



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur digitalen Mo-
dernisierung von Versorgung und Pflege
(Digitale Versorgung und Pflege – Modernisie-
rungs-Gesetz– DVPMG)

Stand: 08.04.2021

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
• Artikel 1 Nr. 8 § 87 Absatz 2a – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	7
• Artikel 1 Nr. 10 § 88 – Bundesleistungsverzeichnis, Datenaustausch, Vergütungen.....	8
• Artikel 1 Nr 13 § 125 Absatz 2a (Neu) – Verträge	9
• Artikel 1 Nr. 14 § 134 – Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung	10
• Artikel 1 Nr 16 § 139 e – Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung	12
• Artikel 1 Nr 17 § 176 (Neu) – Bestandsschutzregelung für Solidargemeinschaften	14
• Artikel 1 Nr 27 § 301 Absatz 2 Satz 4 – Krankenhäuser	16
• Artikel 1 Nr. 34 § 316 Absatz 1 Satz 1 – Finanzierung der Gesellschaft für Telematik; Verordnungsermächtigung	17
• Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe a, § 291 Absatz 2 Nr. 3 – elektronische Versichertenkarte als Versicherungsnachweis	18
• Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c § 291 Absatz 7 – elektronische Gesundheitskarte als Versichertenachweis	19
• Zu Artikel 1 Nr 32 § 312 a) ee) – Aufträge an die Gesellschaft für gematik.....	20
• Zu Artikel 1 Nr. 44 § 338 – Komponenten zur Wahrnehmung der Versichertenrechte.....	21
• Zu Artikel 1 Nummer 48 § 342 Absatz 2 Artikel 1 Nr. 1 a) – Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte	22
• Artikel 1 Nr. 78 § 395 (Neu) – Nationales Gesundheitsportal.....	23
2. Ergänzender Änderungsbedarf	24
• § 303 Absatz 4 SGB V – Ergänzende Regelungen und § 350 Absatz 4 SGB V – Anspruch der Versicherten auf Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte	24

1. Allgemeiner Teil

Mit dem Kabinettsentwurf zum Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter voranzubringen und die Versorgung der Versicherten flächendeckend zu verbessern und zu erleichtern. Der Mehrwert digitaler Anwendungen soll durch den weiteren Ausbau für Versicherte und Leistungserbringer noch spürbarer werden. Dazu sollen die bestehenden Projekte wie beispielsweise die digitale Infrastruktur für das Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur [TI]) und die elektronische Patientenakte (ePA) weiterentwickelt und der Ausbau der Telemedizin weiter vorangetrieben werden. Der vdek unterstützt die konsequente Nutzung digitaler Möglichkeiten im Gesundheitswesen. Im Mittelpunkt muss der Nutzen der Anwendungen für die Patientinnen und Patienten stehen. Die Corona-Pandemie zeigt, wie wichtig es ist, das große Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen zu nutzen.

Hohe Leistungsausgaben für DiGA begrenzen – Änderung der Vergütungsregelung in Analogie zu den DiPA

Bislang gelten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) im ersten Jahr der Zulassung die Herstellerpreise. Erst ab dem 13. Monat wirken die zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und den Herstellern verhandelten Preise. Die ersten Erfahrungen mit DiGA zeigen erhebliche Leistungsausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die nicht im Verhältnis zum Nutzen der jeweiligen Produkte stehen.

Der kürzere Zeitraum bis zur Festlegung des Vergütungsbetrags einer DiGA, so wie es die Kabinettsfassung im Vergleich zum Referentenentwurf vorsieht, ist zu befürworten. Dadurch, dass die Schiedsstelle nach Ablauf der neun Monate den Vergütungsbetrag innerhalb von drei Monaten festzulegen hat, kommt der Vergütungsbetrag spätestens ein Jahr nach Zulassung der DiGA zustande. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte jedoch eine weitergehende Anpassung der Vergütungsregelungen erfolgen. Die Preisverhandlungen zwischen GKV-SV und Hersteller sollten bereits nach Beginn der Erstattungsfähigkeit beginnen und rückwirkend zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis wirksam werden. Durch diesen Schritt könnten wirksam die Kosten begrenzt und gleichzeitig für alle Beteiligten dauerhafte Planungssicherheit gewährleistet werden. Dementsprechend sollten die Regelungen für DiGA den Preisfestlegungen für digitale Pflegeanwendungen (DiPA) angepasst werden, wo ein entsprechendes Verfahren bereits vorgesehen wird.

Ausweitung der DiGA-Begleitleistungen unbedingt unter Einbezug der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände

Bislang konnten nur ärztliche Begleitleistungen im Zusammenhang mit der Nutzung von DiGA erbracht werden. Dies soll zukünftig auf Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen erweitert werden. Die Festlegung dieser Leistungen soll analog der ärztlichen Begleitleistungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittelsicherheit (BfArM) erfolgen. Zudem erhalten Versicherte die Möglichkeit, Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten (z. B. aus Herzschrittmachern oder Hörimplantaten) in DiGA zu nutzen.

