

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)

(BT-Drs. 21/8279)

Berlin, 12.10.2026



Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 3
Ausweitung datengestützter Auswertungen durch die Krankenkassen ... 5
Artikel 1 Nr. 1 (§ 25b SGB V-E) ... 5
Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans ... 7
Artikel 1 Nr. 2 (§ 31a SGB V-E) ... 7
Reallabore der Krankenkassen zur Erprobung innovativer Ansätze ... 8
Artikel 1 Nr. 18 (§ 284a SGB V-E) ... 8
Datenverarbeitung ... 8
Artikel 1 Nr. 27 (§ 303e SGB V-E) ... 8
Erweiterung der Aufgaben der Gesellschaft für Telematik ... 9
Artikel 1 Nr. 31, Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa, Dreifachbuchstabe aaa (§ 311 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V-E) ... 9
Identifikationsnummern im Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur ... 9
Artikel 1 Nr. 33 (§ 313 Abs. 1 S. 4 SGB V-E) ... 9
Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen ... 10
Artikel 1 Nr. 56 (§ 345 Abs. 1 S. 2 SGB V-E) ... 10
Digitaler Versorgungseinstieg ... 11
Artikel 1 Nr. 57 (§§ 345a, 345b SGB V-E) ... 11
Zugriffsrechte der Apotheken im Zusammenhang mit assistierter Telemedizin ... 12
Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe b) (§ 129 Absatz 5h, Sätze 16 und 17 SGB V E) und Artikel 1 Nr. 65 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) (§ 352 Satz 1 Nummer 5b SGB V-E) ... 12
Fristverschiebungen für die Verpflichtung zur Übermittlung elektronischer ärztlicher Verordnungen Artikel 1 Nr. 76 (§ 360 SGB V-E) ... 13
Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Überweisung ... 14
Artikel 1 Nummer 77 (§ 360a SGB V-E) ... 14
Vereinbarung über die Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung ... 14
Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen ... 17
Artikel 1 Nr. 87 (§ 370c SGB V-E) ... 17
Aufgaben und Finanzierung entsprechend Verordnungen der EU ... 18
Artikel 1 Nr. 94 (§§ 383a, 383b, 383c SGB V-E) ... 18

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der Gesetzentwurf nennt als Ziele u. a. eine bessere Versorgung, mehr Patientensicherheit, die Entlastung der Leistungserbringenden von bürokratischen Aufwänden sowie die Stärkung der Rolle der gematik, um die Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur sicherzustellen. Diese Ziele sollen u. a. durch eine besser vernetzte und interoperable Gesundheitsdateninfrastruktur erreicht werden. Die elektronische Patientenakte (ePA) soll in diesem Zusammenhang versorgungsrelevant und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Zu den Zielen des GeDIG zählt auch die unbürokratische, fristgerechte und innovationsfördernde Durchführung der Verordnung über einen Europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Dataspace, EHDS).

Der Regierungsentwurf sieht wie schon der Referentenentwurf vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen die in der ePA gespeicherten medizinischen Daten auswerten. Dies betrifft besonders sensible Daten, die ursprünglich primär für die konkrete Behandlung dokumentiert und in der ePA für die Versicherten gespeichert werden. Eine Einbeziehung der ärztlichen Seite in die Konzeption solcher Auswertungen und in die Kommunikation gegenüber den Patientinnen und Patienten ist nicht vorgesehen.

Die Bundesärztekammer sieht in diesem Vorhaben einen kritischen Paradigmenwechsel. Damit setzt sich die aus Sicht der Bundesärztekammer bedenkliche Entwicklung fort, medizinische Behandlungsdaten der besonderen Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient zu entziehen, und den Kassen durch neue Weiterverarbeitungsmöglichkeiten mit diesen Daten auch Versorgungsentscheidungen zu übertragen. Die Identifikation und Einordnung individueller Gesundheitsrisiken müssen auch weiterhin originär ärztliche Aufgaben sein, die im Behandlungskontext mit den Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden. Entsprechend hat auch die diesbezügliche Nutzung und Auswertung von Daten aus der ePA aus Sicht der Bundesärztekammer konsequenterweise durch Ärztinnen und Ärzte zu erfolgen und nicht durch die Krankenkassen.

Die geplante Einbeziehung von ePA-Daten in Auswertungsprogramme der Kranken- und Pflegekassen überschreitet die Schwelle von einer administrativ begründeten Datennutzung oder sinnvollen Maßnahmen wie Erinnerungen an Impfungen oder Vorsorgen hin zu einer inhaltlichen Mitwirkung an der Identifikation medizinischer Risiken und Steuerung der individuellen Patientenversorgung.

Die dem Gesetzentwurf offenbar zugrundeliegende Überzeugung, dass die Krankenkassen als Kostenträger der Versorgung stets und uneingeschränkt nur im besten Interesse der einzelnen Patientinnen und Patienten handeln, vermag nicht zu überzeugen. Krankenkassen müssen neben dem Interesse der einzelnen Patientinnen und Patienten an einer bestmöglichen Versorgung auch das kollektive Interesse der Versichertengemeinschaft an möglichst geringen (Zusatz-)Beiträgen und ihr damit verbundenes institutionelles Interesse an hohen Versichertenzahlen im Blick behalten. Dies ist nicht vorwerfbar. Es ist aber der Grund dafür, warum das Gesundheitswesen in Deutschland geprägt ist von einer Rollentrennung zwischen Kostenträgern einerseits und denjenigen, die die Versorgung leisten, anderseits. Die Bundesärztekammer warnt davor, diese Grenze durch einen Zugriff der Krankenkassen auf die medizinischen Behandlungsdaten ihrer Versicherten und daraus abgeleitete eigene Steuerungsmöglichkeiten zu verwischen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer gibt es zudem bessere Möglichkeiten, eine auch aus ärztlicher Sicht wünschenswerte strukturierte Auswertung der ePA-Daten zur Identifikation von Gesundheitsrisiken zu realisieren. Diese Aufgabe ist in der systematischen Logik des deutschen Gesundheitswesens bei der Ärzteschaft und ihren Organisationen zu verankern und von den gesetzlichen Krankenkassen angemessen zu finanzieren. Der Gesetzgeber kann

dabei eine Abstimmung zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern hinsichtlich der Ziele, der Konzeption und der Durchführung solcher Auswertungen und der Kommunikation der Ergebnisse gegenüber Patienten und ihren behandelnden Ärzten vorsehen. Dabei muss die Freiwilligkeit der Einwilligung von Versicherten für die Datennutzung sichergestellt sein. Insbesondere muss der Reichweite der ursprünglichen Einwilligung Rechnung getragen werden. Eine nachträgliche Ausweitung der Datennutzung über den vom Versicherten gesteckten Rahmen hinaus muss ausgeschlossen werden.

