

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG)

anlässlich der Öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags
am 14. April 2021

- Um eine Versorgung aller Privatversicherten rechtssicher – und nicht nur im Einzelfall – abzusichern, ist es erforderlich, die neuen digitalen Services, allen voran die ePA und digitale Gesundheitsanwendungen (diGA), als Versicherungsleistungen auch in bestehende Krankenversicherungstarife einzubeziehen.
- Der PKV-Verband begrüßt, dass der Gesetzentwurf die Einführung einer digitalen Identität, die nicht an den Einsatz einer Chipkarte gebunden sein soll, für GKV und PKV vorsieht. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte § 362 SGB V dahingehend ergänzt werden, dass die PKV-Unternehmen dazu berechtigt sind, ihren Versicherten eine digitale Identität zur Verfügung zu stellen, die wie die eGK als Versicherungsnachweis dienen kann.
- Die PKV muss ihre systemspezifischen Funktionen in der TI verankern können. Hierzu zählen neben den Anwendungen zur Abrechnung aller Leistungserbringer (eAbrechnung), der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sowie dem eRezept auch Angaben zu brancheneinheitlichen Tarifen, zur Beihilfeberechtigung, zu Unterkunftswahlleistungen, ärztlichen Wahlleistungen und zur Teilnahme am Klinik-Card-Verfahren.
- GKV-Versicherten wird der Anspruch auf Nutzung der Anwendungen der TI, wie etwa die ePA, eingeräumt. Dies geht mit der Verpflichtung der Leistungserbringer einher, Patienten auf deren Wunsch bei der Nutzung der Anwendungen der TI zu unterstützen. Dies muss auch bei der Behandlung Privatversicherter gelten.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Gleichstellung der Mitgliedschaft in einigen, näher definierten Solidargemeinschaften mit der Absicherung in der GKV oder PKV ist nicht sachgerecht. Die Versicherten-gemeinschaften der GKV und der PKV tragen somit das Risiko, dass ein Mitglied in einer Solidargemeinschaft seine Mitgliedschaft beendet, wenn höhere Krankheitskosten anfallen, die von der Solidargemeinschaft nicht erstattet werden, und das Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft im Sinne von § 176 SGB V.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Der Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) stellt nach dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sowie dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) den weiteren zentralen Baustein für die Weiterentwicklung der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens in dieser Legislaturperiode dar.

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung (PKV) und grds. auch der Beihilfe liegt der Schwerpunkt der Reform – neben der Weiterentwicklung des Rechtsrahmens zur elektronischen Verordnung (eVerordnung) und der Integration von diGA in die ePA – insbesondere im weiteren Ausbau der TI, u.a. durch den Anschluss weiterer Leistungserbringer und der verpflichtenden Einführung einer digitalen Identität.

Es ist erklärter Wille sowohl der Bundesregierung als auch des Bundesrates (vgl. Stellungnahme des Bundesrates zum DVG vom 20. September 2019 sowie die Gegenäußerung der Bundesregierung hierzu vom 25. September 2019), allen Versicherten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus einen Zugang zu den Anwendungen der TI zu ermöglichen. Hierzu „sollte sichergestellt werden, dass nicht nur der GKV-Bereich abgedeckt wird, sondern auch der PKV-Bereich“ (vgl. Bundesratsdrucksache 360/19). Um dieses Ziel erreichen zu können, müssen auch die spezifischen Erfordernisse der PKV und der Beihilfe in der TI berücksichtigt werden.

Weiterhin ist in diesem Zusammenhang eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, PKV- und Beihilfe-Spezifika hinreichend abzubilden und die konkrete Gestaltung innerhalb der Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH, kurz: gematik) – auch und gerade in technischer Hinsicht – festzulegen.

Die PKV muss wie die GKV ihre versorgungsrelevanten systemspezifischen Funktionen im Datenaustauschsystem der TI verankern können. Hierzu zählen neben den Anwendungen zur Abrechnung der Leistungserbringer (eAbrechnung) – u.a. nach der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ) –, der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sowie der eVerordnung für Privatversicherte auch Angaben zu brancheneinheitlichen Tarifen (z.B. Basis- und Standardtarif), zur Beihilfeberechtigung, zu Unterkunftswahlleistungen, ärztlichen Wahlleistungen und zur Teilnahme am Klinik-Card-Verfahren – also auch Informationen, die für den reibungslosen Praxisablauf von Ärzten und Krankenhäusern von großer Bedeutung sind.

GKV-Versicherten wird der Anspruch auf Nutzung der Anwendungen der TI, wie etwa die ePA, ausdrücklich eingeräumt. Dies geht mit der Verpflichtung der Leistungserbringer einher, Patienten auf deren Wunsch bei der Nutzung der Anwendungen der TI zu unterstützen. Dies muss auch bei der Behandlung Privatversicherter gelten, damit eine lückenlose und effiziente Nutzung der TI gewährleistet werden kann.

Die PKV unterstützt das Ziel, allen Versicherten einen Anspruch auf die Anwendungen der TI, insbesondere auf eine ePA, und auf diGA zu gewähren. Um einen entsprechenden eHealth-Versorgungsanspruch aller Privatversicherten rechtlich abzusichern, ist es erforderlich, die Dienstleistungen im

Zusammenhang mit der Nutzung der Anwendungen der TI durch die Versicherten und diGA als Versicherungsleistungen auch in bestehende Krankenversicherungstarife einzubeziehen. Für eine entsprechende Verankerung in den Tarifbedingungen der PKV ist eine Ergänzung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; vgl. dazu im Einzelnen Ziffer III.) oder alternativ – zumindest in Bezug auf die Anwendungen der TI – des SGB V erforderlich.

II. ZUM GESETZENTWURF

Die gleichberechtigte Teilhabe aller Versicherten unabhängig von ihrem jeweiligen Versicherungsstatus an der TI im Sinne „eines Netzes für alle“ wird nur gelingen, wenn die spezifischen Belange aller Systembeteiligten berücksichtigt werden, was neben den GKV-Versicherten zwingend auch die PKV-Voll- und Zusatzversicherten, die privat Pflegeversicherten sowie die Beihilfeberechtigten einschließen muss.

Die PKV steht zu ihrer Verantwortung und einer damit einhergehenden angemessenen Beteiligung an den Kosten der Digitalisierung. Um sich in den Prozess des Ausbaus der Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems konstruktiv einzubringen und den Privatversicherten einen Zugang zur TI und ihren Anwendungen zu ermöglichen, ist der PKV-Verband am 3. April 2020 der gematik als Gesellschafter beigetreten. Der Gesetzesentwurf geht hier von einer Beitragserhöhung für die PKV zur Finanzierung der gematik in Höhe von 1,995 Mio. Euro aus und prognostiziert gleichzeitig Kosteneinsparungen in Höhe von 4 Mio. Euro durch Einführung der eVerordnung. Hier muss auf die Entstehung weiterer Ausgaben für die Kostenträger durch die Anbindung weiterer Leistungserbringergruppen sowie für die Einrichtung der Nationalen Kontaktstelle hingewiesen werden. Alleine der PKV-Kostenanteil für die gematik beträgt im Jahr 2020 4,14 Mio. Euro und im Jahr 2021 7,8 Mio. Euro – zuzüglich Erstausrüstungs- und Betriebskosten in Höhe von mindestens 52,5 Mio. Euro im Jahr 2021. Die eVerordnung wird die vorgesehenen Einsparungen in der PKV nur erzielen können, insofern dafür – wie auch für weitere Anwendungen der TI – Anwendungssicherheit für die Privatversicherten gegeben ist. Hierzu muss eine dem GKV-Bereich vergleichbare Verpflichtung der Leistungserbringer zur patientenwunschgemäßen Nutzung der Anwendungen für den PKV-Bereich gesetzlich verankert werden, die auch für privatärztlich tätige Leistungserbringer zu gelten hat. Auch muss die Refinanzierung dieser Anwendungen im Rahmen der PKV-Bestandstarife ermöglicht werden. Hierzu ist eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Grundlagen, bspw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) oder des § 362 SGB V, erforderlich.

Der PKV-Verband begrüßt insbesondere, dass der Gesetzesentwurf die Einführung einer digitalen Identität, die nicht an den Einsatz einer Chipkarte gebunden sein soll, sowohl in der GKV als auch für die PKV vorsieht. Nach § 362 Abs. 2 SGB V soll die Nutzung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer nun auch ohne Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK), d.h. unter Rückgriff auf eine digitale Identität, in der PKV möglich sein.

Weiterer Regelungsbedarf, um eine gleichberechtigte Nutzung der TI für alle Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, betrifft die technische Abbildung von PKV-Systemspezifika. Der Gesetzesentwurf berücksichtigt zwar die PKV-Anliegen in der technischen Umsetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben durchaus konstruktiv. Um eine vollständige und effiziente Nutzung der TI für alle Privatversicherten sicherstellen zu können, müssen allerdings auf Gesetzesebene die PKV-Spezifika vollständig abgebildet bzw. ergänzt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, enthält diese Stellungnahme sowohl Anmerkungen und allgemeine Regelungserfordernisse zu den Änderungen durch den Gesetzesentwurf zum DVPMG als auch zu den Regelungen, die durch das PDSG eingeführt bzw. modifiziert wurden.

Der PKV-Verband unterstützt weiterhin das Ziel des Gesetzesentwurfs, die Digitalisierung auch im Bereich der Pflege zu befördern. Die für die Krankenversicherung vorgesehenen Regelungen müssen daher in entsprechender und sinnvoller Art und Weise auf die Pflegeversicherung ebenfalls übertragen werden. Ziel muss eine vollständige Berücksichtigung der Pflege bei der Digitalisierung sein, um den notwendigen und überfälligen Einstieg der Pflegeeinrichtungen in die Telematik sicherzustellen. Die Prozesse im Bereich Pflege können dadurch unbürokratischer gestaltet und vereinfacht werden. Zudem würden klare Regelungen zum Datenschutz gelten. Unumgänglich sind dabei der Zugang zur TI sowie ein Zugang zur ePA.

Durch die Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung kann beispielsweise auch die Customer Journey zum Erhalt von Pflegeleistungen optimiert werden. Besonderes Potential besteht insbesondere bei vorgegebenen Formularen und standardisierten Anwendungen, z.B. Online-Pflegeantrag mit Leistungsbescheid/-information, Pflegegutachten, Nachweis über den Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht, Hilfe- und Versorgungsplan, WBG-Vertrag bzw. Pflegevertrag, Bericht zur Qualitätsprüfung sowie zur Abrechnung.

