

GeDIG

Tag nach der Verkündung

Inkrafttreten

15.07.2026

Kabinettsbeschluss

05.05.2026

Referentenentwurf

Bundeskabinett beschließt Digitalgesetz

Der bereits Anfang Mai vorgelegte Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen – kurz GeDIG – wurde am 15.07.2026 vom Bundeskabinett beschlossen.

Nach der Sommerpause können somit die parlamentarischen Beratungen beginnen.

Mit dem GeDIG werden Vorbereitungen für die Einführung eines Primärversorgungssystems getroffen (siehe Berlin kompakt Nr. 7/2026). Dabei handelt es sich um ein zentrales Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), für das in den kommenden Monaten ein Gesetzentwurf erwartet wird. Maßgeblich für ein Primärversorgungssystem ist ein digitalgestützter Einstieg in die medizinisch geeignete Versorgungsebene. Vorgesehen ist dazu ein Tool zur Erst- und Bedarfseinschätzung, das unter anderem über die App der elektronischen Patientenakte (ePA) genutzt werden soll. Eine digitale Terminvermittlung und die elektronische Überweisung ergänzen dieses Vorhaben.

Darüber hinaus sollen die Leistungserbringenden durch den Abbau von Bürokratie und Informationspflichten um ca. 445 Millionen Euro pro Jahr entlastet werden, so die Gesetzesbegründung.

Änderungen unter anderem beim digitalen Bedarfseinschätzungsinstrument

Im Zuge der Abstimmung zwischen den beteiligten Ressorts innerhalb der Bundesregierung gab es Änderungen im Vergleich zum ursprünglichen Referentenentwurf aus dem Bundesministerium für Gesundheit.

- Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhalten den Auftrag, Vorgaben für das Tool zur digitalen Bedarfseinschätzung zu vereinbaren. Der Regierungsentwurf sieht nun vor, dass die KBV dafür das elektronische System bereitstellen soll. Dieses System soll aus der ePA sowie telefonisch oder digital über die Terminservicestellen erreichbar sein. Es ist geplant, perspektivisch auch die Akutleitstellen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die im Rahmen der Notfallreform etabliert werden sollen, anzubinden.
- Zudem soll der GKV-Spitzenverband zentral einheitliche Verfahrensvorgaben für die ePA für alle Krankenkassen festlegen. Darin soll das Vorgehen bei Widersprüchen, Löschrufen oder zur ePA-Migration beim Kassenwechsel geregelt werden.

- B** Die Ausrichtung des GeDIG ist stimmig. Es leistet wichtige Vorarbeiten für die Einführung eines Primärversorgungssystems, unter anderem durch die Etablierung eines Tools zur digitalen Bedarfseinschätzung. Aufbau und Betrieb eines solchen Tools müssen jedoch in der Verantwortung der gemeinsamen Selbstverwaltung liegen – vor allem mit Blick auf die hälftige Finanzierung durch die GKV.

Aufeinander abgestimmte, kassenübergreifende Prozesse erleichtern den Umgang mit der ePA und bauen Verfahrensaufwand und Bürokratie bei den Krankenkassen ab.

Im Gesetzentwurf wird betont, dass Digitalanwendungen auch für Versicherte im hohen Alter „gut zu bedienen und nutzstiftend“ sein sollen. Das steigert die Akzeptanz digitaler Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen. Um das Ziel einer abgestimmten Versorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, müssen die gesetzlichen Regelungen über digitale Prozesse im GeDIG, im Gesetz zur Reform der Notfallreform sowie in dem Gesetz zur Einführung einer Primärversorgung harmonisch ineinandergreifen.

Zum Download

Regierungsentwurf

GeDIG

Berlin kompakt

Nr. 10 // 4. August 2026

Datenauswertung zur Risikoerkennung

Krankenkassen können mit Zustimmung der Versicherten deren Gesundheitsdaten auswerten und sie auf Grundlage des § 25b SGB V auf individuelle Gesundheitsrisiken hinweisen. Mit dem GeDIG ist geplant, dafür die Datengrundlage auszuweiten. Im Referentenentwurf war zunächst vorgesehen, ePA-Daten in die Auswertung einzubeziehen. Der Kabinettsbeschluss weitet dies nun auf Daten aus Wellness-Anwendungen und Wearables aus, wie beispielsweise Smart-Watches.

- B** Zur Identifizierung von individuellen Gesundheitsrisiken ist eine breite Datengrundlage notwendig. Dass Daten aus der ePA und Wearables zusätzlich einbezogen werden können, ist ein echter Fortschritt. Zuletzt zeigte eine Auswertung des GKV-Spitzenverbandes, dass die Möglichkeiten des § 25b SGB V bereits breit genutzt werden. Nur wenige Versicherte widersprechen nach einer Aufklärung durch die Krankenkassen den Auswertungen.

