



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Bundesministerium für Gesundheit

Referat 511

*Unter den Linden 21*

*10117 Berlin*

*GesetzgebungAbt5@bmg.bund.de*

München, 17.05.2026

**Stellungnahme der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP)  
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation  
im Gesundheitswesen (GeDIG)**

**Kontakt:**

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

[mail@bagp.de](mailto:mail@bagp.de)

Verantwortlich:

Carola Sraier, Sprecher:in der BAGP<sup>1</sup>,

Jürgen Kretschmer, Referent für Digitales der BAGP

---

<sup>1</sup> Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

## **Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und – Initiativen (BAGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation**

### **Grundsätzliches zu BAGP- Stellungnahmen**

Die Stellungnahmen der BAGP greifen im Wesentlichen auf die Erfahrungen zurück, die die BAGP im Rahmen ihrer Patientenberatungsangebote von den Ratsuchenden über real erlebte Versorgung erfährt. Darüber hinaus fließt die Erfahrung ein, die sie als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V in Gremien der Selbstverwaltung z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene im Bereich der Bedarfsplanung und Qualitätssicherung macht, aber auch die der Mitgliedsorganisationen, die in ihren jeweiligen Kommunen in vielen weiteren Gremien arbeiten.

Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich im Interesse der Patient:innen. Die BAGP hat keinerlei Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und / oder der Kostenträger.

### **Grundsätzliches zur Digitalisierung**

Die BAGP begrüßt grundsätzlich die Anstrengungen der Politik die Digitalität in der GKV voran zu bringen. Die im vorliegenden Referentenentwurf aufgezeigten Lösungsstrategien sind aus unserer Sicht an einigen Stellen nachzubessern, damit die Digitalität nicht wichtiger ist als die Versorgung der Menschen. Aus Patientensicht ist nicht zu erklären, warum unermesslich große Anstrengungen unternommen werden, ineffiziente Prozesse und nicht funktionierende Strukturen zu digitalisieren und das mit erheblichen personellen und finanziellen Ressourcen.

Per se kann die Digitalisierung nicht die Lösung für gewachsene Strukturproblemlagen sein. Digitalisierung ist sinnvoll für die Plausibilitätsprüfung in Abrechnungsfragen, für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung u. a., darf aber kein Instrument des Maßregelns für Patient:innen, der Zugangsverweigerung ins System (§ 345a) und zur alleinigen Entscheidungsfindung in diagnostischen und therapeutischen Fragen werden (§ 360b).

Die BAGP folgt nicht dem Leitsatz: „digital vor ambulant vor teilstationär vor stationär“, sondern fordert Verantwortungsübernahme von Menschen für Menschen – mit digitaler Unterstützung. Dies gilt vor allem im Bereich der Sicherstellung der Versorgung, der Patientensicherheit wie z. B. bei Arzneimittelverordnungen, der Qualitätssicherung, der Versorgung von multimorbiden Patient:innen etc.

Die BAGP fordert ein, dass Entscheidungen der Gesundheitsversorgung durch Menschen getroffen werden, die sich auf Daten stützen „dürfen“. Eine rein datenbasierte Gesundheitsversorgungsentscheidung darf nicht stattfinden, da

technische Systeme in erheblichem Ausmaß von fehleranfällig und manipulierbar sind.

Die BAGP fordert auch das Recht auf analoges Leben. Vulnerable Patient:innen, die keinen digitalen Zugang zur Versorgung herstellen können oder wollen, müssen trotzdem Anteil am Versorgungsgeschehen er(be-)halten. Wir denken hier an Menschen ohne Krankenversicherung, ohne Aufenthaltsstatus, mit Behinderungen, kognitiven Einschränkungen, sowie Hochbetagte, Analphabeten u. v. a. m.

Zum jetzigen Zeitpunkt wirken digitale Tools eher als Abwehr statt als Ermöglichung von Zugängen zur Versorgung und Kommunikation. Ein Diskriminierungsverbot – wie es für die ePA in § 335 geregelt ist – muss für die gesamte digitale Versorgung (Bedarfsermittlung – Ersteinschätzung – Vermittlung – Versorgung / Verordnung) gelten.

