

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 14. Oktober 2026

Annette Rennert, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Praxis im Kaiserviertel, Dortmund

An den Deutschen Bundestag, Ausschuss für Gesundheit (PA 14), zur öffentlichen Anhörung am 14. Oktober 2026 zu folgenden Vorlagen:

- Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG), Drucksache 21/8279, einschließlich der Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Ausschussdrucksache 21(14)112
- Antrag der Fraktion der AfD: Digitale Gesundheitsanwendungen sinnvoll gestalten, Drucksache 21/1570
- Antrag der Fraktion der AfD: Entbürokratisierung des E-Rezepts, Drucksache 21/1745
- Antrag der Fraktion der AfD: Beschleunigung der Umsetzung der Maßnahmen aus dem Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau, Drucksache 21/1746
- Antrag der Fraktion der AfD: Digitalisierung und Bürokratieabbau im Gesundheitswesen, Drucksache 21/1751

Ich nehme als Einzelsachverständige Stellung. Grundlage ist meine tägliche Arbeit als Hausärztin und Mitinhaberin einer überörtlichen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis mit diabetologischem Schwerpunkt. Die Stellungnahme gibt meine persönliche Einschätzung wieder, nicht die einer Organisation.

Ich spreche als Ärztin, die die Digitalisierung ihrer Praxis seit sechs Jahren aktiv und in Eigenarbeit vorantreibt. Dabei habe ich die Hürden, Umsetzungsschwierigkeiten und Grenzen digitaler Anwendungen im Versorgungsalltag sehr genau kennengelernt. Meine wichtigste Erfahrung ist: Die Probleme sind häufig keine technischen, sondern Prozessfragen. Solange klare Verantwortlichkeiten und Regeln für die äußeren Bedingungen der Gesundheitsversorgung fehlen, lässt sich Digitalisierung für viele Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich wie in den Kliniken nicht sinnvoll umsetzen.

1. Grundsätzliches: Erst Struktur, dann Digitalisierung

Digitalisierung ist ein Werkzeug, um Versorgung besser, sicherer und effizienter zu organisieren; ihr Wert bemisst sich daran, ob sie Patientinnen und Patienten sowie den Versorgenden im Alltag spürbar nützt. Das gelingt nur, wenn ihr klare Strukturen, definierte Versorgungswege und eine eindeutige Aufgabenverteilung vorausgehen. Ohne diese Grundlage werden bestehende Abläufe lediglich digital nachgebildet, mit ihren Brüchen und Doppelungen.

Daraus folgt für mich ein Maßstab, an dem sich jedes Vorhaben dieses Gesetzes messen lassen muss: Es muss die klaren Strukturen und Versorgungswege eines künftigen Gesundheitssystems unterstützen. Zuerst ist zu klären, wer welche Aufgabe übernimmt,

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

welchen Weg Patientinnen und Patienten durch die Versorgung nehmen und wo die Verantwortung für die Koordination liegt. Erst dann lässt sich sinnvoll festlegen, welche digitale Anwendung diesen Weg trägt.

Der Regierungsentwurf geht diesen Schritt nicht konsequent. Er beschreibt zahlreiche Anwendungen, zum Beispiel E-Überweisung, digitale Bedarfseinschätzung und Terminbuchung, bevor das Primärversorgungssystem, auf das sie vorbereiten sollen, strukturell definiert ist. Die Reihenfolge muss umgekehrt sein.

1.1 Gemeinsame Datenbasis statt additiver Einzelanwendungen

Deutschland verfügt mit ePA, E-Rezept und eAU über wichtige Einzelbausteine. Sie entfalten nur begrenzte Wirkung, solange Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Krankenkassen und Patientinnen und Patienten nicht auf einer gemeinsamen technischen Grundlage verbunden sind. Die Folgen sehe ich täglich: Doppeluntersuchungen, Mehrfachdokumentation, Informationsverluste an den Sektorengrenzen und Risiken für die Patientensicherheit.