Europäische Perspektive wird mitgedacht

- Mit dem GeDIG wird das deutsche Gesundheitssystem schrittweise an den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS, European Health Data Space) angebunden. Mit dem EHDS wird es möglich sein, EU-weit Gesundheitsdaten für Forschung und Versorgung auszutauschen. Laut Regierungsentwurf wird der EHDS dabei nicht als isoliertes „Datensilo“ aufgebaut. Vielmehr können mit einer Forschungskennziffer weitere Datenräume verknüpft werden. Eine europarechtskonforme Gesetzgebung sei dazu geplant, so der Entwurf, und soll künftig in einer „horizontalen Forschungsdatengesetzgebung“ verankert werden.
- Die neue digitale europäische Brieftasche, die sogenannte EUDI-Wallet, soll spätestens ab 2030 verpflichtend vollständig nutzbar sein. Sie beinhaltet dann unter anderem die GesundheitsID, die digitale Identität im Gesundheitswesen, die als Alternative zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingesetzt wird. In der EUDI-Wallet können beispielsweise auch der Führerschein oder der Personalausweis hinterlegt werden.

- B** Es ist richtig, die Nutzung von Forschungsdaten auszuweiten und europäisch auszurichten. Das kann separate, voneinander getrennte Datenräume verhindern und dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern. Bei der Erweiterung der EUDI-Wallet müssen nationale Alternativen, wie beispielsweise die BundID, perspektivisch aufgegeben werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Medizinregistergesetz

Tag nach der Verkündung Inkrafttreten

10.06.2025

Anhörung im Gesundheits-
ausschuss

21.05.2025

1. Lesung Bundestag

08.05.2026

1. Durchgang Bundesrat

11.03.2026

Kabinettsbeschluss

Medizinregistergesetz weiterhin in der Beratung

Bereits Mitte März hat die Bundesregierung das „Gesetz zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisternutzung“ (MRG) verabschiedet. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages befasste sich Mitte Juni in einer Anhörung mit dem Gesetzentwurf. Die weiteren Beratungen im Bundestag und Bundesrat werden erst nach der parlamentarischen Sommerpause fortgesetzt.

Registerdaten sollen umfassend nutzbar werden

Kern des MRG ist es, einen übergreifenden, einheitlichen Rechtsrahmen für die existierenden Medizinregister zu schaffen, um strukturierte Forschung zu ermöglichen. Anders als beim Krebs- oder Implantateregister existieren hunderte weitere Medizinregister in Deutschland, für die es keine spezifischen, einzelgesetzlichen Vorgaben gibt.

Zum Download

Gesetzentwurf
Medizinregistergesetz

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll ein Zentrum für Medizinregister (ZMR) eingerichtet werden. Bestehende Medizinregister können sich in ein neues Medizinregisterverzeichnis eintragen und für bestimmte Datenverarbeitungsbefugnisse bürokratiearm qualifizieren lassen. Die Register müssen dabei Transparenz über ihre Arbeitsweise, die technische Ausstattung sowie Datensicherheit gewährleisten.

Qualifizierte Register können mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten Daten erheben und für Forschungszwecke nutzbar machen. Sollte die Vollständigkeit eines Datensatzes für einen spezifischen Forschungszweck notwendig sein, ist auch eine Datenfreigabe im Opt-Out-Verfahren (Widerspruchslösung) zulässig. Es kann zudem ein Pseudonym zur medizinischerübergreifenden Forschung erzeugt werden.

Die Daten aus den Medizinregistern können für verschiedene Forschungszwecke genutzt werden. Im Gesetz werden explizit die Versorgungsforschung, die Unterstützung politischer Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung oder das Training von Künstlicher Intelligenz aufgeführt. Zudem können Registerdaten auch zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder digitaler Gesundheitsanwendung verwendet werden.

- B** Einen gemeinsamen Rechtsrahmen und einheitliche Qualitätsstandards für Medizinregister zu schaffen ist sinnvoll. So können vorhandene Datensätze zusammengeführt und strukturiert für die Forschung nutzbar gemacht werden. Um eine umfassende Nutzung zu gewährleisten, sollten sich jedoch alle Register verpflichtend an das Zentrum für Medizinregister anschließen müssen. Die vom Gesetzgeber beabsichtigten schlanken Eintragungs-, Qualifizierungs- und Einwilligungsprozesse sind im Sinne des Bürokratieabbaus zu befürworten.

Grundsätzlich ist eine engmaschige Kontrolle über die Verwendung der Versichertendaten notwendig, besonders im Hinblick auf ihre kommerzielle Nutzung.

Gesundheitswesen aktuell 2026

bifg legt aktuelle Analysen zum Gesundheitswesen vor

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) hat eine neue Ausgabe der jährlich erscheinenden Publikation Gesundheitswesen aktuell vorgelegt. Darin finden sich zahlreiche Beiträge zu systemischen Fragen sowie zur Gestaltung der Versorgung. Hier eine Auswahl:

Welchen **Effekt eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze** (BBG) auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben kann, untersuchen Christian Keutel und Nauka Holl, indem sie zwei Szenarien modellieren: im ersten Szenario die Anhebung der BBG auf die Versicherungspflichtgrenze der GKV, im zweiten auf das Niveau der BBG der gesetzlichen Rentenversicherung.

Timm Genett hofft auf einen Paradigmenwechsel zugunsten von mehr Eigenverantwortung und **Generationengerechtigkeit** – nicht nur in der **Pflegeversicherung**, sondern auch in der Kranken- und Rentenversicherung. Im Bereich der Pflege sei eine Rückbesinnung auf das Subsidiaritätsprinzip und ein Bekenntnis zum Teilleistungssystem notwendig. Die Begrenzung der Eigenbeteiligung in Form eines „Sockel-Spitze-Tauschs“ oder einer regelmäßigen Dynamisierung sind seiner Ansicht nach illusorisch.

Im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts in der **kardiologischen Versorgung** wurden sowohl Beschäftigte in kardiologischen Fachabteilungen als auch Patienten zu ihren Erfahrungen mit dem **Entlassmanagement** befragt. Auffällig ist, so das Autorenteam Lena Imhoff, Robin Heber,

Link zu

Gesundheitswesen
aktuell 2026

Berlin kompakt

Nr. 10 // 4. August 2026

Jonas Schreyögg und Vera Winter, dass Beschäftigte im Krankenhaus und Patienten die Qualität des Entlassmanagements unterschiedlich beurteilen.

Vorschläge zur Regulierung von Private Equity geführten MVZ

Seit 2004 gibt es Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Christoph Scheuplein, Martin Tauscher und Roman Gerlach haben die Entwicklung von Private Equity geführten (PEG) MVZ und ihre Auswirkungen auf die ambulante Versorgung untersucht. Das Geschäftsmodell von Private Equity bestehe in einer temporären Kapitalanlage im Unternehmenssektor, wobei die Unternehmen von den Investoren mehrheitlich bis vollständig übernommen würden und Einfluss auf ihre Geschäftspolitik genommen werde. Der lukrative Wiederverkauf sei das Ziel der Investoren.

Inzwischen kann beobachtet werden, dass vor allem in großstädtischen Ballungsräumen wie München PEG-Ketten in einzelnen Fachbereichen eine marktbeherrschende Stellung einnehmen. Dies wirke sich zum Beispiel auf die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung aus. PEG-MVZ behandeln eher Patienten, die im Vorquartal noch nicht in der Praxis waren, und daher eher weniger Chroniker. Zudem fokussieren sich PEG-MVZ auf standardisierbare und gut abrechenbare Leistungen.

Nach Ansicht der Autoren haben sich MVZ als sinnvolle Ergänzung der ambulanten Versorgungslandschaft etabliert. Doch schlagen sie eine Reihe an Maßnahmen zur ihrer Regulierung vor, um die Vielfalt der freiberuflich geprägten Strukturen in der ambulanten Versorgung zu stärken. Dazu gehören unter anderem ein bundesweites MVZ-Transparenzregister, eine Begrenzung der Gründungsbefugnis für MVZ durch Krankenhäuser und die Stärkung der vertragsärztlichen Verantwortung in MVZ.

Forderung nach Versorgungsplanung der ambulanten Hebammenversorgung

Eine Bedarfsplanung wie in der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es für die Hebammenversorgung nicht. Bislang müssten weder der Bedarf an ambulanten Hebammenleistungen noch ein als angemessen geltender Versorgungsgrad definiert werden, so Manuela Raddatz und Friederike zu Sayn-Wittgenstein. Die beiden Autorinnen haben 2025 ein Gutachten für das Sozialministerium NRW erstellt, in dem ein erster Ansatz zur Bedarfsmessung entwickelt wird. Auf dieser Grundlage werde erstmals eine systematische Einschätzung des Versorgungsgrades der ambulanten Hebammenhilfe möglich. Die Autorinnen plädieren dafür, eine Versorgungsplanung zu entwickeln, die sich an Gesundheits- und Versorgungszielen orientiert, um weg von einer reaktiven und hin zu einer gestaltenden Versorgung zu kommen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren