KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

# ENTWURF EINES GESETZES FÜR DATEN UND DIGITALE INNOVATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN (GEDIG)

## STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 07. MAI 2026

17. MAI 2026

# INHALT


ZUR KOMMENTIERUNG 4

ZUSAMMENFASSUNG 4

ARTIKEL 1 5

ART. 1 NR. 2 - § 25A SGB V (ORGANISIERTE FRÜHERKENNUNGSPROGRAMME) 5

ART. 1 NR. 3 A) DD) UND B) AA) - § 25B SGB V (DATENGESTÜTZTE ERKENNUNG INDIVIDUELLER GESUNDHEITSRISIKEN DURCH DIE KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN) 6

ART. 1 NR. 5C - § 33A SGB V (DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN) 7

ART. 1 NR. 8A - § 86 SGB V (VERWENDUNG VON VERORDNUNGEN UND EMPFEHLUNGEN IN ELEKTRONISCHER FORM) 7

ART. 1 NR. 13 - § 283 SGB V (AUFGABEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES BUND) 8

ART. 1 NR. 14 - § 284 SGB V (SOZIALDATEN BEI DEN KRANKENKASSEN) 8

ART. 1 NR. 15 - § 284A SGB V (REALLABORE DER KRANKENKASSEN) 9

ART. 1 NR. 18C - § 291A ABS. 2 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE) 10

ART. 1 NR. NR. 22 B) BB) - § 303E ABS. 2 SGB V (DATENVERARBEITUNG) 10

ART. 1 NR. 25 - § 311 ABSATZ 1 SGB V (AUFGABEN DER GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK) 11

ART. 1 NR. 26 - § 312 (AUFTRÄGE AN DIE GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK) 12

ART. 1 NR. 29-34 - § 326 - 331 SGB V DIENSTE DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR UND IHRE FUNKTIONSFÄHIGKEIT) 12

ART. 1 NR. 48 - § 345A SGB V (DIGITALER VERSORGUNGSEINSTIEG) 12

ART. 1 NR. 51 - § 347 ABS. 2 NR. 5 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER) 13

ART. 1 NR. 54C - § 350 ABS. 5 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEI DER KRANKENKASSE GESPEICHERTEN DATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE) 14

ART. 1 NR. 68 - § 360 SGB V (ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG U. VERARBEITUNG VERTRAGSÄRZTLICHER ELEKTRONISCHER VERORDNUNGEN) 15

ART. 1 NR. 69 - § 360A SGB V (ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG UND VERARBEITUNG VERTRAGSÄRZTLICHER ELEKTRONISCHER ÜBERWEISUNGEN) 16

ART. 1 NR. 69 - § 360B SGB V (VEREINBARUNG ÜBER ANFORDERUNGEN AN EINE DIGITALE BEDARFSEINSCHÄTZUNG) 16

ART. 1 NR. 72 - § 361D SGB V (ZUGRIFF AUF VERTRAGSÄRZTLICHE ELEKTRONISCHE ÜBERWEISUNGEN IN DER TELEMATIKINFRASTUKTUR) 17

ART. 1 NR. 77 - § 370C SGB V (VEREINBARUNG ÜBER TECHNISCHE VERFAHREN ZUR NUTZUNG DIGITALER TERMINBUCHUNGSPLATTFORMEN) 18

ART. 1 NR. 78 - § 371 ABSATZ 1 NUMMER 6 SGB V (INTEGRATION OFFENER UND STANDARDISIERTER SCHNITTSTELLEN IN INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME) 19

ART. 1 NR. 81 - § 383 SGB V (ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR DIE ÜBERMITTLUNG ELEKTRONISCHER BRIEFE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG) 19

ART. 1 NR. 84 - § 384 SGB V (BEGRIFFSBESTIMMUNGEN) 20

ART. 1 NR. 86 - § 386 ABSATZ 1 SGB V (RECHT AUF INTEROPER-ABILITÄT) 20

ART. 1 NR. 86 - § 386A (INTEROPERABILITÄTSPFLICHT) 20

ART. 1 NR. 86 - §386B (DIGITALBERATUNG) 21

ARTIKEL 7 21

ART. 7 NR. 7 - § 7 GDNG (KOORDINIERENDE ZUGANGSSTELLE FÜR GESUNDHEITSDATEN; VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG) 21

ART. 7 NR. 7 - § 11 GDNG (GESUNDHEITSDATENINHABERPFLICHTEN; VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG ) 21

ZUSÄTZLICHE ANPASSUNGSVORSCHLÄGE FÜR IM GESETZENTWURF NICHT VORGESEHENE REGELUNGEN 23

§§ 73, 87 UND 92 SGB V - DIGITALISIERUNG DES PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ANTRAGS- U. GUTACHTERVERFAHRENS 23

§ 372 SGB V (SPEZIFIKATIONEN ZU DEN OFFENEN UND STANDARDISIERTEN SCHNITTSTELLEN FÜR INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG) 24

# ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

# ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme im Rahmen der Verbändebeteiligung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die KBV unterstützt das Ziel, die Digitalisierung im Gesundheitswesen mit weiteren gesetzlichen Regelungen gezielt auszubauen. Insbesondere unterstützt die KBV die Maßnahmen, mit denen die gematik in die Lage versetzt werden soll, die Stabilität der Telematikinfrastruktur (TI) zu erhöhen. Es ist essenziell für die Weiterentwicklung der Digitalisierung, dass die Praxen nicht mit technischen Problemen konfrontiert sind, die die Arbeit für die Patientinnen und Patienten derzeit noch zu häufig beeinträchtigen.

Eine bessere Nutzung von Daten in der Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich sinnvoll. Jedoch überschreiten die im Gesetz vorgesehenen Einsichtsmöglichkeiten für gesetzliche Krankenkassen in die elektronische Patientenakte (ePA), die Möglichkeit zur Erhebung personenbezogener Daten der Versicherten bei „anderen Stellen“ sowie darauf aufbauende Verhaltenshinweise mit dem Ziel, auf „Lebensverhältnisse einzuwirken“, deutlich die Grenze des Zumutbaren und konterkarieren eine sinnvolle medizinische Nutzung der Daten. Dadurch wird nicht nur in inakzeptabler Weise in die Privatsphäre der Versicherten eingegriffen; es führt auch zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Vertrauensbeziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Es muss gewährleistet bleiben, dass im Arzt-/Psychotherapeuten-Patienten-Verhältnis offenbarte Inhalte auch künftig vertraulich bleiben. Andernfalls würde das Vertrauen aller Betroffenen und Beteiligten – insbesondere in die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) – nachhaltig erschüttert. Die KBV spricht sich daher klar gegen diese Regelungsvorschläge aus und fordert, von diesen Regelungen Abstand zu nehmen.

Korrekturbedürftig sind zudem die Regelungen, nach denen die Nutzung von Daten ausschließlich versorgungsfernen Organisationen vorbehalten bleiben soll. Die vorgeschlagenen Reallabore können nur dann erfolgreich sein, wenn auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Organisatoren der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung – und damit näher an der Versorgungsrealität sowie den Versorgungsprozessen – die Möglichkeit erhalten, an einer datenbasierten Weiterentwicklung der Versorgung mitzuwirken.

Nach heutigem Stand sind die die ca. 100.000 Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit weitem Abstand diejenigen Einrichtungen im Gesundheitswesen, in denen die Digitalisierung am weitesten fortgeschritten ist. Die Arzt- und Psychotherapeutenpraxen sind derzeit mit weitem Abstand zu anderen Einrichtungen diejenigen, die mit den elektronischen Patientenakten arbeiten. Zugleich sind die Praxen weiterhin die einzigen Einrichtungen im Gesundheitswesen, die nicht nur mit Honorarabzügen, sondern auch mit der Nicht-Abrechenbarkeit von Leistungen für den Fall belegt werden, dass Anbieter von Praxisverwaltungssystemen (PVS) Vorgaben der gematik nicht einhalten.

Es ist daher unbedingt geboten, den Gesetzgebungsprozess zu nutzen, um das Engagement der Praxen bei der Digitalisierung anzuerkennen und ein positives Signal zu senden. Gleichzeitig müssen die Praxen von

einem völlig unangemessenen Sanktionsregime befreit und die entsprechenden direkten und indirekten Sanktionsregelungen im Gesetz aufgehoben werden.

