8. Onlinefachkongress „Impfstatus 2025 – § 25b SGB V: Chancen, Hinderungsgründe, Lösungen“

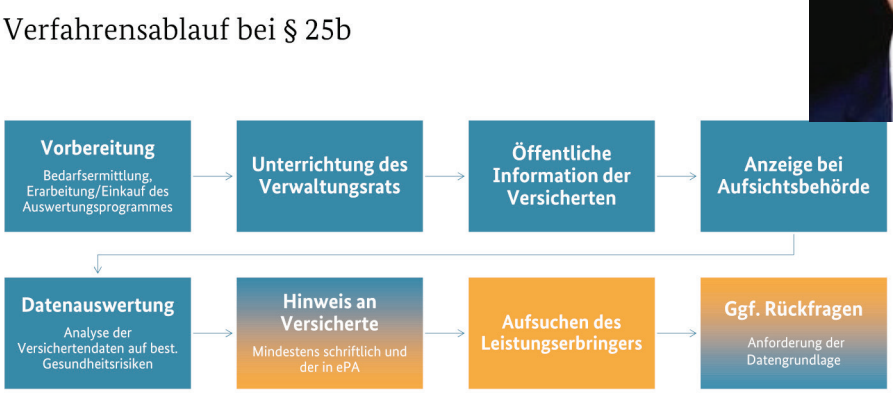
§ 25b SGB V: mehr als eine Brückentechnologie

Eine große neue Chance zur Erhöhung von Impfquoten bietet der § 25b SGB V. Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) zum 26. März 2024 können Kranken- und Pflegekassen mithilfe des neu eingeführten Paragrafen „zum Gesundheitsschutz eines Versicherten datengestützte Auswertungen vornehmen und den Versicherten auf die Ergebnisse dieser Auswertung hinweisen“ (Abs. 1). Dies ist bei sechs Gesundheitsrisiken erlaubt, darunter die Erkennung des Vorliegens von Impfindikationen für Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 2 des IfSG. Um diesen Passus ging es bei diesem 8. Onlinefachkongress „Impfstatus 2025 – § 25b SGB V: Chancen, Hinderungsgründe, Lösungen“. Anlässlich des Fachkongresses betonte Christoph Wagenblast vom Bundesministerium für Gesundheit zum Thema der geforderten Niedrigschwelligkeit der Versicherteninformation: „Wenn man von zwei, drei Maßnahmen ausgeht, ist man absolut auf der sicheren Seite.”

>> „Wir wollen auf diesem Kongress gemeinsam mit Ihnen Schwierigkeiten identifizieren und Schwierigkeiten analysieren, aber dann vor allem Lösungen finden und die Chancen beschreiben, die sich durch diese neue Möglichkeit der zielgenau-individuellen Ansprache der einzelnen Versicherten durch geschickte Datenanalysen ergeben.” Diese Zielvorgabe machte Prof. Dr. Roski, MVF-Herausgeber und Moderator des 8. Onlinefachkongresses „Impfstatus 2025”. Auf diesem wurden nicht nur die ersten Erfahrungen vorgestellt, die die Entre-preneure unter den Krankenkassen gemacht haben, die bereits 2024/2025 auf Grundlage des § 25b SGB V durchgeführt wurden, sondern auch die Vorgaben und auch Hoffnungen seitens des Gesetzgebers sowie eine rechtliche Einordnung.



Abb. 1: Aus Vortrag von Christoph Wagenblast, Bundesministerium für Gesundheit: „Der § 25b SGB V – Chancen und Herausforderungen aus Sicht des BMG“, MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025“ am 18.06.25.



Wagenblast: ein „guter erster Aufschlag”

Den Vortragsreigen eröffnete Christoph Wagenblast, juristischer Referent und stellvertretender Leiter des Referates 511 „Grundsatzfragen neuer Technologien und Datennutzung“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit seinem Vortrag mit dem Titel: „§ 25b SGB V – Chancen und Herausforderungen aus Sicht des BMG”. Das Referat 511 des Ministeriums, zuständig für Digitalisierung und Innovationen, bemühe sich, Gesundheitsdaten überall da nutzbar zu machen, wo sie dem Gemeinwohl dienen. Das betreffe zum einen die Nutzung zu gesundheitlichen Zwecken, zum anderen die Nutzung in der Forschung und drittens insbesondere Anwendungen der künstlichen Intelligenz. Wagenblast: „Wir glauben, dass Gesundheitsdaten eine große Chance sind, um unser Gesundheitssystem evidenter und datenbasierter aufzustellen, um ein lernendes Gesundheitswesen zu etablieren.”