Mit dem Gesetz soll auch die technische Weichenstellung für das geplante Primärversorgungskonzept vorgenommen werden. Zu diesem Zweck sollen mit dem Gesetz die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für einen „Digitalen Versorgungseinstieg", die elektronische Überweisung, die Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung sowie an die digitale Terminvermittlung geregelt werden. Diese Ansätze werden von der Bundesärztekammer grundsätzlich unterstützt, da eine sinnvolle digitale Transformation des Gesundheitssystems eine wesentliche Unterstützung für eine funktionierende Versorgungskoordination und Zusammenarbeit ist. Die Lösungsvorschläge des Gesetzentwurfes lassen jedoch viele Fragen zu den Details offen, so dass eine abschließende Bewertung kaum möglich ist.

Wichtig ist es der Bundesärztekammer zu betonen, dass die Versorgung auch zukünftig primär vor Ort in den Einrichtungen des Gesundheitssystems stattfinden wird. In einem funktionierenden Primärversorgungssystem sind Patientinnen und Patienten an eine in der Regel hausärztliche Praxis angebunden, zu der sie niederschwelligen Zugang haben und über die, soweit erforderlich, die weitere Koordination der Versorgung erfolgt. Die Bedarfseinschätzung wird hier durch die Ärztinnen und Ärzte selbst vorgenommen und auf dieser Grundlage erfolgt ggf. die Weiterleitung in eine fachärztliche Versorgung. Diese Prozesse müssen digital unterstützt – nicht jedoch digital übernommen – werden. Daneben wird es Patientinnen oder Patienten geben, die nicht an eine Praxis angebunden sind oder außerhalb der Öffnungszeiten medizinische Hilfe benötigen bzw. wünschen. In diesen Fällen kann eine digitale Bedarfseinschätzung vor der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen sinnvoll sein.

Medizinisch sinnvolle digitale Anwendungen haben aus Sicht der Bundesärztekammer ein großes Potenzial, die Koordination, Kooperation, Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu verbessern. Damit dieses Potential erschlossen werden kann, muss die Ausgestaltung der Systeme in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

Die Bundesärztekammer unterstreicht ihre Forderung nach einem strafferen Zeitplan. Viele wichtige Wegmarken, die zur Erreichung der im GeDIG formulierten Ziele erforderlich sind, wurden erneut zurückgestellt, etwa der Termin für die Umsetzung der e-Überweisungen (01.09.2029), der Terminserviceschnittstellen (01.01.2028) oder der eBTM-Verordnungen (vom 01.07.2025 auf den 01.03.2028). Ein digitalisiertes Gesundheitswesen, das eine bessere Versorgung, mehr Patientensicherheit und die Entlastung der Leistungserbringenden von bürokratischen Aufwänden ermöglicht, benötigt aber eine rasche und verbindliche Umsetzung auch dieser Elemente. Die erneuten Verschiebungen der Fristen sollten daher überprüft werden.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Ausweitung datengestützter Auswertungen durch die Krankenkassen

Artikel 1 Nr. 1 (§ 25b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf erweitert die Befugnisse der Kranken- und Pflegekassen zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken.

Im Gesetzentwurf werden neben den bereits geregelten, weitgehenden Auswertungszwecken (u. a. seltene Erkrankungen, Krebserkrankungen und „ähnlich schwerwiegende Gesundheitsgefährdungen“) auch die Erkennung schwerwiegender Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder eines erhöhten Risikos hierfür explizit genannt.

Die Weiternutzung von Daten der Krankenkassen zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken wird auf sensible medizinische Daten der Versicherten erweitert: Die Kranken- und Pflegekassen sollen künftig die Befugnis erhalten, die ihnen nach § 345 SGB V von den Versicherten aus der ePA mit Einwilligung zum Zweck der Nutzung in zusätzlichen von den Krankenkassen angebotenen Anwendungen zur Verfügung gestellten Daten auch für Zwecke der datengestützten Auswertungen gem. § 25b SGB V-E zu verwenden, soweit diese Daten für die Auswertungen geeignet und erforderlich sind. Darüber hinaus dürfen sie mit Einwilligung zusätzliche personenbezogene Daten bei Versicherten für abschließende benannte Zwecke erheben und die auf dieser Grundlage erhobenen Daten in die ePA übermitteln und dort speichern.

Eine Information der Versicherten durch die Kranken- und Pflegekassen über die Auswertung ihrer Daten und ihre Widerspruchsmöglichkeiten im Rahmen des § 25b SGB V-E soll nur noch öffentlich (z. B. auf der Internetseite der Krankenkasse) und nicht mehr individuell an den Versicherten gerichtet erfolgen.

Zusammen mit den Hinweisen über das konkrete Risiko einer Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit sollen die Krankenkassen auch Informationen zu individuell geeigneten Versorgungsinnovationen und zu sonstigen individuell geeigneten Versorgungsleistungen mitübersenden dürfen. So soll dann beispielsweise auf kasseneigene Versorgungsprogramme aufmerksam gemacht werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Änderungen werden abgelehnt. Die Rolle der Kranken- und Pflegekassen im Bereich der gesundheitsbezogenen Risikobewertung würde durch die Änderung in einer Weise ausgeweitet, die aus ärztlicher Sicht zu einer problematischen Verschiebung von Verantwortlichkeiten im Versorgungsgeschehen führt. Die Identifikation und Einordnung patientenindividueller Risiken ist nicht Aufgabe der Krankenkassen, sondern originär ärztliche Aufgabe. Schon die bisher bestehenden Möglichkeiten von Datenauswertungen auf Basis von Abrechnungsdaten für die Krankenkassen sind deswegen zu weitgehend und wurden von der Bundesärztekammer in der Vergangenheit kritisiert. Die jetzt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplanten zusätzlichen Möglichkeiten des Einbezugs von insbesondere auch medizinischen Daten aus der ePA sind umso mehr abzulehnen.

Bemerkenswert ist auch die die Möglichkeit eines versichertenindividuellen Hinweises auf kasseneigene Versorgungsprogramme. Dies ist nichts anderes als eine individuelle Empfehlung für eine bestimmte Gesundheitsversorgung und damit eine weitere Öffnung hin zu einer von den Krankenkassen gesteuerten Gesundheitsversorgung.