Daher sieht der PKV-Verband über den Gesetzentwurf hinaus Regelungsbedarf zur Nutzung der Digitalisierung im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Pflegebegutachtung) sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

1. Allgemeine Anmerkungen und Regelungserfordernisse

Die PKV sollte in allen notwendigen Bereichen über hinreichende Rechtssicherheit verfügen, um mindestens die gleichen digitalen Angebote wie die GKV anbieten zu können. Dies ist die Voraussetzung für einen Systemwettbewerb auch in der digitalen Gesundheitsversorgung. Dabei ist die Möglichkeit der Nutzung folgender Use Cases für alle Versicherten unverzichtbar:

- Nutzung der ePA für gesundheits- und versorgungsrelevante Daten,
- Übermittlung und Verarbeitung ärztlicher Verordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln und von Heil- und Hilfsmitteln in elektronischer Form (eRezept bzw. eVerordnung),
- elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU),
- digitale Überweisungsscheine,

- elektronische Notfallpläne,
- elektronische Medikationspläne (eMedikationsplan),
- elektronische Arztbriefe (eArztbrief),
- elektronische Heil- und Kostenpläne,
- elektronisches Versichertenstammdatenmanagement (VSDM).

Diese Services sollten nach brancheneinheitlichen Standards über die TI abgewickelt werden, welche die Besonderheiten der PKV berücksichtigen müssen:

- von der GKV abweichende Formulare für die eVerordnung, z.B. bzgl. Angaben zum Versicherten, etwa zu Versicherungsumfang oder Beihilfeberechtigung,
- elektronische Abwicklung von Abrechnungen der Leistungserbringer (eAbrechnung), u.a. nach der GOÄ bzw. der GOZ,
- Besonderheiten im Hinblick auf Kostenerstattungsverfahren der PKV und der Beihilfe und
- Abwicklung der eAU über die PKV-Unternehmen.

Dazu ist auch eine Berücksichtigung von PKV-Spezifika für den Datensatz der eGK (§ 291a Abs. 3 SGB V) erforderlich:

- Angaben zu brancheneinheitlichen Tarifen (z. B. Standard- und Basistarif),
- Angaben zur Beihilfeberechtigung,
- Angaben zu Unterkunftswahlleistungen,
- Angaben zu ärztlichen Wahlleistungen und
- Angaben zur Teilnahme am Klinik-Card-Verfahren.

Der Gesetzgeber sollte klarstellen und regeln, dass diese PKV-Spezifika in der TI abzubilden sind.

Ein weiteres wesentliches Regelungsbedürfnis ergibt sich in praktischer Hinsicht aus der Notwendigkeit, dass möglichst alle Beteiligten in der Versorgung am digitalen Austausch von Informationen teilnehmen. Um die Nutzung der ePA in der Praxis sicherzustellen, sieht das SGB V an verschiedenen Stellen Unterstützungs- und Mitwirkungsverpflichtungen durch die Leistungserbringer vor (vgl. insb. §§ 346 ff. SGB V). Dieses Bedürfnis besteht im gleichen Maße für die Privatversicherten und sollte entsprechend gesetzlich geregelt sein. Zumindest muss für die Privatversicherten die Rechtssicherheit bestehen, dass die Leistungserbringer dazu berechtigt sind, die entsprechenden Daten in den Anwendungen einzustellen bzw. zu speichern.

Wenn hier von systemspezifischen Besonderheiten die Rede ist, geht es nicht nur um die der PKV: besondere praktische, technische und rechtliche Erfordernisse ergeben sich auch bei der Einbeziehung der Beihilfeberechtigten in die Anwendungen der TI bzw. in die TI. Dies muss bei der weiteren Ausgestaltung der eHealth-Infrastruktur berücksichtigt werden. Vorbehaltlich entsprechender Stellungnahmen der Beihilfeträger gehen wir davon aus, dass eine Vielzahl der dort zu gestaltenden Themenfelder mit den von der PKV adressierten Erfordernissen deckungsgleich ist.

Insbesondere für die GKV ergreift der Gesetzentwurf verschiedene Maßnahmen zur Regelung der erforderlichen Datenverarbeitung in der TI. Für die Nutzung der Anwendungen und Services der TI in der PKV ist es erforderlich, dass die für die GKV vorgesehenen datenschutzrechtlichen Grundlagen im PKV-erforderlichen Umfang auch für die PKV-Unternehmen bzw. deren Versicherte gelten. Wir regen daher aus Gründen der Rechts- und Anwendungssicherheit die Schaffung hinreichender datenschutzrechtlicher Regelungen für die Nutzbarmachung bzw. die Nutzung der Anwendungen der TI in der PKV in Bezug auf alle relevanten Datenaustauschverhältnisse an. Die Regelung zur Festlegung der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung (vgl. § 307 SGB V) sollte dabei auch die entsprechenden PKV-Prozesse bzw. PKV-erheblichen Prozesse betreffen.

2. Konkrete Änderungserfordernisse

Bei der erforderlichen Ergänzung der Anwendung weiterer Bestimmungen aus dem SGB V auf die PKV im Siebten Titel im Elften Kapitel (vgl. § 362 SGB V) sind vor allem die nachfolgend aufgeführten Regelungen von Relevanz. Hierbei haben wir auch konkrete Besonderheiten aufgeführt, die für die PKV abweichend zu berücksichtigen bzw. zu regeln sind:

Verwendung von Verordnungen und Überweisungen in elektronischer Form: §§ 86, 86a SGB V:

Nach diesen Vorschriften vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) notwendige Regelungen für die Verwendung von Verordnungen und Überweisungen in elektronischer Form. Um zukünftig im gleichen Sinne auch die PKV-spezifischen Formulare für Rezepte und Überweisungen digital zu standardisieren und deren Eignung für die Verwendung über die TI festzulegen, ist für den PKV-Verband eine analoge gesetzliche Regelungsbefugnis erforderlich.

- **Petition:** Schaffung einer gesetzlichen Vereinbarungskompetenz für die KBV und den PKV-Verband zur Festlegung notwendiger Regelungen für die Gestaltung und Verwendung von Verordnungen und Überweisungen in elektronischer Form.

Vergabe der Rentenversicherungsnummer / Generierung der Krankenversicherungsnummer:

§ 290 SGB V: (Technische) Voraussetzung für die Nutzung der Anwendungen der TI durch die Privatversicherten ist die Vergabe einer Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V. Nach § 362 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 290 Abs. 1 S. 2, S. 4 bis 7 SGB V können die PKV-Unternehmen für den Einsatz von eGKs und zukünftig gemäß § 362 Abs. 2 SGB V auch im Zusammenhang mit der Nutzung einer digitalen Identität den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nutzen. Die Generierung der Krankenversicherungsnummer erfolgt grundsätzlich auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer des Versicherten und wird von den zuständigen Stellen (Informationstechnische Stelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) und Deutsche Rentenversicherung) ermittelt. Für die Ermittlung der Rentenversicherungsnummer ist es wiederum erforderlich, dass die Privatversicherten die zu ihrer Identifikation erforderlichen Daten (insb. Name, Geburtsdatum und -ort) zur Verfügung stellen bzw. in deren zweckentsprechende Nutzung einwilligen. Weigern sich die Versicherten, diese Daten zur Verfügung zu stellen und/oder ihre Einwilligung zu deren Nutzung zu erklären, besteht

faktisch keine Möglichkeit, für diesen Personenkreis eine Krankenversicherungsnummer zu erzeugen und sie an die TI anzubinden. Problematisch könnten überdies auch Fallkonstellationen sein, in denen die Versicherten ihr Einverständnis nur teilweise erklären, im Nachhinein zurücknehmen oder Dritte (z. B. Erziehungsberechtigte, Betreuer/Vormunde) hierzu eingebunden werden müssen. Gleichzeitig entsteht durch dieses Verfahren bei den Versicherten und den Versicherungsunternehmen erheblicher – z.T. manueller – Verwaltungsaufwand für die Einholung und das Nachhalten der entsprechenden Einwilligungen. Dieser insoweit langwierige, aufwendige und praktisch unnötige Prozess würde den Anschluss der Privatversicherten an die TI erheblich verzögern. Der gleichen Problematik dürften die Beihilfeberechtigten unterliegen.

Daher bedarf es einer ergänzenden Regelung in § 362 Abs. 2 SGB V: PKV-Unternehmen sollten den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer – analog zur GKV – ohne vorheriges Einwilligungserfordernis für ihre Versicherte vergeben und zu diesem Zweck die Rentenversicherungsnummer wiederum ohne Einwilligung ermitteln dürfen.

Diese Problemlage wird zusätzlich im Hinblick auf die Neufassung von § 17 Abs. 3 und Abs. 4 IRegG-E virulent. Nach § 17 Abs. 3 IRegG-E sollen die PKV-Unternehmen die Meldung beim Implantateregister ausschließlich unter Nutzung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer vornehmen. Zudem sind die PKV-Unternehmen nach § 17 Abs. 4 IRegG-E verpflichtet, die Krankenversicherungsnummern bereitzustellen. Die PKV-Unternehmen können nach der gegenwärtigen Rechtslage ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung der Krankenversicherungsnummer und zur Übermittlung der Daten an die Vertrauensstelle jedoch nur dann nachkommen, wenn der betroffene Versicherte der Bildung einer Krankenversicherungsnummer zugestimmt hat. Mangels einer entsprechenden Regelung, dass die Rentenversicherungsnummer bzw. die Krankenversicherungsnummer ohne Einwilligung des Versicherten gebildet werden kann, sind die PKV-Unternehmen auf das Mitwirken des Versicherten angewiesen. Sollte ein Versicherter dem nicht nachkommen (wollen), ist es den PKV-Unternehmen unmöglich, ihren Verpflichtungen aus § 17 Abs. 3 und Abs. 4 IRegG-E umfassend nachzukommen.

- **Petition:** § 362 Abs. 2 SGB V sollte dahingehend ergänzt werden, dass die PKV-Unternehmen die Vergabe der Rentenversicherungsnummer und die Bildung der Krankenversicherungsnummer ohne Einwilligung des Versicherten vornehmen können. Hilfsweise könnte durch den Gesetzgeber klargestellt werden, dass die gesamte Datenverarbeitung zur Erfüllung der Verpflichtungen nach dem IRegG-E von datenschutzrechtlichen Erlaubnistatbeständen (bspw. Art. 6 Abs. 1 S. 1 c) oder Art. 9 Abs. 1 g) DSGVO) erfasst wird, so dass das Erfordernis der Einwilligungen obsolet würde.