In diesem Kontext ist laut Wagenblast der Paragraf 25b zu verstehen. Mit diesem solle der bestehende große Datenschatz der Krankenkassen gehoben werden, um einen proaktiveren Gesundheitsschutz zu ermöglichen. Den § 25b bezeichnete er als eine gute Möglichkeit, die aufzeigen könne, welche individuellen Gesundheitsrisiken man auf Basis der Kassenabrechnungsdaten identifizieren könne, um dann Versicherte darauf hinzuweisen und ärztliche Abklärung anzuregen. Von daher „freuen wir uns über jede Krankenkasse, die diese Möglichkeit nutzt”, wandte sich Wagenblast an die über 100 Teilnehmenden des MVF-Onlinekongresses. Zurzeit sei bei der Nutzung des Paragrafen allerdings ein Schwerpunktbereich feststellbar: Circa 50 Prozent der Anzeigen bei den Aufsichtsbehörden – den 16 Landesaufsichten sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit der Aufsicht über die bundesunmittelbaren GKVen – beschäftigten sich bislang mit Impfempfehlungen.

In der den weiteren Vorträgen folgenden Q&A-Session kommentierte Wagenblast aber auch das 1.-April-Rundschreiben des BfDI. Darin hatte die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI) zu

IMPFSTATUS 2025

§ 25b SGB V: Chancen, Hinderungsgründe, Lösungen

den in § 25b SGB V vorgesehenen Informationspflichten der Kranken- und Pflegekassen hinsichtlich des Widerspruchsrechts Stellung bezogen. Mit diesem Schreiben hat die Bundesbeauftragte für sich klargestellt, dass „öffentliche Einzelmaßnahmen mangels Kenntnisnahme bzw. mangels der Möglichkeit zur Kenntnisnahme in der Regel nicht geeignet sind, um die Informationspflicht aus § 25b Abs. 3 SGB V zu erfüllen". Nach derzeitiger Einschätzung der Bundesbeauftragten muss vielmehr eine „Mehrzahl an Informationsmaßnahmen ergriffen werden, damit eine öffentliche Information geeignet im Sinne des § 25b Abs. 3 SGB V sein kann". Genannt werden in diesem Schreiben immerhin sieben verschiedene kommunikative Maßnahmen sowie eine „wirklichkeitsnahe Möglichkeit" für deren Kenntnisnahme, was einige Krankenkassen im Vorfeld des Onlinekongresses im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung" als hohe Hürde bewerteten, um etwa Versicherte auf individuelle Impflücken hinzuweisen.

Nach Ansicht von Wagenblast muss eine Kasse nicht alle Informationsmaßnahmen ziehen. Sie kann mehrere einzelne Maßnahmen kombinieren, vielleicht auch nur zwei, um eine gute öffentliche Information hinzubekommen. Wagenblast: „Wenn man von zwei, drei Maßnahmen ausgeht, ist man absolut auf der sicheren Seite. Das ist niedrigschwellig."

Für die Auswahl geeigneter technischer und organisatorischer Maßnahmen zur Sicherung des angemessenen Schutzniveaus seien nach Maßgaben der DSGVO (z. B. Art 32 Abs. 1 DSGVO) aber auch die Kosten derartiger Maßnahmen zu berücksichtigen. Von daher sei es geboten, Versicherte mit möglichst wenigen, aber ausreichenden Maßnahmen gut zu informieren.

Lamberts: § 25b-Impfkampagnen geradlinig und einfach umsetzbar

Matthias Lamberts ist approbierter Arzt und bei der DAK Gesundheit im Geschäftsbereich Leistung tätig. Als Projektmanager für Risikostratifizierung und transsektorale Projekte, eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Medizin, IT und Management, zeichnet er verantwortlich für die Planung, Umsetzung und Evaluation der Projekte zur interdisziplinären Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung und insbesondere für die Identifikation und Steuerung von Patient:innen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Bereits im letzten Jahr hat die DAK-Gesundheit ein Konzept zur Umsetzung von § 25b SGB V entwickelt, das gezielte, persönliche Ansprache zur Prävention – insbesondere bei Impfungen – ermöglicht. Im Mittelpunkt der von ihm verantworteten Kampagne stand die Pneumokokken-Impfung bei Risikopatient:innen, vor allem Asthmatiker:innen und Patient:innen mit COPD über 60 Jahren, da die Impfquote in dieser Gruppe nur bei etwa 24% liegt und seit Jahren stag-niert.

