

- Bundesverband E-Commerce und Versandhandel Deutschland e.V. (bevh) -

# Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

Berlin, den 18. Mai 2026

Ansprechpartner: Juri Daniel Schütt

---

Der **Bundesverband E-Commerce und Versandhandel Deutschland e.V. (bevh)** repräsentiert die in Deutschland aktiven Online- und Versandhändler — Unternehmen aller Größen und aller denkbaren Handelsformen (Online, Multichannel, Katalog, TV-Shopping, Plattformhändler und -betreiber). Die Mitglieder des bevh stehen für mehr als 75% des gesamten Branchenumsatzes. Darüber hinaus sind dem Verband mehr als 130 Dienstleister aus dem Umfeld der E-Commerce-Branche angeschlossen.

Der Verband begrüßt die Ziele des Entwurfs, insbesondere Digitalisierung, Interoperabilität, bessere Arzneimitteltherapiesicherheit und nutzerfreundliche digitale Versorgungsprozesse. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass digitale und versandbezogene Versorgungsformen nicht gegenüber stationären Strukturen benachteiligt werden.

Übergreifend sollte die digitale Gesundheitsinfrastruktur nicht ausschließlich aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gedacht werden. Digitale Versorgungsmodelle umfassen auch privatversicherte Versicherte, Selbstzahlerkonstellationen und hybride Versorgungsangebote. Wenn digitale Anwendungen, Terminbuchung, Kommunikation, elektronische Verordnungen und ePA-nahe Funktionen künftig zentrale Zugangspunkte zur Versorgung bilden, sollten Schnittstellen und Prozesse so ausgestaltet werden, dass sie auch außerhalb rein GKV-zentrierter Versorgungskonstellationen anschlussfähig bleiben.

## **1. Versandapotheken müssen bei E-Rezept, ePA und Medikationsprozessen vollständig gleichwertig eingebunden werden**

Wir begrüßen, dass der Referentenentwurf die digitale Arzneimittelversorgung weiterentwickeln und insbesondere die elektronische Patientenakte (ePA), das elektronische Rezept (E-Rezept), elektronische Verordnungen und Medikationsprozesse stärker miteinander verknüpfen will.

Digitale Verordnungs-, Medikations- und Apothekenprozesse können einen erheblichen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit, zur besseren Versorgung der Versicherten und zur Entlastung der Leistungserbringer leisten.

Damit diese Ziele erreicht werden, muss jedoch sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Regelungen alle Apotheken gleichermaßen erfassen und in der praktischen Umsetzung nicht an stationären Präsenzprozessen ausgerichtet werden. Versandapotheken sind reguläre Apotheken und leisten einen wichtigen Beitrag zu einer flächendeckenden, niedrighwelligen und digitalen Arzneimittelversorgung. Sie müssen daher bei E-Rezept, ePA-Zugriffen, elektronischen Verordnungen und Medikationsprozessen vollständig gleichwertig eingebunden werden. Digitale pharmazeutische Beratung und digitale pharmazeutische Dienstleistungen müssen dabei anschlussfähig mitgedacht werden, soweit sie an diese digitalen Apothekenprozesse anknüpfen.

Besonderer Klarstellungsbedarf besteht bei § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V-E. Danach hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen. Diese Regelung muss so ausgestaltet und umgesetzt werden, dass die Aktualisierungspflichten auch im Versandprozess rechtssicher und praxistauglich erfüllt werden können. Maßgeblich darf nicht sein, ob die Abgabe in einer Betriebsstätte vor Ort oder im Wege des erlaubten Versandhandels erfolgt. Dies betrifft insbesondere den Zugriff auf Daten der ePA. Der Entwurf sieht erweiterte Zugriffsmöglichkeiten für Apothekerinnen und Apotheker vor, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist. Diese Zugriffsmöglichkeiten dürfen in der technischen und organisatorischen Umsetzung nicht faktisch an einen stationären Kontakt, eine Vor-Ort-Authentifizierung oder einen ausschließlich präsenzbezogenen Abgabeprozess anknüpfen. Für Versandapotheken muss ebenso sichergestellt sein, dass der erforderliche Zugriff auf ePA-Daten im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung digital, sicher und ohne Medienbruch erfolgen kann. Entscheidend ist daher, dass die Zugriffsvoraussetzungen in der praktischen Umsetzung versandhandelsgeeignet ausgestaltet werden.

Positiv ist, dass § 339 Abs. 1a SGB V-E den Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs mit der Behandlung auch mittels der Zugangsdaten nach § 360 Abs. 9 Satz 1 SGB V-E ermöglichen soll. Gerade für digitale Versorgungsprozesse ist dies wichtig, weil der Zugriff auf versorgungsrelevante Daten nicht davon abhängig gemacht werden darf, dass Versicherte physisch in einer Apotheke erscheinen. Die Regelung sollte in der praktischen Umsetzung ausdrücklich so verstanden und technisch ausgestaltet werden, dass sie auch bei der ortsunabhängigen Einlösung elektronischer Verordnungen gleichwertig nutzbar ist, etwa mittels eHealth-CardLink oder entsprechender Nachfolgetechnologien zum Nachweis der Anwesenheit der Patientin oder des Patienten.

Der ePA-Zugriff ist dabei nicht nur für die Aktualisierung des Medikationsplans relevant. Versandapotheken müssen im Rahmen der Einlösung elektronischer Verordnungen auch diejenigen Informationen digital und medienbruchfrei nutzen können, die für Arzneimitteltherapiesicherheit, Wechselwirkungsprüfung, Medikationsmanagement, pharmazeutische Beratung und pharmazeutische Dienstleistungen erforderlich sind. Dazu zählen insbesondere der Medikationsplan, die elektronische Medikationsliste, Verordnungs- und Dispensierinformationen sowie arzneimitteltherapierelevante Zusatzinformationen. Die technischen Schnittstellen sollten so ausgestaltet werden, dass diese Informationen in digitale Bestell-, Prüf-, Beratungs- und Abgabeprozesse integriert werden können.

