelle (z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss) geklärt werden, um für den Arzt und Anwender die notwendige Rechts- und Verfahrenssicherheit zu schaffen.

Derzeit gilt das Fernbehandlungsverbot, wonach Ärzte Patienten in der Regel nicht aus der Ferne, das heißt telefonisch oder per Videokonferenz therapieren dürfen. Der 121. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2018 neue Regelungen zur Fernbehandlung beschlossen. Damit wird es Ärzten in Zukunft erlaubt sein, unter bestimmten Bedingungen die Beratung oder Behandlung von Patienten ausschließlich über Online-/Kommunikationsmedien durchzuführen. Dieser Beschluss sollte zeitnah von den Landesärztekammern umgesetzt werden. Die Ersatzkassen unterstützen innovative Versorgungsmodelle. Die Öffnung der Regelung hin zu dem Grundsatz, eine vertragsärztliche Behandlung auch ohne vorherigen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zu ermöglichen, eröffnet zusätzliche Behandlungswege. Gerade für immobile Menschen – egal ob in Ballungsgebieten oder ländlichen Regionen – führt diese Form der Telemedizin zu einem echten Zugewinn in der Versorgung. Damit solche Angebote allen Patienten zur Verfügung stehen, fordern die Ersatzkassen den flächendeckenden Ausbau von Videosprechstunden. Damit wird in Zukunft die Behandlung deutlich erleichtert.

z. B. in den Fällen, in denen es

- praxisbekannten Patienten nicht möglich ist, aufgrund einer schweren Erkrankung oder eines Auslandsaufenthalts die Arztpraxis aufzusuchen,
- Patienten in strukturschwachen Gebieten und Patienten in Pflegeeinrichtungen nur unter erheblichem Aufwand möglich ist, die Arztpraxis aufzusuchen,
- für einen praxisbekannten Patienten nicht sinnvoll ist, z. B. wegen schwerwiegender ansteckender Krankheiten oder Epidemien die Arztpraxis aufzusuchen,
- zur Steuerung in die geeignete Versorgungsebene eine Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs erforderlich ist,
- möglich ist, eine individuelle medizinische Beratung ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchzuführen (z. B. Zweitmeinung, Medikationscheck, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Patientenschulung).

4. Datenverfügbarkeit zur Verbesserung der Versorgung erleichtern

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, das die Kontinuität der Behandlung sichert und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen gewährt. Das Versorgungsmanagement hat ein hohes Potenzial, Patienten in einem immer weiter ausdifferenzierten Gesundheitswesen bei der Bewältigung von Krankheiten zu unterstützen. Es wird in Zukunft eine immer größere Rolle spielen.

Wichtige Anhaltspunkte zur Verbesserung der Gesundheitsplanung und -versorgung geben die von den gesetzlichen Krankenkassen erhobenen Routine- bzw. Sekundärdaten. Um diese besser nutzbar zu machen und mehr Erkenntnisse daraus zu gewinnen, ist eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen notwendig.

Mit § 284 SGB V hat der Gesetzgeber die Krankenkassen zwar ermächtigt, Routine- bzw. Sozialdaten zu erheben und zu speichern; in diesem Rahmen weist er den Kassen auch eine begrenzte Beratungs-, Steuerungs- und Lotsenfunktion zu. Allerdings ist die gesetzliche Ermächtigung im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung und den damit verbundenen Möglichkeiten zur Gestaltung neuer, bedarfsbasierter Versorgungsangebote nicht mehr ausreichend. Krankenkassen dürfen – trotz Datenschutz in Form von Anonymisierung und Pseudonymisierung – Routinedaten derzeit nur sehr eingeschränkt zusammenführen, nutzen und auswerten.

Forderung der Ersatzkassen:

Es sind die notwendigen rechtlichen Regelungen zu schaffen, um gesicherte Erkenntnisse über versichertenbezogene Versorgungsdefizite gewinnen zu können. Damit die Krankenkassen zukünftig besser in der Lage sind, die Versorgung ihrer Versicherten auf Basis von Routinedatenauswertungen zu überprüfen und zu verbessern, sollten folgende gesetzliche Anpassungen vorgenommen werden:

- Es sind die derzeit fehlenden gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich Zusammenführung, Nutzung und Auswertung von Routinedaten zu schaffen. Versicherte haben die Hoheit: sie entscheiden, welche Daten für sie genutzt und welche Informationen sie erhalten wollen. Das Ziel muss es sein, datengestützte und damit bedarfsgerechte Beratungs- und Versorgungsangebote für den Patienten durch die Krankenkasse entwickeln zu dürfen. In diesem Zusammenhang müssen u. a. auch prädiktive Analyseverfahren möglich sein. Zusätzlich erforderliche Daten müssen – auf Basis einer Einwilligungserklärung – jederzeit beim Betroffenen oder seinen Leistungserbringern erhoben werden dürfen, ohne dass es einer zusätzlichen Genehmigung durch die Aufsicht bedarf. Gleiches gilt für die Weiterleitung von Patientendaten an Vertragspartner besonderer Versorgungsformen.
- Zugleich sind die Lösungsfristen für die Aufbewahrung von Daten bei den Krankenkassen (§ 304 SGB V) aufzuheben bzw. hilfsweise zu verlängern, um langfristige persönliche Auswertungen zu ermöglichen, wenn die Versicherten

dies wünschen. Auch ist festzuschreiben, dass alle Diagnoseangaben tagesgenau dokumentiert werden. Nur so können Veränderungen im Versorgungsbedarf des Versicherten zeitnah erkannt und im individuellen Versorgungsmanagement aufgegriffen werden. Eigentümer der personenbezogenen Daten müssen die Versicherten bleiben. Sie entscheiden eigenverantwortlich über den Gebrauch ihrer Daten und damit auch über eine Verlängerung der Löschrufen. Die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes müssen zu jeder Zeit gewahrt sein.