Die Ansprache bzgl. des Gesundheitsrisikos oder der Impflücke erfolgt postalisch. Die allgemeine Information zum GDNG und § 25b und dem Widerspruchsrecht erfolgt über verschiedene Kanäle, analog und digital. Zudem wurden sowohl Versicherte als auch deren behandelnde Ärzteschaft informiert. „Kommunikation ist umso wirksamer, wenn man sich ganz persönlich angesprochen fühlt", gab Lamberts zu Protokoll. Das gelte auch und gerade bei der Prävention, die gezielt auf den Einzelnen zugeschnitten sein müsse.

Genau an der Stelle gibt es jedoch ein systembedingtes Problem und eine ebensolche Herausforderung, die durch den hohen zeitlichen Verzug der Verfügbarkeit von ambulanten Kassenabrechnungsdaten entsteht, der immerhin drei Quartale ausmacht. Diesen Verzug müssen man nach Lamberts immer mitdenken, insbesondere dann, wenn man in einem Datensatz das Versorgungsgeschehen möglichst zeitnah und realitätsnah abbilden möchte. Auf der anderen Seite existieren analytische Fehlerquellen, was oft mit Ungenauigkeiten bei Codierungen von Erkrankungen zu tun hat. Das erschwert es nach Lamberts, genau jene Versicherten zu identifizieren, die ein tatsächliches Risiko aufweisen, weil es immer gilt, auf falschen Daten basierende Ansprachen zu vermeiden. Lamberts: „Das ist sicherlich eine Herausforderung und muss bei jedem Use Case mitgedacht werden." Wenn man aber einmal die entsprechenden Prozesse aufgesetzt habe, sei eine Impfkampagne nach § 25b eigentlich geradlinig und einfach umzusetzen.

Da auch das Wirtschaftlichkeitsgebot Lamberts Worten zufolge immer eine Leitplanke darstellt, die Krankenkassen immer mit berücksichtigen müssen, geht es zwar in erster Linie darum, die Impfquoten zu erhöhen, auf der anderen Seite aber auch um einen ökonomischen Benefit. Beides konnte mit der 25b-Kampagne erreicht werden: So erfolgten im Zeitraum der Kampagne immerhin 5.454 Impfungen, die den 99.398 Anschreiben zugeordnet werden konnten. Damit war das Vorgehen der DAK auch wirtschaftlich gesehen äußerst sinnvoll: Denn die Kosten einer Impfung (rund 105 Euro) stehen insbesondere bei Risikopatient:innen hohen Behand-

Abb. 2: Aus Vortrag von Matthias Lamberts, DAK-Gesundheit: „Erfahrungen der bisher durchgeführten §-25b-Aktionen der DAK", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025" am 18.06.25.





lungskosten im Krankheitsfall gegenüber, die stationär circa 6.140 Euro, ambulant etwa 650 Euro betragen. Lamberts: „Das Konzept zeigt damit, wie Krankenkassen durch datengestützte individuelle Ansprache Impflücken schließen und sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Vorteile erzielen können. Die Kommunikation muss dabei verständlich, zielgruppengerecht und mit klaren Handlungsoptionen erfolgen.

Otto: eine gewisse „Brückentechnologie"

Robert Otto, Apotheker bei der AOK PLUS Sachsen und Thüringen, berichtete in seinem Vortrag hingegen über die Herausforderungen und Erfahrungen bei der Förderung der HPV-Impfung (Impfung gegen humane Papillomviren). Aus diesem Grund hat die Kasse ein Pilotprojekt gestartet, um gezielt ungeimpfte Jugendliche und deren Eltern zu informieren und zur HPV-Impfung zu motivieren. Hatten laut RKI im Jahr 2023 bundesweit nur die Hälfte der Mädchen (55%) im Alter von 15 Jahren und lediglich ein Drittel der Jungen (34%) einen vollständigen Impfschutz, lag dieser laut Otto in Sachsen und Thüringen bei den Mädchen bei 51% bzw. 54% und bei den Jungen bei 32% bzw. 36%.

Im Zuge der im Mai 2025 abgeschlossenen Kampagne zu HPV-assoziierten Krebserkrankungen wurden über 220.000 Versicherte in Sachsen und Thüringen identifiziert und in mehreren Wellen angeschrieben – Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren direkt, bei 9- bis 14-Jährigen ging der Brief an die Eltern. Zudem wurde die Informationskampagne in enger Abstimmung mit Ärzt:innen und Verbänden durchgeführt, um die Akzeptanz zu fördern und Missverständnisse zu vermeiden. Die Evaluation steht aber noch aus.

Wichtig war nach Otto die Etablierung eines Prozesses samt der dafür nötigen technischen Anforderungen, den Informationspflichten und dem Datenschutz. Dazu gehört auch der Fakt, den bereits Lamberts angeführt hatte: In den Abrechnungsdaten bezüglich der Impfleistung sei doch die ein oder andere fehlende Codierung sichtbar geworden.

Zu Beginn einer 25b-Kampagne ist Ottos Ausführungen zufolge unverzüglich der Verwaltungsrat der Krankenkasse zu informieren. Da dieses Gremium jedoch nur in einem gewissen zeitlichen Takt zusammenkomme, sei es gar nicht so einfach, in der nächstmöglichen Sitzung auf die Tagesordnung zu kommen. Von daher wurde bei der AOK Plus eine neue Verfahrensweise etabliert, die kurzfristige Informationen des Verwaltungsrats zulässt. Die Versicherteninformation ist zeitlich nicht an die Anzeige bei der Aufsicht gekoppelt, kann also auch zeitgleich machen.

Erst dann könne eine Versicherteninformation (mindestens vier Wochen vor Datenverarbeitung) mit Hinweis auf die Widerspruchsmöglichkeit erfolgen. Im Kampagnenzeitraum der HPV-Impfinformation der AOK Plus nahmen lediglich 170 Versicherte dieses Recht in Anspruch – bei einer Ansprache von immerhin über 220.000 Kund:innen.

In seinem Fazit bezeichnete Otto den § 25b SGB V als „eine gewisse Brückentechnologie", weil man über diesen Paragrafen sicherlich nicht alle Impflücken werde schließen können. Das sei auch nicht Sinn und Zweck dieser „wirklich guten Möglichkeit, eine bestimmte Entwicklung zu fördern". Eine Brückentechnologie deshalb, weil Otto zukünftig mit den Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte rechnet, der eines Tages eine Impfreminderfunktion und noch andere wichtige Tools implementiert werden kann.

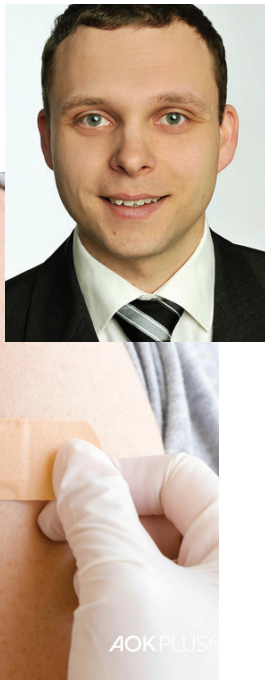
Ruppel: Risiko, Gefahr und die Verwendung von KI-Anwendungen

„Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V" hatte RA Dr. jur. Dr. rer. med. Thomas Ruppel seinen Vortrag überschrieben. Er ist Fachanwalt für Medizinrecht mit einer auf die Beratung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen spezialisierten Kanzlei in Lübeck und zudem habilitiert am Institut für Community Medicine der Universität Greifswald, wo er an Projekten des Innovationsfonds und weiteren Versorgungsforschungsprojekten beteiligt ist.

In seinem Vortrag behandelte Ruppel die komplexen rechtlichen und praktischen Anforderungen, die Krankenkassen bei der Nutzung von Datenanalysen und insbesondere beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) gegenüber Versicherten nach § 25b SGB V beachten müssen. Zuallererst gilt nach Ruppel, dass es sich bei diesem Paragrafen um ein Entschließungsermessen der Kranken- und Pflegekassen handelt. Das bedeutet, dass es nach der Gesetzesbegründung völlig den Kassen überlassen ist, ob sie den § 25b nutzen wollen oder nicht. Wenn sie sich jedoch entscheiden, den Paragrafen zu nutzen, „müssen sie es aber auch vernünftig machen". Hier habe aber der Gesetzgeber die Anwenderschaft nicht allzu glücklich gemacht.

Das liegt nach Ruppel vor allem am im Gesetzestext verwandten Risikobegriff. In vielen gesetzesrelevanten Umfeldern – beispielsweise der Polizei, dem Rettungsdienst und der Feuerwehr – seien in den letzten 60 Jahren viele Gefahrenbegriffe determiniert

Abb. 3: Aus Vortrag von Robert Otto, AOK PLUS: „Erfahrungen der bisher durchgeführten §-25b-Aktion (HPV) der AOK Plus", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025" am 18.06.25.



worden. Nun habe sich der Gesetzgeber beim § 25b jedoch entschieden, dies zu ignorieren und sich neue Begriffe auszudenken.

So wird im ersten Absatz von einer „schwerwiegenden Gesundheitsgefährdung" und im vierten von einem „konkreten Risiko einer Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit" gesprochen. Mit dem Begriff einer „konkreten Gesundheitsgefährdung" komme ein Jurist ganz gut klar, weil damit eine hinreichende Wahrscheinlichkeit einer Beeinträchtigung oder eines Schadens eines geschützten Rechtsguts – eben der Gesundheit eines Individuums – beschrieben wird. Anders liege der Fall indes beim Vorliegen eines konkreten Risikos für eine Erkrankung oder einer Pflegebedürftigkeit. Hier habe der Gesetzgeber „völlig im Unklaren gelassen, was er mit einem konkreten Risiko meint". Denn: „Ein Risiko ist klassischerweise weniger als eine Gefahr", erklärte der Rechtsanwalt.



Abb. 4: Aus Vortrag von RA Dr. Dr. Thomas Ruppel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht: „Rechtliche Implikationen der Stratifizierung des Versichertenklientels nach § 25b SGB V", MVF-Fachkongress „Impfstatus 2025" am 18.06.25.

Zusammenfassung

- gesetzlichen Begrifflichkeiten, ab welcher Schwelle Versicherten zu informieren sind, handwerklich sehr schlecht gemacht und auslegungsbedürftig
- konkrete Gesundheitsgefährdung / konkretes Risiko für Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit
- ob diese Schwellen erreicht werden, bestimmen Konsens in Medizin & Versorgungsforschung des jeweiligen Fachgebietes
- unterhalb dieser Schwellen muss nicht informiert werden
- bei Erreichen der Schwellen muss informiert werden, denn Kranken- oder Pflegekassen müssen Datenauswertung vornehmen

Nun klinge jedoch der im Gesetz verwandte Begriff des „konkreten Risikos" danach, dass es sich hier wohl um ein besonders schlimmes, bevorstehendes Risiko handeln müsse. Das sei dann wohl doch eher eine Gefahr, von der in der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ausgeführt wird, es müsse sich um „eine in überschaubarer Zukunft bestehende Möglichkeit" – nicht Wahrscheinlichkeit handeln, eine Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit zu bekommen. Ruppels persönliche Einschätzung: „Ich verstehe es nicht, warum hier der Gesetzgeber Begriffe verwendet hat, die wir in der Juristerei so nicht kennen. Wir kennen die abstrakte Gefahr, die konkrete Gefahr und auch die dringende Gefahr, aber eben kein konkretes Risiko, das letzten Endes nur die Medizin und die Versorgungsforschung bestimmen kann."

In der dem Vortrag anschließenden Podiumsdiskussion bezog BMG-Jurist Wagenblast Stellung zur Wahl des Begriffs. Die Frage, ob Risiko oder Gefahr der bessere Begriff sei, habe sich auch dem Ministerium gestellt. Im Endeffekt habe man sich für den Risikobegriff entschieden, weil das Gesundheitsrisiko ein Begriff sei, den insbesonders die ärztlichen Kolleg:innen im Haus bevorzugt und auch die Krankenkassen mit diesem Begriff keinerlei Auslegungsschwierigkeiten hätten.

An der Stelle ging Ruppel einen Schritt weiter: Er betonte die Schwelle, ab der es überhaupt eine rechtliche Grundlage für eine Versicherteninformation gibt. Auch diese sei auf medizinisch-wissenschaftlicher Basis sowie auf Basis der Versorgungsforschungsdaten zu ermitteln. Entscheiden, ob die Schwelle einer Gefahr oder eines konkreten Risikos erreicht sei, müsse das jede Kasse für sich. Ruppel: „Die vorausgegangenen Vorträge der beiden Kassenvertreter haben deutlich gezeigt, dass die Krankenkassen damit umgehen können." Denn Auslegung sei etwas, das die Krankenkassen mit einer Vielzahl der Regeln im SGB V geübt haben.

Auch zur Frage, welche Klientel im Zuge einer 25b-Aktion informiert werden muss, äußerte sich der Medizinrechtler. Hier kommt der allgemeine Gleichheitssatz des Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes zum Tragen. Dieser verlange, dass eine Behörde oder Körperschaft des öffentlichen Rechts „wesentlich gleiche Sachverhalte gleich behandelt". Vice versa gelte aber ebenso, dass nach der ständigen Rechtsprechung das Bundesverfassungsgerichts auch „wesentlich ungleiche Sachverhalte ungleich behandelt" werden. Das bedeute in einem konkreten Fall, dass beispielsweise ein Versicherter nicht über sämtliche im Rahmen der Datenanalyse erkannten Risiken zu informieren ist, sondern nur über jene, die Medizin und Versorgungsforschung als relevant einstufen.

Zum Schluss seines Vortrags ging Ruppel auf die Verwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) im Zuge einer 25b-Datenanalyse ein. Sein Fazit, das jedoch in einigen Monaten schon überholt sein könnte: „Momentan nicht." Da Kranken- und Pflegekassen als Körperschaften öffentlichen Rechts umfassend an Recht und Gesetz gebunden seien, gelte hier ein wesentliches Grundrecht, das vom Bundesverfassungsgericht aus Artikel 19 Absatz 4 entwickelt wurde. Aus diesem Artikel lasse sich ableiten, dass das Grundrecht einer Datentransparenz-Norm unterworfen ist. Demnach hätten alle Bürger:innen einen Anspruch darauf, staatliche Maßnahmen rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht vollständig überprüfen zu können. So erlange dieser Artikel mit seinem Gebot des effektiven Rechtsschutzes nicht nur, dass jede Bürger:in durch alle Instanzen hindurch Gerichte anrufen kann, sondern auch, dass ein Gericht inhaltlich in der Lage sein muss zu prüfen, was eine Behörde oder Körperschaften öffentlichen Rechts wie genau getan haben. Das aber sei bei den KI-Anwendungen, die aktuell auf dem Markt sind, zumindest überwiegend nicht möglich.

Das liege daran, dass die KI ihre Methodik samt der von ihr verwandten Quellen, ihren Berechnungen und Gewichtungen nicht nur absolut transparent und nachvollziehbar auswerfen müsse, sondern auch ihre Lösungs-

und Recherchewege reproduzierbar dokumentieren muss. Solange dies nicht gewährleistet sei, wären KI-Anwendungen für Kassen tabu. Ruppel: „Wir haben das mal mit KI-Anwendungen bei medizinischen Daten probiert. Tatsächlich konnten die Ergebnisse nicht sauber reproduziert werden, was spätestens dann zum Problem werden kann, wenn sich der erste Versicherte beschwert." Das sei für deutsche Bürger:innen absolut einfach: Sie könnten dazu einfach eine Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz an die jeweilige Krankenkasse" richten und darum bitten, die Methoden einer Kasse zur Stratifizierung einer Datenanalyse vorzulegen. Diese Anfrage müsse dann die betreffende Kasse beantworten, samt Berichtspflicht an die Bundesdatenschutzbeauftragte.

Auch das sah BMG-Jurist Wagenblast in der anschließenden Podiumsdiskussion nicht ganz so eng: „KI ist ein Mantelbegriff. Grundsätzlich haben wir es zumindest nicht ausgeschlossen, dass KI genutzt wird. Wir haben das Gesetz darum technologieneutral formuliert." <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

§ 25b SGB V: https://t1p.de/g4qpf
BfDI-Rundschreiben: https://t1p.de/jtb9y
MVF-Beitrag Ruppel/Mertens: https://t1p.de/wm1kq

Die Audio- und Videodokumentation des 8. Onlinekongresses „Impfstatus 2025" von „Monitor Versorgungsforschung" finden Sie hier: https://t1p.de/vmjek

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „§ 25b SGB V: mehr als eine Brückentechnologie", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/25), S. 24–28. http://doi.org/10.24945/MVF.04.25.1866-0533.2734

Fragen und Antworten aus der Question-and-Answer-Session (Q&A)

Q1) Wann ist die vom Gesetz und dem BfDI geforderte **Niedrigschwelligkeit** der Versicherteninformation erreicht?

A1a Zur Niedrigschwelligkeit der Information: Es reicht aus, mehrere geeignete Maßnahmen zu kombinieren (z. B. öffentliche Information, Briefe, digitale Kanäle). Es ist nicht erforderlich, alle Versicherten auf jedem Weg zu erreichen, da dies in der Praxis nicht möglich ist. Die Datenschutzbehörde setzt die Anforderungen hier teils zu hoch an.

Q2) Was heißt für den BfDI: „**wirklichkeitsnahe Möglichkeit** zur Kenntnisnahme"?

A2a Die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Schadens, die eine Informationspflicht auslöst, muss medizinisch-wissenschaftlich begründet werden. Es ist akzeptabel, dass nicht alle Grenzfälle eingeschlossen werden.

A2b „Man kann kombinieren, mehrere einzelne, vielleicht auch nur zwei Maßnahmen, um eine gute öffentliche Information hinzubekommen. Wenn man da von zwei, drei ausgeht, dann ist man absolut auf der sicheren Seite. Das ist niedrigschwellig."

A2c „Die Bundesbeauftragte selbst schreibt ja in ihrer Stellungnahme unter anderem, dass Offline- und vulnerable Gruppen durch die Informationsmaßnahmen nicht erreicht werden."

Q3) Wann ist eine **hinreichende Wahrscheinlichkeit** von gesundheitlichen Schäden erreicht, damit überhaupt eine § 25b-Aktion erfolgen darf?

A3a Die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Schadens, die eine Informationspflicht auslöst, muss medizinisch-wissenschaftlich begründet werden. Es ist akzeptabel, dass nicht alle Grenzfälle eingeschlossen werden.

A3b „Am Ende entscheiden am medizinische Daten, Studien und die Versorgungsforschung, wann eine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Schadens erreicht ist."

A3c „Die Verantwortung dafür, dass gestützt auf medizinische und wissenschaftliche Argumente und Begründungen informiert wird, trägt die Kranken- oder Pflegekasse."

Q4) Greifen Kranken- und Pflegekassen durch **unterlassene oder fehlerhafte Informationen** in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ein?

A4a „Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ist nach unserer Auffassung normalerweise nicht tangiert. Vielleicht abgesehen von ganz theoretischen Fällen, bei denen es durch eine unterlassene Information zu einem Gesundheitsschaden kommt, dann kann man über eine Haftung nachdenken."

Q5) Handelt es sich beim § 25b um eine **Anzeige- oder Prüfungspflicht**?

A5a „Es besteht lediglich eine klare Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde, wenn Krankenkassen entsprechende Informationsmaßnahmen nach § 25b durchführen. Auch ist mir nicht bekannt, dass irgendeine Krankenkasse dieses Missverständnis einmal hatte. "

A5b Eine Anzeige ist in der Sekunde erfüllt, in der diese Anzeige beim BAS oder bei einer Landesaufsichtsbehörde eingegangen ist. Dafür gibt es übrigens ein Formular, das man nutzen kann. Natürlich kann man auf eine Rückmeldung warten, das ist eine Möglichkeit, aber eben kein Muss."

Q6) Ist eine **Nicht-Nutzung des Paragrafen** nicht gegen das Interesse der Versicherten, die sonst bei Nutzung des § 25b besser versorgt werden könnten?

A6a „Natürlich will der Gesetzgeber, dass der § 25b etwas bringt , darum sollen die Krankenkassen 25b-Verfahren etablieren, damit am Ende ein gesundheitlicher Benefit für ihre Versicherten entsteht."

A6b „Wenn man die Frage umkehrt, würde das bedeuten, dass eine Kasse zu jedem Zeitpunkt über alle Gesundheitsrisiken, die vorhanden sein könnten, Bescheid wissen muss und dann auch darüber informieren muss. Es ist schlicht nicht möglich, bei allen Versicherten alle Gesundheitsrisiken aus unseren Daten herauszulesen und dann auf dieser Basis auch noch anzusprechen."

A6c „Jeder Krankenkasse ist daran gelegen, dass ihre Versicherten möglichst gut und möglichst frühzeitig behandelt werden. Damit müssen sie – dort wo das möglich ist – über ihre Risiken Bescheid wissen, um sich dann informiert und bewusst entscheiden zu können, entsprechend zu agieren."