

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)
vom 05. Mai 2026

18. Mai 2026

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Dr. Carola Reimann (Stellv. Vors.),
Dr. Gertrud Demmler, Sandra Postel, Dr. Matthias Wernicke, Dr. Larisa Wewetzer
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



BMC-STELLUNGNAHME ZUM GEDIG-REFERENTENTWURF

GRUNDSÄTZLICH

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) begrüßt den Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) als wichtigen Schritt, um Digitalisierung stärker an konkreten Versorgungsprozessen auszurichten. Der Entwurf weist in die richtige Richtung, weil er digitale Anwendungen nicht mehr ausschließlich als technische Einzelinstrumente versteht, sondern stärker mit Fragen des Zugangs, der Steuerung und der Nutzung von Gesundheitsdaten in der Versorgung verbindet.

Gleichzeitig bleibt der Entwurf aus Sicht des BMC an mehreren Stellen noch zu vorsichtig. Digitalisierung darf nicht lediglich bestehende analoge Prozesse digital abbilden. Sie kann strukturelle Probleme der Versorgung, etwa unklare Verantwortlichkeiten, lückenhafte Rückmeldeprozesse, Kapazitätsengpässe oder Fehlanreize, nicht allein beheben. Ihr Mehrwert entsteht erst dann, wenn digitale Instrumente mit klaren Zuständigkeiten, geeigneten Versorgungsstrukturen und verbindlichen Anschlussprozessen verbunden werden. Gerade mit Blick auf die anstehende Primärversorgungsreform sollte das GeDIG daher nicht nur als Digitalgesetz, sondern als vorbereitendes Strukturgesetz für ein digital gestütztes Primärversorgungssystem verstanden werden.

Positiv ist, dass der Entwurf wichtige Grundlagen für einen digitalen Versorgungseinstieg, eine bessere Datennutzung, stärkere Interoperabilität und eine Weiterentwicklung der ePA legt. Damit entsteht die Chance, ePA, digitale Bedarfseinschätzung, Terminvermittlung und elektronische Überweisung perspektivisch zu einem durchgängigen Versorgungspfad zu verbinden. Diese Chance sollte genutzt werden. Noch nicht ausreichend abgebildet ist, wie aus digitaler Steuerung auch verbindliche Koordinierung wird.

Aus Sicht des BMC braucht ein digital gestütztes Primärversorgungssystem daher neben Zugang und Vermittlung auch eine klare Anschlusslogik. Patientinnen und Patienten müssen nachvollziehen können, welche nächsten Schritte vorgesehen sind, welche Stelle Verantwortung übernimmt und wie Informationen aus der weiteren Behandlung zu ihnen zurückfließen. Die ePA sollte hierfür perspektivisch zu einer patientenseitigen Versorgungsplattform weiterentwickelt werden, die nicht nur Informationen speichert, sondern Koordinierung unterstützt und einen digital gestützten Versorgungsplan ermöglicht.

Insgesamt erkennt der BMC die positiven Impulse des Referentenentwurfs ausdrücklich an. Damit das GeDIG sein Potenzial entfalten kann, sollten die vorgesehenen digitalen Bausteine jedoch konsequenter zu einem interoperablen, patientenzentrierten und koordinierten Versorgungssystem weiterentwickelt werden.

IM EINZELNEN

I. Zu Art. 1 Nr. 48

§ 345a SGB V – Digitaler Versorgungseinstieg

Ziel der Regelung ist es, über die ePA-Benutzeroberfläche einen digitalen Versorgungseinstieg zu schaffen, der Terminbuchung, telemedizinische Leistungen, Ersteinschätzung und elektronische Überweisung an einem Ort bündelt und so einen einfacheren, personalisierten Zugang in die passende Versorgung ermöglicht.