Die BAGP fordert weiterhin maximale Anstrengungen zur Überwindung der seit Jahrzehnten bekannten Schnittstellenprobleme der Sektoren, keine Vielfalt von Kommunikationssystemen, sondern datensicherere und allgemein anerkannte und verpflichtend zu nutzende Systeme. Insbesondere dürfen keine Chats von Beschäftigten im Gesundheitswesen über private Handys in der Versorgung erfolgen. Als Standard muss hier KIM auf der Basis der TIM genutzt werden inklusive einer Trennung von privat genutzten Handys und Dienstgeräten. Die Haftung muss hier entsprechend angepasst werden.

Die Anbindung der Leistungserbringer an die ePA soll nicht im Abstand von Jahren erfolgen, sondern zeitnah umgesetzt werden für alle Anbieter und aller wesentlichen Versorgungsthemen wie z. B. BTM, Pflege, AKI (§ 360 SGB V.)

Die ePA muss konsequent an Patientennutzen angepasst werden und es darf beispielsweise keine „Alles oder Nichts-Lösung“ in Bezug auf die Dokumentenverwaltung zu favorisiert werden. Patient:innen müssen die feingranuläre Steuerung der Einsicht in ihrer Dokumente erhalten und sie leicht bedienen können.

Außerdem fordern wir größtmögliche Einheitlichkeit in der Benutzerführung der ePA, damit An- und Zugehörige / Vertreter:innen leichter sich um die Inhalte kümmern können.

Die Verortung der ePA bei den Krankenkassen halten wir daher für nicht zielführend, weil die Bereitstellung der ePA nicht unabhängig von eigenen Interessenslagen der Krankenkassen ist. Eine unabhängige Verortung wäre vertrauenswürdiger als die Anbindung beim Kostenträger, so wie es das jetzige Schreibrecht für zusätzliche Daten nach § 25b und § 284 SGB V für die Krankenkassen zeigt.

Wenn es eine „ePA für Alle“ sein soll, dann müssen auch alle Bürger:innen gemeint sein und Menschen der PKV, Heilfürsorgeberechtigte u.a. eingebunden werden,

gepaart mit der freien sanktionsfreien Wahl aller Bürger:innen, ob sie eine ePA benutzen wollen oder nicht.

### **Patientenrechte - informationelle Selbstbestimmung, Teilhabe, Zugang für Alle**

Die BAGP fordert:

- die Einhaltung der Patientenrechte wie z.B. Informationspflichten nach § 630c BGB und Aufklärungspflichten nach § 630e BGB auch in der digitalen Versorgung. Außerdem muss die Transparenz über die eigenen Datenflüsse in der datengestützten Gesundheitsversorgung sichergestellt und einfach zugänglich sein,
- dass die Ausleitung von Sozialdaten (§ 284 SGB V) für menschenfeindliche Forschung verboten und strafbewährt ist, damit keine Wiederholung von Antisemitismus wie im dritten Reich ermöglicht wird,
- verpflichtende Patientenbeteiligung bei Transformationsprozessen z. B. in den Reallaboren (§ 284a SGB V), der Forschung, der Entwicklung von Versorgungspfaden, der gematik etc. mit entsprechender Aufwandsentschädigung i. S. d. Patientenbeteiligungsverordnung. Forschung mit Patientendaten muss mit einer verpflichtenden Evaluation einhergehen.

## **Zu den Änderungen im SGB V**

### **§ 25b SGB V Erweiterung der Ausweitung** der Untersuchung nach:

„7.) .. der Erkennung von schwerwiegenden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder hierfür erhöhten Risiken.“

Die Einbindung zusätzlicher Daten (§ 345 SGB V) aus der ePA und Daten von anderen Stellen werden für datengestützte Auswertungen bei Einwilligung der Versicherten von der Krankenkasse integriert.

Die BAGP hält es für ratsam, die „sonstigen Stellen / Quellen“ zu konkretisieren.

Die Datenauswertungen sind seit 2024 gesetzlich erlaubt, aber weitestgehend unbekannt bei den Versicherten. Diese Datenauswertungen sind als opt-out Verfahren geregelt und bedürfen keiner Zustimmung der Versicherten.