§ 25b SGB V-E ist auch mit Blick auf die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) europarechtlich problematisch. § 25b SGB V-E weicht den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Zweckbindung (Art. 5 Abs. 1 lit. b DSGVO) auf, indem eine gesetzliche Weiterverarbeitungsbefugnis geschaffen wird. Das ist nach den Vorgaben der DSGVO zwar grundsätzlich möglich (Art. 6 Abs. 4 DSGVO) und datenschutzrechtlich nicht zu beanstanden, wenn die in der DSGVO niedergelegten Grundsätze angewandt werden und insbesondere die betroffene Person über diese anderen Zwecke und über ihre Rechte einschließlich des Widerspruchsrechts unterrichtet wird (Erwägungsgrund 50 S. 8 DSGVO). Die im Gesetzentwurf angelegte Vermengung von ursprünglicher Einwilligung zu einem bestimmten Zweck und nachträglich herangezogener gesetzlicher Grundlage für einen neuen Verarbeitungszweck ist jedoch mit Blick auf die Anforderungen an Einwilligungen, den zentralen Grundsatz der Transparenz und weiteren datenschutzrechtlichen Aspekten problematisch:

- Die personenbezogenen Daten der Versicherten dürfen nach § 345 SGB V nur zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Krankenkassen angebotener Anwendungen verarbeitet werden. Damit ist der durch die Einwilligung des Versicherten umrissene Datenverarbeitungszweck hierauf beschränkt. Daher muss sichergestellt sein, dass die Datenverarbeitung auch im Rahmen von § 25b SGB V-E, wie es im Wortlaut der Norm auch heißt, nur „*soweit*“ erfolgt, wie es für diese Anwendungen erforderlich ist. Die avisierten Datenverarbeitungen nach § 25b Abs. 1 DSGVO wären mit Blick auf diesen Wortlaut weitergehend. Sie verlassen den durch die Einwilligung des Versicherten gesteckten Rahmen. Der Wechsel der Rechtsgrundlage von Einwilligung zu gesetzlicher Grundlage ist intransparent. Es kommt hierbei ebenfalls ein Verstoß gegen den Grundsatz der Datenverarbeitung nach Treu und Glauben gem. Art. 5 Abs. 1 lit. a DSGVO in Betracht.
- Die Betroffenen müssen aktiv und transparent darüber informiert werden, für welchen Zweck ihre Daten anschließend weiterverarbeitet werden. Eine versteckte Regelung im SGB V oder nur öffentliche Hinweise auf den Webseiten der Krankenkassen genügen dafür nicht. Durch eine ausschließlich öffentliche Information kann keinesfalls gewährleistet werden, dass Versicherte über die Verwendung ihrer sensiblen Gesundheitsdaten hinreichend informiert sind – geschweige denn von ihrem Widerspruchsrecht erfahren. Insbesondere der in § 25b SGB V festgeschriebene barrierefreie Zugang zu diesen Informationen und den entsprechenden Widerrufsmöglichkeiten werden dadurch nicht erfüllt. Es liegt ein Verstoß gegen den Grundsatz der Transparenz der Datenverarbeitung gem. Art. 5 Abs. 1 lit. a DSGVO nahe.
- Die vorgesehene Einwilligung schützt Patienten und Versicherte nicht ausreichend, weil sich die Betroffenen als Einzelne gegenüber ihrer Kranken- und Pflegekasse grundsätzlich in einer schwächeren Position befinden. Nach der DSGVO bestehen in solchen Verhältnissen regelmäßig Zweifel an einer zwanglosen Einwilligung (Erwägungsgrund 43, S. 1 DSGVO).
- Zwar besteht auch ein Widerspruchsrecht gegen die Datenauswertungen nach § 25b Abs. 3 S. 1 SGB V. Die Ausübung des Widerrufsrechts ist aber schon deswegen erschwert, weil die Reichweite der Einwilligung nach § 345 SGB V begrenzt ist, aber die Auswertungsprogramme nach § 25b Abs. 1 SGB V deutlich weiter reichen können. Es ist zudem nicht zwangsläufig, dass die Geltendmachung des Widerrufsrechts gleichzeitig einen Widerspruch nach § 25b SGB V-E zur Folge hat.

Die nunmehr beabsichtigte Neuausrichtung des Umgangs mit sensiblen medizinischen Daten, die gleichsam durch die „Hintertür” von den Versicherten erlangt werden und der damit verbundene Paradigmenwechsel zu einer versorgungssteuernden Rolle der Krankenkassen lässt den bei der Einführung der ePA für alle verfolgten Ansatz, dass Krankenkassen keinen

Zugriff auf medizinische Behandlungsdaten haben werden, hinfällig werden (vgl. § 344 Abs. 2a SGB V).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die vorgeschlagenen Änderungen zu § 25b SGB V-E sind ersatzlos zu streichen. Ergänzend sollte das GeDIG zum Anlass genommen werden, § 25b SGB V insgesamt neu zu fassen und dabei die Aufgabe der systematischen Auswertung von ePA-Daten der Ärzteschaft zuzuordnen.

Sollte der Gesetzgeber an seiner Absicht festhalten, die Befugnisse der Kranken- und Pflegekassen zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken zu erweitern, sind Entscheidungen, wie die Daten weiterverarbeitet werden, nur im Einvernehmen mit den Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung zu treffen. Dies gilt auch für die Frage, wie und durch wen die Auswertungsergebnisse gegenüber den Patientinnen und Patienten kommuniziert und sinnvoll in die bestehenden Behandlungsprozesse eingebunden werden. In diesem Zusammenhang sind auch die derzeit noch ungeklärten rechtlichen Probleme hinsichtlich der Einwilligung der Versicherten (u. a. Freiwilligkeit vor dem Hintergrund eines strukturellen Ungleichgewichts zwischen den Kassen und den Versicherten; Ausschluss einer nachträglichen Nutzungsausweitung) abschließend zu klären.

Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans

Artikel 1 Nr. 2 (§ 31a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Gesetzentwurf wurde die Formulierung zur Informationspflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gegenüber dem Versicherten bzgl. des Anspruchs des Versicherten auf einen Medikationsplan geändert. Die Änderungen gegenüber dem derzeit im SGB V enthaltenen Satz 3 in Absatz 1 im neuen Satz 4 sind wie folgt:

„~~Jeder~~ Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ~~Arzt~~Ärzte ~~ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels~~ haben den Versicherten~~, der einen Anspruch nach Satz 1 hat,~~ über die~~sen~~ ~~Anspruch~~Ansprüche nach den Sätzen 1 und 3 zu informieren.“

Durch die Änderung besteht nun eine generelle Informationspflicht zu den Ansprüchen bzgl. eines Medikationsplans unabhängig von einer Verordnung und auch unabhängig vom tatsächlichen Vorliegen eines Anspruchs.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die Änderung ab. Eine anlasslose, allgemeine ärztliche Informationspflicht ist nicht sinnvoll und führt zu unnötigen Aufwänden. Da der Medikationsplan Teil des digital gestützten Medikationsprozesses in der ePA ist, gehört die anlasslose, grundlegende Information zu den Informationspflichten der Krankenkassen gem. § 343 Abs. 4 SGB V-E.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Beibehaltung der derzeitigen Regelung in § 31a SGB V.

Reallabore der Krankenkassen zur Erprobung innovativer Ansätze

Artikel 1 Nr. 18 (§ 284a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 284a SGB V-E soll eine sogenannte Experimentierklausel für die Datennutzung durch Krankenkassen geschaffen werden. Danach sollen Krankenkassen in sogenannten Reallaboren Datenverarbeitungen erproben können, soweit diese zuvor durch die zuständige Aufsichtsbehörde genehmigt und inhaltlich begrenzt worden sind. Eine Widerspruchsmöglichkeit der Versicherten gegen die Datenverarbeitung kann (muss aber nicht) durch die Aufsichtsbehörde festgelegt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die mit § 284a SGB V geschaffene Experimentierklausel für die Datennutzung exklusiv bei den Krankenkassen ab. Hier wird ein Aktionsraum für die Kostenträger eröffnet, der noch über die schon zu weitgehenden Möglichkeiten nach § 25b-E hinausgeht (siehe die ausführliche Kritik der Bundesärztekammer an diesen Regelungen in der grundsätzlichen Bewertung des Gesetzentwurfes und zur Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzentwurfes).

Bei den Reallaboren ist nicht in jedem Fall sichergestellt, dass die Versicherten einer Nutzung ihrer Daten durch die Krankenkassen widersprechen können, denn die Entscheidung über eine solche Widerspruchsmöglichkeit wird ins Ermessen der Aufsichtsbehörden gestellt. Die Begründung führt dazu aus: „Durch die Mitwirkung der Aufsichtsbehörde wird dabei *immer* das Interesse der Versicherten sichergestellt." Im Ergebnis werden die Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer sensibelsten Gesundheitsdaten und einer Widerspruchsmöglichkeit von einer Entscheidung einer Behörde abhängig sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Erprobung von Gesundheitsdaten aus der ePA in sogenannten Reallaboren ist im Verantwortungsbereich der Ärzteschaft anzusiedeln. Dabei kann eine Abstimmung mit den gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen werden.

Zudem ist bei der Genehmigung eines Reallabors die Möglichkeit eines Widerspruchs durch die Versicherten einzuräumen. § 284a Abs. 4 S. 2 SGB V-E ist entsprechend wie folgt zu ändern:

“Die Genehmigung muss insbesondere festlegen, dass Versicherte die Möglichkeit zum Widerspruch gegen die Verarbeitung ihrer Daten im Reallabor haben.“

Datenverarbeitung

Artikel 1 Nr. 27 (§ 303e SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf erweitert den Nutzerkreis des Forschungsdatenzentrums, führt mit § 303e Abs. 2 Nr. 11 SGB V-E eine Kontaktanbahnung zu bestimmten Leistungserbringern ein, ermöglicht regelmäßige aggregierte Auswertungen für das Bundesministerium für Gesundheit ohne gesondertes Antragsverfahren, lässt in bestimmten Fällen die Identifizierung von Leistungserbringern zu und verschärft die Ausschlussmöglichkeit bei Verstößen gegen Datenschutzvorgaben oder Auflagen des Forschungsdatenzentrums.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die regelmäßige Auswertung für das Bundesministerium für Gesundheit ohne reguläres Antragsverfahren hält die Bundesärztekammer für bedenklich, weil dies die institutionelle Rolle des Forschungsdatenzentrums in Richtung einer ministeriellen Beobachtungs- und Steuerungsfunktion verschieben würde.

Erweiterung der Aufgaben der Gesellschaft für Telematik

Artikel 1 Nr. 31, Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa, Dreifachbuchstabe aaa (§ 311 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuformulierung der Nummern 4 und 5 in § 311 Abs. 1 S. 1 SGB V-E erhält die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, Komponenten, Dienste und Anwendungen neben dem Zulassungsverfahren auch über ein Vergabeverfahren zu beschaffen (Provider-Modell).

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer teilt die Analyse, dass das bisherige reine Marktmodell eine hohe Komplexität erzeugt hat, die sich negativ auf die Betriebsstabilität und die Servicequalität ausgewirkt hat. Eine Erweiterung des Handlungsrahmens der Gesellschaft für Telematik im Sinne des vorliegenden Gesetzesentwurfs ist daher angebracht. Ob zukünftig einzelne Komponenten, Dienste und Anwendungen über Vergabeverfahren bereitgestellt werden sollen, sollte dabei im Einzelfall bewertet und von der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik entschieden werden. Eine solitäre Abstimmung der Gesellschaft für Telematik ausschließlich mit dem Bundesministerium für Gesundheit reicht nicht aus.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zu Artikel 1, Nr. 31, Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa, Dreifachbuchstabe aaa ist klarzustellen, dass die Anwendung des Ermessens der Gesellschaft für Telematik eines Beschlusses der Gesellschafterversammlung bedarf.

Identifikationsnummern im Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur

Artikel 1 Nr. 33 (§ 313 Abs. 1 S. 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeitige Regelung erlaubt lediglich die Aufnahme einer einzelnen Identifikationsnummer zu einem Eintrag im Verzeichnisdienst (VZD) der Telematikinfrastruktur (TI). Die Änderung in § 313 Abs. 1 S. 4 SGB V-E soll die rechtliche Grundlage schaffen, um *mehrere* Identifikationsnummern parallel im VZD zu führen und situationsabhängig für Such- und Adressierungsprozesse zu nutzen. Die zulässigen Identifikationsnummern werden allerdings eingeschränkt auf „Identifikationsnummern und Kennzeichen nach den Vorschriften dieses Buches“.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Möglichkeit für einen VZD-Eintrag nun mehrere Identifikationsnummern hinterlegen zu können. Die Einschränkung auf

Identifikationsnummern nach dem SGB V verhindert allerdings weiterhin die Lieferung der Bundeseinheitlichen Arztnummer (BAN), die in den Meldesystemen der Landesärztekammern geführt wird und sektorübergreifend Ärztinnen und Ärzte in den Meldesystemen der Landesärztekammern eindeutig identifiziert. Auch ausgegebene elektronische Heilberufsausweise (eHBA) sind mit der BAN der Ärztinnen und Ärzte verknüpft.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 313 Abs. 1 S. 4 SGB V-E sollte wie folgt formuliert werden:

„Die Daten nach Satz 3 umfassen Namen, Adressdaten, technische Adressierungsdaten, eindeutige Identifikationsnummern und Kennzeichen nach den Vorschriften dieses Buches oder aufgrund anderer Gesetze, insbesondere die Bundeseinheitliche Arztnummer, das Fachgebiet und den öffentlichen Teil der technischen Identität des Nutzers."

