

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Im Überblick:



Der Entwurf stellt eine echte digitale Strukturreform mit Einsparpotenzial dar: Im Mittelpunkt stehen die ePA als zentraler Zugang zur digitalen Versorgung, die EUDI-Wallet zur sicheren Identifizierung, verbesserte Möglichkeiten der Datennutzung für Präventionszwecke nach § 25b SGB V sowie die Stabilisierung der Telematikinfrastruktur. Ebenso entfällt das Einscannen der Krankenkassen für Versichertendokumente/-befunde für die ePA.



Es gibt Unklarheiten bei den Regelungen zur Vorbereitung eines Primärversorgungssystems. Ebenso sind offene Fragen für die Veränderung im eGK Stammdatensatz zu klären.



Die Rolle der Gematik, die Dienste anbietet und betreibt und zugleich Standards setzt sowie deren Einhaltung überwacht, führt zu Interessenkonflikten.

Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
Artikel 1 Änderungen SGB V		
Nr. 1 § 25b	<u>Datengestützte Versorgung:</u> • Die Erkennung einer drohenden* Pflegebedürftigkeit oder von schwerwiegenden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder eines hierfür erhöhten Risikos werden als zusätzliche Zwecke, bei denen eine datengestützte Auswertung stattfinden darf, ist in das Gesetz aufgenommen. • Zudem sollen die Krankenkassen für die Auswertungen Daten aus ePA-Anwendungen nach § 345 SGB V, zusätzliche neu erhobene Daten sowie Daten aus Wearables verwenden dürfen, sofern diese von den Versicherten freigegeben wurden. • Es wird klargestellt, dass es ausreicht, wenn Versicherte öffentlich (z.B. über die Internetseite der Krankenkasse) über anstehende Datenverarbeitungen der Kassen informiert werden. • Wenn Versicherte zugestimmt haben, können Hinweise über konkrete Gesundheitsgefährdungen auch in einer anderen als der Schriftform übermittelt werden.	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
	- Klarstellung, dass Krankenkassen auch über individuell geeignete Versorgungsinnovationen und sonstige individuell geeignete Versorgungsleistungen nach § 68b Absatz 2 Satz 1 informieren dürfen. - Die Pflicht, die Verwaltungsräte vor einer anstehend Datenauswertung zu informieren, wird gestrichen. <i>Diese Maßnahmen erleichtern die Anwendung des § 25b, weil sie die Datengrundlage verbessern, den bürokratischen Aufwand verringern und einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung Prävention von Pflegebedürftigkeit und Primärprävention ermöglichen.</i> <i>Sinnvoll wäre es jedoch, den Krankenkassen zusätzlich zu erlauben, Präventionspotentiale auch im Hinblick auf andere Erkrankungen zu identifizieren.</i>	👉
Nr. 6, § 73 Abs. 9a/ 9b	- Ab 01.09.2029 dürfen Vertragsärzte für die E-Überweisung nur noch KBV-zugelassene Programme nutzen. - Ab 01.01.2028 dürfen Praxen für die Terminmeldung an den 116117-Terminservice nur noch Software nutzen, die ein KBV-Zulassungsverfahren zur Schnittstelle nach § 370a Abs. 5 erfolgreich durchlaufen hat. - Praxis- und Terminverwaltungssysteme müssen die KBV-Terminservice-Schnittstelle verpflichtend integrieren. - Die KBV prüft und zertifiziert die Systeme im Rahmen eines Zulassungsverfahrens und veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Produkte. - Das Zulassungsverfahren startet am 01.03.2027; die KBV berichtet bis zum 30.06.2027 dem BMG über den Stand des Verfahrens. - Allerdings könnte der Zeitraum zur Umsetzung moniert werden. Wichtig ist, dass hier die zentrale Voraussetzung für den digitalen Versorgungseinstieg der Kassen gelegt ist.	👍
Nr. 7, § 86 Abs. 1	- Die KBV und der GKV-SV vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und im Benehmen mit der Gematik die Regelungen zur elektronischen Verordnung durch Vertragsärzte, einschließlich Betäubungsmittelverordnungen und Verordnungen nach § 3a AMVV. - Die Regelung bildet eine wichtige Grundnorm für alle nachgelagerten E-Versorgungsregeln	👉

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
Nr. 8, § 86a	- Die KBV und der GKV-SV vereinbaren als Bestandteil des BMV-Ä im Benehmen mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen bis zum 1.11.2027 die Regeln, die zur strukturierten, interoperablen und barrierefreien E-Überweisung - Es handelt sich dabei um ein vertraglich verankertes Mitspracherecht des GKV-SV bei technischer Ausgestaltung der E-Überweisung	
Nr. 13, § 217f	Der GKV-SV legt im Benehmen mit BfDI und BSI in einer Richtlinie verbindliche Verfahrensweisen zum Umgang der Krankenkassen mit der elektronischen Patientenakte nach § 341 fest. Das betrifft insbesondere Vorgaben für die Verarbeitung von Widersprüchen, Vorgaben zur Umsetzung der gesetzlichen Aufbewahrungs- und Löschfristen der elektronischen Patientenakte ePA. Ebenfalls betrifft es Vorgaben zum Verfahren beim Datentransfer in die neue ePA beim Kassenwechsel sowie Vorgaben zum Umgang mit Berichtigungsverlangen der Versicherten.	
	Eine Beteiligung anderer Kostenträger (insbesondere PKV, Beihilfe) ist derzeit im Gesetz nicht vorgesehen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes jedoch sektorenübergreifend ausgestaltet und ‚im Benehmen mit anderen Kostenträgern‘ wahrgenommen werden.	
Nr. 18, § 284a SGB V (neu)	<u>Reallabore der Krankenkassen</u> Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, abweichend von den Nutzungszwecken in § 284 SGB V, die innovative Nutzung von personenbezogenen Daten zu erproben, um definierte Aufgaben der GKV zu erfüllen. Hierzu ist ein Antrag bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu stellen. Das Reallabor besteht maximal 6 Jahre. Die Kassen müssen darüber informieren und einen Ergebnisbericht vorlegen. → Die komplexe Rechtslage hindert Krankenkassen heute noch oft daran, ihre Daten agil und innovativ für eine bessere Versorgung einzusetzen. Reallabore können helfen, Blockaden aufzulösen, sofern die tatsächliche Durchführung bürokratiearm erfolgt.	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
Nr. 19, § 290 Abs. 3	• Mit der geplanten Anpassung von § 290 Abs. 3 Satz 5 SGB V wird der Datenabgleich nicht mehr nur auf die in § 362 Abs. 1 genannten Stellen beschränkt, sondern ausdrücklich zwischen allen am KVNR-Verfahren beteiligten Kostenträgern ermöglicht. • Dies schafft eine tragfähige Rechtsgrundlage für einen regelmäßigen (gegebenenfalls stichtagsbezogenen) Bestandsabgleich der KVNR. • Angesichts der Einbindung weiterer Kostenträger (insbesondere PKV und Beihilfe) steigt ohne einheitliche Abgleichsmechanismen das Risiko von Dateninkonsistenzen. • Die vorgesehene Erweiterung des Datenabgleichs ist daher aus Sicht der Telematik-Umsetzung ausdrücklich zu begrüßen.	
Nr. 20, 291 Abs.8	• Soweit der Gesetzentwurf die EUDI-Wallet als eigenständigen Authentisierungsweg neben der digitalen eGK vorsieht, ist gesetzlich oder untergesetzlich klarzustellen, dass dies nur mit Einbindung der Nachweise der Krankenkasse in der EUDI-Wallet zu funktionieren hat. • Eine solche Ausgestaltung wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht tragfähig, da die eindeutige Identifikation im Versorgungskontext weiterhin einen verlässlichen, systemübergreifenden Identifier erfordert. Das EUDI-Wallet soll zur direkten Authentisierung gegenüber dem Gesundheitssystem genutzt werden können.	
Nr. 21, §291a Abs. 2	• Mit dem VSDM 2.0 werden die Versichertenstammdaten online bereitgestellt, sodass der auf der eGK gespeicherte Datensatz sinnvoll reduziert werden kann. • Neue Pflichtangaben sollten daher vorrangig in den online abrufbaren Stammdaten verankert und mit der Umstellung auf VSDM 2.0 schrittweise synchronisiert werden. • Die Herauslösung spezieller Kennzeichen, wie des WOP-Kennzeichens aus dem statischen Kartendatensatz, wird weiterhin begrüßt. • Eine fachlich belastbare Aktualisierung des Zuzahlungsstatus wird in der Versorgungspraxis erst mit dem Online-Abruf im Rahmen von VSDM 2.0 erreicht.	
Nr. 23, § 295 Abs. 2b	• Die KBV muss Vertragsärzten sowie Leistungserbringern im Rahmen der ASV nach § 116b SGB V und von Selektivverträgen nach §§ 73b, 132e, 132f und 140a SGB V die EBM-Bewertungsdaten über eine	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
	einheitliche, zentrale Schnittstelle zum direkten Abruf bereitstellen. Die Daten sind quartalsweise beziehungsweise bei Bedarf zu aktualisieren. - Die KVen und Krankenkassen erhalten ein Abrufrecht auf dieselben Daten, soweit dies zur Rechtmäßigkeits-/Plausibilitätsprüfung der Abrechnung (§ 106d) erforderlich ist. - Die Details legt die KBV im Einvernehmen mit dem Kompetenzzentrum Interoperabilität fest (Frist: 9 Monate nach Verkündung); Schnittstelle steht spätestens 18 Monate nach Verkündung bereit. - Dies erleichtert die Abrechnungsprüfung technisch.	
