

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung
durch Digitalisierung und Innovation
(Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) (BT-Drs. 19/13438)
sowie zur Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme
des Bundesrats zum DVG (BT-Drs. 19/13548)
und dem Antrag von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN (BT-Drs. 19/13539)**

A. Zusammenfassende Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) begrüßt, dass der Gesetzgeber den Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation vorgelegt hat. In der Digitalisierung und in innovativen Versorgungsstrukturen liegen große Chancen für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe wesentlicher Maßnahmen vor, die den Zugang digitaler Innovationen in die Regelversorgung erleichtern, die Entwicklung innovativer telemedizinischer Versorgungsangebote forcieren, die Telematikinfrastruktur ausbauen und neue Impulse für die Entwicklung innovativer Versorgungsansätze geben. So begrüßt die BAGFW nachdrücklich, dass der Gesetzentwurf den Anschluss der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur vorsieht und dafür auch eine verlässliche Finanzierungsgrundlage schafft. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Freien Wohlfahrtspflege. Die BAGFW zeigt nachfolgend auf, an welchen Stellen der Gesetzgeber weitere Maßnahmen ergreifen sollte. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten als sehr positiv, dass der Gesetzentwurf die E-Verordnungen um den Bereich der Heil- und Hilfsmittel ergänzt. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben sich im bisherigen Gesetzgebungsprozess vehement dafür eingesetzt, dass mit dem Gesetzentwurf unverzüglich auch elektronische Verordnungen zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37, Soziotherapie nach § 37a, SAPV nach § 37b und Haushaltshilfe nach § 38 aufgenommen werden. Dieser Forderung hat der Gesetzgeber nun mit dem Änderungsantrag 3 Rechnung getragen, was wir nachdrücklich begrüßen, denn diese Bereiche sind für die Pflege von hoher Relevanz, um den Pflegeprozess zu optimieren und Pflegekräfte durch Entbürokratisierung zu entlasten. Offen bleibt bislang noch die Möglichkeit einer elektronischen Verordnung für stationäre Hospizleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V.

Ein weiterer virulenter Punkt ist, dass bei der Entwicklung und Bereitstellung digitaler Angebote im Gesundheitswesen die Barrierefreiheit von Anfang an zu berücksichtigen ist. Dies ist bislang nicht der Fall. Daher begrüßt die BAGFW, dass das Thema der Barriere-

freiheit durch das BfArM in Bezug auf Digitale Gesundheitsanwendungen zu berücksichtigen ist. Aus Patientensicht ist ausdrücklich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf an mehreren Stellen die Erstellung von medizinischen Leitlinien stärkt.

Hinsichtlich der Genehmigungsregelungen für Digitale Gesundheitsanwendungen sollte der Gesetzgeber Krankenkassen verpflichten, digitale Genehmigungsprozesse anzubieten. Es ist sachgerecht, dass zwischen digitalen Gesundheitsanwendungen, die ärztlich verordnet werden müssen und solchen, die nur der Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen, unterschieden wird. Wir gehen davon aus, dass das BfArM insbesondere digitale Anwendungen, die sich mit der Thematik der Diagnosestellung und Therapiebegleitung befassen, so einordnen wird, dass sie ärztlich zu verordnen sind.

Des Weiteren setzen sich die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege dafür ein, dass der Innovationsfonds verstärkt Projekte zur Verbesserung der Versorgung vulnerabler Gruppen und zur Stärkung der Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz fördert.

Im Hinblick auf die stationäre Versorgung in freigemeinnützigen Krankenhäusern ist kritisch anzumerken, dass das DVG keine Lösungsansätze für den Investitionsstau in Krankenhäusern bietet, obwohl bekannt ist, dass die Digitalisierung von Prozessen ohne erhebliche Investitionen nicht zu bewältigen ist. Gemeinnützige Krankenhäuser, die ohne Gewinnabsicht agieren und nur sehr eingeschränkt Zugang zum Kapitalmarkt haben, sind selbst dazu häufig nicht in der Lage. Wir halten daher eine staatliche Förderung in Form eines Sonderprogramms, -fonds, oder -pakts für dringend erforderlich, damit gemeinnützige Krankenhäuser, die eine tragende Rolle in der Daseinsvorsorge für Bürgerinnen und Bürger spielen, weiterhin eine innovative und am Menschen ausgerichtete medizinische Versorgung leisten können. Der dahingehende Antrag der GRÜNEN wird unterstützt. Ein solches Sonderprogramm ist auch für die Pflege vorzusehen. Die im PpSG vorgesehene Förderung von 12.000 Euro pro Pflegeeinrichtung ist nicht ausreichend, um die Herausforderungen der Digitalisierung zu bewältigen.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 33a Digitale Gesundheitsanwendungen (in Verbindung mit § 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen, Verordnungsermächtigung)

Es wird begrüßt, dass ein Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen normiert wird und dass das BfArM ein Verzeichnis über diese zu führen hat. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt ausdrücklich, dass in Hinblick auf die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) der Gesetzgeber sich des Themas Barrierefreiheit im Zusammenhang mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens annimmt. Es ist richtig, dass das BfArM damit beauftragt wird im Rahmen seiner Prüfung auch den Aspekt der Barrierefreiheit im Rahmen seiner Prüfung zu berücksichtigen. Es gibt digitale Gesundheitsanwendungen, die insbesondere einen Mehrwert für Menschen mit Beeinträchtigungen bieten. Es sollte daher garantiert sein, dass insbesondere auch

diese Personen die Gelegenheit haben, sich über erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen zu informieren. Daher sollte das BfArM verpflichtet werden, das aufzubauende Verzeichnis barrierefrei zu gestalten.

Es wird begrüßt, dass gesetzliche Regelungen dafür getroffen werden, dass Patienten/-innen ebenfalls Kosten erstattet werden, die im Rahmen der Bereitstellung über App Stores entstehen. Es wird ebenso begrüßt, dass der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, dass alternative Bereitstellungswege forciert werden sollten, um hohe Gewinne für die Plattformbetreiber Google und Apple, die durch die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen sind, zu verhindern.

Das hier bestehende Dilemma macht deutlich, dass es erforderlich ist, dass der Gesetzgeber sich ebenfalls mit der Regulation der Plattformökonomie und des weitgehend unregulierten Marktes von Gesundheitsdaten, die beispielsweise durch Smart Devices entstehen, befasst. Hierfür werden auch europäische Initiativen erforderlich sein.

Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber Regelungen vorsehen möchte, die in Hinblick auf die Erstattung Digitaler Gesundheitsanwendungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung tragen. Die hierzu angebrachten Punkte in der Gesetzesbegründung sind allerdings widersprüchlich. Einerseits wird hervorgehoben, dass Digitale Gesundheitsanwendungen für Versicherte ebenfalls ohne ärztliche Verordnung und auf eigene Initiative oder Empfehlung anderer Leistungserbringer hin erstattungsfähig sein sollten. Hierbei kommt dem BfArM die Aufgabe zu einzuordnen, welche digitalen Anwendungen keiner ärztlichen Verordnung bedürfen. Wir gehen davon aus, dass das BfArM insbesondere digitale Anwendungen, die sich mit der Thematik der Diagnosestellung und Therapiebegleitung befassen, so einordnen wird, dass sie ärztlich zu verordnen sind.

Es erstaunt, dass die Krankenkassen gleichzeitig verpflichtet werden sollen, regelmäßig den Nachweis zu verlangen, dass eine ärztlich bestätigte Indikation vorliegt. Dies würde Versicherte zwingen, sich nach einer gewissen Zeit eine ärztliche Verordnung auch dann einzuholen, wenn das BfArM explizit entschieden hat, dass für die Nutzung der digitalen Anwendung keine ärztliche Verordnung notwendig ist. Hier sollte eine patientenfreundliche und bürokratiearme Regelung vorgesehen werden.

Des Weiteren schließen wir uns der Forderung des Bundesrats an, dass digitale Gesundheitsanwendungen auch von Psychotherapeutinnen und –therapeuten verordnet werden können sollten.

Eine wirtschaftliche Erstattungsweise ist dadurch sicher zu stellen, dass bei regelmäßig anfallenden Kosten, der Anbieter von Digitalen Gesundheitsanwendungen diese nur im Falle einer andauernden Nutzung durch die Versicherten weiter berechnen darf. Würden Versicherte nach längerer Inaktivität eine DiGa wieder nutzen wollen, müssten sie sich erneut um eine Genehmigung der Krankenkasse bemühen, wenn sie sich gegen eine Verordnung durch einen Arzt entscheiden. Die Krankenkassen sind zu verpflichten, hierfür digitale Genehmigungsverfahren anzubieten.

Digitale Gesundheitsanwendungen deren positive Versorgungseffekte noch nicht nachgewiesen wurden, sollten nicht Einzug in die Regelversorgung durch die gesetzlichen

Krankenkassen erhalten. Die Patientensicherheit muss im Vordergrund stehen; daher muss sichergestellt sein, dass der Nutzen der digitalen Anwendung einen möglichen Schaden überwiegt. Ärztinnen und Ärzte können zudem auch haftungsrechtlich nur digitale Anwendungen verordnen, deren Nutzen nachgewiesen ist. Die vorgesehene gesetzliche Ausgestaltung setzt die falschen Anreizwirkungen. Die Regelung lädt Hersteller dazu ein, einen wesentlichen Teil der Erprobungskosten für Ihre Produkte auf die Versicherungsgemeinschaft abzuwälzen. Es gilt außerdem zu bedenken, dass Versicherte auf Grund des bestehenden Evidenzprinzips davon ausgehen, dass Leistungen, die von der GKV erstattet werden, erprobt sind. Daher würden viele Patientinnen und Patienten digitale Anwendungen nutzen, ohne das Bewusstsein, dass es sich hierbei um nicht ausreichend erprobte Produkte handelt. Versicherte müssen zudem im Rahmen der Genehmigung durch die Krankenkasse darüber informiert werden, wenn sie für die Inanspruchnahme einer solchen Anwendung Mehrkosten aus eigener Tasche zu tragen haben. Darauf verweist auch der Bundesrat.

Des Weiteren muss ausgeschlossen sein, dass die hoch sensiblen Gesundheitsdaten der Versicherten, die zwischen Herstellern der digitalen Anwendungen, Versicherten und Krankenkassen zum Zwecke der Versorgung ausgetauscht werden müssen, für wirtschaftliche Zwecke genutzt werden. Darauf weist auch der Bundesrat zu Recht hin. Die Datenflüsse müssen datenschutzgerecht ausgestaltet werden.

Es ist vorgesehen, dass das BMG im Rahmen einer Rechtsverordnung wesentliche Punkte zum Aufbau und zur Nutzung des Verzeichnisses regelt. Mit dieser Aufgabe sollte jedoch der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden. Dies stellt auch eine Beteiligung von Patientenvertretern sicher. Dem BMG würde die Rolle zukommen, die Regelungen des G-BA zu prüfen und zu genehmigen.

Sollte der Gesetzgeber an seinen bisherigen Plänen festhalten, sollte eine systematische Einbindung von Betroffenen ein Kriterium bei der Entwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen, deren durch das BfArM, sowie bei der Erstellung des Verzeichnisses nach § 139 e SGB V sein. Es wird vorgeschlagen, die strukturierte, kontinuierliche Patientenbeteiligung in die erforderlichen Herstellernachweise aufzunehmen.

Der Gesetzgeber sollte den Aufbau eines Nationalen Gesundheitsportals beauftragen und regeln, dass das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen Teil des Nationalen Gesundheitsportals wird. Das Portal sollte weitere evidenzbasierte, werbefreie und nichtkommerzielle Gesundheitsinformationen bündeln. Akteure des Gesundheitswesens, die gesetzlich dazu verpflichtet sind, wichtige Informationen in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung bzw. -information bereit zu stellen, sollten verpflichtet werden, diese auf dem zu schaffenden Nationalen Gesundheitsportal bereit zu stellen. Hierzu sollten beispielsweise auch Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Barrierefreiheit von Arztpraxen und die vom GKV-SV zu erstellende Seite zur Suche nach Hebammen und Entbindungspflegern gehören.

Änderungsbedarf

§§ 33a

(5) Im Falle einer Nichtinanspruchnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen von über sechs Monaten durch Versicherte, sollten für Krankenkassen keine weitere Vergütungsverpflichtung gegenüber den Anbietern von Digitalen Gesundheitsanwendungen mehr bestehen. Krankenkassen haben ihren Versicherten digitale Genehmigungsverfahren bereit zu stellen, durch die eine Erstattung von Kosten für Digitale Gesundheitsanwendungen beantragt werden kann.

§ 139e

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet **barrierefrei** zu veröffentlichen.

(2) Die Aufnahme in das Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung

1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit, **der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen** und Qualität des Medizinproduktes entspricht,
2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
3. positive Versorgungseffekte aufweist. **In Hinblick auf die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen sind die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen, sowie die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zu beteiligen. (...)**

Streichung von § 139e Absatz 4

(...)

~~(9) Der **Gemeinsame Bundesausschuss** Bundesministerium für Gesundheit wird damit beauftragtermächtigt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu~~

~~(1.) (...)~~

~~(5.) den Einzelheiten der Antrags- und Anzeigeverfahren und des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.~~

Die Regelungen bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie nicht innerhalb von drei Monaten nach Vorlage ganz oder teilweise versagt.

(10) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. ~~6.~~ den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten nach Absatz 7 und Absatz 8 Satz 3,

2. 7. der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle (...)

Zusätzlich wird in § 92 Absatz 1 angefügt:

16. Eine Richtlinie zum Aufbau und zur Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e Abs. 7

§ 65a Nachweise für Anspruchsvoraussetzungen auf Bonus

Generell stehen die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Bonusprogrammen, für deren Aufwendung Mittel aus der Krankenversicherung an Versicherte ausgezahlt werden, skeptisch gegenüber. Solche Programme erreichen vor allem wohlinformierte Angehörige der Mittelschichten und Besserverdienende, die verhaltenspräventive Maßnahmen ohnehin in weitaus höherem Maße als einkommensarme und bildungsferne Schichten in Anspruch nehmen, sodass es eines Anreizes nicht bedarf.

Die Neuregelung in § 65a sieht nun vor, dass zur Nachweisführung der Anspruchsvoraussetzung auf einen Bonus Sozialdaten über Abrechnungen genutzt werden können, wenn die betroffenen Versicherten schriftlich oder elektronisch in die Verwendung eingewilligt haben. Jenseits der generellen Kritik an Bonusprogrammen ist dieser Weg, der gesetzlich bereits für Einschreibungen in Selektivverträge vorgesehen ist, sachgerecht. Die „Kann“-Bestimmung, dass Krankenkassen die versichertenbezogenen Daten nur mit Einwilligung des Versicherten im erforderlichen Umfang verarbeiten dürfen, muss jedoch zu einer „Muss-Bestimmung“ werden, um dem Datenschutz hinreichend Rechnung zu tragen. Insoweit wird auch der Formulierungsvorschlag des Bundesrats unterstützt.

§ 68 Aufhebung der Regelung zur elektronische Gesundheitsakte (i.V. mit § 291h Absatz 4 Satz 14)

Den elektronischen Gesundheitsakten, die durch Krankenkassen finanziert werden, wird durch die Streichung des § 68 die Rechtsgrundlage entzogen. Diese Regelung soll zum 31.03.2022 in Kraft treten. An die Stelle der kassenindividuellen Akten soll allein die elektronische Patientenakte gemäß § 291h SGB V treten. Die Aufhebung des § 68 SGB V ist folgerichtig. Die Daten aus der alten elektronischen Gesundheitsakte können nach § 291h Absatz 4 Satz 14 auf Wunsch des Patienten in die ePA übertragen werden. In § 291h Absatz 4 ist nach Satz 14 zu ergänzen, dass die Versicherten ausdrücklich von der Krankenkasse auf dieses Recht hingewiesen werden müssen.