Um DiGA und konventionelle Behandlungskonzepte besser verknüpfen zu können, macht es aus Sicht des vdek Sinn, dass auch Heilmittelerbringer und Hebammen entsprechende Begleitleistungen erbringen können. Allerdings ist die Festlegung der Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen allein durch das BfArM nicht zielführend. Das haben die Erfahrungen bei den ärztlichen Begleitleistungen gezeigt. Mehrfach haben die Hersteller gegenüber dem BfArM fehlerhafte Angaben gemacht, die anschließend ins DiGA-Verzeichnis übernommen wurden. Damit werden unklare und mitunter sogar falsche ärztliche Leistungen für DiGA festgelegt. Dies führt bereits heute zu Verzögerungen bei der gesetzlich vorgegebenen Prüfung, ob und in welcher Form vertragsärztliche DiGA-Begleitleistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden müssen. Von daher hält es der vdek für dringend notwendig, die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Verbände und jeweiligen Vertragspartner bei der korrekten Beschreibung der Begleitleistungen im vertragsärztlichen Bereich, bei Heilmitteln und Leistungen von Hebammen bei der Beschreibung der Leistungen durch das BfArM mit einzubeziehen. Sie besitzen hierfür das notwendige Know-how.

Um die Übersichtlichkeit und Handhabung für die Versicherten zu erleichtern, sollten Krankenkassen die ePA im Rahmen eines Gesundheitsportals anbieten können

Der Gesetzentwurf sieht im Zusammenhang mit der Ablösung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) als Speicherort von Daten die Einführung des elektronischen Medikationsplans (eMP) sowie der elektronischen Patientenkurzakte als weitere eigenständige TI-Anwendungen vor. Diese sollen ebenfalls durch die Gesellschaft für Telematik (gematik) spezifiziert werden. Neben der bereits existierenden ePA würden in Summe mehrere separate TI-Anwendungen mit jeweiligem Nutzerzugang existieren. Dies würde zum einen erhebliche Mehrkosten verursachen und zum anderen die Prozesse für die Versicherten erheblich verkomplizieren. Um die Nutzung der unterschiedlichen Anwendungen für die Versicherten zu vereinfachen, schlagen die Ersatzkassen stattdessen die Weiterentwicklung der ePA zu einem Gesundheitsportal vor. Den Kassen sollte es ermöglicht werden, die ePA zu einem „Gesundheitsportal (Versicherten-Telematik-Backend)“ zu erweitern, in dem die bisher eigenständigen Anwendungen bzw. Funktionalitäten der ePA, des eMP sowie die Patientenkurzakte unabhängig voneinander – mit dem Charakter der freiwilligen Nutzbarkeit – angewendet werden können. Mit der Einrichtung eines Gesund-

heitsportals könnten die Versicherten die unterschiedlichen Anwendungen deutlich einfacher nutzen und müssten sich nicht für jede Anwendung extra einloggen.

Mehr Freiraum bei versichertenfreundlichen und barrierefreien Technologien für die Krankenkassen und die gematik

Der Entwurf sieht vor, dass die Krankenkassen bzw. die gematik für Versicherte, die über kein mobiles Endgerät (Smartphone) verfügen oder dieses nicht für den Zugriff auf medizinische Anwendungen nutzen möchten, alternative Zugangsmöglichkeiten schaffen sollen, damit ihnen die Nutzung der ePA bzw. der elektronischen Patientenakte sowie des elektronischen Rezepts (E-Rezept) ohne wesentliche Einschränkungen möglich ist. Den Versicherten sollen hierfür Komponenten zur Verfügung gestellt werden, die eine Nutzung über alternative, insbesondere stationäre Endgeräte ermöglichen. Auch soll die gematik eine Lösung über stationäre Endgeräte vorsehen, mit der Versicherte auf die Protokolldaten von elektronischen Verordnungen zugreifen kann.

Es ist sicherlich richtig, den Versicherten eine Technologie bereitzustellen, die die Wahrnehmung der Versichertenrechte ermöglicht. Allerdings hält der vdek es für nicht sachgerecht, dass der Gesetzgeber hier konkrete Vorgaben machen will. Der vdek plädiert darum dafür, dass es den Krankenkassen und auch der gematik freigestellt sein sollte, welche versichertenfreundliche, barrierefreie Technologie sie den Versicherten zur Verfügung stellen.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollten die gebührenfreie Nutzung wichtiger Informationen zu den Vertrags(zahn)ärzten neben dem Nationalen Gesundheitsportal auch den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden zur Verfügung stellen

Mit dem Gesetzentwurf erhält das bereits seit dem 1.9.2020 bestehende Nationale Gesundheitsportal eine Rechtsgrundlage. Damit Versicherten verlässliche Informationen über Vertrags(zahn)ärzte/-psychotherapeuten, ihre Sprechstundenzeiten, Schwerpunkte und besondere Qualifikationen auch in diesem Portal abrufen können, werden die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen über ihre Bundesvereinigungen verpflichtet, kostenfreie Informationen und weitere Angaben dem Nationalen Gesundheitsportal zur Verfügung zu stellen. Der vdek hielt es allerdings für sinnvoll, diese Informationen auch den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in gleicher Form kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten bereits heute eine Vielzahl an wissenschaftlich fundierten und gut verständlichen Gesundheitsinformationen im Internet an. Diese Informationen ermöglichen auch einen Überblick über kassenspezifische, indikationsbezogene Angebote der jeweiligen Krankenkasse. Hierfür könnten die gesetzlichen Krankenkassen die gebündelten Informationen der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen sinnvoll nutzen.

