

zum  
Referentenentwurf des Bundesministeriums für  
Gesundheit

## Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)

- Die Zielsetzungen des Gesetzentwurfs sind grundsätzlich begrüßenswert. Zugleich gibt es bei zentralen Regelungen erheblichen Anpassungsbedarf, um die gleichberechtigte Teilhabe Privatversicherter an der digitalen Gesundheitsversorgung sicherzustellen.
- Dies betrifft fehlende verbindliche Umsetzungsverpflichtungen für EHR-Systemhersteller (European Health Record/ Aktenhersteller), die Prozesse für Privatversicherte bei ePA, E-Rezept und KVNR-Abruf national sicherstellen. Fast alle Praxisverwaltungssysteme der Arzt- und Facharztpraxen sowie die meisten Apothekensoftwaresysteme sind heute nicht in der Lage, ePA's von Privatversicherten zu befüllen bzw. darauf zuzugreifen oder E-Rezepte digital auszustellen. Die Folge: Die ePA bleibt leer, also nutzlos, und es gibt diverse Systembrüche. Ohne Anpassung laufen die im EHDS verankerten Rechte Privatversicherter ins Leere. Es muss dringend Abhilfe geschaffen werden, damit Arztpraxen und Apotheken diese digitalen Prozesse auch für PKV-Versicherte anbieten können.
- Obwohl mehr Präventions- und Vorsorgeleistungen zum Erhalt der Gesundheit eingefordert werden, dürfen PKV-Unternehmen vorliegende Rechnungs- und Gesundheitsdaten ihrer Versicherten nicht zweckgebunden auswerten und für die Unterbreitung gezielter Serviceangebote nutzen. Während die Befugnisse in der GKV weiter ausgebaut werden, fehlt es für die PKV an einer vergleichbaren Rechtsgrundlage.
- Die Regelungen zur Errichtung einer zentralen Terminbuchungsplattform laufen auf die Abschaffung des Wettbewerbs und Staatsmedizin hinaus. Sie verstoßen gegen Verfassungs- und europäisches Recht und sollten daher ersatzlos gestrichen werden.

## I. Allgemeine Anmerkung

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) setzt weitreichende Maßnahmen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens um. Im Mittelpunkt stehen die Stärkung der Primär- und Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten, die nationale Durchführung der EHDS-Verordnung (EU) 2025/327, die Fortentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Patientenakte (ePA), die Einführung neuer digitaler Anwendungen wie der elektronischen Überweisung und der digitalen Ersteinschätzung bzw. Bedarfseinschätzung sowie die Weiterentwicklung der Gesellschaft für Telematik (gematik) als zentraler Steuerungsinstanz.

Aus Sicht des PKV-Verbands sind die Zielsetzungen des Gesetzentwurfs grundsätzlich begrüßenswert. Zugleich gibt es an mehreren zentralen Regelungen des Entwurfs erheblichen Anpassungsbedarf, um die gleichberechtigte Teilhabe Privatversicherter an der digitalen Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

### **Dies betrifft insbesondere folgende Schwerpunkte:**

- Es fehlt die Befugnis von PKV-Unternehmen, vorhandene Gesundheits- und Abrechnungsdaten ihrer Versicherten zum Zwecke der Risikoerkennung und der Unterbreitung gezielter Vorsorge- und Beratungsangebote auszuwerten (Art. 1 Nr. 3, § 25b SGB V). Während dies in der GKV regelhaft möglich ist und durch das GeDIG weiter ausgebaut wird, mangelt es in der PKV an einer vergleichbaren Rechtsgrundlage.
- Bei den Vertretungsregelungen in der ePA (Art. 1 Nr. 44, § 342 SGB V) droht durch den Wegfall der Vertreterberechtigungen für den Leistungserbringerzugriff ein faktischer Ausschluss schutzbedürftiger Privatversicherter von der ePA-Nutzung.
- Die Erweiterung der digitalen Patientenrechnung (Art. 1 Nr. 66, § 349a SGB V) erfasst noch nicht alle abrechnungsrelevanten Leistungserbringergruppen.
- Ärzte sollten die Möglichkeit erhalten, bei der Behandlung von Privatversicherten eine elektronische Überweisung auszustellen. Dies ist nach derzeitigen Regelungen jedoch nicht vorgesehen, denn die Einführung der elektronischen Überweisung (Art. 1 Nr. 69, § 360a SGB V) sieht keine Einbeziehung privater Krankenversicherungsunternehmen vor, was Privatversicherte auf papiergebundene Prozesse verweist.
- KBV und GKV-SV werden in Art. 1 Nr. 77, § 370c SGB V-E beauftragt, Anforderungen an eine zentrale Terminbuchungsplattformen zu formulieren, die diverse, teilweise utopische Voraussetzungen erfüllen soll. Die Regelung läuft auf die Einrichtung einer Einheitsplattform zur Terminbuchung für GKV-Patienten hinaus, die massiv den Wettbewerb verhindert, heute in der Praxis etablierte Angebote abschafft und faktisch zu einer Staatsmedizin führen kann. Die Regelung sollte daher ersatzlos gestrichen werden.
- Es fehlen verbindliche Umsetzungsverpflichtungen für EHR-Systemhersteller, die Prozesse für Privatversicherte bei ePA, E-Rezept und KVNR-Abruf auch national sicherstellen. Dieser Punkt betrifft eines der Haupthindernisse Privatversicherter beim Zugang zur TI und zur ePA, denn bis heute sind die meisten Praxisverwaltungssysteme der Arzt- und Facharztpraxen sowie die meisten Apothekensoftwaresysteme nicht in der Lage,

ePA's von Privatversicherten zu befüllen bzw. darauf zuzugreifen sowie E-Rezepte digital einzulösen. Ohne diese Systemvoraussetzungen greifen die auch im EHDS verankerten Rechte Privatversicherter ins Leere.

### **Abbildung des PKV-Gesellschafterstatus im Gesetz**

Der PKV-Verband gehört seit 2020 dem Gesellschafterkreis der gematik GmbH an. Er bringt sich konstruktiv ein und treibt den Anschluss der privat Krankenversicherten und beihilferechtigten Personengruppen an die TI maßgeblich voran. Zusammen mit der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert die private Krankenversicherung die entstehenden Kosten der gematik GmbH für den Aufbau der digitalen Gesundheits-Infrastruktur und die Ausstattung von Praxen und Versicherten mit der entsprechenden Technologie. Obgleich seit sechs Jahren in dieser Verantwortung, wird der PKV-Verband im Gesetz nicht als Gesellschafter benannt. Die inhaltlich überholte Formulierung im Gesetz sollte daher aktualisiert werden.