Digitale pharmazeutische Beratung sollte dabei als regulärer Bestandteil moderner Arzneimittelversorgung mitgedacht werden. Gerade im Zusammenhang mit E-Rezept, chronischer Medikation, Medikationsmanagement, Wechselwirkungsprüfung, Adhärenzberatung und pharmazeutischen Dienstleistungen können digitale Beratungsformate einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten. Dabei sollte klargestellt werden, dass digitale pharmazeutische Beratung und pharmazeutische Dienstleistungen als gleichwertige Formen pharmazeutischer Versorgung auch per Video, Chat oder gesicherter Nachrichtenkommunikation erbracht werden können. Die Nutzung solcher digitalen Beratungs- und Kommunikationswege darf nicht durch analoge Formvorgaben oder Vor-Ort-Erfordernisse erschwert werden, soweit die fachlichen, technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Auch die Regelungen zu elektronischen Verordnungen nach § 360 und § 361 SGB V-E müssen konsequent versandhandelsgeeignet ausgestaltet werden. Wenn Apotheken verpflichtet sind, verschreibungspflichtige Arzneimittel auf Grundlage elektronischer Verordnungen unter Nutzung der Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur abzugeben, muss dies für Versandapotheken unter denselben Bedingungen möglich sein wie für stationäre Apotheken. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass die für den Zugriff erforderlichen Zugangsdaten digital übermittelt, verarbeitet und in die bestehenden Versandprozesse integriert werden können. Eine Ausgestaltung, die zwar formal alle Apotheken erfasst, praktisch aber auf die Vorlage oder Verarbeitung in der Vor-Ort-Situation zugeschnitten ist, würde dem Ziel einer digitalen Versorgung widersprechen.

Die freie Apothekenwahl der Versicherten muss auch in digitalen Versorgungsketten vollständig gewahrt bleiben. Versicherte müssen E-Rezepte und andere elektronische Verordnungen bei der Apotheke ihrer Wahl einlösen können, unabhängig davon, ob es sich um eine stationäre Apotheke oder eine Versandapotheke handelt. Dies gilt insbesondere im Anschluss an telemedizinische Behandlungen. Eine digitale Versorgungskette wäre unvollständig, wenn zwar

die ärztliche Konsultation digital stattfinden kann, die anschließende Arzneimittelversorgung aber faktisch auf stationäre Prozesse verengt wird.

Von besonderer Bedeutung ist zudem die technische Einbindung. § 332a SGB V-E enthält hierzu einen wichtigen Ansatz, indem Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für Apotheken zur diskriminierungsfreien Einbindung zugelassener Komponenten und Dienste verpflichtet werden. Diese Vorgabe sollte konsequent auf die Anforderungen von Versandapotheken angewendet werden. Versandapotheken dürfen bei der Integration von TI-Komponenten (Telematikinfrastruktur), E-Rezept-Funktionalitäten, ePA-Zugriffen und Medikationsprozessen weder durch technische Beschränkungen noch durch zusätzliche Kosten oder nicht interoperable Schnittstellen benachteiligt werden.

Bei der grenzüberschreitenden Einlösung elektronischer Verordnungen sollte klargestellt werden, dass die hierfür erforderliche Einwilligung und technische Freigabe auch medienbruchfrei digital und ohne persönlichen Vor-Ort-Kontakt erfolgen können (§ 360 Abs. 10 Satz 11 und § 361 Abs. 3 SGB V-E). Dies ist insbesondere für Versicherte relevant, die eine elektronische Verordnung bei einer in einem anderen EU-Mitgliedstaat ansässigen und dort zugriffsberechtigten Apotheke einlösen möchten, etwa bei einer Versandapotheke.

Wir bitten daher, die Regelungen zu E-Rezept, elektronischen Verordnungen, ePA-Zugriffen und Medikationsprozessen sowie zu daran anknüpfender digitaler pharmazeutischer Beratung und digitalen pharmazeutischen Dienstleistungen dahingehend zu überprüfen und gegebenenfalls klarzustellen, dass Versandapotheken in allen digitalen Apothekenprozessen vollständig gleichwertig eingebunden sind. Die digitale Arzneimittelversorgung sollte nicht an stationären Standardabläufen ausgerichtet werden, sondern alle rechtmäßig betriebenen Apothekenformen diskriminierungsfrei, medienbruchfrei und praxistauglich berücksichtigen.

Wir bitten insbesondere um Prüfung,

- (1) ob in § 31a Abs. 3 Satz 2 SGB V-E oder in der Gesetzesbegründung klargestellt werden sollte, dass Pflichten zur Aktualisierung des Medikationsplans auch im Versandprozess rechtssicher und digital erfüllbar ausgestaltet werden müssen;
- (2) ob bei den Zugriffsvoraussetzungen nach § 339 Abs. 1a und § 352 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V-E ausdrücklich sichergestellt werden sollte, dass Apothekenzugriffe auf ePA-Daten nicht an stationäre Präsenzkontakte oder Vor-Ort-Prozesse gebunden werden, sondern auch bei der ortsunabhängigen Einlösung elektronischer Verordnungen medienbruchfrei möglich sind;
- (3) ob klargestellt werden sollte, dass Versandapotheken im Rahmen der Einlösung elektronischer Verordnungen die für Arzneimitteltherapiesicherheit, Wechselwirkungsprüfung, Medikationsmanagement, pharmazeutische Beratung und

pharmazeutische Dienstleistungen erforderlichen ePA-Daten digital und medienbruchfrei nutzen können;

- (4) ob bei § 360 und § 361 SGB V-E klargestellt werden sollte, dass E-Rezepte und andere elektronische Verordnungen diskriminierungsfrei auch bei Versandapotheken eingelöst werden können und die hierfür erforderlichen Zugangsdaten medienbruchfrei digital nutzbar sein müssen;
- (5) ob die freie Apothekenwahl der Versicherten auch in digitalen Versorgungsketten, insbesondere im Anschluss an telemedizinische Behandlungen, ausdrücklich abgesichert werden sollte;
- (6) ob die Vorgaben des § 332a SGB V-E zur diskriminierungsfreien Einbindung von TI-Komponenten und Diensten ausdrücklich auch unter Berücksichtigung der besonderen Anforderungen digitaler Versandprozesse konkretisiert werden sollten;
- (7) ob digitale pharmazeutische Beratung und digitale pharmazeutische Dienstleistungen, einschließlich der Erbringung per Video, Chat oder gesicherter Nachrichtenkommunikation, bei der Ausgestaltung von E-Rezept-, ePA- und Medikationsprozessen als gleichwertige Bestandteile der Arzneimittelversorgung berücksichtigt werden sollten.

## **2. Digitale Identität und Versichertenstammdaten praxistauglich ausgestalten**

Der Referentenentwurf sieht in § 291 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E vor, dass Versicherte ab dem 1. Januar 2027 auch die Nutzung eines elektronischen Identitätsnachweises durch eine Europäische Brieftasche für die Digitale Identität (EUDI-Wallet) angeboten bekommen sollen, sofern die technischen Voraussetzungen vorliegen.

Zugleich sieht der neu gefasste § 291 Abs. 8 Satz 3 SGB V-E vor, dass bereits ab dem 1. Januar 2027 die digitale Identität nach § 291 Abs. 8 Satz 1 SGB V in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte (eGK) zur Authentisierung im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Abs. 1 SGB V dient. Die EUDI-Wallet soll diese Funktion dagegen erst ab dem 1. Dezember 2028 übernehmen. Diese zeitliche Differenz sollte überprüft werden. Gerade für digitale und ortsunabhängige Versorgungsprozesse, insbesondere bei Versandapotheken und telemedizinischen Angeboten, sind einfache, sichere und medienbruchfreie Identifikations- und Nachweisverfahren zentral. Eine frühere Anerkennung der EUDI-Wallet als gleichwertiger Versicherungsnachweis könnte die Nutzbarkeit digitaler Versorgung verbessern und die Akzeptanz interoperabler europäischer Identitätslösungen stärken.

Zugleich sollte klargestellt werden, dass eine sichere digitale Identifikation in Versand- und Fernversorgungsszenarien vollständig anerkannt wird. Wenn Versicherte sich digital eindeutig identifizieren und ihren Versicherungsstatus digital nachweisen können, sollten keine zusätzlichen analogen Identifikationspflichten oder Vor-Ort-Erfordernisse entstehen. Andernfalls würden gerade

diejenigen digitalen Versorgungspfade erschwert, die der Referentenentwurf durch E-Rezept, elektronische Patientenakte und digitale Identitäten stärken will.

Darüber hinaus sollte vermieden werden, dauerhaft parallele digitale Identitätsstrukturen für vergleichbare Anwendungsfälle aufzubauen. Mehrere nebeneinander bestehende Identitätslösungen erhöhen die Komplexität für Versicherte und führen bei Leistungserbringern sowie digitalen Versorgungsanbietern zu zusätzlichem technischem und organisatorischem Integrationsaufwand. Soweit die EUDI-Wallet dieselben Anwendungsfälle sicher, interoperabel und nutzerfreundlich abdecken kann, sollte ihre frühestmögliche Nutzung priorisiert und sollten Doppelstrukturen auf das zwingend erforderliche Maß begrenzt werden.

Ergänzend sollte die Nutzung digitaler Identitäten auch für Stellvertretungssituationen praxistauglich ausgestaltet werden. In der Versorgungspraxis werden elektronische Verordnungen häufig nicht von den Versicherten selbst, sondern etwa durch pflegende Angehörige oder andere unterstützende Personen eingelöst. Der Referentenentwurf sieht bereits vor, dass Vertreterrechte in der elektronischen Patientenakte und im digitalen Versorgungseinstieg technisch ermöglicht werden. Diese Logik sollte auch bei E-Rezept-, Apotheken- und Versandprozessen berücksichtigt werden. Stellvertretende Personen sollten sich einfach, sicher und digital identifizieren können, ohne dass dadurch neue Medienbrüche oder Vor-Ort-Erfordernisse entstehen.

Prüfbedarf besteht zudem bei den Regelungen zum Zuzahlungsstatus. Der Referentenentwurf sieht in § 291a Abs. 2 SGB V-E vor, dass der Zuzahlungsstatus des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss, sofern dies bislang noch nicht erfolgt ist. Zugleich wird in § 291b Abs. 6 SGB V-E vorgesehen, dass Apothekerinnen und Apotheker sowie pharmazeutisches Personal im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten bestimmte Dienste nutzen und auf Angaben nach § 291a Abs. 2 und 3 SGB V zugreifen dürfen.

Vor diesem Hintergrund sollte geprüft werden, ob eine zusätzliche kartenbezogene Speicherung des Zuzahlungsstatus noch erforderlich und zukunftsfähig ist, wenn der Zuzahlungsstatus digital über den Versichertenstammdatendienst aktuell und sicher abrufbar ist. Für Versandapotheken und andere digitale Versorgungsangebote ist entscheidend, dass relevante Versichertenstammdaten medienbruchfrei und ohne Vor-Ort-Kontakt genutzt werden können. Eine zusätzliche Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte sollte jedenfalls nicht zu neuen technischen Hürden für ortsunabhängige Versorgungsprozesse führen.

Wir bitten daher insbesondere um Prüfung,

- (1) ob die EUDI-Wallet bereits vor dem 1. Dezember 2028 als gleichwertiger Versicherungsnachweis nach § 291 Abs. 8 Satz 3 SGB V-E zugelassen werden kann;

- (2) ob klargestellt werden sollte, dass bei sicherer digitaler Identifikation und digitalem Versicherungsnachweis keine zusätzlichen analogen Identifikationspflichten oder Vor-Ort-Erfordernisse für Versand- und Fernversorgungsszenarien entstehen dürfen;
- (3) ob parallele digitale Identitätsstrukturen im Gesundheitswesen auf das zwingend erforderliche Maß begrenzt werden können, soweit die EUDI-Wallet dieselben Anwendungsfälle sicher, interoperabel und nutzerfreundlich abdecken kann;
- (4) ob die bestehenden und vorgesehenen Vertreterregelungen für die elektronische Patientenakte und den digitalen Versorgungseinstieg so weiterentwickelt oder in der Umsetzung berücksichtigt werden sollten, dass auch E-Rezept-, Apotheken- und Versandprozesse durch bevollmächtigte oder unterstützende Personen medienbruchfrei genutzt werden können;
- (5) ob bei § 291a Abs. 2 SGB V-E auf eine zusätzliche kartenbezogene Speicherung des Zuzahlungsstatus verzichtet werden kann, soweit der Zuzahlungsstatus über den Versichertenstammdatendienst aktuell und sicher abrufbar ist;
- (6) ob in § 291b Abs. 6 SGB V-E oder in der Gesetzesbegründung klargestellt werden sollte, dass der Zugriff von Apothekerinnen, Apothekern und pharmazeutischem Personal auf Versichertenstammdaten auch für ortsunabhängige Versorgungsprozesse medienbruchfrei und praxistauglich ausgestaltet werden muss.

### **3. Elektronische Verordnungen und digitale Abrechnung konsequent ausweiten**

Der Referentenentwurf verfolgt das Ziel, bestehende Regelungen zum elektronischen Rezept (E-Rezept) an neue praktische Anforderungen anzupassen, neue Rezeptarten umzusetzen und den Anwendungsbereich der elektronischen Rechnung auf die Direktabrechnung für Leistungserbringer zu erweitern. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Elektronische Verordnungen und digitale Abrechnungsprozesse können Medienbrüche reduzieren, Leistungserbringer entlasten und digitale Versorgungsketten praxistauglicher machen.