Höherer Finanzierungsbetrag an die gematik durch die GKV nicht sachgerecht

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass der jährliche Finanzierungsbetrag, den der GKV-SV an die gematik zahlt, von 1 Euro auf 1,50 Euro je Mitglied angehoben wird. Die gematik erstellt jährlich einen Haushaltsplan, der durch die Gesellschafterversammlung der gematik beschlossen wird. Aus dem genehmigten Haushaltsplan wird der Finanzierungsbeitrag abgeleitet, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dann unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit in den letzten Jahren per Rechtsverordnung jeweils angepasst hat. In der Vergangenheit wurde durch die Haushaltsplanung sowohl nach oben als auch nach unten hin von diesem Betrag abgewichen. Von daher ist es nicht sachgerecht und sinnvoll, diesen Betrag per Gesetz prinzipiell zu erhöhen. Kritisch werden auch die weiteren Kompetenzzuwächse der gematik gesehen. So wird die gematik berechtigt, Dienste zu entwickeln und zu betreiben, um die Verfügbarkeit, Sicherheit und Nutzbarkeit der TI sicherzustellen. Zwar kann man durch die diversen Ausfälle von Konnektoren in der Vergangenheit den Auftrag an die gematik grundsätzlich nachvollziehen, aber es sollte insgesamt nicht dazu führen, dass sich die gematik zu einer zentralen Behörde des BMG entwickelt.

Gesetzliche Legitimation von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist fragwürdig und nicht notwendig

Neu in den Kabinettsentwurf ausgenommen ist eine Bestandschutzregelung für Solidargemeinschaften zur Legitimation der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfälle. Es soll keine weitere Versicherungssäule geschaffen werden, sondern der Bestandsschutz für die bisher bestehenden Solidargemeinschaften sichergestellt werden. Insofern berücksichtigt die Neuregelung die Kritik der GKV an der Regelung zur Schaffung einer gesetzlichen Legitimierung von Solidargemeinschaften, die zunächst im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vorgesehen war, dort aber wieder gestrichen wurde. Der vdek sieht nach wie vor keinerlei Notwendigkeit für die Aufwertung der Solidargemeinschaften und hält auch diese Kompromisslösung für fragwürdig. Unter grundsätzlichen Gesichtspunkten ist diese Regelung abzulehnen.

Sollte der Gesetzgeber an dem Vorhaben zur Privilegierung der Solidargemeinschaften festhalten, so sollten nur solche Vereinigungen begünstigt werden, die am 01.04.2007 bestanden haben und sich nicht – wie jetzt vorgesehen – auf Solidargemeinschaften erstrecken, die am Tage des Kabinettsbeschlusses zum DVPMG bestanden haben. Diese Einschränkung war auch in früheren Anläufen zur Zulassung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall enthalten. Das ist auch richtig, denn so wird die notwendige Verbindung zwischen der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V als Auffangversicherung für Nichtversicherte und Solidargemeinschaften hergestellt, die als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gelten soll. Bei erst kürzlich gegründeten Solidargemeinschaften fehlt eine solche Legitimation.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 Nr. 8

§ 87 Absatz 2a – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neureglung

Mit der vorgesehenen Regelung wird konkretisiert, dass bei telemedizinischen Leistungen die Besonderheiten der Psychotherapie, einschließlich Gruppentherapie, zu berücksichtigen sind.

Außerdem ist vorgesehen, dass der Bewertungsausschuss eine Vergütung von Datensätzen für die Patientenkurzakte bis zum 1.10.2022 zu vereinbaren hat.

Bewertung

Die geplante Konkretisierung ist nicht notwendig, da gruppentherapeutische Leistungen Bestandteil der Psychotherapie und damit bereits in der jetzigen Fassung von § 87 Absatz 2a enthalten sind. Bislang liegen keine Nutznachweise für Videotherapie in der Gruppe vor. Fachlich bestehen erhebliche Zweifel, dass telemedizinische Leistungen dieselbe Wirksamkeit im Rahmen der Gruppenpsychotherapie entfalten wie reale Treffen, da die Interaktion in der Gruppe stark von Mimik und Körpersprache abhängt. Diese wichtigen Überlegungen werden durch eine Videogruppentherapie per Gesetz völlig ignoriert. Darüber hinaus sind die bestehenden Regelungen zur Gruppentherapie seit neuestem mit bis zu 14 Teilnehmern bei zwei Therapeuten keinesfalls ohne weiteres auf die Videotherapie übertragbar. Ein geeignetes gruppentherapeutisches Setting müsste erst erprobt werden.

Des Weiteren bestehen sehr erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken, da im Rahmen von telemedizinischer Gruppentherapie nicht sichergestellt werden kann, dass keiner der Teilnehmer die Gespräche unbemerkt von den anderen Gruppenteilnehmern (illegal) mitschneidet. Auch diese Herausforderung müsste zunächst im geschützten Rahmen von Studien, z. B. gefördert durch den Innovationsfonds, erprobt werden.

Das SGB V sieht bereits heute eine Vergütung für Vertragsärzte zur Erstbefüllung und Aktualisierung der Datensätze in der ePA vor; die Inhalte der Patientenkurzakte sind eine Teilmenge dieser Einträge. Durch geeignete technische Verfahren können diese Informationen automatisch extrahiert werden, ohne dass zusätzlicher Aufwand für die Vertragsärzte entsteht. Eine über den Status Quo hinausgehende Vergütung ist daher nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2a Satz 19 und 22 werden gestrichen.

Beabsichtigte Neureglung

Die Vereinbarung mit dem Verband der deutschen Zahntechniker-Innungen (VDZI) über ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) soll um Festlegungen zu Inhalt und Umfang der im Rahmen der Erbringung zahntechnischer Leistungen elektronisch auszutauschenden Daten sowie zu deren Übermittlung erweitert werden.

