



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und
digitale Innovation im Gesundheitswesen

18. Mai 2026



In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Referentenentwurfs, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen, insbesondere in der Anhörung am 18. Mai 2026, behalten wir uns vor.

Allgemeines

Das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDiG) dient ausweislich seiner Begründung dem Ziel, „wesentliche technische Voraussetzungen für die Vorbereitung eines digital gestützten Primärversorgungssystems zu schaffen“ (RefE GeDiG, S. 90). Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) bietet – mit ihrer jahrzehntelangen Erfahrung in der Primärversorgung und dem effizienten Einsatz digitaler Lösungen – das größte Potenzial zielgenauer Lösungen und adressiert den Kern der aktuell dringendsten Probleme.

Für Millionen Versicherte sichert die HZV schon jetzt eine interdisziplinäre und vernetzte Versorgung mit erfolgreichem Gatekeeping. Im Rahmen der Vorbereitung einer digitalen Primärversorgung muss die HZV daher eine zentrale Rolle einnehmen und bei der Einrichtung zusätzlicher Anlaufstellen für Versicherte und Leistungserbringer im GeDiG nahtlos verzahnt werden. Die HZV ist daher als verlässlicher Knotenpunkt der Primärversorgung zwingend mit weiteren Leistungsbereichen und neuen digitalen Angeboten zu verknüpfen.

Wir fordern, die Leistungserbringer der Primärversorgung – insbesondere die HZV – explizit in den Gesetzesentwurf aufzunehmen und auf diese Weise sicherzustellen, dass die erforderliche umfassende Grundlage für die Reform der Primärversorgung geschaffen wird.

Kritisch werden vor allem folgende Maßnahmen mit Bezug zur hausärztlichen Versorgung bewertet:

- die Regelungen zum digitalen Versorgungseintritt ohne Einbindung der HZV (über die ePA-App zu einer Ersteinschätzung durch die Terminservicestellen der KVen und ggf. Terminvermittlung), insb. angesichts der im Koalitionsvertrag verankerten geplanten Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems;
- die deutlich erweiterten Datenzugriffs- und Analysemöglichkeiten für Krankenkassen (insb. Nutzung von Gesundheitsdaten für Versorgung, Steuerung und Forschung – inkl. ePA-Daten).

Zudem fordern wir in diesem Zusammenhang insbesondere:

- die zentrale Einbindung und explizite Aufnahme der HZV (§ 73b SGB V) in den Gesetzesentwurf, um auf diese Weise sicherzustellen, dass die erforderliche umfassende Grundlage für die Reform der Primärversorgung geschaffen wird,
- ein eindeutiges, verpflichtendes HZV-Kennzeichen inklusive der betreuenden HZV-Praxis im Versichertenstammdatenmanagement,
- die digitalen Zugangs- und Ersteinschätzungssysteme müssen die hausärztliche Steuerungsfunktion unterstützen und nicht umgehen,
- die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Nutzung, Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten auf das notwendige Maß zu begrenzen, sowie
- die Digitalisierung zentraler Versorgungsprozesse schnell und praxistauglich umzusetzen (insb. bezogen auf Verordnungen, Überweisungen).



Abschließend fordern wir, den Erfüllungsaufwand der (haus-)ärztlichen Leistungserbringer insbesondere in den Bereichen Hardware, Software und Praxisverwaltungssysteme sowie weiterer Module angemessen zu berücksichtigen und einer Refinanzierung zuzuführen. Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen führt in den Praxen zu einem erheblichen zusätzlichen organisatorischen, technischen und personellen Aufwand, der bislang vielfach nicht ausreichend abgebildet wird. Die Erfahrungen der vergangenen Wochen und Monate haben erneut gezeigt, dass hausärztliche Praxen zunehmend mit komplexen Umstellungs- und Anpassungsprozessen belastet werden – etwa im Rahmen des Wechsels der eHBA der Kartengeneration 2.0 von RSA- auf ECC-Zertifikate. Neben direkten Kosten für neue Hard- und Software entstehen dabei erhebliche Aufwände durch Installation, Systemanpassungen, Abstimmungen mit IT-Dienstleistern, Schulungen des Praxispersonals sowie durch temporäre Einschränkungen im Praxisbetrieb. Diese zusätzlichen Belastungen dürfen nicht einseitig den Praxen auferlegt werden, sondern müssen durch den Gesetzgeber verlässlich und unbürokratisch refinanziert werden.

I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB V – § 25b SGB V-neu (erweiterte Datenzugriffs- und Analysemöglichkeiten durch Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung in § 25b SGB V-neu zur datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch Kranken- und Pflegekassen eröffnet diesen die Möglichkeit der Nutzung der bei ihnen vorliegenden Daten der betroffenen Versicherten. Dies soll zukünftig auch Daten in den elektronischen Patientenakten umfassen. Krankenkassen sollen einen direkten Zugriff auf die Daten der Versicherten erhalten können. Zusätzlich können sie weitere personenbezogene Daten bei Versicherten oder anderen Stellen erheben. Die Ergebnisse bzw. erhobenen Daten sollen wiederum in die ePA eingestellt werden.

Bewertung

Der Änderungsvorschlag ist ersatzlos zu streichen.

