

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch
Digitalisierung und Innovation
(Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)**

Stand 23.09.2019

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Digitale Versorgung-Gesetz (DVG).

Enttäuschend ist, dass entgegen den Regelungen im Referentenentwurf und der Vereinbarung der Konzertierten Aktion Pflege (KAP), AG 3, die professionelle Pflege und die Hebammen nicht in die Nutzung der elektronischen Patientenakte einbezogen werden. Damit bleiben sie von den Ressourcen der Telematikinfrastruktur weiter ausgeschlossen und der digitale Informationsaustausch der Akteure im Gesundheitswesen findet ohne sie statt. Mit Bezug auf Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit, diese Regelungen in einem separaten Gesetz zu behandeln, bitten wir um die zeitnahe Realisierung eines entsprechenden Entwurfes, um die Anbindung an die Telematikinfrastruktur nicht noch weiter hinauszuzögern.

Um nützliche und unterstützende Anwendungen für die Pflege und Hebammen zu entwickeln, ist es entscheidend, Experten/innen aus der Pflege und dem Hebammenwesen einzubeziehen, die eine Brücke schlagen können zwischen der professionellen Pflegepraxis und digitalen Informationen sowie Anwendungen in der Pflege. Entscheidend ist aus Sicht des DPR zudem, dass Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren überwunden werden, sodass Daten aus dem einen Sektor auch in einem anderen genutzt werden können und nicht per Hand in das jeweils andere System eingegeben werden müssen. Hierbei ist insbesondere zu empfehlen, Deutschland als Vollmitglied bei SNOMED International anzumelden, um dann national lizenzkostenfrei Nutzerlizenzen für die Terminologie SNOMED CT zu vergeben, damit Gesundheitsdaten in einer einheitlichen Terminologie verwendet werden. Zudem ist zu empfehlen, für die pflegespezifischen Daten eine Referenzterminologie, die 100% deckungsgleich mit SNOMED CT gemappt ist, im Gesundheitswesen einzusetzen. Diese Referenzterminologie steht mit der International Classification for Nursing Practice® (ICNP®) beim International Council of Nurses auch ins Deutsche übersetzt zur Verfügung. Eine nationale Behörde muss verantwortlich die Pflege der Terminologien ausführen, z.B. das DIMDI, das bereits WHO- und WHO-FIC anerkannte Fachsprachen pflegt.

Angesichts der vielen neuen Aufgaben der Gematik stellt sich die Frage, ob sie die entsprechenden Kompetenzen bereitstellen kann. Daher sollten aus Sicht des DPR in dem Gesetz die erforderlichen Kompetenzen aus dem Bereich der medizinischen Gesundheitsinformatik um Kompetenzen in der Pflege angepasst und ergänzt werden.

Zu den Anmerkungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2

§ 31a Medikationsplan

Absatz 3 Satz 4

In Satz 4 wird geregelt, dass Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker den Medikationsplan zu aktualisieren haben und sich Apotheken hierzu an die Telematikinfrastuktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzuschließen haben.

Stellungnahme

Dieser Anschluss sollte auch für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen gelten, da sie Pflegebedürftigen die Medikamente bereitstellen und verabreichen und daher Kenntnis über den aktuellen Stand des Medikamentsplans haben müssen.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher folgende Ergänzung vor:

Hierzu haben Apotheken, **ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen** sich bis zum 30. September 2020 an die Telematikinfrastuktur nach § 291a Absatz 7 Satz 1 anzuschließen.

Nummer 3

§ 33a Digitale Gesundheitsanwendungen

Absatz 1

In Absatz 1 wird geregelt, dass Versicherte Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen haben. Zudem haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis nach § 139e aufgenommen wurden und entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden können.

Stellungnahme

Bei der Entwicklung digitaler Prozesse ist entscheidend, dass Informationen nicht mehrfach, auf Papier und elektronisch, erfasst werden. Wünschenswert wäre die gesetzliche Anweisung „digital vor Papier“. Wo immer ein Prozess durch digitale Infrastruktur mit gleichem oder geringfügig höherem Aufwand umgesetzt werden kann, ist dem der Vorzug zu geben. Ziel sollte es sein bis 2025 einen papierlosen Informationsaustausch an den Schnittstellen der Sektoren und Einrichtungen z.B. im pflegerischen Entlassmanagement zu erreichen. Dabei sollte auf bestehende IT Standards wie den HL7 CDA ePflegebericht und eWundbericht zurückgegriffen werden.