Die BAGP befürwortet grundsätzlich opt-in / Einwilligungs- statt

Widerspruchslösungen zur Sicherstellung der informationellen Selbstbestimmung der Patient:innen.

Bevor weitere Auswertungszwecke bzw. bevölkerungsrelevante Erkrankungen im § 25b aufgenommen werden, sollten die thematisch zugehörigen Innovationsprojekte und deren Evaluationen abgewartet werden, wie z. B.

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/praeerko-25b.774>.

Bei nachgewiesenem Patientennutzen und entsprechender Qualitätssicherung sind diese in die Regelförderung der GKV zu übernehmen.

Im § 25 b SGB V dürfen die Krankenkassen ihre Versicherten anschreiben und über ihre Angebote informieren. Die Passgenauigkeit der Adressaten sollte überprüft werden, um das Präventionsdilemma zu würdigen.

Patient:innen brauchen vor allem Unterstützung bei der konkreten Identifikation von Präventionsangeboten vor Ort / wohnortnah und lebensweltorientiert. In der Realität werden Anbieterlisten verschickt ohne passgenaue Angebote zu kommunizieren (Herz-Kreislauf-Sportgruppen am Wohnort für Berufstätige gibt es quasi nicht.

Die Zusendung eines Flyers zum Hinweis mit dem Hausarzt über eine DMP-Einschreibung zu sprechen reicht nicht aus.)

Generell ist darauf zu achten, dass eine Kontaktaufnahme der Krankenversicherung nicht in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt / Ärztin und Patient:in eingreift, da die Therapiehoheit beim Arzt / Ärztin / liegt.

### **§ 33a SGB V Digitale Gesundheitsanwendungen**

Grundsätzlich drängt die BAGP seit Einführung auf eine Gleichbehandlung der DIGAs mit anderen Medizinprodukten in Bezug auf nachgewiesenen Nutzen / Evidenz. Eine weitere Subvention dieser sog. Innovationsprodukte auf Kosten der Versicherten ohne jeglichen Nachweis des Patientennutzen ist nicht mehr hinnehmbar.

Es muss überprüft werden, ob der „digitale Helfer“ in Form von DIGAs tatsächlich medizinisch zweckmäßig sind und zielgruppenspezifische Nutzer bedient werden können. Kosten und Nutzen der DIGAs müssen im Verhältnis stehen.

### **§ 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MD) Bund**

KIM und TIM sind auch für die Medizinischen Dienste absolut notwendig und für die Aufgabenwahrnehmung der MD-Gemeinschaft zu begrüßen.

Die Ausübung der Richtlinienkompetenz durch den MD Bund auch beim digitalen Datenaustausch folgerichtig.

### **§ 284 SGB V Sozialdaten (Erlaubnisvorschrifterweiterung)**

#### **Zu Absatz 5 neu:**

Die Anonymisierung der Daten führt zur Herausnahme aus dem Sozialdatenschutz und damit zu einer Verwendung der Daten auch durch Dritte für bestimmte, nicht weiter benannte Zwecke. Die o. g. Dritten sind zu definieren.

#### **Zu Absatz 6 neu:**

Es ist sicherzustellen, dass die in der Gesetzesbegründung genannte konkrete Einwilligung des Versicherten zur Erhebung und Speicherung der zusätzlichen Daten einfach und verständlich aufbereitet ist und nicht übersehen wird. Außerdem müssen Sanktionen für den Versicherten ausgeschlossen werden wie z. B: Einstellung des Krankengeldes bei weiterem Nikotingebrauch als selbsthinzugefügte Erkrankung und es darf generell nicht als Einfallstor für eine erneute Diskussion zu § 52 SGB V dienen.

### **§ 284a SGB V Reallabore der Krankenkassen**

*(1) „Krankenkassen können mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Reallabore errichten, in denen die innovative Nutzung von personenbezogenen Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Absatz 1 DSGVO, über § 284 SGB V hinaus befristet erprobt werden dürfen.“*

Die BAGP fordert eine verpflichtende Einbindung von Betroffenen-/ Patientenbeteiligung z. B. als Ethikrat, der bei den Forschungen der Reallabore prüft, ob die Sicherstellung gemeinsamer ethisch-/ demokratischer Leitplanken mit dem Ziel gesamtgesellschaftlichen Problemlagen zu identifizieren und Lösungen zu entwickeln (public health Ansatz) gewährleistet wird. Es sollten Transparenzverzeichnisse geschaffen werden, die aufzeigen welche Krankenkassen was genau in ihren Reallaboren erproben und welches gemeinsame Versorgungsziel dabei Berücksichtigung findet.

