

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz – DVG) 19.09.2019

1. Einordnung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen in Deutschland. Er nimmt in der vorliegenden Positionierung Stellung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Umsetzung digitaler Innovationen im Bereich der Gesundheitsversorgung der Versicherten und der damit in Verbindung stehenden Institutionen und Akteure. Aus Sicht der Versichertenversorgung erscheint es begrüßenswert, dass die Krankenversicherungen im GKV-System eigene Gestaltungsmöglichkeiten inklusive der hierfür notwendigen Grundlagen zur eigenen Entwicklung und Ausgestaltung des Versorgungsmanagements der Versicherten erhalten. Insofern ist das durch den Gesetzgeber hier beabsichtigte Ausgestalten im Rahmen der Entwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen als ein möglicher Weg, um die strategischen Kompetenzen der GKV-Krankenversicherungen hin zu einer stärker handlungs- bzw. versorgungsorientierten Dimension weiterzuentwickeln, einzuordnen.

Allerdings stellt die durch den Gesetzgeber dem GKV-System verordnete und mit den jüngsten Gesetzesvorhaben forcierte Ausweitung des Preiswettbewerbs ein potentiell Problem im Zusammenhang mit den geplanten Neuregelungen dar. Jeder Wettbewerb zielt seiner Natur nach auf Konkurrenz und Verdrängung, und eine Nutzung der von den Versicherten durch diesen Gesetzesentwurf zu erhebenden Sozialdaten und Abrechnungsdaten durch die im Wettbewerb miteinander stehenden Krankenkassen wirft unter solchen Voraussetzungen zahlreiche Folgefragen auf. Dazu gehört vorrangig die Gewährleistung der bedarfsgerechten und am Versichertenwohl orientierten Versorgung der Versicherten unabhängig von der Auswertung und Verwendung der sie betreffenden Sozialdaten, die Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Versicherten in dieser Frage sowie die Unklarheit darüber, welche langfristigen versorgungspolitischen Schlüsse aus den Auswertungen von Sozial- und Abrechnungsdaten in großem Maßstab entstehen können.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de



Der DGB richtet an den Gesetzgeber die grundsätzliche Aufforderung, ausreichende Maßnahmen zu ergreifen, um den Schutz der Persönlichkeitsrechte und der informationellen Selbstbestimmung der Versicherten sicherzustellen. Insbesondere ist sicherzustellen, dass keine Sozialdaten erhoben und verwendet werden, die elementare Informationen aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte der Versicherten offenlegen oder diese den Interessen von Dritten zuführen.

2. Finanzierungsverantwortung für vorgesehene Maßnahmen

Der DGB sieht in der einseitigen Zuordnung der Finanzierungsverantwortung für die vorgesehenen Maßnahmen eine nicht vertretbare Mehrbelastung der GKV. Diese ist zu differenzieren hinsichtlich bereits bezifferbarer Mehrkosten, die sich durch Erstattungsbeträge für Arztpraxen, Apotheken etc. für die Nutzung elektronischer ärztlicher Verordnungen, aus Festlegungen der erforderlichen technischen Spezifikationen durch die gematik, aus der Anschlussverpflichtung stationärer Versorgungseinrichtungen an die Telematikinfrastruktur und aus der Fortführung des Gesundheitsfonds auf ca. 500 Mio. Euro im ersten Jahr nach Einführung des Gesetzes belaufen. Hinzu kommen die noch nicht bezifferbaren Kosten für die Nutzung elektronischer Verordnungen durch Arztpraxen, Apotheken etc., für den Anschluss von Hebammen, Entbindungspflegern und Physiotherapeuten an die Telematikinfrastruktur, für den Anschluss der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur sowie für die Versorgung der Versicherten mit digitalen Gesundheitsanwendungen und die Vergütung telekonsiliarischer Leistungen.