Gleichzeitig sollten die vorgesehenen Umsetzungsfristen für weitere elektronische Verordnungen nochmals überprüft werden. § 360 Abs. 2 SGB V-E sieht vor, dass die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung vertragsärztlicher Verordnungen von Betäubungsmitteln und von Arzneimitteln nach § 3a Abs. 1 Satz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung erst ab dem 1. März 2028 gelten soll. Nach § 360 Abs. 7 SGB V-E sollen elektronische Verordnungen für Heilmittel ab dem 1. Juni 2029 verpflichtend werden. Für Hilfsmittel, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, Medizinprodukte und bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung ist eine verpflichtende elektronische Verordnung erst ab dem 1. Juli 2030 vorgesehen.

Diese langen Übergangsfristen sollten angesichts der bereits bestehenden E-Rezept-Infrastruktur kritisch überprüft werden. Einheitliche digitale Verordnungsprozesse sind wesentlich, um parallele

Papier-, Teil-Digital- und Digitalprozesse zu vermeiden. Je länger unterschiedliche Rezeptarten in unterschiedlichen Prozesslogiken verarbeitet werden müssen, desto länger bestehen vermeidbare Medienbrüche, zusätzliche Schnittstellen und administrative Aufwände in Arztpraxen, Apotheken, bei Versandapotheken und bei Kostenträgern fort. Ziel sollte eine möglichst zügige, aber praxistaugliche Ausweitung elektronischer Verordnungen sein.

Zusätzlich sollte geprüft werden, ob der Sprechstundenbedarf ausdrücklich in § 360 Abs. 7 SGB V-E aufgenommen werden sollte. Der Entwurf erfasst dort bereits Heilmittel, Hilfsmittel, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, Medizinprodukte und bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung. Der Sprechstundenbedarf wird dagegen bislang nicht genannt. Eine Einbeziehung erscheint systematisch prüfenswert, weil auch bei der Verordnung und Abrechnung von Sprechstundenbedarf papiergebundene oder regional uneinheitliche Prozesse zu Medienbrüchen und zusätzlichem Aufwand in Arztpraxen, Apotheken und bei Kostenträgern führen können. Eine ausdrückliche Einbeziehung in die E-Rezept-Infrastruktur könnte Bestell- und Abrechnungsprozesse standardisieren, Fehlerquellen reduzieren, die Nachverfolgbarkeit verbessern und die Versorgungssicherheit stärken.

Positiv ist zudem, dass § 359a Abs. 7 und 8 SGB V-E den Anwendungsbereich der Digitalen Patientenrechnung erweitert. Danach sollen Leistungserbringer und die in § 359a Abs. 2 SGB V-E genannten Stellen auch Leistungen, die dem Sachleistungsprinzip unterliegen, elektronisch abrechnen können. Die Krankenkassen sollen zudem die notwendigen Dienste für die Direktabrechnung zwischen Apotheken und Krankenkassen unter Nutzung der Digitalen Patientenrechnung bereitstellen; für Apotheken soll die Nutzung freiwillig bleiben.

Damit diese Regelung in der Abrechnungspraxis tatsächlich Wirkung entfalten kann, sollte ergänzend sichergestellt werden, dass die Nutzung der Direktabrechnung nicht durch nachgelagerte vertragliche oder abrechnungstechnische Vorgaben faktisch ausgeschlossen oder unangemessen erschwert wird. Eine digitale Direktabrechnung kann nur dann zu Entlastung und Effizienzgewinnen führen, wenn Apotheken die vorgesehene Möglichkeit rechtssicher und praktisch nutzen können.

Ergänzend sollte die digitale Abrechnungsinfrastruktur konsequent auch auf digitale pharmazeutische Leistungen ausgerichtet werden. Soweit digitale pharmazeutische Beratung, pharmazeutische Dienstleistungen und telepharmazeutische Leistungen als gleichwertige Bestandteile moderner Arzneimittelversorgung anerkannt sind, sollten sie auch über die Digitale Patientenrechnung beziehungsweise die vorgesehene Direktabrechnung medienbruchfrei abrechenbar sein. Andernfalls bestünde das Risiko, dass digitale Versorgungsleistungen zwar fachlich anerkannt, abrechnungsseitig aber nicht oder nur eingeschränkt umsetzbar sind. Damit würden gerade jene digitalen Versorgungsangebote benachteiligt, deren Stärkung mit dem Referentenentwurf ausdrücklich verfolgt wird.

Wir bitten daher insbesondere um Prüfung,

- (1) ob die Fristen für die verpflichtende Einführung weiterer elektronischer Verordnungen nach § 360 SGB V-E, insbesondere für Betäubungsmittel, Arzneimittel nach § 3a Abs. 1 Satz 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung und Hilfsmittel, ambitionierter ausgestaltet werden können;
- (2) ob § 360 Abs. 7 SGB V-E um elektronische Verordnungen von Sprechstundenbedarf ergänzt werden sollte;
- (3) ob bei der weiteren Umsetzung elektronischer Verordnungen sichergestellt werden kann, dass möglichst einheitliche, medienbruchfreie und für Apotheken sowie Versandapotheken praxistaugliche Prozesse entstehen;
- (4) ob § 300 SGB V ergänzend angepasst werden sollte, um sicherzustellen, dass die Nutzung der in § 359a Abs. 7 und 8 SGB V-E vorgesehenen Direktabrechnung zwischen Apotheken und Krankenkassen nicht durch Vertragspartner ausgeschlossen oder unangemessen erschwert werden kann;
- (5) ob klargestellt werden sollte, dass digitale pharmazeutische Dienstleistungen und telepharmazeutische Leistungen über die Digitale Patientenrechnung beziehungsweise die vorgesehene Direktabrechnung medienbruchfrei abrechenbar sein müssen, soweit sie als gleichwertige Form pharmazeutischer Versorgung erbracht werden.

#### **4. Digitale Zugangswege und Terminvermittlung diskriminierungsfrei ausgestalten**

Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Referentenentwurf digitale Zugangswege in die Versorgung stärken und Versicherten einen nutzerfreundlichen digitalen Versorgungseinstieg ermöglichen will. Gerade weil diese digitalen Zugangswege künftig eine zentrale Rolle für die bedarfsgerechte Vermittlung in die geeignete Versorgungsebene einnehmen können, ist jedoch sicherzustellen, dass sie nicht zu einer strukturellen Verengung auf bestehende Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und ihrer Terminservicestellen (TSS) führen. Digitale Versorgung darf nicht lediglich als digitale Verlängerung stationärer oder klassisch vertragsärztlicher Prozesse verstanden werden. Sie muss vielmehr so ausgestaltet werden, dass auch telemedizinische Angebote, digitale Versorgungsplattformen und daran anschließende digitale Versorgungsketten gleichwertig berücksichtigt werden.