Nr. 32, § 312, Abs. 5	- Die Gematik hat sicherzustellen, dass elektronische Überweisungen ab dem 1. September 2028 technisch übermittelt werden können (Infrastruktur-Bereitstellung). - Berücksichtigt wird dabei die Vorgaben der Bundesmantelverträge (§ 87 Abs. 1) sowie die Anschlussfähigkeit an den digitalen Versorgungseinstieg (§ 345a) und das bundesweit einheitliche Ersteinschätzungsverfahren der Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a).	
Nr. 33, § 313 Abs. 1, sowie Abs. 5	- Die geplante Erweiterung des im Verzeichnisdienst (VZD) vorgehaltenen Informationsumfangs für Leistungserbringende und deren Organisationen wird begrüßt. - Sie verbessert die Such- und Adressierbarkeit innerhalb der TI. - Die Möglichkeit, hierfür bestehende Registerdaten (z. B. aus Arzt- und Kammerregistern) heranzuziehen, ist aus Sicht der Krankenkassen sinnvoll, da sie zu einer höheren Datenqualität und Konsistenz im VZD beiträgt.	
Nr. 63, § 350a	§ 350a wird gestrichen, sodass Krankenkassen künftig keine Dokumente mehr für Versicherte digitalisieren müssen. - Versicherte können ihre Unterlagen weiterhin selbst oder über Vertreter in die ePA einstellen. - Das BMG hatte sich beim GKV-SV erkundigt und hatte die geringe Nutzung wahrgenommen.	
Nr. 51, § 341 Nr. 57, § 345a	Elektronische Patientenakte wird zum Zentrum der Versorgung: Die ePA-App wird zum Zugangspunkt der Versicherten zur digitalen Bedarfseinschätzung, zu eÜberweisungen und Terminvermittlungen.	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
Nr. 76, § 360, Nr. 77 §§ 360a, 360b, 360c	- KBV stellt den Kassen ab 1.11.2027 eine kostenfreie Schnittstelle bereit (Abs. 6); Vertreterbestellung für Versicherte ebenfalls ab 1.2.2028 (Abs. 4). - Alle Funktionen setzen vorherige informierte Einwilligung des Versicherten voraus, einzeln oder dauerhaft widerrufbar. - Ergebnisse der digitalen Bedarfseinschätzung, Daten zu eÜberweisungen und Terminvermittlung können in der ePA gespeichert werden. - Umgekehrt sollen ePA-Daten für eine personalisierte digitalen Bedarfseinschätzung und Terminvermittlung genutzt werden können. Nach einer Terminvereinbarung erhalten die entsprechenden Leistungserbringer Zugriff auf die ePA. - Daten aus digitalen Gesundheitsanwendungen können in die ePA übermittelt werden. - Daten aus der ePA können für die datengestützte Versorgung genutzt werden. <i>Der Einstieg in die digitale Versorgung mit der ePA als zentralem Dreh- und Angelpunkt ist sehr positiv zu bewerten.</i> <i>Allerdings bleiben noch zahlreiche Fragen offen. So ist insbesondere zu klären, wie sichergestellt werden kann, dass ausreichend Termine für eine diskriminierungsfreie und bedarfsgerechte Terminvergabe zur Verfügung stehen – auch vor dem Hintergrund der Backend-Abhängigkeit bei der KBV. Zudem muss gewährleistet sein, dass die digitale Versorgung zu einer tatsächlichen Entlastung der Arztpraxen führt, damit die vorhandenen ärztlichen Kapazitäten effektiv genutzt werden können.</i>	
Nr. 69, §§ 360b, 360c	<u>Digitale Bedarfseinschätzung:</u> § 360a: Die E-Überweisung ist verpflichtend für Vertragsärzte ab 01.09.2029. § 360b: Die KBV und der GKV-SV vereinbaren innerhalb von zwölf Monaten nach Verkündung die Anforderungen an die digitale Bedarfseinschätzung. Diese umfassen insbesondere Dringlichkeitsstufen, die Zuordnung zur geeigneten Versorgungsebene sowie die Eignung für eine telemedizinische oder nichtärztliche Versorgung. Das BMG kann die Vereinbarung beanstanden und die Anforderungen	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
	erforderlichenfalls selbst festsetzen; als weitere Auffanglösung ist das Bundesschiedsamt vorgesehen. Ab dem 01.07.2031 sind die Anforderungen mindestens einmal jährlich zu aktualisieren. • § 360c Abs. 1: Die KBV stellt das System ab 01.01.2031 bereit – sowohl über die Terminservicestellen als auch über den digitalen Versorgungseinstieg (§ 345a). • § 360c Abs. 2: Die KBV und der GKV-SV vereinbaren erstmals bis 01.07.2028 und danach jährlich einen von beiden Seiten jeweils gleich hohen Finanzierungsbetrag; KBV legt dazu jährlich eine detaillierte Kostenkalkulation vor. → Der GKV-SV wird ein echter Verhandlungspartner bei der Triage-Logik (positiv), zahlt dafür aber eine neue, wiederkehrende, noch unbezifferte hälftige Systemfinanzierung. Hier besteht ein Kostenrisiko. • Die KBV soll mit dem GKV-SV Anforderungen an ein elektronisches System zur standardisierten und strukturierten Erhebung gesundheitlicher Beschwerden, zur Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung sowie zur Zuordnung der Behandlungsbedarfe in die geeignete Versorgungsebene (digitale Bedarfseinschätzung) vereinbaren. • Die