Der DGB hält es für problematisch, dass zahlreiche in einem Gesetzesentwurf enthaltene Einzelmaßnahmen hinsichtlich der durch sie entstehenden Kosten für die Sozialversicherung als nicht bezifferbar und damit subjektiv als nicht relevant aufgeführt werden, während der größere Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahren bereits zu spürbaren Mehrbelastungen der GKV-Reserven führt. Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht nachvollziehbar, dass beispielsweise bei der Höhe der für die GKV entstehenden Kosten für den Anschluss der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur lediglich auf die Freiwilligkeit der Anschlüsse verwiesen wird. Auf Basis der Verteilung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen und der Zielsetzung einer sukzessiven Verbreitung der Telematikinfrastruktur auch auf freiwilliger Basis sollte das BMG in der Lage sein, zumindest Kostenschätzungen auf Basis unterschiedlicher Szenarien eines freiwilligen Anschlusses an die Telematikinfrastruktur aufzustellen.

Dies gilt umso mehr, als dass die durch die GKV verwalteten Versichertenbeiträge in erster Linie zur Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Gesunderhaltung, nicht aber zur Versorgung von Arztpraxen, Apotheken und sonstigen medizinischen



Einrichtungen mit infrastrukturellen und technischen Anpassungen gedacht sind. Ebenso wenig ist aus Sicht des DGB nachzuvollziehen, weshalb für die Verfügbarmachung digitaler Gesundheitsleistungen noch vor Nachweis einer medizinischen Evidenz die GKV mit Versichertenbeiträgen aufkommen soll. Insbesondere für diese Phase wäre eine Teilung der Finanzierungsverantwortung zwischen Herstellern, öffentlicher Hand und GKV naheliegend, um den andernfalls entstehenden Eindruck einer Querfinanzierung der Startup- und Digitalwirtschaft im Gesundheitswesen durch Versichertenbeiträge zu beseitigen.

3. Vergütung von Gesundheitsanwendungen

Mit Blick auf die ursprünglich vorgesehenen Regelungen des Referentenentwurfs wurden die geplanten Vergütungsregelungen für Gesundheitsanwendungen im Gesetzesentwurf an einigen Punkten geändert. Dies betrifft insbesondere die Einrichtung, Zusammensetzung und Arbeitsweise der Schiedsstelle, die strittige Vergütungsfragen im Zusammenhang mit Gesundheitsanwendungen beilegen soll. Wesentliche Defizite, die aus Sicht des DGB in einer leichtfertig konstruierten Vergütungslogik für Gesundheitsanwendungen ohne erwiesenen Nutzen für die Versicherten zusammenlaufen, bleiben jedoch bestehen.

Als Voraussetzung für das Bestehen einer Vergütungsregelung soll weiterhin die Eintragung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gelten. Die Aufnahme in dieses Verzeichnis soll nach § 139e durch Nachweis eines bewilligten Antrags des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und in Verbindung mit dem Nachweis von Erprobungsergebnissen nach § 139e Absatz 4 erfolgen. Die Festlegung eines Vergütungsbetrags erfolgt somit nach dem ersten Jahr nach Aufnahme in das Verzeichnis. Bis dahin sollen die tatsächlichen Preise der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen gelten, wobei durch eine zu verabschiedende Rahmenvereinbarung zwischen GKV SV und Spitzenorganisationen der Hersteller nach § 134 Abs. 4 das nähere zur Ermittlung der tatsächlichen Preise geregelt wird.

Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, sollen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle im Benehmen mit den Verbänden die Rahmenvereinbarung festlegen. Diese soll aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus jeweils zwei Vertretern des GKV SV und der Herstellerverbände gebildet werden. Bei der Besetzung der Mandate der Unparteiischen erhält das Bundesministerium für Gesundheit das Letztentscheidungsrecht im Falle einer Nichteinigung. Bei allen Beratungen und Beschlussfassungen der Schiedsstelle erhält das Bundesministerium für Gesundheit das Recht zur Mitberatung und



Beschlussfassung. Patientenorganisationen sollen zudem beratend an den Sitzungen der Schiedsstelle teilnehmen können.