Bewertung

Die in § 88 SGB V angesprochenen gewerblichen zahntechnischen Labore werden von Vertragszahnärzten im Rahmen des Werkvertragsrechts beauftragt, zahntechnische Leistungen herzustellen. Der Vertragszahnarzt haftet im weiteren Versorgungsprozess auch für die zahntechnische Leistung. Der Zahntechniker rechnet gegenüber dem Zahnarzt ab, nicht gegenüber der Krankenkasse. Anders als andere mit den Krankenkassen direkt abrechnende Leistungserbringer sind gewerbliche Labore keine „direkten Leistungserbringer im Sinne des SGB V“. Für die Krankenkassen entsteht somit kein Zugewinn; die beabsichtigte Kostentragung (siehe zu Nr. 67 – § 380 SGB V) ist nicht gerechtfertigt.

Änderungsvorschlag

§ 88 Absatz 1 Satz 1 streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Verpflichtung, bis zum 31.12.2021 für den jeweiligen Heilmittelbereich geeignete ergänzende Leistungen als Videobehandlung zu vereinbaren. Außerdem werden die Vertragspartner verpflichtet, die Vergütung von DiGA-Begleitleistungen im Heilmittelbereich zu vereinbaren.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt der vdek es, den Heilmittelbereich für die Videobehandlung zu öffnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft gegenwärtig die Möglichkeiten und Grenzen einer Videobehandlung in den unterschiedlichen Heilmittelbereichen. Hierauf aufbauend soll in einem zweiten Schritt geprüft werden, welche Änderungen der Heilmittel-Richtlinien erforderlich wären, um eine Videotherapie durchführen zu können. Dieser Prozess sollte zunächst abgewartet werden. Vor dem Hintergrund des erforderlichen Zeitraums für das Bewertungs- und Stellungnahmeverfahren bis hin zur Beschlussfassung im Plenum, der anschließenden Verhandlung mit den Berufsverbänden sowie der im Gesetzesvorschlag vorgesehenen Benehmensherstellung mit diversen Behörden erscheint die vorgegebene Frist zur vertraglichen Umsetzung bis zum 30.12.2021 unrealistisch.

Änderungsvorschlag

Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der in den Heilmittel-Richtlinien festgelegten Bereichen die Möglichkeit der Videobehandlung einschließlich der technischen Verfahren, die zur Erbringung von Leistungen im Wege der Videobehandlung erforderlich sind.

Artikel 1 Nr. 14

§ 134 – Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeiträge; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass auch für DiGA, die sich noch in der Erprobung befinden, die Vergütung zum Herstellerpreis nur im ersten Jahr der Zulassung gilt. Ab dem 13. Monat gilt der durch GKV-Spitzenverband und Hersteller verhandelte Vergütungsbeitrag.

Im Vergleich zum derzeitigen Gesetzestext sieht die Neuregelung vor, dass der GKV-Spitzenverband und der DiGA-Hersteller den Vergütungsbeitrag einer DiGA bereits innerhalb von neun statt zwölf Monaten nach Zulassung vereinbaren müssen, andernfalls setzt die Schiedsstelle den Betrag innerhalb von drei Monaten fest.

Für DiGA, die nach Abschluss der Erprobung dauerhaft in das Verzeichnis des BfArM aufgenommen werden, wird der Vergütungsbeitrag innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des dritten Monats auf die Entscheidung des BfArM durch Schiedsstelle festgesetzt, sofern keine Vereinbarung zustande kommt. Im Vergleich zum Referentenentwurf wird der Zeitraum innerhalb dessen die Schiedsstelle den Vergütungsbeitrag festzulegen hat, um drei Monate verlängert.

Bewertung

Die Klarstellung im Hinblick auf die Vergütung von DiGA zur Erprobung ist zu befürworten. Dies ist besonders wichtig, da die überwiegende Mehrzahl der bislang gelisteten DiGA zur Erprobung zugelassen ist.

Der kürzere Zeitraum bis zur Festlegung des Vergütungsbeitrags einer DiGA ist zu befürworten. Dadurch, dass die Schiedsstelle nach Ablauf der neun Monate den Vergütungsbeitrag innerhalb von drei Monaten festzulegen hat, kommt der Vergütungsbeitrag spätestens ein Jahr nach Zulassung der DiGA zustande. Vor dem Hintergrund, dass im ersten Jahr der Zulassung der Herstellerpreis gilt, werden durch die Neuregelung Rückzahlungsansprüche aufgrund der Differenz zwischen Herstellerpreis und Vergütungsbeitrag für die Zeit bis zur Festlegung des Vergütungsbeitrages reduziert.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte jedoch eine weitergehende Anpassung der Vergütungsregelungen erfolgen. Die Preisverhandlungen zwischen GKV-SV und Hersteller sollten bereits nach Beginn der Erstattungsfähigkeit beginnen und rückwirkend zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis wirksam werden. Durch diesen Schritt könnten wirksam die Kosten begrenzt und gleichzeitig für alle Beteiligten dauerhafte Planungssicherheit gewährleistet werden. Dementsprechend sollten die Regelungen für DiGA den Preisfestlegungen für DiPA angepasst werden, wo ein entsprechendes Verfahren bereits vorgesehen wird (vgl. § 78a (neu) SGB XI).

