



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Gesetzentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) BT-Drs. 21/8279

A. Zusammenfassende Bewertung

Die BAGFW bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Der Gesetzentwurf sieht viele positive Ansätze zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung vor und stellt wichtige Weichen zur Einführung eines Primärversorgungssystems.

Generell setzt sich die BAGFW dafür ein, die Pflege in der Planung und Ausgestaltung der digitalen Architektur der gematik gleichwertig mitzudenken und in der Digitalstrategie des BMG noch konsequenter abzubilden. Vor der Einführung neuer Anwendungen zu prüfen, ob diese in der bestehenden Finanzierungssystematik sichergestellt sind und diese ggf. anzupassen.

Nachbesserungsbedarfe sieht die BAGFW zu folgenden Punkten:

Pflegerische Versorgung: Die Verbesserung der Aktualisierung des Medikationsplans, die Verpflichtung der Leistungserbringer, Arzt- und Entlassbrief elektronisch zu versenden und die Einrichtung von Vertreterregelungen, mit der Pflegedienste künftig stellvertretend für die von ihnen versorgten Versicherten Verordnungen managen und weiterleiten dürfen, haben große Potenziale, die pflegerische Versorgung zu verbessern und sind uneingeschränkt zu begrüßen. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen einschließlich der teilstationären Pflege sind dabei konsequent in die digitalen Versorgungsprozesse einzubeziehen. Soweit neue gesetzliche Digitalisierungspflichten zusätzliche, von den bestehenden Finanzierungsregelungen nicht erfasste Aufwände verursachen, muss deren Refinanzierung sichergestellt werden.

- **KIM und TIM:** Die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen sowie Arztpraxen, KIM und TIM als sichere Übermittlungsverfahren zu nutzen, wird begrüßt; es ist allerdings eine Frist für die verpflichtende Nutzung zu setzen. Pflegeeinrichtungen, die diese Dienste nutzen, beklagen immer wieder, dass sie ins Leere kommunizieren, weil der Empfängeradressat trotz Verpflichtung die Dienste nicht nutzt. Erforderlich sind Rechtsvorschriften zur Integration von KIM in die ärztlichen und pflegerischen Primärsysteme und deren Umsetzung durch die gematik.
- **Fristverschiebung eVerordnungen HKP und AKI; gesonderte Bewertung der Soziotherapie:** Nicht hinnehmbar allerdings ist, dass sich die Fristen für die

Einführung elektronischer Verordnungen für die HKP, AKI um teilweise weit mehr als 2 Jahre nach hinten verschieben. Diese Verzögerungen konterkarieren die vielen positiven Ansätze dieses Gesetzentwurfs. Dies kritisiert auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme. Angesichts der bislang nicht abschließend gelösten Zugangsvoraussetzungen zur Telematikinfrastruktur ist die im Kabinettsentwurf vorgesehene Übergangsfrist für die Soziotherapie hingegen als sachgerecht zu bewerten.

- **Interoperabilitätspflicht:** Die Pflicht zur Interoperabilität muss unbedingt auch auf informationstechnische Systeme zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur pflegerischen Versorgung ausgeweitet werden. Eine Einschränkung auf einzelne Sektoren würde die Interoperabilität im Gesundheitswesen weiter ausbremsen.
- **Zugriff auf ePA für Pflegeeinrichtungen mittels Institutionskarte:** Der Zugriff auf die elektronische Patientenakte sollte jedoch in Pflegeeinrichtungen auch von Leistungserbringern ohne Heilberufsausweis möglich sein, wohl aber mit einer Institutionskarte und einer Protokollierung des Zugriffs. Sonst besteht die große Gefahr, dass Pflegefachpersonen aus Angst vor Haftungsrisiken keine Kolleg*innen autorisieren werden, mittels des eigenen Heilberufsausweis auf Daten in der ePA der Pflegebedürftigen zuzugreifen.

Medizinische Versorgung:

- **Vorbereitende Schritte zur Einführung eines Primärversorgungssystem.** Die BAGFW setzt sich sehr für eine Strukturreform der ambulanten medizinischen Versorgung hin zu einem Primärversorgungssystem ein, das grundsätzlich multi- und interprofessionell ausgestaltet werden muss. Sie begrüßt in diesem Zusammenhang sehr die Einführung der eÜberweisung als wichtigen Schritt für die Ermöglichung einer Überweisung nach Dringlichkeit.
- **Digitaler Versorgungseinstieg:** Die Einführung eines neuen Funktionsbereichs in der ePA-App zur Buchung von Terminen einschließlich der Schaffung einer Vertreterregelung für Angehörige und Freunde ist sehr zu unterstützen. Dringend zu ergänzen ist, dass dieser Zugang barrierefrei und auch in Leichter Sprache gemäß BITV 2.0 / WCAG auszugestaltet ist. Bei den Terminbuchungsplattformen ist sicherzustellen, dass die Systeme keine Differenzierung nach gesetzlich und privat Versicherten vornehmen.
- **Digitale Bedarfseinschätzung:** Die Entwicklung einer digitalen Bedarfseinschätzung, mit der Versicherte ihren medizinischen Behandlungsbedarf standardisiert und strukturiert bestimmen lassen können, wird grundsätzlich begrüßt. Bei der Nutzung des Tools ist auch hier leichte Sprache unverzichtbar. Ebenfalls nachzubessern ist, dass der Ergebnisbericht barrierefrei zur Verfügung stehen muss. Digitale Instrumente dürfen jedoch keine autonomen Versorgungsentscheidungen treffen, sondern in verbindliche Prozesse eingebaut die qualifizierte Entscheidungsfindung von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen unterstützen. Auch dürfen

sie nicht zu einer faktischen Zugangshürde werden und den Zugang zu persönlicher, analoger oder aufsuchender Versorgung nicht ersetzen. Menschen ohne digitale Kompetenzen, ohne Endgerät oder mit Unterstützungsbedarf müssen gleichwertige analoge Zugangswege nutzen können.

- **Gravierendes Manko: Fehlen der pflegerischen Versorgung:** Sehr bedenklich ist, dass bei der digitalen Bedarfseinschätzung der Pflege keine Rolle zugemessen wird, außer dass Pflegefachpersonen ebenso wie MFA die Ersteinschätzung durchführen können sollen, was heute schon der Fall ist. Die Berufsorganisationen und Leistungserbringer der Pflege sind zwingend in den Kreis der bei der Definition von Anforderungen ins Benehmen zu setzenden Organisationen nach § 360b SGB V aufzunehmen. Bei den Zuordnungen zur jeweils geeigneten Versorgungsebene nach Feststellung der Dringlichkeitsstufe ist zwingend zu ergänzen, dass bei Eignung des Versorgungsanlasses auch eine Versorgung durch Pflegefachpersonen möglich ist, und zwar unabhängig von der angesteuerten Versorgungsebene. Die BAGFW weist darauf hin, dass der Pflege in einem künftigen Primärversorgungssystem eine zentrale Rolle als „game changer“ zukommt, etwa durch Community Health Nursing, wie in anderen Ländern längst üblich, wenn unser Gesundheitssystem zukunftsfest ausgestaltet werden soll. Pflegefachpersonen sind häufig diejenigen, die Veränderungen im Gesundheitszustand, beginnende Überforderungssituationen oder drohende Pflegebedürftigkeit frühzeitig erkennen. Ein Primärversorgungssystem, dass diese Perspektive nicht systematisch einbezieht, verschenkt zentrale Potenziale für Prävention, Versorgungskontinuität und Entlastung ärztlicher Strukturen.