Diese Konstruktion weist mindesten drei problematische Aspekte auf: einerseits wird im Falle einer Unvereinbarkeit der Vorstellungen von GKV SV und Herstellerorganisationen ein Zwang zur Kompromissfindung durch die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle erzeugt, dem die GKV durchs bloße ins Benehmen gesetzt werden entsprechen soll. Dies ist aus Sicht des DGB nicht zu vertreten, da die GKV als treuhänderischer Verwalter der Versichertenbeiträge vorrangig den Versicherten gegenüber in der Pflicht steht, etwa im Falle von begründeten Zweifeln an der Angemessenheit der Preisvorstellungen der Hersteller oder der Wirksamkeit der jeweiligen Gesundheitsanwendung einen Kompromissvorschlag ablehnen zu können. Daher sollte der GKV auch das Recht zugesprochen werden, über durch die Schiedsstelle erarbeitete Kompromissvorschläge die Letztentscheidung fällen zu können und im Falle des Ausbleibens einer Einigung über einen Rahmenvertrag die jeweils zugrunde liegende Gesundheitsanwendung inklusive der für die Ablehnung ausschlaggebenden Gründe mit der Bitte um Neubewertung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zurück zu überweisen.

Zweitens ist die in § 134 Abs. 4 S. 3 vorgesehene Möglichkeit des BMG, eine Frist für den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zu setzen, nach deren Ablauf die Schiedsstelle tätig werden soll, ein erneuter Ausweis ministerialer Ambitionen, notfalls per Dekret „durchzugreifen“. Eingedenk der bereits geschilderten Verantwortlichkeit des GKV SV gegenüber den Versicherten und der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit, nur einen angemessenen Vergütungsmaßstab für erwiesenermaßen wirksame Produkte in Betracht zu ziehen, stellt eine solche Fristsetzung durch das BMG einen Eingriff in Kompetenzen und Aufgaben dar, die klar und alleine der Gemeinsamen Selbstverwaltung obliegen.

Grundsätzlich bleibt es zudem nicht nachvollziehbar, dass Gesundheitsanwendungen auch vor Ablauf des ersten Jahrs und damit vor Festlegung einer Vergütungsvereinbarung in Höhe des tatsächlichen Preises erstattet werden sollen. Das Risiko für die Nutzung von Gesundheitsanwendungen liegt alleine bei den Versicherten, die zumindest im Laufe dieses ersten Jahres keinen Nachweis über Wirkung und den langfristigen Nutzen der jeweiligen Anwendungen haben. Solange ein solcher Nachweis nicht erbracht ist, dürfen aus Sicht des DGB jedoch Versicherte nicht zur Kasse gebeten werden. Der DGB hält es für einen grundsätzlichen Konstruktionsfehler, dass digitale Gesundheitsanwendungen nach § 134 Abs. 5 durch die GKV und damit durch die Versicherten auch dann vergütet werden sollen, wenn ihre Wirksamkeit zur Verbesserung der Gesundheit der Versicherten noch nicht nachgewiesen ist.



4. Anspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen

Ein Anspruch für Versicherte auf Versorgung mit Medizinprodukten soll entstehen, sofern als Voraussetzung unter anderem vorliegt, dass deren „Hauptfunktion wesentlich auf digitale Technologien“ ausgerichtet ist. Hierbei stellt sich einerseits die Frage nach dem Kriterium, ab dem man von Hauptfunktion bzw. Nebenfunktion sprechen kann. Damit zusammenhängend wird offen gelassen, wieviel Prozent der Anwendung als Hauptfunktion klassifiziert sein müssen, damit die gesamte Anwendung als Hauptfunktion anzuerkennen ist. Es ist zudem offen, ob im Falle des Vorliegens von Nebenfunktionen einer Anwendung bestimmte Ausschlusskriterien festzulegen sind, die eine Anerkennung der Anwendung als Medizinprodukt ausschließen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die Sicherheit von Anwendungen und Apps sowie auf die wirtschaftliche Verwertbarkeit von Daten, die im Rahmen der Hauptfunktion der Anwendung generiert und verwendet werden können.