Erforderlich ist der Übergang von einer dokumentenzentrierten zu einer datenzentrierten Versorgung:

- einmalige Erfassung an der Quelle,
- strukturierte Speicherung nach verbindlichen internationalen Standards statt PDF-Dokumenten,
- offene, standardisierte Schnittstellen und rollenbasierte Zugriffsrechte für alle Beteiligten,
- Zugang unabhängig von Versicherungsstatus, Behandlungsort und eingesetzter Praxissoftware.

Die ePA ist dabei ein Element, nicht die Zielarchitektur. Als patientengeführter Datenspeicher stärkt sie Transparenz und Selbstbestimmung. Sie ersetzt aber keine Infrastruktur für den strukturierten Austausch zwischen den Leistungserbringern im Versorgungsprozess. Beide Funktionen sind konzeptionell zu unterscheiden.

1.2 Digitalisierung muss teambasierte Versorgung unterstützen

In allen Bereichen der Versorgung übernehmen qualifizierte Mitarbeitende zunehmend Aufgaben, die früher ärztlichem oder leitendem Personal vorbehalten waren: in den Praxen etwa EVA, VERAH und Physician Assistants, in Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Apotheken und weiteren Einrichtungen entsprechend qualifizierte Fachkräfte. Digitale Anwendungen müssen diese Versorgungsmodelle bei allen Leistungserbringenden unterstützen, insbesondere durch passende Zugriffsrechte, eine klare Aufgabenverteilung und teambezogene Prozesse. Digitalisierung sollte Delegation erleichtern und nicht durch starre Berechtigungsstrukturen erschweren.

1.3 Kernpunkte zum Entwurf

1. **Versorgungswege und Aufgabenverteilung zuerst festlegen.** E-Überweisung, Ersteinschätzung und Terminbuchung sind Steuerungsinstrumente. Sie brauchen ein definiertes Primärversorgungssystem mit der Hausarztpraxis als zentraler Koordinationsstelle.

2. **Prozesse vor Pflichten.** Nutzungspflichten für Praxen sollten erst greifen, wenn die Anwendungen nachweislich stabil im Alltag funktionieren.
3. **Verantwortung dort verorten, wo sie entsteht.** Die Interoperabilitätspflicht der Hersteller ist ein wichtiger Fortschritt. Die geplante Vergütungskürzung bei nicht zertifizierten Systemen trifft aber die Praxen, nicht die Hersteller.
4. **Durchgängige, strukturierte Daten an den Sektorengrenzen.** Medikationsplan, Laborwerte und Entlassinformationen müssen strukturiert vorliegen und auch von Krankenhäusern verbindlich aktualisiert werden.
5. **Patientenkurzakte vorrangig umsetzen.** Eine strukturierte Patientenkurzakte in der ePA nützt allen Leistungserbringenden unmittelbar und gehört auf der Roadmap nach vorne.
6. **Digitalisierung als Infrastruktur finanzieren.** Die Aufklärung zur ePA ist Aufgabe der Krankenkassen. Die Transformationsleistung der Praxen braucht eine strukturelle Gegenfinanzierung.

2. Zum Regierungsentwurf (Drucksache 21/8279)

2.1 Elektronische Überweisung (§ 360a SGB V)

Die E-Überweisung ist der wichtigste Baustein des Entwurfs für die Patientensteuerung. Ich unterstütze sie ausdrücklich. Kritisch ist der Zeitplan: Die gematik soll die Voraussetzungen bis zum 1. September 2028 schaffen, die Nutzungspflicht für Vertragsärzte gilt ab dem 1. September 2029. Ein Jahr reicht erfahrungsgemäß nicht, um Spezifikation, Umsetzung in allen Praxisverwaltungssystemen und einen stabilen Betrieb sicherzustellen.

Die E-Überweisung ist allerdings nur so gut wie der Versorgungsweg, den sie abbildet. Solange nicht festgelegt ist, in welchen Fällen die Hausarztpraxis überweist, wer die Weiterbehandlung koordiniert und welche Informationen zurückfließen, digitalisiert sie lediglich das heutige Papierformular. Die strukturellen Regeln des Primärversorgungssystems müssen deshalb vor oder zumindest zeitgleich mit der technischen Umsetzung stehen.

Vorschläge:

- Die Nutzungspflicht an den nachgewiesenen flächendeckenden und störungsarmen Betrieb knüpfen, nicht nur an ein Datum.
- Die E-Überweisung darf nicht an die ePA gebunden sein. Sonst wären Versicherte, die der ePA widersprochen haben, von ihr ausgeschlossen. Erforderlich ist eine eigenständige Datenstruktur in der Telematikinfrastruktur, vergleichbar dem E-Rezept-Fachdienst, mit Zugang über Ausdruck, Gesundheitskarte oder App. Der Entwurf geht mit § 360a in diese Richtung. Das muss so bleiben, auch beim digitalen Versorgungseinstieg über die ePA-App, damit wirklich alle Patientinnen und Patienten teilnehmen können.
- Die E-Überweisung strukturiert gestalten: Fragestellung, relevante Vorbefunde und Medikation gehören in den Datensatz.
- Den Rückkanal gleich mitregeln. Der Befundbericht muss strukturiert an die überweisende Praxis zurückfließen. Erst dann entsteht ein geschlossener Versorgungsprozess.

- Auf den gesonderten Nachweis der Praxen gegenüber der KV (§ 360a Absatz 7) verzichten. Die technische Fähigkeit ist über die Zertifizierung des Systems ohnehin belegt.

2.2 Digitaler Versorgungseinstieg und Bedarfseinschätzung (§§ 345a, 360b SGB V)

Eine bundeseinheitliche digitale Ersteinschätzung über die ePA-App ist sinnvoll. Sie wirkt aber nur, wenn ihr Ergebnis dort ankommt, wo behandelt wird.

Eine digitale Steuerung setzt voraus, dass die Versorgungsebenen und ihre Aufgaben verbindlich definiert sind. Eine Ersteinschätzung, die Patientinnen und Patienten an eine Ebene verweist, deren Zuständigkeit und Kapazität ungeklärt sind, erzeugt neue Schnittstellen statt Orientierung.

- Wird die digitale Ersteinschätzung an die ePA-App gekoppelt, muss diese App deutlich breiter zugänglich und einfacher nutzbar werden als heute: unkomplizierte Registrierung und Anmeldung, barrierearme Bedienung auch für ältere Menschen und Menschen mit geringer Digitalkompetenz. Zugleich braucht es gleichwertige Zugangswege ohne ePA-App, etwa telefonisch oder über die Praxis, damit niemand von der Steuerung ausgeschlossen ist.
- Das Ergebnis muss strukturiert in das System der behandelnden Praxis übernommen werden können, nicht nur als Dokument in der ePA.
- Die hausärztliche Praxis sollte die Regelversorgungsebene sein, wenn kein akuter oder spezialisierter Bedarf besteht.
- Die Einschätzung ist eine Empfehlung. Die ärztliche Beurteilung im Kontakt mit dem Patienten muss davon abweichen können, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand.

2.3 KIM-Pflicht und Ende des Telefax (§§ 363a bis 363c SGB V)

Die verpflichtende Nutzung von KIM und das Ende des Faxversands sind überfällig. In der Praxis scheitert der Austausch heute weniger an den Arztpraxen als an Empfangsseiten, die nicht erreichbar sind: Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Behörden.

- Die Pflicht muss für alle Beteiligten gleichzeitig gelten und überprüft werden.
- Eine KIM-Pflicht setzt voraus, dass KIM und TI-Messenger im Praxisalltag einfach und prozessgesteuert aus dem Praxisverwaltungssystem heraus nutzbar sind: Versand und Empfang direkt aus der Patientenakte, automatische Zuordnung eingehender Nachrichten und Befunde zum richtigen Patienten, Weiterleitung an zuständige Personen im Team. Diese Anforderungen sollten in die verbindlichen Vorgaben für die Zertifizierung der Systeme aufgenommen werden.
- Die gematik sollte die Erreichbarkeit über den Verzeichnisdienst und die Zustellsicherheit von KIM verbindlich überwachen.
- Mit der Streichung der Pauschale für den eArztbrief muss geklärt sein, wie die laufenden Kosten einer Pflichtanwendung refinanziert werden.

2.4 Medikationsplan (§ 31a SGB V)

Der elektronische Medikationsplan in der ePA ist für die Arzneimitteltherapiesicherheit zentral. Der Entwurf verpflichtet Vertragsärzte und Apotheken zur Aktualisierung, nicht aber

Krankenhäuser. Gerade nach stationären Aufenthalten ändert sich die Medikation häufig. Ohne Aktualisierung bei der Entlassung bleibt die größte Lücke bestehen (siehe Abschnitt 3).

2.5 Interoperabilität und Praxisverwaltungssysteme (§§ 372, 386a bis 386c SGB V)

Die Pflicht der Hersteller, Patientendaten kostenfrei im interoperablen Format herauszugeben, und das Umgehungsverbot sind der wichtigste strukturelle Fortschritt des Entwurfs. Sie schaffen erstmals die Voraussetzung dafür, dass ein Systemwechsel ohne Datenverlust und ohne Abhängigkeit vom bisherigen Anbieter möglich wird.

Entscheidend ist, dass die große Mehrheit der Praxen Wechselbereitschaft zeigt. Praxen sollten motiviert werden, durch einen einfachen Wechsel auf moderne Systeme ihre Versorgung zukunftsfest sicherzustellen. Der Schwerpunkt sollte deshalb auf Beratung und Begleitung liegen, nicht auf Sanktionen. Dafür braucht es deutlich mehr Unterstützung und Aufklärung: verständliche Informationen über Rechte und Ablauf eines Wechsels, praktische Begleitung bei Datenübernahme und Umstellung sowie eine finanzielle Förderung. Nur so wird dieser Weg für Praxen tatsächlich gangbar.

Die geplante Vergütungskürzung von mindestens 5 und bis zu 20 Prozent bei Nutzung eines nicht zertifizierten Systems betrifft nur wenige Praxen und sollte nachrangig bleiben. Wo sie greift, darf sie nicht an der falschen Stelle ansetzen: Ob ein System zertifiziert wird, entscheidet der Hersteller, nicht die Praxis.

- Kürzungen erst nach einer Übergangsfrist, die einen zumutbaren Wechsel erlaubt.
- Sanktionen vorrangig gegenüber Herstellern, die Fristen nicht einhalten.

2.6 Nutzung von Versichertendaten durch die Krankenkassen (§§ 25b, 350 SGB V)

Der Entwurf erweitert die Befugnisse der Krankenkassen, die Daten ihrer Versicherten auszuwerten, die Versicherten auf Ergebnisse hinzuweisen und daraus eigene Anwendungen in der ePA zu erstellen. Diese Nutzung von Versichertendaten durch die Krankenkassen halte ich zum jetzigen Zeitpunkt für sehr fraglich:

- In der ePA gibt es bislang keine einheitliche Datenstruktur.
- Datenqualität und Vollständigkeit der Daten sind nicht ersichtlich. Auswertungen auf dieser Grundlage können zu falschen Hinweisen führen, die Versicherte verunsichern und in den Praxen zusätzlichen Klärungsaufwand erzeugen.
- Versicherte müssen einfach selbst bestimmen können, ob und wofür ihre Krankenkasse ihre Daten nutzt. Das ist in der aktuellen Ausbaustufe nicht möglich.

Diese Befugnisse der Krankenkassen sollten deshalb erst in einer späteren Ausbaustufe erneut geprüft werden, wenn strukturierte Daten, eine nachvollziehbare Datenqualität und eine einfache Steuerung durch die Versicherten gegeben sind. Ausgenommen davon ist die digitale Impfübersicht: Sie beruht auf eindeutigen Abrechnungsziffern und ist schon heute verlässlich umsetzbar.