Die Frage der Erforderlichkeit und Geeignetheit der Datennutzung wird in § 25b SGB V nicht näher geregelt, sondern den Krankenkassen überlassen. Eine individuelle Information der Versicherten über die Nutzung erfolgt nicht. Dies stört in erheblichem Maße das erforderliche Vertrauen in die ePA, sowohl bei Versicherten als auch bei Leistungserbringern. Den Versicherten wird der Eindruck vermittelt, dass die Informationen, die sie ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin anvertrauen, automatisch an die Krankenkasse weitergeleitet werden. Die Ärztinnen/Ärzte müssen beim Befüllen der ePA mitdenken, dass Adressat der Informationen nicht nur weitere Ärztinnen/Ärzte oder Leistungserbringer sind, sondern de facto auch Krankenkassen, die Daten für ihre Zwecke nutzen.

Die Nutzung und Auswertung der Gesundheitsdaten der GKV-Versicherten ist zu Recht in einem ausgewogenen Verhältnis geregelt. Eine generelle Öffnung von ePA-Daten für alle Krankenkassen und Pflegekassen steht in nicht vermittelbarem Kontrast zu den sonstigen Anforderungen an die Datenverarbeitung, vgl. §§ 303a ff SGB V. Dies stört die Vertrauensbeziehung der Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer, und ist daher ersatzlos zu streichen.



Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband lehnt die Nutzung von Gesundheitsdaten durch die Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten dabei nicht grundsätzlich ab. Wichtig ist, dass

- der Zugriff der Krankenkassen auf ePA-Daten unterbunden wird,
- die technischen Algorithmen, die von den Krankenkassen zur Analyse der Daten genutzt werden, ärztlich kuratiert und evidenzbasiert sind und
- die Kommunikation der Ergebnisse der Krankenkasse in Richtung der betreuenden (hausärztlichen) Praxis erfolgt, die diese dann einordnen und bei Bedarf mit der Patientin/dem Patienten besprechen kann.

Andernfalls droht eine Vermischung der Rolle der Krankenkassen als Versicherer bzw. als Leistungserbringer/Versorger der Versicherten. Wenn aber die Krankenkasse gegenüber den Versicherten als Versorger/medizinischer Berater auftritt droht hier ein Interessenkonflikt seitens der Krankenkasse bzw. letztlich ökonomisch getriebene Empfehlungen zur medizinischen Versorgung unter dem Deckmantel technischer Neutralität.

Höchstvorsorglich, für den Fall, dass die Regelung in ihrer jetzigen Form beibehalten wird, ist zu fordern, dass auch Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung sowie Akteure des selektivvertraglichen Bereichs, die mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen beauftragt sind, unter klar definierten datenschutzrechtlichen Voraussetzungen Zugriff auf entsprechende Daten erhalten. Andernfalls entstünde ein einseitiger Informations- und Steuerungsvorteil zugunsten der Krankenkassen, ohne dass die unmittelbar an der Versorgung beteiligten ärztlichen Strukturen vergleichbare Möglichkeiten zur qualitätsgesicherten Nutzung der Daten hätten. Eine ausschließliche Datenanalyse durch Krankenkassen würde daher nicht nur das Gleichgewicht innerhalb des Gesundheitswesens verschieben, sondern auch die Gefahr begründen, dass medizinische Bewertungen zunehmend durch ökonomische Interessen beeinflusst werden. Wenn der Gesetzgeber die Nutzung von Gesundheitsdaten erweitern möchte, muss sichergestellt werden, dass diese Möglichkeiten gleichermaßen denjenigen Akteuren offenstehen, die unmittelbar Verantwortung für die medizinische Versorgung tragen und die Ergebnisse fachlich einordnen können. Nur so kann gewährleistet werden, dass datenbasierte Erkenntnisse tatsächlich im Interesse der Patientinnen und Patienten genutzt werden und das notwendige Vertrauen in die ePA erhalten bleibt.

B. Artikel 1 SGB V – § 284 Abs. 6 SGB V-neu (zusätzliche Datenerhebung durch die Krankenkassen bei Einwilligung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 284 Abs. 6 SGB V-neu gibt den Krankenkassen die Möglichkeit zur zusätzlichen Datenerhebung bei Einwilligung der Versicherten: Krankenkassen sollen zusätzlich zu den bereits bei ihnen vorhandenen Sozialdaten auch weitere personenbezogene Daten bei ihren Versicherten und auch bei Dritten erheben dürfen, soweit die Versicherten in diese Datenverarbeitung ausdrücklich eingewilligt haben. Für welche Aufgaben der Krankenkassen die auf diese Weise erhobenen Daten tatsächlich genutzt werden dürfen, sollen Versicherte selbst entscheiden.



Bewertung

Der Änderungsvorschlag ist ersatzlos zu streichen.

Aus hausärztlicher Sicht ist die vorgesehene Erweiterung des § 284 Abs. 6 SGB V kritisch zu bewerten, weil sie die datenschutzrechtliche Grenze zwischen Versorgung, Krankenkassenverwaltung und patientenbezogener Gesundheitssteuerung deutlich verschiebt. Problematisch ist, dass Krankenkassen künftig mit Einwilligung der Versicherten zusätzliche personenbezogene Gesundheitsdaten nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch „bei anderen Stellen“ erheben dürfen und diese Daten anschließend verpflichtend in die ePA übermitteln sollen. Offensichtlich wird hierdurch, dass Krankenkassen sich aus ihrer originären Rolle als Sozialleistungsträger mit Verwaltungs- und Finanzierungsfunktion immer weiter zu einem Akteur der individuellen medizinischen Datensammlung und Gesundheitssteuerung entwickeln. Bei den gesammelten Daten handelt es sich nicht etwa nur um einfache personenbezogene Daten, sondern um hochsensible Gesundheitsinformationen, die für die Krankenkassen von erheblichem Steuerungswert sind. Es droht so eine zunehmende „Kassenmedizin durch Datensteuerung“. Wenn Krankenkassen umfangreiche zusätzliche Gesundheitsdaten verarbeiten und mit ePA-Inhalten kombinieren können, entsteht mittelbar ein Instrument zur Risikoprofilbildung und Versorgungslenkung außerhalb der unmittelbaren Arzt-Patienten-Beziehung. Dies kann das traditionelle Vertrauensverhältnis zwischen Hausärztin/Hausarzt und Patientin/Patient beeinträchtigen.

