

**Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes  
zur Verbändebeteiligung des BMG am  
14.08.2023**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur  
verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten  
(Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG)**

**Datum: 11.08.2023**

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel: 030 34646-2299  
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband  
Die Gesundheitskasse.**

## Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	3
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs.....	6
<b>Artikel 1 Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten.....</b>	<b>6</b>
§ 1 Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten .....	6
§ 2 GDNG Verknüpfung von Daten des Forschungsdatenzentrums und der Krebsregister.....	8
§ 5 GDNG Publikationspflicht bei Verarbeitung im öffentlichen Interesse.....	9
<b>Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>10</b>
Nr. 2 § 287 SGB V Forschungsvorhaben .....	10
Nr. 3 § 287a SGB V Automatisierte Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsdatenschutzes.....	11
Nr. 4 § 295b SGB V Vorabübermittlung von vorläufigen Daten zur Abrechnung bei ärztlichen Leistungen.....	13
Nr. 5 § 303a SGB V Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz .....	15
Nr. 6 § 303b SGB V Datenzusammenführung und -übermittlung .....	16
Nr. 7 § 303c SGB V Vertrauensstelle .....	18
Nr. 8 § 303d SGB V Forschungsdatenzentrum .....	19
Nr. 9 § 303e SGB V Datenverarbeitung .....	20
Nr. 11 § 363 SGB V Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken.....	22
<b>Artikel 4 Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>23</b>
§ 75 Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung.....	23
<b>Artikel 5 Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes.....</b>	<b>24</b>
§ 9 Zuständigkeit .....	24
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes .....	26
§ 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte.....	26

## I. Zusammenfassung

Die Intention des Referentenentwurfes für ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz, Gesundheitsdaten für die Verbesserung von Versorgung, Öffentlicher Gesundheit, Forschung, Innovation und der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu nutzen, wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Der vorliegende Referentenentwurf bietet eine gute Grundlage, um die vorliegenden Gesundheitsdaten künftig noch systematischer und effektiver für die Verbesserung der Versorgung und für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems zu nutzen. Einige Maßnahmen, wie die Verknüpfung von Daten aus dem Forschungsdatenzentrum und jenen aus den Krebsregistern sowie die angestrebte Möglichkeit, auch den Krankenkassen die Nutzung von Daten ihrer Versicherten zur Gesundheitsförderung zu ermöglichen, sind positiv hervorzuheben.

An anderen Stellen sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft weitere und substanzielle Nachbesserungen nötig, beispielsweise bei Regelungen, die in erster Linie ein Plus an bürokratischem Aufwand für die gesetzlichen Krankenkassen bedeuten, ohne im Gegenzug einen äquivalenten Nutzen zu bieten. Zudem sollte eine uneingeschränkte Öffnung des Nutzendenkreises für Daten des Forschungsdatenzentrums nicht umgesetzt werden, um die Privilegierung der wissenschaftlichen Forschung sowie das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Gesundheitsdigitalisierung zu erhalten.

### **Verknüpfung von Daten aus dem Forschungsdatenzentrum und jenen aus den Krebsregistern (Artikel 1 § 2 GDNG)**

Die Zielsetzung, die Krankenkassendaten aus dem Forschungsdatenzentrum mit den Daten der regionalen Krebsregister zu verbinden, wird von der AOK-Gemeinschaft begrüßt, denn hierdurch lassen sich wertvolle Erkenntnisse für die Versorgung gewinnen. Studien belegen den Erkenntnisgewinn durch die Verknüpfung von Sekundär- und Krebsregisterdaten, wie zuletzt auch die von der AOK unterstützte Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) gezeigt hat.

### **Automatisierte Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsdatenschutzes (Artikel 3 § 287a SGB V)**

Die AOK-Gemeinschaft unterstützt ausdrücklich eine Erweiterung der Nutzungsbefugnis der vorliegenden Gesundheitsdaten ihrer Versicherten. Im Interesse der Früherkennung von Gesundheitsgefahren erhalten Kranken- und Pflegekassen dadurch die Möglichkeit, datengestützte Auswertungen, die dem individuellen Gesundheitsschutz ihrer Versicherten, der Verbesserung der Versorgung und der Patientensicherheit dienen, vorzunehmen und insoweit ihre Versicherten individuell anzusprechen. Krankenkassen können derart zweckgebundene Auswertungen der vorliegen-

den Routinedaten breit und sektorenübergreifend anlegen und mit dieser erweiterten Nutzungsbefugnis ihrer Daten neue Mehrwerte für einen verbesserten Gesundheitsschutz in Form von Beratung und Information ihrer Versicherten schaffen. Auf diese Weise wird zudem das ärztliche Handeln bei der Früherkennung von Risiken und potentiellen Gesundheitsgefährdungen unterstützt.

### **Vorabübermittlung von vorläufigen Daten aus der ambulanten Versorgung (Artikel 3 § 295b SGB V)**

Die vorgesehene Vorabübermittlung vorläufiger Daten aus der ambulanten Versorgung wird dagegen strikt abgelehnt. Dadurch würde der Zweck von Abrechnungsdaten, die primär der Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Vergütung dienen, ad absurdum geführt.

Es würden so für Forschungszwecke aufwändige und ressourcenzehrende zusätzliche Datenflüsse auf Kosten der Beitragszahlenden etabliert, denen kein bis wenig Nutzen - aufgrund der Vorläufigkeit der zu übermittelnden Daten - gegenübersteht. Die verkürzten Lieferzeiträume führen außerdem zur Übermittlung unvollständiger Abrechnungs- und Leistungsdaten und damit zu einer verschlechterten Datenqualität, die nicht mehr den gesetzlich genannten Zwecken der Datenverarbeitung entspricht und dem Grundsatz der Datensparsamkeit zuwiderläuft. Zudem führt die Regelung zu einer unwirtschaftlichen doppelten Datenverarbeitung und -haltung bei den Kassen, da die frühen ungeprüften Daten nicht für die Aufgaben der Krankenkassen nutzbar sind, sondern nur durchgeleitet werden. An dieser Stelle sollte auch im Sinne der Qualität der übermittelten Daten noch einmal grundsätzlich nachbesert werden.

### **Öffnung des Nutzendekreises für Daten des Forschungsdatenzentrums (Artikel 3 § 303e SGB V)**

Die im Referentenentwurf vorgesehene Erweiterung des Nutzendekreises für die dem Forschungsdatenzentrum übermittelten Daten auf „natürliche und juristische Personen“ im Anwendungsbereich der DSGVO wird von der AOK-Gemeinschaft nicht befürwortet und sollte nicht umgesetzt werden. Die geplante Neuregelung würde eine Antragstellung für die kommerzielle Forschung ermöglichen. Datenspenden für die kommerzielle Forschung genießen Umfragen zufolge nur eine geringe Zustimmung in der Bevölkerung. Durch die geplante Erweiterung des Nutzendekreises könnte dadurch das Vertrauen in die Gesundheitsdigitalisierung unterminiert werden, wenn die Privilegierung der wissenschaftlichen Forschung aufgegeben wird.

Zudem wird in anhängigen Gerichtsverfahren gegen die Übermittlung von Versichertendaten an das Forschungsdatenzentrum bereits heute die Zulässigkeit der breiten Datennutzung ohne Einwilligung der Versicherten thematisiert.

Die Nutzung durch den bisherigen Kreis der Nutzungsberechtigten ist daher zunächst zu evaluieren, bevor das bewährte Verfahren unkoordiniert vollkommen geöffnet wird.

### **Ausschließliche Zuständigkeit des BfDI für die Aufsicht über die Kassen (Artikel 5 § 9 BDSG)**

Durch die Neuregelung wird die Zuständigkeiten des oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) erweitert. Sie oder er soll mit dieser Neuregelung auch die Aufsicht über Stellen erhalten, die gesundheitsbezogene Sozialdaten im Sinne des § 67 SGB X verarbeiten, sowie über die Kranken- und Pflegekassen, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie weiteren Einrichtungen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Neuregelung ab. Das Ergebnis der vorgeschlagenen Regelung würde zu einer Aufteilung der Aufsicht gegenüber den landesunmittelbaren Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen führen: Die Datenschutzaufsicht würde dann einer Bundesbehörde obliegen, während die allgemeine Aufsicht weiterhin beim jeweiligen Land liegen würde. Unabhängig von der Frage, ob diese Zweiteilung sachgerecht ist, wirft sie kompetenzrechtliche Fragen auf.

### **Ergänzender Änderungsbedarf: Auskünfte an Versicherte (§ 305 Abs. 3 SGB V)**

Ergänzend sollte die Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Nationale Gesundheitsportal auf die Krankenkassen ausgeweitet werden. Die kassenindividuellen Informationsangebote für Versicherte (Arztportale) können dadurch auf einem einheitlichen Datenstand aufsetzen.

## II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

### Artikel 1 Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten

#### § 1 Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten

##### A Beabsichtigte Neuregelung

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle eingerichtet werden. Sie soll eine zentrale Funktion in der nationalen Gesundheitsdateninfrastruktur übernehmen und als Mittler zwischen datenhaltenden Stellen und Datennutzenden fungieren sowie koordinierende Aufgaben bei Anträgen auf Datenverknüpfung übernehmen.

##### B Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass eine zentrale Anlaufstelle geschaffen wird, welche Datennutzende beim Zugang zu Gesundheitsdaten berät. Dies kann Forschungsvorhaben, in denen Daten sowohl aus der Kranken- als auch der Pflegeversicherung benötigt werden, vereinfachen. Forschungsvorhaben, die über das Forschungsdatenzentrum abliefen, konnten bis dato lediglich auf Daten der Krankenkassen zurückgreifen. Der im Referentenentwurf gewählte Begriff der Gesundheitsdaten, ist hier weiter gefasst. Dennoch bedürfte es zusätzlich auch noch der Anpassung des SGB XI um Forschungsvorhaben mit Pflegekassendaten zu ermöglichen.

##### **Datenzugangsstelle berät Datennutzende bei der Identifizierung und Lokalisierung benötigter Daten (§ 1 Abs. 2 (2) GDNG)**

Sowohl das FDZ Gesundheit als auch die Datenzugangsstelle werden nach aktueller Fassung des Referentenentwurfes zukünftig dem BfArM unterstellt sein. Aktuell mangelt es allerdings an einer klaren Abgrenzung hinsichtlich der Kompetenzen der beiden Stellen. Hier bedarf es der Nachschärfung durch den Gesetzgeber.

Zudem birgt die im Referentenentwurf vorgesehene Vergütung für Leistungen nach § 1 Abs. 2 und § 2 die Gefahr, dass Gebühren mehrfach berechnet werden aufgrund abweichender Bewertungen der Datenzugangsstelle und des FDZ Gesundheit, welches ebenfalls Gebühren für Leistungen verlangen kann. Es ist auf eine Einheitlichkeit der Standards zwischen den beiden Stellen zu achten.

Eine weitergehende Ausgestaltung erscheint insbesondere zum Antragsverfahren einschließlich Dokumentation und Berichtswesen, zum Metadaten-Katalog, zur Kommunikation und Kollaboration beteiligter Organisationen, zu den Rechten und Pflichten der datenbeistuernden Institutionen und Akteure sowie auch zu Sanktionsmechanismen erforderlich. Der im Entwurf im Ansatz zum Ausdruck kommende Aspekt der Daten-Governance sollte weitergehend und unter geeigneter Partizipation der maßgeblichen Akteure im Gesundheitswesen verfolgt werden. Die angelegte Steuerung bedarf noch einer geeigneten Struktur, die der Entwurf in der vorliegenden Form bislang nur zum Teil abbildet. Ein konservativer Aufbau bzw. der An-

schluss an bereits bewährte Strukturen erscheint in diesem Zusammenhang sachdienlich. Doppel- und Mehrfachstrukturen sollten vermieden werden. Regelungen zur Verarbeitungszyklen und Fristen sollten angemessen und verträglich ausgestaltet werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Die Daten-Governance für den nationalen Gesundheitsdatenraum und die Beteiligung der maßgeblichen Akteure, wie die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, sollten noch differenzierter angelegt werden.

## **§ 2 GDNG Verknüpfung von Daten des Forschungsdatenzentrums und der Krebsregister**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verknüpfung und Verarbeitung pseudonymisierter Daten des FDZ mit klinischen Krebsregistern der Länder wird für ein Forschungsvorhaben erlaubt, sofern ein entsprechender Antrag von der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle nach § 1 GDNG genehmigt wurde, dem „kein überwiegendes öffentliches Interesse“ entgegensteht und die Risiken für die Betroffenen „angemessen minimiert wurden“. Die Daten werden der beantragenden Forschungseinrichtung in einer „sicheren Verarbeitungsumgebung verfügbar gemacht“. Die Regelungen zum FDZ im SGB V werden teilweise für entsprechend anwendbar erklärt. Das BMG wird ermächtigt, ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung die technischen Verfahren, die Anforderungen an die sicheren Verarbeitungsumgebungen und den Antragsprozess zu regeln.

### **B Stellungnahme**

Die Zielsetzung, die Krankenkassendaten aus dem Forschungsdatenzentrum mit den Daten der regionalen Krebsregister zu verbinden, ist zu begrüßen. Dadurch lassen sich wertvolle Erkenntnisse für die Versorgung gewinnen, wie zuletzt die von der AOK unterstützte Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren (WiZen) gezeigt hat.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.



## **§ 5 GDNG Publikationspflicht bei Verarbeitung im öffentlichen Interesse**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Werden in einem Forschungsvorhaben personenbezogene Gesundheitsdaten ohne Einwilligung der Betroffenen zu Forschungszwecken verarbeitet oder wird das Forschungsvorhaben mit öffentlichen Mitteln gefördert, so werden die für das Forschungsvorhaben Verantwortlichen verpflichtet, die Forschungsergebnisse binnen 12 Monaten nach Abschluss in anonymisierter Form wissenschaftlich zu veröffentlichen. Die Zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle nach § 1 GDNG kann begründete Ausnahmen vorsehen, so dass keine Veröffentlichung erfolgen muss oder die Veröffentlichung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen kann. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass von öffentlichen Stellen beauftragte Forschung sowie öffentlich finanzierte Stellen von der allgemeinen Publikationspflicht ausgenommen sind.

### **B Stellungnahme**

Eine Publikationspflicht ist zu begrüßen. Sie steht im Einklang mit den wissenschaftlichen Standards, wie sie in der Leitlinie „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ benannt sind, und bildet die Grundlage für Transparenz und Nutzung von Forschungsergebnissen. Nicht nachvollziehbar sind die weitreichenden Ausnahmen der Publikationspflicht sowie die Unbestimmtheit der begründeten Ausnahme und der Verfristung der Publikation durch die Zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle. Weiterhin ist nicht nachvollziehbar, dass Vorhaben, die auf Patienteneinwilligung basieren, von der Publikationspflicht ausgenommen werden. Denn auch bei diesen Ausnahmen kann ein öffentliches Interesse an den Forschungsergebnissen bestehen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Worte „ohne Einwilligung betroffener Personen“ in Satz 1.

Ersetzung der Worte „nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt“ durch „erst zu einem späteren Zeitpunkt spätestens jedoch binnen fünf Jahren“ in Satz 2.

## **Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 2 § 287 SGB V Forschungsvorhaben**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderung sieht vor, dass die nach § 287 Absatz 1 SGB V verarbeiteten Daten zu anonymisieren sind, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Bislang war vorgesehen, dass bei einer Verarbeitung die Daten stets zu anonymisieren sind.

#### **B Stellungnahme**

Die Anpassung ist sachgerecht, da nicht jede Forschungsfrage mit anonymen Daten angemessen beantwortet werden kann. Im Einklang mit den Vorgaben der DSGVO aber dann erfolgen muss, sobald und soweit dies nach dem angestrebten Forschungszweck möglich ist.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Nr. 3 § 287a SGB V Automatisierte Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsdatenschutzes**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Kranken- und Pflegekassen erhalten im Interesse der Früherkennung von Gesundheitsgefahren die Möglichkeit, datengestützte Auswertungen zum individuellen Gesundheitsschutz ihrer Versicherten, zur Verbesserung der Versorgung und zur Verbesserung der Patientensicherheit vorzunehmen und insoweit ihre Versicherten individuell anzusprechen. Die Betroffenen erhalten hiergegen ein Widerspruchsrecht. Im Falle einer konkreten Gesundheitsgefährdung sind diese umgehend über die bestehende Gefährdung verbunden mit der unverbindlichen Empfehlung zu unterrichten, dass medizinische Unterstützung eines Leistungserbringers in Anspruch genommen werden sollte.

### **B Stellungnahme**

Eine Erweiterung der Nutzungsbefugnis der vorliegenden Gesundheitsdaten zur individuellen Früherkennung von Erkrankungen und Gesundheitsgefahren bei den jeweiligen Versicherten der Krankenkasse ist zu begrüßen. Im Gegensatz zu Leistungserbringenden können Krankenkassen derart zweckgebundene Auswertungen der vorliegenden Routinedaten breiter und sektorenübergreifend anlegen. Beispielsweise im Fall der Verordnung hoch toxischer Medikamente durch mehrere Leistungserbringende können Krankenkassen auf der Grundlage ihrer Daten nennenswert umfassendere Analysen von z.B. Wechselwirkungs- und weiteren AMTS-Risiken, insbesondere unter Berücksichtigung zusätzlicher Inanspruchnahmemerkmale (z.B. AMTS-Check), vornehmen. Mit ihrem ganzheitlichen Datenblick auf ihre Versicherten in Verbindung mit der verpflichtenden Information der betroffenen Versicherten können Krankenkassen in Folge der erweiterten Datennutzungsbefugnis neue Mehrwerte für einen verbesserten Gesundheitsschutz schaffen. So könnten die Krankenkassen die Patientenbegleitung mittels sogenannter Prädiktionsmodelle, bei der zukünftige Behandlungsergebnisse auf der Basis von Abrechnungsdaten der zurückliegenden Jahre prognostiziert werden, weiterentwickeln. Die auf diese Weise ermittelten Prognosewerte können genutzt werden, um die Trefferquote bei der Identifikation von Versicherten mit hohen Behandlungsrisiken zu verbessern.

Ergänzend neben der entstehenden Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen, betroffene Versicherte auf geeignetem Weg unverzüglich zu informieren und die Kontaktaufnahme mit einem geeigneten Leistungserbringenden zu empfehlen, sollte kassenseitig auch die Möglichkeit geschaffen werden, die beteiligten Leistungserbringenden direkt anzusprechen zu können. Auf diese Weise würde die Krankenkasse das ärztliche Handeln bei der Früherkennung von Risiken und potentiellen Gesundheitsgefährdungen weitergehend unterstützen können.

Vom Grundsatz her handelt es sich um eine Erweiterung der Verarbeitungsbefugnisse und um die Zuweisung einer neuen (freiwilligen) Aufgabe an die Krankenkassen. Kritisch ist jedoch anzumerken, dass aus der Regelung nicht deutlich wird, wann die Kasse initial anfangen darf, die Daten eines Versicherten ohne Einwilligung zu prüfen. D.h., die Kassen haben mit dieser neuen Rechtsgrundlage zur Datenverarbeitung gleichzeitig auch das Risiko, die in Abs. 2 genannten Ausnahmen „falsch“ auszulegen. Es ist zu bedenken, dass sich aus der DSGVO ein Verarbeitungsverbot für Gesundheitsdaten ergibt. Von diesem Verbot darf zwar auf nationaler Ebene abgewichen werden, aber um weitergehende Rechtssicherheit zu gewährleisten, scheint die Regelung noch zu unbestimmt, auch wenn sie dem Grunde nach zu begrüßen ist. Zudem fehlt die konkrete Befugnis für die Verknüpfung von Daten nach SGB V und SGB XI. Nicht nur Krankheitsrisiken, sondern auch das Eintrittsrisiko von Pflegebedürftigkeit ist mit in den Blick zu nehmen, daher ist die Verknüpfung der Daten für eine ganzheitliche Betrachtung notwendig.

Vor diesem Hintergrund sollte diese Regelung anhand der praktischen Erfahrungen der Krankenkassen bewertet und bei Bedarf zu Gunsten einer konkretisierenden Regelung weiterentwickelt werden.

### C Änderungsvorschlag

Der § 287a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Die Kranken- und Pflegekassen dürfen datengestützte Auswertungen zum individuellen Gesundheitsschutz ihrer Versicherten, zur Verbesserung der Versorgung und zur Verbesserung der Patientensicherheit vornehmen und insoweit ihre Versicherten individuell ansprechen. **Zu diesem Zweck dürfen Daten der Kranken- und Pflegekassen zusammengeführt werden.** Den Krankenkassen wird insoweit eine freiwillige Aufgabe übertragen.

In Absatz 2 wird Nr. 4 wie folgt gefasst:

4. Durchführung weiterer vergleichbarer Maßnahmen zur Erkennung und Identifizierung akuter und schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen **einschließlich des Eintrittsrisikos von Pflegebedürftigkeit** soweit dies im überwiegenden Interesse der Versicherten ist.

## **Nr. 4 § 295b SGB V Vorabübermittlung von vorläufigen Daten zur Abrechnung bei ärztlichen Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die vertragsärztlichen Einzelfallnachweise nach § 295 Abs. 2 SGB V sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ohne sachlich-rechnerische Prüfung spätestens vier Wochen nach Quartalsende für das entsprechende Abrechnungsquartal an die Krankenkassen vorabübermittelt werden; diese haben die Daten - ebenfalls ohne Prüfung - an das Forschungsdatenzentrum allein für Forschungszwecke und die weiteren Zwecke des Forschungsdatenzentrums weiterzuleiten. Die vorab übermittelten „Rohdaten“ werden aus den Beständen im Forschungsdatenzentrum gelöscht, sobald die entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten dort geprüft vorliegen.

### **B Stellungnahme**

Im vertragsärztlichen Bereich können Daten „ohne Bereinigung im Zuge der Abrechnungsprüfung“ als solche Daten interpretiert werden, die a) weder die sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 106d Abs. 2 SGB V durch die KVen noch b) die Versichertenanspruchsprüfung bei den Krankenkassen durchlaufen haben; um eine „Bereinigung“ der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im Zuge der kassenseitigen Abrechnungsprüfung nach § 106d Abs. 3 und 4 SGB V kann es sich hier nicht handeln, da diese sich eh nie in diesen widerspiegeln kann. Die gewählten Begriffe „Bereinigung“, „unbereinigt“ und „bereinigt“ sind jedenfalls missverständlich und irreführend.

Die Regelung wird abgelehnt. Der primäre Sinn und Zweck von Abrechnungsdaten – die Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung und Vergütung durch Leistungserbringer und Kostenträger – wird ad absurdum geführt. Für Forschungszwecke als primärem Ziel der Datenübermittlungen sollen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen aufwändige und ressourcenzehrende zusätzliche Datenflüsse auf Kosten der Beitragszahler aufbauen, denen kein bis kaum Nutzen aufgrund ihrer Vorläufigkeit gegenübersteht.

Darüber hinaus bedeutet die Verortung der Regelung zur Übermittlung der Daten an das Forschungsdatenzentrum in den SGB V-Paragrafen zur Übermittlung von Leistungs- bzw. Abrechnungsdaten einen Bruch in der Rechtssystematik, die Verknüpfung mit den die Datentransparenz betreffenden SGB V-Paragrafen gemäß §§ 303a bis 303f ist mangelhaft. Eine vorzeitige Datenlieferung steht im Widerspruch zu den bestehenden Festlegungen der Datentransparenz-Verordnung.

Die Integration des Datenkorpus nach § 295b in das Datenzusammenführungs- und -übermittlungsverfahren nach § 303b ist unklar und unzureichend geregelt.

Inhaltlich führen die vorläufigen, unbereinigten Daten aus den verkürzten Lieferzeiträumen zur Übermittlung einerseits unvollständiger Abrechnungs- und Leistungsdaten und andererseits zu einer Fehlbefüllung des Forschungsdatensatzes durch die noch enthaltenen Daten der Betreuten nach § 264 SGB V. Damit entsteht eine verschlechterte Datenqualität, die nicht mehr den Anforderungen der Datenverarbeitung für die in § 303e Abs. 2 SGB V genannten Zwecken genügt und insbesondere aufgrund der Fehlbefüllung dem Grundsatz der Datensparsamkeit zuwiderläuft. Es fehlt im Weiteren auch die Einbindung der Übermittlung vorläufiger, unbereinigter Daten in das vorgegebene Pseudonymisierungsverfahren. Eine Weiterleitung ohne vorherige Pseudonymisierung ist datenschutzrechtlich nicht möglich und in der Frist technisch nicht machbar. Zugleich wäre das Verfahren der Pseudonymisierung an die jährlich mehrmaligen Datenlieferungen anzupassen, da alle Lieferungen ein identisches Pseudonym voraussetzen würden.

Zugleich entstehen auch neue Umsetzungsfragen zur Datenermittlung, da unklar ist, ob die Quartalslieferungen nur isoliert oder kumuliert betrachtet werden. Durch den Wechsel in der Systematik der Datenerstellung und -lieferung ist der kürzlich aufgebaute Forschungsdatensatz letztlich nicht mehr verwendbar.

Unwirtschaftlich wäre bei diesem Vorhaben zudem die verursachte doppelte Datenverarbeitung und -haltung bei den Kassen, da die frühen ungeprüften Daten nicht für die Aufgaben der Krankenkassen nutzbar sind, sondern nur durchgeleitet werden.

## **C Änderungsvorschlag**

Streichung

## Nr. 5 § 303a SGB V Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a. Der Hinweis, dass die Vertrauensstelle nach § 303c und das Forschungsdatenzentrum nach § 303d dem Sozialgeheimnis unterstehen, wird gestrichen.
- b. In den §§ 303a ff. SGB V werden die bisher nur für die Krankenkassen geltenden Regelungen auf die Pflegekassen ausgeweitet; hier in Bezug auf die Kosten der Wahrnehmung der Datentransparenzaufgaben in Vertrauensstelle und Forschungsdatenzentrum.
- c. Folgeänderung zu Änderung in § 303b Abs. 1 (Regelung zu Lieferfristen) und Streichung von § 303d Abs. 3 (Streichung der Höchstfrist für Datenaufbewahrung).

### B Stellungnahme

- a. Die Änderung ist nachvollziehbar.
- b. Die Änderungen werden abgelehnt. Zur Begründung siehe Nummer 6, Buchstabe a sowie Nummer 8, Buchstabe c.

### C Änderungsvorschlag

Buchstabe c. wird gestrichen.

## **Nr. 6 § 303b SGB V Datenzusammenführung und -übermittlung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Datenübermittlung für den Forschungsdatensatz soll von den Kranken- und Pflegekassen an die Datensammelstelle spätestens 6 Wochen nach Quartalsende erfolgen. Die Datenlieferung wird um die Daten aus der Pflegeversorgung und den Grad der Pflegebedürftigkeit ergänzt. Redaktionell werden überholte Termine zur organisatorischen Umsetzung gestrichen.

### **B Stellungnahme**

Der verkürzte Lieferturnus von vier Quartalslieferungen anstatt eines vollständigen Jahresdatensatzes wird abgelehnt.

Die verkürzten Lieferzeiträume führen zur Übermittlung unvollständiger Abrechnungs- und Leistungsdaten und damit zu einer verschlechterten Datenqualität, die nicht mehr den in § 303e Abs. 2 SGB V genannten Zwecken der Datenverarbeitung entspricht. Dies widerspricht zugleich dem Grundsatz der Datensparsamkeit.

Die vorgeschlagenen Änderungen stellen einen strukturellen Bruch in der Datengenerierung dar und widersprechen der aktuell gültigen Datentransparenzverordnung vom 19.06.2020 mit einer Jahresmeldung. Wichtige Umsetzungsfragen zur Datenermittlung bleiben unklar. Wie sollen die Quartalslieferungen ausgestaltet sein, nur isoliert oder kumuliert? Worum handelt es sich bei den bereinigten Daten nach § 303b SGB V des neuen § 295b Abs. 4 SGB V. Zudem ist die Integration des Datenkorpus nach § 295b in den § 303b unklar und unzureichend geregelt

Auch das Verfahren zur Pseudonymisierung wäre vorab zu prüfen, da bei unterjährigen (Teil-)Lieferungen oder Korrekturen das jeweils gleiche Pseudonym vorausgesetzt sein muss. Eine Datenlieferung ohne Pseudonymisierung wäre rechtlich nicht möglich.

Durch den Wechsel in der Systematik der Datenerstellung und -lieferung ist der kürzlich aufgebaute Forschungsdatensatz letztlich nicht mehr verwendbar. Der bisherige organisatorische und technische Aufwand aller Beteiligten wäre für die Umsetzung erneut und häufiger aufzubringen. Das würde den Verwaltungsaufwand der Kassen vervielfachen und ist - insbesondere vor dem Hintergrund des gesetzgeberisch für 2023 bestehenden Verwaltungskostendeckels in der GKV - ebenfalls abzulehnen. Zumal kein zusätzlicher Nutzen für die Forschung zu erkennen ist und das bei zugleich verschlechterter Datenqualität.

Besonders irritiert im Gesetzentwurf, dass zu dieser umfangreichen systematischen Änderung der Datenlieferungen neben einer Zielstellung keine weitere Begründung benannt wird und benötigte Folgeanpassungen nicht enthalten sind.



Auch sollte der Ausgang der Klageverfahren von Versicherten gegen die Weiterleitung der Daten an das Forschungsdatenzentrum abgewartet werden.

Die Erweiterung um die Pflegedaten ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Die vermutlich beabsichtigte umfassende Berücksichtigung von Kosten- und Leistungsdaten aller an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer wird mit den vorgesehenen Regelungen jedoch nicht erreicht. Aktuell gibt es in der SPV noch keine flächendeckende elektronische Übermittlung der Daten. Im Vorfeld sind hier noch viele Punkte zu klären, wie z.B. der abzustimmende Datenkranz. Das ist zum 01.01.2024 zeitlich nicht möglich.

### **C Änderungsvorschlag**

In Nr. 6 wird Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wie folgt gefasst:

aa) Nach den Worten „übermitteln die Krankenkassen“ werden die Worte „und Pflegekassen“ eingefügt.

## **Nr. 7 § 303c SGB V Vertrauensstelle**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Vertrauensstelle nach § 303c wird erlaubt, bei der Verknüpfung und Verarbeitung der Daten der klinischen Krebsregister der Länder mitzuwirken und die entsprechenden Daten zu verarbeiten.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt. Sie stellt eine Folgeänderung zu § 2 GDNG dar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Nr. 8 § 303d SGB V Forschungsdatenzentrum

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a. Doppelbuchstabe aa: Folgeänderung zur Neufassung von § 303e, Abs. 1 (Nutzungsberechtigte des FDZ)  
Doppelbuchstaben bb, cc, dd: Dem FDZ wird erlaubt, bei der Verknüpfung und Verarbeitung der Daten der klinischen Krebsregister der Länder mitzuwirken und die entsprechenden Daten zu verarbeiten.
- b. Folgeänderungen zur Neufassung von § 303e, Abs. 1 (Nutzungsberechtigte des FDZ). Der Arbeitskreis Versorgungsdaten am FDZ wird nicht auf die bisherigen, institutionell benannten Teilnehmenden beschränkt. Am Arbeitskreis zu beteiligen sind nun die maßgeblichen Verbände der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und (neu) der Pflege, Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Bundes- und Landesbehörden, maßgebliche Bundesorganisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker Menschen sowie von Menschen mit Behinderung und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118.
- c. Die Höchstfrist der Aufbewahrung versichertenbezogener Einzeldatensätze von 30 Jahren wird gestrichen.

### B Stellungnahme

- a. Doppelbuchstabe aa: Die Änderung wird abgelehnt. Zur Begründung siehe Nummer 9, Buchstabe a (Neufassung der Nutzungsberechtigten des FDZ).  
Doppelbuchstaben bb, cc, dd: Die Regelung ist nachvollziehbar.
- b. Die Änderung wird abgelehnt. Zur Begründung siehe Nummer 9, Buchstabe a (Neufassung der Nutzungsberechtigten des FDZ).
- c. Auch wenn der Gesetzesbegründung nach der bei einer Beschränkung der Datenaufbewahrung auf 30 Jahre eine Verarbeitung für Forschungszwecke „unmöglich“ wäre, in ihrer Absolutheit nicht gefolgt werden kann, sind Forschungsfragestellungen vorhanden, für die Beobachtungszeiträume von über 30 Jahren wünschenswert sind. Die Streichung ist darum nachvollziehbar.

### C Änderungsvorschlag

- Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa wird gestrichen.  
Buchstabe b wird gestrichen.

## Nr. 9 § 303e SGB V Datenverarbeitung

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a. (Neufassung Abs. 1): Waren bisher abschließend aufgezählte Gesundheitseinrichtungen, -institute und -verbände zur Nutzung der FDZ-Daten berechtigt, so sollen es künftig uneingeschränkt alle „natürliche und juristische Personen“ im Anwendungsbereich der DSGVO sein.
- b. (Neufassung Abs. 2): Voraussetzung der Datennutzung ist, dass einer der folgenden Zwecke verfolgt wird: Steuerung, Qualitätssicherung und -vorsorge, Leistungsplanung, „Unterstützung politischer Planungsprozesse“ sowie (neu) „Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ und „Entwicklung, Weiterentwicklung, Nutzenbewertung und Überwachung der Sicherheit von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Untersuchungsmethoden, Hilfs- und Heilmitteln sowie digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen, einschließlich Testen und Trainieren von Anwendungen der Künstlichen Intelligenz im Gesundheitswesen“.  
Im Detail werden bei bestehenden Zwecken Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung ergänzt.
- c. (Abs. 3): Bei Anträgen zur Datennutzung ist die Bezugnahme auf die Zwecke nach Abs. 2 erforderlich.
- d. (Abs. 3): Der Arbeitskreis Versorgungsdaten am FDZ kann vom FDZ bei Anträgen zur Datennutzung um Stellungnahme gebeten werden.
- e. (neuer Abs. 3a): Das FDZ hat Anträge zur Datennutzung abzulehnen bei: Risiken für die öffentliche Sicherheit und Ordnung, Verdacht auf zweckfremde Datennutzung, unverhältnismäßige Bindung von Kapazitäten des FDZ durch einen einzelnen Antragstellenden, Analysen zur Entscheidung über Versicherungsverträge mit Bezug auf eine oder eine Gruppe natürlicher Personen oder zum Schaden einer natürlichen Person oder zur Entwicklung von Produkten oder Dienstleistungen mit Gefährdung von Personen oder Gesellschaft (z.B. illegale Drogen) sowie zur Marktforschung von Arzneimitteln, Medizinprodukten und sonstigen Produkten im Gesundheitswesen.  
Abs. 4): Konkretisierung, dass die Nichtsichtbarmachung der Pseudonyme bei Bereitstellung von pseudonymisierten Einzeldatensätzen im FDZ durch temporäre Arbeitsnummern zu erfolgen hat.
- g. Doppelbuchstabe aa (Abs. 5): Klarstellung, dass Dritten Daten auf Antrag in gleicher Weise wie dem Antragstellenden bereitgestellt werden müssen.  
Doppelbuchstabe bb (Abs. 5): Weiterhin Folgeänderung mit Bezug auf Neufassung von Abs. 1 (Nutzungsberechtigte).  
Doppelbuchstabe cc (Abs. 5): Vorgabe, dass eine Herstellung eines Personenbezugs vom Datennutzenden unverzüglich dem FDZ zu melden ist.
- h. (Neufassung Abs. 6): Die Sanktionsmöglichkeiten bei missbräuchlicher Datennutzung durch Antragstellende werden verschärft.

## **B Stellungnahme**

- a. Die Neuregelung wird abgelehnt. Die Öffnung der Nutzungsberechtigung über die bisherigen Nutzungsberechtigten hinaus ermöglicht die Antragstellung für die kommerzielle Forschung. In Befragungen äußerten Bürgerinnen und Bürger hingegen eine geringe Zustimmung für die Datenspende für die kommerzielle Forschung. Das Vertrauen in die Gesundheitsdigitalisierung könnte schwinden, wenn die Privilegierung der wissenschaftlichen Forschung aufgegeben wird. Zudem wird in anhängigen Gerichtsverfahren gegen die Übermittlung von Versichertendaten an das FDZ bereits heute die Zulässigkeit der breiten Datennutzung ohne Einwilligung der Versicherten thematisiert. Problematisch ist weiterhin die zu erwartende Zunahme des Antragsaufkommens bei Öffnung des Nutzendenkreises. Bereits bei der Umsetzung der Status-quo-Regelung ist das FDZ derzeit im zeitlichen Verzug. Die Status-Quo-Regelung sollte erfolgreich vollendet werden. Die Nutzung durch den bisherigen Kreis der Nutzungsberechtigten sollte zunächst evaluiert werden, bevor das bewährte Verfahren unkoordiniert vollkommen geöffnet wird.
- b. Die aufgezählten Forschungszwecke ermöglichten eine sehr breite Datennutzung. Dabei wird nicht explizit gefordert, dass der Zweck im öffentlichen Interesse liegen muss. Rein kommerzielle Zwecke sind einbezogen, wenn für diese nicht explizite Ausschlussgründe vorliegen. Eine Bezugnahme auf ein öffentliches Interesse sollte darum erfolgen.
- d. Problematisch ist die Vermischung der Aufgaben des Arbeitskreises Versorgungsdaten am FDZ. Arbeitskreis-Mitglieder sind zugleich FDZ-Nutzende, die üblicherweise nicht über den Datenzugang Dritter mitentscheiden sollten.

## **C Änderungsvorschlag**

Buchstabe a wird gestrichen.

Buchstabe d wird gestrichen.

## **Nr. 11 § 363 SGB V Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Um die Nutzung von Daten aus der elektronischen Patientenakte für zulässige Forschungszwecke zu verbessern, wird ein Verfahren zur Datenfreigabe mittels Opt-Out-Regelung eingeführt. Dies ermöglicht die automatische Bereitstellung strukturierter Datenkategorien aus den Patientenakten an das Forschungsdatenzentrum. Diese Maßnahme soll die Verfügbarkeit der Daten im Forschungsdatenzentrum erhöhen und somit die Nutzung für Forschung und Versorgung erleichtern, wobei besonders relevante, automatisiert pseudonymisierte und strukturierte Daten priorisiert werden.

Durch die Möglichkeit zur Erklärung eines Widerspruchs behalten die Versicherten im Opt-Out-Verfahren die Entscheidungsgewalt darüber, ob ihre Daten aus der ePA für Forschungszwecke an das Forschungsdatenzentrum übermittelt werden dürfen. Dieses ermöglicht den Versicherten nicht nur die Erklärung eines Widerspruchs, sondern auch die Einsicht in bisher ausgeleitete Daten und bereits erklärte Widersprüche.