### **Digitale Bedarfseinschätzung**

Die in Art. 1 Nr. 69 vorgesehene Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung (§ 360b SGB V) – die langfristig die bestehende digitale Ersteinschätzung des kassenärztlichen Patientenservice im Akutfall ablösen soll – betrifft die PKV nicht unmittelbar. Einer Einbeziehung der PKV in den Vereinbarungsauftrag nach § 360b bedarf es daher nicht und diese ist auch nicht vorgesehen.

Kritisch ist allerdings die unterschiedliche Auslegung und Ausgestaltung der für die ambulante ärztliche Versorgung geplanten digitalen Bedarfseinschätzung einerseits und der im Rahmen der Notfallreform vorgesehenen digitalen Ersteinschätzung (Ersteinschätzung der Integrierten Notfallzentren - INZ) andererseits. Es bestehen Differenzen bei den Dringlichkeitskriterien, den Zeithorizonten, der technischen Spezifikation sowie bei den Speicheroptionen in der ePA. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass mit dem geplanten bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahren für die Akutleitstellen ein drittes System auf Bundesebene hinzukommt, welches eine im Kern vergleichbare Einschätzung vornehmen soll, entsteht die Gefahr von Widersprüchen und Überregulation. Aus Praktikabilitätsgründen sollte erwogen werden, zunächst ein gut funktionierendes Verfahren in der Notfallversorgung zu etablieren, bevor flächendeckend für den ambulanten Bereich ein weiteres Modell entwickelt und eingesetzt wird.

## II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

### **Zu Art. 1 Nr. 3, § 25b SGB V - Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Kranken- und Pflegekassen erhalten künftig die Möglichkeit, bestimmte Gesundheitsdaten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) ihrer Versicherten zu nutzen. Das ist allerdings an zwei Bedingungen geknüpft: Die Daten müssen den Kassen über einen gesetzlich geregelten Weg (§ 345 SGB V) bereitgestellt worden sein, und sie müssen für die jeweilige Aufgabe der Kasse tatsächlich geeignet und notwendig sein. Darüber hinaus dürfen die Kassen weitere persönliche Daten erheben – etwa direkt bei den Versicherten selbst oder bei anderen Stellen. Voraussetzung dafür ist, dass die betroffene versicherte Person ausdrücklich eingewilligt hat und die Daten für die vorgesehenen Zwecke erforderlich sind. Daten, die auf diesem Weg zusätzlich erhoben werden, müssen von der Krankenkasse in die elektronische Patientenakte der versicherten Person übertragen und dort gespeichert werden.

#### Bewertung:

Mit der Erweiterung der Nutzung der Gesundheitsdaten, die in der ePA gespeichert werden und die ohne ausdrückliche Zustimmung der Versicherten von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen verarbeitet werden dürfen, werden die Befugnisse der GKV bei der datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken erweitert. Für die PKV fehlt es hingegen an einer entsprechenden Befugnis, was zu einer Ungleichbehandlung im wichtigen und gesundheitspolitisch gewollten Bereich der Gesundheitsvorsorge und Prävention führt. Es sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, damit zukünftig auch die PKV durch Präventionsprogramme bei ihren Versicherten zur Verbesserung der Lebensqualität und Senkung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten beitragen kann.

Auf dieser Grundlage würden die privaten Krankenversicherer in die Lage versetzt, ihre Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme gezielt weiterzuentwickeln und insbesondere Versicherte mit bestehenden Erkrankungen oder einem erhöhten Krankheitsrisiko individuell und datengestützt anzusprechen.

#### Änderungsvorschlag:

Es bedarf einer eigenständigen, spezialgesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnis der Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die in ihrem Umfang den für die GKV geltenden Befugnissen nach § 25b SGB V und § 287a Abs. 1 bis 3 SGB V entspricht – unter Wahrung des Widerspruchsrechts der Versicherungsnehmer und der ärztlichen Therapiefreiheit.

### **Zu Art.1 Nr. 15, § 284a SGB V – Reallabore der Krankenkassen**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Krankenkassen können mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Reallabore errichten, in denen die innovative Nutzung von personenbezogenen Daten, einschließlich besonderer Kategorien

personenbezogener Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO, über § 284 SGB V hinaus befristet erprobt werden dürfen. Abweichend von § 284 Abs. 1 SGB V dürfen die am Reallabor beteiligten Krankenkassen personenbezogene Daten ihrer Versicherten sowie weitere personenbezogene Daten in dem gemäß Absatz 4 Satz 1 festgelegten Umfang der Erprobung verarbeiten.

#### Bewertung:

Aus Sicht des PKV-Verbands ist es unerlässlich, dass Reallabore und niedrigschwellige Formen der Datennutzung gleichberechtigt auch der PKV-Branche eröffnet werden. Der hierdurch eingeräumte Spielraum einer erweiterten Datenverarbeitung nur für die GKV - zwar mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde, aber ohne einer nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO grundsätzlich erforderlichen expliziten gesetzlichen Vorschrift - stellt eine Ungleichbehandlung gegenüber den privaten Krankenversicherungsunternehmen dar. Nicht nur der GKV, sondern auch der PKV kommt im Gesundheitssystem eine zentrale Rolle zu. Auch die PKV können die Potentiale der Nutzung von Gesundheitsdaten aufgrund der bestehenden Rechtsunsicherheit, bedingt durch die regional unterschiedlich agierenden Landesdatenschutzbehörden, nicht ausschöpfen.

#### Änderungsvorschlag:

Die PKV-Branche spricht sich nachdrücklich für die Schaffung einer ähnlich gelagerten „Experimentierklausel“ aus, die es den privaten Krankenversicherungen – vergleichbar den für die GKV bestehenden Regelungen – ermöglicht, erweiterte Formen der Datenverarbeitung im Rahmen klar definierter Zweckbestimmungen und Grenzen befristet zu erproben. Ziel ist es, innovative datengestützte Ansätze insbesondere im Bereich des individuellen Gesundheitsschutzes, der Prävention und des Gesundheitsmanagements unter kontrollierten Bedingungen zu evaluieren und auf dieser Basis rechtssichere Datenverarbeitungsbefugnisse weiterzuentwickeln und zu etablieren.