Auch wenn die Möglichkeit zur zusätzlichen Datenerhebung von dem Kriterium der Einwilligung des Versicherten abhängig gemacht wird, muss die Freiwilligkeit der Einwilligung im GKV-Kontext rechtlich und praktisch hinterfragt werden: Versicherte befinden sich gegenüber ihrer Krankenkasse typischerweise in einem strukturellen Abhängigkeitsverhältnis. Aus hausärztlicher Perspektive besteht daher die Gefahr, dass Einwilligungen faktisch nicht als vollständig autonom empfunden werden, insbesondere wenn sie mit Präventionsangeboten, Bonusprogrammen oder Versorgungssteuerung verknüpft werden.

Kritisch zu betrachten ist zudem, dass die Norm verhältnismäßig offen formuliert ist („zusätzliche ... erforderliche personenbezogene Daten“). Der hierin liegende weite Interpretationsspielraum hinsichtlich Art, Umfang und Quellen der Datenerhebung sollte im Hinblick auf die Gewährung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung und des Sozialdatenschutzes durch eine deutlich engere gesetzliche Zweckbegrenzung umformuliert werden. Sofern also keine Streichung der beabsichtigten Regelung erfolgt, müsste diese in jedem Falle in ihrem Regelungsgehalt enger gefasst werden.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an einer erweiterten Nutzung von Gesundheitsdaten festhalten, ist sicherzustellen, dass entsprechende Zugriffs- und Auswertungsmöglichkeiten nicht ausschließlich Krankenkassen vorbehalten bleiben. Auch Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung sowie Akteure des selektivvertraglichen Bereichs, die mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen beauftragt sind, müssen unter klar definierten datenschutzrechtlichen Voraussetzungen die Möglichkeit erhalten, entsprechende Daten im Interesse einer qualitätsgesicherten und patientenzentrierten Versorgung zu nutzen.



C. Artikel 1 SGB V - § 284a SGB V – Reallabor

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 284 SGB V-neu soll den Krankenkassen die Möglichkeit geben, die Nutzung ihrer Daten in sogenannten „Reallaboren“ zu erproben. Diese Erprobung ist sowohl inhaltlich als auch technisch sehr offengehalten und bedarf lediglich einer Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, die für bis zu sechs Jahre erteilt werden kann.

Bewertung

Der Änderungsvorschlag ist ersatzlos zu streichen.

Die Krankenkassen verwalten hochsensible Daten, mit denen zurückhaltend und verantwortlich umzugehen ist. Hierfür bedarf es klarer und bundesweit einheitlicher Regelungen, auf die sich die Patientinnen und Patienten verlassen können. Die Idee der Reallabore konterkariert diese Grundhaltung. Die Nutzung der Daten würde künftig je nach Kasse und Aufsichtsbehörde deutlich voneinander abweichen, ohne dass dies den Versicherten klar und transparent kommuniziert wird. Im Übrigen begeben sich die Krankenkassen auch mit dieser Regelung in den möglichen Zielkonflikt zwischen Versicherungen zur Absicherung eines Erkrankungsrisikos und Versorgungsanbietern und Gesundheitsberatern, der zu Zielkonflikten zwischen ökonomischen Interessen der Versicherung und medizinischen Erfordernissen der Versicherten führen kann, die durch die Krankenkassen nicht sachgerecht zu lösen sind.

D. Artikel 1 SGB V – § 291a Abs. 2 SGB V-neu (verpflichtende Daten auf der eGK)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 291a Abs. 2 SGB V erweitert den Pflichtinhalt der elektronischen Gesundheitskarte bzw. der damit verbundenen Versichertenstammdaten um zusätzliche digitale Steuerungs- und Kommunikationsinformationen.

Bewertung

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Versorgungssystematisch höchst relevant ist allerdings die Aufnahme der HZV-Teilnahme und der gewählten Hausarztpraxis in § 291a Abs. 2 Nr. 14 SGB V-neu bzw. Ergänzung des § 291a Abs. 2 um eine neue Ziffer 14, um der in § 73b SGB V angelegten Koordinierungsfunktion der Hausarztpraxis gerecht zu werden. Diese Steuerungsfunktion kann digital nur wirksam umgesetzt werden, wenn die Zuordnung des Versicherten technisch eindeutig und sektorenübergreifend verfügbar ist. Die ausdrückliche Speicherung der HZV-Teilnahme schafft hierfür eine verlässliche digitale Grundlage. Leistungserbringer und TI-Anwendungen können dadurch erkennen, ob eine koordinierte Versorgung über eine bestimmte Hausarztpraxis erfolgen soll. Dies erleichtert insbesondere die gezielte Kommunikation zwischen Fachärzten und Hausarztpraxis, die digitale Überweisungssteuerung, Rückmeldungen und Befundübermittlungen, dient der Vermeidung unkoordinierter Parallelbehandlungen sowie der Einbindung der Hausarztpraxis in digitale Termin- und Ersteinschätzungsverfahren. Ohne eine solche Kennzeichnung bestünde die Gefahr, dass digitale Anwendungen der TI die HZV-Strukturen faktisch umgehen. Die gesetzlich gewollte Primärversorgungssteuerung nach § 73b SGB V könnte dann technisch nicht zuverlässig abgebildet werden.