Alternativ sind in § 313 Abs. 1 S. 4 SGB V-E die Worte „*nach den Vorschriften dieses Buches*" zu streichen.

Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen

Artikel 1 Nr. 56 (§ 345 Abs. 1 S. 2 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch den veränderten Satz 2 sollen Krankenkassen Daten, die Versicherte ihnen auf Grundlage einer Einwilligung aus der ePA zur Verfügung stellen, in ihren informationstechnischen Systemen der Krankenkassen oder in der ePA verarbeiten und in dieser speichern dürfen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgeschlagene Regelung hat eine „Umwidmung" von medizinischen Daten in Kassendaten zur Folge. Ganz beiläufig soll mit § 345 Abs. 2 S. 1 SGB V-E geregelt werden, dass die Daten aus der ePA auch „in den informationstechnischen Systemen der Krankenkassen" gespeichert werden können. Die dadurch (zudem vertiefend durch § 25b SGB V-E) erfolgende „Umwidmung" von medizinischen Daten in Sozialdaten hat weiterreichende Konsequenzen, insbesondere für jede Form der gesetzlich eingeräumten (und in künftigen Gesetzesvorhaben ggf. noch stärker ausgeweiteten) Befugnisse für deren Weiterverarbeitung. Es führt aber noch zu einem anderen Schutzdefizit: Die Daten verlassen damit nicht nur die besonders geschützte Umgebung der Telematikinfrastruktur und der ePA. Krankenkassen und insbesondere von ihnen eingesetzte IT-Dienstleister sind in der Vergangenheit wiederholt Ziel von Cyberangriffen geworden. Außerdem wären die sensiblen Gesundheitsdaten in den IT-Systemen bei den Krankenkassen nicht in vergleichbarer Weise vor einer Beschlagnahme durch Strafverfolgungsbehörden geschützt wie im Gewahrsam eines zeugnisverweigerungsberechtigten Berufsgeheimnisträgers.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Beibehaltung der aktuellen Regelung

Digitaler Versorgungseinstieg

Artikel 1 Nr. 57 (§§ 345a, 345b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetz soll ein „digitaler Versorgungseinstieg“ in den ePA-Frontends der Krankenkassen eingeführt werden, über den Termine gebucht und verwaltet sowie ein digitales Ersteinschätzungsverfahren der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genutzt werden können. Auch der Zugriff auf die elektronische Überweisung soll hier ermöglicht werden, sobald diese zur Verfügung steht. Zudem sollen verschiedene Komfortfunktionen, etwa zur Freigabe von ePA-Zugriffen, zur digitalen Kommunikation mit Leistungserbringern oder zur Übermittlung von Versicherungsnachweisen, bereitgestellt werden. Darüber hinaus soll eine personalisierte Unterstützung ermöglicht werden, indem Gesundheits- und Statusdaten mit Einwilligung der Versicherten für eine individuellere Ersteinschätzung, Terminsuche und weitere digitale Serviceangebote genutzt werden können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, spätestens ab dem 01.02.2028 den Krankenkassen die Einbindung des bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens sowie die Buchung von Akutterminen über den digitalen Versorgungseinstieg zu ermöglichen. Hierfür soll sie spätestens ab dem 01.11.2027 eine kostenlose Schnittstelle bereitstellen und die standardisierte Übermittlung der Ersteinschätzungsergebnisse sicherstellen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer die frühzeitige gesetzliche Vorbereitung der digitalen Unterstützung eines Primärversorgungssystems. Die digitale Transformation ist eine wichtige Voraussetzung für die Versorgungssteuerung und digitale Anwendungen eine unverzichtbare Unterstützung eines Primärversorgungssystems.

Es ist der Bundesärztekammer dabei wichtig zu betonen, dass Primärversorgung in den Arztpraxen, in der Regel von Hausärztinnen und Hausärzten oder Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten, stattfindet. Ziel muss es sein, dass die Patientinnen und Patienten über die Anbindung an eine primärversorgende Praxis eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung erfahren. Die primärversorgende Praxis stellt dabei in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle dar und in einer Mehrzahl der Fälle erfolgt dort auch eine abschließende Versorgung. Zudem wird es auch direkte Zugänge zu den Einrichtungen von Fachärztinnen und Fachärzten geben, die ihrerseits eine Weiterleitung von Patientinnen und Patienten veranlassen können. Die genannten Funktionen müssen daher vornehmlich für den Regelfall gedacht werden, dass Patientinnen und Patienten die Funktionen nutzen, nachdem von einer behandelnden Ärztin bzw. einem behandelnden Arzt bereits ein Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Die Funktionen müssen auch ohne Verwendung des Ersteinschätzungsverfahrens nutzbar sein und es muss möglich sein, eine ärztliche Bewertung der Behandlungsdringlichkeit für die Terminvereinbarung angeben zu können. Auch muss es den Einrichtungen der Leistungserbringer möglich sein, für ihre Patienten Termine zu buchen und e-Überweisungen an weitere Leistungserbringer zu übermitteln.

Der rein digitale Versorgungseinstieg wird daher vornehmlich akuten Anliegen außerhalb der Praxisöffnungszeiten vorbehalten sein. Auch für Patientinnen und Patienten ohne Anbindung an eine primärversorgende Praxis kann insbesondere bei dringenden Behandlungsanlässen der digitale Versorgungseinstieg hilfreich sein. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass relevante Anteile der Bevölkerung aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sind, einen digitalen Versorgungseinstieg zu nutzen. Analoge Zugangswege müssen auch in diesen Fällen zukünftig zur Verfügung stehen.

Eine Personalisierung der Ersteinschätzung und der Terminvergabe ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Bundesärztekammer weist jedoch darauf hin, dass Abrechnungsdaten der Kassen für diesen Zweck nicht geeignet sind, da sie zum Zwecke der Vergütung und nicht zur Darstellung der Krankengeschichte der Versicherten erhoben werden. Keinesfalls sollte die Aufgabe der Personalisierung den Krankenkassen überlassen werden. Hier sollte ein Gremium der Selbstverwaltung unter zwingender Einbindung der Ärzteschaft beauftragt werden, ein medizinisch sinnvolles Vorgehen festzulegen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 345a Abs. 3 SGB V-E ist wie folgt zu ändern:

„Sobald die entsprechenden technischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ~~bieten die Krankenkassen den Versicherten an,~~ sollen die Funktionen in dem Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg ~~zu personalisieren~~ personalisiert werden. Hierfür wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, unter Beteiligung der Bundesärztekammer ein Verfahren festzulegen~~. Sie~~ Die Personalisierung soll es ermöglichen. ~~dazu insbesondere,~~ dass der Versicherte einrichten kann, dass

1. seine Daten, die in seiner elektronischen Patientenakte ~~oder bei der Krankenkasse~~ gespeichert sind, in dem in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahren und für ein bedarfsgerechtes Angebot von Behandlungsterminen nach § 75 Absatz 1a genutzt werden und
2. die Daten aus einer elektronischen Überweisung nach § 360a sowie nach Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens die Ergebnisse der Ersteinschätzung für ein bedarfsgerechtes Angebot von Behandlungsterminen nach § 75 Absatz 1a genutzt werden. Dabei soll auch geprüft werden, in welcher Form die Versicherten ihre informierte Einwilligung zu diesem Verfahren geben.

Die Ausführung der in Satz 2 genannten Funktionen setzt die vorherige informierte Einwilligung des Versicherten voraus. Der Versicherte kann auswählen, ob die jeweilige Funktion einmalig ausgeführt werden soll oder ob die Funktion dauerhaft anlassbezogen ausgeführt werden soll. Im Fall seiner Einwilligung in eine dauerhafte Ausführung erhält der Versicherte anlassbezogen vor der jeweiligen Ausführung eine Information über die bevorstehende Ausführung sowie die Möglichkeit, seine Einwilligung zu widerrufen.“

Zugriffsrechte der Apotheken im Zusammenhang mit assistierter Telemedizin

Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe b) (§ 129 Absatz 5h, Sätze 16 und 17 SGB V E) und Artikel 1 Nr. 65 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) (§ 352 Satz 1 Nummer 5b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuformulierung und Ergänzung wird Apotheken ein Zugriffsrecht auf elektronische Patientenakten im Rahmen von Maßnahmen der assistierten Telemedizin nach § 129 Absatz 5h SGB V eingeräumt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer erneuert ihre bereits im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) vorgetragenen Kritik an der Einführung von „Maßnahmen der assistierten Telemedizin“ in Apotheken.

Diese Kritik gilt nicht nur der im DigiG vorgesehenen Ausweitung der assistierten Telemedizin durch Apotheken über die hausärztlich unterversorgten Regionen hinaus. Besonders kritisch ist diese Ausweitung angesichts aktueller Studien, wie der des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, zu sehen, dass eine Abdeckung der wohnortnahen medizinischen Versorgung durch Hausärzte problemlos möglich ist. Sowohl hinsichtlich der Entfernung in Metern als auch in Autominuten ist der nächstgelegene Hausarztsitz schneller zu erreichen als die nächste Apotheke. Zudem ist zu unterstellen, dass die Etablierung einer assistierten Telemedizin in den Apotheken den Aufbau entsprechender räumlicher und personeller Kapazitäten voraussetzt. Die bisherigen Erfahrungen z. B. beim Impfen oder beim Medikationsmanagement in den Apotheken zeigen, dass Apotheken zusätzliche Leistungen keineswegs „nebenbei“ erbringen können, sondern dafür einen relevanten Ressourcenbedarf haben.

Der Umweg über eine assistierte Telemedizin in Apotheken ist demnach nicht sinnvoll. Angesichts anhaltend knapper Ressourcen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und zahlreicher Sparbemühungen ist es nicht sinnvoll, immer weitere Parallelstrukturen zu etablieren. Stattdessen sollte die hausärztliche Versorgung unmittelbar gestärkt werden. Dafür stehen auch in unterversorgten Regionen viele Möglichkeiten zur Verfügung, die bisher unzureichend ausgeschöpft sind. Dazu gehören zum Beispiel eine konsequente Förderung von Zweigpraxen und Teampraxen oder die telemedizinisch unterstützte aufsuchende Betreuung älterer und immobiler Patientinnen und Patienten durch entsprechend qualifizierte Medizinische Fachangestellte.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung des § 129 Absatz 5h SGB V und § 352 Satz 1 Nummer 5b) SGB V-E

Fristverschiebungen für die Verpflichtung zur Übermittlung elektronischer ärztlicher Verordnungen
Artikel 1 Nr. 76 (§ 360 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist für die elektronische Übermittlung von vertragsärztlichen Verordnungen von Betäubungsmitteln (eBTM-Rezepte) und Arzneimitteln nach § 3a Abs. 1 S. 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung (T-Rezepte) wird vom 01.07.2025 auf den 01.03.2028 verschoben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält eine Fristverschiebung auf den 01.03.2028 für unangemessen. Angaben zu einer ärztlichen Verordnung von Betäubungsmitteln sowie Arzneimitteln nach § 3a Abs. 1 S. 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung sind ein essenzieller Bestandteil des digitalen Medikationsmanagements der ePA, die sich wiederum auf die elektronische Medikationsliste stützt, in der diese Verordnungen weiterhin nicht enthalten sein werden. Dies birgt ein hohes Potential der Patientengefährdung. Auf diesen Missstand hat die Bundesärztekammer bereits mehrfach hingewiesen.

Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Überweisung

Artikel 1 Nummer 77 (§ 360a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen vertragsärztliche Überweisungen bundesweit elektronisch über die Telematikinfrastruktur übermittelt werden. Ab dem 01.09.2029 sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte grundsätzlich verpflichtet, Überweisungen elektronisch auszustellen, zu übermitteln und abzurufen; Versicherte erhalten die Zugangsdaten wahlweise digital oder in Papierform. Zudem können die Überweisungen automatisiert in die ePA übernommen werden, sofern kein Widerspruch erfolgt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt die Einführung einer elektronischen Überweisung für die Übermittlung aller wesentlichen Informationen und Befunde, die für die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendig sind, ausdrücklich. Die e-Überweisung ist ein Kernstück für eine verbesserte sektoren- und fachgebietsübergreifende Zusammenarbeit und damit auch ein zentrales Element für ein Primärversorgungssystem. Die e-Überweisung ist mit hoher Priorität zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen, damit sie vor 2029 nutzbar ist. Vor einer verpflichtenden Nutzung ist sicherzustellen, dass das System zuverlässig verfügbar und praxistauglich ist.