### **Zu Art. 1 Nr. 16, § 290 Abs. 3 S. 4 SGB V – KVNR-Verzeichnis bei der Vertrauensstelle Krankenkassen**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Die Anpassung von § 290 Abs. 3 S. 4 SGB V stellt klar, dass das Verzeichnis zur Sicherstellung der Eindeutigkeit der KVNR verwendet werden darf.

#### Bewertung:

Der PKV-Verband begrüßt diese Anpassung, da diese mehr Rechtssicherheit für Prozesse schafft, die auf eine zuordnungskonforme Nutzung der KVNR in der TI abzielen.

### **Zu Art. 1 Nr. 17, § 291 SGB V – elektronische Gesundheitskarte**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Der § 291 SGB V soll um Aspekte der digitalen Identitäten und der EUDI-Wallet zur nachträglichen sicheren Identifikation erweitert werden.

#### Bewertung:

Die gleichwertige Nutzbarkeit dieser Alternativen zur elektronischen Gesundheitskarte wird

begrüßt. Mehrwerte für den allgemeinen Versorgungsalltag entstehen potentiell insbesondere für Privatversicherte, die grundsätzlich nur mit digitalen Identitäten in Form der GesundheitsID und perspektivisch mit elektronischen Nachweisen in der EUDI-Wallet versorgt sind. Für Vertretungssituationen fehlt allerdings bislang die Möglichkeit, die digitalen Verfahren anzuwenden, was den Versorgungsalltag spürbar einschränkt.

#### Änderungsvorschlag:

Die grundlegenden Voraussetzungen für Vertretungsmöglichkeiten bei der Nutzung der digitalen Identitäten sollten frühzeitig gesetzlich verankert werden.

### **Zu Art. 1 Nr. 26 cc), § 312 Nr. 19 und Nr. 20 SGB V - Aufträge an die Gesellschaft für Telematik**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Die gematik wird in § 312 Abs. 1 Nr. 19 SGB V beauftragt, die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass zugriffsberechtigte Leistungserbringer mittels der elektronischen Gesundheitskarte und nach Maßgabe des § 361d SGB V auf elektronische Überweisungen zugreifen können.

#### Bewertung:

Wir begrüßen den Umsetzungsauftrag an die gematik als notwendige Voraussetzung dafür, dass die elektronische Überweisung als Bestandteil eines digitalen vernetzten Versorgungsprozesses zeitnah und flächendeckend zur Verfügung steht. Jedoch wird als Zugangsmedium ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte genannt. Privatversicherte nutzen ausschließlich digitale Identitäten nach § 362 SGB V als Zugangsweg zur Telematikinfrastruktur. Zwar stellt § 291 Abs. 8 S. 3 SGB V die digitale Identität der elektronischen Gesundheitskarte zur Authentifizierung im Gesundheitswesen gleich, jedoch wird diese Gleichstellung nicht aufgegriffen. Ohne Einbeziehung der digitalen Identität als Zugangsweg besteht das Risiko, dass die technische Umsetzung durch die gematik die Belange der Privatversicherten nicht von Anfang an berücksichtigt.

#### Änderungsvorschlag:

Wir bitten darum, die Angabe mittels der elektronischen Gesundheitskarte in § 312 Abs. 1 Nr. 19 SGB V zu ergänzen um „*oder einer digitalen Identität nach § 362 SGB V*“.

### **Zu Art. 1 Nr. 26 b), § 312 Abs. 5 SGB V - Aufträge an die Gesellschaft für Telematik, Elektronische Überweisung**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Die gematik wird damit beauftragt, Maßnahmen durchzuführen, damit Überweisungen ab dem 1. September 2028 in elektronischer Form übermittelt werden können. Dabei sollen insbesondere die Vorgaben der Bundesmantelverträge nach § 87 Abs. 1 SGB V berücksichtigt werden.

### Bewertung:

Die Vorgaben orientieren sich in der aktuellen Fassung ausschließlich an den Bundesmantelverträgen nach § 87 Abs. 1 SGB V und damit am Regelungsrahmen des Sachleistungsprinzips. Damit die elektronische Überweisung auch im Kontext der Privaten Krankenversicherung, insbesondere im Kostenerstattungsverfahren und nach den Bedingungen des gewählten Tarifs, zweckmäßig eingesetzt werden kann, müssen entsprechende spezifische Anforderungen der Kostenträger nach § 362 Abs. 1 SGB V mitberücksichtigt werden.

### Änderungsvorschlag:

§ 312 Abs. 5 S. 2 sollte wie folgt ergänzt werden:

*„Bei der Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik insbesondere die Vorgaben der Bundesmantelverträge nach § 87 Absatz 1 SGB V sowie die Anforderungen der Kostenträger nach § 362 Absatz 1 SGB V.“*

## **Zu Art. 1 Nr. 44 ff, § 342 Abs. 2 Nr.1 SGB V - Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte**

### Vorgeschlagene Regelung:

Zu Buchstabe p erfolgen Folgeanpassungen, welche eine Streichung des Verweises auf den Buchstaben j beinhalten.

### Bewertung:

Die Änderung sieht vor, den Buchstaben j entfallen zu lassen. Dies hätte die Konsequenz, dass zukünftig nicht mehr die Möglichkeit angeboten werden muss, dass Versicherte in Vertretung für einen anderen Versicherten Leistungserbringer für den Zugriff auf die ePA-App berechtigen können. Wir möchten hiermit darauf hinweisen, dass Privatversicherte weiterhin darauf angewiesen sind, dass eingerichtete Vertreter Zugriffsberechtigungen für Leistungserbringer erteilen können. Ohne diese Option wären Personengruppen, die auf Vertretung angewiesen sind, de facto von der ePA-Nutzung ausgeschlossen, weil für sie keine Berechtigung von Leistungserbringern möglich ist.

### Änderungsvorschlag:

Der Verweis auf den Buchstaben j sollte beim Buchstaben p wieder aufgenommen werden.

## **Zu Art. 1 Nr. 44 gg) sowie Art. 1 Nr. 45 c); § 342 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sowie § 342a Abs. 4 SGB V – Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte sowie Ombudsstellen**

### Vorgeschlagene Regelung:

Die Ombudsstellen sollen zusätzlich in die Lage versetzt werden, Vertretungen für Versicherte einrichten und verwalten zu können.

### Bewertung:

Die zusätzliche Option zur Einrichtung von ePA-Vertretungen wird begrüßt. In der PKV wäre die Einrichtung von Vertretungen auf diesem Weg vor allem relevant für die Einrichtung gesetzlicher Vertretung (z.B. ein Elternteil soll die ePA für das Kind nutzen). Allerdings fehlt es ePA-Ombudsstellen in der PKV an Möglichkeiten zu prüfen, ob der anfragende Vertreter den Versicherten rechtlich vertreten darf.

### Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, dass Vertragsinhaber auf Antrag bei der ePA-Ombudsstelle die Vertretung für Personen unter 16 Jahren, die im selben Vertrag mitversichert sind, übernehmen können.

## **Zu Art. 1 Nr. 48, § 345a SGB V – Digitaler Versorgungseinstieg**

### Vorgeschlagene Regelung:

Mit dem Funktionsbereich digitaler Versorgungseinstieg in der ePA-App soll für die Patienten ein einfacher, nutzerfreundlicher, digitaler Zugang zur Versorgung angeboten werden. Zudem sollen die entsprechend notwendigen Voraussetzungen für das integrierte Zusammenspiel der bereits vorhandenen technischen Komponenten geschaffen werden.

### Bewertung:

Eine Vernetzung der ePA mit Services wie einem Terminbuchungstool, einem Ersteinschätzungsverfahren sowie der elektronischen Überweisung bietet Ansatzpunkte, die Versorgung von Versicherten zu verbessern und die ePA stärker in Versorgungsprozesse einzubeziehen. Nicht berücksichtigt werden hierbei allerdings Vertretungskonstellationen zwischen Privat- und gesetzlich Versicherten, wie sie regelmäßig vorkommen. So sollten beispielsweise privatversicherte Elternteile den digitalen Versorgungseinstieg für ihre gesetzlich versicherten Kinder nutzen können. Darüber hinaus sollte der Zugang zu den Angeboten des digitalen Versorgungseinstiegs nicht ausschließlich über die ePA-App möglich sein, sondern auch über andere bewährte digitale Anwendungen, wie etwa Service-Apps oder Portale. Versicherte sollten frei wählen können, über welchen Zugang sie in die ärztliche Versorgung gelangen.

### Änderungsvorschlag:

Vorgeschlagen wird, dass Privatversicherte den digitalen Versorgungseinstieg stellvertretend für gesetzlich Versicherte nutzen dürfen, wenn sie nach § 345a Abs. 4 SGB V als Vertreter für die Wahrnehmung der Rechte im Rahmen der Nutzung des Funktionsbereichs für den digitalen Versorgungseinstieg bestimmt wurden.

## **Zu Art 1 Nr. 66, § 359a Abs. 2 SGB V – Digitale Patientenrechnung**

### Vorgeschlagene Regelung:

Die auf die ePA zugriffsberechtigten Leistungserbringer werden um Heil- und Hilfsmittelerbringer erweitert.

### Bewertung:

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der Gesetzgeber den Kreis der zugriffsberechtigten Leistungserbringer auf die digitale Patientenrechnung erweitert und dabei nunmehr auch Heil- und Hilfsmittelerbringer berücksichtigt.

Zugleich wird darauf hingewiesen, dass die vorgesehene Regelung in ihrer derzeitigen Fassung noch nicht alle relevanten Leistungserbringergruppen erfasst, denen zu Abrechnungszwecken ein Zugriff auf die digitale Patientenrechnung ermöglicht werden sollte. Daher sollten insbesondere folgende Gruppen ebenfalls einbezogen werden:

- Pflegedienste/Pflegeeinrichtungen
- Hebammen und Entbindungshelfer
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Krankenhäuser
- Psychologische und psychosomatische Kliniken
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Medizinische Versorgungszentren
- Labore und Diagnostikeinrichtungen
- Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen

### Änderungsvorschlag:

Ergänzung des § 359a Abs. 2 SGB V um alle relevanten Leistungserbringergruppen, denen zu Abrechnungszwecken ein Zugriff auf die digitale Patientenrechnung ermöglicht werden sollte.

## **Zu Art. 1 Nr. 69, § 360a SGB V – Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Überweisungen**

### Vorgeschlagene Regelung:

Geregelt wird die Verpflichtung, für die elektronische Übermittlung und Verarbeitung von vertragsärztlichen elektronischen Überweisungen die Telematikinfrastuktur zu nutzen. Die Verpflichtung greift nur, soweit die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen.

### Bewertung:

Wir begrüßen die Einführung der elektronischen Überweisung als Baustein zur Etablierung nutzerfreundlicher, digitaler Versorgungsprozesse in der ambulanten Versorgung. Die elektronische Überweisung bietet das Potenzial, nicht nur den Verwaltungsaufwand durch den Wegfall papiergebundener Überweisungen deutlich zu reduzieren, sondern auch die Koordination und den sicheren und schnellen Informationsfluss zwischen Haus- und Fachärzten spürbar zu verbessern. Der § 360a SGB V sieht in seiner aktuellen Fassung nicht vor, dass auch private Krankenversicherungsunternehmen in die Lage versetzt werden, ihren Versicherten die elektronische Überweisung unter Nutzung der Telematikinfrastuktur anzubieten. Damit hätten Ärzte keine Möglichkeit, bei der Behandlung von Privatversicherten eine elektronische Über-

weisung auszustellen. PKV-Versicherte wären damit ausschließlich auf papiergebundene Überweisungsprozesse angewiesen, mit der Folge eines erschwerten Informationsflusses zwischen den gemeinsam behandelnden Ärzten sowie weiterhin papiergebundener Prozesse zur Kostenerstattung.

