

Verpflichtende Anbindung aller Leistungserbringer an die ePA

Seit dem 01.07.2021 müssen alle vertragsärztlich tätigen Leistungserbringer mit der elektronischen Patientenakte (ePA) verbunden sein und diese nutzen und befüllen können. Damit wird eine weitere Vorgabe des Digitale-Versorgung-Gesetzes umgesetzt.

Bereits seit dem 01.01.2021 bieten die gesetzlichen Krankenkassen die elektronische Patientenakte an. Seit Mitte dieses Jahres wird die elektronische Patientenakte nun auch schrittweise von Leistungserbringern befüllt. In Krankenhäusern ist ihr verpflichtender Einsatz spätestens zum 01.01.2022 vorgesehen.

Für die Versicherten bietet die ePA eine digitale Plattform, auf der Gesundheitsdaten gespeichert und mit Leistungserbringern geteilt werden können. Zunächst können von den Versicherten etwa medizinische Befunde, der bundeseinheitliche Medikationsplan oder auch Blutwerte in der ePA hinterlegt werden. Ab dem Jahr 2022 sollen darüber hinaus auch weitere strukturierte Dokumente, wie der Impfpass oder das Untersuchungsheft für Kinder gespeichert werden und digital abrufbar sein können.

➤ **Es kommt nun darauf an, die Akte schnell mit Leben zu füllen und Hürden bei der Einrichtung abzubauen, damit die ePA eine breite Akzeptanz finden kann. Darüber hinaus sollten Versicherte ihrer Krankenkasse die Daten aus der ePA zur Verfügung stellen können. Ein gezielteres Versorgungsmanagement wäre für die Kassen möglich. Die Grundlagen dafür muss der Gesetzgeber schaffen.**

Vollständige Dokumentation in der ePA

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung stellt es jedem Versicherten frei, eine elektronische Patientenakte anzulegen. Im Rahmen der patientengeführten ePA entscheiden Patientinnen und Patienten auch darüber, ob und wie sie die Akte nutzen und wem sie welche Daten zur Verfügung stellen möchten.

Versicherte sollen perspektivisch bei jedem einzelnen Dokument für die ePA entscheiden können, ob sie es ihrem Arzt zur Verfügung stellen. Technisch ist dies bislang nicht möglich, der Gesetzgeber räumt den Krankenkassen eine Frist bis 01.01.2022 für die Umsetzung einer detaillierten Freigabe der Dokumente ein.

➤ **Nach Ansicht der BARMER stiftet die ePA nur dann einen medizinischen Nutzen, wenn die enthaltenen Befunde vollständig und aktuell sind. Unvollständige Dokumente könnten dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte sich nicht auf die vorliegenden Informationen verlassen. Parallele Dokumentation und Doppeluntersuchungen könnten gar befördert werden. Bei der Freigabe der Dokumente sollten die Versicherten deshalb Datenschutz und medizinischen Nutzen sorgfältig abwägen.**

Europa: Einigung über Bewertung von Gesundheitstechnologien

Einen Austausch über die Methoden und Prozesse der Nutzenbewertung neuer Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) gibt es auf europäischer Ebene schon seit Jahren. Im Jahr 2018 unterbreitete die EU-Kommission einen Verordnungs-Vorschlag für eine stärkere und verbindlichere HTA-Zusammenarbeit der EU-Mitgliedstaaten. Nach langjährigen Verhandlungen und substantiellen Änderungen an der Verordnung konnte ein Kompromiss über klinische Bewertungen von Arzneimitteln und bestimmte Medizinprodukte auf europäischer Ebene erzielt werden. Am 30.06.2021 wurde dieser nun

mit qualifizierter Mehrheit vom Ausschuss der ständigen Vertreter der EU-Mitgliedsstaaten (ASTV) angenommen. Damit kann die Verordnung in Kürze vom Europäischem Rat und dem Europäischen Parlament angenommen werden.

Die Initiative der EU-Kommission aus dem Jahr 2018 für eine EU-weite HTA-Bewertung war auf Kritik einer Reihe von Mitgliedsstaaten gestoßen. Diese wollten die Hoheit über die Nutzenbewertung nicht vollständig an europäische Institutionen abgeben und sehen die Entscheidung über die Preisbildung und die Erstattung von Arzneimitteln und Medizinprodukten im Kompetenzbereich der jeweiligen Nationalstaaten. Zudem stand die vorgeschlagene starke Stellung der EU-Kommission bei den Inhalten gemeinsamer klinischer Bewertungen in der Kritik.

Kompromiss für die zukünftige HTA-Zusammenarbeit

Die Verordnung sieht vor, dass die Bewertung eines neuen Arzneimittels in einer gemeinsamen Koordinierungsgruppe durchgeführt wird, in welche die Mitgliedsstaaten ihre Vertreter entsenden. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Expertinnen und Experten unabhängig sind und Verbände und Interessensgruppen umfassend konsultiert werden. Die Entscheidungen sollen auf internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin basieren und durch einfache Mehrheit entstehen. Die Entscheidung über den Zusatznutzen und die Preisfindung bleibt allein den Mitgliedsstaaten und ihren zuständigen Institutionen überlassen, unter Berücksichtigung der gemeinsamen klinischen Bewertungen auf europäischer Ebene.