- Die Einführung eines digitalen Versorgungseinstiegs ist aus Sicht des BMC ein wichtiger Schritt, um bisher getrennte digitale Anwendungen stärker entlang eines konkreten Versorgungsprozesses zusammenzuführen. Besonders relevant ist dabei, dass die ePA-Benutzeroberfläche schrittweise zu einer patientenseitigen Versorgungsplattform weiterentwickelt wird. Damit kann die ePA über ihre bisherige Funktion als Speicherort hinauswachsen und zum Ausgangspunkt für Zugang, Orientierung und weitere Versorgung werden. Die vorgesehene Nutzung vorhandener Daten für eine personalisierte Ersteinschätzung und Terminsuche kann Medienbrüche vermeiden und Patientinnen und Patienten gezielter in passende Versorgungsangebote leiten.
- **Niedrigschwellige Nutzbarkeit:** Entscheidend für den Erfolg des digitalen Versorgungseinstiegs ist eine einfache, intuitive und barrierefreie Nutzung. Die ePA ist bei den Versicherten bislang noch nicht in der Breite angekommen und wird vielfach noch nicht aktiv genutzt. Registrierung, Authentifizierung und Bedienung müssen daher deutlich niedrigschwelliger ausgestaltet werden. Der digitale Versorgungseinstieg kann nur dann wirksam sein, wenn er nicht nur für digital sehr affine Nutzerinnen und Nutzer, sondern für die breite Bevölkerung einfach verständlich und ohne hohe Zugangshürden nutzbar ist. Besondere Unterstützungsbedarfe sind ergänzend zu berücksichtigen.
- **Anschlusslogik, Versorgungspfad und Versorgungsplan:** Der digitale Versorgungseinstieg darf nicht bei der Vermittlung eines Termins enden, sondern muss in einen durchgängigen Versorgungspfad eingebettet werden und zugleich die Grundlage für einen digital gestützten Versorgungsplan schaffen. Nach der Ersteinschätzung bzw. Bedarfseinschätzung muss klar erkennbar sein, welche Stelle die weitere Versorgung übernimmt, welche Informationen weitergegeben werden, welche nächsten Schritte vorgesehen sind und wie Rückmeldungen in die ePA einfließen. Perspektivisch sollte dies in einen digital gestützten Versorgungsplan münden, der Behandlungsziele, Zuständigkeiten, nächste Schritte, Monitoring und Rückkopplungen sektoren- und professionsübergreifend abbildet und auch für die Patientinnen und Patienten einsehbar und verständlich ist.
- **Bedarfsgerechtes Terminangebot:** Unklar bleibt, wie ein bedarfsgerechtes Terminangebot konkret sichergestellt werden soll. Ein digitaler Versorgungseinstieg kann nur dann wirksam steuern, wenn die Ergebnisse der Ersteinschätzung bzw. Bedarfseinschätzung und die Daten aus der elektronischen Überweisung mit tatsächlich verfügbaren und passenden Versorgungskapazitäten abgeglichen werden können. Notwendig ist daher ein aktuelles, verbindliches und diskriminierungsfreies Termin- bzw. Kapazitätsverzeichnis, das Dringlichkeit, Leistungsbedarf, regionale Erreichbarkeit und telemedizinische Optionen berücksichtigt. Private Terminbuchungsplattformen sollten über offene und standardisierte Schnittstellen angebunden werden können, sofern sie die Anforderungen an Versorgungsqualität, Datenschutz, Informationssicherheit, Barrierefreiheit, Transparenz und diskriminierungsfreien Zugang erfüllen. Diese regulatorischen Anforderungen sollten auf das hierfür Erforderliche begrenzt bleiben, damit bestehende praxistaugliche Lösungen nicht unnötig ausgeschlossen und Innovation sowie Wettbewerb im digitalen Versorgungseinstieg erhalten werden. Bei der Konkretisierung der Anforderungen sollte zudem eine klare Trennung zwischen Plattformbetrieb, Nachweisverfahren und Aufsicht gewahrt bleiben, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Die Steuerungslogik muss jedoch gemeinwohlorientiert und an der medizinischen Bedarfslage ausgerichtet bleiben.