digitale Bedarfseinschätzung ist ausdrücklich als zielgerichtete Zugangsunterstützung für Versicherte in die Notfall-, Akut- oder ambulante Versorgung gedacht. • Die Kriterien für die digitale Bedarfseinschätzung werden ausführlich genannt. • Die Vereinbarung ist im Benehmen mit weiteren Akteuren (u.a. BÄK, DKG, G-BA, Selbsthilfe, Industrie) zu treffen. • Das BMG muss die Vereinbarung genehmigen. • Die KBV stellt das elektronische System zur digitalen Bedarfseinschätzung ab 01.01.2031 bundesweit einheitlich bereit. → Ein System zur Zugangsunterstützung ist sinnvoll. Allerdings gibt es hier viele Details, die noch geklärt werden müssen, damit das System funktioniert:	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
	Offen bleibt zunächst, wer die digitale Bedarfseinschätzung finanziert. Zudem besteht eine begriffliche Unschärfe zwischen dem Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Abs. 1a SGB V und der Bedarfseinschätzung nach § 360b SGB V. Ebenfalls ist zu klären, wie gewährleistet wird, dass in der Notfallversorgung dasselbe Instrument zur Anwendung kommt; auch die Haftungsfragen sind bislang nicht abschließend geregelt. Damit die digitale Bedarfseinschätzung den Zugang zur Versorgung tatsächlich erleichtert und zugleich ärztliche Kapazitäten freisetzt, müsste sie in jedem Akutfall greifen, also immer dann, wenn Versicherte ohne zuvor vereinbarten Termin oder als chronisch Erkrankte ärztlichen Kontakt suchen. Zugleich müsste sichergestellt werden, dass Versicherte, bei denen kein Bedarf für eine Notfall-, Akut- oder ambulante Versorgung festgestellt wird, ein alternatives Angebot erhalten. Dies können etwa Hinweise zur Selbstversorgung, Präventionsangebote oder die Vermittlung an Beratungsstellen sein. → Die weiteren Akteure, mit denen bei der Vereinbarung ein Benehmen hergestellt werden soll, sollten aktiver einbezogen werden.	
Nr. 87, § 370c	- Die KBV und der GKV-SV vereinbaren bis 9 Monate nach Verkündung Anforderungen an private digitale Terminbuchungsplattformen. Dazu gehören: Barrierefreiheit, Diskriminierungsfreiheit, Verbot vergütungsorientierter Terminvergabe, Werbefreiheit und das Verbot der Datennutzung für Marketingzwecke. - Bundesschiedsamt entscheidet bei Nichteinigung. → Wichtiges neues Mitspracherecht des GKV-SV bei Regulierung privater Terminanbieter.	
Nr. 89, § 372 Abs 3-5	- Setzen Vertragsärzte/-zahnärzte informationstechnische Systeme ein, die ein vorgeschriebenes Konformitätsbewertungsverfahren (§ 387) nicht oder nicht erfolgreich durchlaufen haben, wird die Vergütung pauschal um bis zu 20 % gekürzt (mindestens 5 %, progressiv steigend mit Dauer/Anzahl der Verstöße). - Der GKV-SV und die KBV vereinbaren dazu erstmals bis 31.10.2027 das Nähere zu Höhe, Berechnung und Nachweisführung.	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
	→ <i>Der neue, spürbare Sanktionsmechanismus gegenüber Vertragsärzten bei der Nichtnutzung zertifizierter Praxissoftware stärkt die Durchsetzungskraft der Zertifizierungspflichten, unter anderem nach § 73 Abs. 9b SGB V. Zugleich ist dabei eine Mitwirkung des GKV-SV vorgesehen.</i>	
Nr. 31, 34, 41, §§ 311, 323, 331	<u>Rolle der gematik:</u> • Der Entwurf stärkt die Rolle der gematik, indem diese Komponenten und Dienste im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur zentral ausschreiben, bündeln und betreiben oder betreiben lassen darf (sog. „Providermodell“). Betriebliche Pflichten soll sie direkt gegenüber den tatsächlich verantwortlichen Betreibern durchsetzen können. Zusätzlich erhält die gematik erweiterte Befugnisse zur Gefahrenabwehr, um die TI-Stabilität angesichts zunehmender Komplexität zu sichern. → <i>Das minimiert zwar Störungen und schützt die Versorgung, schafft jedoch Zentralismus, Wettbewerbsverzerrung und wälzt die Kosten auf die Beitragszahler ab, ohne dass die Krankenkassen über die Verwendung der Mittel mitbestimmen können.</i> <u>Änderungsbedarf:</u> • <i>Bei der Ausschreibung von Aufträgen und der Festlegung von Gebühren muss ein Einvernehmen mit der GKV hergestellt werden.</i> • <i>Die Governance muss klar geregelt sein. Hierbei gilt es Haftungsregeln und Kontrolle gegenüber der Gematik zu formulieren.</i> • <i>Die Betreiberzulassung sollte auf zentrale Komponenten beschränkt werden; alles, was unmittelbar die ePA betrifft, muss ausgeschlossen sein.</i>	
Nr. 55, § 344 Abs. 7	• Die vorgesehene Übermittlung des Widerspruchsstatus bei einem Krankenkassenwechsel ist grundsätzlich sachgerecht. • Die unverzügliche Löschung einer ePA kann jedoch nur dann rechtssicher erfolgen, wenn der auslösende Widerspruch eindeutig der betroffenen versicherten Person zugeordnet und diese sicher identifiziert wurde.	

