

Stellungnahme

des

Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 18. Mai 2026

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
zum Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) vom 7. Mai 2026

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Anschrift: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand:

Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert), Dr. med. Anna-Katharina Doepfer (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer:

Dr. iur. André Byrla

Ordentliche Mitglieder des SpiFa





Assoziierte Mitglieder des SpiFa



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen



INHALT

I. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen.....	5
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	5
Nummer 3 Buchstabe b (Änderung des § 25b Absatz 2)	5
Nummer 9 (Ersetzung des § 86a).....	5
Nummer 48 (§ 345a – neu)	6
Nummer 69 (§ 360b – neu)	7
Nummer 77 (§ 370c – neu).....	8

I. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 3 Buchstabe b (Änderung des § 25b Absatz 2)

Die Einfügung sieht vor, dass Kranken- und Pflegekassen zukünftig zusätzlich zu bisherigen Daten auch Daten aus den elektronischen Patientenakten der Versicherten verarbeiten dürfen.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt diese Einfügung zum Wohle der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nachdrücklich ab.

Die in der elektronischen Patientenakte enthaltenen Gesundheitsdaten gehören nach dem europäischen sowie deutschen Recht zu den sensibelsten personenbezogenen Daten überhaupt. Sie erhalten nicht selten auch Informationen aus der Intimsphäre der Patientinnen und Patienten. Sie sind über das vom Bundesverfassungsgericht entwickelte Recht auf informationelle Selbstbestimmung verfassungsrechtlich besonders geschützt.

Anders als Krankenkassen unterliegen Ärztinnen und Ärzte der straf- wie berufsrechtlich sanktionierten Schweigepflicht (§ 203 StGB), die auch die verfassungsrechtlich geschützte Vertrauensbeziehung von Patientinnen und Patienten zu Ärztinnen und Ärzten schützt.

Auch sozialrechtlich basiert das deutsche Gesundheitssystem auf einer Trennung zwischen Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern) einerseits und Kostenträgern (Krankenkassen) andererseits. Diese Trennung soll verhindern, dass auch wirtschaftliche Interessen der Kostenträger unmittelbar medizinische Entscheidungen dominieren. Ein unmittelbarer Zugriff der Krankenkassen unterläuft diese Trennung weiter.

Die beabsichtigte Erweiterung des Zugriffs der Krankenkassen auch auf diese patientenindividuellen Gesundheitsdaten erzeugen weitere Missbrauchsrisiken zum Nachteil der Patientinnen und Patienten. Je mehr Stellen Zugriff auf diese Daten erhalten, desto größer werden Hacker-Risiken, Insider-Missbrauch, Fehlkonfigurationen sowie unzulässige Profilbildungen.

Nummer 9 (Ersetzung des § 86a)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung soll den Auftrag erhalten, mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Bestandteil der Bundesmantelverträge bis zum 1. Novem- ber

2027 die notwendigen Regelungen zur barrierefreien Verwendung von Überweisungen in elektronischer Form zu vereinbaren. In den Vereinbarungen soll festzulegen sein, dass die Dienste der Telematikinfrastruktur für die Übermittlung der elektronischen Überweisung zu verwenden sind, sobald diese zur Verfügung stehen.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa unterstützt die Digitalisierung der Überweisung. Mit einer elektronischen Überweisung verbinden wir jedoch die Erwartung, die medizinische Versorgung effizienter und für die Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter zu gestalten. Die setzt für uns zwingend voraus, dass in jedem Fall neben der Art der Überweisung auch der konkrete, patientenindividuelle Anlass für die Überweisung sowie das konkrete, patientenindividuelle Ziel der Überweisung zusammen mit entsprechenden interoperablen und revisionsfesten Informationspaketen für den überweisungsempfangenden Leistungserbringer in einer elektronischen Überweisung enthalten sein muss.

Aus jeder Überweisung muss für den Überweisungsempfänger aus sich heraus klar und nachvollziehbar sein, aus welchem Grund die Überweisung erfolgt und was im Rahmen der Überweisung aus Sicht des Ausstellers der Überweisung erfolgen soll. Die übermittelten Daten müssen interoperabel und revisionsfest sein, um zum einen die elektronische Verarbeitungsfähigkeit im Praxisalltag zu gewährleisten und zum anderen den Überweisungsvorgang auch im Nachgang für den einzelnen Überweisungsempfänger beispielsweise aus haftungsrechtlichen Gesichtspunkten überprüfbar zu erhalten.

Nummer 48 (§ 345a – neu)

Für die gesetzlich Versicherten soll durch die Krankenkassen ein sogenannter digitaler Versorgungseinstieg geschaffen werden. Versicherte sollen bundesweit über die ePA-Benutzeroberfläche (ePA-App) der Krankenkassen zur bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und anschließend gegebenenfalls einer digitalen Terminbuchung weitergeleitet werden und so einen einfachen, digitalen Weg in die ambulante Versorgung nutzen können. In weiteren Schritten soll hier die standardisierte Ersteinschätzung durch eine umfassendere digitale Bedarfseinschätzung zur Einschätzung der Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung, sowie zur Zuordnung der Behandlungsbedarfe in die geeignete Versorgungsebene, abgelöst werden.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt einen sogenannten digitalen Versorgungseinstieg über die ePA-App von Krankenkassen als einzigen Zugang zur medizinischen Versorgung nachdrücklich ab.

Die Versicherten müssen neben solchen ergänzenden digitalen Angeboten der Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit eines bedarfsgerechten Zugangs zur ärztlichen Versorgung unabhängig von digitalen Instrumenten der Krankenkassen haben. Neben dem direkten Zugang über die ärztlichen Praxen muss also ein Zugang über 116117 – auch digital – bestehen, online über die Praxen oder über von den Praxen individuell genutzte digitale Systeme.

Ersteinschätzungen und Bedarfsermittlungen sollten ausschließlich auf Basis einer leitlinienbasierten digitalen Ersteinschätzung aus der Ärzteschaft mit rein fachärztlich validierter medizinischer Bedarfslogik erfolgen.

Eine Terminmeldeverpflichtung lehnen wir höchst vorsorglich als unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit und Angriff auf die ärztliche Freiberuflichkeit nachdrücklich ab.

Im Übrigen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 69 sowie 77.

Nummer 69 (§ 360b – neu)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhalten den Auftrag, die für eine digitale Bedarfseinschätzung erforderlichen Vorgaben und Anforderungen in einer Vereinbarung innerhalb von 12 Monaten zu treffen. Bei der digitalen Bedarfseinschätzung handelt es sich um 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. Die digitale Bedarfseinschätzung soll die Versicherten zielgerichtet bei deren Zugang in die Notfall-, Akut- oder ambulante Regelversorgung unterstützen. Diese Regelung soll auch der Vorbereitung des geplanten Primärversorgungssystems und der in diesem Rahmen vorgesehenen zielgerichteten Vermittlung in die für das jeweilige medizinische Anliegen geeignete Versorgungsebene dienen. Sofern kein Behandlungsbedarf durch medizinisches Fachpersonal zu erkennen ist, soll die digitale Bedarfseinschätzung auch Beratung und Informationen zur Selbstversorgung bereitstellen. Bei der Erstellung der Vereinbarung sollen Vorgaben, die sich aus anderen gesetzlichen Vorschriften ergeben, insbesondere Vorgaben zur Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen, Vorgaben zur Ersteinschätzung im Rahmen der Akutversorgung und perspektivisch auch Vorgaben, die sich aus der geplanten Reform der Notfallversorgung ergeben, zu beachten sein. Gesetzlich sollen inhaltliche Mindestanforderungen und Vorgaben insbesondere zur fachlichen und technischen Qualität und zu Funktionalitäten sein.