In die Digitalisierung sollte auch die Veranlassung einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 26 BMV-Ä (Krankenhauseinweisung) einbezogen werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es entscheidend, die e-Überweisung vor dem Hintergrund der Abläufe im Praxisalltag zu entwickeln. In die Konzeption der e-Überweisung muss die ärztliche Selbstverwaltung zwingend eingebunden werden. Für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung müssen Ärztinnen und Ärzte in der e-Überweisung auch die Dringlichkeit einer Behandlung angeben können, die sowohl bei einer Terminvergabe direkt durch die weiterbehandelnden Praxen als auch im Falle einer digitalen Terminvermittlung zu berücksichtigen ist. Bei einer Überweisung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt ist eine digitale Bedarfseinschätzung hinfällig.

Vereinbarung über die Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung Artikel 1 Nr. 77 (§ 360b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband müssen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes die Anforderungen an eine bundesweit einsetzbare digitale Bedarfseinschätzung festlegen. Dieses System soll gesundheitliche Beschwerden standardisiert erfassen, die medizinische Dringlichkeit bewerten und Patientinnen und Patienten der passenden Versorgungsebene zuweisen, etwa Rettungsdienst, Notdienst, haus- oder fachärztliche Versorgung oder Selbstversorgung.

Die digitale Bedarfseinschätzung muss evidenzbasiert, barrierefrei, mehrsprachig und auch telefonisch nutzbar sein. Zudem sind umfassende Vorgaben zu Qualität, Patientensicherheit, Transparenz, Datenschutz, Interoperabilität und regelmäßiger wissenschaftlicher Evaluation vorgesehen. Das System soll die Eignung für Telemedizin und nichtärztliche Versorgung berücksichtigen und einen standardisierten Ergebnisbericht erzeugen, der für Versicherte

und Leistungserbringer nutzbar ist. Die Vereinbarung unterliegt der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und muss ab Juli 2031 mindestens jährlich aktualisiert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Einsatz von Ersteinschätzungsinstrumenten zielt darauf ab, medizinische Leistungen bedarfsgerecht und in angemessener Zeit nutzbar zu machen. Digitale Ersteinschätzungssysteme eröffnen zudem die Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, indem sie gezielt auf qualitätsgeprüfte Informations- und Beratungsangebote verweisen. Die Bundesärztekammer begrüßt daher grundsätzlich die hier skizzierte Vorbereitung der digitalen Unterstützung eines Primärversorgungssystems durch eine digitale Bedarfsermittlung.

Übergeordnetes Ziel der Bedarfsermittlung ist dabei die Ermöglichung eines passgenauen Zugangs zur Versorgung, nicht jedoch die Einführung eines rigiden Zugangssystems im Sinne eines verpflichtenden Gatekeepings. Dabei geht es ausschließlich um die Steuerung in die jeweils geeignete Versorgungsebene, nicht um Diagnosestellungen, Therapieentscheidungen oder Indikationsprüfungen.

Digitale Instrumente können die Prozesse bei der Ersteinschätzung, der Zugangssteuerung und Gesundheitsberatung unterstützen. Gerade zu Beginn der Implementierung und zur Begleitung der Weiterentwicklung der Ersteinschätzung müssen die Prozesse ärztlich bzw. von Fachpersonal geprüft, ergänzt und begleitet werden. Die derzeitigen Ersteinschätzungssysteme sind für eine direkte Zuweisung nicht validiert und geeignet. Der menschliche Kontakt (auch telefonisch oder telemedizinisch) wird somit in der weit überwiegenden Zahl der Fälle unverzichtbar bleiben.

Sinnvoll ist eine vorgeschaltete Ersteinschätzung für Menschen ohne feste Anbindung an eine primärärztliche Praxis oder an eine fachärztliche Praxis im Rahmen einer kontinuierlichen Betreuung. Digitale Instrumente können den Vorteil bieten, mehrsprachig einsetzbar zu sein. Für Patientinnen und Patienten mit bestehender primärärztlicher Anbindung oder in einer kontinuierlichen fachärztlichen Betreuung muss während der Praxisöffnungszeiten der direkte Kontakt zur jeweiligen Praxis möglich bleiben, wobei auch in den Praxen digitale Anwendungen genutzt werden können. Dies liegt im Ermessen der Praxisbetreibenden. Auch die Zuweisung in die fachärztliche Versorgung sollte primär über die primärversorgende Praxis erfolgen; in ausgewählten Fällen mit eindeutiger Indikation für eine fachärztliche Versorgung kann der Zugang ohne ärztliche Überweisung über digital unterstützte Vermittlungsstellen (116 117) vorgesehen werden. In vielen Fällen wird hierfür jedoch die telemedizinische Einbindung von Ärztinnen und Ärzten erforderlich sein.

Eine Trennung zwischen einer Ersteinschätzung in der Akutversorgung und einer Bedarfsermittlung in der Regelversorgung ist nicht zielführend. Der Übergang von Akutversorgung zu Regelversorgung ist fließend. Der Einsatz unterschiedlicher Instrumente widerspricht zu-dem dem Grundsatz, ein einheitliches System an allen Orten und Settings des Zugangs in die Versorgung zu nutzen. Keinesfalls dürfen hier Doppelstrukturen geschaffen werden.

Das Instrument soll insbesondere Dringlichkeit und zeitlichen Behandlungsbedarf ermitteln. Die derzeit in der Akutversorgung eingesetzten Verfahren sind entsprechend weiterzuentwickeln, um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Ob es perspektivisch gelingen wird, über die digitale Bedarfsermittlung auch Termine in die Regelversorgung zu vermitteln, ob es möglich sein wird, einen Behandlungsbedarf für einen Zeitpunkt in den nächsten Tagen oder Wochen unter Angabe eines Zeitkorridors zu bestimmen, ist aus Sicht der Bundesärztekammer offen und mit der Frage verbunden, wie prozessual die Einhaltung des Zeitkorridors sichergestellt werden kann. Hierbei ist die Ärzteschaft, in deren organisatorische Belange hier deutlich eingegriffen wird, intensiv einzubinden.

