



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege
(BT-Drucksache: 21/1511)
vom 08.09.2025

Berlin, 06.10.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2. Vorbemerkung.....	4
3. Stellungnahme im Einzelnen	4
Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen.....	4
Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V-E)	4
Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	6
Artikel 3 Nummer 16 (§ 73d SGB V-E)	6
Sozialversicherungsrechtliche Einordnung von Tätigkeiten im Notdienst.....	8
Artikel 3 Nummer 19 (§ 95 Absatz 3a SGB V-E)	8
Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung	10
Artikel 3 Nummer 21 (§ 112a SGB V-E)	10
Berechtigungsnachweis mittels eines sicheren Übermittlungsverfahrens	
Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung	11
Artikel 3 Nummer 21 (§ 291 Absatz 9 Satz 3 SGB V-E)	11
Anpassung von Umsetzungsfristen für Funktionen der elektronischen Patientenakte.....	12
Artikel 3 Nummer 35 (§ 342 Absatz 2 Nummer 4 SGB V-E und § 342 Absatz 2a Nummer 1 SGB V-E)	12
Schutz insbesondere von Kindern und Jugendlichen bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte.....	12
Artikel 3 Nummer 36 (§ 347 Absätze 1 und 6 SGB V-E).....	12
Erweiterung der Strafbewehrung bei unrechtmäßiger Weitergabe bzw. fehlender Sperrung von Authentifizierungskomponenten.....	16
Artikel 3 Nummer 45 (§ 399 SGB V-E)	16
4. Ergänzender Änderungsbedarf.....	16
Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Freigabe durch Patientinnen und Patienten	16
Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Übermittlung und Speicherung nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres	18

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Um langfristig die Pflegestrukturen in Deutschland zu sichern, will der Gesetzesentwurf die Befugnisse für Pflegefachpersonen ausbauen und so den Beruf attraktiver gestalten. Der Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege setzt hier auf das Pflegestudium-Stärkungsgesetz auf, das die akademische Pflegeausbildung auf eine neue Grundlage gestellt hat. Von den neuen Regelungen sollen jedoch auch jene profitieren, die ihre Kenntnisse im Rahmen beruflicher Fort- und Weiterbildungen erworben haben.

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, eine qualifikatorisch gestufte pflegerische Versorgung einzuführen und mit einer Weiterentwicklung von Pflegekompetenzen, u. a. dem Ausbau heilkundlicher Befugnisse für Pflegefachpersonen, die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern. Diese berufsrechtlich bestimmten und leistungsrechtlich zu berücksichtigenden Aspekte werden Auswirkungen auf das Haftungsrecht haben. Das betrifft auch die vorgesehene Förderung der Eigenständigkeit der Pflegefachpersonen ausgehend von den Vorbehaltsaufgaben bis hin zur selbstständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen (§ 73d SGB V-E). Die Befugnisserweiterung in der Pflege darf jedoch nicht die Grenze der ärztlichen Kernkompetenz überschreiten.

Die Bundesärztekammer unterstützt ausdrücklich die Vorbereitung einer wissenschaftlich fundierten, systematischen Entwicklung, Begründung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben (Muster-Scope of Practice) und die grundsätzliche Zuschreibung von entsprechenden Kompetenzen zu Qualifikationsgraden (vgl. § 8 Absatz 3c SGB XI-E). Das ist ein wichtiger Schritt, um die Rolle und die Verantwortlichkeiten von Pflegefachpersonen klarer als bisher zu definieren. Hierbei ist es erforderlich, im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit die ärztliche Perspektive systematisch einzubeziehen.

Länder und Kommunen sollen stärker in den Auf- und Ausbau der Pflege-Infrastruktur eingebunden werden. Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement sollen gefördert werden, um vor allem pflegende An- und Zugehörige zu entlasten. Dazu zählt „insbesondere auch die Förderung von regionalen Netzwerken, damit Menschen so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung versorgt werden können“. Die Bundesärztekammer befürwortet den weiteren Ausbau von regionalen Netzwerken (§ 45e SGB XI-E). Dies sollte jedoch im Hinblick auf die lokalen Formen der Zusammenarbeit auch unter der Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten geschehen.

Der Gesetzesentwurf enthält neben den Regelungen zur Pflege auch Regelungen zur ärztlichen Tätigkeit im Notdienst und zur elektronischen Patientenakte.

Hinsichtlich der Frage der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung von Tätigkeiten im Notdienst sind die vorgesehenen Änderungen ein richtiger Schritt. Allerdings beschränkt sich der Entwurf nur auf einen Teilaspekt im Rahmen der Vertragsarztzulassung zum Notdienst. Er berücksichtigt dagegen nicht hinreichend den darüberhinausgehenden Einsatz von sog. Poolärztinnen und Poolärzten im Rahmen des ambulanten ärztlichen Notdienstes. Die Bundesärztekammer fordert, auch diese mit zu berücksichtigen. Außerdem hält die Bundesärztekammer vor dem Hintergrund aktueller Rechtsprechung gesetzliche Klarstellungen zur Sozialversicherungspflicht auch im Rahmen sektorenübergreifender Kooperationen für erforderlich.

Mit Blick auf die elektronische Patientenakte sieht der Gesetzesentwurf Ausnahmen von der Verpflichtung zur Befüllung vor, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Die Bundesärztekammer hält dies im Interesse der Betroffenen für

geboten. Dies gilt umso mehr, als nicht zu erklären wäre, warum Ärztinnen und Ärzte nach der derzeitigen Rechtslage ein entsprechendes Einsichtnahmebegehren in die Patientenakte beim Behandelnden in diesen Fällen zurückweisen dürfen (§ 630g Absatz 1 BGB) und ggf. auch müssen, gleichzeitig diese Daten aber über die elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen.

Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, die Regelung zur Ausnahme von der Verpflichtung des Einstellens von Daten in die elektronische Patientenakte bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen zu ergänzen. So sollten alle einwilligungsfähigen Minderjährigen unabhängig vom Alter mindestens die Möglichkeit erhalten, der Befüllung der elektronischen Patientenakte mit ihren Behandlungsdaten zu widersprechen.

2. Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer fokussiert sich in dieser Stellungnahme in Hinblick auf die Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege insbesondere auf Aspekte, die unmittelbare Berührungspunkte mit der ärztlichen Tätigkeit haben.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

Artikel 3 Nummer 2 (§ 15a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen sollen bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften erbringen dürfen (ebenso in § 28 Absatz 5 SGB XI), wenn sie die nötige fachliche Kompetenz nachweisen können. Dieser Nachweis soll mit einer entsprechenden Ausbildung, Weiterbildung oder anerkannten Berufserfahrung erbracht werden können. Unter diesen Voraussetzungen sollen Pflegefachpersonen folgende Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen dürfen:

1. Leistungen nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung gemäß den Leistungskatalogen, die nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 112a Abs. 1 SGB V vereinbart wurden.
2. Verordnungen häuslicher Krankenpflegeleistungen (inkl. Verordnung erforderlicher Hilfsmittel nach § 33 SGB V), wenn zuvor eine ärztliche Erstverordnung vorliegt und die Leistungen in den nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten Katalogen enthalten sind.
3. Leistungen gemäß Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 64d Abs. 1 Satz 4 SGB V, bis zur Umsetzung des Vertrages nach § 73d Abs. 1 Satz 1 SGB V.

§ 15a Absatz 2 SGB V (neu) konkretisiert zugleich, dass Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungserbringung nach dem SGB V die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes tragen. § 15a Absatz 3 SGB V (neu) stellt klar, dass Pflegefachpersonen im Sinne dieser Norm nur solche Personen sind, die über eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 Pflegeberufgesetz verfügen. Ergänzend wird für SGB V und SGB XI grundsätzlich klargestellt, dass die berufsrechtlich geregelten

Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufgesetzes (Pflegeprozessverantwortung) bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungen und der Leistungserbringung zu berücksichtigen sind. Mit den gesetzlichen Regelungen im Pflegeberufgesetz zu den Vorbehaltsaufgaben soll der Pflegeprozess als „professionsspezifische Arbeitsmethode zur Gestaltung des Pflegearrangements“ aufgewertet werden. Zudem soll klargestellt werden, welche Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung bestehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Pflegefachpersonen wird künftig ermöglicht, ausgewählte heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich und ohne ärztliche Delegation durchzuführen. Es besteht keine fachliche Weisungsbefugnis von Ärztinnen und Ärzten gegenüber Pflegefachpersonen, die in eigenverantwortlicher Zuständigkeit handeln. Dies bringt zusätzliche Schnittstellen und Abstimmungserfordernisse mit sich, kann jedoch bei sinnvoller Umsetzung die an den Versorgungserfordernissen orientierte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen auch positiv befördern: Entscheidend ist dabei, dass Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegefachpersonen ihre Zusammenarbeit, insbesondere im Bereich klar definierter heilkundlicher Aufgaben, kompetenzorientiert und teambasiert im Sinne einer effizienten Patientenversorgung gestalten.

Unter dieser Voraussetzung könnte es zu einer spürbaren Entlastung von Ärztinnen und Ärzten kommen, insbesondere in Bereichen wie der Diabetesversorgung, dem Wundmanagement oder der Betreuung von Menschen mit Demenz. Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation dürfen diese Aufgaben in Zukunft eigenständig übernehmen, wodurch Ärztinnen und Ärzte ihre Kapazitäten verstärkt auf komplexe und originär ärztliche Tätigkeiten konzentrieren können.

In haftungsrechtlicher Hinsicht bedeutet dies, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr für Leistungen verantwortlich gemacht werden können, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer eigenständigen Zuständigkeit und auf Grundlage ihrer Qualifikation erbringen. Diese Klarstellung ist zu begrüßen. Die Verantwortlichkeit liegt in Zukunft bei der eigenständig handelnden Pflegefachperson.

Mit der Neuverteilung von Zuständigkeiten steigen zugleich die Anforderungen an die interprofessionelle Kommunikation und Dokumentation. Die teilweise Überlappung von Aufgabenbereichen erfordert eine klare Abgrenzung und Koordination, um Versorgungsbrüche oder Verantwortungsdiffusion zu vermeiden. Dokumentationspflichten sowie strukturierte Fallbesprechungen im Team gewinnen daher weiter an Bedeutung.

Darüber hinaus weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass für die adäquate Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben der notwendige fachliche Hintergrund erforderlich ist, um sowohl den Gesundheitsschutz von Patientinnen und Patienten zu sichern, als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten, verlässlich zu handhaben. Aus fachlicher Sicht ist unklar, wie Pflegefachpersonen, die bislang heilkundliche Tätigkeiten nur im Wege der Delegation übernehmen durften, bereits die Kompetenz zur eigenverantwortlichen Anamnese oder Diagnostik erworben haben sollen. Die Vermittlung des notwendigen fachlichen Hintergrundes ist in der gegenwärtigen gesetzlichen Ausgestaltung nicht hinreichend gewährleistet.

In diesem Zusammenhang möchte die Bundesärztekammer auf verfassungsrechtliche Fragen hinweisen, die sich bezüglich der geplanten Regelung heilkundlicher Weiterbildungen für Pflegefachpersonen stellen. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG hat der Bund

die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen. Von dieser Kompetenz hat der Bund im Bereich der Gesundheitsberufe regelmäßig Gebrauch gemacht, so auch im PflBG. Die bundesweite Regelung zum jeweiligen Berufszugang erfolgt stets mit dem Ziel, einheitliche Standards bei Qualifikation, Qualitätssicherung und Patientensicherheit zu gewährleisten. Mit der nunmehr geplanten eigenständigen Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen wird nicht lediglich die Ausübung eines Berufs geregelt, sondern der Zugang zu einem erweiterten Berufsfeld. Damit wird eindeutig die Schwelle zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten überschritten, was eine ausdrückliche berufsrechtliche Erlaubnis voraussetzt. Eine solche Erlaubnis müsste bundeseinheitlich im PflBG verankert werden. Die vorgesehene Regelung über § 15a SGB V-E ist diesbezüglich unzureichend, da sie lediglich eine Zuordnung in das Leistungsrecht integriert, ohne die berufsrechtliche Tragweite zu berücksichtigen. Die aus der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) und dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) erwachsene besondere Schutzpflicht des Staates kann nur durch eine rechtsstaatlich abgesicherte, formalisierte und transparente Zugangskontrolle erfüllt werden. Statt klarer gesetzlicher Regelungen im PflBG findet sich in § 15a SGB V-E eine unübersichtliche Verweisungskette auf Leistungskataloge, Modellvorhaben und Rahmenverträge, die wiederum teils dynamisch angepasst werden sollen.

Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Artikel 3 Nummer 16 (§ 73d SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 73d SGB V (neu) regelt die vertragliche Grundlage dafür, dass Pflegefachpersonen bestimmte ärztliche Behandlungsleistungen sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege künftig eigenverantwortlich erbringen bzw. verordnen können. Hierzu haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband, maßgebliche Pflegeorganisationen und Trägervereinigungen von Pflegeheimen bis spätestens 31. Juli 2027 einen bundeseinheitlichen Vertrag zu schließen. Dieser Vertrag muss insbesondere drei Punkte regeln:

1. Einen Katalog ärztlicher Leistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich übernommen werden dürfen.
2. Einen Katalog häuslicher Krankenpflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnet werden dürfen, einschließlich Verfahrensregelungen zur Verordnung.
3. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen.

Darüber hinaus ist in dem Vertrag nach § 73 d SGB V-E festzulegen, auf welcher Kompetenzgrundlage die Pflegefachpersonen die betreffenden Leistungen erbringen oder verordnen dürfen. Auch ist sicherzustellen, dass Pflegefachpersonen sowohl bei vertragsärztlichen Leistungserbringern als auch bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen tätig werden können. Die maßgeblichen Bundesorganisationen der Pflegeberufe und die Bundesärztekammer erhalten ein Stimmrecht und Beteiligungsmöglichkeiten im Verfahren. Wissenschaftlich fundierte Kompetenzmodelle (z. B. aus Projekten nach § 8 Abs. 3c SGB XI) sollen berücksichtigt werden.

Bereits bis Ende 2026 ist zu prüfen, ob der bestehende Rahmenvertrag nach § 64d SGB V angepasst werden muss, um bestimmte Behandlungsleistungen auch regulär durch Pflegefachpersonen zu ermöglichen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Übertragung von Heilkunde respektive ihre Verschränkung mit dem Verantwortungsbereich von Ärztinnen und Ärzten sollten bislang im Rahmen der Modellprogramme nach § 63 Absätze 3b und 3c sowie § 64d SGB V erprobt werden. Diese Möglichkeiten wurden in der Praxis jedoch nur unzureichend angenommen und umgesetzt. Die Bundesärztekammer bedauert, dass nicht zunächst die Durchführung von Modellprojekten nach § 64d SGB V und deren Evaluation abgewartet wurde, bevor eine neue gesetzliche Regelung geschaffen wird.

§ 73d SGB V entspricht weitgehend den Regelungen nach § 64d SGB V. Die vorgesehene Ausgestaltung der heilkundlichen Leistungen durch Erarbeitung eines entsprechenden Katalogs, unter Fortgeltung bereits vereinbarter Leistungen, soll in Rahmenverträgen geregelt werden.

Es bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer einer dezidierten Prüfung der Regelungen zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe und der darin enthaltenen Kompetenzanforderungen. Erst auf dieser Grundlage lässt sich substanziell entscheiden, welche Aufgaben und Leistungen tatsächlich unter welchen Bedingungen zukünftig von Pflegefachpersonen als Heilkunde ausgeübt werden können und sollen. Ausdrücklich positiv bewertet wird die Voraussetzung, dass Pflegefachpersonen erst nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung erweiterte heilkundliche Leistungen selbstständig erbringen können sollen. Die vorgesehenen Regelungen nach § 73 d SGB V sollten bereits mit der Umsetzung begleitend evaluiert werden, dies auch mit Blick auf die finanziellen Auswirkungen.

Darüber hinaus bedeutet die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, dass hiermit gestiegene Haftungsrisiken einhergehen. Es ist sicherzustellen, dass Pflegefachpersonen über einen ausreichenden Versicherungsschutz verfügen, sei es über ihren jeweiligen Arbeitgeber oder eine individuelle Berufshaftpflichtversicherung. Dabei wäre zu prüfen, ob wie bei anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z. B. Ärzten, Hebammen) eine gesetzliche Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung eingeführt wird.

In den §§ 64d und 73d SGB V ist geregelt, dass der Bundesärztekammer vor Abschluss der Leistungskataloge und der Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

Angesichts der erheblichen Interferenzen der zu treffenden Regelungen mit der ärztlichen Tätigkeit ist die Bundesärztekammer über eine Stellungnahmemöglichkeit hinaus in die Ausgestaltung der Rahmenverträge gemäß § 73d Abs. 1 SGB V durch Einräumung eines Teilnahme-, Antrags- und Mitberatungsrechtes aktiv einzubinden.

Im Hinblick auf die Erarbeitung von Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten (§ 73d Abs. 1 Nr. 3 SGB V) schlägt die Bundesärztekammer vor, als orientierungsgebende Anknüpfungspunkte die „Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung“ als eine Arbeitsgrundlage einzubeziehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 73d Absatz 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen, Anträge zu stellen und mitzuberaten.“

Sozialversicherungsrechtliche Einordnung von Tätigkeiten im Notdienst

Artikel 3 Nummer 19 (§ 95 Absatz 3a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen § 95 Absatz 3a SGB V-E soll geregelt werden, dass „Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist“ [...], sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten“ sind. Soweit die vertragsärztliche Zulassung grundsätzlich auch die Teilnahme an dem von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten vertragsärztlichen Notdienst umfasst, stellt die Neuregelung nach der Begründung klar, dass die Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst, „einen bloßen Annex zur selbständigen Haupttätigkeit in der Arztpraxis bzw. im medizinischen Versorgungszentrum darstellt“ und deshalb in ihrer sozialversicherungsrechtlichen Bewertung auch dieser Haupttätigkeit folgt.

Tätigkeiten im vertragsärztlichen Notdienst außerhalb der Verpflichtung aus der vertragsärztlichen Zulassung (sog. „Poolärzte“) unterfallen der Regelung indes nicht.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine gesetzliche Befreiung der Ärztinnen und Ärzte im Notdienst, die im Rahmen ihrer Vertragsarztzulassung zum Notdienst verpflichtet sind, von der Sozialversicherungspflicht entsprechend der Regelung für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst ist sinnvoll.