Die KBV engagiert sich dafür, dass sinnvolle Digitalisierung schnell realisiert werden kann. Dies beginnt bereits im Gesetzgebungsprozess, der die dafür geltenden Vorgaben formuliert. Deshalb werden Vorschläge für eine schnellere Einführung des elektronischen Rezepts für Betäubungsmittel (BtM) bis hin zu einer versorgungsnäheren Aufgabenübertragung für die Entwicklung von Vorgaben für die zukünftige Digitalisierung von Verordnungsprozessen unterbreitet.

Die KBV wird sowohl bei der datenbasierten Weiterentwicklung der Versorgung als auch bei der Steuerung knapper werdender Versorgungskapazitäten konstruktive Beiträge leisten. Sie macht daher Vorschläge, wie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen praxisgerecht ausgestaltet werden können.

Für die Umsetzung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen – insbesondere zum digitalen Versorgungseinstieg, zur eÜberweisung und zum medizinischen Ersteinschätzungsverfahren – sind jedoch Anpassungen dringend erforderlich, die von der KBV aufgezeigt werden.

Zudem reichen die Funktionalitäten der heutigen ePA zur Unterstützung dieser Prozesse und die Zusammenarbeit der Versorgungsebenen nicht aus, sodass für die Nutzung der vom KV-System aufgebauten, bislang durch dieser finanzierten, in der Bevölkerung bekannten sowie im Koalitionsvertrag genannten Marke „116117“ zusätzliche digitale Werkzeuge notwendig sind, die in der Stellungnahme adressiert werden. Wenn die Bundesregierung diese Infrastruktur zukünftig für die Daseinsvorsorge weiter ausbauen möchte, muss sie diese auch entsprechend finanzieren. Dies kann nicht aus der Vergütung der Vertragsärzte und -Psychotherapeuten geleistet werden.

Insgesamt weist die KBV darauf hin, dass digitale Werkzeuge in der Versorgung nur so erfolgreich eingesetzt werden können, wie es die infrastrukturellen Rahmenbedingungen erlauben. Der Gesetzgeber ist daher gefordert, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die hierfür notwendigen Investitionen in digitale Infrastrukturen leisten können. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der IT-Systeme in den Arztpraxen, die künftig auch Gegenstand der gematik-Vorgaben sein sollen, sind in diesem Kontext zu begrüßen.

# ARTIKEL 1

# ART. 1 NR. 2 - § 25A SGB V (ORGANISIERTE FRÜHERKENNUNGSPROGRAMME)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Einladung von Versicherten zu Untersuchungen der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme des Gemeinsamen Bundesausschusses (z.B. Früherkennung auf Darmkrebs oder Gebärmutterhalskrebs) durch die gesetzlichen Krankenkassen soll zukünftig nicht nur in Textform, sondern auch digital möglich sein.

### Bewertung

Die KBV begrüßt die vorgesehene Änderung. Mit ihr wird eine Flexibilisierung bei der Ansprache und Einladung der Versicherten zu den Krebsfrüherkennungsprogrammen möglich. Versicherte können besser erreicht und die Teilnahmeraten potenziell erhöht werden. Die Möglichkeit der Einladung auf digitalen Wegen kann außerdem zu Bürokratieabbau und Kosteneinsparungen führen.

# ART. 1 NR. 3 a) dd) und b) aa) - § 25B SGB V (DATENGESTÜTZTE ERKENNUNG INDIVIDUELLER GESUNDHEITSRISIKEN DURCH DIE KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzend zur bisherigen Regelung sollen Krankenkassen nunmehr auch datengestützte Auswertungen ihrer Versicherten zur „Erkennung von schwerwiegenden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder eines hierfür erhöhten Risikos“ vornehmen dürfen.

Kranken- und Pflegekassen sollen nunmehr auch in der ePA und von Dritten gespeicherte zusätzliche personenbezogene Daten nutzen können, um ihren Versicherten aus einer Analyse Ihrer Behandlungsdaten abgeleitete Informationen zukommen lassen zu können.

### Bewertung

Die KBV hatte sich bereits in ihrer Stellungnahme zum GDNG kritisch zur Einführung des § 25b SGB geäußert. Neben den zahlreichen erheblichen Nachteilen für die Patientenversorgung wie dem nicht nachgewiesenen Nutzen dieser Maßnahmen, der Gefahr von Fehlversorgung, Verunsicherung von Patientinnen und Patienten, erhöhtem ärztlichen Beratungsaufwand und inakzeptablen Eingriffen in die Arzt-Patienten-Beziehung wird auch die Akzeptanz der ePA negativ beeinträchtigt.

Mit den vorgesehenen Regelungen wird nicht nur gegen das sozialstaatliche Trennungsverbot verstoßen, sondern darüber hinaus die Profilbildung von Versicherten mit einem nicht unerheblichen Diskriminierungspotenzial von Patientinnen und Patienten befördert. Wenn die Patienten nicht mehr darauf vertrauen können, dass vertraulich offenbarte Informationen vertraulich bleiben, wird nicht nur das vertrauliche Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig, sondern insbesondere die Akzeptanz der ePA und die Bereitschaft, diese zu nutzen, massiv geschädigt.

Zusammen mit den Regelungsvorschlägen zu § 284 SGB V, die den Krankenkassen Handlungsspielräume schaffen sollen, ihre Versicherten mit datenbasierten Handlungsempfehlungen zu konfrontieren, überschreiten die vorgesehenen Regelungen klar die Grenze dessen, was Patientinnen und Patienten und die sie behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten an Eingriffen zugemutet werden kann.

Zudem würden durch die Regelung zu den bereits bestehenden weitere neue Screeningmethoden ohne Nutzennachweis eingeführt. Die vorgesehene Erweiterung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist besonders auch deshalb kritisch zu sehen, da der G-BA mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz derzeit Prüfaufträge zur Überprüfung des Nutzens bestimmter bereits eingeführter Früherkennungsuntersuchungen (Hautkrebsscreening, allgemeine Gesundheitsuntersuchung) erhalten soll. Die eigenmächtige Einführung von Screeningmethoden durch einzelne Krankenkassen ohne systematischen Nutzennachweis widerspricht damit den an anderer Stelle geplanten Regelungen zur Kosteneinsparung.

Im Übrigen sieht der Regelungsvorschlag zur Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts der Versicherten zu Recht eine Einwilligung vor. Die Einwilligungen müssen daher die Anforderungen an eine rechtskonforme und wirksame Einwilligung im Sinne der DSGVO erfüllen. Dabei kommt der Informiertheit des Einwilligenden eine entscheidende Bedeutung zu. Die Versicherten müssen klar und eindeutig erfassen können, welche Folgen die Erteilung einer Einwilligung für sie hat, sowie die Umstände der Datenverarbeitung und die Reichweite ihrer Einwilligung vollständig überblicken können (Art. 4 Nr. 11 DSGVO).

Um eine umfassende Information der Versicherten sicherstellen zu können, muss die Einwilligung über die ePA-App der Krankenkassen erfolgen. Nur so kann gewährleistet werden, dass den Versicherten eindeutig klar ist, welche Informationen sie den Krankenkassen überlassen. Die Datenverarbeitung muss hinreichend bestimmt erläutert werden. Dies erfordert eine Darlegung der verarbeiteten Daten und der konkreten Zwecke der Datenverarbeitung einschließlich der Risiken. Die in der Begründung vorgesehene allgemeine Einwilligung für weitere zukünftige Auswertungsprogramme wird datenschutzkonform nicht umsetzbar sein.

Die Einwilligung muss in regelmäßigen Abständen (jährlich) überprüft werden, da der Umfang und ggf. die Sensibilität der Daten sich ändern werden. Der Widerruf der Einwilligung muss nach Art. 7 Abs. 3 Satz 4 DSGVO für die Versicherten so einfach - wie die Einwilligung - sein und deshalb über die ePA-App der Krankenkassen erfolgen können. Nur so kann sichergestellt werden, dass ohne Zeitverzug bei Einstellung von neuen Unterlagen in die ePA ein Widerruf sofort Wirkung hat. Ein erklärter Widerruf muss im Übrigen dazu führen, dass auch technisch keine weitere Verarbeitung von Daten erfolgen kann.