Durch die Verlängerung des Zeitraums gilt der Herstellerpreis einer DiGA bei einer Erprobungsdauer von 24 Monaten unter Umständen bis zu 30 Monaten bis der geschiedste Vergütungsbetrag feststeht. Für den Zeitraum bis zur Festsetzung durch die Schiedsstelle sind Rückzahlungsansprüche geltend zu machen, sofern der Vergütungsbetrag geringer als der im ersten Jahr geltende Herstellerpreis ist. Je länger der Zeitraum ist, für den Nacherstattungsansprüche geltend zu machen sind, desto weniger Planungssicherheit ergibt sich für die Krankenkassen. Auch vor dem Hintergrund möglicher Insolvenzrisiken von DiGA-Herstellern, ist die Geltendmachung mit Unsicherheiten verbunden. Somit ist die Neuregelung mit hohen Kostenrisiken für die Krankenkassen verbunden, die zu vermeiden sind.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 2 werden die Worte „nach dem ersten Jahr“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „innerhalb eines Jahres“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 2 werden die Worte „für die Zeit nach Ablauf der Jahresfrist nach Satz 1“ gestrichen.

Absatz 2a (neu) wird gestrichen.

Artikel 1 Nr 16

§ 139 e – Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neureglung

Bislang konnten nur ärztliche Begleitleistungen im Zusammenhang mit der Nutzung von DiGA erbracht werden. Dies soll zukünftig auf Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen erweitert werden.

Die Festlegung dieser Leistungen soll analog der ärztlichen Begleitleistungen durch das BfArM erfolgen. Weiterhin erhalten Versicherte die Möglichkeit, Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten in digitalen Gesundheitsanwendungen zu nutzen.

Bewertung

Um DiGA und konventionelle Behandlungskonzepte besser verknüpfen zu können, macht es Sinn, dass auch Heilmittelerbringer und Hebammen entsprechende Begleitleistungen erbringen können. Die Festlegung der Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen allein durch das BfArM ist allerdings abzulehnen. Aus den Erfahrungen bei den ärztlichen Begleitleistungen zeigt sich, dass die Hersteller gegenüber dem BfArM fehlerhafte Angaben machen, die anschließend ins DiGA-Verzeichnis übernommen werden. Damit werden unklare und zum Teil sogar falsche ärztliche Leistungen für DiGA festgelegt.

Dies führt bereits heute zu Verzögerungen bei der gesetzlich vorgegebenen Prüfung, ob und in welcher Form vertragsärztliche DiGA-Begleitleistungen in den EBM aufgenommen werden müssen. Auch die bis zur Aufnahme von EBM-Ziffern vorgesehene Kostenerstattung gemäß Gebührenordnung für Ärzte wird durch unklare Formulierung von Begleitleistungen erschwert.

Die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Verbände und jeweiligen Vertragspartner besitzen erhebliches Know-how bei der korrekten Beschreibung von Leistungen im jeweiligen Regelungskontext. Sie sollten daher bei der Beschreibung der Begleitleistungen im vertragsärztlichen Bereich, bei Heilmitteln und Leistungen von Hebammen einbezogen werden.

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 3 Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Die Bestimmung nach Satz 2 erfolgt bei ärztlichen Leistungen im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei Leistungen der Heilmittelerbringer im Einvernehmen mit den Vertragspartnern gemäß § 125 Absatz 1 und bei Leistungen der Hebammen im Einvernehmen mit den Vertragspartnern gemäß § 134 Absatz 1.“

Die Änderungen im Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Hebammenhilfe“ durch die Wörter „entsprechend des Verfahrens nach Absatz 3 Satz 3“ ergänzt.

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung soll eine gesetzliche Legitimation für die Anerkennung der Mitgliedschaft in bisher bestehenden Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall geschaffen werden. Die Anerkennung soll solchen Solidargemeinschaften zuteilwerden, die am Tage des Kabinettsbeschlusses bestanden haben. Die Mitgliedschaft in einer solchen Solidargemeinschaft gilt als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V. Die Möglichkeit zur Absicherung im Krankheitsfall durch eine Mitgliedschaft in einer in § 176 Absatz 1 SGB V genannten Solidargemeinschaft ist nicht auf bestehende Mitgliedschaften beschränkt.

Bewertung

Die Aufwertung der Solidargemeinschaften ist fragwürdig und nicht notwendig. Der Vorschlag ist unter grundsätzlichen Gesichtspunkten abzulehnen. Auch wenn nach der Gesetzesbegründung keine dritte Säule der Krankenversicherung neben der GKV und privaten Krankenversicherung (PKV) eingeführt werden soll, wird faktisch ein solcher Weg eröffnet.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu § 176 SGB V werden gestrichen.

Alternative

Wenn das Vorhaben zur Privilegierung der Solidargemeinschaften seitens der Regierung weiterverfolgt werden wird, ist infrage zu stellen, dass die Regelung sich auf Solidargemeinschaften erstrecken soll, die am Tage des Kabinettsbeschlusses zum DVMPG bestanden haben. In früheren Anläufen zur Zulassung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall waren nur solche Vereinigungen begünstigt, die am 1.4.2007 bestanden haben. Das ist auch richtig, denn so wird die notwendige Verbindung zwischen der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V als Auffangversicherung für Nichtversicherte und Solidargemeinschaften hergestellt, die als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gelten soll. Bei erst kürzlich gegründeten Solidargemeinschaften fehlt eine solche Legitimation. Deshalb ist es sachgerecht und notwendig, nur solche Solidargemeinschaften zu begünstigen, die am 1.4.2007 ununterbrochen bestanden haben.

Desweiteren ist zu berücksichtigen, dass die beabsichtigte Fassung des Absatzes 4 einen permanenten Wechsel innerhalb der Systeme zulässt und damit spekulatives Verhalten begünstigt. Das gilt es zu vermeiden. Von daher werden folgende Änderungen zu der beabsichtigten Gesetzesfassung vorgeschlagen:

In Absatz 1 wird der Passus „*[einsetzen: Datum des Kabinettsbeschlusses]*“ durch die Angabe „1. April 2007“ ersetzt.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 12 geht der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft nach Absatz 1 vor“.