Unabhängig davon sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, die Nutzung der ePA-App aktiv zu fördern. Aufklärung darf nicht allein in der Sprechstunde stattfinden.

2.7 Patientenkurzakte in der ePA vorrangig umsetzen

Ein Punkt kommt im Entwurf zu kurz und sollte auf der Roadmap ganz nach vorne rücken: die elektronische Patientenkurzakte in der ePA. Eine bewusst einfach strukturierte Zusammenfassung der wichtigsten Gesundheitsinformationen, also aktuelle Medikation und Medikationshistorie, Allergien und Unverträglichkeiten, Diagnosen und relevante Vorerkrankungen, Laborbefunde, relevante Untersuchungsbefunde sowie Notfallkontakt und Hinweise auf Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, hat für alle Leistungserbringenden unmittelbaren Nutzen: in der Hausarztpraxis, in der Facharztpraxis, in der Notaufnahme und im Bereitschaftsdienst, in der Apotheke und in der Pflege.

Die Patientenkurzakte ist zugleich die Datengrundlage, die viele andere Vorhaben des Entwurfs brauchen, von der E-Überweisung über die Ersteinschätzung bis zur Übergabe an den Sektorengrenzen. Der Entwurf orientiert sich hier an der spätesten Frist des Europäischen Gesundheitsdatenraums (26. März 2029). Ich bitte darum, die Patientenkurzakte ausdrücklich zu priorisieren, mit einem verbindlichen und früheren Zeitplan zu versehen und mit einer möglichst einfachen Struktur so zu gestalten, dass ihre Pflege im Praxisalltag einfach und weitgehend automatisiert aus dem Praxisverwaltungssystem heraus erfolgt.

2.8 Digitalberatung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 386b SGB V)

Die Digitalberatung ist richtig, sollte aber verbindlich sein ("haben" statt "sollen"). Sie muss über Technik hinausgehen. Praxen brauchen vor allem Unterstützung bei der Gestaltung ihrer Abläufe, damit neue Anwendungen tatsächlich entlasten.

2.9 Feste Pilotnetze für die Einführung neuer Anwendungen

Neue Anwendungen scheitern im Alltag selten an der Idee, sondern an einer Einführung ohne ausreichende Erprobung unter realen Bedingungen. Ich plädiere deshalb für die Einrichtung fester Pilotnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und geleitet werden.

- In einem Pilotnetz arbeiten Praxen, Apotheken, Krankenhäuser und weitere Beteiligte zusammen, die von der jeweiligen Anwendung betroffen sind.
- Jede neue Anwendung wird dort vor dem flächendeckenden Rollout ausreichend im Livebetrieb erprobt, entlang des gesamten Versorgungsprozesses und nicht nur in einzelnen Einrichtungen.
- Die Pilotphase folgt einem vorher bekannten Zeitrahmen. So wissen alle Beteiligten, wann eine Anwendung verpflichtend wird, und können sich darauf einstellen.
- Der Rollout erfolgt erst, wenn die Erprobung erfolgreich abgeschlossen ist. Die Erfahrungen der Pilotnetze fließen verbindlich in die Spezifikation und die Fristen ein.

Die Pilotnetze brauchen eine feste Organisation, eine klare Leitung und eine eigene Finanzierung. Nur dann sind sie dauerhaft verfügbar und nicht für jede Anwendung neu aufzubauen.

3. Zu den Änderungsanträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Ausschussdrucksache 21(14)112)

Die meisten Anträge schließen echte Lücken an den Sektorengrenzen. Besonders wichtig sind aus hausärztlicher Sicht die Aktualisierung des Medikationsplans durch Krankenhäuser (ÄA 2), die E-Einweisung (ÄA 4) und strukturierte Laborwerte in der ePA (ÄA 7).

