



Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

Regierungsentwurf eines Gesetzes für Daten und
digitale Innovation im Gesundheitswesen

14. Oktober 2026



In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Regierungsentwurfs, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen 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“ (RegE GeDiG, S. 2). 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 dringlichsten 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 Gesetzentwurf 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 Versorgungseinstieg 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).

In diesem Zusammenhang fordern wir insbesondere:

- die zentrale Einbindung und explizite Aufnahme der HZV (§ 73b SGB V) in den Gesetzentwurf, 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.

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.



I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB V – §§ 25b, 284 Abs. 5 und 284a SGB V-neu (u.a. erweiterte Datenzugriffs- und Analysemöglichkeiten durch Krankenkassen; Reallabore)

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 erheben. Die Ergebnisse bzw. erhobenen Daten sollen wiederum in die ePA eingestellt werden.

Zudem sollen Krankenkassen nach § 284 Abs. 5 SGB V-neu zusätzlich zu den bereits bei ihnen vorhandenen Sozialdaten auch weitere personenbezogene Daten bei ihren Versicherten oder aus Wellness-Anwendungen i.S.d. Art. 2 Abs. 2 Buchstabe ab der Verordnung (EU) 2025/327 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.

Des Weiteren soll der neue § 284a SGB V-neu den Krankenkassen die Möglichkeit geben, die Nutzung ihrer Daten in sogenannten „Reallaboren“ zu erproben.

Bewertung

Die Änderungsvorschläge zu §§ 25b, 284 Abs. 5 und 284a SGB V-neu sind ersatzlos zu streichen.

Die Frage der Erforderlichkeit und Geeignetheit der Datennutzung wird in § 25b SGB V-neu nicht näher geregelt, sondern den Krankenkassen überlassen. Eine individuelle Information der Versicherten über die Nutzung erfolgt – zusätzlich zu den Hinweisen nach § 25b Abs. 4 SGB V-neu – 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,
- Stellungnahme Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.



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 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 eine qualitätsgesicherte medizinische Versorgung tragen und die Ergebnisse fachlich einordnen können. Insbesondere die geplanten Neuregelungen in § 25b Abs. 2 S. 4 und Abs. 4 S. 6 SGB V-neu müssten dann – für den Fall der Beibehaltung der Regelung – auf die Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung und Akteure des selektivvertraglichen Bereichs mit klar definierten datenschutzrechtlichen Vorgaben für den Zugriff auf entsprechende Daten erweitert werden. 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.

Zudem ist auch die vorgesehene Erweiterung des § 284 Abs. 5 SGB V-neu kritisch zu bewerten und zu streichen, weil sie ebenfalls 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 aus Wellness-Anwendungen i.S.d. Art. 2 Abs. 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2025/327 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 umfassende zusätzliche ggf. hochsensible Gesundheitsinformationen, die für die Krankenkassen von erheblichem Steuerungswert sind. Es droht so eine zunehmende „Kassenmedizin durch Datensteuerung“. Im Einzelnen verweisen wir auch auf unsere Anmerkungen zu § 25b SGB V-neu.

Des Weiteren ist auch die Neuregelung zu § 284a SGB V-neu, wonach Krankenkassen die Möglichkeit haben sollen, die Nutzung ihrer Daten in sogenannten „Reallaboren“ zu erproben, zu streichen. Die Krankenkassen verwalten hochsensible Daten, mit denen zurückhaltend und verantwortlich umzugehen ist. Hierfür bedarf es klarer und bundesweit einheitlicher Regelungen in



inhaltlicher und technischer Hinsicht, auf die sich die Patientinnen und Patienten verlassen können. Die Idee der Reallabore konterkariert diese Grundhaltung. Die Voraussetzungen für eine Erprobung sind viel zu gering, die lediglich einer Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedarf, die wiederum bis zu sechs Jahre erteilt werden kann. Zudem würde die Nutzung der Daten künftig je nach Kasse und Aufsichtsbehörde deutlich voneinander abweichen, ohne dass dies den Versicherten klar und transparent kommuniziert wird. Rechtsunsicherheiten verbleiben auch durch die „Soll-Regelung“ in § 284a Abs. 2 SGB V-neu (im Sinne einer gebundenen Ermessensentscheidung). Ansonsten verweisen wir auch hier auf unsere Anmerkungen zu § 25b SGB V-neu.