Dies betrifft insbesondere den vorgesehenen digitalen Versorgungseinstieg nach § 345a SGB V-E. Danach sollen Krankenkassen ihren Versicherten über die Benutzeroberfläche der elektronischen Patientenakte einen Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg anbieten. Dieser Funktionsbereich umfasst unter anderem die Buchung von Behandlungsterminen und Terminen für telemedizinische Leistungen sowie die Weiterleitung an

das bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit wird ein zentraler digitaler Zugangspunkt geschaffen, der perspektivisch erheblichen Einfluss darauf haben kann, welche Versorgungsangebote Versicherte tatsächlich wahrnehmen.

Aus unserer Sicht muss deshalb ausdrücklich sichergestellt werden, dass telemedizinische Versorgungsangebote in diesem digitalen Zugangspunkt nicht nur formal erwähnt, sondern praktisch gleichwertig auffindbar, buchbar und nutzbar sind. Eine digitale Ersteinschätzung in Akutfällen oder eine digitale Bedarfseinschätzung darf nicht vorrangig in Richtung stationärer oder präsenzgebundener Versorgungsangebote steuern, wenn eine telemedizinische Versorgung medizinisch geeignet, verfügbar und für die Versicherten zweckmäßig ist. Maßgeblich sollte allein der medizinische Bedarf der Versicherten sein, nicht die institutionelle Zugehörigkeit oder die historisch gewachsene Einbindung eines Angebots in bestimmte Versorgungsstrukturen.

Besonderer Prüfbedarf besteht bei § 360b SGB V-E. Nach § 360b Abs. 1 SGB V-E sollen die Anforderungen an die digitale Bedarfseinschätzung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbart werden. Zwar sind mehrere Institutionen im Benehmen einzubeziehen. Anbieter telemedizinischer und digitaler Versorgungslösungen werden jedoch nicht ausdrücklich genannt, obwohl die Bedarfseinschätzung nach § 360b Abs. 3 Nr. 4 SGB V-E auch die Eignung des Versorgungsanlasses für eine telemedizinische Versorgung abbilden soll.

Das ist problematisch, weil die digitale Bedarfseinschätzung nicht nur eine technische Vorstufe der Terminvermittlung ist, sondern perspektivisch eine Steuerungsfunktion im Versorgungssystem übernehmen kann. Wer die Anforderungen an ein solches System definiert, prägt mittelbar auch, welche Versorgungswege sichtbar werden, welche Datenanschlüsse erforderlich sind und wie digitale, telemedizinische oder hybride Angebote in die Versorgung eingebunden werden. Deshalb sollten die maßgeblichen Anbieter digitaler und telemedizinischer Versorgungslösungen angemessen in die Ausgestaltung einbezogen werden.

Telemedizin sollte dabei nicht lediglich als nachgelagerte Alternative zur Präsenzversorgung verstanden werden. Wenn der Entwurf vorsieht, dass die digitale Bedarfseinschätzung die Eignung für telemedizinische Versorgung berücksichtigt, sollte Telemedizin auch als eigenständiger und gleichwertiger Versorgungspfad abgebildet werden. Dies gilt insbesondere für Anbieter, die digitale Versorgung mit angestellten Ärztinnen und Ärzten strukturiert, kontinuierlich und qualitätsgesichert erbringen. Die Ausgestaltung der Bedarfseinschätzung, der Ergebnislogik und der anschließenden Terminvermittlung darf solche Modelle nicht ohne sachlichen Grund gegenüber präsenzbezogenen Versorgungsstrukturen benachteiligen.

Wir bitten daher zu prüfen, ob § 360b Abs. 1 SGB V-E um eine ausdrückliche Beteiligung der maßgeblichen Verbände bzw. Anbieter digitaler und telemedizinischer Versorgungsangebote ergänzt werden sollte. Jedenfalls sollte klargestellt werden, dass die digitale Bedarfseinschätzung diskriminierungsfrei gegenüber telemedizinischen und hybriden Versorgungsangeboten auszugestaltet ist und dass geeignete telemedizinische Angebote gleichwertig in die Ergebnislogik, Terminvermittlung und weitere Versorgungskette eingebunden werden müssen.

Auch § 370c SGB V-E ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Die Vorschrift sieht Anforderungen an digitale Terminbuchungsplattformen vor, die von Vertragsärzten und Vertragszahnärzten in der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden können. Positiv ist, dass der Entwurf offene und standardisierte Schnittstellen, Datenschutz, Informationssicherheit sowie einen bedarfsgerechten und diskriminierungsfreien Zugang der Versicherten vorsieht. Damit diese Zielsetzung praktisch wirksam wird, sollte der Begriff des diskriminierungsfreien Zugangs konkretisiert werden. Diskriminierungsfreiheit darf nicht nur bedeuten, dass private Anbieter formal nicht ausgeschlossen sind. Erforderlich sind vielmehr gleiche technische Anschlussmöglichkeiten, transparente und einheitliche Schnittstellen, eine gleichwertige Auffindbarkeit geeigneter Versorgungsangebote in der ePA-App sowie der Ausschluss einer strukturellen Bevorzugung staatlich mandatierter oder KV-naher Vermittlungsstrukturen. Andernfalls besteht das Risiko, dass private digitale Terminbuchungsplattformen und telemedizinische Anbieter zwar rechtlich zugelassen bleiben, praktisch aber gegenüber bestehenden vertragsärztlichen Vermittlungsstrukturen zurücktreten.

Digitale Versorgungsketten enden zudem nicht bei der Terminbuchung oder telemedizinischen Konsultation. In vielen Fällen schließen sich elektronische Verordnungen, digitale Kommunikation, Apothekenwahl und Arzneimittelversorgung an. Deshalb sollte bei der Ausgestaltung des digitalen Versorgungseinstiegs von Beginn an berücksichtigt werden, dass Versicherte auch im Anschluss an eine telemedizinische Behandlung ihre Versorgung diskriminierungsfrei digital fortsetzen können. Dazu gehört insbesondere, dass die Einlösung elektronischer Verordnungen bei Versandapotheken ebenso einfach möglich bleibt wie bei stationären Apotheken. Eine digitale Versorgung, die zwar eine telemedizinische Konsultation ermöglicht, im Anschluss aber faktisch wieder auf stationäre Folgeprozesse verengt wird, würde das Potenzial digitaler Versorgung nicht ausschöpfen.