§ 68a Förderung digitaler Innovationen durch die Krankenkassen (i.V. mit § 263 Absatz 3)

Die Förderung digitaler Innovationen durch die Krankenkassen, wie insbesondere von digitalen Medizinprodukten, KI oder telemedizinischen Verfahren wird positiv bewertet. Zu ergänzen sind telepflegerische Anwendungen, da viele mögliche Anwendungen in diesem Bereich präventiv und gesundheitsfördernd sind, den Gesundheitszustand stabilisieren und der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften dienen können.

Im Unterschied zum Referentenentwurf können Krankenkassen nach dem Gesetzentwurf nicht mehr allein digitale Innovationen entwickeln, sondern nur in Kooperation mit Dritten oder einer Beauftragung derer wie z.B. von Forschungseinrichtungen bei der Entwicklung

solcher Innovationen. Eine Kooperation ist bedarfsgerecht, es sollte jedoch möglich sein, dass Krankenkassen auch eigenständig digitale Innovationen entwickeln; auch die Kooperation zwischen Krankenkassen zur Entwicklung digitaler Innovationen sollte im Gesetz ausdrücklich vorgesehen werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich dafür eingesetzt, die Daten zur Ermittlung des konkreten Versorgungsbedarfs nicht nur zu pseudonymisieren, sondern, wo immer möglich, zu anonymisieren. Diesem Anliegen wurde nun mit Absatz 5 Rechnung getragen.

§ 75b IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

Die vorgesehene Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zur IT-Sicherheit ist angesichts der Tatsache, dass Gesundheitsdaten hochsensibel und daher besonders schützenswert sind, dringend geboten. Ergänzend zu den in § 75b Satz 4 vorgesehenen jährlichen Anpassungen der Richtlinie sollte vorgesehen werden, dass bei auftretenden Sicherheitslücken auch anlassbezogen unverzüglich Anpassungen vorzunehmen sind. Zudem sollte die Richtlinie das Ziel haben, System- und Prozessstörungen nicht nur zu „vermeiden“, wie in Satz 2 formuliert, sondern „auszuschließen“.

Änderungsbedarf

In Satz 2 ist das Wort „vermeiden“ durch das Wort „auszuschließen“ zu ersetzen. In Satz 4 ist das Wort „jährlich“ zu streichen und durch „bei Änderungen unverzüglich“ zu ersetzen.

§ 86 Ausweitung der Verwendung von Verschreibungen in elektronischer Form auf den Heil- und Hilfsmittelbereich (i.V. mit § 125 Absatz 1 Nummer 1a für die Heilmittel und § 127 Absatz 9 für die Hilfsmittel)

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben sich im Gesetzgebungsverfahren vehement dafür eingesetzt, mit dem Gesetzentwurf unverzüglich auch den Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Soziotherapie nach § 37a, die SAPV nach § 37b und die Haushaltshilfe nach § 38 und in den Bereich der elektronischen Verordnungen mit einzubeziehen. Dies ist durch den Änderungsantrag 3 nun erfolgt, den wir unter Punkt C. kommentieren. Darüber hinaus gilt es auch eine elektronische Verordnung von stationären Hospizleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V zu ermöglichen.

§ 92a Innovationsfonds

Die Mittel für den Innovationsfonds werden für die Jahre 2020 bis 2024 von 300 Mio. Euro jährlich auf 200 Mio. Euro reduziert; eine Weiterführung des Innovationsfonds über diese Jahre hinaus wird ausweislich der Begründung nicht in Aussicht gestellt. Kritisch bewertet wird die Begrenzung der Förderung themenoffener Förderprojekte auf höchstens 20 Prozent der jährlich verfügbaren Fördersummen für die neuen Versorgungsformen und die Versorgungsforschung. Der Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds weist ausdrücklich auf den entscheidenden Vorteil der Entwicklung neuer Projektideen durch themenoffene Förderbe-

kanntmachungen hin (BT-Drs. 19/8500, S. 148). Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege lehnen diese Beschneidung des Ansatzes innovativer Projekte ab.

Der Zwischenbericht zeigt auch auf, dass es bislang wenige Vorhaben in folgenden Themenfeldern gibt: 1. Delegation und Substitution, 2. Auf- und Ausbau geriatrischer Versorgung, 3. Verbesserung der Kommunikation mit Patient/innen und Förderung der Gesundheitskompetenz, 4. Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen, 5. Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen, 6. Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich insbesondere für die gesundheitliche Versorgung der genannten Zielgruppen (Menschen mit Behinderung, vulnerable Patient/innen, wie z.B. Geflüchtete, Migranten, suchtgefährdete und -erkrankte Menschen, sozial benachteiligte Menschen) ein. Sie treten darüber hinaus aus Überzeugung für eine Verbesserung der interprofessionellen, berufs- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der medizinisch-pflegerischen Versorgung ein. Daher sind diese Ansätze durch gezielte Förderung zu stärken. Vorgeschlagen wird, in § 92a Absatz 1 Satz 4, folgende Förderkriterien aufzunehmen: 1. Verbesserung der Versorgung vulnerabler Gruppen, 2. Stärkung der Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz.

Die Einführung eines zweistufigen Auswahlverfahrens von Projekten für den Innovationsfonds mit einer Förderdauer von max. 6 Monaten für die Konzipierung qualifizierter Anträge wird abgelehnt, da somit das Risiko besteht, dass Fördergelder für nicht ausgereifte Projekte verausgabt werden. Da zugleich in der zweiten Stufe nur 15 derartiger Vorhaben förderfähig sein sollen, bedeutet die zweite Auswahlrunde für die dann erfolgreichen Projekte eine weitere Hürde und Verzögerung sowie einen höheren Aufwand. Die insgesamt zur Verfügung stehende Fördersumme des Innovationsfonds wird angesichts einer zu erwartenden hohen Anzahl von Anträgen, die im Ende nicht gefördert werden, geschmälert. Daher soll die Zweistufigkeit und die Begrenzung der Förderfähigkeit auf 15 Projekte gestrichen werden.

Des Weiteren sollte es möglich sein, dass auch die Selektivverträge, die nach altem Recht zu § 73c und § 140a SGB V geschlossen wurden, aus Mitteln des Innovationsfonds evaluiert werden können, denn auch die Erkenntnisse daraus sollten in die Weiterentwicklung der Versorgungsformen einfließen können.

Änderungsbedarf

§ 92a Absatz 1 Satz 4

Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz
2. Behebung von Versorgungsdefiziten
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit,

8. Verbesserung der Versorgung vulnerabler Gruppen
9. Stärkung der Patientenorientierung und Gesundheitskompetenz.

**Streichung von § 92a Absatz 1 Sätze 7 bis 9.
Absatz 2 Satz 3 a.F. soll erhalten bleiben.**

§ 92b Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und zur Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die in § 92b Absatz 2 Satz 2 neu vorgesehene, einmalig für das Jahr 2020 veranlasste Festlegung der Themen für die Förderbekanntmachungen durch das BMG im Benehmen mit den anderen Mitgliedern des Innovationsausschusses wird abgelehnt. Die Gesetzesbegründung, die als Grund für diese Sonderregelung ausweist, dass keine Förderpause entstehen dürfe, ist nicht hinreichend plausibel. Die Förderentscheidungen können ebenso gut durch den Innovationsausschuss getroffen werden. Erneut werden die Kompetenzen der Selbstverwaltung beschnitten und, wenngleich auch einmalig, durch staatliche Eingriffe ersetzt.

Ausdrücklich positiv bewertet werden hingegen die Neuregelungen, dass positive Auswertung der Ergebnisse oder Teilergebnisse von Vorhaben des Innovationsfonds im Bereich der neuen Versorgungsformen Grundlage für Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung sein sollen und dass es hierfür konkrete Fristen und Verfahrensvorschläge unter Angabe, welche Organisation der Selbstverwaltung im Einzelfall zuständig ist, geben soll. Unterstützt wird auch, dass die Geschäftsstelle des Innovationsfonds für diese neuen Aufgaben fachlich aufgestellt und ausgestattet wird. Fraglich scheint in diesem Zusammenhang allerdings die Übertragung der neuen Aufgabe der kontinuierlichen, projektbegleitenden Erfolgskontrolle geförderter Vorhaben (§ 92b Absatz 5 Satz 1 Nummer 8). Die ständige begleitende Evaluierung der Ergebnisse der Vorhaben setzt eine vielfältige Expertise der Geschäftsstelle voraus, über die sie im Einzelfall nicht verfügen dürfte.

Sehr positiv bewertet wird zudem die Neuregelung, dass schon für die Auswahl der Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung eine externe Expertise herangezogen werden soll, die ausweislich der Gesetzesbegründung auch die Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und der Pflege umfasst (§ 92b Absatz 2 Satz 1 RefE). Die interprofessionelle Expertise bei der Identifikation der Themen sollte jedoch nicht nur in der Begründung, sondern direkt im Gesetzestext verankert werden. Künftig wird zwischen der externen Expertise für die Auswahl der Förderschwerpunkte und einem neu zu bildenden Expertenpool, der den um versorgungspraktischen Sachverstand personell erweiterten bisherigen Expertenbeirat ersetzen soll (§ 92b Absatz 6 RefE), unterschieden. Dem Expertenpool werden die Aufgaben der Bewertung durch Kurzgutachten und Empfehlungen zu Förderentscheidungen übertragen. Ein solches Aufgabensplitting wird befürwortet. Auch bezüglich des Expertenpools ist eine interprofessionelle Zusammensetzung sicherzustellen.

§ 134 Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass Patientenorganisationen nach § 140f beratend an den Sitzungen der Schiedsstelle teilnehmen können.

§ 139a Abs. 3 Nr. 3 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (i. V. mit § 139b Aufgabendurchführung)

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Stärkung einer leitlinien-gerechten Versorgung. Eine Ausweitung des Auftrages des IQWiG, Recherchen zum aktuellen Wissensstand als Grundlage für die Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien durchzuführen, ist sachgerecht. Positiv ist außerdem, dass die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften dem BMG für Beauftragungen des IQWiG Themen zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien vorschlagen kann.

Einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung von Leitlinien spielt darüber hinaus auch die Bereitstellung von Patientenleitlinien, die die Informationen aus Leitlinien patientengerecht darstellen. Wir fordern daher den Gesetzgeber auf zu prüfen, inwieweit auch die Bereitstellung von Patientenleitlinien gefördert werden kann. Hierzu könnten beispielsweise vorgesehen werden, dass Patientenorganisationen dem BMG Vorschläge zur Bereitstellung von Patientenleitlinien unterbreiten können.

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Im Referentenentwurf war vorgesehen, dass die Berufsangehörigen in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen, ab dem 1.1.2020 künftigen Pflegefachfrauen/-männer nach dem Pflegeberufreformgesetz sowie die Hebammen und Physiotherapeut/innen Zugriffsrechte für die elektronische Patientenakte erhalten. Diese Regelungen sind nun vollständig entfallen, wahrscheinlich mit Blick auf das noch nicht veröffentlichte Datenschutzgesetz zu den Regelungen der ePA. Unklar ist, warum die Regelung zur Kostenerstattung für den freiwilligen Anschluss an die TI für die Berufsgruppen der Hebammen und Entbindungspfleger/innen sowie der Physiotherapeut/innen in Absatz 7c erhalten geblieben ist – was wir begrüßen – vergleichbare Regelungen bezüglich des Anschlusses der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 (stationär), § 111a (Einrichtungen des Müttergenesungswerks) und § 111c (ambulant) auf freiwilliger Basis an die TI im Gesetzentwurf jedoch entfallen sind. Zu hinterfragen ist zudem, warum Ergotherapeut/innen und Logotherapeut/innen oder Podolog/innen von der Vorschrift des § 7c nicht umfasst werden; sie sollten ebenfalls in die Aufzählung aufgenommen werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen zudem nachdrücklich die Forderung des Bundesrats, zu präzisieren, dass die Sanktionen gegen Vertragsärzte und Krankenhäuser nach § 291 Absatz 2b Satz 10 n.F. bzw. Absatz 2c Satz 5 bei Verstoß gegen die Durchführung des Stammdatenabgleichs bzw. den Anschluss an die TI nur dann erfolgen dürfen, wenn die Vertrag(zahn)ärzte und Krankenhäuser die Nichterfüllung ihrer Pflicht auch zu vertreten haben. Dies ist z.B. nicht der Fall bei Lieferschwierigkeiten

durch die jeweiligen Anbieter der technischen Komponenten oder anderen technischen Problemen. Eine Sanktionierung ist nur bei schuldhaftem Verhalten statthaft.

§ 291b Gesellschaft für Telematik (i.V. mit § 307 Absatz 3)

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass die Gesellschaft für Telematik beauftragt wird, bis zum 30. Juni 2020 die technischen Voraussetzungen und Spezifikationen zu schaffen, damit die Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege, die Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege und die stationären Hospize nach § 39a Absatz 1 SGB V, die Leistungserbringer der SAPV sowie die Physiotherapeut/innen, Hebammen und Entbindungspfleger die Telematikinfrastruktur nutzen können. Die Vorgaben für die Sicherheitsnachweise, die die Gesellschaft für Telematik zusammen mit dem BSI entwickelt, müssen geeignet sein, abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotenzial, Störungen der Dienste und Komponenten mit Blick auf Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit zu vermeiden. Aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege sind Vorgaben zu entwickeln, die solche Störungen nicht nur vermeiden, sondern verhindern und zudem Mechanismen für eine unverzügliche Beseitigung vorsehen. Daher begrüßen wir nachdrücklich die Neuregelungen in § 291b Absätze 6 und 7, wonach die Gesellschaft für Telematik Anbietern, die eine Zulassung für Komponenten oder Dienste der TI besitzen, verbindliche Anweisungen zur Beseitigung der Störung geben zu können und diese zu verpflichten, angemessene Vorkehrungen gegen das Entstehen von Störungen treffen zu müssen. Positiv zu bewerten ist auch die Erhöhung der Bußgeldregelungen in § 307 Absatz 3, wenn Störungen oder Sicherheitsmängel nicht rechtzeitig beseitigt werden.

Die BAGFW begrüßt außerdem, dass in Hinblick auf die Weiterentwicklung der ePA hin zu einer forschungskompatiblen Akte, zukünftig ein Vertreter der Hochschulmedizin in den Beirat der gematik berufen werden soll.

§ 303a Weiterentwicklung der Datenaufbereitungsstelle nach § 303c zu einem Forschungsdatenzentrum und Folgeregelungen

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen bei der Weiterentwicklung der Datenaufbereitungsstelle zu einem Forschungsdatenzentrum wesentlichen grundsätzlichen Anpassungsbedarf in Hinblick auf die Datensouveränität und die Datensicherheit. Die Daten, die erhoben werden dürfen, umfassen nun grundsätzlich auch Angaben zu den Leistungserbringern, die pseudonymisiert an das Forschungsdatenzentrum übermittelt und aufbereitet und bereitgestellt werden dürfen (§ 303a Absatz 3). Es wird begrüßt, dass entgegen dem Referentenentwurf nun keine Herausgabe von pseudonymisierten Daten mehr vorgesehen ist. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen datenschutzrechtliche Erfordernisse in Hinblick auf die informationelle Selbstbestimmung. Es bedarf eines Opt-Out Modells, welches es Patienten/-innen ermöglicht der Weitergabe ihrer Daten an das Forschungsdatenzentrum zu widersprechen.

In der Gesetzesbegründung wird deutlich, dass wesentliche Anpassungen in das Datentransparenzverordnung erforderlich und geplant sind, um den Umfang der Daten, die an das künftige Forschungsdatenzentrum geliefert werden anzupassen und zu erweitern. Die BAGFW kritisiert, dass es sich bei den hier zu treffenden Regelungen zur Arbeitswei-

se und zum Mandat des Forschungsdatenzentrums um zentrale Weichenstellungen handelt, die nicht allein durch das BMG im Rahmen einer Rechtsverordnung geregelt werden sollten.

§ 303b Datenzusammenführung und –übermittlung

Um das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren, müssen Versicherte die Gelegenheit haben, einer Speicherung ihrer Daten durch das Forschungsdatenzentrum gegenüber dem GKV Spitzenverband in seiner Funktion zu widersprechen. Es ist davon auszugehen, dass hiervon nur ein geringer Prozentsatz der gesetzlich Versicherten Gebrauch machen wird. Die Ziele, die mit dem Aufbau eines Forschungsdatenzentrums verfolgt werden, wird man ebenso und mit einer größeren Akzeptanz in der Bevölkerung erreichen können, wenn gleichzeitig die informationelle Selbstbestimmung gewahrt bleibt.

Die zu erfassenden Daten, sollten um die Daten erweitert werden, die den gesetzlichen Pflegekassen auf Grund der Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XI vorliegen. Dies ist von zentraler Bedeutung, um auch Versorgungsforschung zu ermöglichen, die sich damit zu befassen, wie Pflegebedürftigkeit verhindert und die pflegerische Versorgung verbessert werden kann.

Änderungsbedarf

(1) Für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke übermitteln die Krankenkassen **und die Pflegekassen** an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle für jeden Versicherten jeweils in Verbindung mit dem unveränderlichen Teil der einheitlichen Krankenversicherungsnummer des Versicherten nach § 290 oder einer anderen krankenkassenübergreifend eindeutigen Identifikationsnummer des Versicherten (Versichertenkennzeichen)

1. Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnort,
2. Angaben zum Versichertenverhältnis,
3. die Kosten- und Leistungsdaten nach den §§ 295, 295a, 300, 301, 301a und 302 SGB V **und § 36 bis 45f SGB XI**,
(...)

Es wird der folgende Absatz angefügt:

(2) Versicherte bzw. deren gesetzlichen Vertreter können gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen einer Weitergabe ihrer Daten an das Forschungsdatenzentrum widersprechen. Der Widerspruch gilt so lange, bis er durch eine ausdrückliche Zustimmung hinfällig wird. Hierfür hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Vertrauensstelle einzurichten. Diese hat sicherzustellen, dass sie barrierefrei kontaktiert werden kann.

§ 303c Vertrauensstelle

Bei der Bestimmung des Verfahrens zur Entwicklung und Übermittlung von Pseudonymen sollte neben dem Einvernehmen mit dem BSI auch das Einvernehmen mit dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationssicherheit festgestellt werden.

Änderungsbedarf

(2) Die Vertrauensstelle hat im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik **und dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit** ein schlüsselabhängiges Verfahren zur Pseudonymisierung festzulegen, das dem jeweiligen Stand der Technik und Wissenschaft entspricht. (...)

§ 303d Forschungsdatenzentrum

Die BAGFW ist sich der Zielsetzung des Gesetzgebers bewusst, mit der Weiterentwicklung der bestehenden Datenaufbereitungsstelle beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hin zu einem Forschungsdatenzentrum, die Versorgungsforschung in Deutschland zu stärken. Bei all dem Potential, die diese Maßnahme für die Verbesserung der Versorgung mit sich bringt, sollte der Schutz der Gesundheitsdaten in besonderer Weise gewahrt bleiben. Es handelt sich hierbei um Daten die in ganz besonderer Weise schutzbedürftig sind. Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass dieser Schutz sichergestellt wird. Dies sehen wir in der aktuell geplanten Ausgestaltung nicht ausreichend gegeben. Es sollte bedacht werden, dass sich die Möglichkeiten der Datenauswertung stetig weiterentwickeln. Patient/innen müssen daher die Gelegenheit haben, einer Verwendung ihrer Daten widersprechen zu können (vgl. Kommentar zu § 303b).

Die Maßnahmen, die das Forschungsdatenzentrum ergreift, um eine Reidentifikation auf Grundlage von beantragten Daten entgegenzuwirken, sollten nicht allein dem Ziel dienen, das Risiko zu minimieren, sondern zu verhindern. Um seinen gesetzlichen Auftrag besser erfüllen zu können, sollte dieser auch den Austausch mit vergleichbaren Einrichtungen in anderen Ländern umfassen.

Änderungsbedarf

(1) Das Forschungsdatenzentrum hat folgende Aufgaben:

(...)

5. das spezifische Reidentifikationsrisiko in Bezug auf die durch Nutzungsberechtigte nach § 303e beantragten Daten zu bewerten und unter angemessener Wahrung des angestrebten wissenschaftlichen Nutzens durch geeignete Maßnahmen zu ~~minimieren~~ **verhindern**,

(...)

11. Im Austausch mit Einrichtungen zu stehen, die in anderen Ländern vergleichbare Aufgaben erfüllen.

§ 303e Datenverarbeitung

Die Zwecke, der Datenverarbeitung sollten erweitert werden. Die Identifizierung von Versorgungslücken, die Steigerung der Versorgungssicherheit, eine patientenzentrierte Ausgestaltung der Versorgung, die Bewertung des Patientennutzens, die Entwicklung von Präventionsangeboten und die Evaluierung von Modellprojekten sollten mit aufgenommen werden.

Der Kreis der antragsberechtigten Institutionen sollte um Pflegekammern und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen und den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen erweitert werden. Eine entsprechende Ergänzung zu den in Nummer 13 des § 303e Absatz 1 Satz 1 angeführten Organisationen ist in den Gesetzestext aufzunehmen.

Mit Blick auf die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen, sollte der Verweis auf die Bundesebene gestrichen werden. Unter den antragsberechtigten Organisationen ist an mehreren Stellen auch die Landesebene berücksichtigt worden. Mit dem MDK Reformgesetz wird die Grundlage dafür gelegt, dass es künftig auch maßgebliche Patientenorganisationen auf Landesebene geben wird. Diese sollten ebenfalls antragsberechtigt sein.

Änderungsbedarf

(1) Das Forschungsdatenzentrum macht die ihm vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6 folgender Nutzungsberechtigten zugänglich, soweit diese nach Absatz 2 zur Verarbeitung der Daten berechtigt sind:

(13.) den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf ~~Bundesebene.~~

(...)

19. den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen.

20. den Pflegekammern

21. den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

(2) Soweit die Datenverarbeitung jeweils für die Erfüllung von Aufgaben der nach Absatz 1 Nutzungsberechtigten erforderlich ist, dürfen die Nutzungsberechtigten Daten für folgende Zwecke verarbeiten:

(...)

8. Identifizierung von Versorgungslücken,

9. Steigerung der Versorgungssicherheit,

10. patientenzentrierte Ausgestaltung der Versorgung

11. Bewertung des Patientennutzens

12. Entwicklung von Präventionsangeboten

13. Evaluierung von Modellprojekten

§ 303f Entgeltregelung

Folgende Gruppen sollten genannten Akteuren von einer Zahlung von Entgelten für die Nutzung des Forschungsdatenzentrums befreit werden: a) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie b) die maß-

geblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen.

Änderungsbedarf

(1) Das Forschungsdatenzentrum erhebt von den Nutzungsberechtigten nach § 303 e Absatz 1 Gebühren und Auslagen für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen nach § 303d zur Deckung des Verwaltungsaufwandes. (...) Die Krankenkassen, ihre Verbände, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, **die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen** sowie das Bundesministerium für Gesundheit sind von der Zahlung der Entgelte befreit.

§ 307c Strafvorschriften

Wir fordern den Gesetzgeber auf erneut zu prüfen, ob die vorgesehenen Strafmaße ausreichend sind. Dies stellen wir in Zweifel. Neben erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen, stellen strafrechtliche Konsequenzen ein weiteres elementares Mittel dar, um zum Schutz dieser besonders schutzwürdigen persönlichen Patientendaten beizutragen. Es sollte bedacht werden, dass mit den Daten, die hier zusammen geführt werden und der Masse an Daten, die im Falle eines Datenmissbrauchs betroffen sein könnten, ein Schaden in einem außerordentlichen Ausmaß angerichtet werden kann. Es können dauerhafte Schäden für Patientinnen und Patienten eintreten. Dies gilt es bei der Findung eines Strafmaßes zu berücksichtigen. Es sollte außerdem geprüft werden, ob verschärfte Straftatbestände für Amtsträger vorgesehen werden sollten.

Artikel 5: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 17 Absatz 1a: Elektronische Dokumentation der Pflegeberatung

Die Neufassung des § 17 Absatz 1a SGB XI wurde durch Änderungsantrag 7 neu gefasst. Daher erfolgt die Kommentierung zu dieser Gesetzesänderung unter Punkt C.

§ 106b Finanzierung und Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen ab dem 1.1.2020 an die Telematikinfrastruktur angeschlossen, was einer langjährigen Forderung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege entspricht. Die Anbindung erfolgt zunächst auf freiwilliger Basis, wünschenswert ist ein flächendeckender Anschluss aller Pflegeeinrichtungen. Auch der Forderung der Freien Wohlfahrtspflege nach einer Finanzierung der Anbindung der Einrichtungen an die TI wurde Rechnung getragen. Die Verbände begrüßen, dass sich der Modus der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und

Einführungsphase entstehen, sowie die laufenden Betriebskosten nach den Modalitäten der Finanzierung der TI für die Vertragsärzte gemäß § 291a Absatz 7b richten. Klarstellend sollte in § 106b Absatz 1 nach Satz 1 ergänzt werden, dass die Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 1 Satz 1 nutzerbezogene Zuschläge von den Krankenkassen erhalten.

Generell möchten wir anmerken, dass die systematische Verortung der Finanzierung der Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI in § 106b SGB XI, also mithin als Ergänzung zu § 106 Abweichende Regelungen fehlplatziert ist. Die Regelung sollte in einem eigenständigen Paragraphen, z.B. § 107 neu geregelt werden.

Es ist sachgerecht, dass die Kostenerstattung für die Anbindung der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringen, anteilig aus dem SGB V erfolgt.

Da die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI auf freiwilliger Basis erfolgt, lässt sich nur schwerlich eine Kostenabschätzung vornehmen. Für den Anschluss aller Krankenhäuser an die TI wird im Gesetzentwurf ein Kostenaufwand von 400 Mio. für die Erstausstattung und 20 Mio. jährlich für die laufenden Betriebskosten kalkuliert. In Deutschland gibt es gegenwärtig 28.540 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Da es wünschenswert ist, dass sich alle Einrichtungen anschließen, entstehen nicht unerhebliche Kosten, von denen ein hoher Anteil aus der Pflegeversicherung erstattet wird. Wir weisen darauf hin, dass die Pflegeversicherung kurz- und mittelfristig auf eine tragfähige finanzielle Grundlage gestellt werden muss.

Die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI kann nur einen ersten Schritt darstellen, indem sie die rechtliche Grundlage für die Nutzung der Telematikinfrastruktur schafft. Zentrale Voraussetzung für die praktische Nutzung der TI, auch an der Schnittstelle zu den ärztlichen und therapeutischen Leistungserbringern im Rahmen einer gemeinsamen Informations- und Kommunikationstechnik ist jedoch die Identifikation und Authentifizierung über den elektronischen Heilberufeausweis (eHBA). Darauf weist auch § 291a Absatz 5 Satz 4 SGB V hin. Bisher haben die Pflegekräfte keinen Zugang zum eHBA. Es bedarf daher des schnellen Abschlusses eines Staatsvertrags zum eHBA und zudem mindestens eines institutionsgebundenen Zugangs über IKT-Nummern. Auch hier sehen wir dringenden Handlungs- und Regelungsbedarf. Technisch muss der Anschluss der Pflegeeinrichtungen über Konnektoren und stationärer sowie mobiler Kartenterminals erfolgen, um eine lückenlose Authentifizierungskette zwischen pflegebedürftiger Person/Patient/in, Pflegeeinrichtungen, Ärzt/innen, Apotheken und weiteren an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten zu gewährleisten.

Sinnvolle Anwendungen und Anwendungsbereiche sind:

- eVerordnungsmanagement
- eMedikationsplan
- eBehandlungsplan
- Notfalldatensatz einschließlich Daten zu Patientenverfügungen und Patientenvollmachten und zu Daten der gesundheitlichen Vorausplanung nach § 132g SGB V
- eArztbrief

- Entlassmanagement und Überleitungsmanagement (digitale Überleitungsbogen) aus dem Krankenhaus

Die Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV zu § 291a Absatz 7 Satz 5 und Absatz 7b Satz 3 SGB V, auf die in § 106b SGB XI Bezug genommen wird, regelt auch das Nähere zu den Fachanwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischem Medikationsplan. Sie ist als dynamische Vereinbarung ausgestaltet, die jederzeit erweitert werden kann, wenn neue Anwendungen hinzukommen. Eine entsprechende Regelung ist auch für die Pflegeeinrichtungen vorzusehen, damit alle erforderlichen digitalen Anwendungen zum Tragen kommen können, sobald die Spezifikationen dafür vorliegen. Dafür ist die im Gesetzentwurf vorgesehene gesetzliche Grundlage entsprechend zu erweitern und zu spezifizieren. Dies betrifft beispielsweise die Abrechnung der Leistungen mittels des Datenträgeraustausches.

§ 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur

Die Modellvorhaben, die für die Jahre 2020 bis 2022 vorgesehen sind und mit 10 Mio. Euro aus Mitteln der Pflegeversicherung aus § 8 Absatz 3 SGB XI zu finanzieren sind, werden begrüßt. Die Regelungen sind sehr offen formuliert und lassen damit vielfältige Möglichkeiten für die Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen zu: Diese können z.B. bundesweite Standardisierungen der Formate und der semantischen und syntaktischen Interoperabilität betreffen, aber auch die Erprobung von einzelnen digitalen Anwendungen, wie z.B. Überleitbögen im Entlassmanagement oder E-Verordnungen. Die Erprobung der unterschiedlichen Anwendungsbereiche und Anwendungen sollte jedoch ausdrücklich in § 125 normiert werden. Dazu zählen beispielhaft die oben zu § 106b genannten Bereiche. Es ist sinnvoll, die gematik und die KBV in die Planung der Maßnahmen einzubeziehen, da beide gesetzliche Aufträge im Bereich des Aufbaus der TI bzw. bei der Standardisierung und Interoperabilität übertragen bekommen haben. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass vor allem Einrichtungen, die bereits langjährige positive Erfahrungen mit digital gestützter sektorenübergreifender Kommunikation und Kooperation haben, in das Modellvorhaben eingebunden werden sollen. Dies ist einerseits sinnvoll, da auf deren Erfahrungen aufgebaut werden kann. Da die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen aufgrund bisher fehlender Einbindung in die TI noch nicht über derartige Erfahrungen verfügt, muss es jedoch möglich sein, dass auch solche Einrichtungen an Modellvorhaben teilnehmen, um die Praxisrelevanz der erprobten Verfahren sicherzustellen. Die Gesetzesbegründung ist entsprechend nachzubessern. Zudem sollte für die Modellvorhaben im Gesetz ein Beirat verankert werden, in den die Bundesvereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen eingebunden werden.

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 1: Errichtung und Betreiben einer Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel (§§ 31a, 31b und 31c)

Die Errichtung einer Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel, mit deren Hilfe Arzneimittelangaben im Medikationsplan nach § 31a SGB V einheitlich dargestellt werden können, wird ausdrücklich ebenso ausdrücklich begrüßt wie das Stellungnahmerecht der Patien-

ten- und Selbsthilfeorganisationen. Da vom Medikationsplan jedoch insbesondere auch viele pflegebedürftige Menschen betroffen sind, sind auch ihre Interessensvertretungsorganisationen in die Stellungnahmeberechtigung einzubeziehen. Eine entsprechende Änderung sollte für die Verfahren zur Fortschreibung des Medikationsplans in § 31 Absatz 4 Satz 2 vorgesehen werden.

Änderungsbedarf

§ 31 Absatz 3 Satz 4 sowie § 31a Absatz 4 Satz 2 sind wie folgt zu formulieren:
„Den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Änderungsantrag 2: Digitale Gesundheitsanwendungen/Digitale Innovationen

§ 20h Förderung der Selbsthilfe – Ergänzung um Förderung digitaler Anwendungen

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die Krankenkassen im Rahmen der Selbsthilfeförderung neben analogen Angeboten auch digitale Anwendungen fördern sollen. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist die Förderung digitaler Angebote allerdings auch auf der bestehenden Gesetzesgrundlage möglich, wird allerdings in der Praxis oft nicht umgesetzt. Die ergänzende Klarstellung wird daher begrüßt, weil digitale Kommunikationsformate wie Online-Beratung, Online-Plattformen, Foren, Chats und Apps gerade für Selbsthilfeverbände und ihre Nutzerinnen und Nutzer von elementarer Bedeutung sind. Um klarzustellen, dass es bei den „digitalen Anwendungen“ sowohl um digitale Formate als auch digitale Angebote gehen kann, sollte der Gesetzestext entsprechend erweitert werden.

Änderungsbedarf

§ 20h Absatz 2 soll lauten:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände berücksichtigen im Rahmen der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 auch digitale Anwendungen **und Angebote**“.

§ 20k Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz

Digitale Gesundheitskompetenz wird in der Zukunft für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung sein. Da die Kompetenzen in der Bevölkerung sehr unterschiedlich ausgeprägt sind, wird die Möglichkeit zur Förderung dieser Kompetenzen von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege sehr positiv bewertet. Der Gesetzentwurf sieht zu Recht vor, dass alle GKV-Versicherten einen Anspruch auf Förderung ihrer digitalen Gesundheitskompetenzen erhalten sollen, indem alle Krankenkassen diesen Anspruch in ihrer Satzung verankern müssen. Die Tatsache, dass jede Kasse die Leistung in ihrer Satzung verankern soll, steht im Widerspruch zum Rechtsanspruch, den alle Versicherten auf diese Leistung haben. Dieser Widerspruch ist durch Streichung des Verweises auf die Satzung aufzulösen. Hierbei sollte der Anspruch auch auf digitale Angebote ausgeweitet werden, um nicht zu eng gefasst zu sein. Die Vorgaben, die der GKV-Spitzenverband zu treffen hat, sollten sich lediglich auf die Zielgruppen und Zielstellungen beziehen, um Raum für Innovation zu lassen und zu ermöglichen, dass Kassen zeit-

nah entsprechende Leistungen anbieten können. Würde der GKV-SV sogar Vorgaben zur Methodik treffen, dann wäre der Spielraum für Kassen versperrt hier neue und nicht antizipierte Wege zu gehen, die sich im Laufe der Zeit durch wissenschaftliche Erkenntnisse aus nutzbringend herausstellen.

Von der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a, von telemedizinischen und telepflegerischen Anwendungen, sowie die künftige Nutzung der ePA müssen alle Patientinnen und Patienten profitieren können. Gerade ältere Versicherte, pflegebedürftige Menschen, chronisch kranke und Menschen mit Behinderung haben hier einen höheren Förderbedarf. Diesem muss systematisch Rechnung getragen werden. Bei den Festlegungen des GKV-Spitzenverbands in Absatz 2 ist daher nicht nur medizinischer, pflegerischer, informationstechnologischer oder sozialwissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen, sondern konkret ein Beirat zu bilden, indem die auf Bundesebene maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeverbände vertreten sind. Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber bei der Einbeziehung von Sachverstand ausdrücklich die Expertise der Pflege einbezogen hat. Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands nach Absatz 3, wird begrüßt, angesichts der Bedeutung der digitalen Kompetenzen sollte jedoch eine jährliche und nicht nur zweijährige Berichtspflicht vorgesehen werden. Die Berichtspflicht sollte konkret benennen, wie viele Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse entsprechende Leistungen in Anspruch genommen haben und Art und Inhalt der Leistungen beschreiben.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 Satz 1 soll wie folgt formuliert werden:

„Die Krankenkasse sieht ~~in der Satzung~~ Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler, ~~oder telemedizinischer~~ **und telepflegerischer** Anwendungen, **Angebote** und Verfahren durch die Versicherten (digitale Gesundheitskompetenz) vor.

Absatz 2 wird wie folgt formuliert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt unter Einbeziehung unabhängigen **medizinischen**, psychologischen, pflegerischen informationstechnologischen und sozialwissenschaftlichen Sachverstands das Nähere zu ~~bedarfsgerechten~~ Zielstellungen und Zielgruppen ~~sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität~~ der Leistungen nach Absatz 1. **Den besonderen Bedarfen chronisch kranker, älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie Menschen mit Behinderungen ist dabei besonders Rechnung zu tragen. Die Krankenkassen haben in einem Beirat die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene sowie der maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zu beteiligen.**“

Absatz 3 ist wie folgt zu formulieren:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit **jährlich**, erstmals bis zum xxx, in welchem Umfang Versicherte seiner Mitglie-

der Leistungen nach Absatz 1 in Anspruch genommen haben und welche Leistungen seine Mitglieder nach Art, Inhalt und Umfang angeboten haben.“

Änderungsantrag 3: Anpassung des Bundesmantelverträge, Richtlinien des GBA und der Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zum Abrechnungsverfahren

§ 86 Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form

Mit der Neuformulierung des § 86 SGB ist einer zentralen Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Rechnung getragen worden, die sich dafür eingesetzt hatten, dass künftig auch die Verordnung häuslicher Krankenpflege in elektronischer Form zur Verfügung steht. Dies sieht der neue Satz 1 Nr. 2 vor, der Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem GKV-Spitzenverband zu allen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 verordnungsfähigen ärztlichen Leistungen auch in elektronischer Form vorsieht. Auch die Intention des Satzes 2 in § 86 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, dass die zu treffenden Regelungen mit den Verträgen zwischen GKV-Spitzenverband und den jeweiligen Bundesverbänden der Leistungserbringer sowie mit den entsprechenden Rahmenempfehlungen kompatibel sein müssen, entspricht unserer Forderung, die wir in der Stellungnahme zum Referentenentwurf zum Ausdruck gebracht haben. Um dies sicherzustellen, bedarf es jedoch eines Stellungnahmerechts der von den Verordnungen jeweils betroffenen Verbände. Dies ist zu ergänzen. Es ist zudem sicherzustellen, dass auch die Leistungen der stationären Hospize nach § 39a Absatz 1 einbezogen sind.

Änderungsbedarf

In § 86 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 ist am Ende folgender Satz einzufügen:
Den für die Wahrnehmung der Interessen der jeweiligen Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben“.

Änderungsantrag 7: Einheitlicher elektronischer Versorgungsplan und dessen Austausch unter den an der Versorgung Beteiligten

§ 17 Absatz 1a SGB XI: Ergänzung der Pflegeberatungs-richtlinien um einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan

Der Änderungsantrag sieht vor, die Pflegeberatungs-Richtlinien, wie auch vom Bundesrat in seiner Stellungnahme gefordert, um Anforderungen an einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan zu erweitern. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist, warum die maßgeblichen Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Ergänzung der Richtlinie nicht beteiligt werden sollten, während dem MDS, der KBV, den kommunalen Spitzenverbänden und den Ländern dieses Beteiligungsrecht zu Recht eingeräumt wird. Dies ist dringend zu ergänzen. Zudem erachten wir die Frist bis zum 30. Juli 2020 für die Ergänzung der Richtlinie als zu ambitioniert und schlagen vor, den 30. September 2020 vorzusehen.

Änderungsbedarf

§ 17 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt formuliert:

„Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände, der Länder **und der Verbände der Träger der Pflegevereinigungen auf Bundesebene** bis zum **30. September 2020** die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan nach § 7a und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten und Pflegeeinrichtungen sowie Beratungsstellen der Kommunen“.

D. Anträge der Oppositionsparteien

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN Der Digitalisierung im Gesundheitswesen eine Richtung geben und im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer vorantreiben (Drs. 19/13539)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege teilen die Sicht der GRÜNEN, dass es in Deutschland an einer kohärenten Strategie zur Digitalisierung des Gesundheitswesens fehlt. Auch die Kritik der GRÜNEN, dass es an einer Einbindung der Nutzerinnen und Nutzer mangle, ist berechtigt. Dies hat beispielsweise dazu geführt, dass die Stellungnahme zu diesem Gesetzentwurf sich nicht auf eines der Kernstücke der Digitalisierung, nämlich die elektronische Patientenakte (ePA) beziehen kann, da diese Teile wegen mangelhaften Datenschutzes und Nichtbeachtung der Datensouveränität der Patientinnen und Patienten aus dem Gesetzentwurf herausgenommen werden mussten. In dem noch vorzulegenden Gesetzentwurf ist zu gewährleisten, dass die Versicherten jederzeit gezielt Leistungserbringer berechtigen können, Zugriff auf ihre Daten zu haben oder nicht. Wir regen zudem an, eine Ombudsstelle wie ELGA in Österreich zu schaffen, die die Versicherten für die Unterstützung bei der Anlage der Zugriffsberechtigungen sowie bei vermuteten Datenschutzverletzungen anrufen können. Die Förderung von Vertrauen in Datenschutz und Datensicherheit ist eine zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz zur Nutzung der digitalen Möglichkeiten im Gesundheitswesen.

Im Einzelnen bewerten wir die Forderungen der GRÜNEN wie folgt:

Im Zuge der Förderung der Gesundheitskompetenz der Versicherten ist ein besonderes Augenmerk auf die Förderung der Digitalkompetenzen, insbesondere von vulnerablen Gruppen wie älteren, pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen oder suchtkranken Menschen zu richten.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege messen der semantischen und syntaktischen Interoperabilität, beispielsweise bei der gemeinsamen Nutzung von Daten durch Medizin und Pflege, einen hohen Stellenwert zu. Die Forderung der GRÜNEN, eine Mitgliedschaft der Bundesrepublik Deutschland in SNOMED International herbeizuführen, wird unterstützt, um den Digitalisierungsprozess voranzutreiben.

Die GRÜNEN setzen sich für ein öffentliches Verzeichnis ein, dass Nutzerinnen und Nutzern eine Auswahl von vertrauenswürdigen und sicheren digitalen Gesundheitsanwen-

dungen ermöglicht. Verbraucherinnen und Verbraucher müssen hier gestärkt werden. Hier bedarf es einer internationalen Regulierung, insbesondere um die Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten im App Bereich um im Bereich der Smart Devices zu schützen. Hier gilt es, dass die Bundesregierung auf der europäischen Ebene tätig wird. Sollten entsprechende Bewertungen vorliegen, sollten diese in dem aufzubauenden Nationalen Gesundheitsportal zugänglich sein. Auch aus unserer Sicht sollten die digitalen Anwendungen ein Qualitätssiegel bzw. Zertifikat erhalten, das sich in die Beschreibungen der App-Stores integrieren lässt und auch die Nutzerinnen und Nutzer sollten Vorschläge für die Aufnahme von Produkten in das Verzeichnis machen können. Bei der Entwicklung von Standards sollten, wie die GRÜNEN dies fordern, auch Implantate und Medizinprodukte systematisch berücksichtigt werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege messen den informationellen Selbstbestimmungsrechten der Patientinnen und Patienten sowie der pflegebedürftigen Menschen einen hohen Stellenwert zu. In der Stellungnahme zum Gesetzentwurf haben wir daher an verschiedenen Stellen gefordert, dass Gesundheitsdaten bei der Weitergabe an das neue Forschungsdatenzentrum, zudem die bisherigen Datenaufbereitungsstelle beim DIMDI weiterentwickelt werden soll, grundsätzlich nur pseudonymisiert weitergegeben werden dürfen. Um dem Grundsatz der Einwilligung und Berechtigung durch die Patientinnen und Patienten stärker Ausdruck zu verleihen, bedarf es eines Opt-Out-Modells, welches den Patientinnen und Patienten ermöglicht, der Weitergabe ihrer Daten an das Forschungsdatenzentrum zu widersprechen. Dazu haben wir im Gesetzentwurf näherhin ausgeführt. Wir unterstützen zudem die Forderung der GRÜNEN, das Beschlagnahmeverbot des § 97 StPO, das heute nur für die elektronische Gesundheitskarte gilt, auch auf die elektronische Patientenakte zu übertragen, damit die Daten der Patientinnen und Patienten nur dem in § 291a Absatz 8 genannten Personenkreis zur Verfügung stehen. Ergänzend fordern wir, dass auch die Bereiche, die jetzt zusätzlich freiwillig an die TI angeschlossen werden, dringend in diesen Personenkreis aufzunehmen. Das betrifft Pflegekräfte, Hebammen, aber auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heilmittelerbringer/innen. Wir wiederholen in diesem Zusammenhang nochmals unsere im Rahmen des Referentenentwurfs vorgetragene Kritik, dass von den Heilmittelerbringern nur die Physiotherapeut/innen, aber nicht die Ergotherapeut/innen und Logopäd/innen in den Kreis der Berechtigten aufgenommen wurden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unterstützen die Forderung der GRÜNEN, für den Aufbau der IT den Ausbau des Glasfasernetzes flächendeckend voranzutreiben, damit z.B. auch die Pflegeeinrichtungen in ländlichen, heute abgehängten Regionen, die TI nutzen können. Es bedarf nach unserer Auffassung tatsächlich im Rahmen einer Digitalstrategie einer Anschubfinanzierung, an der auch die Bundesländer zu beteiligen sind, um das Investitionsvolumen, das die Leistungserbringer schultern müssen, stemmen zu können. Dänemark kann hier als Vorbild dienen. Sinnvoll ist es auch, den Krankenkassen ein eigenes Investitionsbudget für die Förderung der digitalen Entwicklung einzuräumen.

E. Ergänzende Änderungsbedarfe

§ 31 a Medikationsplan

Der Gesetzgeber sollte die Vertragspartner, die das Nähere zum elektronischen Medikationsplan regeln, damit beauftragen zu prüfen, wie die Arzneimittelsicherheit gesteigert werden kann, indem Patientinnen und Patienten mit einer entsprechenden Verordnung im Medikationsplan im Falle der Veröffentlichung von Roten Hand Briefen informiert werden können.

Berlin, 10.10.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)