



# **Stellungnahme des IKK e.V.**

**zum**

## **Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen GeDIG**

**18.05.2026**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
[info@ikkev.de](mailto:info@ikkev.de)

## Inhaltsverzeichnis

Stellungnahme .....	3
I. Elektronische Patientenakte (ePA) mit Schlüsselrolle für ein Primärversorgungssystem.....	3
II. Zielführende Datennutzung für Versorgungsangebote und Prävention durch Krankenkassen .....	5
III. Sicherstellung von Qualität und Transparenz bei DiGA.....	6
IV. Obacht bei der Kompetenzerweiterung der gematik.....	7
V. Europäischer Datenraum.....	8

## Stellungnahme

Das deutsche Gesundheitssystem steht an einem Wendepunkt. Der demographische Wandel sowie die damit verbundene zunehmende Morbidität auf der einen Seite, steigende Kosten, Über-, Unter- und Fehlversorgung auf der anderen Seite haben dazu geführt, dass neben der Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gerade auch strukturelle Änderungen erforderlich sind.

Der Digitalisierung kommt hier eine zentrale Rolle zu. Der vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) ist insofern ein wichtiger und notwendiger Schritt, da viele der vorgesehenen Maßnahmen an den richtigen Stellschrauben ansetzen, um die Versorgung der Versicherten effizient und nachhaltig zu koordinieren und damit zu verbessern. Dies gilt insbesondere für die Zielsetzung, wesentliche technische Voraussetzungen für die Vorbereitung eines digitalgestützten Primärversorgungssystems zu schaffen, die Gesundheitsdaten für Versorgung, Forschung und für die Verbesserung unseres Gesundheitssystems nutzbar zu machen sowie die innovative Nutzung der bei den Kranken- und Pflegekasernen vorliegenden Daten im Interesse der Versicherten flexibel und rechtssicher zu stärken. Auch die geplante Weiterentwicklung der digitalen Kommunikation zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen und in der Pflege hilft, heute noch bestehende Austauschdefizite bürokratiearm abzubauen.

### **I. Elektronische Patientenakte (ePA) mit Schlüsselrolle für ein Primärversorgungssystem**

Mit Blick auf die seitens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schon seit längerem geforderte Einführung eines Primärversorgungssystems begrüßen es die Innungskrankenkassen, dass mit dem GeDIG die technischen und organisatorischen Vorbereitungsmaßnahmen für einen digitalen Zugang in effizient miteinander vernetzte Versorgungspfade geschaffen werden sollen.

Dass hierfür die elektronische Patientenakte (ePA) künftig eine koordinierende Schlüsselfunktion in der Versorgung einnehmen soll, wird mit Blick auf die damit verbundenen Mehrwerte ausdrücklich begrüßt. So ist die Weiterleitung der Patientinnen und Patienten über die ePA-App zu einer bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzung sowie die sich bei akutem Behandlungsbedarf anschließende Terminvermittlung bei passgenauer Umsetzung ebenso effizient wie nutzer-

freundlich. Wichtig ist allerdings, dass die Regelungen zur Ersteinschätzung in Abstimmung mit der Notfallreform erfolgen, damit es insofern nicht zu unterschiedlichen Ausgestaltungen und damit zu Doppelstrukturen kommt.

Da die Krankenkassen im Übrigen eine entscheidende Mitwirkungspflicht im Versorgungsprozess haben, bedarf es für sie ferner der notwendigen Transparenz über das aktuelle digitale Versorgungsgeschehen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der eÜberweisung, die für das Versorgungsmanagement wichtig ist. Eine entsprechende Anpassung der rechtlichen Regelung (§ 361d SGB V) wäre daher angezeigt.

Im Weiteren gilt: Die Planung des Gesetzgebers, in nächsten Schritten die standardisierte Ersteinschätzung durch eine umfassende digitale Bedarfseinschätzung zur Bestimmung der Notwendig- und Dringlichkeit einer Behandlung sowie die Zuordnung des Behandlungsbedarfs in die geeignete Versorgungsebene abzulösen, zeigt das Entwicklungspotential dieses digitalen Versorgungsmodells. In dem Zusammenhang begrüßen die Innungskranken, dass die gemeinsame Selbstverwaltung – der GKV-Spitzenverband zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – den Auftrag erhalten soll, die für die digitale Bedarfseinschätzung erforderlichen Vorgaben und Anforderungen zu vereinbaren.