Im Übrigen bestehen erhebliche Zweifel an der Freiwilligkeit der Einwilligungen. Nach dem Erwägungsgrund 43 zur DSGVO führt ein zwischen der betroffenen Person und dem Verantwortlichen bestehendes klares Ungleichgewicht zu einer Bewertung als unfreiwillig. Kriterium für eine Unfreiwilligkeit ist u. a. eine etwaige Benachteiligung bei Verweigerung der Einwilligung. § 25b SGB V suggeriert den Versicherten, dass die Datenverarbeitung dem Gesundheitsschutz der Versicherten dient und hierdurch Krankheiten erkannt werden können. Hierdurch entsteht für den einzelnen Versicherten eine Zwangslage, die die Freiwilligkeit ausschließt.

Die Regelung wird daher abgelehnt und sollte gestrichen werden.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

## ART. 1 NR. 5C - § 33A SGB V (DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV soll von seiner bisherigen Pflicht zur Erstellung eines jährlichen DiGA-Berichts entbunden werden. Stattdessen soll er künftig die im Rahmen der Berichterstattung erhobenen anonymisierten und aggregierten Rohdaten an das BMG übermitteln, das deren Veröffentlichung übernimmt, etwa über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

### Bewertung

Die KBV hält den Vorschlag für sinnvoll. Die regelmäßige Veröffentlichung der Verordnungs- und Leistungsdaten im Bereich DiGA entspricht der Umsetzung in anderen Verordnungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel /Heilmittel) und ist für eine effektive Versorgungssteuerung erforderlich.

## ART. 1 NR. 8A - § 86 SGB V (VERWENDUNG VON VERORDNUNGEN UND EMPFEHLUNGEN IN ELEKTRONISCHER FORM)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesmantelvertragspartner sollen die Vereinbarungen zur Verwendung von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form zukünftig im Benehmen mit der gematik treffen.

### Bewertung

Die KBV lehnt eine Benehmensherstellung mit der gematik - bezogen auf vertragsärztliche Festlegungen der Selbstverwaltung im Bundesmantelvertrag - ab. Die bundesmantelvertraglichen Regelungen beziehen sich ausdrücklich auf die **Verwendung** von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form, nicht auf deren technische Umsetzung im Rahmen der Telematikinfrastruktur. Begründet wird die

Benehmensregelung damit, dass die gematik in die Lage versetzt werden soll die Interessen der Leistungserbringer, die die verordnungsfähigen Leistungen abgeben, wahrnehmen zu können. Die Interessenvertretung anderer Prozessbeteiligter ist jedoch ausdrücklich nicht Aufgabe der gematik. Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Konzentration auf die Gewährleistung der Betriebsstabilität leistet die gematik für die Akzeptanz und Leistungsfähigkeit der Digitalisierung einen maßgeblichen Beitrag, so dass sie ihre Ressourcen dafür konzentriert einsetzen sollte.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Die vorgesehenen Änderungen zu § 86 Absatz 1, Satz 1 sollten entfallen.

## ART. 1 NR. 13 - § 283 SGB V (AUFGABEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES BUND)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) soll nach § 283 SGB V um die Befugnis ergänzt werden, bundesweit einheitliche Vorgaben zu den digitalen Datenaustauschverfahren zwischen Medizinischen Diensten und insbesondere Krankenkassen sowie Leistungserbringern festzulegen. Dafür hat der MD Bund binnen 12 Monaten eine Richtlinie für die Kommunikation mit dem ambulanten Sektor unter Nutzung von KIM zu erlassen.

### Bewertung

Die mit dem Gesetz geplante Anbindung des MD Bund an die Telematikinfrastruktur wird ausdrücklich begrüßt. Die Überführung der aktuell größtenteils unstrukturiert und in Papierform stattfindenden Kommunikation mit Vertragsarztpraxen in ein digitales Austauschverfahren birgt Chancen für zeitliche Einsparungen auf beiden Seiten. Da ausweislich der Begründung zu Nummer 13 die Richtlinie Vorgaben nicht nur für die Kommunikation zwischen MD Bund und den Krankenkassen, sondern insbesondere auch den Leistungserbringern und explizit dem ambulanten Sektor regeln soll, sollte die Richtlinie zumindest auch im Benehmen mit der KBV erstellt werden.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

§ 283 Absatz 2 Nr. 11 SGB V-E sollte wie folgt ergänzt werden:

11. zum digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**.

## ART. 1 NR. 14 - § 284 SGB V (SOZIALDATEN BEI DEN KRANKENKASSEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Analog zu den vorgesehenen ergänzenden Regelungen zu § 25b SGB V in Nummer 3 sollen Krankenkassen künftig zusätzlich zu den bei ihnen vorhandenen personenbezogenen Daten mit Einwilligung des Versicherten weitere personenbezogene Daten bei den Versicherten selbst wie auch bei „anderen Stellen“ erheben und nutzen können (vgl. auch § 25b SGB V neu).

### Bewertung

Ausweislich beispielhafter Auflistungen in der Begründung sollen Krankenkassen auf dieser Grundlage zukünftig bei Dritten oder den Versicherten selbst Daten zur Einnahme pflanzlicher Wirkstoffe und nicht erstattungsfähiger Arzneimittel zum Alkoholkonsum, Raucherstatus und Gewicht erheben. Diese Daten sollen von Krankenkassen zukünftig genutzt werden können um „durch Aufklärung, Beratung und Leistungen“ den Versicherten „zu helfen“ und bei Ihnen „auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“.

Mit den Regelungen würde unmittelbar in das Arzt-Patientenverhältnis eingegriffen. Sie gefährden das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten sowie Psychotherapeuten und ihren Patienten in völlig inakzeptabler Art und Weise, und weisen zudem den Krankenkassen die Rolle einer Überwachungsinstanz über Verhalten und Lebensstil ihrer Versicherten zu. Die geplanten Änderungen werden von der KBV abgelehnt und sind zu streichen.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Streichung der vorgesehenen Regelungen.

## ART. 1 NR. 15 - § 284A SGB V (REALLABORE DER KRANKENKASSEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen soll die Einrichtung von Reallaboren ermöglicht werden, in denen Daten im Rahmen der gesetzlich definierten Aufgaben verarbeitet werden können. Die beteiligten Krankenkassen sind verpflichtet, die Aufsichtsbehörde über die Reallabore zu informieren.

### Bewertung

Eine bessere Nutzung von im Behandlungsprozess erhobener Daten ist grundsätzlich sinnvoll. Krankenkassen, also Organisationen, die infolge ihrer Konstitution und Aufgaben nicht versorgungsnah und nicht vorrangig im medizinischen Interesse agieren, sollen hier begünstigter gestellt werden als Organisationen, deren Mitglieder die Versorgung in den Praxen tragen und die Daten generieren, mit denen Leistungen entwickelt werden sollen. Wenn Reallabore zur Datenverarbeitung mittels Künstlicher Intelligenz geschaffen werden, ist es deshalb erforderlich, dass alle Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung - inklusive der KVen - solche Einrichtungen errichten dürfen.

Die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen stellen lediglich formale Regelungen dar. Dies ist nicht ausreichend. Es müssen deshalb Regelungen zur Festlegung der Ziele der Reallabore erfolgen, die mit den Reallaboren verfolgt werden

Es fehlt eine Regelung, mit der sichergestellt wird, dass Ziele, Umfang und Betroffene der Datenverwendung regionenübergreifend formuliert, konzipiert und miteinander abgeglichen werden. Es bedarf Regelungen, die Doppelarbeiten vermeiden und dabei gewährleisten, den Grundsatz der Sparsamkeit bei Investitionen in IT-Strukturen und der Datensparsamkeit einhalten zu können.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

§ 284a (neu) sollte benannt werden in: "Reallabore von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen". In der Norm selbst sollten analog zu den Krankenkassen jeweils auch die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgeführt werden.

# ART. 1 NR. 18C - § 291A ABS. 2 SGB V (ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE)

### Beabsichtigte Neuregelung

In § 291a Abs. 2 SGB V werden die verpflichtend auf der eGK zu speichernden Daten geregelt. Diese sollen um weitere Datenangaben erweitert werden (WOP-Kennzeichnung, Nutzung des TI-Messengers, Kennzeichnung der Versorgungspauschale).