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Regelungsort	Regelung und Bewertung des BKK Dachverbandes im Detail	Kurzbewertung
	- Hinzu kommt, dass nach der derzeitigen Systemlogik die Veranlassung der Löschung durch diejenige Krankenkasse erfolgt, der die ePA im Versorgungskontext zugeordnet ist und die den Bezug zur Versichertenidentität beziehungsweise KVNR herstellt. - Soll künftig auch die aufnehmende Krankenkasse einen solchen Löschprozess umsetzen, sind die hierfür erforderlichen Zugriffs-, Berechtigungs- und Veranlassungsbefugnisse technisch und rechtlich eindeutig zu regeln.	
Nr. 65, § 352; § 339 Abs. 1a, §342 Abs. 2	- Die vorgesehene Erweiterung der Schreibrechte für Befunde und Dokumente von Betriebsärzten wird grundsätzlich begrüßt. - Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Regelungssystematik bezüglich der Schreib- und Zugriffsrechte für Betriebsärzte weiterhin von anderen Leistungserbringern abweicht. - Die vorgesehenen Regelungen für Betriebsärzte sollten fachlich besser aufeinander abgestimmt werden. Dabei geht es vor allem um die Frage, wie die Zustimmung der Versicherten (§ 339 Abs. 1a), die Dauer des Zugriffs (§342 Abs. 2) auf die ePA und die zulässige Verarbeitung von Daten (§ 352 SGB V) im arbeitsmedizinischen Alltag zusammenpassen. - Dies betrifft zum Beispiel Fälle, in denen Laborproben entnommen und an externe Stellen weitergeleitet werden, Untersuchungsergebnisse erst zeitversetzt vorliegen und auf Grundlage dieser Ergebnisse weitere medizinische Entscheidungen getroffen werden müssen. Es sollte daher geprüft werden, ob die bestehenden Regelungen praktikabel ausgestaltet sind oder ob sie angepasst werden müssen, damit arbeitsmedizinische Prozesse rechtssicher und ohne Medienbrüche über die ePA abgebildet werden können.	 