Eine Risikoselektion von Versicherten darf in diesem Rahmen nicht erfolgen und eine Ausleitung von Sozialdaten für menschenfeindliche Forschung oder Behandlung wie im dritten Reich muss sanktionsbewährt sein.

**Art. 9 Abs. 1 DSGVO:** *Die Verarbeitung personenbezogener Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder*

*Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person ist untersagt.*

*(2) „Abweichend von § 284 Absatz 1 dürfen die am Reallabor beteiligten Krankenkassen personenbezogene Daten ihrer Versicherten sowie weitere personenbezogene Daten in dem gemäß Absatz 4 Satz 1 festgelegten Umfang der Erprobung verarbeiten.“*

Die BAGP fordert eine gemeingültige / einheitliche Aufsichtsbehörde für alle Krankenkassen die „Labore“ einrichten wollen. Vorweg muss ein allgemeiner Ethikrat für alle Krankenkassen gemeinsam unter Einbezug der Patient:innen / der Betroffenen, um die ethischen Leitplanken zu beschließen unter denen diese „Experimente“ durchgeführt werden dürfen.

Die Verbesserung der Versorgung und die Steigerung der Patientensicherheit müssen hier als ein wesentliches Hauptziel beschrieben werden.

Bei der Entscheidung über die Erteilung einer Genehmigung soll explizit das Interesse der Versicherten an einer datengestützten Versorgung bzw. der Vertraulichkeit der sie betreffenden Informationen berücksichtigt werden.

Aus Patientensicht ist nicht nachvollziehbar, dass Kostenträger sich mit Forschungsinstituten gleichstellen dürfen.

Wir befürchten eine Türöffnung zu Diskriminierung von Versicherten und ggf.

Kompetenzüberschreitungen der Kostenträger. Aus unserer Sicht ist es unbedingt notwendig, die Reallabore mit einer verpflichtenden Begleitforschung zu belegen. Haftungs- und Datenschutzfragen sind zu klären.

Wie beim FDZ muss die Reidentifizierung bei Forschungen im Reallabor ausgeschlossen sein. Nur unter dieser Bedingung dürfen Krankenkassen nach genetischen Dispositionen, Prävalenzen, Pflegebedürftigkeit, Krankheitsrisiken suchen. Erst wenn ein konkreter Nutzen erkennbar ist, kann über weitere Schritte nachgedacht werden.

### **§ 336 SGB V Zugriffsrechte der Versicherten**

Die BAGP äußert ihr Unverständnis darüber, dass die Möglichkeit der Identifizierung der Versicherten in den Apotheken aus dem Gesetz gestrichen wird. Da es immer noch mehr Apotheken als Geschäftsstellen der Krankenkassen und Postämter gibt, wird damit der „niedrigschwelligste“ Zugang ohne Not gekappt.

### **§ 342 SGB V Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte**

Die BAGP bedauert sehr, dass gerade die Labordaten erst in fünf Jahren in die ePA eingestellt / verbunden werden, da diese für die Behandlung und Medikation wesentlich sind. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Einbettung so lange dauert. Ebenso bedauerlich ist, dass die elektronische Patientenkurzakte (ePKA) – als Weiterentwicklung des Notfalldatensatzes - erst in drei Jahren in der ePA erscheinen wird. Patient:innen berichten sehr häufig, dass gerade die sichere Ablage und gleichzeitig schnelle Verfügbarkeit der gesundheitlichen Angaben im Notfall für sie sehr wichtig ist und dass sie schon längst erwarten, dass die ePA dies leisten könne bzw. vorrangig zu leisten hat.

Aus Patientensicht ist auch nicht nachvollziehbar, warum Krankenkassen, die mit Sanktionen belegt werden, diese aus Beiträgen der Versicherungsgemeinschaft finanzieren und dann der Gematik zugeführt werden dürfen. Wirkungsvolle Sanktionen nehmen die Verantwortlichen in die Haftung.