- **Offene Plattform:** Der digitale Versorgungseinstieg sollte nicht als geschlossenes System, sondern als offene, interoperable Versorgungsplattform ausgestaltet werden. Entscheidend ist, dass neben der ePA-Benutzeroberfläche auch externe digitale Anwendungen, telemedizinische Angebote sowie beispielsweise regionale Versorgungsnetzwerke über klare Standards und Schnittstellen anschlussfähig bleiben. Auch technische Komponenten privater Anbieter sollten anschlussfähig bleiben, sofern sie die einheitlichen fachlichen, technischen und qualitativen Anforderungen erfüllen und die gemeinwohlorientierte Steuerungslogik des digitalen Versorgungseinstiegs gewahrt bleibt. So kann der digitale Versorgungseinstieg zum Ausgangspunkt eines digitalen Versorgungssystem werden, das Innovation ermöglicht und zugleich koordinierte Versorgung unterstützt.

II. Zu Art. 1 Nr. 69

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

Mit der Regelung soll ein verbindlicher Rahmen für eine digitale Bedarfseinschätzung geschaffen werden. Diese soll gesundheitliche Beschwerden strukturiert erfassen, die Dringlichkeit und Notwendigkeit einer Behandlung einordnen und Patientinnen und Patienten einer geeigneten Versorgungsebene zuweisen, etwa der Notfall-, hausärztlichen, fachärztlichen, telemedizinischen oder nichtärztlichen Versorgung.

- Mit der Konkretisierung der digitalen Bedarfseinschätzung wird ein zentraler Ansatz für eine bedarfsgerechtere Patientensteuerung angelegt. Aus Sicht des BMC ist besonders relevant, dass der individuelle Versorgungsbedarf nicht nur im Akutfall, sondern auch darüber hinaus strukturiert eingeordnet werden kann. Damit wird der digitale Versorgungseinstieg stärker mit dem geplanten Primärversorgungssystem verknüpft. Die digitale Bedarfseinschätzung kann dazu beitragen, Patientinnen und Patienten gezielter in passende Versorgungsangebote zu leiten, Fehlsteuerungen zu reduzieren und vorhandene Versorgungskapazitäten bedarfsgerechter zu nutzen.
- **Anschluss an das künftige Primärversorgungssystem:** Die digitale Bedarfseinschätzung sollte so ausgestaltet werden, dass sie nicht lediglich ein vorgelagertes Abfragetool bleibt, sondern konkrete nächste Versorgungsschritte unterstützt. Zugleich sollte sie in qualifizierte Versorgungsprozesse eingebettet werden. Je nach Dringlichkeit, Komplexität oder Ergebnis der Einschätzung kann es sinnvoll sein, dass qualifiziertes Fachpersonal die Einordnung ergänzt oder vornimmt und den weiteren Weg in die Versorgung unterstützt, digital, telefonisch, per Video oder vor Ort. Wenn ein fachärztlicher, psychotherapeutischer, telemedizinischer oder nichtärztlicher Versorgungsbedarf festgestellt wird, sollte daraus eine direkte und bedarfsgerechte Vermittlung in die entsprechende Versorgung möglich sein. Neben ärztlichen und psychotherapeutischen Angeboten sollten dabei auch Pflegefachpersonen, Heilmittelerbringer, Hebammen, Apotheken und weitere Gesundheitsfachberufe berücksichtigt werden. Ebenso sollten Selbstversorgungsempfehlungen, Termine in Primärversorgungseinheiten oder andere geeignete Präventions-, Beratungs- und Versorgungsangebote niedrigschwellig anschließen können. Die digitale Bedarfseinschätzung darf nicht zu einer zusätzlichen Zugangshürde werden, sondern sollte unnötige Umwege vermeiden.
- **Qualität, Transparenz und Einheitlichkeit:** Die digitale Bedarfseinschätzung muss evidenzbasiert, qualitätsgesichert, laienverständlich, interessenneutral und ergebnisstabil ausgestaltet werden. Positiv ist, dass der Entwurf Anforderungen an Genauigkeit, Reliabilität, Erklärbarkeit, Validierung, Evaluation und regelmäßige Aktualisierung vorsieht. Wichtig ist zudem, dass die digitale Bedarfseinschätzung mit bestehenden Ersteinschätzungsverfahren in Akut- und Notfallstrukturen abgestimmt wird, damit keine widersprüchlichen Einschätzungen entstehen.

