

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)105(26)

gel. VB zur öAnh am 16.10.2019 -
Digitale Versorgung
16.10.2019



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung
durch Digitalisierung und Innovation
(Digitale–Versorgung–Gesetz – DVG)

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme	4
Änderungsantrag 1	4
§ 31a – Medikationsplan	4
§ 31b – Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel	5
§ 31c – Beleihung mit der Aufgabe der Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel, Rechts- und Fachaufsicht über die Beliehene	5
Änderungsantrag 2	9
§ 20h – Förderung der Selbsthilfe	9
§§ 20k – Digitale Gesundheitskompetenz	11
§§ 33a – Digitale Gesundheitsanwendungen	12
§ 87 Abs. 5c Bundesmantelvertrag	13
§ 139e – Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung	15
Änderungsantrag 3	16
§ 86 – Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form	16
§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	16
§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	16
Änderungsantrag 4	18
§ 92b Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 – Konkretisierung der Zielsetzung der beratenden Tätigkeit der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses	18
§ 221 Absatz 3 Satz 4 – Änderung des Verfahrens zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds und redaktionelle Änderungen	19
§ 44 Absatz 2 Satz 2 – Änderung des Verfahrens zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds	20
Änderungsantrag 5	21
§ 291 – Telematikinfrastruktur	21
§ 291a Absatz 5e (neu) – Telematikinfrastruktur, Vertrauensstelle	22
§ 291b – Telematikinfrastruktur	23
§ 291g Absatz 7 (neu) – Telematikinfrastruktur	24
Änderungsantrag 6	26
§§ 303e, 307b – Verbot der Identifizierung der Leistungserbringer und Leistungsträger und Sanktionierung	26
Änderungsantrag 7	27
§ 17 – Ergänzung der Pflegeberatungs-Richtlinien um einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan und dessen Austausch	27

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für
eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz –
DVG)
Seite 3 von 29

I. Stellungnahme

Änderungsantrag 1

Artikel 1 Nummer 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 31a – Medikationsplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen Absatz 3a soll klargestellt werden, dass neben der Arzneimittelbezeichnung insbesondere auch die Wirkstoffbezeichnung, die Darreichungsform und die Wirkstärke des Arzneimittels anzugeben ist. Die dort anzuwendenden Bezeichnungen sollen auf einer neu zu schaffenden Referenzdatenbank beruhen. Zudem soll in Absatz 4 Satz 1 die bisherige Formulierung „Inhalt, Struktur und Vorgaben“ durch „Inhalt, Struktur und die näheren Vorgaben“ ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Der Begründung folgend soll die Neuregelung der „optimierten Nutzung des Medikationsplans und damit der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit“ dienen. Der GKV-Spitzenverband befürwortet Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels. Entsprechend wird die Verwendung einer einheitlichen Referenzdatenbank begrüßt. Gleichwohl ist die konkrete Ausgestaltung der Regelung zur Referenzdatenbank kritisch zu sehen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 2a – § 31b SGB V).

Inwiefern die unter Artikel 1 Nr. 2c) vorgesehene Neuregelung eine inhaltliche Neuregelung darstellt, erschließt sich nicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 1

Artikel 1 Nummer 2a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 31b – Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel

§ 31c – Beleihung mit der Aufgabe der Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel, Rechts- und Fachaufsicht über die Beliehene

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neu zu schaffenden § 31b soll die gesetzliche Grundlage für eine Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel geschaffen werden. Die Daten aus dieser Referenzdatenbank sollen u.a. die Grundlage für den Medikationsplan nach § 31a sein. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll die Errichtung und das Betreiben einer Referenzdatenbank für Fertigarzneimittel auf das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder nach dem ebenfalls neu vorgesehenen § 31c auf eine juristische Person des Privatrechts übertragen können (siehe unterer Abschnitt).

In der Referenzdatenbank sollen für alle in-Verkehr-gebrachten Fertigarzneimittel die Wirkstoffbezeichnung, die Darreichungsform und die Wirkstärke gemäß den Zulassungsinformationen hinterlegt sein. Die Datenbank soll mindestens 14tägig aktualisiert in elektronischer Form allgemein zugänglich sein. Der Betreiber der Referenzdatenbank hat nach der vorgesehenen Regelung die verwendeten Bezeichnungen so zu vereinheitlichen und patientenverständlich aufzubereiten, dass Verwechslungen ausgeschlossen werden können. Die Inhalte der Datenbank sollen für die gewerbs- oder berufsmäßige Nutzung kostenpflichtig zur Verfügung gestellt werden.

Zu diesem Zwecke soll ein Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Schreibweisen der Bezeichnungen hergestellt werden. Vor einer erstmaligen Veröffentlichung soll das Benehmen hierüber mit KBV, Bundesärztekammer und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer hergestellt sein.