### **§ 342a SGB V Ombudsstellen (für ePA)**

Die BAGP begrüßt die Erweiterung der Rechte der Ombudsstellen im Sinne der Unterstützung von Menschen, die die ePA-App selbst nicht nutzen können, aber dennoch ihre Betroffenenrechte wahrnehmen wollen.

### **§ 345a SGB V Digitaler Versorgungseinstieg**

Die BAGP fordert ein Recht auf analoges Leben.

Es muss sichergestellt werden, dass Menschen ohne TI-Affinität auch medizinisch / ärztlich / pflegerisch versorgt werden.

Ein Hausarzt muss auch telefonisch erreichbar sein, damit Hochbetagte und Menschen ohne Technikanbindung (Handy, Computer, Internetzugang) wie Arme, Obdachlose, Illegale nicht abgehängt werden.

Die BAGP fordert weiterhin wie schon vor Jahrzehnten, öffentliche Zugangsoptionen via Terminal z. B. im Öffentlichen Gesundheitsdienst ÖGD, in Vor-Ort-Apotheken, in Krankenkassenfilialen usw.

Nur so kann sichergestellt werden, dass diese Menschen eine dem Grundgesetz entsprechende Versorgung / Gleichbehandlung erhalten.

**Zu Abs. 1:** *„Die Krankenkassen müssen ab 01.02.2028 verpflichtend Funktionen über die Benutzeroberfläche der ePA anbieten zu:*

*1.) Buchung von Behandlungsterminen und / oder Termine für telemedizinische Leistungen (z.B. Videosprechstunde mit eRezept):*

Die BAGP fordert, dass die bisherigen kommerziellen Anbieter auf dem Markt wie z.B. Doctolib im Bereich der GKV verboten werden. Es darf nicht sein, dass Praxen hier mit den Daten ihrer Patient:innen bezahlen und so Verwaltungskosten einsparen.

*2.) Weiterleitung des Versicherten an das bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nr. 4*

Die BAGP fordert die Sicherstellung auf, dass Terminvergaben nur nach medizinischer Dringlichkeit und nicht nach Versicherungsstatus erfolgen. Zugangsgerechtigkeit ist nur durch verpflichtende Teilnahme aller Leistungserbringer an diesen Terminvergabesystemen sicherstellbar. Daher wäre es folgerichtig, wenn es für Leistungserbringende mit Kassenzulassung festgelegte Kontingente für Privatversicherte gäbe, die sich am durchschnittlichen Anteil der Privatversicherten orientieren.

*Zu Abs. 5) „Zur eindeutigen Identifizierung der Versicherten und der Leistungserbringerorganisationen werden im Rahmen der Terminbuchung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 jeweils von den Krankenkassen die Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Betriebsstättennummern und die eindeutige Identifikationsnummer der Leistungserbringerorganisation nach § 313 Absatz 1 an die Krankenkassen übergeben.“*

Das bedeutet, dass die Krankenkassen in Echtzeit sehen bei welchem Arzt der Versicherte einen Termin vereinbart hat und bietet damit die Möglichkeit der aktiven Patientensteuerung durch die Krankenkassen.

Einen „mißbräuchlichen“ Eingriff in die (noch) freie Arztwahl lehnt die BAGP ab.

### **§ 347 SGB V Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer**

Die verpflichtende Einstellung der AU-Bescheinigung in die elektronische Patientenakte ist sinnvoll und nachvollziehbar. Patienten ohne ePA erhalten weiterhin einen Rechtsanspruch auf Ausdruck ohne Kosten.

### **§ 350 SGB V Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die ePA**

Der Mehrwert einer digitalen Impfübersicht für (digitalaffine) Patienten wird gesehen und sollte zeitnah in eine MIO übergehen.

Die Versicherten wünschen sich realen Mehrwert / Nutzen durch die ePA.

### **§ 352a SGB V Zugriff auf Daten der elektronischen Patientenakte in der grenzüberschreitenden Versorgung**

Die BAGP begrüßt, dass nur mit aktiver Einwilligung der Patient:innen auf die Daten der ePA im europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) zugegriffen werden kann. Die technische Freigabe muss einfach umsetzbar / handelbar sein.