- **Verknüpfung mit Folgeprozessen und Versorgungsplan:** Entscheidend ist, dass die Ergebnisse der digitalen Bedarfseinschätzung nicht isoliert bleiben, sondern unmittelbar für die weiteren Versorgungsschritte nutzbar werden. Dringlichkeit, Versorgungsbedarf und relevante Informationen sollten mit Terminvermittlung, elektronischer Überweisung, ePA und den IT-Systemen der Leistungserbringer verknüpft werden. Perspektivisch sollte die digitale Bedarfseinschätzung zudem in einen digital gestützten Versorgungsplan eingebunden werden, der Behandlungsziele, Zuständigkeiten, nächste Schritte, Zeitkorridore, Monitoring und Rückmeldungen sektoren- und professionsübergreifend abbildet. Damit würde aus der digitalen Einschätzung nicht nur eine Zugangsfunktion, sondern ein Instrument für bessere Koordinierung.

III. Zu Art. 1 Nr. 7 i.V.m. Art. 1 Nr. 9 und Art. 1 Nr. 69

§ 73 Abs. 9a SGB V i.V.m. § 86a SGB V und § 360a – Elektronische Überweisung

Die elektronische Überweisung soll ab dem 1. September 2029 verbindlich in der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen hierfür zugelassene Programme und die Telematikinfrastruktur verwenden; Überweisungsdaten und Informationen zur Einlösung sollen zudem automatisiert in die ePA übertragen werden können.

- Die elektronische Überweisung ist aus Sicht des BMC für einen digital gestützten Versorgungspfad unverzichtbar. Ihr Mehrwert entsteht vor allem dann, wenn sie nicht nur den bisherigen Papierprozess ersetzt, sondern relevante Informationen strukturiert zwischen Versorgungsebenen übermittelt. So kann sie Medienbrüche vermeiden, Informationsverluste reduzieren und Patientinnen und Patienten gezielter in die passende Versorgung leiten.
- **Frühere Einführung:** Die verpflichtende Einführung der elektronischen Überweisung erst zum 1. September 2029 erscheint aus Sicht des BMC zu spät. Die E-Überweisung ist ein zentraler Baustein, damit digitale Bedarfseinschätzung, Terminvermittlung und ePA zu einem durchgängigen Versorgungspfad verbunden werden können. Wenn der digitale Versorgungseinstieg bereits ab Februar 2028 aufgebaut wird, sollte die elektronische Überweisung möglichst frühzeitig und schrittweise eingebunden werden und in der gematik-Roadmap entsprechend priorisiert werden. Zudem sollte sie als generische digitale Prozessstrecke angelegt werden, die perspektivisch auch für weitere Verordnungs-, Vermittlungs- und Versorgungsprozesse nutzbar ist. Andernfalls besteht das Risiko, dass zentrale Elemente des digitalen Versorgungspfads zeitlich auseinanderfallen und die Steuerungswirkung zunächst begrenzt bleibt.
- **Strukturierte Informationen und Dringlichkeit:** Die elektronische Überweisung sollte nicht lediglich die heutige Papierüberweisung digital ersetzen. Ihr Mehrwert entsteht vor allem dann, wenn sie strukturierte Angaben zum Überweisungsanlass, zur medizinischen Fragestellung, zur Dringlichkeit, zum geeigneten Zeitkorridor und zu relevanten Vorinformationen enthält. Gerade im Zusammenspiel mit digitaler Bedarfseinschätzung und Terminvermittlung sollte sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten mit dringendem fachärztlichem Behandlungsbedarf schneller in die passende Versorgung gelangen und weniger dringliche Anliegen entsprechend gesteuert werden.
- **Einbindung in die ePA als Versorgungsplattform:** Perspektivisch sollte die E-Überweisung als strukturierter Übergabepunkt in die ePA als Versorgungsplattform eingebunden werden. Rückmeldungen, Empfehlungen und nächste Schritte nach der Weiterbehandlung sollten dort nachvollziehbar dokumentiert und für die weitere Versorgung nutzbar gemacht werden können.