Dies gilt ebenso für die Apothekenwahl in ePA-, E-Rezept- und App-basierten Prozessen. Wenn Versicherte über die Benutzeroberfläche der elektronischen Patientenakte, Krankenkassenanwendungen, E-Rezept-Module oder sonstige digitale Versorgungseinstiege zu Apotheken weitergeleitet werden oder Apotheken suchen und auswählen können, müssen alle zugelassenen Apotheken diskriminierungsfrei auffindbar und auswählbar sein. Dies umfasst stationäre Apotheken ebenso wie Versandapotheken. Die technische, gestalterische oder

prozessuale Ausgestaltung solcher digitalen Oberflächen darf nicht dazu führen, dass Versicherte durch Vorauswahlen, Rankings, bevorzugte Platzierungen, exklusive Integrationen oder Pay-for-Placement-Mechanismen zugunsten einzelner Apotheken, Anbieter oder Versorgungskanäle gelenkt werden. Kriterien für Suche, Anzeige, Auswahl und Weiterleitung zu Apotheken sollten transparent, sachgerecht und diskriminierungsfrei ausgestaltet werden. Die freie Apothekenwahl darf in digitalen Benutzeroberflächen nicht nur formal bestehen, sondern muss praktisch ohne zusätzliche Hürden ausgeübt werden können.

Wir bitten daher, die Regelungen zum digitalen Versorgungseinstieg, zur digitalen Bedarfseinschätzung, zu digitalen Terminbuchungsplattformen und zur Apothekenwahl in digitalen Versorgungsketten dahingehend zu überprüfen und gegebenenfalls zu ergänzen, dass telemedizinische Angebote, digitale Versorgungsplattformen, Versandapotheken und daran anschließende digitale Versorgungsketten gleichwertig berücksichtigt werden. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass digitale Zugangswege nicht einseitig über Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), ihre Terminservicestellen (TSS) oder plattformseitige Auswahl- und Steuerungsmechanismen kanalisiert werden, sondern offen, interoperabel und diskriminierungsfrei auch für private digitale und telemedizinische Anbieter sowie Versandapotheken ausgestaltet sind.

Wir bitten daher insbesondere um Prüfung,

- (1) ob § 360b Absatz 1 SGB V-E um eine Beteiligung der maßgeblichen Anbieter bzw. Verbände digitaler und telemedizinischer Versorgungsangebote ergänzt werden sollte;
- (2) ob in § 360b SGB V-E ausdrücklich klargestellt werden sollte, dass telemedizinische Versorgung im Rahmen der digitalen Bedarfseinschätzung als eigenständiger und gleichwertiger Versorgungspfad zu berücksichtigen ist und geeignete telemedizinische Angebote diskriminierungsfrei in die Versorgungsempfehlung sowie die anschließende Terminvermittlung einbezogen werden müssen;
- (3) ob bei § 345a SGB V-E ergänzend klargestellt werden sollte, dass der digitale Versorgungseinstieg offene, interoperable und diskriminierungsfreie Anschlussmöglichkeiten für telemedizinische Angebote und anschließende digitale Versorgungsschritte, einschließlich elektronischer Verordnungen und Apothekenwahl, gewährleisten muss;
- (4) ob der Begriff des diskriminierungsfreien Zugangs in § 370c SGB V-E bzw. in der Gesetzesbegründung dahingehend konkretisiert werden sollte, dass private digitale Terminbuchungsplattformen gleiche technische Schnittstellen, gleichwertige Sichtbarkeit in digitalen Zugangskanälen und faire Auffindbarkeitsbedingungen erhalten;
- (5) ob bei ePA-, E-Rezept-, Krankenkassen-App- und sonstigen digitalen Versorgungseinstiegsprozessen klargestellt werden sollte, dass Apotheken, einschließlich Versandapotheken, diskriminierungsfrei auffindbar und auswählbar sein müssen und dass

Rankings, Vorauswahlen, bevorzugte Platzierungen, Pay-for-Placement-Mechanismen oder exklusive Integrationen einzelner Apotheken beziehungsweise Apothekenanbieter die freie Apothekenwahl nicht zugunsten einzelner Anbieter oder Versorgungskanäle beeinflussen dürfen.

## **5. Digitale Gesundheitsinfrastruktur technologieoffen, interoperabel und kommunikationsdienstübergreifend ausgestalten**

Der Referentenentwurf bündelt und konkretisiert die Regelungen zu sicheren Übermittlungsverfahren in den §§ 363a ff. SGB V-E. Nach § 363c Abs. 3 SGB V-E sollen an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossene Leistungserbringer verpflichtet werden, den sicheren E-Mail-Dienst nach § 363a Abs. 1 Nr. 2 SGB V-E für die elektronische Kommunikation mit anderen an die TI angeschlossenen Akteuren zu nutzen. Hinzu kommt § 295 Abs. 1c SGB V-E, wonach Leistungserbringer elektronische Briefe mittels des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 363a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V-E empfangen und versenden müssen, sobald die technischen Voraussetzungen gegeben sind. § 363b SGB V-E regelt ergänzend die Zulassung der hierfür von der Gesellschaft für Telematik (gematik) festgelegten Komponenten und Dienste. Damit werden sichere Übermittlungsverfahren zu einer zentralen Voraussetzung digitaler Versorgungskommunikation.

Die stärkere Nutzung von Kommunikation im Medizinwesen (KIM) ist grundsätzlich sachgerecht. Sichere digitale Kommunikation zwischen Leistungserbringern kann Medienbrüche reduzieren, Abstimmungsprozesse beschleunigen und die Versorgung effizienter machen. Damit diese Ziele tatsächlich erreicht werden, reicht es jedoch nicht aus, bisherige unstrukturierte Kommunikationsprozesse lediglich in einen sicheren elektronischen Kanal zu überführen. Erforderlich ist vielmehr, dass regelmäßig wiederkehrende Geschäfts-, Klär- und Versorgungsfälle strukturiert, standardisiert und interoperabel abgebildet werden.

Wir bitten daher zu prüfen, ob die Regelungen zu sicheren Übermittlungsverfahren um Vorgaben für ein einheitliches, von der gematik zu entwickelndes Transport-Framework ergänzt werden sollten. Ein solches Framework sollte auf Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) beruhen und technische sowie semantische Standards für den Austausch von Nachrichten und medizinischen Informationen zwischen Leistungserbringerinstitutionen definieren. Entscheidend ist, dass diese Standards kommunikationsdienstübergreifend gelten und nicht für KIM, den Sofortnachrichtendienst der Telematikinfrastruktur (TI-Messenger/TIM) oder weitere sichere Übermittlungsverfahren jeweils getrennt entwickelt werden. Parallele Standards würden Fragmentierung, zusätzlichen Implementierungsaufwand und neue Interoperabilitätsprobleme schaffen.

Damit ein solches Transport-Framework in der Versorgungspraxis tatsächlich Wirkung entfaltet, sollten die kommunikationsdienstübergreifenden Standards regelmäßig wiederkehrende Anwendungsfälle der digitalen Versorgungs- und Apothekenkommunikation strukturiert abbilden. Dazu zählen insbesondere strukturierte Rückfragen, Medikationsabstimmung, Lieferinformationen und pharmazeutische Interventionen. Nur wenn solche Anwendungsfälle in einheitlichen, interoperablen Nachrichtenprofilen abgebildet werden, lassen sich verbleibende Medienbrüche durch Ausdrücke, Fax oder manuelle Weiterleitungen konsequent vermeiden und die mit KIM und TIM verfolgten Effizienz- und Versorgungsgewinne tatsächlich realisieren.

Gerade für Versandapotheken, telemedizinische Anbieter und andere digitale Leistungserbringer ist zudem entscheidend, dass die Ausgestaltung der TI- und KIM-Vorgaben technologieoffen, verhältnismäßig und diskriminierungsfrei erfolgt. Digitale Leistungserbringer dürfen nicht durch Anschluss- oder Betriebsvorgaben benachteiligt werden, die faktisch auf stationäre Versorgungsstrukturen zugeschnitten sind. Maßgeblich sollte sein, dass Datenschutz, Informationssicherheit, Verfügbarkeit, Authentizität und Interoperabilität gewährleistet sind. Nicht entscheidend sollte sein, ob diese Anforderungen über lokale Praxisinfrastruktur, cloudfähige Lösungen, Managed-Service-Modelle, TI-Gateway-Modelle oder andere sichere Anschlussvarianten erfüllt werden.

Der Entwurf enthält mit § 332a SGB V-E bereits einen wichtigen Ansatzpunkt. Danach müssen Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung, Krankenhäuser und Apotheken die diskriminierungsfreie Einbindung zugelassener Komponenten und Dienste sicherstellen; eine Beschränkung auf bestimmte Hersteller oder Anbieter sowie zusätzliche Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters sollen unzulässig sein. Dieser Gedanke sollte auch auf die praktische Ausgestaltung von TI-, KIM- und TIM-Anschlussmodellen übertragen werden. Diskriminierungsfreiheit sollte nicht nur die Auswahl einzelner Hersteller betreffen, sondern auch die gleichwertige Nutzbarkeit unterschiedlicher sicherer Betriebs-, Bereitstellungs- und Kommunikationsmodelle.

Zu begrüßen ist, dass § 363c Abs. 1 SGB V-E die Nutzung des TI-Messengers durch Leistungserbringer zur Kommunikation mit Versicherten ermöglicht, aber nicht verpflichtend vorgibt. Diese Freiwilligkeit sollte beibehalten werden. Gerade bei der Kommunikation mit Versicherten müssen Leistungserbringer je nach Versorgungskontext, technischer Integration und Akzeptanz bei den Nutzerinnen und Nutzern praxistaugliche Kommunikationswege einsetzen können.

Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob zentrale TI-Dienste diskriminierungsfrei auch für Anwendungen von Leistungserbringern geöffnet werden können. Dies betrifft insbesondere

Benachrichtigungsdienste, die Versicherte etwa über neu eingestellte elektronische Verordnungen informieren können. Soweit solche Dienste nur über Anwendungen der gematik oder der Krankenkassen nutzbar sind, besteht das Risiko, dass Anwendungen von Leistungserbringern, darunter auch Anwendungen von Versandapotheken, von wichtigen digitalen Versorgungsschnittstellen ausgeschlossen bleiben. Eine diskriminierungsfreie Öffnung solcher Dienste könnte dazu beitragen, digitale Versorgungsketten nutzerfreundlicher und praxistauglicher auszugestalten.

Wir bitten daher insbesondere um Prüfung,

- (1) ob bei § 363b SGB V-E klargestellt werden sollte, dass zugelassene Komponenten und Dienste für sichere Übermittlungsverfahren auch cloud- und managed-service-fähige Anschlussmodelle ermöglichen können;
- (2) ob bei § 295 Abs. 1c und § 363c Abs. 3 SGB V-E beziehungsweise in der Gesetzesbegründung klargestellt werden sollte, dass die verpflichtende Nutzung von KIM digitale Leistungserbringer, insbesondere Versandapotheken und telemedizinische Anbieter, nicht auf stationäre Anschlussstrukturen festlegt;
- (3) ob die Regelungen zu sicheren Übermittlungsverfahren um ein von der gematik zu entwickelndes, auf Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) beruhendes Transport-Framework ergänzt werden sollten, das technische und semantische Standards kommunikationsdienstübergreifend festlegt;
- (4) ob ausgeschlossen werden sollte, dass für KIM, TIM und weitere sichere Übermittlungsverfahren parallele und voneinander abweichende Standards entstehen, die Fragmentierung, zusätzlichen Implementierungsaufwand und Interoperabilitätsprobleme verursachen;
- (5) ob bei der Ausgestaltung des Transport-Frameworks und der sicheren Übermittlungsverfahren strukturierte, FHIR-basierte Nachrichtenprofile für regelmäßig wiederkehrende Anwendungsfälle der digitalen Versorgungs- und Apothekenkommunikation, insbesondere für strukturierte Rückfragen, Medikationsabstimmung, Lieferinformationen und pharmazeutische Interventionen, vorgesehen werden sollten, um verbleibende Medienbrüche durch Ausdrucke, Fax oder manuelle Weiterleitungen konsequent zu vermeiden;
- (6) ob der Diskriminierungsschutz des § 332a SGB V-E auch so verstanden und konkretisiert werden sollte, dass unterschiedliche sichere Betriebs-, Bereitstellungs- und Kommunikationsmodelle gleichwertig eingebunden werden können;
- (7) ob die gematik bei Festlegung, Zulassung, Bereitstellung oder Ausschreibung von TI-Komponenten und Diensten ausdrücklich verpflichtet werden sollte, praxistaugliche Anschlussmodelle für Versandapotheken, telemedizinische Anbieter und andere digitale Leistungserbringer zu berücksichtigen;

- (8) ob zentrale TI-Dienste, insbesondere Benachrichtigungsdienste im Zusammenhang mit elektronischen Verordnungen, diskriminierungsfrei auch für Anwendungen von Leistungserbringern geöffnet werden sollten;
- (9) ob die Freiwilligkeit der Nutzung des TI-Messengers durch Leistungserbringer zur Kommunikation mit Versicherten dauerhaft beibehalten werden sollte.