ÄA	Inhalt	Bewertung	Begründung
1	Auswertung von Kassendaten auf Behandlungsfehler; Produktkennung (UDI-DI) bei Implantaten	Teilweise	UDI-DI: Zustimmung, wichtig für Rückrufe. Fehlereauswertung: Zurückhaltung. Abrechnungsdaten bilden den Behandlungsverlauf nur grob ab; unbegründete Verdachtshinweise belasten das Vertrauensverhältnis.
2	Krankenhäuser aktualisieren den Medikationsplan bei Entlassung	Zustimmung	Schließt die größte Lücke der Arzneimitteltherapiesicherheit nach stationärem Aufenthalt.
3	Einheitliches System zur Fallübergabe im KV-Notdienst	Zustimmung	Die Übergabe an die weiterbehandelnde Hausarztpraxis sollte ausdrücklich eingeschlossen sein.
4, 13	E-Einweisung mit Nutzungspflicht ab 1. September 2030	Zustimmung	Logische Ergänzung zur E-Überweisung. Sie sollte erst nach stabilem Betrieb der E-Überweisung verpflichtend werden.
5	Digitales Antrags- und Gutachterverfahren Psychotherapie	Zustimmung	Verkürzt Wartezeiten, die Hausarztpraxen bei der Überbrückung der Versorgung täglich erleben.
6	Personenbezogene Protokollierung von ePA-Zugriffen ab 2028	Zustimmung	Stärkt Vertrauen. Die Umsetzung darf für Praxen keinen zusätzlichen Anmeldeaufwand im Ablauf erzeugen.
7	Strukturierte Laborwerte und Bilddaten in der ePA	Zustimmung	Maschinenlesbare Laborwerte sind Voraussetzung für Verlaufskontrolle, etwa in der Diabetologie, und vermeiden Doppeluntersuchungen.
8	Verschattung einzelner Dokumente; Übersicht über Freigaben	Zustimmung mit Hinweis	EHDS-konform. Die Praxis muss erkennen können, dass Dokumente verschattet sind, sonst wird eine

ÄA	Inhalt	Bewertung	Begründung
			Vollständigkeit angenommen, die nicht besteht.
9	Drittplattformen ergänzend in der ePA-App	Zustimmung mit Vorbehalt	Nur nachrangig zum KBV-System und ohne Doppelbuchungen; die Terminsteuerung muss bei der Praxis bleiben.
10	Mutterpass, U-Heft, Zahnbonusheft als Kassenanwendung	Teilweise	Ziel richtig. Aus Abrechnungsdaten entsteht aber nur eine Leistungsübersicht, keine Befunddokumentation. Doppelstrukturen zu bestehenden ePA-Inhalten vermeiden.
11	Ergänzung der Bedarfseinschätzung; Evaluation durch das IQTIG	Zustimmung	Die Evaluation der Treffsicherheit ist Voraussetzung für Vertrauen in die Steuerung.
12	Anforderungen an Terminplattformen durch den G-BA	Nachvollziehbar	Der Interessenkonflikt ist real. Die Frist von 12 Monaten muss eingehalten werden.
14 bis 17	Forschungskennziffer, Datenverarbeitung, Einwilligung, IQWiG-Datenzugang	Keine Bewertung aus Praxissicht	Sektorenübergreifende Verknüpfbarkeit (ÄA 14) und Verzicht auf Doppelprüfung bei Einwilligung (ÄA 16) erscheinen sachgerecht.

4. Zu den Anträgen der Fraktion der AfD

4.1 Digitale Gesundheitsanwendungen (Drucksache 21/1570)

Die Forderung nach einem Nutznachweis vor der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis ist sachlich berechtigt. Für die verordnende Praxis ist ein belegter Nutzen die Grundlage jeder Empfehlung. Ebenso richtig ist, dass Verordnung und Freischaltung ohne Medienbruch funktionieren müssen. Die Aufklärung der Versicherten über DiGA sehe ich primär bei den Krankenkassen, nicht in der Sprechstunde.

