

01 TI-Störung: nicht neu starten

Die gematik meldet am 12.10. deutschlandweit TI-Verbindungsprobleme bei bestimmten secunet-/RISE-Konnektoren: E-Rezept, elektronische Patientenakte (ePA) und eAU können betroffen sein. Um 22:24 Uhr weiter offen; seit 15:28 Uhr besteht ein manueller Workaround durch den technischen Dienstleister.

Praxisaktion: Betroffene Konnektoren nicht neu starten; Dienstleister kontaktieren.

[gematik · 12.10. · Status-API](#)

02 Chronische Versorgung: Koordination

Das EbM-Netzwerk stellt am 12.10. für Deutschland das ChroMo-Positionspapier vor: hausärztlich koordiniertes Monitoring chronischer Erkrankungen, delegierte Befunderhebung und Vergütung der Verantwortung statt einzelner Kontrollen. DMP-Checklisten sollen sich auf Schlüsselinhalt beschränken. Keine neue Vergütungsregel.

Workflow-Hinweis: Kontrollroutinen auf Therapiekonsequenz und Nutzen-Schaden-Verhältnis prüfen.

[EbM · 12.10. · Positionspapier, S. 2-3](#)

03 AdAM: kein gesicherter Kostenvorteil

BMC Digital Health veröffentlicht am 7.10. die deutsche AdAM-Kostenanalyse zur digitalen Medikationsprüfung bei Polypharmazie: adjustiert -7,20 Euro je Patient:in/Quartal (95%-KI -109,70 bis +95,30), kein gesicherter Vorteil. Gestaffelte Cluster-Randomisierung; geringe Nutzung, fehlende PVS-Integration, Pandemie und nicht enthaltene Implementierungskosten begrenzen die Aussage.

Für den Hinterkopf: Kein pauschales Urteil über jede Medikationssoftware.

[BMC Digital Health · 7.10.](#)

04 Medikationsplan: AOK gegen Extra-Honorar

Die AOK fordert in ihrer deutschen GeDIG-Stellungnahme vom 1.10., Medikationspläne mit regulären Pauschalen/Chronikerzuschlägen abzugelten. Gesonderte EBM-Vergütung soll entfallen; der Vorschlag nennt sogar den 1.10.2026. Verbandsforderung, keine wirksame Kürzung.

Für den Hinterkopf: Daraus allein folgt keine Abrechnungsänderung.

[AOK · 1.10., S. 19-20](#)

05 Direkter Praxiszugang soll bleiben

Die Bundesärztekammer (BÄK) fordert am 12.10. zum deutschen Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG): Direkter Praxiskontakt muss bei primärärztlicher Bindung während der Öffnungszeiten möglich bleiben; nach ärztlicher Überweisung keine erneute digitale Bedarfseinschätzung.

Für den Hinterkopf: Forderung für kontinuierliche Versorgung, keine geltende Zugangsvorgabe.

[BÄK · 12.10., S. 11, 14-15](#)

06 BtM-/T-Rezepte: Lücke bis 2028?

Die BÄK kritisiert am 12.10. im deutschen GeDIG-Entwurf elektronische Betäubungsmittel-/T-Rezepte erst ab 1.3.2028. T-Rezepte sind Sicherheitsrezepte für bestimmte Arzneimittel. Diese Verordnungen fehlen weiter in der elektronischen Medikationsliste. Sicherheitsbewertung, kein geltender neuer Termin.

Praxisaktion: BtM-/T-Rezepte beim Medikationsabgleich separat erfassen.

[BÄK · 12.10., S. 13](#)

07 Pflegegutachten in die ePA?

Der Medizinische Dienst Bund fordert am 12.10. zum deutschen GeDIG: Pflegekassen sollen Pflegegutachten oder enthaltene Präventions-/Rehaempfehlungen mit Zustimmung der Versicherten in die ePA einstellen, strukturiert, übergangsweise als PDF. Keine geltende Uploadpflicht.

Für den Hinterkopf: Empfehlungen könnten besser in der Weiterbehandlung ankommen.

[MD Bund · 12.10., S. 9](#)

08 Kassen-Scanservice: Wer übernimmt?

Die Bundesregierung will im deutschen GeDIG-Entwurf vom 30.9. den Kassen-Scanservice (§ 350a SGB V) streichen: bislang zweimal/24 Monate je zehn Papierdokumente für die ePA. Begründung: geringe Nutzung/Kosten. Versicherte oder ihre Vertretung sollen selbst hochladen. Keine Übertragung auf Praxen; laut KBV keine Pflicht zum Einpflegen alter Papierbefunde.

Für den Hinterkopf: Zusätzliche Praxis-Hilfsanfragen sind plausibel; der Entwurf gilt noch nicht.

[RegE · 30.9., S. 41, 163 · § 350a · KBV-FAQ](#)

09 BÄK gegen Apotheken-Telemedizin

Die BÄK fordert am 12.10. zum deutschen GeDIG, assistierte Apotheken-Telemedizin samt ePA-Zugriff zu streichen. Sie nennt Zweig-/Teampraxen und telemedizinisch unterstützte MFA-Hausbesuche als Alternativen. Fachpolitische Position ohne vergleichenden Nutznachweis; keine beschlossene Streichung.

Für den Hinterkopf: Konflikt um knappe Versorgungsressourcen.

[BÄK · 12.10., S. 12-13](#)

10 CGRP: kleines Gefäßrisikosignal

Neurology berichtet online am 7.1. aus US-Versicherungsdaten: 900.370 Migränebetroffene, 18-64 Jahre. Unter CGRP-Hemmung eines Migräne-Botenstoffs mehr Gefäßereignisse: gewichtet 8,77 statt 6,76/1.000 Personenjahre; aHR 1,26 (95%-KI 1,10-1,45). Ausgangsrisiken höher; Beobachtungsdaten, kein Kausalbeweis oder individuelles Jahresrisiko.

Sprechstundenimpuls: Kardiovaskuläre Risiken abwägen; keine neue Absetzempfehlung.

[Neurology · Online-first 7.1.](#)

11 Überweisungspflicht spart nicht allein

Die OECD veröffentlicht am 29.5. einen 38-Länder-Review: 31 steuern Facharztzugang primärärztlich, sieben freiwillig. Gemischte Evidenz: tendenziell weniger Facharztkontakte/Klinikaufnahmen, mehr Primärversorgung; begrenzte Einsparungen. Kein Kausalnachweis für Deutschland. Kapazität, Vergütung, private Ausweichwege und Schutz vulnerabler Gruppen zählen.

Für den Hinterkopf: Überweisungspflicht allein garantiert keine Einsparung.

[OECD · 29.5., S. 5-6, 39-40](#)

12 Blutdruck: größter Modellhebel

Die American Heart Association stellt am 11.10. in Arlington ein vorläufiges 20-Länder-Modell vor: Versorgung von etwa 80 % der Berechtigten könnte jährlich 518.000 kardiovaskuläre Todesfälle durch Blutdruckkontrolle vermeiden, gegenüber 341.000 durch Statine, 310.000 durch Glukosekontrolle. Szenarien nicht addierbar; nicht peer-reviewt, keine deutsche Prognose.

Für den Hinterkopf: Blutdruckkontrolle hat im Modell den größten Präventionshebel.

[AHA · Kongressbefund 11.10.](#)