## **6. Mehrwertanwendungen und Reallabore fair für private Anbieter öffnen**

Der Referentenentwurf verfolgt ausdrücklich das Ziel, den Wettbewerb um gute und nutzenstiftende Anwendungen für Versicherte zu stärken und Innovationen innerhalb der elektronischen Patientenakte (ePA) zu fördern. Zugleich soll der Rechtsrahmen für die Einführung nutzenstiftender Mehrwertanwendungen durch Krankenkassen in der ePA niedrigschwelliger ausgestaltet werden. Damit wird die ePA nicht nur als Datenspeicher, sondern zunehmend als Plattform für digitale Versorgungs- und Unterstützungsangebote weiterentwickelt.

Gerade deshalb sollte die weitere Ausgestaltung anbieterneutral erfolgen. Wenn Mehrwertanwendungen in der ePA künftig eine größere Rolle für Versorgung, Prävention, Information oder Unterstützung der Versicherten übernehmen, dürfen diese Funktionen nicht faktisch auf krankenkasseneigene oder krankenkassennahe Angebote verengt werden. Auch privatwirtschaftliche digitale Versorgungsanbieter, Telemedizinanbieter und andere geeignete Anbieter sollten faire und transparente Andockmöglichkeiten erhalten, soweit sie die Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit, Interoperabilität und Nutzerfreundlichkeit erfüllen.

Dies gilt auch für die in § 284a SGB V-E vorgesehenen Reallabore der Krankenkassen. Die Vorschrift schafft eine Experimentierklausel, nach der Krankenkassen mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde innovative Datenverarbeitung befristet erproben können. Damit entsteht ein privilegierter Erprobungsraum für neue datenbasierte Versorgungs- und Unterstützungsprozesse. Aus Innovationssicht sollte klargestellt werden, dass solche Reallabore nicht ausschließlich innerhalb der Krankenkassenlogik verbleiben müssen, sondern auch Kooperationen mit geeigneten privaten digitalen Versorgungsanbietern ermöglichen können, soweit dies vom genehmigten Zweck gedeckt ist und die datenschutzrechtlichen Anforderungen eingehalten werden.

Wir bitten daher um Prüfung, ob bei ePA-Mehrwertanwendungen und Reallaboren ausdrücklich transparente, faire und diskriminierungsfreie Andockmöglichkeiten für private digitale Versorgungsanbieter und Telemedizinanbieter vorgesehen oder zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden sollten. Entscheidend sollte sein, ob ein Anbieter die fachlichen, technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt, nicht ob das Angebot krankenkasseneigen, krankenkassennah oder privatwirtschaftlich organisiert ist.

Wir bitten insbesondere um Prüfung,

- (1) ob bei der Ausgestaltung von ePA-Mehrwertanwendungen klargestellt werden sollte, dass private digitale Versorgungsanbieter und Telemedizinanbieter unter transparenten Bedingungen angebunden werden können;
- (2) ob bei § 284a SGB V-E oder in der Gesetzesbegründung klargestellt werden sollte, dass Reallabore der Krankenkassen auch Kooperationen mit geeigneten privaten digitalen Versorgungsanbietern umfassen können;
- (3) ob für die Auswahl und Einbindung externer Anbieter in ePA-nahe Mehrwertangebote und Reallabore objektive Kriterien wie Datenschutz, Datensicherheit, Interoperabilität, Versorgungseignung und Nutzerfreundlichkeit vorgesehen werden sollten;
- (4) ob ausgeschlossen werden sollte, dass krankenkasseneigene oder krankenkassennahe Angebote bei ePA-Mehrwertanwendungen strukturell gegenüber vergleichbaren privaten Angeboten bevorzugt werden.

## 7. Fazit

Der bevh begrüßt die mit dem Referentenentwurf verfolgte Weiterentwicklung digitaler Versorgungsprozesse. Elektronische Patientenakte (ePA), elektronisches Rezept (E-Rezept), elektronische Verordnungen, digitale Identitäten, sichere Kommunikationswege und digitale Abrechnungsprozesse können wesentlich dazu beitragen, die Versorgung der Versicherten zu verbessern, Leistungserbringer zu entlasten und die Arzneimitteltherapiesicherheit zu stärken.

Damit diese Ziele erreicht werden, müssen digitale Versorgungsketten jedoch vollständig medienbruchfrei ausgestaltet werden. Digitale Prozesse dürfen nicht an einzelnen Stellen wieder in papiergebundene Verfahren, die Nutzung einer physischen elektronischen Gesundheitskarte oder persönliche Vor-Ort-Erfordernisse zurückfallen. Von der digitalen Verordnung über Identifikation, ePA-Zugriff, pharmazeutische Beratung, Apothekenwahl, Abgabe und Abrechnung sollte der gesamte Versorgungsprozess digital, sicher und praxistauglich abgebildet werden können.

Ebenso sollte ausgeschlossen werden, dass die im Referentenentwurf angelegten digitalen Strukturen stationäre oder bereits etablierte institutionelle Versorgungsmodelle faktisch bevorzugen. Versandapotheken, telemedizinische Anbieter und andere digitale Versorgungsmodelle müssen gleichwertig berücksichtigt werden, soweit sie die fachlichen, technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllen. Digitale Gesundheitsinfrastruktur sollte Wahlfreiheit, Versorgungssicherheit, Wettbewerb und Innovation stärken, nicht neue Zugangsbarrieren oder strukturelle Benachteiligungen schaffen.

Schließlich sollte die digitale Gesundheitsinfrastruktur nicht dauerhaft auf GKV-zentrierte Versorgungskonstellationen verengt werden. Das deutsche Krankenversicherungssystem umfasst gesetzlich Versicherte, privatversicherte Versicherte sowie Selbstzahlerkonstellationen. Soweit mit dem GeDIG zentrale digitale Infrastrukturen, Schnittstellen und Prozessstandards geschaffen oder weiterentwickelt werden, sollten diese daher so ausgestaltet werden, dass sie auch für PKV- und Selbstzahlerkonstellationen anschlussfähig bleiben. Andernfalls besteht das Risiko, dass parallele, nicht interoperable Strukturen entstehen und digitale Versorgungsprozesse je nach Versicherungsstatus unterschiedlich gut nutzbar sind.

Der bevh bittet daher, die genannten Punkte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen und die Regelungen so auszugestalten, dass alle rechtmäßig betriebenen digitalen und versandbezogenen Versorgungsformen diskriminierungsfrei, medienbruchfrei und praxistauglich in die digitale Gesundheitsversorgung eingebunden werden.