Die Regelung sieht vor, dass die Vereinbarung dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen ist und das Bundesministerium in gewissem Umfang die Möglichkeit haben soll, eine Anpassung der Vereinbarung zu verlangen, sofern diesen den normierten

Anforderungen nicht genügt. Dies gilt insbesondere, wenn die gesetzlich festgelegten inhaltlichen Vorgaben und Anforderungen an die digitale Bedarfseinschätzung in der Vereinbarung nicht oder nicht angemessen abgebildet werden.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die beabsichtigte Regelung in dieser Form ab.

Wir setzen uns für eine auch für die Versicherten verbindliche, leitlinienbasierte digitale Erstschätzung aus der Ärzteschaft mit rein fachärztlich validierter medizinischer Bedarfslogik ein, die in ärztlichen Systemen zum Einsatz kommen soll, um medizinischen Behandlungsbedarf einschließlich der bedarfsgerechten Versorgungsebene zuverlässig und transparent aufzuzeigen. Eine digitale Ersteinschätzung sollte, um hochwertige Ergebnisse zu erzielen, auch Zugriff auf die elektronische Patientenakte nehmen dürfen und stetig evaluiert und als lernendes System ausgestaltet werden. Für ein solches System sind hohe Nutzerfreundlichkeit, Barrierefreiheit sowie der Schutz sensibler Gesundheitsdaten nach den geltenden Datenschutzstandards zu gewährleisten.

Die vorgesehene Regelung beabsichtigt dagegen eine digitale Bedarfseinschätzung mit Kostenträgerlogik. Die Einbindung weiterer Akteure birgt zudem das Risiko, dass medizinisch unfundierte Sektoreninteressen Eingang in die Bedarfsermittlung finden. Wir lehnen zudem nachdrücklich ab, dass das Bundesministerium selbst Eingriffe in die Bedarfslogik vornehmen kann.

Nummer 77 (§ 370c – neu)

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam Anforderungen an digitale Terminbuchungsplattformen festlegen, die von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten zur Vereinbarung von Terminen verwendet werden dürfen. In der Vereinbarung sind zunächst die technischen und prozessualen Anforderungen, einschließlich zur Barrierefreiheit festzulegen. Zudem wird festgelegt, wie nachgewiesen werden soll, dass die Anforderungen des Datenschutzes eingehalten werden und dass die Informationssicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet wird. Zudem sollen Maßnahmen zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten und diskriminierungsfreien Zugangs der Versicherten zur vertragsärztlichen und zur vertragszahnärztlichen Versorgung sowie zum Ausschluss einer an finanziellen Beiträgen von Versicherten oder Leistungserbringern oder Dritten ausgerichteten oder einer vergütungsorientierten Terminvergabe vereinbart werden. Die Anforderungen gelten für alle an der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden und Einrichtungen, das heißt etwa auch für ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten. Es soll hinsichtlich der Geltung keine Differenzierung danach

erfolgen, ob es sich um privatwirtschaftliche Terminvermittlungsplattformen handelt oder aber etwa solche, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen jenseits gesondert geregelter Vermittlungsfälle für die freie Terminvergabe bereitgestellt werden.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Neuregelung mit Nachdruck ab. Bei dieser Regelung handelt es sich um Überregulierung, die zu weiterer Bürokratie auch für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte führt.

Schon heute verbringen Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärztliche Kräfte in Praxen und Klinik rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit der Bewältigung von bürokratischen Pflichten, statt mit der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels können wir uns diese Verschwendung wertvollster und hochqualifizierter Arbeitskraft nicht mehr leisten. Durch eine Reduzierung von Dokumentationspflichten und anwenderorientierte Digitalisierung könnte das Fachkräfteproblem deutlich reduziert werden.

Heute nutzen Ärztinnen und Ärzte in steigendem Maße vor allem aus der freien Wirtschaft zur Verfügung gestellte digitale Terminvermittlungsplattformen, die auch von den Patientinnen und Patienten immer mehr angenommen werden. Digitale Terminvermittlungsplattformen sollen auch in Zukunft ein Tool bleiben, das der Erleichterung des Praxisalltags dient, statt diese mit weiteren bürokratischen Beschränkungen auch zum Leidwesen der Patientinnen und Patienten zu versehen.