Folgender Absatz 5 wird eingefügt:

„Endet eine nach Absatz 1 anerkannte Mitgliedschaft und wird ein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung oder mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung begründet, ist für den Fall, dass die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft wieder aufgenommen wird, eine erneute Anerkennung nach Absatz 1 ausgeschlossen“.

Beabsichtigte Neuregelung

Der Datenkranz im elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenkassen soll um „Zusatzangaben für seltene Erkrankungen“ erweitert werden.

Bewertung

Die Ergänzung des Datenkranzes um die Angabe seltener Erkrankung wird begrüßt. Zur Umsetzung einer Erweiterung des Datenkranzes im elektronischen Datenaustausch wird jedoch eine Realisierungszeit zur Vereinbarung der fachlichen Inhalte und der technischen Umsetzung sowie anschließenden neun Monaten zur Softwarerealisierung benötigt. Die Einfügung sollte zeitlich konkretisiert werden. Um auch bei ambulanten Leistungen nach den §§ 117 bis 119c SGB V Angaben von seltenen Erkrankungen zu erhalten, sollte eine entsprechende Ergänzung auch in § 120 Absatz 3 SGB V erfolgen.

Änderungsvorschlag

In § 301 Absatz 2 Satz 4 werden nach dem Wort „*Schlüssels*“ die Wörter „*sowie ab dem 01.01.2022 um Zusatzangaben für seltene Erkrankungen*“ eingefügt.

In § 120 Absatz 3 SGB V wird nach Satz 3 der folgende Satz eingefügt: „*Insbesondere ist eine Angabe für seltene Erkrankungen vorzusehen.*“

Artikel 1 Nr. 34

§ 316 Absatz 1 Satz 1 – Finanzierung der Gesellschaft für Telematik; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Der jährliche Finanzierungsbetrag der gematik soll von 1 Euro auf 1,50 Euro je Mitglied angehoben werden.

Bewertung

Die gematik erstellt jährlich einen Haushaltsplan, der durch die Gesellschafterversammlung der gematik beschlossen wird. Dieser Haushaltsplan zielt auf die geplanten gematik-Aktivitäten in diesem Jahr ab. Aus dem genehmigten Haushaltsplan wird der Finanzierungsbeitrag abgeleitet. In der Vergangenheit wurde durch die Haushaltsplanung sowohl nach oben als auch nach unten von dem gesetzlich festgelegten Betrag abgewichen. Die geplante Erhöhung des Finanzierungsbetrages muss aus diesem Grund nicht gesetzlich geregelt werden.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird abgelehnt. Der Finanzierungsbetrag von 1 Euro bleibt im Gesetz erhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe a,
§ 291 Absatz 2 Nr. 3 – elektronische Versichertenkarte als Versicherungsnachweis

Beabsichtigte Neuregelung

Die eGK soll künftig neben dem Zweck der Authentisierung der Versicherten ausschließlich als Versicherungsnachweis für die Versicherten dienen. Ab dem 1.1.2023 soll – im Zuge der Ablösung der eGK als Speicherort von Daten mit Ausnahme der Daten nach § 291a – auf das Update der Stammdaten auf der eGK verzichtet werden.

Bewertung

Die Neuregelung ist problematisch, da gleichzeitig – mit der eGK als reinem Versicherungsnachweis – ein Offline-Szenario ermöglicht werden soll, in dem die Stammdaten auf der Karte einmalig gespeichert und ab dem 1.1.2023 nicht mehr aktualisiert werden. Dies stellt gegenüber dem Referentenentwurf eine Verwässerung dar und würde ab 2023 bei Leistungserbringern zu Datenschiefständen zwischen eGK und Onlinedienst führen, da sich die Angaben zurelevanteren Daten wie z. B. Zuzahlungsbefreiung, ruhender Leistungsanspruch oder Leistungsanspruch online und auf der Karte unterscheiden. In der Folge würde dies für die Krankenkassen ab 2023 de facto die Neuausgabe von Karten bei jeder Änderung der Stammdaten bedeuten.

Sofern Stammdaten zur Unterstützung eines Offline-Szenarios weiterhin auf der Karte gespeichert werden sollen, darf dies ausschließlich die Daten umfassen, die auch auf der Karte optisch personalisiert sind. Dazu gehören die Versichertennummer, das IK der Kasse, Name, Vorname und Geburtsdatum. Diese Daten sind auch für die Abrechnung im Ersatzverfahren hinreichend, da eine Änderung ohnehin zu einem Austausch der Karte führt.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 21, §291 Absatz 2, Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein“] „3. sofern sie vor dem 1. Januar 2023 ausgestellt wird, die Speicherung von Daten nach den §§ 291a und 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4, danach die Speicherung der Daten nach §291a Abs. 2 Nummern 1. (Kassenkennung), 2. (Name und Vorname des Versicherten), 3. (Geburtsdatum des Versicherten) und 6. (Krankenversichertennummer) zu ermöglichen.

Zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c

§ 291 Absatz 7 – elektronische Gesundheitskarte als Versichertennachweis

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die Krankenkassen ab 2023 ihren Versicherten eine digitale Identität ausstellen, die ab 2024 als Versicherungsausweis genutzt werden kann.