Das neue Verfahren wird nach Inkrafttreten schrittweise eingeführt: Zunächst findet es bei Krebsmedikamenten und neuartigen Therapien Anwendung. Nach drei Jahren sollen Arzneimittel gegen seltene Krankheiten hinzugenommen werden und nach weiteren zwei Jahren alle anderen Medikamente und bestimmte Medizinprodukte.

➤ **Der gefundene Kompromiss für die Bewertung von Gesundheitstechnologien auf europäischer Ebene erhält die nationalen Zuständigkeiten der Mitgliedsstaaten für die etablierten Verfahren der Nutzenbewertung und der Preisfindung. Wichtig ist, dass die hohen Standards der evidenzbasierten Medizin erhalten bleiben, auf deren Grundlage das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Gemeinsame Bewertungsausschuss für das deutsche Gesundheitswesen ihre Entscheidungen fällen.**

BARMER veröffentlicht ersten Transparenzbericht

Mit dem ersten Transparenzbericht gibt die BARMER umfangreiche Einblicke in ihre Arbeit – in das Leistungsangebot, die internen Prozesse und in die Bearbeitungszeiten. Zuletzt hat es eine Debatte über den öffentlichen Umgang der Kassen mit Informationen zum Leistungsverhalten gegeben. So wurde kritisiert, dass Informationen zum Leistungsumfang und zur Qualität der Leistungsgewährung für Patientinnen und Patienten nur schwer zugänglich seien.

Damit sich Versicherte ein objektives Urteil über die Arbeit der BARMER machen können, erhalten sie mit dem Transparenzbericht die dafür relevanten Informationen. Der Bericht wird künftig jährlich veröffentlicht.

Prozesse werden transparent

Mit dem BARMER Kompass steht seit 2020 eine digitale Anwendung zur Verfügung, die die Bearbeitungsprozesse der Krankenkasse auf neue Weise anschaulich macht. Der Kompass hilft den Versicherten individuell, ihre Krankengeldanträge und deren Bearbeitungsstand nachzuvollziehen und besser zu verstehen. Deutlich wird, ob etwa Unterlagen fehlen oder warum es zu einer Verzögerung kommt. Der Kompass wird nach und nach um weitere Leistungsprozesse erweitert, Anträge auf Mutterschaftsgeld können dann ebenso im Kompass nachverfolgt werden wie Entscheidungen über Rehabilitationsleistungen oder Hilfsmittel. Um dieses Werkzeug praxistauglich zu machen, wurden von Anfang an Befragungen durchgeführt und das Feedback von Versicherten eingeholt.

Offenlegung der Zahlen zum Leistungsgeschehen

Der Transparenzbericht liefert Interessierten detaillierte Informationen zum Leistungsumfang und zur Leistungsgewährung der BARMER. So werden die Anzahl der Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen sowie die anteiligen Genehmigungen und Ablehnungen offengelegt. Auch die Bearbeitungsdauer der Anträge auf stationäre Reha, Eltern-Kind-Kuren oder der ambulanten Vorsorge findet sich im Bericht.


Der Großteil der Anträge auf Hilfsmittel, nämlich 98,7 Prozent, wird von der BARMER genehmigt. Am Beispiel Hilfsmittel wird gleichzeitig erläutert, dass der Begriff Ablehnung in einem Kontext steht: Dies kann auch bedeuten, dass eine passendere Alternative zum beantragten Hilfsmittel gefunden wurde.

Zu den Leistungen, die im Transparenzbericht dargestellt werden, gehören auch der Zahnersatz, Pflegeleistungen und das Krankengeld. Im weit überwiegenden Teil der Krankengeldfälle (93,5 Prozent) zahlt die BARMER beispielsweise innerhalb von 48 Stunden das Krankengeld aus.

Zahlen über die Widerspruchsverfahren

Wird der Antrag auf eine Leistung nicht genehmigt, so besteht für den Versicherten die Möglichkeit, innerhalb eines Monats Widerspruch gegen diese Entscheidung der Kasse einzulegen. Der Widerspruchsausschuss setzt sich aus gewählten Mitgliedern der Selbstverwaltung zusammen, aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern. Diese können die Entscheidung der Kasse revidieren oder bestätigen.

Der Transparenzbericht legt nun die Anzahl der Widerspruchsverfahren im Bereich der Kranken- und der Pflegeversicherung offen sowie Daten zu deren Verlauf.

 **Mit der Veröffentlichung ihres Transparenzberichts kommt die BARMER sowohl dem Bedürfnis der Versicherten nach Überprüfbarkeit des Kassenshandelns als auch den Forderungen der Politik nach mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenkassen nach.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren