



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Gesetzentwurf zur verbesserten Nutzung von
Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsge-
setz – GDNG)

vom 14.8.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Kommentierung des Gesetzes	5
• Zu Artikel 3 Nummer 3 § 287a (Automatisierte Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsschutzes).....	5
• Zu Artikel 3 Nummer 4 § 295b (Vorabübermittlung von vorläufigen Daten zur Abrechnung bei ärztlichen Leistungen)	7
• Zu Artikel 3 Nummer 6 § 303b (Datenzusammenführung und -übermittlung).....	9
• Zu Artikel 3 Nummer 11 § 363 (Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken)	11
3. Ergänzender Änderungsbedarf	12
• Neuregelung § 75 SGB X.....	12
• Berücksichtigung der Nutzung der von Daten nach §§ 303a SGB V bei Preisverhandlungen	13
• Erweiterung der Aufgabenstellung Datenzugangs- und Koordinierungsstelle hinsichtlich weiterer Gesundheitsdatennetzwerke.....	14
• Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht.....	15

1. Vorbemerkung

Der Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG) verfolgt das Ziel, eine verbesserte, datenschutzkonforme Erschließung und Nutzung von Gesundheitsdaten zu ermöglichen. Davon soll die Gesundheitsversorgung insgesamt profitieren. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse sollen schneller generiert werden und eine bedarfsgerechte und passgenaue Gesundheitsversorgung durch die Nutzung dieser Daten ermöglicht werden. Zentraler Baustein des Gesetzes ist die Einrichtung einer nationalen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle, die beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt werden soll.

Der vdek begrüßt, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf die Nutzung der Daten neu geregelt werden soll, deren Verfügbarkeit für die Forschung erhöht und die Verwendungsmöglichkeiten in klar definierten Fällen vereinfacht werden sollen. Eine strukturierte Nutzung von Gesundheitsdaten ist für den medizinischen Fortschritt, aber auch für die Stärkung der Prävention und eine qualitätsorientierte Verbesserung der Versorgung von außerordentlichem Wert.

Wichtig ist, dass auch die Krankenkassen eine erweiterte rechtliche Grundlage erhalten, Daten für die gezielte Beratung ihrer Versicherten zu verwenden, um beispielsweise über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren oder auf Präventions- und Vorsorgeangebote hinzuweisen. Vor allem hier sieht der vdek noch Nachbesserungsbedarf.

Automatisierte Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsschutzes

Nach dem neuen § 287a dürfen Kranken- und Pflegekassen die Gesundheitsdaten Ihrer Versicherten auswerten. Sollte durch die Datenauswertungen eine konkrete Gefährdung für die Versicherten sichtbar werden, sind Versicherte darüber zu informieren.

Die Neuregelung begrüßen die Ersatzkassen ausdrücklich. Sie ermöglicht den Krankenkassen vorliegende Daten ihrer Versicherten im Sinne der Versorgungsverbesserung auszuwerten. Allerdings greifen die im Entwurf genannten Zwecke zu kurz, da die Gruppe der chronisch kranken Versicherten nicht berücksichtigt wird. Gerade für diese Gruppe hätte die Nutzung der vorliegenden Daten das Potenzial, gravierende medizinische Ereignisse besser vorherzusagen und durch eine Beratung der Versicherten zu verhindern.

Vorabübermittlung von vorläufigen Daten zur Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

Um das Forschungsdatenzentrum frühzeitig mit aktuellen Daten aus dem ärztlich ambulanten Bereich zu beliefern, ist eine Vorabübermittlung unbereinigter Daten spätestens vier Wochen nach Ende des jeweiligen Quartals vorgesehen.

Diese Daten ersetzt das Forschungsdatenzentrum später durch die dann übermittelten Abrechnungsdaten.

Der vdek begrüßt vom Grundsatz her eine frühzeitige Lieferung der Daten aus dem ärztlich ambulanten Bereich an die Krankenkassen. Die vorgesehene Regelung entfaltet jedoch nicht den Nutzen, den diese Daten für die Versorgungsverbesserung haben könnten. Darum fordern die Ersatzkassen, den Verwendungszweck der Daten zu erweitern und klarzustellen, dass die Nutzung durch die Krankenkasse möglich ist. Um die Aufgaben des Versorgungsmanagements zu erfüllen, ist dies unerlässlich.

Gleichzeitig weisen die Ersatzkassen darauf hin, dass die im Entwurf vorgesehene Lieferfrist unbereinigter Daten von den Krankenkassen an die Datensammelstelle von zwei Wochen eine kaum zu bewältigende Herausforderung darstellt. Hierfür benötigen die Krankenkassen deutlich mehr Zeit.

Datenzusammenführung und -übermittlung

Es wird eine Frist von sechs Wochen nach Ende des Quartals zur Übermittlung der Daten von den Kranken- und Pflegekassen an das Forschungsdatenzentrum eingeführt, um dort eine höhere Aktualität der Daten zu erhalten.

Der vdek sieht es als nicht sinnvoll an, die zu Forschungszwecken übliche und bisher praktizierte, jahresbezogene Lieferfrist zu verändern. Die Krankenkassen erhalten die Abrechnungsdaten in unterschiedlicher Frequenz (quartalsweise, monatlich oder laufend) und für unterschiedliche Zeiträume (nach Verwaltungs-, Erbringungs- oder Abrechnungsdatum). Teilweise sind daher in den Datenlieferungen an die Kassen auch Abrechnungsdaten aus anderen Quartalen enthalten. Nicht konsistente Bezugszeiträume von Daten sind für die Forschung nicht nutzbar, da ein Datenvergleich mit vorherigen Zeiträumen auf dieser Basis nicht möglich ist. Zudem ist eine quartalsweise Datenlieferung aus technischen Gründen nicht realisierbar.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 3 Nummer 3

§ 287a (Automatisierte Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsschutzes)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisher bestehende § 287a wurde überarbeitet und in das GDNG überführt.

Nach dem neuen § 287a erhalten die Kranken- und Pflegekassen die Rechtsgrundlage, die Gesundheitsdaten ihrer Versicherten für bestimmte Versorgungsaufgaben auszuwerten. Im ersten Absatz wird diese Aufgabe als freiwillig definiert.

In Absatz 2 werden Datenverarbeitungszwecke genannt, die ohne Einwilligung des Versicherten möglich sind. Hier wird unter anderem auf akute schwerwiegende Gesundheitsgefährdungen verwiesen.

Absatz 3 besagt, dass die Versicherten über die Datenverarbeitung sowie die Möglichkeit des Widerspruchs zu informieren sind. Sollte ein Versicherter ausdrücklich widersprechen, ist die Verarbeitung der Daten nicht gestattet.

Sollte durch die Datenauswertungen eine konkrete Gefährdung für den Versicherten sichtbar werden, ist der Versicherte darüber zu informieren. Dabei soll dem Versicherten die Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung eines Leistungserbringers empfohlen werden. Dies ist im vierten Absatz geregelt.

Bewertung

Die Neuregelung erlaubt den Krankenkassen, vorliegende Daten ihrer Versicherten im Sinne der Versorgungsverbesserung auszuwerten. Sie erweitert die bisherigen Möglichkeiten von Analysen und stellt damit eine zu begrüßende Änderung dar.

Allerdings greifen die in Absatz 2; Punkt 4 genannten Zwecke zu kurz, da die Gruppe der chronisch kranken Versicherten durch den expliziten Hinweis auf akute Erkrankungen nicht berücksichtigt wird. Gerade bei chronischen Erkrankungen hätte die Nutzung der vorliegenden Daten das Potenzial, gravierende medizinische Ereignisse besser vorherzusagen und durch eine Beratung des Versicherten zu verhindern. Beratung kann hierbei beispielsweise die Empfehlung eines Arztbesuches, einer fachärztlichen Abklärung oder auch in der Beratung zu mehr Bewegung und gesünderer Ernährung oder Verbesserung der Therapieadhärenz bestehen.

Änderungsvorschlag

§ 287a Absatz 2, Punkt 4 sollte wie folgt geändert werden:

In Absatz 2, Nummer 4 ist nach „akuter“ das Wort „und“ zu streichen und „, chronischer oder“ einzufügen.

§ 287a Absatz 4 Satz 2ff. sollte wie folgt gefasst werden:

„Diese Unterrichtung ist als Beratung seitens der Krankenkasse auszugestalten. Beratung kann hierbei in der Empfehlung, medizinische Unterstützung eines Leistungserbringers in Anspruch zu nehmen, der Verbesserung der Therapieadhärenz oder Beratung zur Lebensstilmodifikation, präventiven Maßnahmen und besonderen Versorgungsangeboten bestehen. Die ärztliche Therapiefreiheit der Leistungserbringer wird dabei nicht berührt.“

Zu Artikel 3 Nummer 4

§ 295b (Vorabübermittlung von vorläufigen Daten zur Abrechnung bei ärztlichen Leistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die quartalsweisen Abrechnungsdaten der Ärztinnen und Ärzte liegen aktuell den Krankenkassen erst fünf bis sechs Monate nach dem jeweiligen Quartal vor und können demzufolge auch erst später an das Forschungsdatenzentrum übermittelt werden.

Die geplante Neuregelung sieht daher eine Vorabübermittlung unbereinigter Daten spätestens vier Wochen nach Ende des jeweiligen Quartals vor.

Die vorab übermittelten Daten könnten wesentlich früher an das Forschungsdatenzentrum übermittelt und für Auswertungen bereitgestellt werden.

Das Forschungsdatenzentrum ersetzt die vorab gelieferten Daten durch die später angelieferten Abrechnungsdaten.

Bewertung

Grundsätzlich ist eine frühzeitige Lieferung der Daten aus dem ärztlich ambulanten Bereich anzustreben. Die Ersatzkassen sehen die konkrete Neuregelung dennoch nur unter bestimmten Voraussetzungen positiv.

Es sollte der Verwendungszweck der Daten erweitert werden: Der Gesetzgeber lässt gemäß § 287a SGB V (neu) nun auch die automatisierte Verarbeitung von Daten durch die Krankenkassen zum Zwecke des Gesundheitsschutzes zu und stärkt damit die Rolle der Krankenkassen als „Versorgungsmanager“. Gerade die vertragsärztlichen Diagnosen und Prozeduren sind für diese Zwecke hilfreich und sollten daher so früh wie möglich genutzt werden können. Eine ausschließliche Weiterleitung dieser frühen Datenlieferung an das Forschungsdatenzentrum ohne explizite eigene Auswertungsmöglichkeit für die Krankenkassen ist daher nicht sachgerecht.

Gleichzeitig stellt eine kurze Lieferfrist der unbereinigten Daten an die Datensammelstelle eine Herausforderung für die Krankenkassen dar, da die zu übermittelnden Datenmengen zu erheblichen Prozessumstellungen und Aufwänden führen. Dafür muss den Krankenkassen deutlich mehr Zeit zur Übermittlung der Daten an die Datensammelstelle zur Verfügung stehen. Daher sind die Fristen von vier Wochen für Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an die Krankenkassen bzw. sechs Wochen für Datenlieferungen der Krankenkassen an das Forschungsdatenzentrum (FDZ) auf sechs Wochen für Datenlieferungen der KVen an die Krankenkassen bzw. zehn Wochen für Datenlieferungen der Krankenkassen an das FDZ zu ändern. Es ist zudem sicherzustellen, dass bürokratiearme Prozesse zur Datenübermittlung an das FDZ vereinbart werden. Dies sollte in der Verantwortung der ausführenden Selbstverwaltungspartner liegen. Es sei an dieser Stelle zudem herausgestellt, dass

der hochwertigen Qualität von Daten eine große Bedeutung beizumessen ist, um diese nutzbringend im FDZ zu verarbeiten und um aussagekräftige Forschung betreiben zu können.

Darüber hinaus ist aus Sicht der Ersatzkassen weiterhin eine kürzere Frist für die Lieferung der endgültigen Abrechnungsdaten gemäß § 295 Absatz 3 SGB V angezeigt. Der Auftrag des Gesetzgebers gemäß § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V zur Verkürzung der Frist konnte bisher nicht umgesetzt werden, da sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einer solchen Anpassung verweigert. Gleichzeitig hat sie der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bisher keine objektiv nachvollziehbaren Gründe genannt, die einer verkürzten Datenlieferfrist von drei Monaten entgegenstehen. Mit Hilfe dieser Daten könnte u. a. die Haushaltsplanung beschleunigt und ein schnellerer Überblick über die Finanzsituation der GKV insgesamt erzielt werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 des neuen § 295b wird wie folgt gefasst:

*„Ergänzend zu der Verpflichtung zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken nach § 295 Absatz 2 sind die **in § 295 Abs. 2 Nr. 1 bis 6 dort** benannten Daten **sowie die Diagnosen** gemäß den nachfolgenden Absätzen schon vorab an die Krankenkassen **insbesondere zur automatisierten Verarbeitung zu Zwecken des Gesundheitsschutzes nach § 287a sowie zur Weiterleitung nach § 303b zu übermitteln, ohne dass eine Bereinigung der Daten im Zuge der Abrechnungsprüfung vorzunehmen ist.**“*

Absatz 2 des neuen § 295b wird wie folgt gefasst:

*„Die Übermittlung der unbereinigten Daten nach Absatz 1 erfolgt entsprechend dem § 295 Absatz 2 **in einer durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 31. Dezember 2023 zu vereinbarenden ~~der dort vorgegebenen~~ Struktur.**“*

In Absatz 3 wird das Wort „vier“ durch das Wort „sechs“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Die Daten nach Absatz 1 sind zehn Wochen nach Ende des Quartals von den Krankenkassen an die Datensammelstelle nach § 303b Absatz 1 zur Weiterleitung an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit zu übermitteln.“

§ 295 Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Abrechnungsunterlagen nach Satz 1 Nummer 4 sind spätestens 3 Monate nach Ablauf des jeweiligen Quartals zu übermitteln.“

Zu Artikel 3 Nummer 6
§ 303b (Datenzusammenführung und -übermittlung)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Frist von sechs Wochen nach Ende des Quartals zur Übermittlung der Daten von den Kranken- und Pflegekassen an das FDZ eingeführt, um dort eine höhere Aktualität der Daten zu erhalten. Hiervon betroffen sind alle Abrechnungsdaten nach den §§ 295, 295a, 300, 301, 301a und 302 SGB V sowie nach § 105 SGB XI.

Bei den Versichertendaten (pseudonymisiert) soll zusätzlich der „Grad der Pflegebedürftigkeit“ übermittelt werden.

Die Frist zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung wird gestrichen, da dies erfolgt ist.

Bewertung

Die nunmehr vorgesehene quartalsweise Lieferung von Daten wird abgelehnt. Die Krankenkassen erhalten die in Rede stehenden Daten nicht immer quartalsweise, sondern teilweise auch monatlich und vor allem in unterschiedlichen Zeitabständen nach Ende eines Quartals bzw. Monats. Ergänzend dazu können in den Monatslieferungen Abrechnungsdaten aus unterschiedlichen Quartalen enthalten sein.

Die vollständige Übermittlung von Leistungsdaten zu einem Monat oder Quartal ist in der Regel einige Wochen nach Quartalsende bei Weitem nicht abgeschlossen; teilweise bestehen deutlich längere Fristen (beispielsweise Heilmittel und Hebammen und ASV-Abrechnungsdaten ca. neun Monate später). Auch die Arzneimitteldaten des dritten Monats im Quartal liegen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Vier bis sechs Wochen nach Quartalsende ist der Anteil der bekannten Daten zudem bezogen auf die Leistungsbereiche so unterschiedlich, dass kein valides Bild der Versorgung und Morbidität vermittelt wird. Die zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten sind außerdem zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig validiert und geprüft.

Insgesamt weisen die Daten aufgrund mangelnder Vollständigkeit und Validität erhebliche Qualitätsmängel auf. Es kann weder auf Individualebene noch im gesamtgesellschaftlichen Kontext ein vollständiges Bild der Versorgungssituation gezeichnet werden. Auch ein längsschnittlicher Vergleich mit Vorjahresdaten ist so nicht sinnvoll. Damit stünden die vorgesehenen Quartalslieferungen in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand.

Die geplante Neuregelung zu den Lieferfristen ist somit aufgrund der fehlenden technischen Realisierbarkeit und des unklaren Nutzens nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Änderung aa) wird gestrichen.

Zu Artikel 3 Nummer 11

§ 363 (Verarbeitung von Daten der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken)

Beabsichtigte Neuregelung

Die in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeicherten Daten sollen künftig pseudonymisiert und automatisiert an das FDZ übermittelt werden, wenn die versicherte Person nicht über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts widersprochen hat. Der Widerspruch soll in der ePA dokumentiert werden und auf bestimmte Akteure (Nutzungsberechtigte) beschränkt werden können.

Versicherte können nach geltendem Recht die Daten ihrer ePA für ein bestimmtes Forschungsvorhaben oder für bestimmte Bereiche der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung stellen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird mit der Neuregelung ermächtigt durch Rechtsverordnung das Nähere zum technischen Verfahren bei der Ausleitung von Daten aus der ePA nach Satz 1 und der Zurverfügungstellung der Daten an Dritte zu regeln.

Bewertung

Die geplanten Neuregelungen stehen im Zusammenhang mit der neuen Opt-Out-Regelung zur ePA und sind daher grundsätzlich nachvollziehbar.

Es ist in Absatz 5 vorgesehen, dass der Widerspruch zur Datenübermittlung auch auf bestimmte Gruppen von Akteuren oder Zwecke beschränkt werden können soll. Das kann so nur schwierig bzw. dem Grunde nach gar nicht umgesetzt werden, weil alle juristischen und natürlichen Personen Nutzungsrechte der Daten des Forschungsdatenzentrums (vgl. § 303e Absatz 1 SGB V) und damit Akteure sein können. Eine Eingrenzung auf bestimmte Zwecke ist ebenfalls aufgrund seiner inhaltlichen Komplexität für die Nutzer:innen abzulehnen. Absatz 5 ist daher zu streichen.

Versicherte können Daten ihrer ePA für ein bestimmtes Forschungsvorhaben oder für bestimmte Bereiche der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung stellen. Regelungsbedarf über eine Rechtsverordnung des BMG erscheint überflüssig, da die Versicherten die dann eingeräumten Funktionalitäten der ePA nutzen und selbst bestimmen können sollte, an wen Daten zusätzlich übermittelt werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 3 wird wie gestrichen.

Absatz 8 Buchstabe bb):

Satz 2 wird nicht aufgenommen bzw. gestrichen.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Neuregelung § 75 SGB X

Im ersten Referentenentwurf wurde vorgeschlagen, den § 75 SGB X durch einen § 75a zu ergänzen, der wie folgt lauten sollte:

In § 75 Absatz 4 wird folgender Satz neu angefügt:

„Einer Genehmigung bedarf es ausnahmsweise nicht, wenn die betroffenen Personen in die Verarbeitung ausdrücklich eingewilligt haben. Die von der ausdrücklichen Einwilligung erfassten Daten sind binnen sechs Wochen durch Kranken- und Pflegekassen in der beantragten Form an die in der Einwilligung benannten Verantwortlichen zu übermitteln. Die Genehmigungsbehörde ist über eine solche Übermittlung durch den Verantwortlichen zu informieren und ihr ist auf Verlangen die Einwilligung nachzuweisen.“

In der Begründung wurde unter anderem darauf verwiesen, dass der hohen Bedeutung der informationellen Selbstbestimmung und informierten Entscheidung durch die mündigen Versicherten die entsprechende Würdigung zukommen sollte. Diese Sichtweise ist zeitgemäß, sinnvoll und angemessen. Es ist daher unverständlich, dass der Änderungsvorschlag in der aktuellen Version nicht mehr enthalten ist.

Es ist zudem Konsens, dass das deutsche Gesundheitssystem in möglichst vielen Prozessen entbürokratisiert und beschleunigt werden sollte. Üblicherweise dauert das Genehmigungsverfahren über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sechs Monate, oft sogar länger, was regelmäßig Projekte in Terminschwierigkeiten bringt bzw. auch für sorgfältig erstellte Projektplanungen immer einen Risikofaktor für die Timeline darstellt. Umso ärgerlicher, als es praktisch keine nennenswerten inhaltlichen Bemerkungen oder Diskussionen gibt, diese Spanne wird auch für völlig unkritische Standardauswertungen benötigt.

Berücksichtigung der Nutzung der von Daten nach §§ 303a SGB V bei Preisverhandlungen

Es sollte geprüft werden, ob die (Kosten-)Vorteile, die durch die Datennutzung nach § 303e SGB V bei der Entwicklung von Medikamenten, Hilfsmitteln, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und digitale Pflegeanwendungen (DiPA) entstehen, bei den jeweiligen Vergütungen (insbesondere bei den Verhandlungen nach §§ 127, 130b und 134 SGB V) zwingend zu berücksichtigen sind.

Begründung

Die Zusammenführung dieser Daten im FDZ erfolgt mit öffentlichen Mitteln und die Nutzung der Daten erfolgt ohne – explizite – Einwilligung der betroffenen Personen, deshalb ist die Berücksichtigung bei den Erstattungs-, Preis- bzw. Festbetragsverhandlungen geboten und erfolgte im öffentlichen Interesse.

Erweiterung der Aufgabenstellung Datenzugangs- und Koordinierungsstelle hinsichtlich weiterer Gesundheitsdatennetzwerke

Mit der Zusammenführung der Krebsregisterdaten mit den Daten des FDZ (Abrechnungs- und Versichertenstammdaten der Krankenkassen sowie Daten aus der ePA) wird sicherlich eine naheliegende Priorität gesetzt (quantitativ-qualitativ relevantes Indikationsfeld). Darüber hinaus sollte geprüft werden, in diesem Zusammenhang auch die Medizininformatik-Initiative, die Nationale Forschungsdateninfrastruktur, die Nationale Strategie für Genommedizin/genomDE und das Netzwerk Universitätsmedizin zu adressieren. Diese Datenbestände ebenfalls übergreifend zu pseudonymisieren und auswertbar zu machen würde eine enorme Verbreiterung/Verbesserung der Forschungsdatenbasis darstellen. Insoweit sollte geprüft werden, auch diese Aufgaben bereits jetzt im (gesetzlichen) Aufgabenkatalog der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle als Zielstellung explizit in § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 zu normieren (vgl. hierzu auch Entschließung des Bundesrates zur Ausgestaltung eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes vom 16.12.2022).

Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht

Die vorgesehene Veröffentlichungspflicht in § 5 GDNG –neu– sollte bezogen auf die Verwendung der Daten nach §§ 303a ff SGB V – von der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle überwacht und für die Öffentlichkeit an zentraler Stelle transparent gemacht werden (wer hat welche Daten, mit welchen Algorithmen, mit welchem Erkenntnisinteresse und welchem Ergebnis ausgewertet). Dies wäre insbesondere auch ein wichtiger Beitrag zur Transparenz gegenüber den Versicherten bezüglich der Nutzung ihrer Daten. Die Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht könnte in der Rechtsverordnung nach § 303a Absatz 1 Satz 2 i. V. m Absatz 4 Nummer 6 SGB V und/oder in der Rechtsverordnung nach § 4 Nummer 2 GDNG erfolgen, um die Nachvollziehbarkeit und weitere wissenschaftliche Verwertung sicherzustellen. Hierzu eventuell eine Konkretisierung der genannten Ermächtigungsgrundlagen für die Rechtsverordnungen erforderlich.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
info@vdek.com