Hingegen ist zu begrüßen, dass im Gesetzesentwurf nun klargestellt wird, dass andere Leistungsansprüche (beispielsweise auf Hilfsmittel) durch den neuen Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen unberührt bleiben. Ebenfalls sinnvoll erscheint, dass den Krankenversicherungen nun regelmäßig eine ärztlich bestätigte Indikation vorzulegen ist, mit dem der Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen im Sinne eines zeitlich zu begrenzenden Bezugs der Anwendung nachgewiesen wird.

Der DGB stellt grundsätzlich fest, dass das Vorhaben einer zu schaffenden Grundlage für Ansprüche auf Gesundheitsanwendungen nicht losgelöst von der notwendigen Gewährleistung des Vorhandenseins valider, aussagekräftiger und reproduzierbarer Daten hinsichtlich der Wirksamkeit zu verschreibender Gesundheitsanwendungen betrachtet werden darf. Einerseits dürfen erwiesenermaßen wirksame Behandlungsansätze und Maßnahmen konventioneller medizinischer oder therapeutischer Natur, die nicht zum Gegenstand dieses Gesetzesentwurfs zählen, nicht einfach durch eine dem Zeitgeist oder der Idee einer verbesserten Vermarktungsfähigkeit geschuldeten Digitalisierungsstrategie substituiert werden. Dabei obliegt es insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss, die Wirksamkeit derartiger Anwendungen und den sich aus ihnen ergebenden Versichertenutzen regelmäßig zu überprüfen und im Zweifelsfall sicherzustellen, dass nicht nur die digitale, sondern die beste Versorgungsform zur Verfügung steht. Hierfür hat der Gesetzgeber die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen.

Darüber hinaus muss sichergestellt bleiben, dass gerade Personen mit geringer Affinität zu digitalen oder internetbasierten Anwendungen sowie Menschen, denen die technischen Voraussetzungen zur Teilhabe an diesen Angeboten fehlen oder die aufgrund vorhandener Barrieren nicht an diesen teilhaben können, dennoch auf ein mindestens gleichwertig wirksames Versorgungsangebot vertrauen können. Technische



Entwicklungen und der individuell verantwortete Zugang zu diesen dürfen in der Solidargemeinschaft GKV nicht zum vorrangigen Entscheidungskriterium über die Verfügbarmachung wichtiger Gesundheitsleistungen und Behandlungsmethoden erhoben werden. Daher ist es aus Sicht des DGB insbesondere die Aufgabe des Gesetzgebers, zu gewährleisten, dass eine gleichbleibende Teilhabe an Gesundheitschancen- und Leistungen unabhängig von persönlichen Digitalisierungsressourcen- und Ambitionen der Versicherten sichergestellt wird. Hierfür ist die Förderung der Digitalkompetenz der Versicherten vorrangig durch Qualifizierung und Aufklärung aus öffentlicher Hand sowie eine flächendeckend gesicherte, gleichwertige Verfügbarkeit nichtdigitaler Versorgungsangebote unerlässlich.

5. Bestimmungen zur Elektronischen Patientenakte

Die im Referentenentwurf des DVG beabsichtigte nähere Ausgestaltung der verbindliche Einführung der Speicherung von versichertenbezogenen medizinischen Daten der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der elektronischen Patientenakte zum 01. Januar 2021 wurde nicht in den Gesetzesentwurf übertragen. Ebenso wurden die geplante Verabschiedung einer Vergütungsregelung für das Anlegen, Verwalten und Speichern von ePA-Daten sowie die bis März 2021 avisierte Schaffung der technischen Voraussetzungen für eine Integration weiterer Funktionen wie Impfausweis, Mutterpass, Kinderuntersuchungsheft sowie Zahn-Bonus-Heft in den ePA- Anwendungskatalog nicht in den Gesetzesentwurf übertragen.