Vertrauensstelle: § 290 Abs. 3 SGB V: Die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 S. 2 SGB V führt ein Verzeichnis der Krankenversicherungsnummern. Die PKV-Unternehmen können beim Einsatz der eGK nach § 362 Abs. 2 SGB V sowie für die Nutzung von Anwendungen nach § 306 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 lit. a und § 334 Abs. 1 S. 2 nach § 362 Abs. 2 SGB V ebenfalls Krankenversicherungsnummern für ihre Versicherten generieren lassen und nutzen. Da insoweit die Besonderheiten der PKV zu berücksichtigen sind und auch ein tagesaktueller Stand des Verzeichnisses sicherzustellen ist, erscheint es geboten,

dass auch der PKV-Verband – im Zusammenwirken mit dem GKV-SV – in den vorgesehenen Festlegungsprozess eingebunden ist.

- **Petition:** Der GKV-SV sollte zur Vermeidung von Redundanzen das Nähere bei den Krankenversicherungsnummern neben dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auch „im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung“ festlegen.

Pflichtdatenfelder für eGK: § 291a Abs. 2 SGB V: § 291a Abs. 2 SGB V enthält eine Auflistung der Pflichtdatenfelder für die eGK. Diese verpflichtenden Standarddatensätze sind bislang ausschließlich auf die Erfordernisse der GKV ausgerichtet. Um der PKV die in § 362 SGB V vorgesehene Nutzung der eGK auch in praktischer Hinsicht zu ermöglichen, sollten die Muss-Datenfelder auch für die PKV geeignet sein. Insbesondere die Daten unter Ziffer 7 und 8 des § 291a Abs. 2 SGB V sind für die PKV und die Beihilfe nicht befüll- und damit nutzbar. Wir schlagen daher vor, diese beiden Datenkategorien unter § 291a Abs. 3 SGB V einzugruppieren, welcher die fakultativen Inhalte der eGK regelt. Hierdurch wäre die GKV nicht in ihren Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt und die PKV und die Beihilfe gleichzeitig in der Lage, ihren Versicherten ebenfalls uneingeschränkt die eGK nach einheitlichen Standards zur Verfügung zu stellen.

- **Petition:** Die Daten unter § 291a Abs. 2 Nr. 7 und 8 SGB V sollten in § 291a Abs. 3 SGB V eingruppiert werden.

Standarddatensätze: § 291a Abs. 3 SGB V: Anknüpfend an vorstehendes Petition sollten die Standarddatensätze auf der eGK auch die weiteren Spezifika der PKV und der Beihilfe abbilden können, welche für Privat- und Beihilfeversicherte erforderlich sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um folgende Informationen:

- Angaben zu brancheneinheitlichen Tarifen,
- Angaben zur Beihilfeberechtigung,
- Angaben zu Unterkunftswahlleistungen,
- Angaben zu ärztlichen Wahlleistungen und
- Angaben zur Teilnahme am Klinik-Card-Verfahren.

Da diese Zusatzinformationen ausschließlich die PKV und die Beihilfe betreffen, sehen wir die Kann-Datenfelder unter § 291a Abs. 3 SGB V als den geeigneten Regelungsort an.

Auf technischer Ebene (bei der gematik) ist das Ergänzungserfordernis dieser Spezifika der PKV-Versichertenstammdaten bereits grds. berücksichtigt und deren Umsetzung weit fortgeschritten. Mit der Ergänzung in der vorgenannten Vorschrift soll auch die notwendige gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

- **Petition:** § 291a Abs. 3 SGB V sollte um die vorgenannten Kann-Datenfelder erweitert werden.

eAU: § 295 Abs. 1 SGB V: Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sowie im Nachgang im Rahmen des Dritten Bürokratienteilungsgesetzes die wesentlichen Voraussetzungen für den zukünftigen elektronischen Prozess der Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der GKV geschaffen. Nach § 295 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, S. 2 SGB V, in der Fassung, die nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz zum 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist, haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten aufzuzeichnen und unter Angabe der Diagnose und Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Zudem haben die Krankenkassen nach § 109 Abs. 1 SGB IV nach Eingang der Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Abs. 1 S. 1 SGB V eine Meldung zum Abruf für den Arbeitgeber zu erstellen.

Die PKV strebt die analoge Übernahme dieses digitalen Service an und möchte sich in die technischen Prozesse und Systeme (Nutzung der entsprechenden Fachdienste, bspw. Datenübertragung mit KIM bzw. Ablage in der ePA) integrieren. Allerdings fehlt es derzeit an einer entsprechenden gesetzgeberischen Regelung, um auch die elektronischen Übermittlungen der eAU für die Privatversicherten reibungslos umzusetzen. Konkret geht es um folgende Problemstellung: Ohne analoge Bestimmungen zur GKV wäre es für die privaten Krankenversicherungsunternehmen erforderlich, zunächst die Einwilligung der Versicherten zur Entgegennahme, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten einzuholen. Darüber hinaus müssten auch die Versicherten gegenüber den behandelnden Ärzten ihr Einverständnis abgeben. Dieser Prozess birgt aus Sicht der PKV das Risiko in sich, dass – wenn auch nur einzelne – Versicherte die erforderlichen Einwilligungen nicht erklären und es folglich auf absehbare Zeit bei einem parallelen papiergebundenen Verfahren bleibt. Dies ist sicherlich nicht im Sinne der angestrebten vollständigen Digitalisierung des Gesundheitswesens und selbstverständlich auch nicht im Sinne der PKV.

Die Rechts- und Interessenlage bei der Nutzung der eAU ist für die Versicherten der GKV und die PKV-Versicherten weitestgehend identisch. Beide Versichertengruppen haben nach den Bestimmungen des Nach § 3 EntgFG (Entgeltfortzahlungsgesetzes) bei unverschuldeter krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. Vergleichbar dem Krankengeld in der GKV sind die PKV-Versicherten bei Leistungen ihrer Krankenversicherung, die an eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit anknüpfen, wie die Krankentagegeldversicherung, durch den Versicherungsvertrag (vgl. § 9 Abs. 1 S. 1 der Musterbedingungen für das Krankentagegeld; MB/KT 2009) verpflichtet, dem Versicherer die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung anzuzeigen. Den nahezu deckungsgleichen gesetzlichen bzw. vertraglichen Melde- bzw. Nachweisobliegenheiten der GKV-Versicherten und der PKV-Versicherten entsprechend, kann der eAU-Prozess rechtlich und technisch weitestgehend identisch abgebildet werden.

Die PKV möchte ihren Versicherten bei Nutzung der Telematik-Infrastruktur ebenfalls eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Verfügung stellen, um den Versicherten den Erhalt von

Lohnersatzleistungen zu erleichtern. Der Prozess sollte eng an den vom Gesetzgeber für die GKV bestimmten Prozess angelehnt sein.

- **Petition:** Es sind entsprechende gesetzliche Regelungen vorzusehen, damit auch für PKV-Versicherte die Möglichkeit der digitalen Übermittlung von Bescheinigungen über eine Arbeitsunfähigkeit genutzt werden kann. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die durch die Leistungserbringer digital zu übermittelnden Arbeitsunfähigkeitsdaten in dem für die Bereitstellung zum Abruf durch den Arbeitgeber sowie in dem für die vertragliche Leistungsbearbeitung, der die gemeldete Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt, erforderlichen Umfang ohne gesonderte Einwilligung des Versicherten verarbeitet werden dürfen. Darüber hinaus ist eine rechtliche Grundlage für den Abruf der Daten durch den Arbeitgeber erforderlich, um zugunsten der Versicherten die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz bei der Verwendung der eAU sicherzustellen.

Telematikinfrastruktur / Gesellschaft für Telematik: § 306 Abs. 1 und § 310 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V sowie § 316 SGB V: Am 3. April 2020 hat der PKV-Verband gemäß den Vorgaben des § 310 SGB V mit Zustimmung sämtlicher Gesellschafter, also auch des Bundes, 2,45 % der Anteile an der gematik vom GKV-SV übernommen. Entsprechend wäre dieser Umstand insbesondere in § 306 Abs. 1 und § 310 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V zu ergänzen bzw. abzubilden. In diesem Zusammenhang hat der PKV-Verband mit dem GKV-SV, welcher gemäß § 316 SGB V (bislang allein) zur Finanzierung der gematik verpflichtet ist, eine Vereinbarung zur Mitfinanzierung der gematik durch die PKV abgeschlossen, wonach der PKV-Verband dem GKV-SV einen Teil der Aufwendungen zugunsten der gematik sowie für die Erst- und Folgeausstattung samt Betriebskosten der Leistungserbringer (vgl. §§ 376 ff. SGB V) erstattet. Auch dies könnte und sollte Berücksichtigung im Gesetzestext finden.

- **Petition:** Die seit dem 3. April 2020 bestehende Beteiligung des PKV-Verbandes als Gesellschafter und Mitfinanzierer der gematik sollte in § 306 Abs. 1 und § 310 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 SGB V sowie in § 316 SGB V abgebildet werden.

Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten: § 307 SGB V: Hinreichende datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen in Bezug auf alle relevanten Datenverarbeitungen sind eine wesentliche Voraussetzung für die Nutzbarmachung und für die Nutzbarkeit der Anwendungen der TI in der PKV. Aus Gründen der Rechts- und Anwendungssicherheit sollte daher die Regelung zur Festlegung der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung (§ 307 SGB V) auch die entsprechenden PKV-Prozesse bzw. PKV-erheblichen Prozesse betreffen.

- **Petition:** § 362 Abs. 1 SGB V ist dahingehend zu erweitern, dass sich die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit nach § 307 SGB V richtet.

Elektronische Abwicklung von Abrechnungen: § 341 Abs. 2 Nr. 13 SGB V: Die Abrechnung von Leistungen der Leistungserbringer, z.B. nach der GOÄ bzw. der GOZ, sowie die Abrechnung von ärztlichen Verordnungen erfolgen in der PKV im Regelfall noch durch papiergebundene Rechnungsstellungen. Ziel einer umfassenden Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte es sein, dass diese

„analoge“ Praxis ebenfalls perspektivisch über die TI abgewickelt werden kann („eAbrechnung“). Entsprechend sollte die Möglichkeit der elektronischen Abwicklung von Abrechnungen der Leistungserbringer bei der Gestaltung der ePA berücksichtigt werden. In § 341 Abs. 2 Nr. 13 SGB V sind als potentielle Dateninhalte für die ePA auch „sonstige von den Leistungserbringern für die Versicherten bereitgestellte Daten“ vorgesehen. Darunter können grundsätzlich auch die eAbrechnungen verstanden werden. Allerdings wäre insoweit eine redaktionelle Klarstellung wünschenswert. Noch wichtiger ist es jedoch, dass die Gematik die eAbrechnungen bei ihren (zukünftigen) technischen Konzeptionierungen berücksichtigt. Dabei müssen die technischen Festlegungen sicherstellen, dass die Dateninhalte zu § 341 Abs. 2 Nr. 13 SGB V oder an anderer geeigneter Stelle die Ablage strukturierter Abrechnungsdaten ermöglichen; allein unstrukturierte Dokumentenformate (z.B. PDF- oder MS-Word-Formate) sind für die eAbrechnungen nicht nutzbar. Zudem sollte der Versicherte über die Ablage einer eAbrechnung in der ePA entsprechend informiert werden können.

- **Petition:** In § 341 Abs. 2 Nr. 13 SGB V sollte (klarstellend) vorgesehen werden, dass auch eAbrechnungen Inhalt der ePA sein können und insoweit die Ablage strukturierter Abrechnungsdaten ermöglichen. Zudem sollte der Versicherte über die Ablage einer Abrechnung in der ePA entsprechend informiert werden können.

eAbrechnung – Abrechnungsstellen: In der PKV werden von den Leistungserbringern vielfach Privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS) damit beauftragt, die von ihnen erbrachten Leistungen zu liquidieren. Unter Berücksichtigung des in der PKV geltenden Kostenerstattungsprinzips ist daher sicherzustellen, dass auch PVS Abrechnungen in der ePA ablegen können. Ohne eine entsprechende Regelung könnte der überwiegende Teil der privatrechtlich erbrachten Leistungen nicht über die TI abgebildet werden und in der PKV würde die Kostenerstattung weiterhin analog, d.h. papiergebunden, erfolgen müssen. Dieser Weg entspricht nicht dem vom Gesetzgeber verfolgten Ansatz der vollständigen Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Befugnis der PVS kann dabei auf das Einstellen der Abrechnung in die ePA beschränkt werden. Ein Zugriff auf Daten aus der ePA oder einer anderen Anwendung der TI bedarf es für die Abrechnung nicht und soll über eine entsprechende Regelung auch nicht ermöglicht werden. Der Versicherte soll dann über ein Frontend (App) die Abrechnung aus der ePA seiner Versicherung zuleiten können. Dies gilt ebenso für alle weiteren Abrechnungsstellen, die beauftragt werden, Ärzte im Abrechnungsgeschehen zu entlasten. Eine solche Schnittstelle kann auch für GKV-Versicherte erforderlich sein, die sich als Selbstzahler behandeln lassen und eine vollständige ePA anlegen wollen: Dies betrifft Rechnungen im Bereich der Selbstzahler z.B. IgeL-Leistungen, Bescheinigungen sowie Reiseimpfungen.

- **Petition:** Alle vom Arzt beauftragten Abrechnungsstellen (zum Beispiel Privatärztliche Verrechnungsstellen) müssen zum Zwecke der eAbrechnung Daten in die ePA einstellen können.

Elektronische Erklärung zur Organ- und Gewebespende: § 342 Abs. 2 Nr. 3 SGB V: Die Abgabe, Änderung sowie der Widerruf einer elektronischen Erklärung zur Organ- und Gewebespende für das dafür bestimmte Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende setzt nach § 342 Abs. 2 Nr. 3 SGB V den Einsatz einer eGK zum Zwecke der Authentifizierung voraus. Der obligatorische Einsatz

einer eGK widerspricht der durch § 291 Abs. 7 SGB V eingeführten Nutzung einer digitalen Identität, die nicht unmittelbar an eine Chipkarte gebunden sein soll, und würde beim Einsatz ausschließlich einer digitalen Identität zur Folge haben, dass diese Anwendung nicht genutzt werden könnte.

- **Petition:** Die Abgabe, Änderung sowie der Widerruf einer elektronischen Erklärung zur Organ- und Gewebespende sollte ohne Einsatz einer eGK, mithin auch bei einer ausschließlichen Verwendung einer digitalen Identität, ermöglicht werden.

Anspruch der Versicherten auf Nutzung der ePA: §§ 346 bis 349 SGB V: In den §§ 346 bis 349 SGB V werden Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser verpflichtet, die Versicherten auf deren Verlangen bei der Nutzung der ePA zu unterstützen. Dies betrifft insbesondere die (erstmalige) inhaltliche Befüllung, Aktualisierung, Pflege und Nutzung der ePA. Der Anspruch erfasst alle gesetzlich versicherten Personen; die Verpflichtung besteht für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 95 SGB V. Um die angestrebte flächendeckende Nutzung der ePA auch durch die Privatversicherten sicherzustellen, ist es notwendig, diese Ansprüche bzw. Verpflichtungen auch für den PKV-Bereich zu regeln. Ein entsprechender Anspruch besteht zu Gunsten der Privatversicherten bereits nach § 362 Abs. 1 i.V.m. § 358 Abs. 3 SGB V gegenüber Ärzten und Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, für die Notfalldaten. Dieser Anspruch wird nun über eine entsprechende Ergänzung in § 358 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB V-E zudem auf die elektronische Patientenkurzakte (ePatientenkurzakte) ausgeweitet.

- **Petition:** Die §§ 346 bis 349 SGB V sollten in entsprechender Anwendung auch für die PKV gelten.

Festlegung der Inhalte der ePA: § 355 Abs. 2a und Abs. 2b SGB V: Nach § 355 Abs. 2a und Abs. 2b SGB V trifft die KBV die notwendigen semantischen und syntaktischen Festlegungen für diejenigen Inhalte der ePA, die von den Versicherten als Daten nach § 341 Abs. 2 Nr. 9 und Nr. 10 SGB V in die ePA eingestellt werden.

- **Petition:** Da auch für die Versicherten der PKV die Inhalte dieser Anwendungen von Bedeutung sind, sollte der PKV-Verband an der Festlegung der Inhalte beteiligt werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass bezüglich der Erstellung der Medizinischen Informationsobjekte (MIO) auch ein Benehmen der KBV als hierfür zuständige Institution mit dem PKV Verband herzustellen ist.

eVerordnung: § 360 SGB V: Nach § 360 Abs. 12 S. 1 SGB V können mit Einwilligung des Versicherten Rechnungsdaten zu einer eVerordnung für eine Dauer von maximal 10 Jahren gespeichert werden. Zudem können die Versicherten nach § 360 Abs. 12 S. 2 SGB V auf die Abrechnungsdaten zugreifen und diese nach § 360 Abs. 12 S. 3 SGB V mit dem Kostenträger zwecks Kostenerstattung teilen. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Der Kostenerstattungsanspruch von Versicherungsnehmern der privaten Krankenversicherung gegenüber ihrem Versicherer bleibt zehn Jahre lang bestehen, nachdem die Versicherungsnehmer eine elektronische Verordnung eingelöst haben. Entsprechend muss für

sie in diesem gesamten Zeitraum auch die Möglichkeit bestehen, auf die zu Grunde liegende Rechnung zugreifen zu können. Dies wird mit dem neuen Absatz 12 sichergestellt.“

Insoweit wurde Abs. 12 mit Blick auf die PKV und das für sie geltende Kostenerstattungsprinzip konzipiert. Allerdings ist § 360 Abs. 12 SGB V nicht über § 362 SGB V auf die PKV anzuwenden. Dasselbe gilt für die Regelung in Abs. 13, nach der mit Einwilligung des Versicherten Dispensierinformationen inklusive der Abrechnungsdaten der elektronischen Verordnung automatisiert in der ePA abgelegt werden können. Diese Daten benötigt der Privatversicherte für eine Kostenerstattung durch seine Versicherung, sodass auch diese Bestimmung über § 362 Abs. 1 SGB V auf die PKV anwendbar sein sollte.

Darüber hinaus sollte, wie bereits oben zu den §§ 346 bis 349 SGB V ausgeführt, nicht nur für die gesetzlich versicherten Personen, sondern auch zugunsten der Privat- und Beihilfeversicherten die Verpflichtung bzw. der Anspruch gegenüber den Leistungserbringern auf Nutzung der Anwendungen der TI bestehen. Dieser Gleichklang ist auch mit Blick auf Anwendung eVerordnung herbeizuführen, sodass den Privat- und Beihilfeversicherten ein Anspruch auf Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher Verordnungen gegenüber den Leistungserbringern zustehen sollte. Um dem Abrechnungsvorgang in der PKV gerecht zu werden, sollten zudem die Apotheker/Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, die Abrechnungsdaten elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dieses gilt umso mehr, da in § 360 Abs. 4 bis 7 SGB V weitere Fälle geregelt werden, in denen Verordnungen verpflichtend elektronisch auszustellen sind.

- **Petition:** Die Regelungen des § 360 SGB V sollten auch für den PKV- und Beihilfe-Bereich zwingend vorgesehen werden, damit alle Versicherten unabhängig von der Zugehörigkeit zum GKV-/PKV-System von der Digitalisierung der ärztlichen Verordnung profitieren können. Um eine Kostenerstattung in der PKV sicherzustellen, sollten in jedem Fall § 360 Abs. 12 und Abs. 13 SGB V über einen Verweis in § 362 Abs. 1 SGB V für anwendbar erklärt werden. Darüber hinaus sollte nicht nur für die gesetzlich versicherten Personen, sondern auch zugunsten der Privat- und Beihilfeversicherten die Verpflichtung bzw. der Anspruch gegenüber den Leistungserbringern auf Nutzung des E-Rezeptes bestehen. Zudem sollten die Apotheker/Leistungserbringer dazu verpflichtet werden, die Abrechnungsdaten einer eVerordnung elektronisch zur Verfügung zu stellen.

eVerordnung – Speicherung in ePA: § 360 Abs. 13 SGB V: Um eine flächendeckende Nutzung zu ermöglichen, sollen die Versicherten perspektivisch ein singuläres Frontend (App) für alle ihre Daten in der Telematik (ePA, eVerordnung etc.) nutzen können. Hier bietet sich die ePA als zentraler Datenspeicher des Versicherten, bspw. auch für Daten aus Bestandsanwendungen wie der eGA, an. Das gilt auch für die Daten, die der Abrechnung einer eVerordnung in der PKV und der Beihilfe zu Grunde liegen. Um die ePA für die Abrechnung der Verordnung zu qualifizieren, ist es erforderlich, dass nach § 360 Abs. 13 SGB V neben den Dispensierinformationen auch die Rechnungsdaten speicherbar sind. Die Dispensierinformationen und Rechnungsdaten können dann vom Versicherten über das entsprechende Frontend dem Kostenträger zugeleitet werden.

- **Petition:** § 360 Abs. 13 SGB V sollte unter Berücksichtigung des Abrechnungsprozesses in der PKV und der Beihilfe dahingehend ergänzt werden, dass neben den Dispensierinformationen auch die Rechnungsdaten der eVerordnungen automatisiert in der ePA abgelegt werden.

Verpflichtung der Leistungserbringer: Die in den §§ 346 bis 349 SGB V, § 360 SGB V und § 295 SGB V aufgeführten Verpflichtungen der Leistungserbringer zur Erstellung, Übermittlung und Einstellung von eVerordnungen, eAU etc. in die Anwendungen der TI sowie die Verpflichtung zur Übermittlung und Speicherung von Daten in der ePA sind mangels eines entsprechenden Verweises in § 362 Abs. 1 SGB V bisher nicht auf die PKV anzuwenden. Insoweit steht den Privat- und Beihilfeversicherten ein entsprechender Anspruch nicht zu. Es muss gleichwohl gewährleistet sein, dass die Leistungserbringer wie bei den gesetzlich versicherten Personen Daten in die Anwendungen der TI einstellen und speichern können. Unser Verständnis ist daher, dass die in den §§ 352 (Zugriff auf die Daten der ePA), 356 (Zugriff auf elektronische Erklärungen zur Organ- und Gewebespende), 357 (Zugriff auf Hinweise zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen), 359 (Zugriff auf elektronische Notfalldaten inkl. Medikationsplan und ePatientenkurzakte) und 361 (Zugriff auf eVerordnungen) SGB V geregelten Zugriffs- und Verarbeitungsrechte der Leistungsberechtigten, die über § 362 Abs. 1 SGB V auf die PKV anzuwenden sind, auch das Erstellen, Einstellen, Übermitteln, Speichern etc. von Daten in diese Anwendungen der TI umfasst. Problematisch ist allerdings, dass nach § 339 Abs. 3 SGB V ein Zugriff auf die Anwendungen nach § 334 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 bis 5 SGB V bzw. § 334 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V nur mittels der eGK möglich sein soll. Ohne Einsatz einer eGK sollen nach § 339 Abs. 4 SGB V die zugriffsberechtigten Leistungserbringer nur auf die ePA und die ePatientenkurzakte zugreifen können. Mit Blick auf die Nutzung einer digitalen Identität sollte der Zugriff der Leistungserbringer auf die in den § 334 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 bis 5 SGB V vorgesehenen Anwendungen ohne Einsatz einer eGK erweitert werden.

- **Petition:** (Zumindest) in der Gesetzesbegründung zu § 362 Abs. 1 SGB V ist klarstellend festzuhalten, dass unter den Begriff des Zugriffs auf und des Verarbeitens von Daten in den Anwendungen der TI durch Leistungserbringer auch das Erstellen, Einstellen, Übermitteln, Speichern etc. von Daten in den Anwendungen der TI fallen. Zudem ist die Regelung des § 339 Abs. 4 SGB V dahingehend zu erweitern, dass bei Nutzung einer digitalen Identität durch den Versicherten die Leistungserbringer auch auf die in § 334 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 bis 5 SGB V geregelten Anwendungen zugreifen können.

Nutzung einer digitalen Identität: § 362 Abs. 2 SGB V: Die PKV kann nach § 362 Abs. 2 SGB V für die Nutzung von Anwendungen nach § 306 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 lit. a und § 334 Abs. 1 S. 2 SGB V den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer nach § 291 Abs. 1 S. 2 SGB V nutzen. Laut Gesetzesbegründung kann damit von der PKV der unveränderbare Teil der Krankenversicherungsnummer losgelöst von der eGK verwendet werden, soweit Anwendungen der TI ohne Einsatz der eGK genutzt werden können. Diese Erweiterung der Nutzung der Krankenversicherungsnummer auch im Falle der Verwendung einer digitalen Identität, die nicht an die Ausgabe einer eGK geknüpft ist, wird von der PKV ausdrücklich begrüßt.

Für die GKV wird in § 291 Abs. 7 S. 1 SGB V geregelt, dass die Krankenkassen den Versicherten ergänzend zur eGK ab dem 1. Januar 2023 eine digitale Identität zur Verfügung stellen. Die digitale Identität dient nach § 291 Abs. 7 S. 2 SGB V ab dem 1. Januar 2024 in gleicher Weise wie die eGK als Versicherungsnachweis. Damit werden die gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich dazu berechtigt, ihren Versicherten eine digitale Identität zu Verfügung zu stellen, die ab Anfang 2024 als Versicherungsnachweis dienen kann. Eine entsprechende Berechtigung sollte auch für die PKV in § 362 SGB V zur Klarstellung aufgenommen werden. Zwar lässt die Möglichkeit, dass die Krankenversicherungsnummer auch ohne Ausgabe einer eGK von der PKV genutzt werden kann, darauf schließen, dass die PKV-Unternehmen dazu berechtigt sind, eine digitale Identität ihren Versicherten anzubieten. Eine eindeutige Formulierung dieser Berechtigung zur Nutzung einer digitalen Identität durch die PKV ist aus Gründen der Rechtssicherheit allerdings erforderlich.

Zudem sieht die Regelung in § 362 Abs. 1 SGB V weiterhin vor, dass die darin auf die PKV anzuwendenden Vorschriften des SGB V allein bei der Ausgabe einer eGK anzuwenden sind. Nach der gegenwärtigen Regelung würden die Vorschriften im Falle der Nutzung einer digitalen Identität ins Leere laufen.

- **Petition:** Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte § 362 SGB V dahingehend ergänzt werden, dass die PKV-Unternehmen dazu berechtigt sind, ihren Versicherten eine digitale Identität zur Verfügung zu stellen. Zudem sollte § 362 Abs. 1 SGB V dahingehend angepasst werden, dass die Vorschriften auch im Falle der Nutzung einer digitalen Identität anzuwenden sind.

Sicherstellung der Finanzierung: § 362 SGB V: Bislang ist aus Sicht der PKV die Finanzierung der mit der Beteiligung der PKV an der gematik verbundenen (Hardware-)Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer nicht hinreichend sichergestellt. Die PKV hat bereits und wird zukünftig erhebliche Summen für die Ausstattung von Leistungserbringern und den Betrieb der technischen Infrastruktur investieren. In der PKV können derartige Leistungen allerdings grundsätzlich nur kalkuliert und finanziert werden, wenn es sich um vertragstypische Leistungen der Krankenversicherer handelt. Insbesondere im Hinblick auf die Bestandsverträge in der PKV, bei welchen eine Ergänzung der neuen digitalen Dienstleistungen in den vertraglichen Abreden nicht ohne weiteres möglich ist, bedarf es der Unterstützung des Gesetzgebers. Es muss insoweit klargestellt werden, dass alle digitalen Services im Gesundheitswesen Teil der Versicherungsleistungen der PKV-Unternehmen sind. Auf dieser oder einer vergleichbaren Grundlage (siehe dazu auch eingehend unter nachfolgender Ziffer III.) wäre es möglich, die Kosten der PKV im Zusammenhang mit dem Betrieb und der Nutzung der TI und seiner Anwendungen kalkulatorisch abzubilden. Auch für die Beihilfeträger würde insoweit eine belastbare Grundlage geschaffen.

- **Petition:** § 362 SGB V ist um einen Absatz dahingehend zu erweitern, dass es sich bei den Kosten der PKV im Zusammenhang mit dem Betrieb und der Nutzung der TI um Versicherungsleistungen handelt, beispielsweise durch Ergänzung folgenden Satzes / Absatzes:

„Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften können die Nutzung der Telemedizininfrastruktur und deren Anwendungen durch die Versicherten als Versicherungsleistungen zur Verfügung stellen.“

Nutzung von Datenspenden: § 363 SGB V: Im Zusammenhang mit dieser Regelung ist es geboten, dass auch der PKV-Verband bzw. sein (nichtkommerzielles) wissenschaftliches Institut Zugang zu den mittels der Datenspenden generierten Daten erhält (vgl. dazu § 303e SGB V), da diese Daten zu einem nicht ganz unerheblichen Teil auch von Privatversicherten stammen werden.

- **Petition:** Der PKV-Verband sollte als Nutzungsberechtigter für die mittels der Datenspenden generierten Daten aufgenommen werden.

Nationales Gesundheitsportal: § 395 SGB V: Nach § 395 Abs. 1 SGB V errichtet und betreibt das Bundesministerium für Gesundheit ein nationales Gesundheitsportal, über das Gesundheitsinformationen zur Verfügung gestellt werden. Zudem sollen die Bürgerinnen und Bürger nach § 395 Abs. 2 SGB V bei ihrer Suche nach einem bestimmten vertragsärztlichen Leistungserbringer unterstützt werden. Die KBV übernimmt dabei die Aufgabe, Daten zu den vertragsärztlichen Leistungserbringern zu erheben und dem Nationalen Gesundheitsportal zu übermitteln. Die Vorschrift des § 395 SGB V ist über § 362 SGB V nicht direkt auf die PKV anzuwenden. Nach dem Wortlaut Gesetzesbegründung sollen die Daten aus dem Nationalen Gesundheitsportal indes allen Bürgerinnen und Bürgern zugänglich gemacht werden, d.h. der Zugang soll nicht auf gesetzlich Versicherte beschränkt werden.

Überdies wäre es im Sinne eines umfassenden Informationsportals ggf. sinnvoll, wenn nicht nur die vertragsärztlichen Leistungserbringer, sondern auch alle weiteren Leistungserbringer, insbesondere auch die rein privat abrechnenden, in dem Portal aufgeführt werden. Hierfür sollte der Gesetzgeber zumindest die notwendigen Grundlagen schaffen.

- **Petition:** Da auch Privatversicherte ein Interesse daran haben, die gesundheits- und pflegebezogenen Informationen des Nationalen Gesundheitsportals sowie die arztbezogenen Informationen zu nutzen, sollte § 395 SGB V über einen Verweis in § 362 SGB V auch für Privatversicherte Anwendung finden. Jedenfalls sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass auch Privatversicherte die Dienste des Nationalen Gesundheitsportals in Anspruch nehmen können. Perspektivisch sollten alle Versicherten über die ePA allerdings auch den direkten Zugang zu weiteren seriösen und laienverständlichen Informationsangeboten auf Basis der evidenzbasierten Medizin finden. Dies würde auch der Pluralität des deutschen Gesundheitssystems entsprechen.