In einem neuen § 31c sollen die Modalitäten festgeschrieben werden, nach denen das BMG die Aufgaben nach § 31b auf eine juristische Person des Privatrechts übertragen können soll.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist es sinnvoll bei Medikationsplänen auf leicht verständliche und einheitlich strukturierte Begrifflichkeiten zurückzugreifen. Diese sollten jedoch Teil der bereits verfügbaren und allgemein für Leistungserbringer zugänglichen Preis- und Produktinformationen nach § 131 Abs. 4 SGB V sein. Die vorgesehene Schaffung einer Referenzdatenbank ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine unnötige Parallelstruktur, insbesondere zu den bestehenden Preis- und Produktinformationen nach § 131 Absatz 4 SGB V und dem „PharmNet.Bund-Arzneimittel-Informationssystem“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Medikationspläne werden einzig durch Leistungserbringer erstellt und aktualisiert, die Zugriff auf diese Preis- und Produktinformationen haben. Die Einbindung der einheitlichen Bezeichnung in die Preis- und Produktinformationen erleichtert deren Verwendung in den elektronischen Programmen der Leistungserbringer. Da die einheitlichen Bezeichnungen auf Grundlage der Zulassungs-, Registrierungs- oder Genehmigungsinformationen für das Inverkehrbringen des jeweiligen Arzneimittels erstellt werden, sollten diese mit Eintrag in das Arzneimittel-Informationssystem (AMIS) dem DIMDI bzw. einer Nachfolgeorganisation gemeldet werden. Dem DIMDI, einer Nachfolgeorganisation oder einer benannten Stelle obliegt es, die Schreibweisen der Bezeichnungen zu vereinheitlichen und patientenverständlich zu gestalten, so dass Verwechslungen ausgeschlossen sind. Um den gewünschten allgemeinen Zugang zu den Daten auch für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sollten die einheitlichen Bezeichnungen im öffentlich zugänglichen Teil des bisher vom DIMDI verwalteten „PharmNet.Bund-Arzneimittel-Informationssystem“ geführt werden.

Vor diesem Hintergrund regt der GKV-Spitzenverband an, die derzeitige dezentrale Aufgabenverteilung im Bereich informationstechnischer Systeme im Gesundheitswesen zu zentralisieren. Die derzeitigen Strukturen werden dem Anspruch eines einheitlichen Informations- transfers für alle Beteiligten im Gesundheitswesen nicht mehr gerecht und bergen die Gefahr, dass der vom Gesetzgeber intendierte einheitliche Wissenstransfer nicht umgesetzt werden kann. Für eine transparente und rechtssichere Bereitstellung aktueller Arzneimittelinformationen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen bedarf es einer Neutralen Datenstelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen. Diese Stelle hätte dann die Aufgabe, aktuelle Preis- und Produktinformationen verordnungsfähiger Leistungen in einem geregelten Verfahren zu bündeln und diese dann stichtagsbezogen einheitlich und gegen Kostenerstattung den Berichtigten zur Verfügung zu stellen. Die Meldungen der Preis- und Produktinformationen nach § 131 Absatz 4 SGB V sowie weitere Meldeinformationen können mittels Vergabeverfahren

delegiert werden. Notwendige Informationen zu Rabattarzneimitteln stellen die Krankenkassen zur Verfügung. Aufgrund der bereits bestehenden Strukturen wäre das DIMDI bzw. dessen Nachfolgeorganisation der ideale Kandidat für diese Aufgabe.

Eine kostenpflichtige zur-Verfügung-Stellung der Daten impliziert Forderungen der Ärzte- und Apothekerschaft, die nominellen Kosten für diese Daten – auch wenn sie zeitgleich zu gesunkenem Arbeitsaufwand bei den Leistungserbringern führen – auf die Solidargemeinschaft zu verlagern. Dieser Aspekt ist auch in Bezug auf eine Beleihung nach § 31c relevant.

Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die in den §§ 31b und 31c vorgesehene Neuregelung ab.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen §§ 31b und 31c werden aufgehoben und durch folgende Änderungen ersetzt:

In § 31a wird Absatz 3a wie folgt gefasst:

„(3a) Bei der Angabe von Fertigarzneimitteln sind im Medikationsplan neben der Arzneimittelbezeichnung insbesondere auch die Wirkstoffbezeichnung, die Darreichungsform und die Wirkstärke des Arzneimittels anzugeben. Hierfür sind einheitliche Bezeichnungen zu verwenden, die in der Referenzdatenbank nach § 31b vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit als Bestandteil der allgemein zugänglichen Datenbank nach § 67a AMG zur Verfügung gestellt werden. Diese Informationen sind durch die pharmazeutischen Unternehmen nach § 131 Absatz 4 zu melden.“