Wichtig ist aus Sicht der Bundesärztekammer, dass die Steuerung über ein bundesweit einheitliches Verfahren an allen Orten des Zugangs in die Versorgung erfolgt. Mehrere wettbewerblich zueinanderstehende Ersteinschätzungsverfahren würden zwangsläufig zu ungleicher Beurteilung von Behandlungsdringlichkeit führen.

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass die Festlegung der Rahmenbedingungen für die Ersteinschätzung und das Terminmanagement in der Hand der ärztlichen Selbstverwaltung liegen. Die Algorithmen und die dahinterliegenden Versorgungspfade müssen fachlich-inhaltlich von Ärztinnen und Ärzten entwickelt werden. Es ist daher abzulehnen, neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch den GKV-Spitzenverband mit dieser Aufgabe zu betrauen. Stattdessen sollte eine Entwicklung durch die ärztliche Selbstverwaltung vorgesehen werden. Dabei reicht es nicht aus, dass die Bundesärztekammer lediglich ins Benehmen gesetzt werden soll. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer sollten diese Vereinbarung im Einvernehmen erarbeiten und die übrigen Beteiligten sind ins Benehmen zu setzen. Die Bedarfsermittlung mit all ihren nachgeschalteten Funktionen betrifft nicht nur die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sondern auch alle weiteren Versorgungsbereiche. Die Bundesärztekammer vertritt als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern sektorübergreifend den medizinisch-fachlichen Sachverstand und das Versorgungswissen aller Ärztinnen und Ärzte. Sie muss daher verbindlich in die digitale Transformation des Gesundheitssystems und damit in die Entwicklung der digitalen Bedarfsermittlung eingebunden werden.

Für den Erfolg der Ersteinschätzung ist ihre nahtlose Integration in den medizinischen Versorgungsprozess entscheidend. Akzeptanz entsteht nur, wenn die Prozesse zuverlässig funktionieren und sich für Patientinnen und Patienten durch die Nutzung ein Mehrwert ergibt. Dazu muss die digitale Transformation angemessen finanziert werden. Die Rufnummer 116117 sollte finanziell und personell so ausgestattet werden, dass sie für Ratsuchende einen erkennbaren Mehrwert bietet und ohne lange Wartezeiten gut erreichbar ist. Eine Finanzierung ausschließlich aus den Mitteln der Vertragsärzteschaft ist hierfür nicht ausreichend. Für die Evaluation und Weiterentwicklung der unter der Rufnummer 116117 angebotenen Leistungen könnten gegebenenfalls Fördermittel aus dem Innovationsfonds genutzt werden.

Die Ersteinschätzung muss engmaschig evaluiert werden. Dazu gehören auch regelmäßige Fallbesprechungen und die Aufarbeitung problematischer Ereignisse. Hierfür muss es eine Plattform geben, über die diese Ereignisse sowohl von den Leistungserbringern als auch von Patientinnen und Patienten gemeldet werden können. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten dazu in den Ländern Evaluations-Gremien eingerichtet werden, an denen die Landesärztekammern zu beteiligen sind. Die Evaluation sollte mit Beginn des Einsatzes weiterentwickelter Bedarfsermittlungsinstrumente gestartet werden. Dies muss in den gesetzlichen Regelungen zu einem Primärversorgungssystem vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 360b Absatz 1 Satz 3 SGB V-E ist wie folgt zu ändern:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit ~~dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen~~ der Bundesärztekammer bis zum [zwölf Monate nach Inkrafttreten] die 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).“

§ 360b Absatz 1 Satz 3 SGB V-E ist wie folgt zu ändern:

„Für die Vereinbarung nach Satz 1 ist das Benehmen herzustellen mit

1. den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften und

2. ~~der Bundesärztekammer~~, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,

3. der Bundespsychotherapeutenkammer,

4. der Deutschen Krankenhausgesellschaft,

5. der Gesellschaft für Telematik,

6. dem Gemeinsamen Bundesausschuss

7. den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.“

Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen

Artikel 1 Nr. 87 (§ 370c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden verpflichtet, technische, inhaltliche und organisatorische Anforderungen an Terminbuchungsplattformen zu vereinbaren.

U. a. muss dabei ein diskriminierungsfreier Zugang der Versicherten zur Versorgung gewährleistet sein. In der Gesetzesbegründung werden beispielhaft unzulässige Priorisierungen wegen des Alters oder des zu erwartenden höheren Behandlungsaufwands genannt. Die Gesetzesbegründung benennt in diesem Zusammenhang auch eine Priorisierung der Terminvergabe durch Terminbuchungsplattformen anhand des Gesundheitszustandes. Eine solche Priorisierungsentscheidung habe ausschließlich anhand aktueller fachlich-medizinischer Standards zu erfolgen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer darf die Regulierung digitaler Terminbuchungsplattformen nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen bzw. organisatorischen Entscheidungs- und Handlungsfreiheit in der Arztpraxis führen. Die Terminvergabe ist Bestandteil der Praxisorganisation und muss die individuellen Gegebenheiten der Praxis, den Behandlungsbedarf sowie die vorhandenen personellen und zeitlichen Ressourcen berücksichtigen können.

Darüber hinaus dürfen digitale Terminbuchungsplattformen keinen eigenen Einfluss auf die medizinische Priorisierung von Terminen nehmen. Die Verantwortung für die Beurteilung der medizinischen Dringlichkeit und die daraus folgende Priorisierung muss auch künftig bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. den Arztpraxen verbleiben.

Die Bundesärztekammer fordert daher eine klare Trennung zwischen digitaler Terminvermittlung sowie medizinischer und organisatorischer Steuerung der Terminvergabe.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Nach Absatz 1 Satz 1 ist folgender Satz zu ergänzen:

„Hierbei muss sichergestellt werden, dass die medizinische Priorisierung in der Verantwortung der jeweiligen Vertragsärzte liegt.“

Aufgaben und Finanzierung entsprechend Verordnungen der EU

Artikel 1 Nr. 94 (§§ 383a, 383b, 383c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Duch die Aufnahme des „Neunten Abschnitts“ werden Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten, die aus der Durchführung der Verordnung (EU) 2025/327 erwachsen, der Gesellschaft für Telematik zugewiesen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht es kritisch, dass zunehmend Finanzierungsverpflichtungen, die durch Umsetzungsvorgaben an die bundesstaatliche Ebene im Rahmen einer EU-Verordnung entstehen, aus Beitragsmitteln der gesetzlichen und privaten Krankenversicherten bestritten werden. Diese Beitragsmittel stehen dann der Patientenversorgung nicht zur Verfügung. Sinnvoller ist es, solche Aufgaben durch Steuermittel zu finanzieren.