Die Regelung ist zudem deshalb sinnvoll, weil sie die Kontinuität der Versorgung stärkt. Gerade bei multimorbiden oder chronisch kranken Patienten hängt die Qualität der Versorgung wesentlich davon ab, dass Informationen gebündelt bei einer koordinierenden Stelle zusammenlaufen. Die digitale Sichtbarkeit der gewählten Hausarztpraxis unterstützt diese Funktion.

Schließlich schafft die Norm auch Rechtssicherheit: Sie stellt ausdrücklich klar, dass die Berücksichtigung von HZV-Strukturen kein bloßer optionaler Zusatz digitaler Anwendungen ist, sondern gesetzlich vorgesehener Bestandteil der Telematikinfrastruktur sein soll.

Ergänzungsvorschlag

Die Neuregelung in § 291a Abs. 2 SGB V sollte daher um eine Regelung ergänzt werden, welche die Teilnahme des Versicherten an der HZV nach § 73b SGB V besonders kennzeichnet. § 291a – Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung sollte daher in Abs. 2 wie folgt ergänzt werden:

„12. das Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in dem Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.

13. bei Versicherten, die den Sofortnachrichtendienst der Telematikinfrastruktur nach § 363a Absatz 1 Nummer 1 nutzen, den eindeutigen Identifikator zur Nutzung dieses Dienstes.

14. Kennzeichnung der Teilnahme des Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b sowie die Bezeichnung der nach § 73b Absatz 3 Satz 2 gewählten Hausarztpraxis.“

- E. Artikel 1 SGB V – §§ 306, 307 Abs. 5, 311 Abs. 1 Nr. 19, 312 und § 324 SGB V-neu
(Telematikinfrastruktur, datenschutzrechtliche Verantwortliche und Aufgaben sowie Aufträge der Gesellschaft für Telematik)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 312 Absatz 5 SGB V verpflichtet die Gesellschaft für Telematik (gematik), die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Überweisungen künftig elektronisch übermittelt werden können. Ziel der Digitalisierung des Überweisungsverfahrens innerhalb der Telematikinfrastruktur ist der sichere elektronische Austausch von Überweisungen zwischen Leistungserbringern.

Bewertung

Eine vollumfassende Digitalisierung des Überweisungsverfahrens kann nur dann sinnvoll gestaltet werden, wenn de facto alle Leistungserbringer erfasst werden. Rechtlich, versorgungssystematisch und rein praktisch unerlässlich ist daher die Anbindung an weitere Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 SGB V.

§ 73b SGB V weist dem Hausarzt eine besondere Koordinierungs- und Steuerungsfunktion im Versorgungssystem zu. Die HZV dient gerade dazu, eine kontinuierliche, koordinierte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen sowie unnötige Doppeluntersuchungen, Medienbrüche und unkoordinierte Facharztkontakte zu vermeiden. Die Überweisung ist dabei eines der zentralen Steuerungsinstrumente der hausärztlichen Versorgung.



Würde die elektronische Überweisung lediglich technisch als digitales Abbild des bisherigen Papierformulars ausgestaltet, ohne ausdrückliche Anbindung an HZV- und Primärversorgungsstrukturen, bestünde die Gefahr einer Parallelstruktur außerhalb der hausärztlichen Koordination. Die vorgesehene Formulierung in § 312 Abs.5 SGB V stellt demgegenüber sicher, dass digitale Überweisungsprozesse funktional in bestehende Primärversorgungs- und Steuerungsmodelle integriert werden müssen.

Ohne ausdrückliche gesetzliche Erwähnung könnte fraglich sein, ob die gematik bei der technischen Ausgestaltung verpflichtet wäre, diese sektorspezifischen Anforderungen überhaupt zu berücksichtigen. Die Norm schafft daher eine verbindliche gesetzliche Berücksichtigungspflicht zugunsten der Primärversorgung. Erfolgte diese Verzahnung ohne Einbindung der hausärztlichen Steuerungsverantwortung, käme es zu einer Fragmentierung der Versorgung, der Gefährdung der Lotsenfunktion der Hausärztin / des Hausarztes sowie zusätzlicher Bürokratie und Doppelstrukturen.

Ergänzungsvorschlag

Es wird daher angeregt, § 312 – Aufträge an die Gesellschaft für Telematik – in Absatz 5 wie folgt zu ergänzen:

„(5) Gesellschaft für Telematik hat im Rahmen ihrer Aufgabenzuweisung nach § 311 Absatz 1 Nummer 1 die Maßnahmen durchzuführen, damit Überweisungen in elektronischer Form ab dem 1. September 2028 übermittelt werden können. Bei der Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik insbesondere die Vorgaben der Bundesmantelverträge nach § 87 Absatz 1 SGB V. Bei der Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik darüber hinaus die Anschlussfähigkeit an Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur sowie an das bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 und an weitere Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75.“

F. Artikel 1 SGB V – § 341 Abs. 2 Nr. 22 SGB V-neu (Daten in der ePA)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 341 Abs. 2 Nr. 22 SGB V-neu sieht vor, dass Daten aus Anwendungen für die bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 in die ePA eingestellt werden, sofern der Versicherte dies wünscht.