Nach Absatz 3a wird ein neuer Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Die in Satz 2 genannten Bezeichnungen sind regelmäßig, mindestens jedoch vierzehntägig, zu aktualisieren. Die Angaben für die Wirkstoffe, die Darreichungsformen und die Wirkstärken müssen sich mit den Zulassungen, Registrierung und den Genehmigungen für das Inverkehrbringen der jeweiligen Arzneimittel in Einklang befinden und mit der Zulassung dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information gemeldet werden. Die Schreibweisen der Bezeichnungen sind vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information oder einer von ihr benannten Stelle zu vereinheitlichen und patientenverständlich zu gestalten, so dass Verwechslungen ausgeschlossen sind.“

In § 131 wird Absatz 4 Satz 1 wie folgt gefasst:

„(4) Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 oder zur Erfüllung der Aufgaben nach § 35a Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 sowie die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach § 129 Abs. 1a erforderlichen Daten dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen; zur Erfüllung der Aufgaben nach § 31a sind die Angaben entsprechend auch an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information zu übermitteln.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 1a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20h – Förderung der Selbsthilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen und ihre Verbände künftig im Rahmen ihrer Selbsthilfeförderung „auch digitale Anwendungen“ berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Anliegen, die Chancen der Digitalisierung auch für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Selbsthilfe in Deutschland zu nutzen. Dementsprechend befasst sich der Beirat „Leitfaden Selbsthilfeförderung“, der die Fördergrundsätze gem. § 20h regelmäßig unter beratender Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen weiterentwickelt, seit Jahren intensiv mit der Frage, wie die Fördergrundsätze den besonderen Bedarfen v. a. vulnerabler Zielgruppen gerecht werden und wie in diesem Rahmen auch Ansätze der internetbasierten gesundheitlichen Selbsthilfe adäquat gefördert werden können.

Die erst im Jahr 2019 aufgrund einer gesetzlichen Änderung des TSVG aktualisierte Fassung des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung, die zum 01.01.2020 in Kraft tritt, lässt die Nutzung digitaler Anwendungen durch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen der gesundheitlichen Selbsthilfe bereits heute zu. So werden im Rahmen der Pauschalförderung regelmäßige Ausgaben für Internetauftritte (z. B. Pflege und Wartung von Websites, aber auch deren Anwendungen) als förderfähige Ausgaben anerkannt. Im Rahmen der Projektförderungen können zudem innovative Ansätze der gesundheitlichen Selbsthilfe gefördert werden, die es Betroffenen und ihren Angehörigen über digitale Anwendungen ermöglichen, sich z. B. über das Internet zu finden und dort auszutauschen. Von dieser Förderung profitieren insbesondere Zielgruppen wie die Junge Selbsthilfe, deren Austausch vorrangig über das Internet erfolgt. Als wesentlich für das Selbsthilfeprinzip wird – so der bisherige Konsens – allerdings der regelmäßige und selbstbestimmte Austausch Betroffener sowie deren Angehöriger gesehen. Daher sollen auch diese innovativen Ansätze der gesundheitlichen Selbsthilfe sicherstellen, dass Mitglieder zumindest einmal jährlich die Möglichkeit für ein persönliches Zusammentreffen, z. B. im Rahmen einer Mitgliederversammlung, haben.

Die geplante gesetzliche Neuregelung wird vor diesem Hintergrund weitgehend als Klarstellung für die jetzt schon mögliche Förderung digitaler Anwendungen, die durch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen genutzt werden, verstanden.

Die sehr allgemeine Formulierung im vorgesehenen Gesetzeswortlaut, dass die Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 auch digitale Anwendungen berücksichtigen, sollte dahingehend konkretisiert werden, dass „die Krankenkassen und ihre Verbände *die Nutzung* auch digitaler Anwendungen *durch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen*“ fördern. Damit wird deutlich, dass diese Anwendungen dazu dienen, die in den Fördergrundsätzen benannten Akteure der gesundheitlichen Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen) in ihrer Arbeit zu unterstützen, indem sie z. B. besonderen Zielgruppen, wie der Jungen Selbsthilfe oder Menschen mit eingeschränkter Mobilität ermöglichen, sich über das Internet auszutauschen.

Erkennbar besteht die gesetzgeberische Initiative nicht darin, über die genannten Akteure hinaus weitere förderfähige Strukturen zu schaffen. Dies sollte zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsinterpretationen unmittelbar im Gesetzeswortlaut klargestellt werden. Im Zusammenhang mit dieser Änderung sollte in der Begründung der Halbsatz „gelten auch für ausschließlich im Internet agierende Initiativen“ ersetzt werden durch „gelten auch für ausschließlich im Internet agierende *Strukturen der gesundheitlichen Selbsthilfe*“.