Dringender Handlungsbedarf § 301 SGB V zur Sicherung der nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für abhängigkeiterkrankte Menschen

Nach § 301 Abs. 4 SGB V müssen sich die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen an der elektronischen Datenübermittlung beteiligen. Die zu diesem Zweck überarbeitete Rahmenvereinbarung ist ab 2027 verpflichtend. Gleichzeitig sehen sich Einrichtungen finanziell nicht in der Lage, die für die Installation und den Betrieb notwendige Software zu erwerben. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen bereits von finanziellen Kürzungen und steigenden Betriebskosten betroffen sind. Um die Angebote der ambulanten Suchthilfe nicht zu gefährden, setzt sich die BAGFW daher für einen Ausgleich der Kosten, die den Einrichtungen für technische Ausstattung und Betrieb zur Erfüllung der Verpflichtungen nach § 301 Abs. 4 SGB V entstehen, ein. Die Kosten sind anteilig zwischen GKV und DRV aufzuteilen.

B. Zur Bewertung der Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 25b Absatz 1 Nummer 5: Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen

Eine frühzeitige Erkennung eines drohenden Pflegerisikos kann helfen, diesem durch gezielte Prävention und Gesundheitsförderung, etwa bei kognitiven Beeinträchtigungen oder Mobilitätseinschränkungen, entgegenzuwirken und wird daher ausdrücklich begrüßt. Ebenso unterstützt wird die Erweiterung der Beratungsmöglichkeiten hin zu schwerwiegenden Erkrankungen der in Deutschland häufigsten tödlich verlaufenden Volkskrankheit des Herz-Kreislaufsystems wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Bei der Erkennung drohender Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen, dass Versicherte nicht nur auf ein Risiko hingewiesen werden, sondern niedrigschwellige und konkrete Angebote erhalten. Dazu gehören insbesondere pflegfachliche Beratung, rehabilitative und präventive Angebote sowie sozialräumliche Unterstützungsstrukturen und Strukturen der Selbsthilfe. Für die Versicherten ist zu jedem Zeitpunkt transparent darzustellen, wie und von wem ihre gesundheitsbezogenen Daten verwertet werden.

§ 25b Absatz 2: Neue Rolle der ePA in der Versichertenberatung

Schon bislang konnten die Kassen, auch ohne Einwilligung der Versicherten, ihnen vorliegende Daten für die Erkennung und Information über individuelle Gesundheitsrisiken nutzen. Mit dem Gesetzentwurf kommt der ePA die neue Funktion der Beratung und Steuerung der Versicherten durch das System zu. Die Datensouveränität der Versicherten muss aus Sicht der BAGFW zwingend weiter gewahrt bleiben. Dies ist mit der vorgesehenen Einwilligung der Versicherten in die weitere Datennutzung gegeben. Sofern die Versicherten die ePA insgesamt für die Auswertungsprogramme der Krankenkassen freigeben, muss gewährleistet sein, dass sie ihre Entscheidung nach umfassender Aufklärung treffen, ein bloßes Informationsschreiben ist nicht ausreichend. Die grundlegenden Informationen zur Einwilligung in die Datenverarbeitung müssen für die Versicherten auch barrierefrei und in einfacher Sprache zugänglich sein.

§ 31a: Medikationsplan

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass der Medikationsplan künftig dem Versicherten ausgehändigt werden muss, bei Nicht-Widerspruch in der ePA abgelegt werden muss und vor allem von allen behandelnden Ärzten und Apotheken bei Änderung der Medikation aktualisiert werden muss. Bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans ist nicht nur den besonderen Belangen von blinden und sehbehinderten Menschen besonders Rechnung zu tragen, sondern allen Menschen mit Beeinträchtigungen, darunter auch den vielen geriatrischen Patient_innen. Für die Sicherheit in der Arzneimitteltherapie insbesondere in der professionsübergreifenden Versorgung ist ein Zeitraum zu bestimmen, innerhalb dessen die verordneten Arzneimittel durch die Verordnenden verbindlich im Medikationsplan zu hinterlegen sind. Der Gesetzentwurf verpflichtet sowohl die Ärzte bei einer Änderung der Medikation, den Medikationsplan zu aktualisieren, als auch die Apotheken bei Abgabe des Medikaments. Für Versicherte muss jedoch klar

erkennbar sein, an wen sie sich bezüglich der ärztlich verordneten und der frei verkäuflichen Medikamente in ihrem Medikamentenplan wenden können: die Arztpraxis oder die Apotheke. Eine Verschiebung der Verantwortlichkeiten zum Ändern des Medikationsplans zwischen Arztpraxen und Apotheken zulasten der Versicherten ist zu verhindern, hierfür ist der Gesetzesentwurf zu konkretisieren.

§ 33 Absatz 6: DiGA-Bericht

Die Krankenkassen haben in ihren bisherigen DiGA-Berichten nicht nur über das Inanspruchnahme-Verhalten der Versicherten berichtet, sondern auch Patientennutzen und Preisentwicklung transparent und gut verständlich für die Versicherten kommentiert. Aus Sicht der BAGFW gibt es daher keinen Grund, die Berichtspflicht vom GKV-Spitzenverband auf das BMG zu übertragen.

§ 86a i.V. mit § 360a: Einführung der eÜberweisung

Die BAGFW begrüßt die Einführung einer eÜberweisung, die ab dem 1.9.2029 für die Vertragsärzte verpflichtend sein soll, als zentralem Baustein für die Einführung eines Primärversorgungssystems und als Beitrag zu einer schnelleren Behandlung bei dringlichen Fällen. Die grundlegenden Informationen zur Einwilligung in die Datenverarbeitung müssen für die Versicherten auch barrierefrei und in einfacher Sprache zugänglich sein.

§ 284 Erhebung geeigneter personenbezogener Daten durch die Krankenkassen

Die BAGFW lehnt die Erhebung nicht näher definierter "geeigneter personenbezogener Daten" einschließlich Daten aus Wellness-Anwendungen der Versicherten durch die Krankenkassen ab. Welche Daten konkret von den Krankenkassen erhoben werden, ist für die Versicherten nicht ersichtlich und eröffnet somit für die Krankenkassen einen weiten Spielraum, der für die zu erteilende Einwilligung der Versicherten nicht rechtssicher abzuschätzen ist und ggf. nachteilig ist, wie z.B. Gewicht der Versicherten oder Ernährungsgewohnheiten. Die BAGFW lehnt diese Änderung daher ab und unterstützt ausdrücklich die entsprechende Stellungnahme des Bundesrats.

§ 284a Reallabore der Krankenkassen

Die BAGFW begrüßt, dass der Kabinettsentwurf ausdrücklich die Möglichkeit der Versicherten, der Verarbeitung ihrer Daten im Reallabor zu widersprechen, im Genehmigungsprozess nach Absatz 4 Satz 3 vorsieht. Diese Widerspruchsmöglichkeit ist allerdings nicht vom Benehmen der für die Genehmigung zuständigen Aufsichtsbehörde abhängig zu machen, sondern verpflichtend für das Genehmigungsverfahren vorzugeben. Die BAGFW unterstützt die vom Bundesrat vorgeschlagene Einführung einer konkreten Widerspruchsfrist von 4 Wochen und das Petitum, dass den Versicherten laienverständlich und barrierefrei erklärt werden muss, wozu ihre Daten benutzt werden. Die BAGFW teilt überdies die Kritik des Bundesrats, dass die neu mit dem Kabinettsentwurf ins Gesetz gekommene Verlängerungsoption von 3 Jahren (auf insgesamt somit 9 Jahre) zu lange bemessen ist; sechs Jahre Experimentierraum sollten ausreichend sein, um Anpassungen für die Regelversorgung vornehmen zu können.

§ 295 Absatz 1c: Verpflichtung aller Leistungserbringenden zum Empfang und Versand elektronischer Briefe

Die elektronische Übermittlung digitaler Briefe ist für eine gute pflegerische Weiterversorgung von hoher Relevanz; daher wird die Regelung sehr begrüßt. Dies gilt ebenso für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen nach § 111a SGB V, für die eine medienbruchfreie Kommunikation insbesondere an den Übergängen in und aus einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von hoher Bedeutung ist. Aus unserer Praxis können wir berichten, dass Pflegeeinrichtungen immer noch beklagen müssen, dass Arztpraxen sich weigern, mit ihnen via KIM zu kommunizieren.

§ 306 Telematikinfrastruktur

Die Erfahrungen bei der Entwicklung der elektronischen Verordnung der HKP zeigen, dass eine frühzeitige Beteiligung notwendig ist, um pflegespezifische Anforderungen von Anfang an abzubilden und Fehlentwicklungen zu vermeiden. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflege sind bei allen Vorhaben, die die pflegerische Versorgung unmittelbar betreffen, frühzeitig und verbindlich zu beteiligen. Ihre pflegfachlichen und versorgungspraktischen Anforderungen sind von Beginn an in die Entwicklung und Ausgestaltung einzubeziehen.

§ 307 Absatz 5: Meldemöglichkeit von Problemen bei Verordnungen, KIM und TIM

Die BAGFW begrüßt die Aufgabenerweiterung der koordinierenden Stelle, Anliegen von Versicherten und Leistungserbringenden im Zusammenhang mit Problemen wie beispielsweise beim Management des eRezepts und anderer Verordnungen oder Anliegen zur Kommunikation via KIM und TIM melden zu können. Die Leistungserbringer, die elektronische Verordnungen oder sichere Übermittlungsverfahren nutzen, sind über die Kontaktdaten und Meldemöglichkeiten bei der koordinierenden Stelle zu informieren.

§ 311 Einführung eines Vergabeverfahrens für die Entwicklung von Komponenten und Diensten der TI i.V. mit §§ 324 Zulassung; § 329 Gefahrenabwehr und Funktionsfähigkeit

Die BAGFW begrüßt den Übergang vom heutigen reinen Marktmodell für die Zulassung von Komponenten und Diensten hin zu einem Vergabeverfahren. In der Vergangenheit haben sich hohe Varianzen in Qualität, Störanfälligkeit einiger Dienste und Anwendungen, insbesondere bei Softwareupdates oder bei der Einführung neuer Hardware, gezeigt. Ein Vergabeverfahren in einem zentralen Beschaffungs- und Bereitstellungssystem kann hier für mehr Sicherheit und Qualität sorgen. Ausweislich der Begründung kommt der gematik jedoch insbesondere bei den sicheren Übermittlungsverfahren für medizinische und pflegerische Daten ein Ermessensspielraum zu, ob sie am bisherigen Verfahren festhalten möchte oder den Weg der Ausschreibung beschreiten will. Insbesondere für die sicheren Übermittlungsverfahren muss eine lückenlose Struktur- und Prozessqualität gesichert sein. Am geplanten Anhörungsverfahren sind nicht nur die Anbieter der Dienste zu hören, sondern auch die die Dienste nutzenden Leistungserbringenden. In diesem Zusammenhang lehnen wir ab, dass das Zulassungsverfahren nach § 324

Absatz 1 Nummer 4 Satz 2 auch Nebenbestimmungen mit Auflagen zu verbindlichen Erprobungs- und Einführungsphasen vorsieht. Es sollen nur Dienste zugelassen werden, deren Qualität und Stabilität nachweislich gewährleistet ist.

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Hersteller von Primärsystemen mit der Neuregelung des § 329 vom neuen Aufgabenbereich der gematik bei der Gefahrenabwehr und Funktionsgewährung der Systeme ausdrücklich umfasst werden.

§ 312 Absatz 5: elektronische Überweisung und Aufgaben der gematik

Die BAGFW begrüßt, dass der Auftrag der gematik für die Sicherstellung der Übermittlung elektronischer Überweisungen ab dem 1. September 2028 auch die Anschlussfähigkeit an das geplante Ersteinschätzungsverfahren und die Terminbuchung über die 116117 sowie andere Anwendungen wie eRezept und die pflegerische Anschlussversorgung umfassen soll.

§ 313 Elektronischer Verzeichnisdienst

Es ist unklar, in welchem Szenario einzelne Pflegende anstelle von Pflegediensten gesucht und dafür die LBNR statt der Kennzeichen der Pflegeeinrichtung zu verwenden wären. Die LBNR unterliegen Meldeprozessen, die sich außerhalb der Telematikinfrastruktur befinden. Hier darf es nicht zu einem Anwachsen der bürokratischen Anforderungen kommen. Die Auffindbarkeit von Pflegeeinrichtungen ist wichtig und sollte einfach für Versicherte und weitere Leistungserbringer möglich sein; die LBNR ist diesen weder bekannt noch ist sie dafür geeignet. Generell muss sichergestellt sein, dass KIM-Adressen im elektronischen Verzeichnisdienst eindeutig, nutzerfreundlich und nachvollziehbar den jeweiligen Institutionen und Ansprechstellen zugeordnet werden können.

§ 332a Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme

Die Regelung, nach der Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters unzulässig sind, wird begrüßt. Damit die Umsetzung ihre Wirkung entfalten kann, sind die Anbieter von innerhalb der TI zugelassenen Komponenten daraufhin zu überprüfen. Sollte eine regelhafte Überprüfung bspw. durch eine vom BMG eingerichtete Stelle nicht möglich sein, muss eine Meldestelle für Verdachtsfälle geschaffen werden, zu der Leistungserbringende Hinweise auf Regelverstoß melden können. Das wichtige Anliegen einer diskriminierungsfreien Einbindung bleibt wirkungslos, wenn die Einhaltung dieser Regelung nicht von übergeordneter Stelle überwacht und ggf. sanktioniert wird.

§ 339 Absatz 1a neu: Aktualisierung des Medikationsplans bei Einlösung eRezept mittels Token

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass die Aktualisierung des Medikationsplans in der ePA künftig auch für Versicherte möglich sein wird, die ihr eRezept nicht mit der eGK oder ePA-App, sondern mit Token in der Apotheke einlösen. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit.

Die BAGFW befürwortet ausdrücklich, dass nur berechtigte Personen und Institutionen Zugang zur Telematikinfrastruktur haben. Der Zugriff auf die elektronische Patientenakte sollte jedoch in Pflegeeinrichtungen auch von Leistungserbringern ohne Heilberufsausweis möglich sein, wohl aber mit einer Institutionskarte und einer Protokollierung des Zugriffs. Sonst besteht die große Gefahr, dass Pflegefachpersonen aus Angst vor Haftungsrisiken keine Kolleg*innen autorisieren werden, mittels des eigenen Heilberufsausweis auf Daten in der ePA der Pflegebedürftigen zuzugreifen. Die BAGFW fordert daher erneut, dass nach Absatz 3 ein neuer Absatz 3a eingefügt werden soll.

Änderungsbedarf:

§ 339 Absatz 3a (neu, Vorschlag):

„Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den § 352 Absätze 9-12 mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Absatz 8 Satz 1 nur mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringereinstitutionen zugreifen. Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.“

§ 340 Absatz 6: Heilberufsausweis – digitale Identität

Die Verschiebung der Bereitstellung einer nicht an die Chipkarte gebundenen, digitalen Identität um 1 Jahr vom 1.1.2028 auf den 1.1.2029 kritisiert die BAGFW. Mit Blick auf die Soziotherapie weist die BAGFW auf eine weiterhin bestehende Zugangshürde hin. Soziotherapeutische Leistungen werden auch von hierfür zugelassenen Sozialpädagog_innen erbracht. Für diese Berufsgruppe besteht derzeit jedoch kein regelhafter Zugang zu einem elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweis. Die BAGFW fordert daher, sicherzustellen, dass zur Erbringung von Soziotherapie zugelassene Leistungserbringer unabhängig von ihrem Grundberuf Zugang zu einem für die Nutzung der Telematikinfrastruktur geeigneten persönlichen Authentifizierungsmittel erhalten können. Die Berechtigung zur Erbringung von Soziotherapie sollte hierfür als entsprechender Nachweis anerkannt werden.

§ 341 Absatz 2 Nummer 14a: Daten zu Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen in die ePA

Die BAGFW begrüßt sehr, dass Daten zu medizinischen Vorsorgeleistungen nach den §§ 23 und 24 SGB V sowie zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Nachsorge nach den §§ 40 und 41 SGB V sowie nach dem SGB VI in die ePA eingestellt werden können, da diese Informationen wichtig für die Versorgung sind.

§ 342 Zugriffsberechtigung auf die ePA

Absatz 2I): Zugriffsberechtigte Leistungserbringer haben bei Vorliegen eines Behandlungskontextes 90 Tage Zugriff auf die ePA. Dieser Zeitraum ist für eine pflegerische Versorgung in der Regel nicht ausreichend und macht ein zusätzliches Anlegen von Listen über die Dauer der Zugriffsberechtigungen erforderlich, damit Pflegeeinrichtungen den Überblick behalten, wessen Karte wann eingelesen wurde. Die BAGFW fordert

daher erneut das Aufheben der Begrenzung von 90 Tagen Zugriff auf die ePA bei Bestehen eines Vertrages mit einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung, die Zustimmung des Versicherten vorausgesetzt und bis auf Widerruf, ein jederzeitiger Widerspruch muss möglich bleiben.

Dadurch können wiederkehrende Freigabeprozesse vermieden werden, ohne das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten einzuschränken.

Mit Blick auf besonders sensible Gesundheitsdaten ist den Belangen besonders schutzbedürftiger Personengruppen Rechnung zu tragen. Dies betrifft insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Minderjährige und Menschen mit sensiblen Diagnosen. Gerade bei psychiatrischen Diagnosen und Verdachtsdiagnosen besteht ein besonderes Risiko, dass unzutreffende oder nicht hinreichend kontextualisierte Angaben langfristig fortwirken und zu Benachteiligungen führen können. Die BAGFW fordert daher, die Möglichkeiten der Versicherten zur Steuerung der Zugriffsrechte auf die ePA niedrigschwellig, barrierefrei und verständlich auszugestalten und weiterzuentwickeln. Insbesondere bei besonders sensiblen Gesundheitsdaten muss eine differenzierte Steuerung möglich sein, welche Leistungserbringerinstitutionen auf welche Informationen zugreifen können. Zugriffe sind konsequent auf die für den jeweiligen Versorgungszweck erforderlichen Daten zu begrenzen. Für Minderjährige sind dabei altersgerechte Informations- und Schutzmechanismen sicherzustellen. Für den niedrigschwelligen Zugang sind insbesondere die Kontaktdaten der Ombudsstellen an geeigneter Stelle frei zugänglich zu veröffentlichen.

Absatz 2b): Durch die Ermächtigung der gematik, zukünftig selbstständig Fristen für Umsetzung der TI-Anwendungen festzusetzen, wird die Gefahr vergrößert, dass die Versorgungsprozesse von über 5 MIO Pflegebedürftigen und der Pflege als größter Berufsgruppe im Gesundheitswesen nicht berücksichtigt werden. Die gematik, deren Gesellschafterversammlung leider keine pflegerische Interessenvertretung enthält, könnte dadurch die digitalen Prozesse in der Pflege noch leichter weiter nach hinten auf der Roadmap platzieren. Stattdessen sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflege bei der Festsetzung der Roadmap frühzeitig und verbindlich zu beteiligen.

Änderungsbedarf:

Nach Satz 2 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„Sofern es sich um Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10 handelt, sind die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflege frühzeitig in die Verfahren zur Festlegung der Vorgaben einzubeziehen.“

§ 342a Absätze 4a und b: Unterstützung der Versicherten durch die Ombudsstelle

Die Möglichkeit, dass Ombudsstellen künftig Versicherte bei der Einrichtung von Vertretungen für die Anmeldung und Nutzung ihrer ePA einschließlich des Einstiegs in das digitale Versorgungsmanagement im Rahmen der Primärversorgung unterstützen müssen, stärkt die Patientenrechte erheblich. Auf diese Art und Weise können auch Menschen, die keine digitalen Endgeräte nutzen, Zugang zur ePA und Unterstützung bei der Versorgung durch An- oder Zugehörige, z.B. digitaler Terminbuchung, erhalten. Die jeweils

zuständigen Ombudsstellen müssen für die Versicherten unkompliziert auffindbar sein. Den Versicherten, insbesondere mit Pflegebedarf, und ihren Pflegepersonen sind die Kontaktdaten der Ombudsstellen zugänglich zu machen, um sie in die Lage zu versetzen, ihre Rechte wahrzunehmen. Die bisherigen von einzelnen Krankenversicherungen veröffentlichten Informationen erreichen die Versicherten höchstens unzureichend. Das Beantragen der Einrichtung einer Vertretung für die ePA muss dabei sowohl schriftlich auf dem Postweg als auch digital und barrierefrei möglich sein. Auch Angehörigen von Demenzerkrankten mit entsprechenden Vollmachten muss die Einsetzung als Vertretungsperson durch die Ombudsstellen ermöglicht werden. Pflegeeinrichtungen unterstützen insbesondere pflegebedürftige Menschen mit eingeschränkten digitalen Kompetenzen bereits heute vielfach bei der Nutzung digitaler Angebote. Soweit ihnen im Zuge der weiteren Digitalisierung zusätzliche Unterstützungsaufgaben übertragen werden, ist der damit verbundene Aufwand angemessen zu berücksichtigen und zu refinanzieren.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt folgender Zusatz eingefügt:
„und informiert ihre Versicherten über deren Erreichbarkeit.“

§ 345a Digitaler Versorgungseinstieg

Die BAGFW begrüßt den digitalen Versorgungseinstieg in das Primärversorgungssystem, indem mittels eines neuen Funktionsbereichs in der ePA-App zur Buchung von Terminen zur Behandlung (in der Praxis und telemedizinisch), im Akutfall sowie zur Ermöglichung einer Vertreterregelung, damit auch Angehörige oder Freunde z.B. Terminbuchungen vornehmen können. Wichtig ist, dass die Bedienung nicht nur technisch einfach gestaltet wird, wie vorgesehen, sondern barrierefrei und in leichter Sprache. Dies ist zu ergänzen. Die Benennung von Vertretern für die Nutzung des Funktionsbereichs für den digitalen Versorgungseinstieg ist niedrigschwellig und barrierefrei umzusetzen. Auch Angehörigen von Demenzerkrankten mit entsprechenden Vollmachten muss die Einsetzung als Vertretungsperson bspw. durch die Ombudsstellen ermöglicht werden.

§ 347: Speicherung der eAU in der ePA

Die BAGFW kritisiert, dass die Ärzte künftig verpflichtet werden sollen, die eAU automatisch in der ePA abzuspeichern, wenn die Patienten nicht widersprechen. Dies wird mit „zunehmendem Speicherwunsch“ der Patient_innen begründet. Es ist nicht ersichtlich, welchen Vorteil die Speicherung einer Arbeitsunfähigkeit den Patient_innen bringen sollte. Die BAGFW regt daher an, auf die Regelung zu verzichten.

§ 349 Übertragung von Daten durch weitere Zugriffsberechtigte in die ePA

Nach Absatz 3 haben auch Pflegende auf Verlangen der Versicherten im Rahmen der Behandlung erhobene Daten in deren ePA zu übertragen. Der Großteil der pflegerischen Primärsysteme bietet diese Option jedoch nicht an.

Änderungsbedarf:

Nach Absatz 3 Satz 5 wird der Satz ergänzt:

„Die Verpflichtung nach Absatz 3 Satz 1 gilt nicht, wenn dies aus technischen Gründen nicht möglich ist.“

§ 350 Absatz 2 Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

Absatz 5: Barrierefreie digitale Übersicht über Schutzimpfungen

Zur Schließung von Impflücken ist eine Übersicht der Versicherten über bereits erfolgte Schutzimpfungen sehr sinnvoll, jedoch nicht ausreichend. Ergänzt werden in der ePA sollte 1. eine Erinnerungsfunktion für notwendige Auffrischungsimpfungen; dafür spricht sich auch der Bundesrat aus, 2. Eine Information über bislang nicht erfolgte, aber von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen. Die Übersicht muss überdies nicht nur barrierefrei sein, sondern auch patientenverständlich und in leichter Sprache; dies ist zu ergänzen. Positiv ist, dass die Krankenkassen nunmehr die Pflicht haben, ihre Versicherten über Auffrischungsimpfungen und von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen zu informieren.

§ 360 Absätze 5, 6 und 8: Neue Fristen für verpflichtende Ausstellung von eHKP, eAKI und Soziotherapie sowie für die TI-Anbindung

Die BAGFW kritisiert die Verschiebung der Fristen für die Ausstellung von elektronischen Verordnungen der HKP vom 1. Juli 2026 auf den 1. September 2028, für die Ausstellung von Verordnungen der AKI vom 1. Juli 2026 auf den 1. April 2031 scharf. In beiden Bereichen bedarf es für eine zügige Versorgung der Versicherten einer funktionsfähigen, schnellen und medienbruchfreien Kommunikationskette vom Ausstellen der Verordnungen in der Arztpraxis über Rückkoppelungsschleifen für Korrekturen zwischen Arztpraxis und Pflegeeinrichtung, über die Versorgung bis hin zur Abrechnung mit den Krankenkassen. Die Gematik muss dafür Sorge tragen, dass die eVerordnungen unverzüglich ins Laufen kommen. Die Fristen sind daher um max. 9 Monate gegenüber der geltenden Gesetzesgrundlage und mithin max. ins erste Halbjahr 2027 zu verlängern.