Der DGB begrüßt, dass durch diese Streichung den seitens des Bundesministeriums für Justiz geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken im Zusammenhang mit der Verfügbarmachung umfangreicher Patienten- und Behandlungsdaten auf der geplanten elektronischen Patientenakte zunächst Rechnung getragen wurde. Ein uneingeschränkter Zugriff auf versichertenbezogenen Diagnosen und Informationen durch alle behandelnden Ärzte, Heilmittelerbringer etc. unabhängig von einem der jeweiligen Versorgungsleistung zuzuordnenden sachlichen Erfordernis würde zwar den gläsernen Patienten zur Realität werden lassen, dabei aber die notwendige informationelle Selbstbestimmung der Versicherten vernachlässigen. Die hierzu gehörenden technischen Voraussetzungen sind dahingehend zu gestalten, dass eine Einsicht in die auf der ePA gespeicherten Behandlungsdaten nur im jeweils sachlich zu rechtfertigenden Versorgungszusammenhang genommen werden kann. Diesem Erfordernis muss vor einer neuerlichen Gesetzesinitiative zur Umsetzung der ePA, die durch das BMG bereits angekündigt wurde, Rechnung getragen werden. In diesem Zusammenhang kritisiert der DGB allerdings, dass die Bundesregierung zuvor bereits im Termin-



service- und Versorgungsgesetz die gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügbarmachung der ePA bis 2021 verpflichtet hat, ohne jedoch offenbar in der Lage zu sein, für grundlegende Aspekte wie Datenschutzerfordernisse und Vergütungsregelungen zufriedenstellende Antwortvorschläge zu liefern. Dies gilt insbesondere angesichts der durch das TSVG beschlossenen Parallelisierung der ePA- Anwendbarkeit durch Smartphones und durch die elektronische Gesundheitskarte.

6. Bestimmungen zur Telematik- Infrastruktur

Der Gesetzesentwurf sieht nun vor, eine gesetzliche Grundlage für die freiwillige Anbindung von stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur zu schaffen. Dies ist sach- und versorgungsgerecht und daher zu begrüßen. Die im Referentenentwurf enthaltene Schaffung einer Grundlage für die freiwillige Anbindung von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wurde hingegen aus dem Gesetzesentwurf wieder entfernt. Ebenfalls wieder entfernt wurden Regelungen zur Anbindung von Pflegefachkräften, Hebammen, Entbindungspflegern oder Physiotherapeuten an die Telematikinfrastruktur zur Verfügbarmachung der Daten der Gesundheitskarte. Da hierbei voraussichtlich datenschutzrechtliche Bedenken zum Tragen kamen, ist ein solcher Zwischenschritt nachvollziehbar. Ziel muss jedoch die Schaffung einer datenschutzkonformen Regelung sein, die eine telematische Anbindung dieser Akteure bzw. Versorgungsformen erlaubt und somit eine den bestehenden Pflegebedarfen und der Versorgungsrealität gerecht werdende Lösung ermöglicht.

Die Kürzung der arztseitigen Vergütung für das Versenden von Faxen über das bisher vorgesehene hälftige Maximum bis hin zur Vergütungskürzung auf ein Viertel erscheint vertretbar. Dasselbe gilt für die Verpflichtung der Vertragsärzte, bis zum 30. Juni 2021 gegenüber der jeweiligen KV das Vorhandensein der erforderlichen Dienste und Komponenten für den künftigen Zugriff auf die elektronische Patientenakte nachzuweisen.

7. Nachweisführung über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen / Patientendaten

Dem § 65a Abs. 1 soll angefügt werden, dass zur Nachweisführung über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen die Krankenkassen, die von ihnen nach § 248 Abs. 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang verwenden werden können. In dieser Bestimmung ist die Einfü-



gung des Wortes „ausdrücklich“ nach der Datenschutz-Grundverordnung notwendig. Erforderlich ist, dass nicht nur eine schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten vorliegt, sondern darüber hinaus eine ausdrückliche.