IV. Zu Art. 1 Nr. 79, Nr. 86 und Nr. 87

§ 374a SGB V, § 386 Abs. 1 SGB V und § 386a SGB V – Interoperabilität und offene Schnittstellen

Die Regelungen sollen Gesundheitsdaten sektoren- und systemübergreifend nutzbar machen. Dafür werden Leistungserbringer zur interoperablen Datenhaltung verpflichtet, Hersteller informationstechnischer Systeme stärker eingebunden und offene Schnittstellen zwischen Hilfsmitteln, Implantaten und digitalen Gesundheitsanwendungen geschaffen.

- Die vorgesehenen Regelungen adressieren ein zentrales Digitalisierungsproblem, indem sie Gesundheitsdaten aus Datensilos lösen und sektoren- sowie systemübergreifend nutzbar machen. Daten und Anwendungen müssen voneinander getrennt werden und unabhängig von einzelnen Systemen nutzbar sein. Dass die Pflicht zur interoperablen Datenhaltung durch klare Herstellerpflichten praktisch umsetzbar gemacht wird, ist ein wichtiger Schritt, um Systemwechsel zu erleichtern, Datenportabilität zu stärken und Gesundheitsdaten besser für Versorgung, ePA, digitale Anwendungen und Versorgungspfade nutzbar zu machen. Entscheidend ist dabei nicht nur, dass Daten grundsätzlich verfügbar sind, sondern dass versorgungsrelevante Informationen schnell, strukturiert und möglichst automatisiert dorthin fließen, wo sie für Behandlung, Koordinierung und Rückmeldung benötigt werden. Dies betrifft sowohl den Zugang der Patientinnen und Patienten zu ihren eigenen Daten als auch die Nutzung durch berechtigte Leistungserbringer im Versorgungspfad.
- **Integration DiGA und Devices:** Positiv ist, dass Hilfsmittel und Implantate mit elektronischer Datenübertragung künftig interoperable Schnittstellen zu DiGA öffnen sollen. Dadurch können versorgungsrelevante Device-Daten besser für Telemonitoring, Chronikerversorgung und Prävention genutzt werden. Dass der Entwurf Anwendungen zur Fernüberwachung des Gesundheitszustands stärker in den DiGA-Kontext einbezieht, weist ebenfalls in die richtige Richtung. Entscheidend ist jedoch, dass DiGA und Telemonitoring nicht als isolierte Anwendungen neben der Versorgung stehen, sondern in Versorgungspfade, ärztliche bzw. interprofessionelle Begleitung, konkrete Versorgungsziele und strukturierte Datenflüsse eingebunden werden. Ihre Daten sollten mit Einwilligung der Versicherten an ePA, Leistungserbringersysteme und perspektivisch einen digital gestützten Versorgungsplan anschlussfähig bleiben. Im weiteren Verfahren sollten hierfür differenzierte Rahmenbedingungen geprüft werden, insbesondere mit Blick auf Risikoklassen, Datenflüsse, Verantwortlichkeiten und die Einbindung in koordinierte Versorgungspfade.
- **Standards:** Wichtig ist, dass Interoperabilität nicht nur allgemein gefordert, sondern über international anerkannte verbindliche Standards, Profile und Leitfäden konkretisiert wird. Die Rolle des Kompetenzzentrums für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) bei der gematik ist dafür zentral. Entscheidend wird sein, dass die festgelegten Anforderungen sowie die technischen und betrieblichen Festlegungen zu Hilfsmitteln, Implantaten und DiGA praxistauglich, eindeutig und verbindlich umgesetzt und wirksam überprüft werden. Nur dann entsteht aus rechtlicher Interoperabilität auch tatsächliche Nutzbarkeit in der Versorgung.

V. Zu Art. 1 Nr. 3 und Art. 1 Nr. 15

§ 25b SGB V und § 284a SGB V – Datengestützte Risikoerkennung und Reallabore der Krankenkassen

Ziel der Regelungen ist es, Gesundheitsdaten stärker für Prävention, frühzeitige Risikoerkennung und Versorgungsinnovation nutzbar zu machen. Kranken- und Pflegekassen sollen Risiken wie drohende Pflegebedürftigkeit oder schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen früher erkennen und innovative Datennutzungen in Reallaboren befristet erproben können.