Bewertung

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt, jedoch wird mit dem Kabinettsbeschluss die Funktionalität der digitalen Identität auf die der eGK ausgeweitet. Das bedeutet, die digitale Identität soll nicht nur die Authentifizierung, sondern auch die Verschlüsselung und das Signieren von Daten ermöglichen. Dabei handelt es sich gegenüber der Authentifizierung um völlig andere Anforderungen, deren technische Umsetzung sowie datenschutzrechtlichen Implikationen nicht abschätzbar ist.

Die Forderung, dass die digitale Identität die gleichen Funktionen abdecken soll wie die eGK, ist nachvollziehbar. Die Umsetzungszeitpunkte sollten jedoch getrennt werden, da die notwendige Zulassung aller drei Komponenten zum 1.1.2023 unrealistisch erscheint. Die Einführung der digitalen Identität zum 1.1.2023 sollte daher auf der Basis der Authentifizierung erfolgen, die Erweiterungen um Signatur und Verschlüsselung zu einem späteren Zeitpunkt folgen.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c, § 291 Absatz 7 SGB V wird wie folgt gefasst:

Im § 291 Absatz 7 werden die Sätze bis zu den Worten „*Die Gesellschaft für Telematik*“ (im Kabinettsentwurf die Sätze 1 und 2) wie folgt gefasst:

„(7) Spätestens ab dem 1. Januar 2023 stellen die Krankenkassen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Vorgaben zur Authentifizierung nach Absatz 2 Nummer 1 sowie die Vorgaben nach Absatz 2 Nummer 2 erfüllt und die Bereitstellung von Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 durch die Krankenkassen ermöglicht. Ab dem 1. Januar 2024 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1 und erfüllt darüber hinaus die Vorgaben zur Verschlüsselung und elektronischen Signatur nach Absatz 2 Nummer 1.“

Zu Artikel 1 Nr 32

§ 312 a) ee) – Aufträge an die Gesellschaft für gematik

Beabsichtigte Neuregelung

Folgenden Auftrag hat die gematik bis zum 1.1.2023 zu erfüllen: Ablösung der eGK als Speicher von Daten und Schaffung der Voraussetzungen, dass der elektronische Medikationsplan als eigenständige Anwendung in der TI zur Verfügung steht.

Bewertung

Die Neuregelung sieht vor, dass der eMP, neben der ePA und der neu einzuführenden Patientenkurzakte, als weitere eigenständige TI-Anwendung durch die gematik spezifiziert werden soll. Dies würde zum einen erhebliche Mehrkosten verursachen und zum anderen die Prozesse für die Versicherten erheblich verkomplizieren. Es sollte stattdessen ermöglicht werden, dass die Krankenkassen die ePA zu einem „Gesundheitsportal (Versicherten-Telematik-Backend)“ erweitern, in dem die bisher eigenständigen Anwendungen bzw. Funktionalitäten der ePA, des eMP sowie die Patientenkurzakte unabhängig voneinander – mit dem Charakter der freiwilligen Nutzbarkeit – angewendet werden können.

Änderungsvorschlag

a) ee) Nummer 12 wird wie folgt geändert:

„12. bis zum 1. Januar 2023 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit der elektronische Medikationsplan nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 gemäß § 358 in Verbindung mit § 359 Absatz 2 in einer eigenständigen Anwendung innerhalb der Telematikinfrastruktur genutzt werden kann, die nicht auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert wird. Die ePA nach § 341 wird zu einem Gesundheitsportal weiterentwickelt, über das die ePA nach § 341, der elektronischen Medikationsplan nach § 358 Abs. 8 und die Patientenkurzakte nach § 358 Absatz 6 vom Versicherten genutzt werden kann.“

Beabsichtigte Neuregelung

Für Versicherte, die über kein mobiles Endgerät (Smartphone) verfügen oder dieses nicht für den Zugriff auf medizinische Anwendungen nutzen möchten, sollen alternative Zugangsmöglichkeiten geschaffen werden, damit ihnen die Nutzung der ePA bzw. der elektronischen Patientenakte, des E-Rezept und eMP ohne wesentliche Einschränkungen möglich ist. Der Zugriff betrifft dabei jeweils das Auslesen der Protokolldaten sowie das Erteilen von Zugriffsberechtigungen auf diese Daten. Es sind dabei technische Verfahren vorzusehen, die zur Authentifizierung einen hohen Sicherheitsstandard gewährleisten. Die Bewertung geeigneter Verfahren erfolgt durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Bewertung

Vor dem Hintergrund, dass überhaupt nicht abgeschätzt werden kann, wie viele Versicherte Protokolldateien zu einzelnen Anwendungen einsehen wollen, ist die Vorgabe, dass eine Realisierung über stationäre Endgeräte erfolgen muss, nicht akzeptabel. Den Krankenkassen und auch der Gematik muss es freigestellt sein, die Technologie versichertenfreundlich und barrierefrei bereitzustellen.

Änderungsvorschlag

In § 338 sind in den Absätzen 1, 2 und 3 die Wörter „...insbesondere an einem stationären Endgerät“ zu streichen.

Zu Artikel 1 Nummer 48

§ 342 Absatz 2 Artikel 1 Nr. 1 a) – Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

Beabsichtigte Neuregelung

Die Versicherten sollen die Möglichkeit erhalten, überall und jederzeit elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende auch mittels der App ihrer ePA barrierefrei abzugeben, zu ändern oder zu widerrufen.

Zusätzlich wird geregelt, dass die ePA ab dem 1.1.2023 auch gewährleisten muss, dass darin Daten der Versicherten aus digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a mit Einwilligung der Versicherten vom Hersteller direkt über den Anbieter der ePA in die ePA der Versicherten nach § 341 übermittelt und dort gespeichert werden können. Der Versicherte muss in die Lage versetzt werden, Daten aus der ePA zu Forschungszwecken zur Verfügung stellen zu können.