Mit Blick auf die Soziotherapie ist positiv hervorzuheben, dass der Kabinettsentwurf eine bislang bestehende Unklarheit adressiert und klarstellt, dass auch Verordnungen der Soziotherapie in die Regelungen zur elektronischen Verordnung und zur Telematikinfrastruktur einbezogen werden sollen. Die nun vorgesehene Frist für die verpflichtende elektronische Verordnung der Soziotherapie bis zum 1. September 2031 ist vor dem Hintergrund der bislang nicht abschließend gelösten Zugangsvoraussetzungen zur Telematikinfrastruktur sachgerecht. Dies gilt auch für die in § 360 Absatz 8 vorgesehene Verschiebung der verpflichtenden Anbindung der Erbringer soziotherapeutischer Leistungen an die Telematikinfrastruktur auf den 1. September 2030. Die Übergangsfrist muss genutzt werden, um die bestehenden Zugangshürden, insbesondere für zur Erbringung von Soziotherapie zugelassene Sozialpädagog_innen, zu beseitigen und einen verlässlichen Zugang zu den erforderlichen Authentifizierungsmitteln sicherzustellen.

§ 360b: Vereinbarungen über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung

Grundsätzlich ist die Erarbeitung eines digitalen Bedarfseinschätzungsinstrumentes, das Versicherte und Leistungserbringer bei der Bestimmung der geeigneten Versorgungsebene und der Versorgungsdringlichkeit unterstützt, sehr zu begrüßen. Wir beobachten jedoch mit Sorge, dass die angekündigte Einführung eines Primärversorgungssystems mehr und mehr verengt wird auf die Einführung einer solchen digitalen Bedarfseinschätzung und notwendige Strukturreformen, die eine niedrigschwellige inter- und multiprofessionelle Primärversorgung ermöglichen, damit hintangestellt werden. Digitale Instrumente dürfen jedoch keine autonomen Versorgungsentscheidungen treffen, sondern sollten in verbindliche Prozesse eingebaut die qualifizierte Entscheidungsfindung von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen unterstützen. Dies sieht auch der Bundesrat so. Die Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung und die Zuordnung von Behandlungsbedarfen in die geeignete Versorgungsebene darf nicht ausschließlich maschinell erfolgen. Hier braucht es auch zukünftig klar definierte Zuständigkeiten. Insbesondere bei Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Unterstützungsbedarfen ist eine Einordnung von Symptomen in den Gesamtzusammenhang – die durch qualifizierte Fachpersonen erfolgen muss - entscheidend für Versorgungsentscheidungen. In der Gesetzesbegründung wird auf die Möglichkeit hingewiesen, die Einbindung von hierzu entsprechend geeigneten Personen (sog. „human in the loop“) vorzusehen, die auf der Grundlage des Ergebnisses der digitalen Bedarfseinschätzung die weitere Versorgung koordinieren bzw. eine Terminvermittlung vornehmen. Diese hier nur als „Kann-Option“ benannte Möglichkeit ist aus Sicht der BAGFW verpflichtend auszugestalten.

Erste Anlaufstelle für gesundheitsbezogene Anliegen sollten auch zukünftig Praxen u/o Versorgungszentren sein. Dass Hilfesuchende, wenn die digitale Bedarfseinschätzung keinen Behandlungsbedarf ergibt, vollkommen allein gelassen werden und außer den benannten digital zur Verfügung gestellten Informationen zur Selbstversorgung kein Unterstützungsangebot bekommen sollen, lehnt die BAGFW entschieden ab.

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass Pflegefachpersonen in einem zukunftsfähigen Primärversorgungssystem künftig eine tragende Rolle zukommen muss. Dies gilt für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen und nach § 73d SGB V weitergebildete Pflegefachpersonen und perspektivisch für den Einsatz von Community Health Nurses mit entsprechender Qualifikation zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung. Auch heute schon wird die Ersteinschätzung im Krankenhaus durch entsprechend geschultes Pflegefachpersonal vorgenommen. Die BAGFW kritisiert daher scharf, dass der Pflege bei der Definition der Anforderungen an die digitale Bedarfseinschätzung keinerlei Rolle zugemessen wird. Diese Leerstelle gilt es systematisch in § 360b zu schließen: So müssen die Berufsverbände und maßgeblichen Vereinigungen der Leistungserbringenden in der Pflege in den Kreis der an der Vereinbarung nach Absatz 1 zu beteiligenden Organisationen eingebunden werden.

Wesentlich ist, dass es eine bundesweite und einheitliche Erst- und Bedarfseinschätzung gibt, egal, ob sie analog in der Arztpraxis vor Ort, telefonisch oder digital stattfindet. Das Tool muss des Weiteren niedrigschwellig und einfach auffindbar und aufrufbar sein. Dies ist in Absatz 2 Satz 2 neben der Diskriminierungs- und Barrierefreiheit zu ergänzen.

Positiv ist, dass es mehrsprachig nutzbar sein soll. Zwingend ergänzt werden muss die Nutzbarkeit in leichter Sprache.

Positiv zu bewerten ist, dass auch hier bei der Nutzung ausdrücklich die Vertreterfunktion vorgesehen ist sowie die Unterstützung einer Leistungserbringerinstitution, wie z.B. eines Pflegedienstes.

Sachgerecht abgebildet sind die Dringlichkeitsstufen (Absatz 2 Nummer 2). Bei der Eignung für die Selbstversorgung durch den Versicherten nach Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe e) handelt es sich jedoch nicht um eine eigenständige Versorgungsebene, sondern diese ist den weiteren Versorgungsformen nach Abs. 2 Nummern 4 und 5 gleichzustellen. Bei der Eignung des Versorgungsanlasses für weitere Versorgungsformen bedarf es zudem dringend einer Ergänzung um die Versorgung durch Pflegefachpersonen, denen in einem inter- und multiprofessionellen Primärversorgungssystem eine wesentliche Rolle zukommen muss. Der Ergebnisbericht der digitalen Bedarfseinschätzung muss den Versicherten, die über keine digitalen Endgeräte verfügen, auch analog verfügbar gemacht werden. Die in Absatz 3 Nummer 11 genannte Anforderung der Verständlichkeit sollte auf „Laienverständlichkeit“ hin präzisiert und um Barrierefreiheit ergänzt werden. Bei der Weitergabe des Berichtergebnisses werden auch hier wieder nur „behandelnde Leistungserbringer“ in den Blick genommen, womit die Pflege nicht (rechtsicher) erfasst ist.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 4 ist folgende neue Nummer 6 zu ergänzen:

„maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe und der Leistungserbringer der Pflege“.

In Absatz 2 Nummer 2 ist zu ergänzen:

„die digitale Bedarfseinschätzung diskriminierungs- und barrierefreie, in **Leichter Sprache** sowie in verschiedenen Sprachen“.

In Absatz 3 ist in Nummer 1 e) zu ergänzen:

„Laienverständlichkeit, **Barrierefreiheit und Leichte Sprache**“

In Absatz 3 Nummer 3 ist Buchstabe e) zu streichen.

Die Nummern 4 und 5 sind zu ersetzen durch die folgenden neuen Nummern 4 bis 6:

4. der Eignung des Versorgungsanlasses für eine Versorgung durch fachpflegerisches und weiteres nichtärztliches Fachpersonal unabhängig von der angesteuerten Versorgungsebene,
5. der Eignung des Versorgungsanlasses für eine telemedizinische Versorgung und
6. der Eignung für die Selbstversorgung durch den Versicherten, unterstützt durch digitale Beratung und Informationsbereitstellung.