Bewertung

Um das gesetzgeberische Ziel, eine bessere, unmittelbare und sektorübergreifende Verfügbarkeit von medizinischen Informationen in der Versorgung zu gewährleisten, sicherzustellen, ist zu fordern, dass Leistungen der Primärversorgung ebenfalls Berücksichtigung finden. Andernfalls stünde zu befürchten, dass ein ganz elementarer Versorgungsbereich – nämlich der Versorgung von alleine 11 Millionen Versicherten im Rahmen der HZV nach § 73b SGB V – ausgeklammert bliebe. Es wird daher angeregt, § 341 Abs. 2 Nr. 22 SGB V-neu bezogen auf Ergebnisse weiterer Leistungen der Primärversorgung gem. §§ 73b und 75 SGB V zu ergänzen.



Ergänzungsvorschlag

Es wird angeregt, § 341 – Elektronische Patientenakte –in Absatz 2 Nummer 22 wie folgt zu ergänzen:

„Ergebnisse bundesweit einheitlicher, standardisierter digitaler Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 sowie weiterer Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75.“

G. Artikel 1 SGB V – § 345a SGB V-neu (Digitaler Versorgungseinstieg)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 345a SGB V-neu verpflichtet die Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Februar 2028 über die Benutzeroberfläche nach § 342 einen Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg anzubieten.

Bewertung

Die Regelung schafft mit dem „digitalen Versorgungseinstieg“ faktisch eine neue digitale Steuerungsinfrastruktur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Wichtig ist hierbei zu betonen, dass diese neue digitale Steuerungsinfrastruktur allenfalls ergänzend und parallel zu den bestehenden Zugängen zur Versorgung bestehen kann. Ein Zugang zur Versorgung ausschließlich über den digitalen Steuerungsweg wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes vehement abgelehnt. Insbesondere der direkte Zugang zu den hausärztlichen Praxen, die ihre Patientinnen und Patienten oft schon jahrelang betreuen und deren Anliegen i. d. R. schnell und effizient medizinisch und organisatorisch einordnen können, muss erhalten bleiben. Je nach Organisation der Praxis kann dieser Zugang zur hausärztlichen Praxis auch telefonisch oder digital gestützt erfolgen.

Aus hausärztlicher Sicht kann eine solche Digitalstruktur überdies nur dann zur vollen Wirkung gelangen, wenn diese alle Versorgungsbereiche „mitdenkt“ und somit auch weitere Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 SGB V in ihrem Regelungsbereich erfasst.

Sinnvoll ist es daher zunächst, bei dem in § 345a Abs.1 Nr. 2 SGB V definierten Funktionsbereich des digitalen Versorgungseinstiegs nicht nur eine Weiterleitung des Versicherten an das bundesweit einheitliche, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren für die Terminvermittlung in Akutfällen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu schaffen. Gleichzeitig muss hier eine Weiterleitung des Versicherten zu den weiteren Leistungen der Primärversorgung gem. §§ 73b und 75 SGB V geregelt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Digitalisierung des Versorgungseinstiegs nicht allein auf zentrale Terminvermittlung und algorithmische Ersteinschätzung verengt wird, sondern die gesetzlich vorgesehene Primärversorgung nach §§ 73b und 75 SGB V ausdrücklich integriert bleibt. Ohne die ergänzenden Verweise auf die weiteren Leistungen der Primärversorgung bestünde die Gefahr, dass diese Infrastruktur primär auf zentrale Plattformlogiken, Terminservicestellen und technische Matching-Systeme ausgerichtet wird, während die koordinierende Funktion der hausärztlichen Versorgung strukturell geschwächt würde.



Die Ergänzungen tragen dem gesetzlichen Leitbild des SGB V Rechnung, wonach die Primärversorgung – insbesondere die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V – eine eigenständige und gesetzlich gewollte Steuerungsfunktion besitzt. Die ausdrückliche Einbeziehung des § 73b SGB V ist aus hausärztlicher Sicht zudem deshalb erforderlich, weil die HZV gesetzlich gerade auf Koordination, Kontinuität und Lotsenfunktion ausgerichtet ist. Diese Funktionen können im digitalen Raum nur erhalten bleiben, wenn digitale Versorgungseinstiege technisch und organisatorisch an die Hausarztpraxis anschlussfähig sind. Die Ergänzung stellt im Hinblick auf § 75 SGB V zudem klar, dass digitale Ersteinschätzung und Terminvermittlung nicht isoliert erfolgen dürfen, sondern in bestehende primärärztliche Versorgungsstrukturen eingebettet werden sollen.

Eine weitere hieran anschließende notwendige Ergänzung betrifft die im Ergänzungsvorschlag angefügten Modifizierungen in § 345a Absatz 3-neu SGB V: Die Möglichkeit, Daten zur „Personalisierung“ auch für Leistungen der Primärversorgung (§345a Absatz 3 Ziffer 1) zu nutzen, verhindert, dass personalisierte digitale Steuerung ausschließlich durch Krankenkassen- oder TSS-Systeme erfolgt. Dadurch bleibt die hausärztliche Versorgung Teil der digitalen Patientensteuerung. Die Nutzung der Ergebnisse von Ersteinschätzung und Primärversorgung für ein „bedarfsgerechtes Terminangebot“ (§ 345a Absatz 3 Ziffer 2) ist aus hausärztlicher Sicht sinnvoll, weil medizinische Dringlichkeit und Versorgungsebene besser differenziert werden können. Viele Anliegen gehören nicht unmittelbar in fachärztliche oder akute Versorgung, sondern in koordinierte Primärversorgung. Besonders relevant ist schließlich die Speicherung der Ergebnisse weiterer Leistungen der Primärversorgung in der ePA (§ 345 Abs. 3 Ziffer 3): Dadurch wird verhindert, dass digitale Steuerungsinformationen nur innerhalb von Plattform- oder Kassensystemen verbleiben. Die hausärztliche Versorgung wird vielmehr als dokumentations- und koordinationsrelevanter Teil der digitalen Versorgung anerkannt.