4.2 Berufsbezeichnung im E-Rezept (Drucksache 21/1745)

Zustimmung. Die verschreibende Person ist über die qualifizierte elektronische Signatur eindeutig identifiziert. Die zusätzliche Angabe der Berufsbezeichnung ist redundant und führt in

der Praxis zu Rückfragen und Rückläufern aus Apotheken. Die Änderung lässt sich in der Arzneimittelverschreibungsverordnung umsetzen, sofern das nicht bereits geschehen ist.

4.3 Eckpunkte zum Bürokratieabbau von 2023 (Drucksache 21/1746)

Ein Zeitplan für offene Maßnahmen und eine regelmäßige Überprüfung ihrer Wirkung sind sinnvoll. Den in der Begründung genannten Weg über einheitliche Softwaresysteme für alle Einrichtungen halte ich nicht für zielführend. Wirksamer sind verbindliche Standards für Interoperabilität, wie sie der Regierungsentwurf mit den §§ 385 ff. SGB V verfolgt.

4.4 Digitalisierung und Bürokratieabbau (Drucksache 21/1751)

Die regelmäßige Evaluation von Berichtspflichten, Formularen und Prüfverfahren unterstütze ich im Grundsatz. Aus Praxissicht sollte sie ausdrücklich auch Anfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes an Praxen sowie die Formulare der Selbstverwaltung umfassen. Dort entsteht ein großer Teil des Aufwands. Die übrigen Punkte betreffen überwiegend die Kassenverwaltung und die Pflege; die im Antrag genannten Fristen (1. Januar und 30. Juni 2026) sind inzwischen verstrichen.

5. Fazit

Der Entwurf schafft wichtige Grundlagen: E-Überweisung, verbindliche sichere Kommunikation und echte Interoperabilitätspflichten der Hersteller. Diese Instrumente entlasten die Versorgung aber nur, wenn sie auf klaren Strukturen aufsetzen. Ein Digitalisierungsgedanke ohne vorgeschaltete Struktur, definierte Versorgungswege und eindeutige Aufgabenverteilung ist aus meiner Sicht nicht sinnvoll.

Ich bitte den Ausschuss deshalb um folgende Anpassungen:

1. Jedes Vorhaben daran ausrichten, dass es die Strukturen und Versorgungswege des künftigen Primärversorgungssystems unterstützt, und diese Strukturen zuerst festlegen.
2. Nutzungspflichten an einen nachgewiesen stabilen Betrieb knüpfen, nicht nur an Stichtage.
3. Praxen durch Anreize, Beratung und praktische Unterstützung in die Lage versetzen, auf moderne, zertifizierte Systeme zu wechseln.
4. Krankenhäuser verbindlich in Medikationsplan und digitale Übergänge einbeziehen.
5. Die Patientenkurzakte in der ePA vorrangig und mit verbindlichem Zeitplan umsetzen, weil sie allen Leistungserbringenden unmittelbar nützt.
6. Digitale Anwendungen so gestalten, dass sie bei allen Leistungserbringenden die Delegation an qualifizierte Mitarbeitende durch passende Zugriffsrechte und teambezogene Prozesse erleichtern.
7. Die digitale Transformation als langfristige Infrastrukturaufgabe finanzieren, einschließlich einer angemessenen Vergütung digitaler Versorgungsprozesse.
8. Feste, von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierte und geleitete Pilotnetze einrichten, in denen neue Anwendungen mit allen Beteiligten nach bekanntem Zeitrahmen im Livebetrieb erprobt und anhand konkreter Versorgungsindikatoren evaluiert werden, bevor sie ausgerollt werden.

Die Hausarztpraxis ist der Ort, an dem diese Anwendungen zusammenlaufen. Unter den richtigen Rahmenbedingungen können Hausärztinnen und Hausärzte gemeinsam mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten ein leistungsfähiges, tragfähiges System gestalten. Dafür braucht es eine gezielte Stärkung der ambulanten Versorgung, keine pauschalen Kürzungen bei denen, die bereits heute an der Belastungsgrenze arbeiten.

Dortmund, 12. Oktober 2026

Annette Rennert