- Die erweiterten Möglichkeiten zur Datennutzung durch Kranken- und Pflegekassen können einen wichtigen Beitrag zu einer stärker präventiven und vorausschauenden Versorgung leisten. Eine frühzeitige, datengestützte Ansprache kann helfen, Risiken früher zu erkennen und vermeidbare Belastungen des Versorgungssystems zu reduzieren. Positiv ist zudem, dass zusätzlich erhobene Daten nicht bei der Krankenkasse verbleiben, sondern in die ePA überführt werden sollen. Dies stärkt die ePA als zentralen Ort versorgungsrelevanter Informationen.
- **Anschluss an konkrete Versorgungsangebote:** Entscheidend ist, dass datengestützte Hinweise nicht bei der Information über ein mögliches Risiko stehen bleiben. Eine reine Risikoinformation kann Unsicherheit erzeugen, ohne bereits einen unmittelbaren Versorgungsnutzen zu schaffen. Hinweise sollen daher niedrighschwellig in geeignete Präventions-, Beratungs- und Versorgungsangebote überführt werden. Dies gilt insbesondere für Primärversorgung, DMP, Pflegeberatung und regionale Versorgungsstrukturen. Zudem sollte nachvollziehbar sein, ob entsprechende Angebote angenommen werden und welchen Versorgungseffekt sie erzielen.
- **Kommunikationswege erweitern:** Damit datengestützte Hinweise wirksam werden, sollten neben der schriftlichen Ansprache weitere Kommunikationswege ermöglicht und niedrighschwellig ausgestaltet werden, sofern Versicherte dem zugestimmt haben. Dazu können etwa Hinweise über die ePA-App, Krankenkassen-Apps, Push-Nachrichten oder telefonische Beratung gehören. Gerade bei präventionsrelevanten Risiken kommt es darauf an, Versicherte nicht nur formal zu informieren, sondern sie tatsächlich zu erreichen und ihnen passende nächste Schritte verständlich aufzuzeigen.
- **Dynamischeren Rahmen für Risikoerkennung:** Perspektivisch sollte die datengestützte Risikoerkennung nicht dauerhaft über eine abschließende Liste einzelner Indikationen gesteuert werden, die bei jedem neuen Anwendungsfall gesetzlich ergänzt werden müsste. Sinnvoller wäre ein klar zweckgebundener, qualitätsgesicherter und transparenter Rahmen, der die Nutzung von Daten für Prävention, Früherkennung und die Erkennung bereits bestehender Erkrankungs- und Versorgungsrisiken ermöglicht. Dabei müssen Datenschutz, Zweckbindung, Datenqualität und Transparenz gegenüber den Versicherten gewährleistet bleiben. Soweit künftig auch KI-gestützte Methoden eingesetzt werden sollen, sollte dies rechtlich klar eingeordnet und mit Anforderungen an Nachvollziehbarkeit, Validität, Qualitätssicherung und Evaluation verbunden werden.
- **Reallabore für Versorgungsinnovationen nutzbar machen:** Damit Reallabore einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung leisten, sollten sie von Beginn an mit Evaluationskriterien und einer Perspektive zur Überführung erfolgreicher Ansätze in die Regelversorgung verbunden werden. Besonders geeignet sind Reallabore aus Sicht des BMC für datengestützte Prävention, populationsbezogene Versorgung, digitale Versorgungspfade und neue Koordinierungsansätze. Positiv ist, dass Reallabore auch kassenübergreifend angelegt werden können. Gerade digitale und präventionsbezogene Versorgungsangebote sollten nicht in Einzellösungen einzelner Krankenkassen verbleiben, sondern gemeinsam entwickelt, evaluiert und skaliert werden können. Zudem sollte eine möglichst einheitliche Genehmigungs- und Aufsichtspraxis sichergestellt werden, damit unterschiedliche Auslegungen zwischen Aufsichtsbehörden die praktische Nutzung der Reallabore nicht erschweren. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob Reallabore auch sozialgesetzbuchübergreifende Ansätze an den Schnittstellen von Versorgung, Rehabilitation, Teilhabe und sozialer Unterstützung ermöglichen können.