Digitale Pflegeberatung: § 7a Abs. 2 SGB XI: Die Pflegeberatung kann auch im Wege digitaler Anwendungen, die den Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, entsprechen, durchgeführt werden. Anwendungen, die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zulässig sind oder von der Gematik als sicher bestätigt wurden, können genutzt werden. Darüber hinaus können in

der Richtlinie nach § 17 Abs. 1a SGB XI Anwendungen festgelegt werden. Diese Ergänzung ist sinnvoll und angezeigt, da diese den Bedürfnissen eines Teils der Klientinnen und Klienten entspricht, auch angesichts der Tatsache, dass die pflegebedürftige Person und weitere Personen nicht immer an einem Ort wohnen.

Neben der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgen auch Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie nach § 45 SGB XI, die ebenfalls um die Möglichkeit der Nutzung digitaler Anwendungen ergänzt werden sollten. Insbesondere bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, deren Beratung der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden dient, ist dies aus folgenden Gründen sinnvoll:

- Der regelmäßige Charakter der Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI bietet optimale Möglichkeiten für den Einsatz digitaler Technik. Die Versicherten sind vertraut mit den Möglichkeiten des Beratungsangebotes und meist auch mit der beratenden Person.
- Die Möglichkeit einer Öffnung der Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI für digitale Anwendungen, die den Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten, würde den Bedürfnissen eines zunehmenden Teils der Versicherten entsprechen.
- Der Einsatz digitaler Technik entspricht der bestehenden Notwendigkeit der Schonung pflegefachlicher Ressourcen.

Auch die digitale Durchführung ermöglicht weitreichende Erkenntnisse über die Pflegesituation in der Häuslichkeit. Dies hat die Erfahrung in den vergangenen Monaten der Corona-Pandemie gezeigt und wurde durch die compass private pflegeberatung auch systematisch evaluiert. Die Bedürfnisse der Ratsuchenden konnten – verglichen mit dem Hausbesuch – am Telefon und per Video gut identifiziert und bearbeitet werden. Bei der Anwendung von Videotechnik ist auch die Inaugenscheinnahme der pflegebedürftigen Person möglich. Lediglich die Wahrnehmung des häuslichen Umfeldes ist eingeschränkt, aber nicht ausgeschlossen. Im Übrigen gibt es auch Parallelen zur Begutachtung, wo in den vergangenen Monaten telefonisch sehr valide Begutachtungsergebnisse erzielt wurden.

- **Petition:** Der Einsatz digitaler Anwendungen sollte allerdings nicht – analog der vorgesehenen Regelung für die Beratung nach § 7a SGB XI – vollständig in die Entscheidung der versicherten Person gelegt werden. Deshalb sollte diese Möglichkeit lediglich für jede zweite der abzurufenden Beratungen eröffnet werden.

Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen: § 40b SGB XI:

Der Anspruch auf Leistungen zur ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen und für digitale Pflegeanwendungen wird der Höhe nach auf bis zu 50 Euro im Monat begrenzt. Durch die zu erwartende steuernde Wirkung der Festlegung der Höhe des Leistungsanspruches für digitale Pflegeanwendungen sowie ggf. ergänzenden Unterstützungsleistungen durch

zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ist die Regelung zu befürworten. Zudem erfolgt eine geeignete Maßnahme zur Begrenzung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung.

Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen,

Verordnungsermächtigung: § 78a SGB XI: Durch den GKV-Spitzenverband wird mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung ein Vergütungsbetrag vereinbart. Die Verhandlungen werden nach Aufnahme in das barrierefreie Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geführt. Die durch den GKV-Spitzenverband vereinbarten Vergütungsbeträge gelten dabei für alle Kostenträger. Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig.

- **Petition:** Durch das Verzeichnis wird die notwendige Sicherheit und Transparenz in Bezug auf digitale Pflegeanwendungen sichergestellt. Darüber hinaus erfolgt das Verbot der Differenzierung nach Kostenträgern, die eine einheitliche Vergütung der identischen Leistungen sicherstellt. Als redaktionelle Änderung wird auf die falsche Bezugnahme in § 78a Abs. 4 SGB XI auf Absatz 2 hingewiesen. Hier müsste auf Absatz 3 verwiesen werden.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: § 18 SGB XI i.V.m. § 147 SGB XI: Neben der Begutachtung mit Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich und der reinen Aktenlage-Begutachtung sollte die digitale Begutachtung als weitere Form der Begutachtung in § 18 Abs. 2 SGB XI vorgesehen werden. Unter welchen Bedingungen bzw. Voraussetzungen diese Art der Begutachtung erfolgen kann, sollte über eine Richtlinie festgelegt werden. Voraussetzung einer digitalen Begutachtung sollte die Zustimmung der antragstellenden Person sein. In den letzten Monaten wurden wertvolle Erfahrungen mit der digitalen Begutachtung auf Grundlage der Regelungen nach § 147 SGB XI gewonnen. Gutachterinnen und Gutachter der medizinischen Dienste haben die Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, mittels strukturiertem Interview durchgeführt. Mit dieser Prüfung erfolgen auch diverse weitere Feststellungen, u.a. zum Beratungsbedarf, zum Hilfsmittelbedarf oder Notwendigkeit von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Trotz des sehr kurzen Umstellungszeitraums erfolgte die Umstellung von der Begutachtung mit Hausbesuch zur digitalen Begutachtung weitestgehend „geräuschfrei“. Weder das Einstufungs- noch das Empfehlungsverhalten der Gutachterinnen und Gutachter haben sich wesentlich verändert. Die Flexibilität aller Beteiligten, der versicherten Personen, der Angehörigen, des Personals in den Pflegeeinrichtungen, der Pflegeversicherungen und der Gutachterinnen und Gutachter hat sich erhöht. Dies führt zu einem effizienten Ressourceneinsatz. Die wegfallende Anfahrt zu den Hausbesuchsterminen (inkl. Routenplanung) senkt nicht nur die Bearbeitungszeiten, sondern ist auch umweltfreundlich. Die Versichertenakzeptanz ist derzeit hoch.

- **Petition:** Aufgrund dieser Erfahrungen sollte die Möglichkeit der digitalen Begutachtung über die Zeit der Pandemie hinweg, als gleichberechtigte Form der Begutachtung neben der

Begutachtung mit Hausbesuch und der reinen Aktenlage-Begutachtung, vorgesehen werden. Die Regelungen zur Umsetzung der digitalen Begutachtung sollten in einer Richtlinie festgelegt werden.

Aufhebung des NutZZG: Durch Artikel 13 DVPMG soll das Nutzungszuschlagsgesetz (NutZZG) vollständig aufgehoben werden. Allerdings ist die Fortgeltung des NutZZG sowohl erforderlich als auch sinnvoll. Allerdings sollte das NutZZG an den aktuellen Stand der Entwicklungen angepasst werden.

Derzeit bildet das NutZZG allein den TI-Zugang über die eGK ab und sieht insoweit vor, dass Leistungserbringer GOÄ/GOZ-Zuschläge im Zusammenhang mit dem Einsatz der eGK außerhalb des SGB V berechnen können. Es sollte – auch mit Blick auf die Zukunft – sichergestellt werden, dass auch Szenarien ohne den Einsatz / die Ausgabe einer eGK und gleichzeitig für alle derzeit angedachten digitalen Services / Anwendungen (ePA, eAU, eMP, eVerordnung etc.) erfasst werden. § 1 (Anwendungsbereich) NutZZG sollte entsprechend auf die zukünftige digitale Mitwirkung der Leistungserbringer, auf welche es im Ergebnis ankommt, abstellen; die Regelung sollte sich auf die Leistungen der Leistungserbringer bei der Verwendung der TI-Anwendungen (z. B. NFDM-Dateneingabe, digitale eMP Bereitstellung, Versenden von E-Arztbriefen, Einstellen von Dokumente in die ePA) beziehen. Ergänzend oder alternativ zu dem bislang abgebildeten Szenario des Einsatzes einer eGK könnte auf die Nutzung der digitalen Identität gemäß § 290 Abs. 7 SGB V referenziert werden. Gleiches gilt in Bezug auf § 2 Abs. 1 NutZZG, der bislang ebenfalls allein auf die „Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte“ abstellt.

Anpassungs- bzw. ergänzungsbedürftig ist zudem § 2 Abs. 2 NutZZG, welcher die Finanzierung der in § 291a Abs. 7 S. 5 Nr. 1 und 2 SGB V genannten Kosten ((Erst-)Ausstattungs- und laufende Betriebskosten) sicherstellen soll. Dies hat folgenden Hintergrund: An der Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer/Apotheker beteiligt sich die PKV bereits – im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit – umfassend im Wege einer Mitfinanzierungsvereinbarung mit dem GKV-SV. Eine sachwidrige doppelte Kostenerstattung i. S. d. derzeitigen § 2 Abs. 2 NutZZG zugunsten der Leistungserbringer ist insoweit auszuschließen. Es muss entsprechend ausdrücklich klargestellt werden, dass die Kosten nach § 291a Abs. 7 S. 5 Nr. 1 und 2 SGB V hierdurch bereits abgegolten sind und die entsprechenden Zuschläge nicht (zusätzlich) geltend gemacht werden können. Gesetzestechnisch könnte eine Ergänzung des § 2 NutZZG mit dem Regelungsinhalt in Betracht kommen, dass die Zuschläge nur berechnet werden dürfen, soweit die TI-Kosten nicht bereits anderweitig erstattet werden. Unberührt hiervon bleiben selbstverständlich die weiteren, nicht hardwarebezogenen Aufwendungen der Leistungserbringer für deren (digitalen) medizinischen Leistungen (z. B. Dateneingabe in die ePA oder eMP), welche auf der Grundlage des NutZZG über die GOÄ/GOZ abgerechnet werden.

In diesem Zusammenhang dürfen wir klarstellen, dass die Mitfinanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der TI durch die PKV die Regelungen des NutZZG nicht obsolet machen. Vor allem für privatabrechnende Leistungserbringer, welche keine Kostenerstattungen für die Ausstattung und den Betrieb der erforderlichen Hardware über das SGB V von GKV und PKV erhalten, bleibt die Frage

der Refinanzierung dieser Kosten. Die im NutzZG vorgesehenen Zuschläge stellen hierfür einen geeigneten Mechanismus dar. Die Erstattungshöchstgrenzen gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 NutzZG (z. B. der Vergütung von eArztbriefen) sollten sich – soweit systematisch möglich – weiterhin an den Finanzierungsvereinbarungen in den Bundesmantelverträgen, an deren Verhandlung der PKV-Verband zusammen mit dem GKV-SV beteiligt ist, oder an anderweitigen Festlegungen orientieren.