#### Änderungsvorschlag:

1. Damit die elektronische Überweisung systemübergreifend als digitaler Standard etabliert wird und auch private Krankenversicherer eine Benutzeroberfläche der elektronischen Überweisung im Rahmen ihres ePA-FdVs anbieten dürfen, schlagen wir vor, den § 360a Abs. 4 SGB V um die in § 362 Abs. 1 SGB V genannten Kostenträger zu ergänzen.
2. Privatversicherte mit einem Tarif nach dem Primärarztmodell sowie Versicherte im Basistarif sind verpflichtet, im Rahmen der Kostenerstattungsprüfung bei fachärztlichen Rechnungen auch die zugehörige Überweisung einzureichen und nachzuweisen. Da für die Einreichung von Rechnungen bei privaten Krankenversicherern keine feste gesetzliche Frist besteht, ist die im Entwurf vorgesehene Löschfrist von 100 Tagen nach Einlösung der elektronischen Überweisung für Privatversicherte nicht ausreichend. Wir bitten daher analog zu § 360 Abs. 13 SGB V um die Ergänzung des § 360a Abs. 5 SGB V um folgenden Satz 2:

*„Für Versicherte der Kostenträger nach § 362 Absatz 1 SGB V gilt abweichend von Satz 1 eine Löschfrist von zehn Jahren nach Einlösung der elektronischen Überweisung, soweit die Speicherung zum Zweck der Kostenerstattung erforderlich ist und der Versicherte der Speicherung nicht widersprochen hat.“*

#### **Zu Art. 1 Nr. 69, § 360 b SGB V-E – Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung**

##### Vorgeschlagene Regelung:

KBV und GKV-SV vereinbaren innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Anforderungen an ein elektronisches System zur standardisierten und strukturierten Erhebung gesundheitlicher Beschwerden, zur Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung sowie zur Zuordnung der Behandlungsbedarfe in die geeignete Versorgungsebene (digitale Bedarfseinschätzung). Diese digitale Bedarfseinschätzung unterstützt die Versicherten zielgerichtet bei deren Zugang in die Notfall-, Akut- oder ambulante Regelversorgung.

##### Bewertung:

Mit der Regelung soll ein neues Verfahren zur Ermittlung des medizinischen Behandlungsbedarfs eingeführt werden, das vom Umfang und Einsatzgebiet weit über das Können bisheriger Angebote hinausgeht. Während Ersteinschätzungstools wie SmED heute primär für die Abklärung akuter Behandlungsbedarfe und von Notfällen eingesetzt werden, soll das neue System zusätzlich auch noch chronische Verläufe richtig einschätzen sowie eine Empfehlung für den richtigen Versorgungspfad abgeben. Positiv ist zu bewerten, dass sich das neue Verfahren auf entsprechende Regelungen im Kontext der Notfallreform beziehen soll, wo ebenso neue digitales Ersteinschätzungsverfahren vorgesehen sind, die anschließend für die Einteilung in den

richtigen Versorgungsarm – ambulant oder stationär – genutzt werden soll. Die Vorgaben im Rahmen der Notfallreform werden vom G-BA entwickelt, während die Anforderungen im Rahmen des vorliegenden Gesetzesentwurfs von KBV und GKV-SV im Benehmen mit weiteren Institutionen entwickelt werden sollen. Über die Notfallreform ist auch der PKV-Verband in die Thematik der digitalen Ersteinschätzung eingebunden.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass bei diesen beiden sehr ähnlichen Verfahren zumindest im Gesetz eine Klammer gesetzt wird, indem auf die Notfallreform verwiesen wird.

Dennoch sind beide Verfahren unterschiedlich angelegt, weisen Differenzen bei den Dringlichkeitskriterien auf, haben verschiedene Zeithorizonte, Unterschiede in der technischen Spezifikation sowie unterschiedliche Speicheroptionen in der ePA (INZ-Ersteinschätzung in der Notfalldokumentation vs. freiwilliger Speicherung der ambulanten Bedarfseinschätzung). Berücksichtigt man zudem, dass es auf für die Ersteinschätzung der Akutleitstellen ein weiteres bundeseinheitliches Ersteinschätzungsverfahren geben soll, würde es drei verschiedene Systeme auf Bundesebene geben, die alle einen mehr oder weniger identische Einschätzung vornehmen sollen. Es besteht die Gefahr von Wertungswidersprüchen und Verwirrung, wenn deren Ergebnisse nicht weitestgehend identisch sind.

Aus Praktikabilitätsgründen sollte erwogen werden, zunächst ein gut funktionierendes Verfahren in der Notfallversorgung zu etablieren, bevor flächendeckend im ambulanten Bereich ein weiteres Modell eingesetzt wird. Im Markt existieren heute schon verschiedene Anwendungen, die sowohl entscheidungsbaumbasiert (wie SmED) als auch KI-gestützt (z.B. Infermedica, Xund, Ada) arbeiten. In einem wettbewerblich agierenden Ansatz könnten diese Modelle miteinander verglichen und anschließend an die konkreten Anforderungen und Bedarfe angepasst werden. Zudem ist zu erwarten, dass zeitnah weitere Angebote auf dem sich dynamisch entwickelnden Markt entstehen werden. Durch ein agiles Vorgehen könnten zunächst Erfahrungen gesammelt werden. Das Risiko langwieriger und teurer Auftragsentwicklungen, die mit zentralen Lösungen einhergehen, würde reduziert werden.

#### Änderungsvorschlag:

Auf die vorgeschlagenen Regelungen wird verzichtet.

### **Zu Art. 1 Nr. 77, § 370c SGB V-E – Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen**

#### Vorgeschlagene Regelung:

KBV und GKV-SV sollen Anforderungen an zentrale Terminbuchungsplattformen vereinbaren, die von den Vertragsärzten und den Vertragszahnärzten zur Vereinbarung von Terminen in der GKV verwendet werden sollen.

#### Bewertung:

Immer mehr Patientinnen und Patienten nutzen Online-Plattformen, um Arzttermine zu vereinbaren – unabhängig von Praxisöffnungszeiten und telefonischer Erreichbarkeit. Auch für Arztpraxen bedeuten diese Plattformen eine Entlastung, weil sie den organisatorischen Auf-

wand bei der Terminvergabe verringern. Die digitale Terminbuchung ergänzt die herkömmliche Terminvereinbarung per Telefon oder persönlich vor Ort und bietet beiden Seiten einen unmittelbaren Mehrwert im Versorgungsalltag.

Die geplante Regulierung greift in die Berufsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhausträgern und privaten Plattformanbietern ein, ohne dass dies sachlich gerechtfertigt wäre. Die eigenständige Organisation des Praxisbetriebs – einschließlich der Wahl der Terminvergabe-Instrumente – gehört zur ärztlichen Berufsfreiheit. Eine Einschränkung ist zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung weder geeignet noch erforderlich.

Die Regelung ist auch europarechtlich bedenklich, insbesondere mit Blick auf die Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 AEUV) sowie die E-Commerce-Richtlinie und die Dienstleistungs-Richtlinie der EU. Auch der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) setzt auf die Datenhoheit der Patientinnen und Patienten, einschließlich des Rechts, den Dienstleister frei zu wählen.