- Darüber hinaus sollen die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich zeitnah bezüglich ihrer eigenen Analyse- und Auswertungsergebnisse informieren zu können. § 305 SGB V ist diesbezüglich – aber auch im Hinblick auf die Trennung ärztlicher und ärztlich verordneter oder veranlasster Leistungen in § 305 Absatz 1 SGB V, wodurch die Kommunikation mit den Versicherten erschwert wird – nicht mehr zeitgemäß und entsprechend neu zu fassen.

5. Verwaltungsmodernisierung und Serviceverbesserung

Die Digitalisierung wird in vielen Verwaltungsbereichen zur Vereinfachung und Modernisierung beitragen. Sie sollte dazu genutzt werden, die Krankenkassen in ihrem Bemühen um eine serviceorientierte, benutzerfreundliche Kommunikation mit ihren Versicherten zu unterstützen. Allerdings fehlen wichtige Voraussetzungen, die eine zeit- und ortsunabhängige Verwaltung und Kommunikation zwischen Krankenkassen, Versicherten, Leistungserbringern und sonstigen Partnern erlauben. Hier gilt es, die gesetzlich notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine manipulationssichere digitale Kommunikation ermöglichen.

Seit über 20 Jahren gibt es effiziente elektronische Verfahren zum Datenaustausch in der Sozialversicherung. Mit diesen zwischen Arbeitgebern, Leistungserbringern, öffentlichen Einrichtungen, Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen zum Teil gesetzlich verankerten, standardisierten und durch strenge Verschlüsselung hochsicheren Datenaustauschverfahren werden jährlich Milliarden von Datensätzen bewegt. In allen Bereichen werden die fachlichen Inhalte der Verfahren regelmäßig überprüft, weiterentwickelt und auch deren technische Absicherung auf höchstem Niveau gehalten. Insofern besteht in der Sozialversicherung auch ein langjähriges profundes Wissen darüber, wie solche Systeme effizient, ergebnisorientiert und sicher zu gestalten sind, ohne teure bzw. komplexe Strukturen aufbauen zu müssen.

Basierend auf diesen Erfahrungen wurde jetzt z. B. ein neues Kapitel der elektronischen Kommunikation im Zahnarztbereich aufgeschlagen, von dem auch die Versicherten unmittelbar profitieren werden. Die GKV und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bereiten derzeit eine Vereinbarung vor, die die Digitalisierung der Antragsleistungen bei Kieferbruch, Kiefergelenkerkrankungen, Parodontose, Kieferorthopädie und Zahnersatz gewährleisten wird. Künftig sollen papiergebundene Anträge durch Datensätze abgelöst werden. Diese Vereinbarung trägt wesentlich zur Entbürokratisierung bei und entlastet Zahnärzte und Versicherte.

Forderung der Ersatzkassen:

Um die Kommunikation in gesundheitlichen Belangen insgesamt für die Versicherten einfacher und effizienter zu gestalten und zu beschleunigen, sollte der Gesetzgeber folgende Regelungen überprüfen bzw. anpassen:

- § 284 SGB V sollte dahingehend geändert werden, dass eine rechtssichere Authentifizierung der Versicherten auch auf elektronischem Wege (z. B. via WebID oder per Videotelefonie) möglich ist. Letzteres Verfahren ist für Banken legitim und Stand der Technik. Krankenkassen dürfen Daten einer Authentisierung über Videotelefonie jedoch nicht speichern, da zurzeit keine Regelung zur Speicherung der Personalausweisdaten im § 284 SGB V enthalten ist.
- Das Schriftformerfordernis für die Einwilligung in die Verarbeitung von Sozialdaten ist verzichtbar. Es sollte durch die Anordnung der Textform ersetzt werden. Die Textform ermöglicht z. B. E-Mails. Dadurch werden die digitale Kommunikation und die Umsetzung effizienter digitaler Prozesse erheblich erleichtert. Das Schriftformerfordernis bei der Einreichung einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei der Krankenkasse und beim Arbeitgeber sollte durch vertraulichkeitssichere und manipulationssichere digitale Übermittlung ersetzt werden. Die gesetzlichen Regelungen sind dahingehend weiterzuentwickeln, dass Verordnungs- und Abrechnungsdaten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ausschließlich auf sicherem elektronischen Weg übermittelt werden. Dies dient dem Ziel, Fehlerquellen durch handschriftlich ausgestellte Verordnungen zu vermeiden.
- Die strikte Datentrennung zwischen Partnern der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen von Zusatzversicherungen ist zu modifizieren. Sie sollte – die Zustimmung des Versicherten vorausgesetzt – aufgegeben und ein zweckorientierter Datenaustausch zugelassen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Krankenkassen auch über den

Versichertenstatus aus Kooperationsverträgen (z. B. Krankenhaustagegeld) informiert sind und die Möglichkeit besteht, auf Basis dieser Information Versicherte bei Bedarf adäquat zu beraten und zu unterstützen.

- Die Anforderungen an die elektronische Bereitstellung von Bescheiden nach § 37 Absatz 2a SGB X (z. B. Entscheid der Krankenkasse zu Leistungsanträgen wie beispielsweise Heil- und Kostenplänen) sollten entbürokratisiert werden und den Fristenerfordernissen der Postzustellung angeglichen werden.