### Bewertung

Die KBV fordert zusätzlich die Ergänzung der verpflichtenden Speicherung des DMP-Status auf der eGK einschließlich einer Fristenregelung.

Die an DMP teilnehmenden Praxen müssen in die Lage versetzt werden, eine zuverlässige, aktuelle Information über den DMP-Status der Versicherten zu erhalten, um rechtssicher DMP-Leistungen erbringen zu können. Dies gilt insbesondere auch für die zweite Versorgungsebene. Dabei müssen alle DMP, an denen ein Versicherter teilnimmt, auf der eGK abgebildet sein. Aktuell ist der Teilnahmestatus eines Versicherten für Ärzte nicht zuverlässig zu ermitteln, was zu massiven Problemen in der Versorgung führt und mit einer Fehlversorgung einhergehen kann. Durch die verpflichtende Speicherung des DMP-Status auf der eGK können diese Probleme gelöst werden.

Ähnlich wie die im Referentenentwurf adressierte Notwendigkeit der Kenntnis des Zuzahlungsstatus des Versicherten für die beteiligten Leistungserbringer ist auch die Kenntnis des DMP-Status für Ärzte zwingend erforderlich. Folglich wird eine gesetzliche Verpflichtung mit einer entsprechenden Fristenregelung vorgeschlagen. Dabei kann die Kennzeichnung des DMP-Satus, analog zum WOP-Kennzeichen, ausschließlich online abrufbar sein, damit ein Tausch der eGK bei Ein- und Ausschreibung aus einem oder mehreren DMP vermieden wird.

Zur Erhöhung der Transparenz für die Beteiligten sollte auch eine digitale Kennzeichnung der Versorgungspauschale als Merkmal vorgesehen werden.

### ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

In § 291a Absatz 2 soll des Weiteren die folgende Nummer 14 eingefügt werden:

> *„14. das Kennzeichen jeder indikationsbezogenen Teilnahme des Versicherten an einem oder mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f“*

Nach Satz 1 und dem zusätzlich im Referentenentwurf vorgeschlagenen Satz 2 soll folgender Satz eingefügt werden:

> *„Die Speicherung der Kennzeichnung nach Satz 1 Nummer 14 muss bis zum [Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erfolgen.“*

# ART. 1 NR. NR. 22 b) bb) - § 303E ABS. 2 SGB V (DATENVERARBEITUNG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Es soll explizit ermöglicht werden, Leistungserbringer in den FDZ-Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch De-Pseudonymisierung zu identifizieren. Folgende Anwendungsfälle werden aufgeführt:

1. für die Vernetzung der Leistungserbringer untereinander
2. für die Ansprache von Leistungserbringer durch G-BA und IQTIG

3. für die Ansprache von Leistungserbringer im Rahmen von klinischen Studien

### Bewertung

Für die Vernetzung von Leistungserbringern bestehen bereits etablierte Strukturen, etwa über Fachgesellschaften und KV-Strukturen, sodass ein zusätzlicher Zugriff über das FDZ nicht erforderlich ist. Auch für Qualitätssicherungszwecke bestehen mit § 136 SGB V und der DeQS-RL bereits rechtssichere und funktionierende Verfahren; eine zusätzliche Reidentifikation über das FDZ würde lediglich Doppelstrukturen und Mehraufwand schaffen. Ärzte können sich bereits heute gezielt für Studien und Forschungsnetzwerke anmelden; eine zusätzliche Identifizierung über das FDZ ist daher nicht erforderlich.

Aufgrund bestehender bzw. vorgesehener Möglichkeiten ist eine Leistungserbringeridentifizierung über das FDZ-Gesundheit abzulehnen.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

§ 303e Abs. 2 Nr. 11 SGB V und § 303e Abs. 5b SGB V sollten gestrichen werden.

## ART. 1 NR. 25 - § 311 ABSATZ 1 SGB V (AUFGABEN DER GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK)

### Beabsichtigte Neuregelungen

Die gematik soll die Möglichkeit einer Vergabe von Aufträgen an Anbieter für die Entwicklung, die Zurverfügungstellung und den Betrieb von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur und Zulassung von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur erhalten.

Die gematik soll zur Schaffung der Transparenz für die Nutzer der Telematikinfrastruktur bezüglich der Einhaltung der festgelegten Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik sowie von Qualitätsindikatoren durch die einzelnen Anbieter der zugelassenen Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur verpflichtet werden.

Die gematik soll die Möglichkeit zur Durchführung von Pilotierungen von bestehenden oder geplanten Anwendungen der Telematikinfrastruktur und sicheren Übermittlungsverfahren sowie deren Weiterentwicklung zur Verbesserung der digitalen Gesundheitsversorgung erhalten.

### Bewertung

Die gematik erhält mit mehreren Regulierungsvorschlägen im Gesetzentwurf die Möglichkeit zur Komplexitätsreduzierung und Erhöhung der Betriebsstabilität. Eine stabile und verlässliche Telematikinfrastruktur ist die Grundvoraussetzung einer digital-unterstützten Versorgung. Diese Regelungen sind deshalb zu begrüßen.

Es ist aus Sicht der TI-Nutzer zu begrüßen, dass veröffentlicht werden soll, ob die Anbieter und Dienste die festgelegten Qualitätsindikatoren eingehalten haben.

Damit die vorgesehene Pilotierung transparent und nach objektiven Kriterien erfolgt, sollte eine Klarstellung erfolgen, dass die gematik Anwendungen vor dem bundesweitem Rollout auf Basis der dafür festgelegten funktionalen Anforderungen verpflichtend pilotieren muss.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

§ 311 Abs. 1 Nummer 20 (neu) SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

*"20. Pilotierungen von bestehenden oder geplanten Anwendungen der Telematikinfrastruktur und sicheren Übermittlungsverfahren **vor deren bundesweitem Rollout** sowie deren Weiterentwicklung zur Verbesserung der digitalen Gesundheitsversorgung durchführen oder durchführen lassen."*

## ART. 1 NR. 26 - § 312 (AUFTRÄGE AN DIE GESELLSCHAFT FÜR TELEMATIK)

### Beabsichtigte Neuregelungen

Die Aufgaben der gematik sollen um die eÜberweisung und die Patientenkurzakte (im Zuge der Notfallversorgung) erweitert werden.

### Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung und schlägt ergänzend vor, die dafür entsprechend benötigten Dienste z.B. für eine elektronische Überweisung (Versorgungsfachdienst) ebenfalls gesetzlich zu verankern.

## ART. 1 NR. 29-34 - § 326 - 331 SGB V DIENSTE DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR UND IHRE FUNKTIONSFÄHIGKEIT)

### Beabsichtigte Neuregelungen

Es sind verschiedene Regelungen vorgesehen, die die gematik dabei stärken, die Stabilität der Dienste der Telematikinfrastruktur zu erhöhen.

### Bewertung

Die KBV begrüßt die - von ihr mit Hinweis auf hierzu notwendige Verbesserungen in der Vergangenheit eingeforderten – Maßnahmen. Sie können dazu beitragen können, dass sich digital gestützte Prozesse in den Praxen auf belastbare und störungsfreie Dienste stützen können.

## ART. 1 NR. 48 - § 345A SGB V (DIGITALER VERSORGUNGSEINSTIEG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten über die Benutzeroberfläche nach § 342 (“ePA-App“) einen Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg anzubieten, der insbesondere Terminbuchung unter Nutzung des von der KBV betriebenen Systems nach § 370a, die Weiterleitung zur Ersteinschätzung der Terminservicestellen der KVen sowie den Zugriff auf die elektronische Überweisung umfasst.

### Bewertung

Die Möglichkeit zu einem digitalen Versorgungseinstieg in die medizinische Ersteinschätzung und Terminvermittlung der KVen ist in spezifischen Fällen grundsätzlich sinnvoll. Die vorgesehene Ausgestaltung muss jedoch in wesentlichen Punkten ergänzt werden.

Der bedarfsgerechte Zugang zur ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung muss für Patientinnen und Patienten unabhängig von digitalen Instrumenten der Krankenkassen gewährleistet sein. Einen digitalen Versorgungseinstieg ausschließlich über die ePA-App der Krankenkassen lehnt die KBV ab. Dies

wäre weder diskriminierungsfrei noch entspricht es der Versorgungsrealität. Patientinnen und Patienten müssen weiterhin die Möglichkeit haben, Termine digital über die 116117 von KBV und KVen – per App oder online – zu vereinbaren oder über private Dritte. Die KBV fordert daher, die 116117-App von KBV und KVen als gleichberechtigten digitalen Zugangsweg gesetzlich zu verankern.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass der Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg in allen Kassen-Apps einheitlich und nach Vorgaben der KBV gestaltet wird. Da dieser Funktionsbereich unmittelbar in das Angebot des KV-Systems führt, muss er für Versicherte sofort und kassenübergreifend als Angebot von KBV und KVen erkennbar sein – unabhängig vom jeweiligen Erscheinungsbild der Kassen-App. Andernfalls würden verschiedenste Einstiege in dasselbe System entstehen, was weder einem einheitlichen Nutzererlebnis noch dem Vertrauen der Versicherten in den digitalen Versorgungseinstieg und das damit verknüpfte Angebot dient und insofern das Risiko einer zu geringen Nutzung Vorschub leistet.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Gesetzliche Verankerung der 116117-App von KBV und KVen als gleichberechtigter digitaler Zugangsweg zur medizinischen Ersteinschätzung und Terminvermittlung des KV-Systems und Ausschluss eines Monopols der Krankenkassen auf den digitalen Einstieg in das Versorgungsangebot der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Hierfür ist eine gesetzliche Regelung nötig, die sicherstellt, dass der Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg in allen Benutzeroberflächen nach § 342 – ungeachtet des kassenindividuellen Erscheinungsbilds der jeweiligen Benutzeroberfläche („ePA-App“) – einheitlich und nach Vorgaben der KBV gestaltet wird. Ziel dabei muss die die kassenübergreifende Erkennbarkeit des Funktionsbereichs als Zugang zum Versorgungsangebot der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sein.

## ART. 1 NR. 51 - § 347 ABS. 2 NR. 5 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEHANDLUNGSDATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE DURCH LEISTUNGSERBRINGER)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist mit der vorgesehenen Änderung in der ePA zu speichern.

### Bewertung

Mit Anpassung der Vorgabe zählt die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu den Daten, die grundsätzlich in die elektronische Patientenakte einzustellen sind. Damit erfolgt für die Vertragsarztpraxen neben der verbindlichen digitalen Übermittlung an die Krankenkasse die verbindliche Bereitstellung eines digitalen Dokuments für Patientinnen und Patienten. Der in § 73 Abs. 2 Nr. 9 derzeit immer vorgeschriebene Papierausdruck ist damit redundant und sollte gestrichen werden.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Streichung von § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V.

# ART. 1 NR. 54C - § 350 ABS. 5 SGB V (ÜBERTRAGUNG VON BEI DER KRANKENKASSE GESPEICHERTEN DATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen für jede versicherte Person eine digitale, barrierefreie Impfübersicht erstellen (auf Basis vorhandener Leistungsdaten). Diese wird in der ePA gespeichert, wenn der Versicherte nach vorheriger Information nicht widerspricht.

### Bewertung

Erstellung der Impfübersicht:

Die KBV begrüßt die neue Regelung in Absatz 5, da sie zu einer verbesserten Transparenz darüber beiträgt, welche Schutzimpfungen eine Patientin oder ein Patient erhalten hat. Insbesondere der Ansatz, die Anwendung „Impfen“ in eine datenbankbasierte Struktur innerhalb der ePA zu überführen, ist sowohl aus technisch-organisatorischer als auch aus medizinischer Sicht sinnvoll.

Die bisherige Abbildung von Impfdaten in der ePA ist derzeit unvollständig. Entscheidend sind daher Maßnahmen, die die Verbesserung der Datenvollständigkeit vorantreiben. Eine geplante Einbindung von Krankenkassendaten stellt einen wichtigen ersten Schritt dar. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Datenverfügbarkeit bei gesetzlichen Krankenkassen strukturell begrenzt ist – insbesondere bei Versicherten mit Kassenwechseln. In diesen Fällen gehen historische Daten verloren. Gerade relevante Impfungen, etwa aus der Phase der Grundimmunisierung, lassen sich daher vielfach nicht mehr vollständig rekonstruieren.

Zudem sollte die systemische Anbindung weiterer impfender Akteure – insbesondere der Betriebsärzte und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – an die Telematikinfrastruktur zeitnah umgesetzt werden, um eine möglichst vollständige Datengrundlage zu gewährleisten.

Angebot zusätzlicher Anwendungen

Mit den vorgesehenen Regelungen würde für eine Vielzahl nicht näher beschriebener Anwendungen mit unbestimmten Qualitätsanforderungen für Anwendungen in der ePA ein Raum für beliebige Varianten von Anwendungen geschaffen, deren mögliche Inhalte, Struktur und Qualität derzeit ungeregelt bliebe. Zur Verwertung geleisteter Arbeiten und zur Erhöhung der Einheitlichkeit der Umsetzung durch die einzelnen Krankenkassen muss eine Verpflichtung vorgesehen werden, dass bereits erarbeitete medizinische Informationsobjekte, wie der elektronische Impfpass, zu nutzen sind.

Es besteht Anlass zur Befürchtung, dass ohne Vorgaben die Nutzung der bereits heute bestehenden uneinheitlichen und in Teilen wenig benutzerfreundlichen elektronischen Patientenakten für die Nutzer weiter erschwert würde und die Akzeptanz und Reichweite der ePA erheblich beeinträchtigt würde.

Um Fehlentwicklungen zu verhindern, bedarf es deshalb Regelungen, mit denen ein einheitlicher Umsetzungsrahmen definiert wird, der sicherstellt, dass die Patientinnen und Patienten nicht verunsichert, die Wirkung der ePA nicht negativ beeinträchtigt und die Praxisabläufe nicht behindert werden. Auf die Stellungnahme zu § 25b SGB V wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

# ART. 1 NR. 68 - § 360 SGB V (ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG U. VERARBEITUNG VERTRAGSÄRZTLICHER ELEKTRONISCHER VERORDNUNGEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen für die Einführung verschiedener elektronischer Verordnungen und die entsprechenden Fristen zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur für verschiedene Leistungserbringer werden angepasst.

### Bewertung

Der vorgesehene Termin zur verpflichtenden Einführung des elektronischen Rezepts für Betäubungsmittel ab dem 1. März 2028 liegt mehr als vier Jahre nach der flächendeckenden Einführung des eRezepts und wird daher von der KBV als entschieden zu spät bewertet.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Anforderungen an die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist eine frühere Umsetzung dringend geboten. Eine zeitnahe Integration von Betäubungsmittelverordnungen in das eRezept würde die Transparenz erhöhen, Aufwände in den Praxen reduzieren, Medienbrüche vermeiden und einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der AMTS und damit der Patientensicherheit leisten. Vor diesem Hintergrund sollte der Einführungszeitpunkt deutlich vorgezogen werden.

Dass auch weitere Fristen verschoben werden, ist nicht überraschend, da sich die ursprünglichen Fristen in der Vergangenheit in vielen Fällen als nicht haltbar erwiesen haben. Das systematische Defizit zwischen gesetzlicher Festlegung zur Umsetzung von elektronischen Verordnungen einerseits und der Versorgungsrealität einschließlich der Anbindung einzelner Berufsgruppen an die TI anderseits bleibt allerdings durch eine reine Fristverschiebung unangetastet.

Beispielhaft hierfür sind die vorgeschlagenen Regelungen, die nach wie vor gesetzliche Fristen für die Einführung der elektronischen Verordnung von außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie vorsehen. In beiden Fällen ist der Nutzen mit Blick auf die betroffenen Patientengruppen und den sehr begrenzten Anwendungsbereich zu hinterfragen. Keine gesetzliche Grundlage gibt es dagegen für zentrale Informationsprozesse, in denen durch die Digitalisierung ein hoher Nutzen für die Versorgung zu erwarten ist, wie zum Beispiel das Antragsverfahren im Bereich der Psychotherapie (s. hierzu auch die Kommentierung der KBV) oder die Krankenhauseinweisung.

Aus Sicht der KBV ist deshalb eine grundsätzliche Überarbeitung der Vorgaben in § 360 SGB V erforderlich, die eine Repriorisierung der Digitalisierungsvorhaben anhand des voraussichtlichen Nutzens für die Versorgung umfasst.