Die geplante Regulierung widerspricht dem erklärten Ziel des Gesetzgebers, Wettbewerb und Innovation im Gesundheitswesen zu stärken. Digitale Terminbuchungsplattformen tragen heute zur effizienten Nutzung knapper Behandlungsressourcen bei. Übermäßige Regulierung gefährdet diesen innovationsgetriebenen Wettbewerb.

#### Änderungsvorschlag:

§ 370c SGB V-E sollte aus dem Entwurf des GeDIG ersatzlos gestrichen werden.

#### **Zu Art. 1 Nr. 73, § 362 Abs. 1 - Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten oder digitalen Identitäten für Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, für Polizeivollzugsbeamte, für sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder für Soldaten der Bundeswehr**

#### Vorgeschlagene Regelung:

In den Verweiskatalog des § 362 Abs. 1 SGB V wird § 361d SGB V aufgenommen.

#### Bewertung:

Damit Private Krankenversicherungsunternehmen die TI-Anwendung Elektronische Überweisung ihren Versicherten anbieten und Privatversicherte diese gleichberechtigt zu gesetzlich Versicherten nutzen können, müssen sämtliche allgemeine gesetzliche Grundlagen für die entsprechende Anwendung sichergestellt sein.

§ 361d SGB V regelt, welcher Personenkreis auf Daten der Versicherten in vertragsärztlichen elektronischen Überweisungen in der Telematikinfrastuktur zugreifen darf. Diese Zugriffsregelungen müssen auch für Privatversicherte Anwendung finden.

Darüber hinaus ist die Elektronische Überweisung nach § 360a SGB V in der aktuellen Fassung des § 334 Abs. 1 SGB V nicht als Aufwendung der Telematikinfrastuktur aufgeführt. Für Privatversicherte hat dieses Fehlen eine doppelte Auswirkung. § 362 Abs. 1 SGB V verweist für die Anwendbarkeit auf PKV-Kostenträger unter anderem auf § 334 Abs. 1 SGB V. Ist die Elektronische

Überweisung dort nicht genannt, fehlt nicht nur die allgemeine Anwendungsgrundlage, sondern zugleich auch die Brücke für die entsprechende Anwendung z.B. des geforderten § 361d SGB V über den Verweismechanismus des § 362 Abs. 1 SGB V.

#### Änderungsvorschlag:

1. Aufnahme des § 361d SGB V in § 362 Abs. 1 SGB V.
2. Aufnahme der Elektronischen Überweisung in § 334 Abs. 1 SGB V.

### **Zu Art. 7 Nr. 4, § 3 GDNG - Forschungskennziffer**

#### Vorgeschlagene Regelung:

Die koordinierende Zugangsstelle für Gesundheitsdaten legt im Benehmen mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ein technisches Verfahren fest, mit dem aus dem unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Abs. 1 S.2 SGB V die Forschungskennziffer nach Absatz 1 generiert werden kann. Aus der Forschungskennziffer darf kein Rückschluss auf den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer möglich sein. Die koordinierende Zugangsstelle für Gesundheitsdaten stellt das technische Verfahren nach Satz 1 kostenfrei für die Nutzung durch Gesundheitsdateninhaber und weitere Akteure bereit. Gesundheitsdateninhaber sollen für die von ihnen gehaltenen Datensätze mit personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten Forschungskennziffern erheben und speichern. Gesundheitsdateninhaber dürfen hierzu den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Abs. 1 S. 2 SGB V zur Erzeugung der Forschungskennziffer verarbeiten.

#### Bewertung:

Die KVNR dient als Basis für die Forschungskennziffer und setzt eine lebenslang unveränderte Gültigkeit voraus. Da es in Ausnahmefällen (z.B. Stammdatenkorrekturen oder Dublettenbereinigungen) dazu kommen kann, dass die KVNR neu vergeben wird, ist die Unveränderlichkeit gegenwärtig nicht gewährleistet. Dadurch könnte es in Fällen einer KVNR-Änderung dazu kommen, dass Widersprüche gegen die Nutzung der Daten für Forschungszwecke nicht vollumfänglich greifen. Zudem kann eine Änderung der KVNR zu einem Datenverlust bei TI-Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte und dem E-Rezept führen.

#### Änderungsvorschlag:

Soll die KVNR als Basis für die Forschungskennziffer dienen, muss gleichzeitig über geeignete Maßnahmen sichergestellt werden, dass es sich bei der KVNR tatsächlich um einen lebenslangen Identifier handelt, bei dem es nicht zu Änderungen kommen kann und diese auch von allen Gesundheitsdateninhabern einwilligungsfrei gebildet werden kann.

## **Zu Art. 7 Nr. 7, § 7 Nr. 6 GDNG – Koordinierende Zugangsstelle für Gesundheitsdaten; Verordnungsermächtigung**

### Vorgeschlagene Regelung:

Die koordinierende Zugangsstelle für Gesundheitsdaten richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt einen Arbeitskreis zur Gesundheitsdatennutzung ein. Der Arbeitskreis setzt sich aus Vertretern der Gesundheitsdateninhaber, aus Vertretern der Patientenorganisationen, die in der Patientenbeteiligungsverordnung genannt oder nach dieser Verordnung anerkannt sind, aus Vertretern von Leistungserbringern, aus Vertretern der Gesundheitsforschung sowie aus Vertretern weiterer betroffener Gruppen und Institutionen zusammen. Der Arbeitskreis wirkt beratend an der Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Evaluation der Aufgabenwahrnehmung der koordinierenden Zugangsstelle für Gesundheitsdaten mit.

### Bewertung:

Die Einrichtung des Arbeitskreises wird seitens des PKV-Verbands ausdrücklich begrüßt. Der PKV-Verband steht für eine Mitwirkung zur Verfügung und regt an, als Vertreter der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Gesundheitsdateninhaber sind, einbezogen zu werden.

## **Zu Art. 7 Nr. 7, § 11 Abs. 2 GDNG – Gesundheitsdateninhaberplichten; Verordnungsermächtigung**

### Vorgeschlagene Regelung:

In Erfüllung ihrer Pflicht nach Artikel 60 Abs. 1 der EHDS-Verordnung stellen Gesundheitsdateninhaber der anfordernden Zugangsstelle für Gesundheitsdaten die einschlägigen personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten gemeinsam mit der jeweiligen Forschungskennziffer nach § 3 GDNG zur Verfügung. Unmittelbar identifizierende Daten betroffener Personen sind vor der Zurverfügungstellung zu entfernen.