§ 361: Zugriff auf ärztliche Verordnungen für Pflegefachpersonen

Die Erweiterung der Zugriffsregelung auf ärztliche Verordnungen durch Pflegefachpersonal, für die sich die BAGFW lange eingesetzt hat, wird ausdrücklich begrüßt. Wie von der BAGFW schon lange gefordert, können nun auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, die Leistungen nach dem SGB V oder SGB VI erbringen, auf die ärztlichen Verordnungen zugreifen.

§ 361c: Zugriff der Krankenkassen auf Verordnungen von HKP, AKI und Soziotherapie in der Telematikinfrastruktur

Krankenkassen müssen für ihre Leistungsentscheidung sowie für die Abrechnung auf die Verordnungen zugreifen können. Wenn Versicherte eine Beratung wünschen, soll dies selbstverständlich möglich sein. Die Regelung darf jedoch nicht genutzt werden, um Versicherte zu überzeugen, dass eine ärztlich verordnete, medizinisch erforderliche Leistung, die von einem Pflegedienst auszuführen ist, durch sie selbst erbracht werden kann. Durch die Einführung einer eVerordnung muss der Zugriff von Krankenkassen auf die ausgestellten Verordnungen zu Beratungszwecken nicht ausgeweitet werden. Die BAGFW lehnt die Einführung dieses neuen Paragraphen ab.

§§ 363a, 363c: Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren

KIM und TIM werden als die beiden sicheren Übermittlungsverfahren für die Übertragung medizinischer, pflegerischer und funktionsrelevanter Daten über die TI festgelegt. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Krankenkassen nach § 363c Absatz 2 verpflichtet werden, KIM für die Kommunikation mit den Leistungserbringern zu nutzen. In der Praxis berichten die Pflegeeinrichtungen und –dienste immer wieder, dass einige Krankenkassen diesen nicht Dienst nutzen. Da immer noch nicht alle Pflegeeinrichtungen an die TI angeschlossen werden konnten, wird begrüßt, dass auch alternative Kommunikationswege benutzt werden können.

Die KIM-Adressen der Krankenkassen sind an öffentlich einsehbarer Stelle und auch außerhalb der Telematikinfrastruktur in einer für Menschen lesbaren Darstellung zugänglich zu machen, damit die Leistungserbringer zweifelsfrei und unbürokratisch die passenden KIM-Adressen finden können. Das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) hat bei der Konformitätsbewertung von IT-Systemen zu prüfen, dass diese die unterschiedlichen zugelassenen KIM-Dienstkennungen verwenden und bei Versand und Empfang automatisiert zuordnen, gerade auch in der professionsübergreifenden Kommunikation. Sonst ist nicht sichergestellt, dass bei Verwendung eines sicheren Übermittlungsverfahrens der ausgewählte Empfänger die Nachricht überhaupt bemerkt, lesen und verarbeiten kann.

§ 363d Inhalte und Nutzung sichere Übermittlungsverfahren

Anbieter sicherer Übermittlungsverfahren müssen verpflichtet werden, die gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen für sichere Übermittlungsverfahren jederzeit gegenüber ihren Nutzern zu gewährleisten. Eine bloße Bekanntgabe der Rahmenbedingungen, wie in Absatz 1 vorgesehen, ist nicht ausreichend und verschiebt die Nachweislast unzumutbar auf die Nutzer.

§ 370c Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen

Die BAGFW begrüßt, dass für den Einsatz von Terminbuchungsplattformen in der vertragsärztlichen Versorgung endlich gesetzliche Regulierungen zur Stärkung des barriere- und diskriminierungsfreien Zugangs eingeführt werden. In der Praxis erfolgt die Terminvergabe bei privaten Terminbuchungssystemen wie doctena und doctolib oft orientiert an Möglichkeiten der Vergütungsoptimierung und nicht an der medizinischen Dringlichkeit der Anliegen. Zudem werden Privatversicherte gegenüber gesetzlich Versicherten in der Terminvergabe privater Terminbuchungssysteme systematisch bevorzugt. Um diese Ungleichbehandlung privat und gesetzlich Versicherter zu beenden, ist neben den möglichen Diskriminierungsmerkmalen Alter und Vorerkrankung, oder einer Priorisierung aufgrund vorgenommener Zahlungen an die Terminbuchungsplattform und einer Vergütungsoptimierung in Bezug auf extrabudgetäre Leistungen dringend zu ergänzen, dass das Merkmal „keine Differenzierung nach gesetzlich und privat Versicherten oder Selbstzahlern“ erfolgen darf. Neben der Barrierefreiheit ist auch eine einfache, niedrighschwellige Nutzung zu gewährleisten; dies ist in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 ist in Nummer 2 zu ergänzen „einer vergütungsorientierten **oder am Versicherungsstatus orientierten** Terminvergabe“.

§ 386a Interoperabilitätspflicht

Die Interoperabilitätspflicht für Hersteller informationstechnischer Systeme ist aus Sicht der BAGFW sehr zu begrüßen. Es bedarf jedoch einer Klarstellung, dass auch informationstechnische Systeme zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur pflegerischen Versorgung der gleichen Pflicht unterliegen. Eine Einschränkung auf einzelne Sektoren würde die Interoperabilität im Gesundheitswesen weiter ausbremsen. Mit der Änderung von Anlage 1 wird die GIGV auch auf pflegerische Primärsysteme ausgeweitet. Es fehlt dennoch weiterhin an der dringend benötigten Erhöhung der Verbindlichkeit zur Produktentwicklung bei den Softwareherstellern. Neue Anwendungen müssen nicht nur von der gematik bereitgestellt, sondern die Primärsystemhersteller müssen zur Implementierung der Anwendungen in einer angemessenen Frist verpflichtet werden. Um die Digitalisierung in der Pflege entsprechend der Digitalstrategie des BMG weiter voranzutreiben, müssen die maßgeblichen Spitzenverbände der Pflege ebenfalls in die Erstellung der Interop-Roadmap einbezogen werden. Die Nutzung der bereitgestellten und verbindlich festgelegten interoperablen Schnittstellen muss auch für Pflegeeinrichtungen kostenfrei erfolgen.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 106c i.V. mit § 363aff. SGB V; 106d: Einbindung der Medizinischen Dienste in die TI

Aufgrund ihres Zusammenhangs werden § 106c und § 106d gemeinsam kommentiert. Der Medizinische Dienst wird verpflichtet, sich an die TI anzuschließen und sichere

Übermittlungsverfahren für die gegenseitige Datenübermittlung zwischen MD und den Pflegekassen zu nutzen. Nicht nachvollziehbar ist allerdings die Regelung, wonach die Nutzung der sicheren Datenübermittlungsverfahren nur gelten soll, sofern der jeweilige Medizinische Dienst und die Pflegekasse an die TI angebunden ist. Diese Einschränkung ist nicht nachvollziehbar, da die Pflegekassen an die TI bereits angeschlossen sind. Diesen Widerspruch gilt es aufzulösen.