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Entwurf eines

Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen - GeDIG (23.07.2026)



Nr. 16, § 283 Abs. 2b, S. 2

- Die Regelung beschreibt die Befugniserweiterung der Richtlinien-Kompetenz des MD Bund zur Festlegung von bundesweit einheitlichen Vorgaben zu den digitalen Datenaustauschverfahren zwischen MD und insbesondere den Krankenkassen sowie den Leistungserbringern.

→ Grundsätzlich ist die Einführung bundeseinheitlicher Vorgaben für den digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste zu begrüßen. In der derzeitigen Ausgestaltung besteht jedoch ein strukturelles Ungleichgewicht zulasten der Krankenkassen. Eine gleichberechtigte Mitwirkung ist erforderlich, um eine praktikable, wirtschaftliche und systemkonforme Umsetzung sicherzustellen.

Im SGB XI ist der MD-Auftragnehmer der Pflegekassen bspw. bei der Pflegebegutachtung oder bei Qualitätsprüfungen. Es darf nicht dazu kommen, dass dem Auftragnehmer die Richtlinien- und Normsetzungskompetenz verliehen wird. Darum sollte der Medizinische Dienst Bund die Richtlinie für den digitalen Datenaustausch gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie unter Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Verbände der Krankenkassen erlassen.