### Bewertung:

Es ist darauf hinzuweisen, dass hierbei teilweise erhebliche Aufwände entstehen können, die sich in der Preisgestaltung des Datensatzes widerspiegeln werden. Zudem bestehen Unsicherheiten, welche Daten als „unmittelbar identifizierend“ angesehen werden.

### Änderungsvorschlag:

Eine eindeutige Definition der zu entfernenden „unmittelbar identifizierenden Daten betroffener Personen“ ist notwendig.

## **Zu Art. 7 Nr. 7, § 23 Abs. 2 GDNG - Bußgeldvorschriften**

### Vorgeschlagene Regelung:

Ordnungswidrig handelt, wer entgegen § 11 Abs. 1 GDNG die Forschungskennziffer nicht an die Zugangsstelle für Gesundheitsdaten übermittelt oder wer gegen die EHDS-Verordnung in der Fassung vom 11. Februar 2021 verstößt, indem er

1. entgegen Artikel 63 Absatz 1 angeforderte Informationen nicht liefert,
2. entgegen Artikel 78 einen Datensatz mit einer unzutreffenden Datenqualitäts- und Nutzbarkeitskennzeichnung versieht.

Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 und 2 mit einer Geldbuße von bis zu 500.000 Euro geahndet werden.

### Bewertung:

Insbesondere bei unstrukturierten Datensätzen kann es für Datenhalter herausfordernd sein, die Datenqualität und Nutzbarkeit adäquat zu beschreiben. Es sollte daher vorhinterlegte Auswahloptionen für die Datenqualitäts- und Nutzbarkeitskennzeichnung geben, welche eine rechtssichere und aufwandsarme Beschreibung auch bei Datensätzen mit sehr heterogener Datenqualität und Nutzbarkeit ermöglicht. Zudem sollte der Ordnungswidrigkeitentatbestand nur bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger fehlerhafter Datenqualitäts- und Nutzbarkeitskennzeichnung nach Artikel 78 der EHDS-Verordnung Anwendung finden. Die Beschreibung der Datenqualität und Nutzbarkeit – insbesondere bei unstrukturierten, heterogenen oder komplexen Datensätzen – erfordert fachliche Einschätzungen, die zwangsläufig Bewertungsspielräume beinhalten. Selbst sorgfältig handelnde Dateninhaber können bei der Klassifikation zu vertretbaren, aber im Ergebnis unzutreffenden Angaben gelangen, ohne dass dies auf mangelnder Sorgfalt beruht. Der Tatbestand der Nr. 2 wäre damit bei einfach fahrlässigen Fehlkennzeichnungen – etwa aufgrund fehlender Standards oder unklarer Klassifikationsvorgaben – (zu) schnell erfüllt.

## **Zu Punkt VII Gesetzesfolgen (S. 95 ff), Nr. 4.2 - Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

### Vorgeschlagene Regelung:

Durch die Änderung des Gesundheitsdatennutzungsgesetz entsteht Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft durch die Einführung der Forschungskennziffer, die Akteure aus der Wirtschaft verpflichtet, bei der Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten sowohl die Krankenversicherungsnummer zu erheben als auch die Forschungskennziffer zu generieren. Für die Erhebung der KVNR wird einmaliger Erfüllungsaufwand für die Anpassung der Fachverfahren geschätzt.

### Bewertung:

Die geschätzten Kosten für die Anwendbarkeit der Governance-Regelungen zur Durchführung der Verordnung sowie zur Erhebung der KVNR für die Forschungskennziffer fallen in der Praxis deutlich höher aus als in der Kalkulation angegeben. Es wird darauf hingewiesen, dass nicht

ausschließlich Aufwände für die Erhebung und Generierung der KVNR, sondern auch für die Anpassung des Systems zum konformen Einbezug der Forschungskennziffer entstehen.

Änderungsvorschlag:

Es sollte eine realistische Neubewertung für die Aufwände erfolgen , die in der Anwendung der Governance-Regelungen zur Durchführung der Verordnung und in Bezug auf die Erhebung der KVNR für Forschungskennziffer sowie der Anpassung der Systeme zum konformen Einbezug der Forschungskennziffer entstehen.

### III. Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

#### 1. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Widersprüchen gegen die elektronische Patientenakte im Kontext des Versicherungswechsels

##### Regelungsbedarf:

In Hinblick auf Berücksichtigung von Widersprüchen im Kontext von Versicherungswechseln besteht gegenwärtig Rechtsunsicherheit, ob Widersprüche gegen die elektronische Patientenakte für nachfolgende Kostenträger zum Abruf zur Verfügung gestellt werden dürfen. Zudem gibt es keine einheitliche Auffassung, ob im Falle, dass ein Neukunde der elektronischen Patientenakte widerspricht, der neue Kostenträger im Zuge der Durchsetzung des Widerspruchs zunächst die Akte vom bisherigen Versicherer umziehen darf, um diese anschließend zu löschen.

##### Änderungsvorschlag:

Im Sinne einer rechtssicheren Umsetzung regen wir eine Ergänzung des § 344 Abs. 3 SGB V an:

*„Die Krankenkasse darf den Widerspruchsstatus nach Absatz 1 zum Zwecke der Berücksichtigung des Widerspruchs verarbeiten, in der elektronischen Patientenakte speichern und im Rahmen eines Krankenkassenwechsels an die neue Krankenkasse des Versicherten übermitteln. Die nach einem Krankenkassenwechsel zuständige Krankenkasse ist befugt, den Widerspruchsstatus zum Zwecke der Berücksichtigung des erfolgten Widerspruchs zu verarbeiten. Ist die elektronische Patientenakte zum Zeitpunkt des Widerspruchs noch nicht auf die nach einem Krankenkassenwechsel zuständige Krankenkasse übertragen worden, ist diese berechtigt die elektronische Patientenakte zu übernehmen und zur Umsetzung des Widerspruchs unverzüglich zu löschen.“*

#### 2. Umsetzungsverpflichtungen zu Anwendungen der Telematikinfrastuktur im Kontext der Primärdatennutzung nach dem EHDS

##### Regelungsbedarf:

Nach der EHDS-Verordnung (EU) 2025/327 müssen grenzübergreifende Prozesse wie die Möglichkeit zum Einlösen von E-Rezepten in andere EU-Staaten oder das Ermöglichen eines Zugriffs auf Daten in der elektronischen Patientenakte bei der Behandlung im EU-Ausland ermöglicht werden. Dieses geht mit umfangreichen Verpflichtungen für Hersteller von Primärsystemen, Anbieter der elektronischen Patientenakte, aber auch die einzelnen EU-Staaten einher, was in diesem Gesetzesentwurf umfangreich Berücksichtigung findet.