Beispielhaft könnte der Wortlaut des NutzZG wie folgt neugefasst werden:

§ 1 Anwendungsbereich

Dieses Gesetz regelt die Erhebung nutzungsbezogener Zuschläge zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer im Sinne des § 376 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit diese nicht bereits aufgrund von Vereinbarungen nach § 376 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgegolten werden.

§ 2 Erhebung der Zuschläge

(1) Für die Unterstützung der Versicherten durch Leistungserbringer bei der Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur gemäß § 334 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [Anm.: Ggf. weitere Leistungserbringer zu ergänzen.] der Zahlungspflichtigen oder dem Zahlungspflichtigen nutzungsbezogene Zuschläge zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten im Sinne des § 376 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berechnen, soweit die Finanzierung dieser Ausstattungs- und Betriebskosten nicht bereits über die Vereinbarungen gemäß § 376 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt.

(2) Die Höhe der Zuschläge darf die nach § 378 und 379 [ggf. bis 381] des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder festgelegten Zuschläge nicht überschreiten.

(3) Im Rahmen wahlärztlicher Behandlung nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes dürfen keine Zuschläge berechnet werden.

§ 3 Ausweis der Zuschläge

Die Zuschläge gelten als gesondert berechnungsfähige Auslagen im Sinne des § 3 der Gebührenordnung für Ärzte und des § 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie sind in der Rechnung gesondert auszuweisen.

- **Petition:** Das NutzZG sollte fortgelten und an den aktuellen Stand der Entwicklungen angepasst werden.

3. Abbildung von Services der elektronischen Patientenakte und digitalen Anwendungen in den Tarifbedingungen der PKV

Durch den Gesetzesentwurf sollen u.a. die Services der ePA und die diGA weiter ausgebaut werden. Auch die Unternehmen der PKV sind schon lange bestrebt, ihren Versicherten digitale Innovationen in der Gesundheitsversorgung, wie diGA und eGA, möglichst rasch und umfassend zur Verfügung zu stellen. Sie möchten insoweit einen wesentlichen Beitrag zur zukunftsgerichteten Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitssystems zum Nutzen aller Versicherten leisten. So hat auch schon die vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützte CHARISMHA-Studie bereits im Jahr 2016 festgestellt, dass PKV-Unternehmen hier eine Vorreiterrolle für ihre Versicherten einnehmen: „Insgesamt bieten private Versicherungsunternehmen häufiger Apps für ihre Versicherten an, als dies gesetzliche Krankenkassen tun. Mögliche Gründe hierfür sind eine höhere Flexibilität innerhalb der Unternehmen und eine höhere wettbewerbliche Relevanz.“

Allerdings erfolgen die Leistungen gerade im Bereich der diGA aktuell zwar häufig, aber immer nur im Einzelfall und nicht als vertragliche Regelleistung, da die strengen (gesetzlichen) Rahmenbedingungen für die PKV dies noch nicht abbilden. Gleiches wird für viele Services im Zusammenhang mit den Anwendungen der TI, insbesondere der ePA, und für durch diese eröffnete neue Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung der Fall sein. Wenn es der erklärte Wille des Gesetzgebers ist, diese als Schlüsseltechnologien allen Versicherten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zur Verfügung zu stellen, muss den Unternehmen der PKV eine entsprechende Abbildung von Services zu den Anwendungen der TI, aber auch der diGA in ihren jeweiligen Tarifbedingungen ermöglicht werden.

Die ePA, aber besonders auch die diGA, eröffnen vielfältige Möglichkeiten, um Menschen bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten sowie auf dem Weg zu einer selbstbestimmten gesundheitsförderlichen Lebensführung zu unterstützen. Die PKV unterstützt das gesetzgeberische Ansinnen, Versicherten einen Anspruch insbesondere auf eine ePA und auf diGA zu geben. Die Einbeziehung in bestehende Krankenversicherungstarife würde auch die dauerhafte Finanzierung entsprechender Leistungen absichern. Aufgrund der aufsichtsrechtlichen und versicherungsvertragsrechtlichen Vorgaben ist eine Änderung bestehender Versicherungsverträge allerdings nicht ohne weiteres möglich, sondern vielmehr nur zulässig, wenn die Änderung aufgrund einer Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheint (§ 203 Abs. 3 VVG). Die Voraussetzungen, auch die Angemessenheit der Veränderung, hat ein unabhängiger juristischer Treuhänder zu bestätigen. Der in § 33a SGB V neu eingeführte Anspruch der Versicherten der GKV auf diGA bezieht sich – ausweislich der gesetzgeberischen Begründung – auf zusätzliche Leistungen, die über die bisherige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln hinausgehen. Auch aus § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V ist insoweit ersichtlich, dass es sich bei den diGA um eine neue Leistungsform in der GKV handelt, die nicht unter die „Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln“ fällt. Gleiches gilt in Bezug auf die Anwendungen der TI, allen voran die ePA.

Unter dem Gesichtspunkt der zukunfts-offenen Rechtssicherheit und der systemgerechten, gleichmäßigen Versorgung der Privatversicherten ist eine Verankerung in den Tarifbedingungen der PKV geboten: Denn kalkuliert und damit nachhaltig für sämtliche Versichertengruppen finanziert werden können nur tariflich verankerte Leistungen. Dies gilt im Übrigen auch für die Finanzierung der diGA aus Überschussmitteln, den sog. Rückstellungen für Beitragsrückerstattung (RfB-Mittel). Nach § 155 Abs. 2 VAG bedarf die Verwendung der RfB-Mittel der Zustimmung des mathematischen Treuhänders. Dieser hat dabei darauf zu achten, dass die in den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt sind (§ 155 Abs. 2 S. 2 VAG). Letztlich schaffen tarifliche Regelungen auch Transparenz und Verlässlichkeit gegenüber den Versicherten. Die vorstehenden Überlegungen betreffen im Grunde auch (die weiteren) Dienstleistungen im Zusammenhang mit den Anwendungen der TI, z.B. die eVerordnung (vgl. dazu auch die Ausführungen unter Ziffer II.2. „Sicherstellung der Finanzierung: § 362 SGB V“).

Auf diesen Überlegungen begründet sich unser Ansinnen, eine versicherungsvertragsgesetzliche Grundlage zu schaffen, welche bspw. in Form einer Ergänzung des § 192 Abs. 3 VVG um folgenden Satz 2 umgesetzt werden kann:

„Satz 1 gilt auch für die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie Schwangerschaft und Entbindung stehen und diese unterstützen, und Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Nutzung der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen durch die Versicherten.“

(Hinweis: Klarstellend handelt es sich im Hinblick auf die „Nutzung der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen durch die Versicherten“ um eine zu bevorzugende Alternativgestaltung zum Regelungsvorschlag unter Ziffer II.2. „Sicherstellung der Finanzierung: § 362 SGB V“.)

Alternativ zur vorgenannten (dauerhaften) Änderung des § 192 Abs. 3 VVG wäre zur Einbindung von Leistungen im Zusammenhang mit den neuesten digitalen Entwicklungen im Gesundheitswesen als Minimallösung auch eine befristete Sonderanpassungsbefugnis bezüglich unserer bestehenden Tarifwerke vorstellbar. Systematisch sinnvoller Regelungsort könnte insoweit das Einführungsgesetz zum VVG (VVGEG, dort bspw. als neuer Abs. 5) sein. Im Ergebnis scheint uns jedoch eine Änderung des § 192 VVG rechtsdogmatisch die bessere Lösung zu sein, da sie dauerhaft manifestiert, dass die mit einer Heilbehandlung im Zusammenhang stehenden diGA und die Anwendungen der TI als Regelleistung eines privaten Krankenversicherungsvertrages vereinbart werden können und diese nicht mehr nur im Individualfall erstattet werden.

Klarstellend ist mit der vorgeschlagenen Änderung des VVG bzw. VVGEG ausdrücklich keine Befugnis verbunden, die Beiträge zur PKV anzupassen. Die Möglichkeit der Prämienanpassung in der Krankenversicherung richtet sich ausschließlich und unabhängig von den vorgenannten Vorschlägen nach § 203 Abs. 2 VVG i.V.m. § 155 VAG.

Zur Vermeidung von Missverständnissen sei hier ausdrücklich gesagt, dass diese Gesetzesänderung sich auf die genannten Anwendungsfälle beschränkt und nicht die Anwendung individualpräventiver Maßnahmen, bspw. Fitness- oder Wellness-Apps, bzw. Anwendungen, an denen Verhaltensbonifikationen anknüpfen, umfasst. Andererseits sollte der digitale Handlungsspielraum der PKV genügend (vertraglichen) Gestaltungsspielraum im Hinblick auf zukünftige – zurzeit noch nicht absehbare – Veränderungen und Weiterentwicklungen der digitalen Möglichkeiten im Gesundheitswesen gewähren; auch in Zukunft sollte dies der PKV ohne neue gesetzliche Anpassungen möglich sein.

4. Im Gesetzesentwurf vorgesehene Regelungen zu Solidargemeinschaften

Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall:

§ 176 SGB V: Gemäß § 176 SGB V soll die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft, die bereits am Tag des Kabinettsbeschlusses, also am 20. Januar 2021 bestand, als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bzw. als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch gelten. Die Regelung sieht vor, dass die Mitglieder einen Leistungsanspruch auf SGB V-Niveau gegen die Solidargemeinschaft haben. Im Fall der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft oder einer aus anderen Gründen endenden Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft sind die PKV-Unternehmen gemäß § 193 VVG oder die Krankenkassen aufgrund der wieder auflebenden (nachrangigen) Versicherungspflicht zur Versicherung der ausgeschiedenen Mitglieder einer Solidargemeinschaft im Sinne von § 176 SGB V verpflichtet. Diese Verpflichtung besteht unabhängig vom Lebensalter der ausgeschiedenen Mitglieder. Die Versichertengemeinschaften der GKV und der PKV tragen somit das Risiko, dass ein Mitglied in einer Solidargemeinschaft seine Mitgliedschaft beendet, wenn höhere Krankheitskosten anfallen, die von der Solidargemeinschaft nicht erstattet werden (sog. „Vorteilshopping“), und das Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft im Sinne von § 176 SGB V. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Gleichstellung der Mitgliedschaft in einigen, näher definierten Solidargemeinschaften mit der Absicherung in der GKV oder PKV ist nicht sachgerecht.