B. 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 zu fordern ist die Aufnahme der HZV-Teilnahme und der gewählten Hausarztpraxis in § 291a Abs. 2 Nr. 15 SGB V-neu bzw. Ergänzung des § 291a Abs. 2 um eine neue Ziffer 15, 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.

Zudem ist die Ergänzung des § 291a Abs. 2 Nr. 15 SGB V-neu in Bezug auf § 73b SGB V auch u.a. wegen der Neuregelung in § 291a Abs. 2 Nr. 14 SGB V-neu in Verbindung mit § 137f SGB V konsequent: Obwohl § 73b SGB V nicht unter § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme – DMP) fällt und diese rechtlich getrennt voneinander existieren, sind die Regelungsinhalte in der Praxis eng miteinander verzahnt. Denn an der HZV (§ 73b SGB V) teilnehmende Hausärztinnen/Hausärzte verpflichten sich in der Regel vertraglich dazu, aktiv an den strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f SGB V) mitzuwirken, und ihre chronisch kranken Patienten schreiben sich i.d.R. auch in diese Programme ein.

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, ab dem 1. Juni 2027 den eindeutigen Identifikator zur Nutzung dieses Dienstes,
14. das Kennzeichen jeder indikationsbezogenen Teilnahme des Versicherten an einem oder mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen gemäß § 137f,
15. ein Kennzeichen der Teilnahme des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b sowie ein Identifikator der vom Versicherten gewählten Hausarztpraxis.“

- C. 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-neu 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-neu 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) Die 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. Bei der Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik darüber hinaus die Anschlussfähigkeit an Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Funktionen des Digitalen Versorgungseinstiegs nach § 345a, 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.“

D. 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 allein 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.“

E. 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 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-neu definierten Funktionsbereich des digitalen Versorgungseinstiegs nicht nur eine Nutzung des in § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens im Angebot vorzusehen. 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.

Besonders relevant ist auch die Speicherung der Ergebnisse weiterer Leistungen der

Stellungnahme Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V.



Primärversorgung in der ePA (vgl. unseren Ergänzungs-/Änderungsvorschlag zu § 345a Abs. 2 Ziffer 4 SGB V-neu): 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.

Eine weitere hieran anschließende notwendige Ergänzung betrifft insbesondere die im Ergänzungsvorschlag angefügten Modifizierungen in § 345a Absatz 3 SGB V-neu: Die Möglichkeit, Daten auch für Leistungen der Primärversorgung (vgl. unseren Ergänzungs-/Änderungsvorschlag zu § 345a Absatz 3 Ziffer 1 SGB V-neu) 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“ (vgl. unseren Ergänzung-/Änderungsvorschlag zu § 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.

Konsequenterweise fordern wir auch, dass sich die Schnittstellen nach § 345a Absatz 6 SGB V-neu auch auf weitere Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 SGB V beziehen.

Ferner sollten auch in § 345a Abs. 7 SGB V-neu bei der Voraussetzung für die Buchung von Behandlungsterminen in Akutfällen im Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg dahingehend ergänzt werden, dass ein Akutfall und die medizinisch gebotene Versorgungsebene auch nach Weiterleitung zu weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 SGB V festgestellt und diese Feststellungen an das nach § 370a betriebene elektronische System übermittelt werden können.

Darüber hinaus sollte in § 345a Abs. 8 SGB V-neu ergänzt werden, dass die KBV die technischen Festlegungen u.a. auch im Benehmen der Spitzenorganisation, die für die Wahrnehmung der Interessen der an der HZV teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblich ist, trifft.

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 bzw. zu ändern:

„(1) Die Krankenkassen bieten spätestens ab dem 1. Februar 2028 ihren Versicherten über die Benutzeroberfläche der elektronischen Patientenakte nach § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b einen Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg an. Der Funktionsbereich nach Satz 1 umfasst insbesondere das Angebot

- 1. einer Buchung von in § 75 Abs. 1a genannten Behandlungsterminen unter Nutzung des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 370a Absatz 1 Satz 1 betriebenen elektronischen Systems,*
- 2. der Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit, einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens sowie einer*



Weiterleitung 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 § 360a ermöglichen, sobald diese zur Verfügung stehen.

(2) [...]

4. nach Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens sowie nach Weiterleitung zu weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 die Ergebnisse der Ersteinschätzung sowie der weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 in seiner elektronischen Patientenakte speichern kann. [...]

(3) Sobald die entsprechenden technischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, bieten die Krankenkassen den Versicherten an, die Funktionen in dem Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg zu personalisieren. Sie ermöglichen dazu insbesondere, dass der Versicherte einrichten kann, dass

1. seine Daten, die in seiner elektronischen Patientenakte oder bei der Krankenkasse gespeichert sind, in dem in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahren und für ein bedarfsgerechtes Angebot von Behandlungsterminen nach § 75 Absatz 1a sowie für weitere Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 genutzt werden und

2. die Daten aus einer elektronischen Überweisung nach § 360a und nach Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens sowie nach Weiterleitung zu weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 die Ergebnisse der Ersteinschätzung sowie der weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 für ein bedarfsgerechtes Angebot von Behandlungsterminen nach § 75 Absatz 1a genutzt werden.

[...]

(6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermöglicht spätestens ab dem 1. Februar 2028, dass die Krankenkassen den Versicherten die Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens sowie die Weiterleitung zu weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 im Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg anbieten können. Sie stellt dazu den Krankenkassen spätestens ab dem 1. November 2027 eine Schnittstelle zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung. Die Schnittstelle sieht nach Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens sowie nach Weiterleitung zu weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 eine Übermittlung der Ergebnisse der Ersteinschätzung und der weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b



und 75 in standardisierter und strukturierter Form an den Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg vor.

(7) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermöglicht spätestens ab dem 1. Februar 2028, dass die Krankenkassen den Versicherten die Buchung von Behandlungsterminen in Akutfällen im Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg unter Nutzung des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 370a Absatz 1 Satz 1 betriebenen elektronischen Systems anbieten können. Voraussetzung für die Buchung von Behandlungsterminen in Akutfällen im Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg ist, dass nach Nutzung des in § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 genannten bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens sowie nach Weiterleitung zu weiteren Leistungen der Primärversorgung gemäß §§ 73b und 75 ein Akutfall und die medizinisch gebotene Versorgungsebene festgestellt wurde und diese Feststellungen bei der Terminabfrage von dem Funktionsbereich für den digitalen Versorgungseinstieg an das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 370a Absatz 1 Satz 1 betriebene elektronische System übermittelt werden.

(8) [...] Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft die technischen Festlegungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 5, 6 und 7 im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik und der Spitzenorganisation, die für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblich ist.

F. Artikel 1 SGB V – § 347 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V-neu (Übertragungspflicht von Behandlungsdaten in die ePA durch Leistungserbringer; Ergänzung der HZV-Kennzeichnung in der ePA)

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 jedoch, 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 Abs. 2 S. 1 – Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte durch Leistungserbringer – wie folgt um eine Ziffer 6 zu ergänzen:

„5. die für den Verbleib beim Versicherten bestimmte Ausfertigung einer Bescheinigung 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.“

G. 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

Die Regelung ist aus hausärztlicher Sicht kritisch zu bewerten. Insbesondere bleiben wesentliche Fragen zur medizinischen Verantwortung und zur Einbindung qualifizierten medizinischen Personals offen. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband lehnt eine rein digitale, automatisierte Ersteinschätzung ausdrücklich ab. Die Beurteilung medizinischer Behandlungsbedarfe und deren Dringlichkeit erfordert medizinische Fachkompetenz und die Berücksichtigung individueller gesundheitlicher Umstände. Digitale Instrumente können eine qualifizierte medizinische Ersteinschätzung lediglich unterstützen, nicht ersetzen. Dies muss gesetzlich verbindlich sichergestellt werden.

Kritisch zu hinterfragen ist insbesondere, dass § 360b Abs.2 Nr.5 SGB V zwar die Nutzung des



Systems durch medizinisches Fachpersonal ermöglicht, eine verpflichtende Einbindung jedoch nicht vorsieht. Auch die Gesetzesbegründung spricht lediglich von einer möglichen Einbindung geeigneter Personen („human in the loop“). Aus hausärztlicher Sicht ist dies unzureichend. Die Einschätzung der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit und Dringlichkeit darf nicht ausschließlich automatisiert erfolgen. Vielmehr muss eine qualifizierte medizinische Beurteilung verbindlich sichergestellt werden, um Fehlsteuerungen und Gefährdungen der Patientinnen und Patienten zu unterbinden.

Sofern an der vorgesehenen Regelung festgehalten wird, sind zudem die Beteiligungsrechte und die Anforderungen an die Patientensteuerung anzupassen.

Um die Belange der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V angemessen zu berücksichtigen, ist der Hausärztinnen- und Hausärzteverband als maßgebliche Organisation gemäß § 317 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V ausdrücklich in das Beteiligungsverfahren nach § 360b Abs. 1 einzubeziehen.

Darüber hinaus ist die Hausarztzentrierte Versorgung in § 360b Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe c ausdrücklich zu berücksichtigen. Andernfalls bliebe eine wesentliche Säule der Primärversorgung bei der digitalen Patientensteuerung unberücksichtigt.

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“



H. Artikel 1 SGB V – § 360c SGB V-neu (Bereitstellung eines elektronischen Systems für eine digitale Bedarfseinschätzung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 360c SGB V-neu verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, ab dem 01. Januar 2031 ein bundesweit einheitliches elektronisches System zur digitalen Bedarfseinschätzung bereitzustellen, und regelt dessen Finanzierung.

Bewertung

Die vorgesehene Regelung wird aus hausärztlicher Sicht abgelehnt. Mit § 360c SGB V-neu wird die Entwicklung und Bereitstellung eines digitalen Bedarfseinschätzungssystems bereits verbindlich vorgegeben, obwohl dessen konkrete Anwendung in der Versorgung noch nicht abschließend geregelt ist. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll diese erst Gegenstand eines späteren Gesetzgebungsvorhabens sein.

Ungeachtet dessen lehnt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband eine rein digitale, automatisierte Ersteinschätzung zur Steuerung von Patientinnen und Patienten ausdrücklich ab. Die Beurteilung medizinischer Behandlungsbedarfe und deren Dringlichkeit erfordert medizinische Fachkompetenz und die Berücksichtigung individueller gesundheitlicher Umstände. Insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern besteht die Gefahr medizinischer Fehlsteuerung sowie einer Über- oder Unterversorgung. Eine automatisierte digitale Einschätzung kann eine qualifizierte medizinische Ersteinschätzung nicht ersetzen.

Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene verpflichtende Bereitstellung eines solchen Systems sehr kritisch gesehen. Dies gilt umso mehr, als die konkrete Anwendung in der Versorgung ausweislich der Gesetzesbegründung erst in einem späteren Gesetzgebungsvorhaben geregelt werden soll. Es erscheint nicht sachgerecht, die Entwicklung und Finanzierung eines bundesweiten Systems bereits verbindlich festzuschreiben, ohne zuvor sicherzustellen, dass eine ausschließlich automatisierte Patientensteuerung ausgeschlossen ist und die zentrale Koordinierungsfunktion der hausärztlichen Versorgung gewahrt bleibt.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert aus diesem Grund, von der vorgesehenen Regelung in ihrer jetzigen Form abzusehen. Digitale Instrumente dürfen lediglich der Unterstützung einer qualifizierten medizinischen Ersteinschätzung dienen, diese jedoch nicht ersetzen.

I. 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-neu 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 zwingend erforderlich, § 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.

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 Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

🌐 www.haev.de