Um Daten nutzen zu können, müssen sie in den vorgelagerten Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung zunächst einmal generiert werden. Ohne das Vorliegen von Daten können innovative Prozesse nicht umgesetzt werden. Dazu bedarf es jedoch hoher Investitionen der Leistungserbringer, die im vorliegenden Gesetzentwurf nicht abgebildet werden. Erforderlich sind Investitionen und eine gemeinsame Anschubfinanzierung von Bund,

Ländern und den beteiligten Akteuren. Diese Forderungen gelten insbesondere, wenn Daten aus den Informationssystemen der Gesundheitseinrichtungen digital für die Gesundheitsanwendung bereitgestellt werden müssen. Dabei muss neben der Finanzierung auch die Interoperabilität sichergestellt werden, z.B. durch den FHIR Standard. Zudem muss sichergestellt werden, dass Gesundheitsanwendungen

- den Forderungen des Datenschutzes entsprechen,
- keinen unkontrollierten Datenexport aus der Anwendung ermöglichen,
- ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen wird.

Bzgl. der Verordnungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen spricht sich der DPR dafür aus zu prüfen, ob sie über die Ärztin, den Arzt hinaus auch auf andere Gesundheitsfachberufe ausgedehnt werden kann, wenn sich die Gesundheitsanwendungen auf deren Fachgebiet beziehen.

Nummer 8

§ 68a Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen

In diesem Paragraphen wird geregelt, dass Krankenkassen zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Entwicklung digitaler Innovationen fördern können.

Stellungnahme

Diese Innovationen sollten die elektronische Verordnungsfähigkeit etwa für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und die vollständig papierlose elektronische Abrechnung von Leistungen in der häuslichen Krankenpflege und der ambulanten Hebammenbetreuung umfassen. Pflegefachpersonen, die in der ambulanten und stationären Pflege arbeiten, müssen enorme zeitliche Ressourcen aufwenden, um Rezepte im Original von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten abzuholen, zur Apotheke bzw. Sanitätsfachgeschäft weiterzuleiten und Originalabrechnungen erbrachter Leistungen an die Kasse zu übermitteln. Dieser Aufwand wird nicht vergütet. Elektronische Möglichkeiten für Verordnungen und Abrechnungen würden Zeit und Bürokratie einsparen, die für die patientennahe Pflege eingesetzt werden könnte.

Zudem könnten die im Paragraph genannten Innovationen um Telenursing erweitert und weitere Anwendungen gemeinsam mit professionell Pflegenden, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen erprobt und implementiert werden. Auf dieser Grundlage lassen sich u.a. pflegerische Beratungsangebote entwickeln, die insbesondere in ländlichen Räumen Versorgungslücken abmildern könnten.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Absatz 2 entsprechend zu ergänzen:

Digitale Innovationen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere

1. digitale Medizinprodukte,
2. telemedizinische Verfahren oder
3. IT-gestützte Verfahren ~~in der Versorgung~~ **zum Abbau von Bürokratie und Ausbau von Versorgungsangeboten**

Nummer 10

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

In § 75b wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung in einer Richtlinie festlegen.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Regelungen zur IT Sicherheit wie auch zur Zertifizierung der IT Anbieter. Diese Regelung sollte allerdings dahingehend ergänzt werden, dass die Arbeiten der IT Anbieter im Praxisfeld durch unabhängige Dritte überprüft werden.

Nummer 12

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Absatz 2a a) bb)

In dem Absatz wird geregelt, dass durch den Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu regeln ist, dass Konsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung als telemedizinische Leistung abgerechnet werden können, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden.

Stellungnahme

Durch diese Regelung entsteht der Eindruck, dass mit sektorenübergreifender Versorgung im Sinne einer telemedizinischen Nutzung nur Hausärztinnen, Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte gemeint sind. Aus Sicht des DPR sind hier insbesondere die Pflege, medizinische Fachangestellte sowie die therapeutischen Gesundheitsberufe einzubeziehen, die an der sektorenübergreifenden Versorgung beteiligt sind, wie ambulante Pflegedienste und teilstationäre bzw. stationäre Einrichtungen. In der Arbeitsgruppe 3 der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) wurden auf Aufgabenfelder der Pflegefachpersonen hingewiesen, die mit „Telepflege“ entwickelt werden sollen. Entsprechende Regelungen sollten hier umgesetzt werden.

Nummer 16

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

Absatz 2 a) bb)

In Absatz 2 wird geregelt, dass die Themen für die Förderbekanntmachungen im Jahr 2020 vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den anderen Mitgliedern des Innovationsausschusses nach Absatz 1 Satz 2 festgelegt werden. Absatz 6 ist zu entnehmen, dass zur Einbringung von wissenschaftlichem und versorgungspraktischem Sachverstand in

die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses ein Expertenpool gebildet wird, in dem Vertreter/innen aus Wissenschaft und Versorgungspraxis vertreten sind.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung insofern Experten/innen aus der Pflege und dem Hebammenwesen in dem Expertenpool vertreten sind, weil sie die wissenschaftliche Fundierung und Praxistauglichkeit der Vorhaben stärken.

Allerdings ist aus unserer Sicht die professionelle Pflege bei den Mitgliedern des Innovationsausschusses gemäß Absatz 1 zu ergänzen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und/oder die Pflegekammerkonferenz einzubeziehen. Ohne Einbeziehung der pflegefachlichen Kompetenz aus der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen sind Innovationen nicht umfassend realisierbar. Dies gilt auch für die Festlegung der Themen durch die Mitglieder des Innovationsausschusses nach Absatz 1 Satz 2. Themen müssen auch durch professionell Pflegende festgelegt werden können.

Nummer 24

§ 140a Besondere Versorgung

Absatz 4a

In Absatz 4a wird geregelt, dass Krankenkassen Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Bei Verträgen mit Herstellern digitaler Anwendungen ist eine ärztliche Einbindung sicherzustellen, wenn über eine individualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlügen hinaus diagnostische Feststellungen getroffen werden.

Stellungnahme

Bei Verträgen mit Herstellern digitaler Anwendungen, die sich auf den Pflegebedarf gemäß § 14 Absatz 1 SGB XI beziehen, ist die professionelle Pflege einzubinden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Absatz 4a folgendermaßen umzuformulieren:

„(4a) Krankenkassen können Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Absatz 1 Satz 2 ist nicht anzuwenden. In den Verträgen ist sicherzustellen, dass über eine individualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlügen hinausgehende diagnostische Feststellungen durch einen Arzt zu treffen sind. Bei dem einzubeziehenden Arzt muss es sich in der Regel um einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt handeln. **Bei dem pflegerischen Angebot bei Pflegebedürftigkeit nach §14 Absatz 1 SGB XI muss es sich in der Regel um eine zugelassene Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches handeln.**

Nummer 29

§ 263a Anlagen in Investmentvermögen zur Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen

Absatz 1

In diesem Absatz wird geregelt, dass Krankenkassen zur Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen nach § 68a insgesamt bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 in Anteile an Investmentvermögen nach § 1 Absatz 1 des Kapitalanlagegesetzbuchs anlegen können.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR sollten den Krankenkassen keine Finanzbeteiligungen zur Förderung von digitalen Innovationen ermöglicht werden, weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Mitgliedsbeiträge für die Renditeerwirtschaftung unter spekulativen Gesichtspunkten zweckentfremdet werden. Die Förderung von innovativen und digitalen Versorgungsformen sollte primär über die einzelnen Bundesländer erfolgen. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass Erträge durch Kapitalbeteiligungen wiederum zweckentfremdet werden. Aus der Begründung ist nicht ersichtlich, warum Kapitalbeteiligungen ermöglicht werden sollen. Darüber hinaus wäre eine Kontrollinstanz erforderlich, die sicherstellt, dass die für die Innovationsförderungen erwirtschafteten Erträge auch tatsächlich in Innovationen investiert werden. Das ist mit dem neuen Absatz jedoch nicht gewährleistet.