Ohne ausdrückliche gesetzliche Erwähnung der Leistungen der Primärversorgung nach §§ 73b und 75 SGB V bestünde die Gefahr, dass Primärversorgungsstrukturen bei der technischen Ausgestaltung lediglich fakultativ berücksichtigt würden.

Ergänzungsvorschlag

Es wird daher angeregt, § 345a – Digitaler Versorgungseinstieg – wie folgt zu ergänzen:

„(1) Die Krankenkassen sind spätestens ab dem 1. Februar 2028 verpflichtet, ihren Versicherten über die Benutzeroberfläche nach § 342 einen Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg anzubieten. Der Funktionsbereich nach Satz 1 umfasst insbesondere das Angebot

- 1. einer Buchung von Behandlungsterminen und von Terminen für telemedizinische Leistungen bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 unter Nutzung des Systems nach § 370a Absatz 1,*
- 2. einer 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 Nummer 4, sowie zu den weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 und*



3. der Nutzung von Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische Überweisung nach § 312 Absatz 5 ermöglichen, sobald diese zur Verfügung stehen.

(2) – unverändert –

(3) Sobald die entsprechenden technischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, können die Krankenkassen in dem Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg nach Absatz 1 Satz 1 darüber hinaus ermöglichen, dass

1. Daten des Versicherten, die in seiner elektronischen Patientenakte oder bei der Krankenkasse gespeichert sind, regelhaft für die Personalisierung der Ersteinschätzung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, für weitere Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 sowie für die Personalisierung der Terminsuche genutzt werden,

2. die Ergebnisse der Ersteinschätzung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, weiterer Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 oder die Daten aus einer elektronischen Überweisung nach § 312 Absatz 5 für ein bedarfsgerechtes Terminangebot genutzt werden, und

3. die Ergebnisse der Ersteinschätzung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und der weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 in der elektronischen Patientenakte des Versicherten als Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 22 gespeichert werden.“

H. Artikel 1 SGB V – § 347 Abs. 2 Nr. 5 SGB V-neu (Übertragungspflicht von Behandlungsdaten in die ePA durch Leistungserbringer)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Hinzunahme der Ziffer 5 in § 347 Abs. 2 SGB V werden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer dazu verpflichtet, über die in den Nummern 1-4 aufgezählten Daten auch elektronische AU-Bescheinigungen in die ePA zu übermitteln und dort zu speichern.

Bewertung

Die Regelung ist aus hausärztlicher Sicht nicht zu beanstanden, sofern sichergestellt ist, dass die Übermittlung der AU-Bescheinigung automatisiert durch das PVS erfolgt und kein aktives Eingreifen der Ärztin/des Arztes erfordert. Angeregt wird, die Aufzählung um eine Ziffer 6 dahingehend zu ergänzen, dass zu dem Kreis der in die ePA zu übermittelnden und speichernden Daten der Umstand aufgenommen wird, ob ein Versicherter an der HZV nach § 73b SGB V teilnimmt sowie die Information über die von ihm nach § 73b Abs. 3 Satz 2 gewählte Hausarztpraxis.



Rechtlich knüpft dies unmittelbar an die Funktion des § 73b SGB V an, die gesetzlich darauf angelegt ist, die Versorgung des Patienten zu koordinieren, Versorgungskontinuität sicherzustellen und medizinische Informationen zentral zusammenzuführen. Die ePA verfolgt ihrerseits den Zweck, behandlungsrelevante Informationen sektorenübergreifend verfügbar zu machen. Beide Regelungssysteme ergänzen sich daher funktional. Ohne die vorgeschlagene Kennzeichnung bliebe innerhalb der ePA unklar, welche Hausarztpraxis die primär koordinierende Rolle innehat. Gerade in einer digitalisierten Versorgung mit zahlreichen Leistungserbringern, telemedizinischen Angeboten und Plattformstrukturen bestünde dann die Gefahr einer unkoordinierten Informationsverarbeitung. Um die ePA nicht nur als Datenspeicher zu nutzen, sondern als Bestandteil der Versorgungssteuerung ist es wesentlich, dass erkennbar bleibt, welche Hausarztpraxis die koordinierende Verantwortung trägt. Im Sinne einer Verbesserung der Interoperabilität und Kommunikation zwischen Leistungserbringern können so Fachärzte, Krankenhäuser oder digitale Anwendungen die koordinierende Hausarztpraxis leichter einbeziehen, etwa bei Befundübermittlungen oder Rückfragen. Gleichzeitig werden Versorgungskontinuität und Patientensicherheit unterstützt, da gerade bei der Behandlung multimorbider und chronisch kranker Patienten eine klare hausärztliche Zuordnung Informationsverluste, Doppeluntersuchungen und widersprüchliche Behandlungen verhindert. Ohne gesetzliche Sichtbarkeit der HZV könnte die ePA faktisch losgelöst von bestehenden Primärversorgungsstrukturen funktionieren. Die Ergänzung sichert demgegenüber die Einbindung der gesetzlich gewollten Primärversorgung.