8. Patientendatenweitergabe zur Entwicklungs- und Förderzwecken

In §§ 68 a und 68 b SGB V in Verbindung mit § 284 Abs. 1 SGB V sind umfangreiche Änderungen bezüglich der Verwendung der Sozialdaten der Versicherten beabsichtigt. Sowohl die Auswertung vorliegender versichertenbezogener Sozialdaten durch die Krankenkassen, darunter Alter, Geschlecht und sozioökonomische Aspekte, als auch die Zusammenführung von Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung, der Arzneimittelverordnung, der stationären Versorgung und der Abrechnung sonstiger Leistungserbringer sind im Einzelnen von den Regelungsinhalten der beiden Paragraphen erfasst.

Mit der Neueinführung des Paragraph 68b SGB V soll die Förderung von Versorgungsinnovationen durch Krankenkassen auf Basis des ermittelten Bedarfs der Versicherten durch besagte Auswertungen und der aus ihnen zu ziehenden Erkenntnisse geregelt werden, während die Auswertung der Sozialdaten der Versicherten im erforderlichen Umfang ohne Einwilligung der Versicherten auf Basis von § 68a SGB V vorgesehen ist. Die neuen Möglichkeiten, die sich aus der vorgesehenen Nutzung dieser Daten ergeben, können zu einer potentiell verbesserten Versorgung der Versicherten führen, sofern eine damit verbundene Auswertungsabsicht als Vorhaben mit höchsten datenschutzrechtlichen Anforderungen versehen ist. Dies wird notwendig, da es sich sowohl bei den Sozialdaten als auch bei Abrechnungsdaten um vollständig individualisierte, somit sensible und die elementaren Persönlichkeitsrechte der versicherten betreffende Zusammenhänge handelt.

Um eine bedarfsgerechte und gezielte Förderung der Entwicklung, Plausibilisierung und Evaluation digitaler Innovationen sicherzustellen, ist in § 68 a Abs. 5 vorgesehen, dass Krankenkassen die nach § 284 Absatz 1 von ihnen rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten im erforderlichen Umfang auswerten können. Die Auswertung obliegt damit den Krankenkassen und nicht Dritten. Mit Dritten werden aber in Zusammenarbeit digitale Innovationen entwickelt. Das bedeutet, dass Dritte von den durch die Krankenkassen vorzunehmenden Auswertungen nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, was sowohl mit Blick auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten als auch die Sensibilität von Sozialdaten, insbesondere im Kontext einer vom ursprünglichen Zweck entfremdeten Weiterverwendung, kritisch zu sehen ist.



Nach dem geplanten § 68a S. 3 sind Dritte insbesondere Hersteller von Medizinprodukten, Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie, Forschungseinrichtungen sowie Leistungserbringer und deren Gemeinschaften. Unverständlich ist jedoch die Verwendung des Begriffs „insbesondere“, da mit der Normierung wer Dritter sein kann in § 68 a S. 3 schon ein weiter Kreis festgelegt ist. Hier ist eine abschließende Regelung notwendig, um den Kreis der Geförderten nicht unzulässig weit auszudehnen, da dennoch – wenn auch nur mittelbar – sensible Patientendaten in ausgewertete Form zur Verfügung gestellt werden. Es ist eine konkrete abschließende Regelung zu fassen, wer die anonymisierten ausgewerteten Daten erhält.

Den bestehenden datenschutzrechtlichen Bedenken kann entweder durch eine Klärstellung hinsichtlich der Abgrenzung, wer an der von der Krankenkasse durchgeführten Auswertung zu beteiligen ist und wer nicht erfolgen oder über die Einfügung eines Einwilligungserfordernisses durch die Versicherten. Einer Zweckentfremdung der Daten vor dem Hintergrund der Gefahr einer möglichen profitorientiert motivierten wirtschaftlichen Weiterverwertungen wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht hinreichend entgegengewirkt.

9. Förderung von Versorgungsinnovationen

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass Krankenkassen die Entwicklung digitaler Innovationen bzw. Versorgungsinnovationen selbst fördern können. Hierzu werden ihnen verschiedene Wege eröffnet: einerseits sollen nach § 68a Abs. 3, 4 fachlich- inhaltliche Kooperationen mit den unter Abs. 3 aufgeführten Dritten herbeigeführt werden, wozu insbesondere Hersteller von Medizinprodukten, Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie, Forschungseinrichtungen sowie Leistungserbringern und Gemeinschaften von Leistungserbringern gehören.