Die in § 176 SGB V vorgesehene Anerkennung der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall soll unter anderem an die Voraussetzung geknüpft werden, dass es sich um eine Mitgliedschaft in einer am 20. Januar 2021 bereits bestandenen und seitdem ununterbrochen fortgeführten Solidargemeinschaft handelt. Insoweit reicht der von der Vorschrift vermittelte Bestandsschutz deutlich zu weit. Durch das GKV-WSG wurde zum 1. April 2007 eine nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V geschaffen, so dass allenfalls dieses Datum für eine Bestandsschutzregelung zu erwägen wäre, wobei zu bedenken ist, dass es auch für die Solidargemeinschaften, die bereits am 1. April 2007 bestanden, seit diesem Zeitpunkt kein schützenswertes Interesse mehr gibt. Denn diese Solidargemeinschaften haben sich bei Aufnahme neuer Mitglieder nach Einführung der Krankenversicherungspflicht bewusst und im Wissen um die bestehende Krankenversicherungspflicht für ein rechtlich und inhaltlich unzureichendes Konzept entschieden. Allenfalls schützenswert sind die Personen, die sich vor Einführung der Krankenversicherungspflicht für ein solches Konzept entschieden haben, im Vertrauen darauf, sich mit einer gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen rechtskonform zu verhalten. Insofern

wäre es allenfalls denkbar, unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes für die Anerkennung nach § 176 SGB V auf die bereits vor dem 1. April 2007 begründete und seitdem ununterbrochen fortgeführte Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft abzustellen.

Hinzuweisen ist noch darauf, dass der Gesetzesentwurf zwar eine Regelung enthält, dass die Kündigung der Mitgliedschaft nur dann wirksam wird, wenn das Mitglied das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Es fehlen jedoch Regelungen, wonach jede Kündigung einer nach § 176 Abs. 1 SGB V anerkannten Mitgliedschaft durch die Solidargemeinschaft ausgeschlossen ist. Ohne eine solche ist es der Solidargemeinschaft möglich, bei Gefahrerhöhungen oder Beitragsrückständen dem Mitglied einseitig zu kündigen und einen Zustand ohne Absicherung herbeizuführen. Im Zusammenhang mit der Beendigung der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft durch das Mitglied ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzesentwurf keine Regelung vorsieht, die verhindert, dass ein ehemaliges Mitglied, nachdem es zunächst in die GKV oder PKV gewechselt ist, anschließend wieder Mitglied in der Solidargemeinschaft wird. Diese fehlende Regelung erachtet der PKV-Verband als sehr bedenklich, denn es muss verhindert werden, dass Mitglieder einer Solidargemeinschaft in Anbetracht einer zu erwartenden kostenintensiven Behandlung nur vorübergehend in die GKV oder PKV wechseln.

Auf Bedenken stößt besonders, dass die anerkannten Solidargemeinschaften durch die Implementierung eines gesetzlichen Leistungsanspruchs ihrer Mitglieder zu Versicherungsunternehmen i. S. d. § 7 Nr. 33 VAG werden, ohne dass erkennbar wäre, dass diese insbesondere die Solvency II-Vorgaben erfüllen und damit den Vorgaben des Gemeinschaftsrechts entsprechen. Demgegenüber unterliegen PKV-Unternehmen grundsätzlich den umfassenden Sicherungsvorgaben des Solvency II-Regimes. Und dies aus Sicht der Versicherten mit guten Gründen. Solvency II ist ein modernes EU-weites Aufsichtssystem und unterstützt gute Unternehmensführung sowohl in quantitativer (harte Solvenzkapitalvorgaben) und qualitativer Hinsicht (Mindestanforderungen an die Geschäftsorganisation von Versicherungsunternehmen (MaGo)). Über die Solvenzsituation hat ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung zudem mindestens einmal im Jahr öffentlich zu berichten (SFCR). Als Frühwarnsystem gewährleistet Solvency II mit einem annähernd 100%igen Konfidenzniveau die Leistungsfähigkeit eines Unternehmens der privaten Krankenversicherung über die gesamte (i.d.R. lebenslange) Vertragslaufzeit. Dieses äußerst hohe, allerdings auch sehr aufwendige Schutzniveau in der PKV dient letztlich den versicherten Personen, die sich auf die belastbare Einstandspflicht ihrer Versicherer verlassen können und sollen. Für die Solidargemeinschaften sollte in dieser Hinsicht ebenfalls ein – unter Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Tätigkeiten und den damit verbundenen Risiken – angemessenes, allerdings auch hinreichendes (gesetzliches) Schutzsystem zur Anwendung kommen.

Neben der systematischen Gewährleistung der Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaften fehlen im Gesetzesentwurf u. a. hinreichende Compliance-Vorgaben bezüglich des Geschäftsbetriebes der Solidargemeinschaften. Aus Sicht der Betroffenen ist ein umfassender organisatorischer und struktureller Schutz der Versichertengelder zwingend erforderlich, um das Risiko bspw. betrügerischen oder veruntreuenden Verhaltens nach Möglichkeit auszuschließen. Überdies fehlen Regelungen zum Datenschutz, der gerade in Gesundheitsfragen besonders wichtig ist. Solidargemeinschaften

sollten zudem verpflichtet sein, die Rechtsform des eingetragenen Vereins einzunehmen. Durch die Eintragung ins Vereinsregister wird sichergestellt, dass ausreichende Transparenz über die Verantwortlichkeiten in der Selbsthilfeeinrichtung besteht. In diesem Zusammenhang sollte auch geregelt werden, dass der Vereinsvorstand eine ausreichende Qualifikation haben und insbesondere zuverlässig sein muss. Hierüber könnte das Bundesamt für Soziale Sicherung entscheiden.

Durch die vorgesehene Änderung des § 3 Abs. 1 VAG, nach der anerkannte Solidargemeinschaften nicht den erlaubnis- und aufsichtsrechtlichen Vorgaben des VAG unterliegen, erreichen die anerkannten Solidargemeinschaften eine nicht gerechtfertigte Privilegierung gegenüber sonstigen Versicherungsunternehmen. Dies dürfte unvereinbar sein mit dem europäischen, einheitlichen Aufsichtsrecht für alle Versicherungen. Ungeregt sind insbesondere wesentliche versicherungsaufsichtsrechtliche Fragen, wie bspw. der Schutz der Solidargemeinschaften vor versicherungsfremden Leistungen i. S. d. § 15 VAG. Gleiches gilt für die aufsichtsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsätze.

Die in § 176 Abs. 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V vorgesehene Reduzierung der Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit auf die Entgegennahme des testierten Gutachtens und die bloße Bestätigung, dass ein nach Abs. 3 Satz 2 testiertes Gutachten vorliegt, ersetzt keine wirksame Aufsicht, wie sie für sonstige Versicherungsunternehmen oder gesetzliche Krankenkassen besteht. Prüfungskompetenzen werden dem Bundesministerium für Gesundheit nicht zugeschrieben. Damit würden – in Verbindung mit der vorgesehenen Änderung des § 3 Abs. 1 VAG – die anerkannten Solidargemeinschaften weder der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit noch der BaFin unterliegen. Sie wären aufsichtsfrei, obwohl ihnen die Erfüllung einer existenziellen und lebenslangen Absicherung im Krankheitsfall zugestanden wird. Das ist – auch im eigenen Interesse der Mitglieder der Solidargemeinschaften – nicht nachvollziehbar.

Im Falle einer Insolvenz einer Solidargemeinschaft und der sich anschließenden unregelmäßig abwicklungsphase würde sich der Gesetzgeber möglicherweise dem Vorwurf ausgesetzt sehen, weshalb er keine ausreichenden Vorkehrungen zum Schutz der Versichertengelder und der Sicherstellung der Finanzierung von notwendigen Gesundheitsleistungen getroffen hat. Das Risiko, dass letztlich die GKV und PKV und / oder der Staat einspringen müssten, ist nicht von der Hand zu weisen.

Schlussendlich ist darauf hinzuweisen, dass im Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist, dass die anerkannten Solidargemeinschaften einen finanziellen Beitrag für allgemeine Finanzierungserfordernisse im Gesundheitssystem zu leisten haben, etwa die Finanzierung von Krebs- und Implantateregistern oder auch der Sonderaufwendungen im Zusammenhang mit der aktuellen Corona-Pandemie. Diese Lasten tragen allein die gesetzlichen und privaten Versichertengemeinschaften. Auch unter diesem Gesichtspunkt ergibt sich eine nicht gerechtfertigte Privilegierung gegenüber den Unternehmen der PKV und der GKV.

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei Mitgliedern von Solidargemeinschaften: § 21a SGB XI: Die Versicherungspflicht in der Sozialen bzw. Privaten Pflege-Pflichtversicherung wird neu geregelt. Abgrenzungskriterium ist, ob die Mitglieder von Solidargemeinschaften ohne ihre Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft der GKV oder der PKV zuzuordnen wären.

Als Folge der Neuschaffung des § 176 SGB V bzw. § 21a SGB XI wird in § 23 Abs. 4a SGB XI eine Regelung zur Versicherungspflicht in der Privaten Pflege-Pflichtversicherung vorgesehen. Nicht geklärt ist jedoch, ob der bislang vorhandene Kontrahierungszwang und die Voraussetzungen unter welchen der Versicherungsvertrag abzuschließen ist auch für die Mitglieder der Solidargemeinschaften besteht. In § 110 SGB XI wird für das sogenannte Neugeschäft in Absatz 3 auf die Regelungen der §§ 22 Abs. 1 und 23 Abs. 1, 3 und 4 SGB XI verwiesen. Ein Verweis auf den neuen § 23 Abs. 4a SGB XI ist nicht vorgesehen.

Weiterhin ist nicht vorgesehen, dass die Solidargemeinschaften eine Meldung an die zuständige Pflegekasse oder das Bundesamt für Soziale Sicherung abgeben müssen. Dies wäre im Anbetracht einer Versicherungspflicht notwendig. Genauso fehlt auch eine Neuregelung der Bußgeldvorschriften in § 121 SGB XI für die Solidargemeinschaften.

Durch den Gesetzentwurf werden Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht von Mitgliedern der Solidargemeinschaften geschaffen. Eine Klarstellung ist jedoch im Zusammenhang mit dem Kontrahierungszwang für die Private Pflege-Pflichtversicherung und den Vertragsbedingungen notwendig. Weiterhin erfolgt auch keine Meldung, wenn der Versicherungspflicht nicht genüge getan wird.