Zudem ist der Schutz von sensiblen Patientendaten auch in Bezug auf digitale Anwendungen zur Terminvermittlung bereits heute durch das ärztliche Berufsrecht, die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sichergestellt. Ein auch für die Vertragsärzteschaft verbindliches Diskriminierungsverbot, das eine Benachteiligung aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität verhindert, ergibt sich grundsätzlich aus dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG).

Der SpiFa sieht darüber hinaus überhaupt keinen weiteren Regelungsbedarf, insbesondere im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und im Vertragsarztrecht.

Wir plädieren daher nachdrücklich für die Streichung der beabsichtigten Regelung. Sie würde Ärztinnen und Ärzte und das Gesundheitswesen insgesamt mit weiterer kosten- und zeitintensiver Bürokratie überziehen und die ärztliche Freiberuflichkeit als Garant für eine an den Patientinnen und Patienten orientierte Gesundheitsversorgung immer weiter einschränken.

Zudem: Es ist weder Sache der Krankenkassen noch sonstiger Institutionen zu entscheiden, wem Ärztinnen und Ärzte wann einen Termin geben und wen Ärztinnen und Ärzte wann behandeln. Diese Entscheidungen sind an das ärztliche Berufsbild geknüpfte, ureigene Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte, die sich ihrem ärztlichen Beruf, der ärztlichen Ethik und ihren Patientinnen und Patienten verpflichtet fühlen. Den Ärztinnen und Ärzten ist es möglich, sich in ihrer eigenen Praxisorganisation dabei nicht nur von nichtärztlichen Kräften, sondern auch von digitalen Anwendungen unterstützen zu lassen,

Der Bund hat für eine solche, die Berufsausübung der Ärzteschaft regelnde Vorschrift keine Gesetzgebungskompetenz. Es ist offenkundig, dass der Anwendungsbereich der beabsichtigten Regelung intendiert, die Sphäre des Verhältnisses zwischen Vertragsarzt und gesetzlich Versichertem zu verlassen. Das gilt insbesondere dann, wenn unter dem Schlagwort der Diskriminierungsfreiheit vorgesehen werden soll, dass Ärztinnen und Ärzten mindestens mittelbar die Erhebung und Verarbeitung der Daten verboten werden soll, die den Versichertenstatus oder dessen Verhaltensweisen betreffen.

Ein solcher Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Berufsausübung sowie in das Eigentumsrecht ist zudem auch offenkundig unverhältnismäßig.

Das Vertragsarztrecht regelt die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten an der medizinischen Versorgung gesetzlich Versicherter innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Es bestimmt insbesondere Zulassung, Pflichten, Vergütung, Abrechnung, Qualitätssicherung und Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Einfachgesetzliche Grundlage ist im Wesentlichen das SGB V sowie die untergesetzlichen Regelungen des Bundesmantelvertrages, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dabei wird das Ziel einer flächendeckenden, wirtschaftlichen und gleichmäßigen Versorgung des gesetzlich Versicherten verfolgt. Die zugelassenen Leistungserbringer sind gesetzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet. Gesetzlich Versicherte haben danach nur Leistungen zu erhalten, die das SGB V unmittelbar oder mittelbar als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich vorsieht.

Die zuweilen politisch beklagten Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung zwischen gesetzlich Versicherten und nicht gesetzlich Versicherten ist Gegenstand und unmittelbare Folge der vertragsärztlichen Regulierung des Gesetzgebers und keine Diskriminierung durch die Vertragsärzteschaft. Die Intention der hier beabsichtigten Regelung steht mithin in krassem Widerspruch zu den gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, die für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auch im Verhältnis zu den gesetzlich Versicherten rechtlich verbindlich sind.

Sollte an dieser Regelung festgehalten werden, beabsichtigen wir, die Unzulässigkeit dieser Regelung höchstrichterlich klären zu lassen.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Berufsverband der Nephrologinnen und Nephrologen in Deutschland e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).