I. „Poolärzte“

Für Ärztinnen und Ärzte, die keine eigene Praxis betreiben, sondern beispielsweise in Kliniken arbeiten oder bereits im Ruhestand sind, und den Not- bzw. Bereitschaftsdienst übernehmen, ist ebenfalls eine derartige Befreiung von der Sozialversicherungspflicht erforderlich.

Die Aufrechterhaltung des Not- bzw. Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen ist für die Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten essenziell. Um dies sicherzustellen, greifen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur auf die dazu verpflichteten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zurück, sondern bedienen sich auch anderer Ärztinnen und Ärzte (sog. Poolärztinnen und -ärzte). Diese sind häufig neben ihrer eigentlichen ärztlichen Haupttätigkeit im Not- bzw. Bereitschaftsdienst tätig. Mit Urteil vom 24.10.2023, Az.: B 12 R 9/21 R, hat das Bundessozialgericht die Sozialversicherungspflicht für die sog. Poolärztinnen und -ärzte angenommen. Dies bedeutet für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für Kassenärztlichen Vereinigungen einen erheblichen finanziellen und verwaltungstechnischen Mehraufwand, der die Durchführung der Notdienste gefährdet.

Eine Sozialversicherungspflicht für die sog. Poolärztinnen und -ärzte ist sozialpolitisch nicht notwendig, da diese bereits über ihre reguläre ärztliche Tätigkeit z. B. in einer Klinik abgesichert sind. Bei einer ähnlichen Problemstellung für Notärztinnen und Notärzte im Rettungsdienst hat der Gesetzgeber bereits mit einer Regelung reagiert, die diese ausdrücklich von der Sozialversicherungspflicht ausnimmt (§ 23c Abs. 2 SGB IV). Es ist

daher notwendig, eine solche Regelung auch auf Ärztinnen und Ärzte im KV-Notdienst zu übertragen, die nicht im Rahmen ihrer Vertragsarztzulassung zum Notdienst verpflichtet sind.

Die Festlegungen auf der Grundlage des „Ergebnispapiers des Dialogprozesses zum Erwerbsstatus von Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst“ zwischen den Bundesministerien für Gesundheit und Arbeit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für den KV-Notdienst waren als Übergangslösung hilfreich, sind aber nicht ausreichend. Die Handhabung ist mit Unsicherheiten und vor allem mit sehr viel bürokratischem Aufwand verbunden. Es muss jeweils geprüft werden, ob die Voraussetzungen im Detail vorliegen und die Sozialversicherung muss diese Einschätzung dann noch teilen.

Um auch solchen Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst die Selbstständigkeit in Bezug auf ihre (z. B. nebenberufliche) Tätigkeit im Notdienst zu ermöglichen, die keine vertragsärztliche Zulassung besitzen („Poolärzte“), ist eine gesetzliche Regelung notwendig.

II. Ärztliche Tätigkeiten im Rahmen sektorübergreifender Kooperationen

Darüber hinaus ist die Problematik der Sozialversicherungspflicht auch im Rahmen sektorübergreifender Kooperationen zwischen Kliniken und niedergelassenen Vertragsärzten praktisch relevant geworden. Die Deutsche Rentenversicherung stellte etwa fest, dass die Tätigkeit einer Ärztin einer Gemeinschaftspraxis, die auf Grundlage eines Kooperationsvertrags zwischen der Gemeinschaftspraxis und einem Krankenhaus tätig wird, im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt worden sein soll. Es wurde damit in Frage gestellt, dass die Leistungen im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit erbracht wurden. Der Raum für die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit im Gesundheitsbereich ist auch durch die Sozialgerichte zunehmend verengt worden.

Zwar hat das LSG München, Urteil vom 24.9.2024 – L 7 BA 42/22, entschieden, dass die Ärztin ihre Tätigkeit regelmäßig nicht als Beschäftigte des Krankenhauses ausübt. Die DRV hat gegen dieses Urteil Revision vor dem BSG eingelegt. Zudem sind gegenläufige Entscheidungen anderer LSG bekannt, zu denen ebenfalls Revisionsverfahren beim BSG anhängig sind.

Diese Problematik ist nicht auf Einzelfälle beschränkt, sondern betrifft viele der gesundheitspolitisch gewollten intersektoralen Versorgungsformen, etwa im Rahmen ambulanter Operationen (§ 115b SGB V), der sektorenübergreifenden Vergütung mittels Hybrid-DRGs (§ 115f SGB V), der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) oder der geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (§ 115g SGB V). Diese Kooperationsformen sollten bei wirtschaftlich selbstständigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht durch eine Sozialversicherungspflicht belastet werden mit möglicherweise nachteiligen Folgen für eine flächendeckende Versorgung.

Um eine Sozialversicherungspflicht für solche Ärztinnen und Ärzten zu vermeiden, die auf der Grundlage von Kooperationsverträgen im Rahmen ihrer selbstständigen Haupttätigkeit für ein Krankenhaus tätig sind, ist eine gesetzliche Regelung ebenfalls erforderlich.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer fordert über § 95 Absatz 3a SGB V-E hinaus auch eine gesetzliche Regelung zu Sozialversicherungsbeitragsfreiheit der Tätigkeit von sog. Poolärzten. Eine gesetzliche Regelung auch für „Poolärzte“ würde mehr Sicherheit für Ärztinnen und Ärzte bringen als eine Handhabung nach dem Ergebnispapier des Dialogprozesses zum Erwerbsstatus von Ärztinnen und Ärzten im vertragsärztlichen Notdienst und auch

unabhängig von den dort festgelegten Voraussetzungen greifen. Eine gesetzliche Regelung wäre unbürokratisch und würde für alle Ärzte im Notdienst gleichermaßen gelten.

Dieselbe Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung ergibt sich hinsichtlich Ärztinnen und Ärzten, die auf der Grundlage von gesetzlich vorgesehenen Kooperationen nach dem SGB V im Rahmen ihrer selbständigen Haupttätigkeit für einen Kooperationspartner tätig sind.

Da eine solche Regelung aus systematischen Gründen nicht im Zusammenhang mit § 95 SGB V zu treffen ist, sollte eine dem § 23c Abs. 2 SGB IV entsprechende Regelung in § 23 SGB IV aufgenommen werden.

Dem § 23 SGB IV sind folgende Absätze 3 und 4 anzufügen:

„(3) Einnahmen aus Tätigkeiten als Ärztin oder Arzt im Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben

1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen,

2. einer selbständigen Haupttätigkeit oder

3. nach Erreichen der Regelaltersgrenze

ausgeübt werden. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach diesem Buch.

(4) Einnahmen aus Tätigkeiten als Ärztin oder Arzt im Rahmen von nach dem Fünften Buch vorgesehenen Kooperationen sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten im Rahmen einer selbstständigen Haupttätigkeit als Vertragsärztin oder Vertragsarzt auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages ausgeübt werden. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach diesem Buch.“

Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung

Artikel 3 Nummer 21 (§ 112a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes – die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) – sollen bis zum 31. Juli 2028 sowohl einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen in zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen können, als auch Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten bei der Erbringung dieser Leistungen vereinbaren. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Vertragsparteien sollen die Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 SGB V übernehmen, soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlung Abweichungen geboten sind.

Bei den Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 SGB V handelt es sich um die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und die eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege. Hier sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-SV, die

für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen bis zum 31. Juli 2027 einen Vertrag abschließen. Auch hier ist den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und sie haben das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner teilzunehmen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Auch mit Blick auf den stationären Bereich sollten die Auswirkungen auf die Versorgung und die finanziellen Effekte sorgfältig evaluiert werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt die o. g. geplante Beteiligung der Bundesärztekammer und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene.

Wichtig wird es sein, Einheitlichkeit und Praxisnähe der beiden Verfahren zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der angestrebten Ambulantisierung und Stärkung sektorenübergreifender Versorgung einerseits und der Unterschiede der jeweiligen Leistungsspektren und Settings der beiden Sektoren andererseits muss gewährleistet sein, dass die beruflichen Vertretungen der am Patienten tätigen Berufsgruppen ein Antrags- und Mitberatungsrecht in den Sitzungen erhalten.

Ziel muss es sein, die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in beiden Sektoren besten Festlegungen zu treffen und für sektorenübergreifende Festlegungen ein gemeinsames Vorgehen zu etablieren. Die Bundesärztekammer kann hierbei als wichtige Schnittstelle zwischen den beiden Verfahren wirken und das Erfahrungswissen und den medizinisch-fachlichen Sachverstand sektorenübergreifend einbringen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Siehe Änderungsvorschlag zu „§ 73d Absatz 2 Satz 3 SGB V“, der über den bereits im Referentenentwurf befindlichen § 112a Abs. 1 Satz 2 („§ 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“) auch für den Krankenhaussektor entsprechend Anwendung findet.

Berechtigungsnachweis mittels eines sicheren Übermittlungsverfahrens Eigenverantwortliche Leistungserbringung im Rahmen von Krankenhausbehandlung

Artikel 3 Nummer 21 (§ 291 Absatz 9 Satz 3 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neugestaltung des § 291 Absatz 9 SGB V eröffnet den Arztpraxen die Möglichkeit, in Ausnahmefällen einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 SGB V von der zuständigen Krankenkasse des Patienten zu erhalten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Nutzung eines sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 SGB V und die unmittelbare Anforderungsoption durch Arztpraxen wird befürwortet, um den immer noch weit verbreiteten Kommunikationsweg per Fax abzulösen. Auf eine zusätzliche Protokollierung einer vorliegenden Einwilligung des Patienten in der Arztpraxis sollte allerdings im Interesse der Bürokratievermeidung verzichtet werden. Zudem erfolgt durch technische Maßnahmen der Telematikinfrastruktur eine Protokollierung und ein wirksamer Schutz vor unberechtigten Zugriffen.

Die Einführung weiterer bürokratischer Prozesse in Arztpraxen sollte vermieden werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung des § 291 Absatz 9 Satz 3 SGB V

Anpassung von Umsetzungsfristen für Funktionen der elektronischen Patientenakte

Artikel 3 Nummer 35 (§ 342 Absatz 2 Nummer 4 SGB V-E und § 342 Absatz 2a Nummer 1 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist für die Umsetzung der Ausleitung von Daten aus der elektronischen Patientenakte zu Forschungszwecken sowie zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten wird auf den 31. März 2026 verschoben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

In Anbetracht der nach wie vor bestehenden Unsicherheiten in den Umsetzungsplänen der gematik sollte auf eine gesetzliche Fixierung von Projektmeilensteinen verzichtet werden. Solche Festlegungen erfordern bei Änderungen oder Verschiebungen der Planungen regelhaft eine erneute Befassung des Deutschen Bundestages und machen gesetzliche Anpassungen erforderlich. Zielführender ist eine Beschlussfassung in der Gesellschafterversammlung der gematik und eine transparente Kommunikation hierzu.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die in der Neuregelung gesetzte Frist zum 31.03.2026 inkompatibel zu dem Beschluss der Gesellschafterversammlung vom 10.09.2025 ist, bei der durch die Stimmenmehrheit des Bundesministeriums für Gesundheit ein anderer Umsetzungszeitpunkt für die Datenausleitung (01.01.2027) und das digitale Medikationsmanagement (01.10.2026) bestimmt wurde.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Einschübe in § 342 Absatz 2 Nummer 4 und Absatz 2a Nummer 1

„(...), spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, (...)“

Schutz insbesondere von Kindern und Jugendlichen bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte

Artikel 3 Nummer 36 (§ 347 Absätze 1 und 6 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung zum Einstellen von Daten in die elektronische Patientenakte soll zukünftig nicht bestehen, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

1. Synchronisierung mit des Ausnahmetatbeständen des § 630g BGB

Die Bundesärztekammer befürwortet die Ausnahmen von der Verpflichtung des Einstellens von Daten in die elektronische Patientenakte, wenn erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Das hatte schon der 129. Deutsche Ärztetag 2025 gefordert (Beschluss Ic-07, Ic-35). Eine Synchronisierung mit den Regelungen des Behandlungsvertragsrechts ist überfällig, da es nicht zu erklären ist, warum Ärztinnen und Ärzte nach der derzeitigen Rechtslage ein entsprechendes Einsichtnahmebegehren in die Patientenakte beim Behandelnden in diesen Fällen zurückwiesen dürfen (§ 630g Absatz 1 Satz 1 BGB) und ggf. auch müssen, gleichzeitig diese Daten aber über die elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen müssen.

Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang, aus Klarstellungsgründen auch § 347 Abs. 5 SGB V mit § 630g BGB zu synchronisieren und klarzustellen, dass die Einschränkungsgünde des § 630g Absatz 1 Satz 1 BGB¹ auch hinsichtlich der Übermittlung elektronischer Abschriften der Patientenakte² in die elektronische Patientenakte Anwendung finden können.

2. Entbindung von der Befüllungspflicht bei Kindeswohlgefährdung

Die Bundesärztekammer spricht sich zudem dafür aus, dass bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen auf die Befüllung der Patientenakte verzichtet werden kann. Dementsprechend hat schon der 129. Deutsche Ärztetag 2025 beschlossen, dass bei Kindern und Jugendlichen von der Befüllung der ePA abgesehen werden können muss, soweit erhebliche therapeutische Gründe oder eine dringende Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen entgegenstehen (Beschluss Ic-07).

Zwar ist nach Verständnis der Bundesärztekammer eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohls problemlos unter das Tatbestandsmerkmal der erheblichen therapeutischen Gründe gem. § 630g Absatz 1 Satz 1 BGB zu subsumieren, da eine solche gegeben ist, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet sind und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden (§ 1666 Absatz 1 BGB). Schon mit der geplanten Synchronisierung mit § 630g BGB kann dieses Ziel daher weitestgehend erreicht werden. Aus Klarstellungsgründen ist eine Regelung gleichwohl nicht schädlich, die in Anlehnung an § 4 Absatz 1 KKG nochmals betont, dass die Verpflichtung zur Befüllung nicht besteht, soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Begrenzung des verfassungsrechtlich geschützten Elterninformationsrecht (Art. 6 Absatz 2 Satz 1 GG) ist in diesen Fällen legitim, soweit die Gefahr von den Eltern bzw. Sorgeberechtigten ausgeht, welche die elektronische Patientenakte für den Minderjährigen verwalten.

Nach dem Verständnis der Bundesärztekammer bleiben die ansonsten üblichen Vorgehensweisen einer angemessenen Gesprächsführung mit den Betroffenen sowie der gesetzlich vorgesehenen und abgestuften Konfliktlösungsmöglichkeiten (z. B. § 4 KKG) oder

¹ Nach einem gegenwärtig laufenden separaten Gesetzgebungsvorhaben wohl künftig § 630g Absatz 2 BGB, s. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Verbrauchervertrags- und des Versicherungsvertragsrechts sowie zur Änderung des Behandlungsvertragsrechts, abrufbar unter https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetzgebung/RegE/RegE_GAendVVVR.pdf?__blob=publicationFile&v=2

² Nach einem gegenwärtig laufenden separaten Gesetzgebungsvorhaben (s. Fn. 1) künftig wohl „Behandlungsakte“.

der familiengerichtlichen Klärungen (z. B. im Rahmen von streitigen Auskunftsverlangen der Sorgeberechtigten gem. Art. 15 DSGVO, § 630g BGB, § 305 Absatz 2 SGB V) unberührt.

3. Starre Altersgrenze

Die Formulierung, dass die Kindeswohlgefährdung nur bei Personen „bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres“ relevant sein soll, ist nicht schlüssig. Die geplante Regelung weist insoweit eine erhebliche Schwäche auf: Sie ermöglicht es nur, bei erheblichen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen auf die Befüllung der elektronischen Patientenakte mit entsprechenden Daten zu verzichten. Unterhalb dieser Schwelle müssen sensible Patientendaten auch dann eingestellt werden, wenn jüngere, voll einsichts- und urteilsfähige Minderjährige dies nicht wünschen, weil es zum Beispiel zu Konflikten in der Familie führt, die noch keine erheblichen Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen darstellen. Nicht jeder Konflikt und nicht jede Meinungsdivergenz stellen eine Gefährdung des Kindeswohls im Sinne des § 1666 BGB dar. Bestimmte Interessen des Minderjährigen verdienen unter Umständen aus persönlichkeitsrechtlichen Gründen und unter Berücksichtigung der wachsenden Fähigkeit und des wachsenden Bedürfnisses des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln (§ 1626 Absatz 2 BGB) aber dennoch Beachtung. Insoweit lässt die geplante Regelung – wie auch schon § 341 Abs. 1 S. 4 SGB V – unter Rückgriff auf eine starre Altersgrenze von 15. Jahren außer Acht, dass es Konstellationen gibt, in denen auch der unter 15-jährige bei hinreichender natürlicher Einsichts- und Urteilsfähigkeit entscheiden kann, welche Informationen gegenüber seinen Eltern bzw. Sorgeberechtigten offenbart werden und bei denen die Bewahrung des vertraulichen Arzt-Patienten-Geheimnisses (ärztliche Schweigepflicht) auch bei der Behandlung Minderjährigen geboten ist.

Es stellt zudem einen wesentlichen Wertungswiderspruch dar, wenn beispielsweise 14jährige, einwilligungsfähige Jugendliche – ungeachtet der sozialrechtlichen Handlungsfähigkeit gem. § 36 SGB I – aus zivil- und strafrechtlicher Sicht zwar allein darüber entscheiden können, ob und wie sie behandelt werden, aber nicht darüber, wer von der Behandlung und deren Ergebnissen erfährt. Diese Minderjährigen können das Einstellen ihrer personenbezogenen sensiblen Gesundheitsdaten in die elektronische Patientenakte, auf die ihre Eltern Zugriff haben, nicht verhindern. Unter 15-jährigen (einwilligungsfähigen) Jugendlichen bleibt dann unter Umständen nur die Möglichkeit, auf eine notwendige ärztliche Behandlung zu verzichten, wenn sie ausschließen möchten, dass ihre Eltern davon erfahren. Nach den Regelungen für die elektronische Patientenakte können Minderjährige, die noch nicht 15 Jahre alt sind, einer Übermittlung von Daten in die elektronische Patientenakte nicht wirksam widersprechen (§ 341 Absatz 1 Satz 4 SGB V). Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 hat sich vor diesem Hintergrund für eine Opt-in-Lösung für Minderjährige bei der Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) ausgesprochen (Beschlüsse Ic-37 und Ic-47).

Soll entgegen der Forderung des Deutschen Ärztetages bei Minderjährigen dennoch am opt-out-System festgehalten werden, müsste wenigstens das Widerspruchsrecht angepasst werden. Um den aufgezeigten Wertungswiderspruch zwischen Behandlungsvertragsrecht und der für § 347 Absätze 1 und 6 SGB V-E geplanten Regelung aufzulösen und dem geschilderten Problem eines fehlenden Widerspruchsrechts einsichts- und urteilsfähiger unter 15-jähriger zu begegnen, sollte das Widerspruchsrecht hinsichtlich der Befüllung der elektronischen Patientenakten mit Behandlungsdaten insgesamt von der *natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit (auch Einwilligungsfähigkeit)* der Patientinnen und Patienten und nicht von einer starren Altersgrenze abhängig gemacht werden. Dies entspricht nicht nur der vorzufindenden Rechtsprechung zum Minderjährigenrecht, sondern ist auch

praktikabel. Denn Ärztinnen und Ärzte müssen für die Frage, wer in die Behandlung einwilligen muss, ohnehin die Einwilligungsfähigkeit, also der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, beurteilen. Das ist mit dem BGH der Fall, wenn der Betroffene die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu erkennen und seinen Willen hiernach auszurichten kann. Zu dem Zeitpunkt, in dem sich die Frage der Befüllung der elektronischen Patientenakte mit Behandlungsdaten stellt, müssen Ärztinnen und Ärzte bereits geklärt haben, ob die beispielsweise 14-jährige Patientin oder der 14-jährige Patient einwilligungsfähig ist. Denn davon hängt die Frage ab, ob sie vor der Behandlung seine oder die Einwilligung der Sorgeberechtigten einholen mussten.

Demgegenüber erscheint es nachvollziehbar, dass für Abrechnungsdaten – wie nach dem u. g. Vorschlag der Bundesärztekammer (s. unter 4.) – eine feste Altersgrenze angewendet werden soll, da die Krankenkassen nicht beurteilen können, ob die Minderjährigen im konkreten Fall einwilligungsfähig sind oder noch nicht, bevor sie Abrechnungsdaten einstellen. Eine solche Regelung muss nicht zwischen einwilligungsfähigen Erwachsenen und einwilligungsfähigen Minderjährigen unterscheiden.

Die hier geplante Regelung weist noch eine weitere Schwäche auf: Sie lässt unberücksichtigt, dass eine Befüllung der elektronischen Patientenakte auch unterbleiben sollte, wenn eine erhebliche Gefährdung eines ggf. nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen nach der Vollendung des 15. Lebensjahres in Rede steht, der sein Widerspruchsrecht nach § 344 SGB V nicht ausüben kann, insbesondere wenn kognitive Einschränkungen vorliegen. Entgegen der Begründung zu Nr. 36, 37 und 38 des Gesetzesentwurfs können Jugendliche nicht in jedem Fall ab Vollendung des 15. Lebensjahres ihre Rechte im Hinblick auf die elektronische Patientenakte selbst ausüben. Das entspricht nicht der Lebenswirklichkeit und zeigt, dass eine starre Altersgrenze als Bezugspunkt verfehlt ist.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte auf eine starre Altersgrenze in der Regelung verzichtet werden. Die Notwendigkeit einer Ausnahme von der Verpflichtung zur Befüllung der elektronischen Patientenakte in Fällen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen ist im Übrigen zu begrüßen, da diese auch bei nicht einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen greifen würde.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Nach Artikel 1 Nummer 34 wird die folgende Nr. 34a eingefügt:

34a. § 341 Absatz 1 Satz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Versicherten- und Widerspruchsrechte im Hinblick auf die elektronische Patientenakte nach Satz 1 können ausgeübt werden, soweit der Versicherte über die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt.

Artikel 1 Nummer 36 wird wie folgt neu gefasst:

36. § 347 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 werden die Worte „nach § 630g Absatz 2 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ durch die Worte „unter den Voraussetzungen des“ § 630g Absatz 2 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs“ ersetzt.*
- b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:
„(6) Die Verpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige*

Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen ~~bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres~~ vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren.“

Hinsichtlich der geplanten §§ 348 Absatz 6, 349 Absatz. 8 SGB V-E gilt Vorstehendes entsprechend.

Erweiterung der Strafbewehrung bei unrechtmäßiger Weitergabe bzw. fehlender Sperrung von Authentifizierungskomponenten

Artikel 3 Nummer 45 (§ 399 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzungen im § 399 SGB V sanktionieren die unrechtmäßige Weitergabe bzw. fehlende Sperrung von Komponenten zur Authentifizierung einer Leistungserbringerinstitution.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Begründung der Neuregelungen im § 399 SGB V zielt auf die Herausforderungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen im Umgang mit einer Institutionskarte (SMC-B) zur Authentifizierung der Institution ab. Folgerichtig müssen sich die Einfügungen in §399 Absatz 1, Nummer 3 SGB V und 4 auf § 340a **Absatz 2** Satz 1 SGB V bzw. § 340 **Absatz 2** Satz 2 SGB V richten und nicht auf § 340a **Absatz 1** Satz 1 SGB V bzw. § 340 **Absatz 1** Satz 2 SGB V.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Anpassung des § 399 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB V:

- „3. entgegen § 340a **Absatz 2** Satz 1 eine dort genannte Komponente weitergibt,
- 4. entgegen § 340a **Absatz 2** Satz 2 eine Sperrung nicht oder nicht rechtzeitig veranlasst oder“

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Freigabe durch Patientinnen und Patienten

A) Begründung

Durch die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen zur elektronischen Patientenakte im Sozialgesetzbuch V stellen die Krankenkassen die sogenannten Abrechnungsdaten der Patientinnen und Patienten in deren Patientenakten ein. Dies geschieht auch dann, wenn Patienten von ihrem Recht Gebrauch machen, dem Einstellen von Befunddokumenten, Arztbriefen etc. durch ihre Ärztin oder ihren Arzt zu widersprechen, weil sie durch diese Informationen in ihrer Akte eine potenzielle Stigmatisierung oder Diskriminierung befürchten.

Abrechnungsdaten können von allen am Behandlungsprozess Beteiligten eingesehen werden, ohne dass es einer expliziten Freigabe der Patienten bedarf. Es entsteht somit die Situation, dass das Entscheidungsrecht der Patienten, welche sensiblen Informationen letztlich in ihrer elektronischen Patientenakte abgelegt werden, durch die Einstellpflicht aller Informationen im Zuge der Abrechnungsdaten unterlaufen wird. Patientinnen und Patienten bliebe somit nur die Wahl, gänzlich dem Einstellen von Abrechnungsdaten durch die Krankenkasse zu widersprechen. Ein Eingrenzen des Widerspruchs gegen ein Einbringen von „sensiblen“ Abrechnungsdaten durch die Krankenkasse existiert nicht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die Abrechnungsdaten daher zunächst nur für Patienten selbst in ihrer elektronischen Patientenakte sichtbar sein und nicht per se für alle an der Behandlung Beteiligten. Patienten sollten dann explizit in einem zweiten Schritt diese Daten für Weitere sichtbar machen können. Durch eine solche Vorgehensweise ließe sich Befürchtungen bezüglich einer ungewollten Preisgabe sensibler, medizinischer Daten entgegentreten.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer schlägt die Einfügung eines neuen **Buchstaben g** in **§ 342 Absatz 2 Nummer 1 SGB V** vor, durch den technisch sichergestellt werden soll, dass standardmäßig zunächst nur Versicherte auf (Abrechnungs-)Daten der Krankenkassen in ihrer elektronischen Patientenakte Zugriff haben und der Zugriff für Leistungserbringende auf Wunsch durch den Versicherten erteilt werden kann.

„§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

(...)

(2) Die elektronische Patientenakte muss technisch insbesondere gewährleisten, dass

1. mit der Bereitstellung nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 oder Satz 2

(...)

g) durch eine entsprechende technische Voreinstellung auf die Daten nach § 341 Absatz 2 Nr. 8 standardmäßig nur die Versicherten selbst Zugriff haben und Zugriffsberechtigten nach § 352 Zugriff erteilen können;“

Daneben wird eine Ergänzung in **§ 339 SGB V** sowie die Ergänzung eines **neuen § 353a SGB V** notwendig, um zu regeln, dass der Zugriff von Leistungserbringenden von der Einwilligung der Versicherten abhängt:

„§ 339 Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen

(1) Zugriffsberechtigte nach § 352 Satz 1 Nummer 1 bis 15 und 19, auch in Verbindung mit Satz 2, dürfen für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich nach Maßgabe der §§ 352 und 359 im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung auf personenbezogene Daten, insbesondere auf Gesundheitsdaten der Versicherten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 4, 5 und 7 zugreifen, soweit die Versicherten dem nicht widersprochen haben; dies gilt nicht für Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5, soweit diese

*auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. Der Zugriff auf Daten des Versicherten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 5 und auf Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe a und b und Nummer 16 ist nach Maßgabe der §§ 356, 357 und 359 zulässig; dies gilt für Daten in Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5 nur, soweit diese auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind. **Der Zugriff auf Daten des Versicherten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 darf, soweit es sich um Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 handelt, nur nach Einwilligung des Versicherten erfolgen.** Der Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs mit der Behandlung erfolgt mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1.*

(...)

(neu) § 353a Zugriff auf bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten

Der Zugriff auf bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 ist für zugriffsberechtigte Personen nach § 352 nur mit Einwilligung des Versicherten zulässig.“

In diesem Zusammenhang wird zudem eine Anpassung des **§ 343 SGB V** (Informationspflichten der Krankenkassen) als notwendig erachtet.

Abrechnungsdaten der Krankenkassen in der elektronischen Patientenakte: Übermittlung und Speicherung nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres

A) Begründung

Die Bundesärztekammer sieht einen gesetzlichen Anpassungsbedarf bei der Verpflichtung der Krankenkassen in § 350 Absatz 1 SGB V zur Übertragung von Abrechnungsdaten der Krankenkasse in die elektronische Patientenakte von Patientinnen und Patienten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. In bestimmten Fällen kann es geboten sein, die Kenntnisnahme der Sorgeberechtigten von bestimmten Behandlungen (z. B. in psychotherapeutischen Kontexten) zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung des Minderjährigen auszuschließen. Dies trägt dem Rechtsgedanken Rechnung, dass den Sorgeberechtigten im Einzelfall bestimmte Behandlungen vorenthalten werden sollten, da ansonsten der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage steht (vgl. § 4 Abs. 1, Abs. 3, Abs. 4 KKG). Das Nichteinstellen der Abrechnungsdaten würde zudem die Schweigepflicht im Verhältnis des Behandelnden und dem Minderjährigen wahren. Da die Krankenkassen den Willen des Minderjährigen im Rahmen der Befüllung der elektronischen Patientenakte nicht ermitteln können und die Abrechnungsdaten aus medizinischen Gesichtspunkten und insoweit für die Wahrnehmung der elterlichen Personensorge nicht erforderlich sind, ist der Verzicht auf die Übermittlung und Speicherung von Daten vor Vollendung des 15. Lebensjahrs legitim.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer schlägt eine entsprechende Ergänzung des § 350 SGB V vor:

„§ 350 Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

- (1) Hat der Versicherte nach vorheriger Information gemäß § 343 der Übermittlung und Speicherung seiner Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 8 gegenüber der Krankenkasse nicht widersprochen, hat die Krankenkasse Daten über die bei ihr in Anspruch genommenen Leistungen über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte zu übermitteln und zu speichern. Die Versicherten können der Übermittlung und Speicherung von Daten in der Folge jederzeit widersprechen. Der Widerspruch kann gegenüber der Krankenkasse oder über eine Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts erklärt werden. **Eine Übermittlung und Speicherung von Daten nach Satz 1 durch die Krankenkasse erfolgt nicht vor Vollendung des 15. Lebensjahres.“**