VI. Weiterer Regelungsbedarf

Elektronische Patientenakte als Versorgungsplattform und Grundlage eines Versorgungsplans

Der Referentenentwurf schafft wichtige Grundlagen für einen digitalen Versorgungseinstieg, indem digitale Bedarfseinschätzung, Terminvermittlung, elektronische Überweisung und ePA stärker miteinander verknüpft werden. Damit wird vor allem der Zugang zur Versorgung neu geordnet. Noch nicht ausreichend abgebildet ist jedoch, wie daraus ein koordinierter Versorgungsprozess entsteht.

- **Verbindliche Koordinierung:** Aus Sicht des BMC sollte der Entwurf stärker berücksichtigen, wie aus digitaler Steuerung verbindliche Koordinierung wird. Gerade mit Blick auf die anstehende Primärversorgungsreform sollte der digitale Versorgungseinstieg nicht bei der Einschätzung des Bedarfs und der Vermittlung eines Termins enden, sondern als Ausgangspunkt eines durchgängigen Versorgungspfads ausgestaltet werden. Dafür braucht es eine klare Anschlusslogik, aus der hervorgeht, wer nach der Bedarfseinschätzung die weitere Versorgung übernimmt, welche Informationen weitergegeben werden, welche nächsten Schritte vorgesehen sind und wie Rückmeldungen erfolgen. Perspektivisch sollte hierfür ein klar geregelter Anspruch auf einen digital gestützten Versorgungsplan geschaffen werden. Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Versorgungsbedarf sollte ein solcher Plan verpflichtend angeboten werden, damit Koordinierung nicht nur technisch möglich, sondern als konkretes Versorgungsangebot verankert wird.
- **Digital gestützten Versorgungsplan:** Der BMC empfiehlt, bereits im GeDIG die Grundlage für einen digital gestützten Versorgungsplan zu schaffen. Dieser sollte in der ePA als Versorgungsplattform verankert werden und Behandlungsziele, Zuständigkeiten, nächste Schritte, Zeitkorridore, Monitoring, Eskalationspfade und Rückmeldungen sektoren- und professionsübergreifend abbilden. Dadurch würde für Patientinnen und Patienten sowie für beteiligte Leistungserbringer nachvollziehbar, was im weiteren Versorgungsverlauf geplant ist und wer für welche Schritte Verantwortung trägt.
- **Primärversorgung und interprofessionelle Versorgung einbinden:** Ein digital gestützter Versorgungsplan sollte insbesondere für komplexe, chronische oder sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe nutzbar sein. Er sollte an Primärversorgungseinheiten, Primärversorgungszentren und regionale Primärversorgungsnetze anschlussfähig sein und auch nichtärztliche Gesundheitsberufe einbeziehen. Gerade in einem modernen Primärversorgungssystem müssen ärztliche, pflegerische, therapeutische, pharmazeutische und telemedizinische Leistungen besser koordiniert werden können.
- **Patientenzentrierung und Open Notes:** Ein digital gestützter Versorgungsplan muss patientenzentriert ausgestaltet sein. Patientinnen und Patienten sollten den Plan einsehen, verstehen und, soweit sinnvoll, aktiv mitgestalten können. Dazu gehört perspektivisch auch ein besserer Zugang zu Behandlungsinformationen im Sinne des Open-Notes-Ansatzes, also der einfache digitale Zugriff auf ärztliche und weitere fachliche Verlaufsnotizen. Dies kann Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, ihre Erkrankung und die nächsten Behandlungsschritte besser zu verstehen, sich stärker an Entscheidungen zu beteiligen und mögliche Unstimmigkeiten in der Dokumentation zu erkennen. Die ePA sollte daher nicht nur als Speicherort einzelner Dokumente, sondern als verständliche, patientenseitige Informations- und Koordinierungsplattform weiterentwickelt werden.