Die Neuregelung enthält zusätzlich eine Verordnungsermächtigung. Die Rechtsverordnung soll Festlegungen zum datenschutz- und datensicherheitskonformen Ausleiten der Daten an Forschende treffen und an neue technische Entwicklungen angepasst werden.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung schafft Klarheit hinsichtlich des Widerspruchsprozesses für die Datenübermittlung an das Forschungsdatenzentrum und ist zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 4 Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 75 Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ergänzung des § 75 Abs. 4b SGB X stellt die Genehmigungsfähigkeit einer Verknüpfung von Sozialdaten mit weiteren Daten klar.

#### **B Stellungnahme**

Die Klarstellung ist zu begrüßen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Artikel 5 Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes

### § 9 Zuständigkeit

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung des neuen § 9 Abs. 3 in das BDSG werden die Zuständigkeiten des oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) erweitert. Sie oder er soll mit dieser Neuregelung auch die Aufsicht über Stellen, die gesundheitsbezogene Sozialdaten im Sinne des § 67 SGB X verarbeiten, sowie über die Kranken- und Pflegekassen, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (einschließlich KBV und KZBV) sowie weiteren Einrichtungen erhalten.

#### B Stellungnahme

Eine unterschiedliche Aufsichtspraxis im Bereich der GKV, die Anlass für die Neuregelung ist, ist Ausfluss des Föderalismus.

Das Ergebnis der vorgeschlagenen Regelung würde zu einer Aufteilung der Aufsicht gegenüber den landesunmittelbaren Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen führen: Die Datenschutzaufsicht würde dann einer Bundesbehörde obliegen, während die allgemeine Aufsicht weiterhin beim jeweiligen Land liegen würde. Unabhängig von der Frage, ob diese Zweiteilung sachgerecht ist, wirft sie kompetenzrechtliche Fragen auf.

Unklar wäre auch das Verhältnis des neuen Abs. 3 zu § 81 Abs. 1 SGB X. Nach dieser Vorschrift können sich betroffene Personen, die der Auffassung sind, dass bei der Datenverarbeitung ihre Rechte verletzt worden sind, an die nach Landesrecht zuständige Stelle wenden, wenn sie die Verletzung ihrer Rechte durch eine andere als eine Stelle des Bundes behaupten. Die nach Landesrecht zuständige Stelle hätte nach der Neuregelung allerdings keine datenschutzrechtlichen Aufsichtsbefugnisse mehr gegenüber diesen Stellen, so dass die Regelung ins Leere laufen würde. Weiterhin ist auch das Verhältnis zwischen § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BDSG und dem neuen § 9 Abs. 3 BDSG widersprüchlich. Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BDSG ist dieses Gesetz auf die öffentlichen Stellen der Länder, zu denen auch die landesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen gehören, nicht anwendbar. Damit könnten dann dem BfDI keine Aufsichtsbefugnisse gegenüber den landesunmittelbaren Kranken- und Pflegekassen übertragen werden.

Aber auch die Neuregelung selbst ist in sich nicht schlüssig, da es sich bei den in Nr. 1-3 genannten Stellen um Stellen handelt, die bereits in den ersten beiden Wortgruppen der Vorschrift genannt sind. Die Vorschrift enthält mithin Doppelungen, was die Rechtsanwendung erschweren dürfte.

Die Zuständigkeit des BfDI für den GKV-Spitzenverband besteht schon nach allgemeinen Regelungen.



### **C Änderungsvorschlag**

Die Abs. 3 Nr. 1 und Nr. 2 des Änderungsvorschlags zu § 9 BDSG werden gestrichen.

### III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

#### § 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte

##### **Bestehende Regelung/Sachstand**

Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Ärztinnen und Ärzte zu informieren. Aus diesem Grund haben die Kassen Online-Arztsuchportale eingerichtet (z.B. <https://www.aok.de/arztsuche> , <https://arztfinder.bkk-dachverband.de/>, <https://www.tk-aerztaerztuehrer.de/> ). Die Daten für diese Arztsuchportale werden von Dienstleistern bezogen, da den Kassen aktuelle Daten im benötigten Umfang (z.B. inkl. aktueller Öffnungszeiten, Qualifikationen, Offene Sprechstunde etc.) nicht zur Verfügung stehen. Auch im Nationalen Gesundheitsportal ist eine Suche nach Ärztinnen und Ärzten möglich. Die Daten für diese Suche bezieht das Nationale Gesundheitsportal von den Kassenärztlichen Vereinigungen.

##### **Änderungsbedarf und Begründung**

Der Änderungsvorschlag zielt darauf ab, die Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Nationale Gesundheitsportal auf die Krankenkassen auszuweiten. Die Informationsangebote wären damit weiterhin kassenindividuell auf die Versicherten ausgerichtet, würden aber auf einem einheitlichen Datenstand aufsetzen können.

Konkret geht es um die Ergänzung des § 305 Absatz 3 um die Sätze „Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten.“

Mit der geltenden Regelung in §395 SGB V zur Übermittlung arztbezogener Daten an das Nationale Gesundheitsportal wurde festgelegt, welche Daten für eine adäquate Information der Öffentlichkeit relevant sind. Da Krankenkassen verpflichtet sind, Versicherte gem. § 305 Abs. 3 SGB V umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer zu informieren, sollten diese Daten auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Die gem. § 293 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen angelegten Daten werden den Kassen zum Zwecke der Abrechnungsüberprüfung sowie der Fallführung zur Verfügung gestellt. Die Verpflichtung der Kassen zur Information ihrer Versicherten gem. § 305 SGB V geht inhaltlich weit über die Vorgaben des § 293 SGB V hinaus, weshalb die aufgrund dieser Rechtsgrundlage erhobenen und übermittelten Daten nicht geeignet sind, diese Pflicht zu erfüllen.

**Änderungsvorschlag:**

Nach Satz 1 § 305 Abs. 3 SGB V werden neu Satz 2 und Satz 3 ergänzt:

„Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten.“