Über ein geeignetes Endgerät soll dem Versicherten ermöglicht werden, am Sofortnachrichtendienst der Leistungserbringer teilhaben, auf das Nationale Gesundheitsportal und auf den eMP sowie die elektronische Patientenakte zugreifen zu können.

Bewertung

Die geplante Neuregelung erweitert Angebot und Nutzungsmöglichkeiten der elektronischen Patientenakte, die den Versicherten zu Gute kommen.

Der Sofortnachrichtendienst der Leistungserbringer und die vorgesehene Einbindung der Versicherten sind generell in Frage zu stellen. Der Mehrwert gegenüber dem installierten Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) auf der Kommunikationsstrecke Leistungserbringer zu Leistungserbringer wird nicht gesehen. Versicherte können auf den jetzigen Kommunikationskanälen Informationen mit den Leistungserbringern austauschen.

Änderungsvorschlag

Buchstabe d) ist zu streichen.

Beabsichtigte Neureglung

Das BMG errichtet und betreibt ein Nationales Gesundheitsportal mit neutralen, evidenzbasierten und allgemeinverständlichen Gesundheits- und Pflegeinformationen. Dazu stellen die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KBV/KZBV) über ihre Bundesvereinigungen auch Informationen über Vertrags(zahn)ärzte/-psychotherapeuten, ihre Sprechstundenzeiten, Schwerpunkte und besondere Qualifikationen und weitere Angaben kostenfrei bereit, die über eine Abfrage im Nationalen Gesundheitsportal verfügbar sind.

Bewertung

Die vorgesehene Neuregelung bildet die Rechtsgrundlage für das bereits seit 1.9.2020 bestehende Nationale Gesundheitsportal. Eine Verknüpfung mit Informationen zu Leistungserbringern in übersichtlicher und einheitlicher Form, die die KBV zur Verfügung gestellt werden, ist in diesem Zusammenhang sinnvoll.

Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten bereits heute eine Vielzahl an wissenschaftlich fundierten und gut verständlichen Gesundheitsinformationen im Internet an. Diese Informationen ermöglichen auch einen Überblick über kassenspezifische, indikationsbezogene Angebote der jeweiligen Krankenkasse. Im Zuge des Aufbaus entsprechender Schnittstellen für Leistungserbringerdaten durch KBV/KZBV sollten diese Informationen demnach auch den Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in gleicher Form kostenfrei zur Verfügung stehen können.

Änderungsvorschlag

Absatz 5 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermöglicht die gebührenfreie Nutzung der im Rahmen des elektronischen Systems nach § 370a Absatz 1 bereitgestellten Informationen und Dienste durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Gesundheitsportals **sowie durch die Kranken- und Pflegekassen und ihre Verbände.**“*

2. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 303 Absatz 4 SGB V – Ergänzende Regelungen und § 350 Absatz 4 SGB V – Anspruch der Versicherten auf Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

Sachverhalt

In § 303 Absatz 4 Satz 2 SGB V ist nachvollziehbar geregelt, dass eine nachträgliche Änderung der bei den Krankenkassen gespeicherten Diagnosedaten, insbesondere auch aufgrund von Prüfungen gemäß den §§ 106 bis 106c, Unterrichtungen nach § 106d Absatz 3 Satz 2 und Anträgen nach § 106d Absatz 4 SGB V, unzulässig ist.

In § 350 Absatz 4 Nr. 2 ist geregelt, dass die Krankenkasse auf Verlangen der Versicherten abweichend von § 303 Absatz 4, Diagnosedaten, die ihr nach den §§ 295 und 295a übermittelt wurden und deren Unrichtigkeit durch einen ärztlichen Nachweis bestätigt wird, in berichtiger Form an den Anbieter der ePA bei der Übermittlung nach Nummer § 350 Absatz 4 Nr. 1 zu verwenden hat.

Bewertung

Diese beiden gesetzlichen Regelungen stellen die Krankenkassen vor praktische Umsetzungsprobleme. Geplant ist, dass die im Rahmen des § 350 zu übermittelnden Informationen in Form von strukturierten Datensätzen erfolgen soll und die Krankenkassen diese Informationen aus den bei ihnen gespeicherten Daten entnehmen.

Legt ein Versicherter einer Krankenkasse nun einen ärztlichen Nachweis mit einer berichtigten Diagnose vor, muss die Krankenkasse mit Blick auf die Datenbereitstellung nach § 350 SGB V und auch mit der Übermittlung der Daten an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d SGB V, berechtigt werden, die berichtigte Diagnose in deren Datenbestand zu übernehmen.

Änderungsvorschlag

In § 303 Absatz 4 werden die folgenden neuen Sätze 3 und 4 aufgenommen:

Abweichend von Satz 2 kann die Krankenkasse Diagnosedaten, die ihr nach den §§ 295 und 295a übermittelt wurden, berichtigen, wenn der Versicherte dies wünscht und einen ärztlichen Nachweis mit der Bestätigung der Unrichtigkeit einer ursprünglich übermittelten Diagnose vorlegt. Der ärztliche Nachweis ist von der Krankenkasse dauerhaft vorzuhalten.

Der bisherige Satz 3 wird der neue Satz 5.

Als Folgeänderung werden in § 350 Absatz 4 Nr. 2 die Wörter „*abweichend von § 303 Absatz 4,*“ gestrichen.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

Politik@vdek.com