Bei einer Anpassung des § 360 SGB V sollte berücksichtigt werden, dass für die Etablierung digitaler Informationsprozesse die Festlegung von Regelungen für die Umsetzung durch die Softwarehersteller erforderlich ist. Um die Notwendigkeit einer separaten gesetzlichen Regelung für jeden digitalgestützten Prozess (siehe bestehende Regelung in § 73 Abs. 10a SGB V) zu vermeiden, sollte an dieser Stelle eine übergreifende Regelung getroffen werden, die es den Partnern des Bundesmantelvertrags ermöglicht, die für die Umsetzung durch die Softwarehersteller erforderlichen technischen Vorgaben gemeinsam festzulegen.

Da sich die Einführung digitaler Informationsprozesse in der Gesundheitsversorgung als sehr dynamisch und schwer planbar erwiesen hat, ist es weder dauerhaft praktikabel noch inhaltlich sinnvoll, die Auswahl und Priorisierung bei der Digitalisierung von Verordnungsprozessen und die zeitlichen Vorgaben dazu per Gesetz zu regeln. Alternativ sollte deshalb zur Festlegung der Umsetzung einzelner Anwendungen in § 360 SGB V eine Kompetenzübertragung an die Bundesmantelvertragspartner vorgesehen werden, die ihre Festlegungen praxisnäher und im Einvernehmen mit dem BMG treffen sollten.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Streichung der vorgesehenen Regelungen, Vorziehen des Zeitpunkts zur Einführung des eBTM und Übertragung der Aufgaben an die Partner des Bundesmantelvertrages.

## ART. 1 NR. 69 - § 360A SGB V (ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG UND VERARBEITUNG VERTRAGSÄRZTLICHER ELEKTRONISCHER ÜBERWEISUNGEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Es werden neue Regelungen zur Ausgestaltung der elektronischen Überweisung gefasst.

### Bewertung

Die Einführung der elektronischen Überweisung wird grundsätzlich begrüßt.

Absatz 5 sieht die Löschung der Daten der elektronischen Überweisung 100 Tage nach der Einlösung vor. Hierbei muss beachtet werden, dass für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die eine dauerhafte fachärztliche Betreuung benötigen, Ausnahmen möglich sein müssen, damit nicht für jeden Arztbesuch eine erneute Überweisung ausgestellt werden muss. Dieser Aspekt muss im Rahmen der Festlegungen durch die Gesellschaft für Telematik entsprechend berücksichtigt werden.

Die KBV schlägt vor diesem Hintergrund vor, die für die Verarbeitung elektronischer Überweisungen erforderlichen benötigten Dienste der elektronischen Überweisung wie einen Versorgungsfachdienst als Bestandteil der Aufgaben der Gesellschaft für Telematik in § 311 SGB V ebenfalls gesetzlich zu verankern.

## ART. 1 NR. 69 - § 360B SGB V (VEREINBARUNG ÜBER ANFORDERUNGEN AN EINE DIGITALE BEDARFSEINSCHÄTZUNG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die KBV wird verpflichtet, mit dem GKV-Spitzenverband innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten eine Vereinbarung über die Anforderungen an ein elektronisches System zur standardisierten Bedarfseinschätzung zu schließen. Die Vereinbarung bedarf der Genehmigung durch das BMG. Der Inhalt wird durch einen umfangreichen Katalog fachlicher, technischer und organisatorischer Anforderungen vorgegeben.

### Bewertung

Eine medizinische Ersteinschätzung als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Steuerung und Versorgung ist sinnvoll. Die im GeDIG vorgesehene Ausgestaltung der „digitalen Bedarfseinschätzung" ist in der vorgesehenen Form jedoch nicht praktikabel und versorgungsfern.

Die Erhebung gesundheitlicher Beschwerden sowie die Einschätzung von Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung sind zutiefst medizinische Aufgaben, die in ärztliche Hoheit gehören. Sie sind deshalb kein geeigneter Gegenstand einer Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband: Eine solche Vereinbarungsstruktur birgt die Gefahr, dass wirtschaftliche Steuerungsinteressen der Kostenträger medizinische Kriterien überlagern. Die Festlegung der Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung sollte daher der KBV im Wege einer Richtlinie obliegen, bei deren Erstellung das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband sowie den weiteren in Absatz 1 genannten Organisationen herzustellen ist.

Die in Absatz 2 formulierten Rahmenanforderungen beispielsweise zur Evidenzbasierung und Leitliniengerechtigkeit erscheinen angemessen. Die Vorgaben des Absatzes 3 sind jedoch in ihrer Detailtiefe für eine gesetzliche Regelung nicht geeignet. Sie überfrachten das Gesetz mit kleinteiligen technischen, methodischen und medizinisch-inhaltlichen Festlegungen. Zudem erfordert die Weiterentwicklung digitaler Bedarfseinschätzungssysteme — nicht zuletzt angesichts der hohen Dynamik im Bereich der Künstlichen Intelligenz — eine Flexibilität, die durch kleinteilige gesetzliche Vorgaben beeinträchtigt würde.

Die Ergebnisse einer digitalen Bedarfseinschätzung müssen zudem klar von den jeweils vor Ort tatsächlich verfügbaren Versorgungskapazitäten getrennt bleiben. Diese unterliegen starken regionalen sowie tageszeitlichen, wöchentlichen und saisonalen Schwankungen. Zu starre zentrale Vorgaben laufen daher Gefahr, an der Versorgungsrealität vorbeizugehen.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Neufassung des Titels des § 360b in „Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung".

Neufassung von Absatz 1 Satz 1: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschließt bis zum [zwölf Monate nach Inkrafttreten] eine Richtlinie zu den 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)." Die Richtlinie nach Satz 1 ist im Benehmen zu treffen mit

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,

2. den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften,

3. der Bundesärztekammer,

4. der Bundespsychotherapeutenkammer,

5. der Deutschen Krankenhausgesellschaft,

6. der Gesellschaft für Telematik,

7. dem Gemeinsamen Bundesausschuss und

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

## ART. 1 NR. 72 - § 361D SGB V (ZUGRIFF AUF VERTRAGSÄRZTLICHE ELEKTRONISCHE ÜBERWEISUNGEN IN DER TELEMATIKINFRASTUKTUR)

### Beabsichtigte Neuregelung

Der Paragraf regelt die Zugriffsrechte auf die elektronische Überweisung.

### Bewertung

Analog zu den Regelungen zu den Nummern 1 und 2 sollte auch für die Ärzte nach Nummer 3 die Zugriffsberechtigung auf das Praxispersonal ausgeweitet werden. Denn für die praxisinternen Arbeitsprozesse kann der Zugriff durch das Praxispersonal unter Aufsicht des Arztes auch in diesen Fällen erforderlich sein. Die Regelungen sollten so ergänzt werden, dass die Terminservicestellen der KVen, die für die zur Vermittlung von Behandlungsterminen tätig werden, ebenfalls eine Zugriffsberechtigung erhalten.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Ergänzung von Nummer 4 und 5 in diesem Absatz mit folgendem Wortlaut:

4. im Rahmen der jeweiligen Zugriffsberechtigung nach Nummer 3 auch Personen, die als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit der Zugriff im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht einer Person nach Nummer 3 erfolgt;

5. Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a.

# ART. 1 NR. 77 - § 370C SGB V (VEREINBARUNG ÜBER TECHNISCHE VERFAHREN ZUR NUTZUNG DIGITALER TERMINBUCHUNGSPLATTFORMEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden verpflichtet mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Anforderungen an digitale Terminbuchungsplattformen zu vereinbaren, die von den Vertragsärzten und den Vertragszahnärzten zur Vereinbarung von Terminen in der gesetzlichen Krankenversicherung verwendet werden können.  Die KBV soll die Einhaltung dieser Anforderungen überwachen.

### Bewertung

Die Regelung wird von der KBV abgelehnt. Sie greift in die Praxisorganisation ein — einen Bereich, der zur eigenverantwortlichen Gestaltung durch Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Vertragszahnärzte gehört und nicht Gegenstand einer Vereinbarung zwischen Bundesmantelvertragspartnern sein darf. Die Terminorganisation ist ausdrücklich eigenständige Aufgabe der selbständigen Praxen und berührt zudem die besondere Beziehung zwischen Arzt und Patient. Wie Patienten Zugang zu ihrer Praxis finden und Termine vereinbaren, ist Teil dieser Beziehung — sie sollte von den Beteiligten selbst gestaltet und nicht durch externe Vorgaben diktiert werden.

Dem Entwurf liegt ein grundlegendes Missverständnis über die digitale Terminorganisation in Arztpraxen zugrunde. Vertragsärzte nutzen digitale Werkzeuge zur Terminorganisation als Instrumente ihrer Praxisorganisation — die Entscheidung, wann welcher Patient einen Termin erhält, treffen sie selbst. Weder Praxisverwaltungssysteme noch spezialisierte Terminverwaltungslösungen geben den Praxen vor, nach welchen Kriterien sie ihre Termine vergeben. Anforderungen an Softwareanbieter können daher nicht bewirken, was der Entwurf offenbar beabsichtigt.

Zudem erweisen sich die heute von Vertragsärzten zur Terminorganisation eingesetzten System für Praxen und Patienten gleichermaßen nützlich und stellen insofern eine erfolgreiche Digitalisierung dar. Überflüssige Regulierung riskiert, diese funktionierende und von den Praxen selbst ausgewählte und finanzierte Digitalisierung zu belasten oder zu zerstören, ohne einen Mehrwert zu erzeugen.

Darüber hinaus bestehen für sämtliche Regelungsgegenstände des § 370c SGB V bereits geltende Rechtsvorschriften — für Datenschutz und Informationssicherheit ebenso wie für Barrierefreiheit, Schnittstellenstandards und Gleichbehandlung. Diese werden durch die jeweils zuständigen Behörden wirksam überwacht. Neue Vorschriften schaffen hier keine zusätzlichen Schutzwirkungen, sondern allenfalls parallele Zuständigkeiten und Doppelstrukturen.

Hinzu tritt ein grundsätzlicher Zuständigkeitsvorbehalt: Die betroffenen Systeme werden nicht ausschließlich in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt. Dieselben digitalen Werkzeuge zur Terminorganisation nutzen auch rein privatärztlich tätige Praxen sowie Vertragsärzte für ihre freiberufliche

Tätigkeit jenseits der GKV-Versorgung. Eine Vereinbarung zwischen KBV, KZBV und GKV-Spitzenverband würde damit Anforderungen für einen Bereich festlegen, der außerhalb ihrer jeweiligen Zuständigkeit liegt.

Nicht zuletzt würde die vorgesehene Überwachungsaufgabe bei der KBV erheblichen dauerhaften bürokratischen Aufwand erzeugen. Bei den betroffenen Unternehmen anfallende Kosten würden erfahrungsgemäß an die Praxen weitergegeben.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Streichung der Regelung

## ART. 1 NR. 78 - § 371 ABSATZ 1 NUMMER 6 SGB V (INTEGRATION OFFENER UND STANDARDISIERTER SCHNITTSTELLEN IN INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME)

### Beabsichtigte Neuregelung

Für die vertragsärztliche Versorgung definierte interoperable Schnittstellen sollen um eine Schnittstelle für elektronische Programme, die für die Erstellung elektronischer Überweisungen zugelassen ergänzt werden. Diese Schnittstelle gilt explizit nur für den vertragsärztlichen Bereich, Krankenhäuser und Zahnärzte sind explizit ausgenommen.

### Bewertung

Die Notwendigkeit dieser gesetzlichen Anpassung erschließt sich nicht. Die für die Umsetzung der eÜberweisungen notwendigen gesetzlichen Vorgaben für eine fachliche und technische Ausgestaltung sind bereits insbesondere über § 73 Absatz 9a, § 312 Absatz 5 und § 360a SGB V umfassend definiert. Vor diesem Hintergrund ist unklar, was Gegenstand der Schnittstelle sein soll.

**ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV**

Streichung der Regelung.

## ART. 1 NR. 81 - § 383 SGB V (ERSTATTUNG DER KOSTEN FÜR DIE ÜBERMITTLUNG ELEKTRONISCHER BRIEFE IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Kostenerstattung für die Übermittlung eines einzelnen elektronischen Arztbriefes (eArztbrief)

### Bewertung

Die KBV lehnt eine ersatzlose Streichung eines Kostenausgleiches der beim Versand von elektronischen Briefen entstehenden Kosten ab.  Es muss grundsätzlich sichergestellt werden, dass mit Wegfall der separaten Vergütung die Kosten für das erforderliche eArztbrief-Modul im Praxisverwaltungssystem vollständig über die TI-Pauschale finanziert werden.

## ART. 1 NR. 84 - § 384 SGB V (BEGRIFFSBESTIMMUNGEN)

### Beabsichtigte Neuregelung

Es wird definiert, dass Spezifikationen nicht nur die Interoperabilität adressieren, sondern auch qualitative Merkmale umfassen.

### Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass durch die Anpassung die Möglichkeit geschaffen wird, nach denen Spezifikationen nicht nur Anforderungen an die Interoperabilität, sondern auch an die Qualität der Anwendungsumsetzung enthalten. Dies bietet die Möglichkeit, die bei einigen Systemen derzeit nur bedingt befriedigende Usability der Primärsysteme erhöht werden.

Es muss allerdings gewährleistet werden, dass die begrüßenswerte Erweiterung des Anforderungsspektrum nicht zu einer weiteren Benachteiligung von Ärzten führt, deren Systeme die erweiterten Konformitätsbescheinigungen nicht erfüllen. Die KBV nimmt den Regelungsvorschlag zum Anlass, ihre Forderung zu wiederholen, dass die ungeeignete Koppelung des Konformitätsnachweises mit einem Abrechnungsausschluss grundsätzlich gestrichen werden muss (siehe unsere in der den Kommentaren vorangestellten Zusammenfassung gemachten Hinweise).

## ART. 1 NR. 86 - § 386 ABSATZ 1 SGB V (RECHT AUF INTEROPERABILITÄT)

### Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass Leistungserbringer Patientendaten in einem interoperablen Format in ihren informationstechnischen Systemen vorhalten und tauschen.

### Bewertung

Das erweiterte Recht auf Interoperabilität ist explizit zu begrüßen. Es muss sich aber an die Hersteller informationstechnischer Systeme richten, so wie dies in § 386a SGB V (neu) auch vorgesehen ist. Es wird daher eine Prüfung vorgeschlagen, ob eine Änderung von § 386 SGB V mit Blick auf die vorgesehene Änderung von § 386a SGB V erforderlich ist.

## ART. 1 NR. 86 - § 386A (INTEROPERABILITÄTSPFLICHT)

### Beabsichtigte Neuregelung

Hersteller informationstechnischer Systeme müssen den Leistungserbringern auf deren Verlangen die personenbezogenen Gesundheitsdaten ihrer Patienten unverzüglich und kostenfrei in einem interoperablen Format bereitzustellen und den Leistungserbringern die Haltung von Patientendaten in diesem interoperablen Format ermöglichen. Die KVen sollen Praxen bei Bedarf bei der Durchsetzung der Ansprüche gegenüber einem Hersteller unterstützen.

### Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass die Interoperabilität gestärkt und Hersteller informationstechnischer Systeme stärker in die Pflicht genommen werden. Positiv ist insbesondere, dass Hersteller Leistungserbringern die personenbezogenen Gesundheitsdaten der Patienten auf Verlangen unverzüglich, kostenfrei und in interoperabler Form bereitstellen müssen und dass dies durch einen Schadensersatzanspruch flankiert

wird. Allerdings darf auch das Vorhalten von Patientendaten in einem interoperablen Format nicht zu Mehrkosten für die Praxen führen. Hierfür sollte eine entsprechende Regelung getroffen werden.

Die Regelungsvorschläge, nach denen den KVen die Verfolgung von gesetzlich begründeten Einzelansprüchen der Arztpraxen gegenüber den Anbietern informationstechnischer Systeme übernehmen sollen, würde zu nicht prognostizierbaren Mehraufwänden in den Kassenärztlichen Vereinigungen führen. Diese, durch das Verhalten einzelner Anbieter informationstechnischer Systeme ausgelösten Mehraufwände müssten von allen Ärzten und Psychotherapeuten finanziert werden. Der Regelungsvorschlag wird daher abgelehnt.