Die mit § 106d vorgesehene stärkere Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren in der Pflege wird grundsätzlich begrüßt. Dies gilt sowohl für die Kommunikation mit Versicherten über den Sofortnachrichtendienst als auch für die verstärkte Nutzung von KIM zwischen Pflegekassen und angeschlossenen Leistungserbringern. Bei der Einführung des Sofortnachrichtendienstes ist sicherzustellen, dass Versicherte niedrigschwellig und barrierefrei über dessen Nutzung informiert und bei Bedarf durch die anbietende Krankenkasse oder deren Ombudsstelle unterstützt werden.

Die vorgesehene Ablösung der Übertragung medizinischer und pflegerischer Daten per Telefax wird ebenfalls begrüßt.

C. Ergänzender Regelungsbedarf

Einführung einer zentralen Datenplattform für die Kommunikation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in der Pflege

Die BAGFW setzt sich zur Entbürokratisierung in der Pflege seit langem für die Einführung einer einzigen zentralen digitalen Plattform ein, bei der sich Einrichtungen nach dem Prinzip „once only“ nur einmal, statt wie bislang dreimal allein nur für die Zwecke der Qualitätssicherung registrieren müssen: erstens, bei der DCS für Qualitätsdarstellungen, Transparenzberichte und Übermittlung der Prüfergebnisse an die Veröffentlichungsplattformen der Pflegekassen, zweitens, bei der DAS Pflege/Datenauswertungsstelle für die Eingabe der Indikatoren sowie Plausibilisierung und drittens, beim QPR-Portal für die Prüfberichte, welche jedoch nicht flächendeckend angeboten wird und also Prüfberichte teilweise noch per Post versandt werden.

Der Mehraufwand entsteht vor allem deshalb, weil die Kommunikations- und Übertragungswege nicht einheitlich gestaltet und nicht aufeinander abgestimmt sind. Die Lösung besteht daher darin, ein zentrales Pflege-Portal zu etablieren, an das perspektivisch weitere Akteure wie z.B. Heimaufsichtsbehörden oder andere ordnungsrechtliche Prüfbehörden angebunden werden. Letztere Funktion wäre sehr wichtig, um endlich effektiv Doppel- und Mehrfachprüfungen effektiv zu begegnen. Die Landesverbände der Pflegekassen könnten auf diesem Wege auch ihre Maßgabenbescheide für die Qualitätsauflagen übermitteln. Perspektivisch könnten auch sämtliche Meldepflichten und Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen über dieses Portal administriert werden.

Sicherung der nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für abhängigkeiterkrankte Menschen

In ca. 250 ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeiterkrankte Menschen erbracht. Die auch als „ARS-Einrichtungen“ bezeichneten Einrichtungen werden zu ca. 90% von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung belegt, zu ca. 10% von den gesetzlichen Krankenkassen. Es handelt sich um kleine Einrichtungen, sie sind regional verankert und vernetzt und werden überwiegend von frei-gemeinnützigen Trägern betrieben. Neben den rehabilitativen Leistungen gehören die Beratung, die Vermittlung und auch die Begleitung von Menschen zum Aufgabenprofil.

Nach § 301 Abs. 4 SGB V müssen sie sich an der elektronischen Datenübermittlung beteiligen. Dies auch die Voraussetzung für zukünftige Verträge und die Belegung durch die Leistungsträger. Leistungsträger und -erbringer haben ihre Rahmenvereinbarung zur Datenübermittlung überarbeitet und in anschließenden Umsetzungsgesprächen konsentiert, dass diese Verpflichtung ab dem Jahr 2027 umgesetzt wird. Die Einrichtungen und ihre Träger sind, nicht in der Lage, die für die Installation und den Betrieb notwendige Software zu erwerben. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen bereits von finanziellen Kürzungen und steigenden Betriebskosten betroffen sind. Die finanziellen Spielräume sind weitgehend ausgeschöpft, sodass zusätzliche Investitionen faktisch nicht leistbar sind und teilweise bereits Angebote reduziert werden müssen; die geplanten

zusätzlichen Anforderungen würden diese Entwicklung weiter verschärfen. Ein Rückgang dieser Angebote würde Versorgungslücken vergrößern, Prävention und Frühintervention erschweren und – entgegen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ – zu späteren Behandlungszugängen, mehr chronischen Verläufen und höheren Folgekosten führen. Die Stärke der Suchthilfe – niedrighschwellige, wohnortnahe und kosteneffiziente Versorgung – wäre damit in ihrem Kern gefährdet.

Die Träger sehen sich in ihrer Existenz bedroht. Die Leistungsträger sehen sich nicht in der rechtlichen Verpflichtung zur Refinanzierung technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung. Ob es dennoch zu einem, wenn auch nur geringfügigen, Vergütungszuschlag kommt, ist sehr ungewiss.

Vor diesem Hintergrund wird folgender Vorschlag gemacht:
Nach § 301a SGB V wird der neue § 301b SGB V eingefügt.

§ 301b SGB V Finanzierung der den nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (ARS-Einrichtungen) entstehenden Kosten für die elektronische Datenübertragung nach § 301 Abs. 4 SGB V

1. Die nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c Absatz 1 der gesetzlichen Krankenkassen oder nach den §§ 15, 15a SGB VI mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, erhalten ab dem 1. Januar 2027 einen Ausgleich für die Kosten, die ihnen für technische Ausstattung und Betrieb zur Erfüllung der Verpflichtungen nach § 301 Abs. 4 SGB V entstehen.
2. Das Nähere zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 1 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen und die für die Erbringer von Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bis zum 1. Dezember 2026.
3. Über die Aufteilung der Kosten zwischen den Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung treffen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund eine gesonderte Vereinbarung bis zum 1. Januar 2027.

§ 8 Absatz 8 SGB XI: Anschubfinanzierung Digitalisierung

Die BAGFW setzt sich dafür ein, die Anschubfinanzierung für die Digitalisierung der Pflegeeinrichtungen zu flexibilisieren und die Förderung von einer einmaligen Bezuschussung auf eine Bezuschussung alle drei Jahre umzustellen. Das Ende der Förderperiode ist entsprechend zu verlängern, damit auch bestehende Einrichtungen, die die Pauschalförderung bereits ausgeschöpft haben, davon profitieren können.

Berlin, 09.10.2026

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin

Kontakte:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Anja Remmert (anja.remmert@diakonie.de)