Zweitens soll den Krankenkassen im Rahmen des § 263a der Erwerb von Anteilen an Investmentvermögen gestattet werden, wobei sie bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven hierzu einsetzen dürfen.

Der DGB hält den Ansatz, die Grundlagen des Versorgungsmanagements der Krankenkassen zu erweitern, in dem diese einen breiteren Spielraum zur Förderung von Versorgungsinnovationen erhalten, für richtig. Die GKV- Krankenkassen bleiben angesichts der ihnen in der Öffentlichkeit oftmals attestierten Rolle des Zahlmeisters der Versichertenversorgung, der über ein großes Portemonnaie, aber nur einen kleinen Werkzeugkoffer verfügt, bisher sowohl hinter den ihnen durch ihre Relevanz für die öffentliche Gesundheitsversorgung zustehenden Möglichkeiten als auch hinter der Versorgungsdominanz der Leistungserbringer und der Gesundheitswirtschaft weit zurück. Dementsprechend ist es erforderlich, die Voraussetzungen zu schaffen,



mit denen die Handlungskompetenz der GKV- Krankenkassen im Bereich der Entwicklung und des Angebots von Versorgungsinnovationen zu stärken.

Zu diesen Voraussetzungen zählt aus Sicht des DGB allerdings keinesfalls, dass die Versichertenrücklagen im GKV-System für den Erwerb von Anteilen am Investmentvermögen verwendet werden. Die Beitragsrücklagen sind ihrem Wesen nach weder als Investitions- noch als Spekulationskapital zu begründen und dürfen angesichts des umfassenden Absicherungsauftrages der GKV sowie der in dieser Legislatur bereits beschlossenen staatlichen bzw. leistungserbringerseitigen Eingriffe in die Reserven der Krankenkassen nicht zusätzlich zum Abschmelzen der Kassenrücklagen dienen. Dies gilt umso mehr, als dass sich unter den Bedingungen eines verschärften Wettbewerbs innerhalb des GKV-Systems jede kassenseitige Investition von Rücklagen in Anteile als potentieller Wettbewerbsvorsprung auszahlen könnte- oder auch als simple Verschwendung von nötigen Kassenreserven. Mit dem Instrument der fachlich-inhaltlichen Kooperation zwischen den unter § 68a Abs. 3. aufgeführten Dritten ist daher aus Sicht des DGB die einzig zu rechtfertigende Form einer Förderung von Versorgungsinnovationen durch Krankenkassen gefunden.

10. Umgang mit Patientendaten

Es handelt sich um eine Folgeregelung des geplanten § 68 a. In § 68 b wird vorgesehen, dass im Rahmen der Förderung von Versorgungsinnovationen die Krankenkassen ihren Versicherten insbesondere Informationen und Angebote zu individuell geeigneten Versorgungsmaßnahmen unterbreiten können.

Die Teilnahme an Angeboten und die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nach § 68b S. 4 und 5 nur nach schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden, so heißt es in der geplanten Regelung. Zudem ist eine Evaluierung der Regelung vorgesehen, denn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum Datum des letzten Tages des 24. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] und danach jährlich über die Anwendung dieser Regelung durch seine Mitglieder und die Auswirkungen auf die Versorgung berichten. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen.



Im Gegensatz zur zuvor genannten Regelung haben Dritte hier keinen Zugriff auf die Daten, ebenso nicht in ausgewertete Form. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Rechtlich ist jedoch auch hier die Einfügung des Wortes „ausdrücklich“ notwendig. Erforderlich ist, dass nicht nur eine schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten vorliegt, sondern darüber hinaus auch eine ausdrückliche. Zudem verstößt der Satz „Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden“ dem Wiederholungsverbot des Art. 7 Abs. 3 DSGVO (Erwägungsgrund 8). Er ist ersatzlos zu streichen.