## ART. 1 NR. 86 - §386B (DIGITALBERATUNG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Es ist eine ausdrückliche Regelung vorgesehen, nach der die KVen Beratungs- und Unterstützungsangebote in Fragen der Digitalisierung von Versorgungsprozessen der Praxisorganisation und zur Gewährleistung der IT-Sicherheit machen sollen.

### Bewertung

Die Klarstellungen sind sinnvoll.

# ARTIKEL 7

## ART. 7 NR. 7 - § 7 GDNG (KOORDINIERENDE ZUGANGSSTELLE FÜR GESUNDHEITSDATEN; VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG)

### Beabsichtigte Neuregelung

Sollten bei der Beforschung der Gesundheitsdaten so genannte wesentliche Befunde auftreten, sollen diese über die Zugangsstellen für Gesundheitsdaten, weiter an die Gesundheitsdateninhaber, direkt die betroffenen Personen oder „Angehörigen der Gesundheitsberufe“ *(siehe Artikel 58 Absatz 3 EHDS)*, geleitet werden, solange keine Nichtwissenserklärung vorliegt.

### Bewertung

Es fehlt eine eindeutige Regelung, zu welchem Zeitpunkt die Übermittlung an Betroffene oder Ärzten bzw. Psychotherapeuten erfolgt. Dabei ist zu beachten, dass der Patient mit aus seiner Sicht möglicherweise kritischen Befunden nicht allein gelassen wird.

## ART. 7 NR. 7 - § 11 GDNG (GESUNDHEITSDATENINHABERPFLICHTEN; VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG )

### Beabsichtigte Neuregelung

Es soll geregelt werden, dass Gesundheitsdateninhaber der anfordernden Zugangsstelle für Gesundheitsdaten die einschlägigen personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten gemeinsam mit der jeweiligen Forschungskennziffer zur Verfügung stellen müssen. Gemäß § 11 Abs. 4 gilt diese Pflichten auch für Gesundheitsdateninhaber, die bereits Datenlieferungsverträge mit Dritten abgeschlossen haben.

### Bewertung

Die KBV geht davon aus, dass Leistungserbringer nicht als Dateninhaber mit entsprechenden Lieferpflichten betroffen sind und somit keine Daten an Zugangsstellen für Gesundheitsdaten übermitteln müssen. Das Ziel der Vermeidung von Doppellieferungen (§ 11 Abs. 5 Nr. 1) wird im Sinne der Bürokratievermeidung und schlanker Prozesse ausdrücklich begrüßt, da ambulante Gesundheitsdaten bereits in der ePA und im FDZ vorliegen. Es wird angeregt § 11 Abs. 4 dahingehend zu konkretisieren, dass Gesundheitsdaten, die bereits durch gesetzliche Lieferpflichten bei Dritten (ePA, FDZ, Register, …) vorliegen, nicht nochmals geliefert werden müssen.

# ZUSÄTZLICHE ANPASSUNGSVORSCHLÄGE FÜR IM GESETZENTWURF NICHT VORGESEHENE REGELUNGEN

## §§ 73, 87 UND 92 SGB V - DIGITALISIERUNG DES PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ANTRAGS- U. GUTACHTERVERFAHRENS

### Sachverhalt und Vorschlag

Die KBV hat zuletzt in ihren Vorschlägen zum Bürokratieabbau die Bedeutung des psychotherapeutischen Antrags- und Gutachterverfahrens betont. Sie macht sich darin auch für die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens stark, da dadurch die Genehmigungsprozesse erheblich entbürokratisiert und beschleunigt werden können. Am 19. März 2026 hat der G-BA die Psychotherapie-Richtlinie angepasst, um eine Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu ermöglichen. KBV und GKV-SV haben bereits vorbereitende Beratungen aufgenommen, um die notwendigen Anpassungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte im Hinblick auf die Digitalisierung des Verfahrens zeitnah vorzunehmen.

Für eine rechtssichere Umsetzung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens bedarf es allerdings gesetzlicher Änderungen im SGB V, ähnlich den im aktuellen Referentenentwurf enthaltenen Änderungsvorschlägen im Hinblick auf die elektronische Überweisung.

Mit den neuen Möglichkeiten der eÜberweisung kann zudem das Konsiliarverfahren vor Aufnahme einer Psychotherapie modern, digital und unbürokratisch in die digitale Antragsstellung eingebettet werden – bestehende und neue digitale Prozesse zur Überweisung können hierfür fallabschließend genutzt und bisherige Papierformulare abgeschafft werden.

Um dies zu ermöglichen, bedarf es Regelungen

› die einen langfristigen Erhalt des Antrags- und Gutachterverfahrens ermöglichen (§ 92 Abs. 6 SGB V),
› die die rechtliche Grundlage für eine digitale Antragsstellung schaffen (§ 87 Abs. 1 SGB V) und
› die technische Umsetzung des elektronischen Verfahrens gewährleisten (vgl. u.a. § 73 Abs. 9-10a SGB V).

Um die Arbeiten zur Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens auf Basis einer rechtlichen Planungssicherheit fortführen zu können, regt die KBV daher an, die erforderlichen gesetzlichen Anpassungen möglichst zeitnah im Zuge des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen umzusetzen.

### ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE DER KBV

1. Änderung der gesetzlichen Regelung zum Antrags- und Gutachterverfahren in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V:

   *„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“*

2. Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren, durch Einfügen von neuen Sätzen 13 bis 15 in § 87 Absatz 1 SGB V:

   *„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2028 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.“*

3. Schaffung einer gesetzlichen Regelung für elektronische Programme in Anlehnung an § 73 Absatz 9-10a SGB V oder nach Artikel 1 Nr. 7 des vorliegenden Gesetzentwurfs, um für die das digitalen Anzeige- und Antragsverfahren Psychotherapie die Möglichkeit zur Festlegung der technischen Ausgestaltung und Zertifizierung der PVS-Hersteller durch die KBV zu eröffnen.
4. Anpassung der Vorgaben in von § 28 Abs. 3 Satz 3 SGB V zum Konsiliarverfahren vor Aufnahme einer Psychotherapie, damit dieses im Rahmen elektronischer Überweisungen umgesetzt und nach vertragsärztlicher Überweisung oder nach somatischer Abklärung während Reha- oder Krankenhausaufenthalten entfallen kann.

## § 372 SGB V (SPEZIFIKATIONEN ZU DEN OFFENEN UND STANDARDISIERTEN SCHNITTSTELLEN FÜR INFORMATIONSTECHNISCHE SYSTEME IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG)

### Sachverhalt und Vorschlag

Die Regelungen in § 372 Abs. 3 SGB V, nach denen Vertragsärzte ihre vertragsärztlichen Leistungen nur dann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen können, wenn sie informationstechnischen Systeme einsetzen, die ein Konformitätsbewertungsverfahren nach § 387 SGB V erfolgreich durchlaufen haben, bleibt mit den im GeDIG vorgesehenen Anpassungen unberührt.

Eine sich an die Hersteller von Informationssystemen richtende und dafür sinnvolle Regelung, kann zu einer Verbesserung der Qualität der Systeme und zur Erhöhung der praktischen Nutzbarkeit im Praxisalltag führen. Dass bei einer nicht erfolgten KOB-konformen Anpassung von Systemen nicht auf den Anbieter des jeweiligen Systems eingewirkt wird, sondern auf die Arztpraxis als Kunde ist weder systematisch begründbar noch wirkungsvoll. Eine vom Kunden zu tragende Sanktion ist ungeeignet, die Leistungsfähigkeit bei den Systemen zu steigern, die im Zuge wachsender Digitalisierung von Prozessen eine wesentliche Grundlage für eine effiziente Gestaltung des Praxisalltags bilden wird.

Die im Gesetz vorgesehene Koppelung eines nicht vorhandenen KOB-Bestätigung mit der Möglichkeit, erbrachte Leistungen abrechnen zu können, muss deshalb gestrichen werden. An die Stelle der die Praxen sanktionierenden Regelungen sollten die gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt werden. So sollten Vorgaben gefasst werden, nach den Hersteller, die keine KOB-Bestätigung erhalten, die Praxen bei einem Anbieterwechsel unterstützen und die in diesem Zusammenhang entstehende Aufwände ausgleichen müssen.

### Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.