In Hinblick auf Privatversicherte sehen wir dringenden Handlungsbedarf, weil zwar sämtliche Prozesse in Hinblick auf eine grenzübergreifende Versorgung in der elektronischen Patientenakte und der Anwendung für das E-Rezept umgesetzt werden müssen, aber auf nationaler Ebene keinerlei Verbindlichkeit für Systemhersteller zur Umsetzung von Standardprozessen für das Ausstellen und Einlösen von E-Rezepten, den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Abruf der KVNR für Privatversicherte in Deutschland besteht. In der Konsequenz laufen die aus dem EHDS vorgesehenen Rechte für Privatversicherte ins Leere, weil Leistungserbringer die technischen Möglichkeiten fehlen, die Prozesse zu bedienen. Dieses hat nicht nur

negative Auswirkungen auf die Primärdatennutzung, sondern auch auf die Sekundärdatennutzung, da hochstandardisierte Daten gar nicht erst entstehen und Forschungskennziffern ohne KVNR nicht gebildet werden können.

#### Änderungsvorschlag:

Nach Artikel 42 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2025/327 können Mitgliedsstaaten nationale Anforderungen für EHR-Systeme und Bestimmungen über ihre Konformitätsbewertung in Bezug auf andere Aspekte als die harmonisierten Softwarekomponenten von EHR-Systemen einführen. Wir schlagen vor, Anforderungen in die Konformitätsbewertung mit aufzunehmen, die sicherstellen, dass

1. EHR-Systeme, die lesend und/oder schreibend auf elektronische Patientenakten zugreifen können, dazu in der Lage sein müssen, auch lesend und/oder schreibend auf elektronische Patientenakten Privatversicherter zuzugreifen
2. EHR-Systeme, die elektronische Verordnungen für Arzneimittel ausstellen oder dispensieren können, dazu in der Lage sein müssen, auch elektronische Verordnungen für Privatversicherte auszustellen bzw. zu dispensieren
3. EHR-Systeme, die lesend und/oder schreibend auf elektronische Patientenakten zugreifen können und/oder elektronische Verordnungen für Arzneimittel ausstellen oder dispensieren können, dazu in der Lage sein müssen, die Krankenversicherternummer Privatversicherter über ein definiertes Standardverfahren entgegenzunehmen und so zu verarbeiten, dass diese für die oben genannten Prozesse genutzt werden kann.

### **3. Einrichtung von Vertretungsbeziehungen durch die Ombudsstelle, sowohl für alle Fachanwendungen als auch für Identifikationsvorgängen gegenüber Leistungserbringenden**

#### Regelungsbedarf:

Während eine physische eGK von einer Person zu einer anderen weitergegeben werden kann oder Eltern mit der eGK der eigenen Kinder in der Praxis vorstellig werden, fehlt bei Nutzung digitalen Identitäten eine vergleichbare Möglichkeit. In der PKV wird gänzlich auf physische Karten verzichtet.

Daher bedarf es geeigneter Vertretungsmöglichkeiten bei Identifikationsvorgängen gegenüber den Leistungserbringenden, die mit digitalen Identitäten durchgeführt werden. Dies betrifft insbesondere die neuen Verfahren, die im § 291, Absatz 3 und Absatz 8 genannt werden. Ferner lassen sich die Vertretungsszenarien über die ePA-Nutzung und Identifikationen hinaus weiterdenken. Denn auch für andere Fachdienste, wie z.B. E-Rezepte, sind echte Vertretungen notwendig.

#### Änderungsvorschlag:

Wir schlagen vor, dass die Ombudsstellen Vertretungen für alle Fachdienste und Prozesse, wie zur Initiierung eines Behandlungskontexts in Leistungserbringersystemen gegenüber Leistungserbringenden, einrichten können. Diese sollen zunächst auf Anfrage durch die Versicherten, die sich vertreten lassen wollen, an zentraler Stelle hinterlegt werden. Für Versicherte, die

nicht selbst eine Vertretung beantragen können, wie z.B. Kinder unter 16 Jahren, sollen die gesetzlichen Vertreter die Beantragungen übernehmen können. In diesem Zuge regen wir an, dass zentral hinterlegt Vertreterinnen und Vertreter ihre Rolle sowohl in den Fachanwendungen als auch bei der Initiierung von Behandlungskontexten in Leistungserbringersystemen vollständig digital ausüben können.

#### **4. PKV-Verband als Gesellschafter der gematik - § 310 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V; § 306 Abs. 1 sowie § 316 SGB V**

##### Bisherige Regelungen:

Im § 310 Abs. 2 S. 2 SGB V findet sich die veraltete 24,5 Prozentangabe des Geschäftsanteils des GKV-SV an der gematik GmbH. Im § 310 Abs. 3 SGB V findet sich eine inhaltlich überholte Formulierung zum möglichen Beitritt des PKV-Verbands in den Gesellschafterkreis.

##### Bewertung:

Am 3. April 2020 ist der PKV-Verband gemäß den Vorgaben des § 310 SGB V mit Zustimmung sämtlicher Gesellschafter, also auch des Bundes, in den Gesellschafterkreis aufgenommen worden. Der Geschäftsanteil des GKV-SV beträgt seitdem 22,05 Prozent, der des PKV-Verbands 2,45 Prozent. Insofern entspricht der Gesetzestext heute nicht mehr der Realität und sollte entsprechend angepasst werden.

##### Änderungsvorschlag:

Angepasst werden müssten insbesondere § 306 Abs. 1 und § 310 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V, die um den PKV-Verband als Gesellschafter der gematik GmbH zu ergänzen wären. Zudem hat der PKV-Verband mit dem GKV-SV, welcher gemäß § 316 SGB V (bislang allein) zur Finanzierung der gematik GmbH verpflichtet ist, eine Vereinbarung zur Mitfinanzierung der Kosten der TI durch die PKV abgeschlossen, wonach der PKV-Verband dem GKV-SV einen Teil der Aufwendungen der gematik GmbH sowie für die Erst- und Folgeausstattung samt Betriebskosten der Leistungserbringer (vgl. §§ 376 ff. SGB V) erstattet. Um diese erhebliche Mitfinanzierung und insoweit die Rolle der PKV sachgerecht sichtbar zu machen, sollten die betreffenden Regelungen an die aktuelle Sachlage angepasst werden.