### **§ 359a SGB V digitale Patientenrechnung**

Diese Regelung muss als opt-in-Regelung bekannt gegeben werden, damit man bewusst die Entscheidung treffen kann, ob er diese Transparenz zu Privatleistungen seiner Krankenkasse zur Erhebung und Verarbeitung zur Verfügung stellen möchte. Eigentlich sollte dies nur für relevante Arznei- / Nahrungsergänzungsmittel gelten, die einen Einfluss auf die Medikation haben könnten.

### **§ 360 SGB V Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen**

Die hier angegebenen Einführungs-/ Umsetzungsdaten sind nicht nachvollziehbar.

Es ist v. a. für die BTM-Rezepte eine zügigere Anwendung anzustreben.

*„BTM als e-Rezepte ab 1.3.2028, HKP-Verordnung ab 1.9.2028, Heilmittel-VO ab 1.6.2029, Hilfsmittel-VO ab 1.7.2030, AKI-Verordnung ab 1.4.2031, Soziotherapie-VO ab 1.9.2031.“*

### **§ 360b SGB V Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung**

Die BAGP folgt nicht dem Leitsatz: „digital vor ambulant vor teilstationär vor stationär“, sondern fordert Verantwortungsübernahme von Menschen für Menschen – mit digitaler Unterstützung. Dies gilt vor allem im Bereich der Sicherstellung der Versorgung, der Patientensicherheit wie z. B. bei Arzneimittelverordnungen, der Qualitätssicherung, der Versorgung von multimorbiden Patient:innen etc. Die Patienten-/ Versichertenvertreter ins Benehmen zu setzen ist das Mindeste.

### **§ 363a SGB V Festlegung der sicheren Übermittlungsverfahren für medizinische und pflegerische Daten**

Die BAGP unterstützt die Festlegung von sicheren Übermittlungsverfahren in der TI, über die ausschließlich kommuniziert werden darf.

### **§ 363c SGB V Verpflichtende Nutzung von sicheren Übermittlungsverfahren**

Die BAGP befürwortet eine Soll- statt einer Kann-Leistung, da ein gemeinsamer datengeschützter Kommunikationskanal notwendig ist.

Die jetzige „Vielfalt“ von X-verschiedenen Kommunikationssystemen im Medizinwesen“ ist nicht nachvollziehbar und ein Hemmnis für die Transparenz in der Versorgung. Daher muss die Vereinheitlichung absolut priorisiert werden.

### **§ 363f SGB V Übermittlung medizinischer und pflegerischer Daten mit geeigneten privaten Endgeräten**

Die BAGP befürwortet einen gemeinsamen datengeschützten Kommunikationskanal und lehnt gleichzeitig die bisherige Routine der privaten Endgerätenutzung aus Gründen des Datenschutzes ab. Es darf keine Patientendaten auf privaten Handys geben.

### **§ 370c SGB V Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen**

Die BAGP befürwortet eine Soll- statt einer Kann-Leistung, da ein gemeinsamer datengeschützter Kanal / Tool notwendig ist. Private Anbieter gehören nicht auf den GKV Markt, da hinreichend Datenabflüsse für nicht bekannte Zwecke festgestellt worden sind.

## **Änderungen im SGB XI**

### **§ 106c SGB XI Einbindung der Medizinischen Dienste in die TI**

Medizinische Dienste und Pflegekassen müssen untereinander KIM nutzen.

Die BAGP befürwortet diese Regelung, da ein gemeinsamer datengeschützter, bundesweit einheitlicher Kommunikationskanal notwendig ist.

### **§ 106d SGB XI Verpflichtende Nutzung von sicheren Übermittlungsverfahren**

Pflegekassen sollen in der Versichertenkommunikation auch TIM nutzen.

Die BAGP befürwortet diese Regelung, da ein gemeinsamer datengeschützter Kommunikationskanal notwendig ist. Es ist auch darauf zu achten, dass Menschen ohne TI - Anbindung auf analogen Wegen erreicht werden können.

München, den 17.05.2026