Sofern die gesetzlich Versicherten bei der digitalen Terminvermittlung durch private Anbieter zukünftig nicht mehr gegenüber PKV-Versicherten benachteiligt werden dürfen, folgt hier der Gesetzgeber einer schon seit Langem geltend gemachten Forderung der GKV: Die Terminvergabe muss für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen transparent und diskriminierungsfrei sein; alle müssen den gleichen Zugang zu den Arztterminen haben.

Damit der digitale Versorgungseinstieg und die umfassende Nutzung der ePA auch tatsächlich ein Erfolgsmodell wird und nicht wieder zeitlich nach hinten heraus verzögert wird, ist es schließlich wichtig, dass alle Beteiligten ihren jeweiligen Verpflichtungen zur Erstellung, Ausgestaltung und Befüllung nachkommen. Eine einseitige Sanktionierung von Krankenkassen wird in diesem Zusammenhang abgelehnt – insbesondere, wenn die Aufgabenerfüllung von der Leistungserbringung Dritter abhängig ist. Allgemein bedarf es der verpflichtenden Vorgabe zwar ambitionierter, gleichwohl aber realistischer Zeitpläne, die in der Praxis auch umsetzbar sind.

Insgesamt freuen wir uns, dass im Gesetzentwurf entscheidende Punkte aus dem gemeinsamen GKV-Papier „Digital gestützte Versorgungssteuerung in der Primärversorgung“ Eingang gefunden haben. Dies zeigt einmal mehr, wie konstruktiv der Austausch zwischen dem BMG und der GKV – wenn es denn gewollt ist – sein kann.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wird es entscheidend darauf ankommen, derzeit noch ungenaue Vorgaben so zu präzisieren, dass die technische wie regulatorische Umsetzung und Ausgestaltung insbesondere der digitalen Primärversorgung nicht an Interoperabilitäts- und sonstigen Anwendungsproblemen scheitert. Positiv formuliert: Voraussetzung ist, dass die technischen Rahmenbedingungen insbesondere beim Aufbau des Primärversorgungssystems sowie dem Ausbau der ePA interoperabel und praxistauglich gestaltet werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Einbeziehung noch später folgender digitaler Innovationen technisch möglich bleibt. Mit Blick auf die notwendige Nutzerfreundlichkeit müssen zudem die Versicherten – wie jetzt für die Leistungserbringer vorgesehen – aktiv in die Lage versetzt werden, sich in der Primärversorgung sowie bei der Nutzung ihrer ePA eigenverantwortlich und selbstbestimmt zurechtzufinden. Hierzu bedarf es einer Stärkung der digitalen (Gesundheits-) Kompetenz, die von staatlicher Seite als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu fördern ist.

## **II. Zielführende Datennutzung für Versorgungsangebote und Prävention durch die Krankenkassen**

Eine wesentliche Verbesserung sehen die Innungskrankenkassen darin, dass mit dem vorliegenden Entwurf eine belastbare Grundlage für eine individuelle digitale Versichertenberatung geschaffen wird. So können Krankenkassen zukünftig ihre Versicherten stärker mit individuellen und datenbasierten Unterstützungsangeboten begleiten, beispielsweise im Bereich Versorgungspfadunterstützung, Erinnerungssysteme, Terminorganisation und insbesondere Prävention. Versicherte erhalten damit die Chance, zielgenau und individuell zu ihrer Gesunderhaltung bzw. Gesundung und über individuelle Präventionsangebote informiert und beraten zu werden.

Die Innungskrankenkassen begrüßen darüber hinaus die vom Gesetzgeber in diesem Zusammenhang vorgesehene Weiterentwicklung des § 25b SGB V zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken. Die Möglichkeit, künftig Versicherte präventiv bereits bei einer „drohenden“, nicht mehr nur bei einer „noch

nicht festgestellten“ Pflegebedürftigkeit zu kontaktieren, ist ein wesentlicher Fortschritt. Auch die Aufnahme der Erkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellt für sich genommen eine Verbesserung zu Gunsten der Versicherten dar. Allerdings sollte der Gesetzgeber grundsätzlich überdenken, ob die summarische Aufzählung von einzelnen konkreten Krankheitsbildern gesetztechnisch sinnvoll ist oder aber besser sog. Regelbeispiele (nicht abschließend) ins Gesetz aufgenommen werden sollten. Ziel muss es sein, dass die über § 25b SGB V verfügbaren Daten nicht nur zur Auswertung von einzelnen schweren Erkrankungen verwendet werden dürfen; vielmehr sollten insbesondere weitere Erkrankungen mit hohem Chronifizierungs- und Versorgungsrisiko einbezogen werden. Auf diese Weise könnten Versicherte frühzeitig und umfassend auf gesundheitliche Risiken hingewiesen und über passgenauen Vorbeuge- und Versorgungsprogramme informiert werden, was ein wichtiger Beitrag u. a. zu dem so wichtigen Grundsatz „Prävention vor Krankheit“ wäre.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Erweiterung des § 25b SGB V nur dann zielführend ist, wenn den Krankenkassen die dafür erforderlichen Daten auch zeitnah zur Verfügung stehen. Notwendig ist deswegen eine taggleiche Übermittlung vertragsärztlicher Daten, um eine kurzfristige Unterstützung der Versicherten in den hier relevanten Bereichen wie Präventions- und Reminderhinweisen sicherzustellen.

Dass schließlich den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, zukünftig in sog. Reallaboren zeitlich befristete und kontrollierte Erprobungsräume zu schaffen, um weitere innovative Formen der Datennutzung zu erproben, wird seitens der Innungskranken explizit unterstützt.

Insgesamt muss der Gesetzgeber im Kontext „Daten“ darauf achten, dass auch diese interoperabel, strukturiert und zudem sektorenübergreifend nutzbar sind. Hierbei sind die Sicherheitsanforderungen an den Datenschutz zu Gunsten der Versicherten im gebotenen Maße zu berücksichtigen. Die Weitergabe an kommerzielle, nicht den Sicherheitsstandards entsprechende Dritte sollte dabei unterbunden sein.

### **III. Sicherstellung von Qualität und Transparenz bei DiGA**

Die angedachte Übernahme von Medikationsdaten aus der ePA in die DiGA kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen, wenn dies der bzw. die Versicherte wünscht und dadurch einen spürbaren Nutzen erfährt.

Grundsätzlich sehen die Innungskrankenkassen aber bei der Übernahme weiterer Funktionen in die DiGA – wie z. B. Telemonitoring- und Fernüberwachungsleistungen – ein erhebliches Gefahrenpotential in Bezug auf Qualität und Evidenz. Hier muss der Gesetzgeber – entsprechend der Vorgaben der Finanzkommission Gesundheit, die sich konsequent am Leitprinzip der evidenzbasierten Medizin orientiert – durch klar definierte Vorgaben die Einhaltung von Sicherheitsstandards gewährleisten.

Übergreifend möchten die Innungskrankenkassen an dieser Stelle noch einmal deutlich darauf hinweisen, dass Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen grundsätzlich nicht aus Beitragsmitteln finanziert werden können bzw. dürfen. Die bisherigen Erfahrungen mit DiGA haben aber leider immer wieder gezeigt, dass im ersten Jahr nach ihrer Zulassung hohe Kosten entstehen, ohne dass ein belastbarer Nutznachweis vorliegt. Auch werden die im Antragsverfahren prognostizierten Effekte häufig nicht erreicht, und ein signifikanter Anteil der Anwendungen wird vorzeitig abgebrochen. Dies führt dazu, dass die GKV wiederholt Leistungen finanziert, deren Mehrwert sich retrospektiv nicht bestätigt. Bei der geplanten Einführung neuer Instrumente in die DiPA sollte dieser Punkt daher stets mitgedacht und ggfs. im Vorfeld evaluiert werden.

#### **IV. Obacht bei der Kompetenzausweitung der gematik**

Wie schon in früheren Digitalgesetzen sieht auch dieser Gesetzesentwurf die Ausweitung der Kompetenzen der gematik vor. So soll sie über ihren Kernbereich zur Sicherstellung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI) hinaus u. a. die Aufgabe erhalten, zentrale Ausschreibungen für TI-Komponenten und Dienste zu verwalten. Damit wird sie zunehmend zum Provider für sämtliche Dienstleister, was es ihr ermöglicht, z. B. über Ausschreibungen von IT-Diensten zu entscheiden.

Eine solche Kompetenzausweitung lehnen die Innungskrankenkassen entschieden ab. Dies gilt insbesondere für die mit dem GeDIG vorgesehene Regelung, dass die gematik Apps – Beispiel eÜberweisung – zur Verfügung stellen können soll. Die Kundeschnittstelle liegt bei den Krankenkassen und dort werden Kundenanfragen entgegengenommen und beantwortet. Es ist daher den Krankenkassen vorbehalten, digitale Services für die Versicherten zu entwickeln und anzubieten. Die gematik ist hier richtlinienggebend, darf aber nicht als Anbieter von Apps fungieren, insbesondere wenn diese schon heute von den Krankenkassen angeboten werden. Die damit verbundene Rollenverdichtung (Anbieter auf dem Markt und

gleichzeitig Regulierungsstelle für Marktteilnehmer) ist als unzulässig anzusehen. Eine entsprechende Kompetenzausweitung bzw. Markterweiterung durch Angebote der gematik ist daher aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht tragbar und als Regelung aus dem Referentenentwurf (§ 363b SGB V) zu streichen.

Im Übrigen bleibt es bei der grundsätzlichen Kritik, dass die Finanzierung der gematik eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die als versicherungsfremde Leistung nicht durch Beitragsmittel, sondern allein seitens des Staates zu finanzieren ist. Derzeit übernimmt aber die GKV bis zu 93 Prozent der Kosten, ohne dabei im Gegenzug ein wirkliches Mitspracherecht zu haben, da das BMG nach wie vor 51 Prozent der Gesellschafteranteile der gematik hält. Hier gilt es Abhilfe zu schaffen.

## V. Europäischer Datenraum

Mit dem Entwurf zum GeDIG soll auch die EU-Verordnung zum Europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space – EHDS) durchgeführt werden.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die beschlossene Verordnung, fordern jedoch, dass – wenn private Unternehmen Daten für ihre Geschäftszwecke nutzen, um z. B. Produkte auf Basis dieser Daten auf den Markt zu bringen – die Nutzung dieser Daten der Solidargemeinschaft, z. B. bei Erstattungsverhandlungen, preis-mindernd berücksichtigt werden.

## VI. Fazit

Der Entwurf zum GeDIG enthält viele zielführende Maßnahmen. Dies betrifft insbesondere die vorbereitenden Regelungen zur Installierung eines Primärversorgungssystems unter Beachtung der Schlüsselrolle der ePA sowie der im GKV-Papier „Digital gestützte Versorgungssteuerung in der Primärversorgung“ gemachten Empfehlungen.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen vor allem die erneute Ausweitung des Tätigkeitsbereichs der gematik sowie deren Finanzierung. Ansonsten wird empfohlen, auf eine praxistaugliche und benutzerfreundliche Umsetzung sowie auf die Interoperabilität der geplanten Instrumente zu achten. Gerade auch die Kostenentwicklung – u. a. bei den DiGA – ist im Blick zu behalten, damit die vom BMG befürwortete einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im kostenintensiven Marktbereich der Digitalisierung Berücksichtigung findet.

Da die mit dem GeDIG verbundenen Maßnahmen wie auch die Digitalisierung insgesamt dem Bereich der Daseinsvorsorge zuzuordnen sind und allen Versicherten – gesetzlichen wie privaten – zugutekommen, fordern die Innungskranken schließlich, dass die entsprechenden Kosten steuerfinanziert werden. Zumindest aber sollten sie aus dem Verwaltungskostendeckel im BStabG herausgenommen werden.

*Für die detaillierte Kommentierung der einzelnen gesetzlichen Paragraphen des Referentenentwurfs wird auf die mit den Innungskrankenkassen abgestimmte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.*