Ergänzungsvorschlag

Es wird daher angeregt, § 347 – Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer – wie folgt um eine Ziffer 6 zu ergänzen:

„5. *elektronische Bescheinigungen über eine Arbeitsunfähigkeit gemäß § 341 Absatz 2 Nummer 12*
6. *ggf. Kennzeichnung der Teilnahme des Versicherten an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b sowie die Bezeichnung der nach § 73b Absatz 3 Satz 2 gewählten Hausarztpraxis.*“

I. Artikel 1 SGB V - § 350 Abs. 5 SGB V – neu (Impfübersicht in der ePA)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 350 Absatz 5 SGB V-neu zielt darauf ab, dass die Krankenkassen die ihnen vorliegenden Informationen zu Schutzimpfungen in der ePA strukturiert sammeln und dokumentieren.

Bewertung

Obleich das Anliegen zu begrüßen ist, die Dokumentation und Transparenz des Impfstatus der Versicherten zu verbessern, drohen an dieser Stelle dennoch versorgungspraktische Probleme. In den bisherigen Regelungen bleibt völlig unklar wie die Abstimmung und Konsolidierung von Informationen der Daten der Krankenkassen sowie dem (bestenfalls digitalen) ärztlich erstellten Impfpass erfolgen soll. Wie ist hier mit widersprüchlichen Informationen umzugehen, wenn beispielsweise privat eine Impfung im Ausland durchgeführt wurde, die natürlich nicht in den Daten der Kassen dokumentiert ist? Welches ist hier das führende Dokument? Drohen hier ggf. sogar haftungsrechtliche Probleme?



Anstatt der Schaffung einer zusätzlichen und parallelen Informationsquelle zum Impfstatus der Versicherten wäre eine Regelung zu begrüßen, die die Einführung des digitalen Impfpasses beschleunigt und Wege definiert, wie die Abrechnungsdaten der Krankenkassen zum Impfstatus der Versicherten in diesen digitalen Impfpass integriert.

J. Artikel 1 SGB V – § 360b SGB V-neu (Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 360b Absatz 1 SGB V-neu bestimmt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung vereinbart. Hierbei sind die nach Absatz 1 Satz 4 aufgeführten Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung ins Benehmen zu setzen. Absatz 3 listet obligate Vorgaben an die Vereinbarung nach Absatz 1.

Bewertung

Der Sinn dieser Regelung ist insgesamt kritisch zu hinterfragen. KBV und GKV-SV werden hier beauftragt, eine Vereinbarung zu treffen, deren konkrete Konsequenz und Umsetzung ausweislich der Gesetzesbegründung noch vollständig offenbleibt. Die Begründung selbst stellt klar: „Diese Vereinbarung soll die Grundlage dafür bilden, perspektivisch ein entsprechendes elektronisches System in Deutschland zu entwickeln und einzuführen. Hierzu sind noch weitere gesetzliche Regelungen erforderlich.“ Welchen Mehrwert eine solche Vereinbarung ins Offene bringen soll, erschließt sich nicht. Sofern an dem Ziel festgehalten wird, eine solche Vereinbarung zu erzwingen, sind die geplanten Beteiligungsrechte zu überdenken.

Ziel des Beteiligungsverfahrens im Rahmen der Vereinbarung von Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung, bei dem verschiedene Verbände und Organisationen ins Benehmen zu setzen sind, ist es ausweislich der Gesetzesbegründung, einen möglichst breiten und aktuellen Wissensstand abzubilden. Um dies für den Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zu gewährleisten, ist zu fordern, dass der Hausärztinnen- und Hausärzteverband als für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgebliche Organisation nach § 317 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V ebenfalls beteiligt wird.

Bei den obligaten Anforderungen an die zu treffende Vereinbarung wird zudem in Absatz 3 bestimmt, dass diese Angaben zur Einstufung und Zuordnung des Versorgungsanlasses in eine geeignete Versorgungsebene enthalten muss, so insbesondere medizinische Notfallrettung, Notdienst und hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a. Von wesentlicher Bedeutung ist hier die Hinzunahme der selektivvertraglichen Versorgung nach § 73b SGB V, also eine Ergänzung von § 360b Abs. 2 Nr. 3c) SGB V-neu bezogen auf die Hausarztzentrierte Versorgung. Ohne diese Ergänzung bliebe eine elementare Stütze der Primärversorgung unberücksichtigt, in die in erheblichem Maß hineingesteuert wird.



Ergänzungsvorschlag

Es wird daher angeregt, § 360b Absatz 1 Satz 4 – Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung – wie folgt zu ergänzen:

„(1) Die Vereinbarung nach Satz 1 ist im Benehmen zu treffen mit

1. den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften,
2. der Bundesärztekammer und der Spitzenorganisation, die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblich ist.
3. der Bundespsychotherapeutenkammer,
4. der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
5. der Gesellschaft für Telematik,
6. dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
7. den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.“

Ebenfalls wird angeregt, § 360b Absatz 3 Nummer 3 – Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung – wie folgt zu ändern:

„(3) 3. der Einstufung und Zuordnung des Versorgungsanlasses in eine geeignete Versorgungsebene, insbesondere

- a) medizinische Notfallrettung,
- b) Notdienst,
- c) hausärztliche Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a und § 73b“

K. Artikel 1 SGB V – § 370c SGB V-neu (Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung eines neuen § 370c SGB V werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen damit beauftragt, Anforderungen an digitale Terminbuchungsplattformen zu vereinbaren, die von den Vertragsärzten und den Vertragszahnärzten zur Vereinbarung von Terminen in der gesetzlichen Krankenversicherung verwendet werden können.

Bewertung

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, weil sie erstmals einen regulatorischen Rahmen für digitale Terminbuchungsplattformen schafft und dabei wichtige Schutzmechanismen gegen Kommerzialisierung, Datenmissbrauch und ungesteuerte Patientenlenkung vorsieht.



Aus Sicht der HZV bleibt die Regelung allerdings unvollständig, weil die Primärversorgung nach §§ 73b und 75 SGB V strukturell nicht ausdrücklich berücksichtigt wird. Gerade digitale Terminplattformen entwickeln sich zunehmend zu zentralen Steuerungsinstrumenten des Versorgungssystems: Wer den Zugang zu Terminen organisiert, beeinflusst faktisch auch Patientenströme, Inanspruchnahmeverhalten und Versorgungsprioritäten. Aktuell existiert keine Verpflichtung, HZV-Strukturen oder hausärztliche Steuerungsmodelle technisch einzubinden. Die Plattformlogik könnte – ohne Definition von Anforderungen zur Versorgungssteuerung – dazu führen, direkte fachärztliche Inanspruchnahme zu fördern und die hausärztliche Lotsenfunktion zu schwächen. Aus hausärztlicher Sicht ist es deshalb sinnvoll, § 370c SGB V ausdrücklich um Anforderungen zur Berücksichtigung der Primärversorgung nach §§ 73b und 75 SGB V zu ergänzen. Dies könnte insbesondere umfassen, dass es zu einer technischen Berücksichtigung von HZV-Teilnahmen und zur priorisierten Einbindung koordinierender Hausarztpraxen kommt. Sinnvoll erschiene in diesem Zusammenhang ebenfalls die Möglichkeit einer primärärztlichen Vorsteuerung von Facharztterminen.

Die Regelung ist daher aus hausärztlicher Sicht ein wichtiger erster Schritt zur Regulierung digitaler Plattformen, sollte aber ergänzt werden, damit die Digitalisierung der Terminsteuerung nicht an der Primärversorgung vorbeigorganisiert wird.

L. § 393 SGB V

§ 393 SGB V ist nicht Bestandteil der mit dem vorliegenden Referentenentwurf aufgegriffenen Regelungen, jedoch regen wir an, diesen im Zusammenhang zu sehen und einer notwendigen Änderung zuzuführen.

§ 393 SGB V regelt die Voraussetzungen, unter denen Gesundheits- und Sozialdaten im Gesundheitswesen in Cloud-Systemen verarbeitet werden dürfen. Die Vorschrift schafft damit einen spezifischen Rechtsrahmen für den Einsatz von Cloud-Computing im Gesundheitswesen. Nach § 393 Abs. 1 SGB V sind Leistungserbringer im Sinne des Vierten Kapitels von SGB X und Kranken- und Pflegekassen sowie ihre jeweiligen Auftragsdatenverarbeiter befugt, im Wege des Cloud-Computing-Dienstes Daten unter den Voraussetzungen der § 393 Abs. 2-4 SGB V zu verarbeiten. Mit § 393 SGB V hat der Gesetzgeber somit eine Möglichkeit geschaffen, dass Leistungserbringer und alle ihre Auftragsverarbeiter Sozialdaten und Gesundheitsdaten im Wege des Cloud-Computings verarbeiten können.

Dagegen verbietet der Gesetzgeber in § 295a SGB V in der Auftragskette Auftragsverarbeitern im Rahmen der Verarbeitung personenbezogener Daten zu Abrechnungszwecken die Inanspruchnahme von Unterauftragsverarbeitern und damit von Clouddiensten. Dies stellt nicht nur ein kaum nachvollziehbares Missverhältnis dar, sondern zeigt vielmehr, dass der Ausschluss von Unterauftragsverarbeitern längst überholt und nicht mit dem aktuellen Datenschutzverständnis zu vereinbaren ist.

Der Anpassungsbedarf des § 393 SGB V zugunsten der Vertragspartner nach § 73b SGB V ergibt sich danach im Kern daraus, dass die bestehenden spezialgesetzlichen Regelungen des § 295a SGB V die Nutzung moderner Cloud-Infrastrukturen rechtlich blockieren, obwohl § 393 SGB V den Cloud-Einsatz im Gesundheitswesen inzwischen grundsätzlich zulässt. Hierdurch können HZV-Vertragspartner moderne Cloud-Dienste trotz hoher Sicherheitsstandards faktisch nicht rechtssicher nutzen, was zu einem Wertungswiderspruch zwischen moderner Digitalgesetzgebung und älteren Sonderregelungen des HZV-Rechts in § 295a SGB V führt.



Aus hausärztlicher Sicht wird deshalb eine gesetzliche Anpassung angeregt, um HZV-Strukturen von moderner digitaler Infrastruktur nicht abzuschneiden. Sichere und zertifizierte Cloud-Lösungen bilden heute faktisch einen Standard digitaler Gesundheitsversorgung. Die HZV würde sonst gegenüber anderen Akteuren des Gesundheitswesens digital benachteiligt. Die angeregte Anpassung des § 393 SGB V dient daher dazu, die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V technisch anschlussfähig und wettbewerbsfähig zu halten, ohne die Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen des Gesundheitswesens abzusenken

Es wird daher angeregt, dass der personelle Anwendungsbereich der Norm um die im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V beteiligten Stellen und ihre Vertragspartner erweitert wird. Gleichzeitig bedürfte es der Formulierung, dass für diese technischen Unterbeauftragungen das Unterbeauftragungsverbot des § 295a Abs. 2 s. 2 SGB V keine Anwendung findet.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.blumenthal-beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de

☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de

☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de