Nummer 33

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Entgegen dem Referentenentwurf haben Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen, Altenpfleger/innen, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Physiotherapeuten/innen keinen Zugriff auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte.

Stellungnahme

Nach den jahrelangen Bemühungen, die Nutzungsrechte der elektronischen Gesundheitskarte auf Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsfachberufe als Voraussetzung für einen vernetzten Informationsaustausch innerhalb der Gesundheitsversorgung auszuweiten, ist diese Änderung enttäuschend. Pflegefachpersonen bleiben erneut von der Nutzung dieser wichtigen Innovation ausgeschlossen. Der DPR fordert daher Pflegefachpersonen wieder mit Nutzungsrechten auszustatten.

Absatz 7

In Absatz 7 werden die Organisationen genannt, die bisher in der Gesellschaft für Telematik vertreten sind.

Stellungnahme

Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und Akteur in der Mehrzahl der Versorgungsprozesse muss die professionelle Pflege unter Einbeziehung des Hebammenwesens in der Gesellschaft für Telematik vertreten sein.

Änderungsvorschlag

Daher schlägt der DPR folgende Ergänzung vor:

(7) Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, **der Deutsche Pflegerat als Dachverband der Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens** bzw. **die Bundespflegekammer** sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur).

Nummer 23

§ 291b Gesellschaft für Telematik

Absatz 2a

In Absatz 2a ist bisher geregelt, dass die Gesellschaft für Telematik einen Beirat einzurichten hat, der sie in fachlichen Belangen berät.

Stellungnahme

Neben der Einbeziehung der professionellen Pflege und Hebammen in die Gesellschaft für Telematik, muss sie auch in den Beirat aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

Der DPR schlägt daher vor den Absatz 2a folgendermaßen zu ergänzen:

Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, **zwei Vertretern des Deutschen Pflegerats als Dachverband des Pflege- und Hebammenwesens bzw. der Bundespflegekammer**, drei Vertretern der Wissenschaft, einem durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung zu benennenden Vertreter aus dem Bereich der Hochschulmedizin, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

§ 303e Datenverarbeitung

Absatz 1

In Absatz 1 werden die Institutionen genannt, welche die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeiten und nutzen können.

Stellungnahme

Um die in Absatz 2 unter 5 und 6 genannten Zwecke der Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen erfüllen zu können, sollten der Deutsche Pflegerat bzw. die Bundespflegekammer und der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege in die Auflistung der Institutionen in Absatz 1 aufgenommen werden.

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2

§ 106b Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastuktur

Absätze 1 und 2

In den Absätzen 1 und 2 wird die Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastuktur beschrieben.

Stellungnahme

Die Finanzierung der Ausstattungskosten und die laufenden Kosten für die Einbindung der Pflegeeinrichtung analog der vereinbarten Erstattung für die Vertragsärzte ist zu begrüßen. Das gleiche gilt für den Datenzugriff wie in § 108 dargelegt.

Die Aufteilung der Ausstattungskosten auf die Kranken- und Pflegeversicherung sollte eindeutig geregelt werden und durch einen Versicherungsträger erfolgen, da andernfalls ein großer bürokratischer Aufwand zu erwarten ist.

Nummer 4

§125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastuktur

In dem Paragraphen wird geregelt, dass für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastuktur aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2020 bis 2022 zur Verfügung gestellt werden. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und durchzuführen sind.

Stellungnahme

Der DPR schlägt vor, die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und des Hebammenwesens auf Bundesebene in die Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einzubeziehen

Antrag, Drucksache 19/13539

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Anna Christmann, Dr. Konstantin von Notz, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Dr. Danyal Bayaz, Anja Hajduk, Dieter Janecek, Markus Kurth, Sven Lehmann, Beate Müller-Gemmeke, Tabea Rößner, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Der Digitalisierung im Gesundheitswesen eine Richtung geben und sie im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer vorantreiben

Stand 25.09.2019

Der DPR begrüßt diesen Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit seinen sinnvollen Vorschlägen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Der DPR nimmt Stellung zu ausgewählten Punkten: eine kohärente Digitalisierungsstrategie, Aufbau und Betrieb eines eigenen Instituts für die Umsetzung der Digitalisierungsstrategie und Aufbau und Betrieb einer wissenschaftlich geführten Dantebank zur Prüfung und Empfehlung von Gesundheitsapps.

Wenn es darum geht, darüber nachzudenken, wie die Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren mit dem Einsatz moderner Technologien (Stichwort Megatrend Digitalisierung) und der zwingenden Notwendigkeit, die Versorgungsprozesse neu zu gestalten (Stichwort Megatrend Demografie), muss dies unter Einbindung aller Player im Gesundheitssystem geschehen. Der Blick ins europäische Ausland zeigt, wie im Antrag beschrieben, dass es mehrere Staaten gibt, die auf diese Weise kohärente Digitalisierungsstrategien entwickelt haben. Ein Beispiel dafür ist das Schweizer eHealthSuisse Projekt. Auch die Schweiz ist bekanntlich ein föderaler Staat und muss zudem verschiedenen Sprachräumen gerecht werden. Hier ist es gelungen, unter Führung des Schweizer Bundesministeriums für Gesundheit eine kohärente Strategie unter Beteiligung aller relevanten Player und Experten auszuarbeiten. Dabei wurde zunächst eine staatliche Linie zu den Zielen festgelegt, dann die relevanten Player eingebunden und schließlich geprüft, welche Art der technischen, digitalisierten Unterstützung in Versorgungsprozessen benötigt wird, welche Daten zur Zielerreichung erforderlich sind und generiert werden und wie diese Aspekte und Anforderungen real umgesetzt werden können. Auf diese Weise ist es gelungen, exemplarisch echte Meilensteine zu setzen: so verfügt die Schweiz über eine nationale SNOMED CT Vollbeteiligung mit einer Einigung über alle Schweizer Berufsgruppen im Gesundheitswesen hinweg, dass dies die geeignete Terminologie für die Datenverwendung ist. Die Interoperabilität der Systeme in den verschiedenen Versorgungssektoren und Einrichtungstypen wurde mit Blick auf die Notwendigkeiten geprüft und konsentiert und es ist entschieden, welche Daten benötigt werden und nur diese werden auch erhoben.

Bezogen auf die Aufgaben im Zusammenhang mit der Digitalisierung erscheint es unzureichend, bestehende Behörden mit neuen Aufgaben zu betrauen, für die diese gar nicht ausgestattet sind. Es ist auch nicht sinnvoll, gesetzlich geregelte Institutionen zu nutzen, die im Sinne der Rationalität des jeweiligen Gesetzbuches übergeordnete und übergreifende Lösungen im gesamten Gesundheitswesen entwickeln, überwachen, umsetzen und

evaluieren sollen. Sinnfälliger erscheint es, ein eigenes Institut zur Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie dafür aufzubauen, wie im Antrag beschrieben, damit eine kohärente Digitalisierungsstrategie auch umgesetzt werden kann. Dieses Institut müsste die Federführung in allen Realisierungen zugeschrieben bekommen. Es müsste alle Player im System einbinden und ggf. zu beteiligende Behörden müssten dem Institut im Bereich der Digitalisierungsstrategie zugeordnet werden.

Dass Gesundheitsapps, wie mit dem DVG geregelt, ohne unabhängig festgestellten Nachweis und Überprüfung von Nutzen und Relevanz von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden sollen, ist nicht akzeptabel. Die Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung dienen der Gesundheitsversorgung der versicherten Bürger/innen und nicht der Wirtschaftsförderung von Start-ups oder der bekannten us-amerikanischen Softwaregiganten. Ein Herstellernachweis allein ist nicht ausreichend, die grundsätzlich versorgungspolitischen Potenziale der Gesundheitsapps zu belegen. Der Vorschlag des Antrags, sich an Großbritannien zu orientieren und Gesundheitsapps in einer Datenbank zu listen und durch ein geeignetes Institut auf Wirksamkeit und Effizienz unter transparenten Kriterien prüfen zu lassen, erscheint daher sehr sinnvoll.

Diese Stellungnahme wurde unterstützt von der AG „Informationsverarbeitung in der Pflege“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS).

Berlin, 10. Oktober 2019

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303 Fax: - 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de