Zudem sollte aus der Begründung hervorgehen, dass im Rahmen des § 20h SGB V keine digitalen Gesundheitsanwendungen gefördert werden, die vom Leistungsanspruch nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 n.F. erfasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b) in der Fassung des Änderungsantrags 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern nach Absatz 1 Satz 1 auch die Nutzung digitaler Anwendungen durch Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen.“

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§§ 20k – Digitale Gesundheitskompetenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sollen die Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren für ihre Versicherten anbieten. Der GKV-Spitzenverband wird unter Einbindung von Fachexperten beauftragt, Festlegungen zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen festzulegen. Diese haben sich auf digitale Kompetenzen im Gesundheitsbereich zu beziehen. Der GKV-Spitzenverband berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit nach zwei Jahren, wie und in welchem Umfang die Krankenkassen den Versicherten diese Leistungen gewähren.

B) Stellungnahme

Die Digitalisierung ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz im Umgang mit Digitalisierung im Allgemeinen ist wichtig. Es ist eine Gesamtgesellschaftliche Aufgabe die digitale Gesundheitskompetenz zu schulen. Dies auch um sicherzustellen, dass alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen partizipieren können – auch vulnerable Gruppen. Die Krankenkassen leisten gern hierzu einen Beitrag. Der Fokus der vorgesehenen Regelung lediglich auf individuelle Satzungsleistungen ist jedoch zu eng gewählt. Unterstützung zur Förderung der Gesundheitskompetenz durch die Krankenkassen kann grundsätzlich auch in anderer Form gewährt werden wie Informationsmaterial oder Patientenschulungen.

C) Änderungsvorschlag

§ 20k wird Absatz 1 wie folgt gefasst:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 12 von 29

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§§ 33a – Digitale Gesundheitsanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen beinhalten eine Erweiterung der Zulassung von digitalen Gesundheitsanwendungen als Medizinprodukte niedriger Risikoklasse. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Medizinprodukte der Risikoklasse I und IIa nach Artikel 51 in Verbindung mit Anhang VIII der Verordnung (EU) 2017/745 zuzulassen sind. Mit dem Änderungsantrag sollen Medizinprodukte der Risikoklasse IIa, die gemäß § 13 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes in Verbindung mit Anhang IX Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 zugelassen waren, auch weiterhin verkehrsfähig bleiben.

B) Stellungnahme

In §33a Abs. 2 wird eine Ausnahmeregelung für Medizinprodukte der Klasse IIa, die nach der alten Richtlinie der EU in Verkehr gebracht wurden, geschaffen, damit diese auch als DiGA nach § 33a gelten können.

Der Qualitätsstandard für Medizinprodukte soll durch die neue europäische Richtlinie 2017 deutlich angehoben werden. Deshalb ist es folgerichtig, dass im Gesetzentwurf über das neue Zugangsverfahren in die GKV-Leistungspflicht lediglich Medizinprodukte umfasst sind, die ihren Marktzugang nach neuem Recht bekommen haben. Der Änderungsantrag hätte nunmehr zur Folge, dass auch ältere Angebote ohne diese erhöhten Prüfanfordernisse aufgenommen werden. Dies ist aus Gründen der Patientensicherheit abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 13 von 29

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 12 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 87 Abs. 5c Bundesmantelvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 5c wird um den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ergänzt. Danach ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen innerhalb von drei Monaten nach der dauerhaften Aufnahme von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 3 in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen anzupassen, soweit zahnärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Ergänzung der Formulierungen in dem neuen Absatz 5c, nach dem auch der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen anzupassen ist, soweit zahnärztliche Leistungen für die Versorgung mit einer digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind. Allerdings müsste daraufhin auch die Begründung zu Absatz 5c um die Belange des vertragszahnärztlichen Bereichs angepasst werden. Hinsichtlich der erforderlichen Frist von drei Monaten für die Aufnahme der entsprechenden Leistung in den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen verweist der GKV-Spitzenverband auf seine Stellungnahme zum Digitalen Versorgungsgesetz vom 11.10.2019.

C) Änderungsvorschlag

Dem Absatz 2h wird der folgende Satz angefügt:

„Der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist zum zweiten Quartalsbeginn nach Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes nach § 139e anzupassen, sofern der Einsatz der digitalen Gesundheitsanwendung eine zwingend erforderliche Leistung vorsieht, die eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erforderlich macht.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für
eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz –
DVG)
Seite 14 von 29

Der neue Absatz 5c wird wie folgt geändert:

In Satz 1 und 2 werden die Worte „innerhalb von drei Monaten“ ersetzt durch „zum zweiten
Quartalsbeginn.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für
eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz –
DVG)
Seite 15 von 29

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 23 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5

§ 139e – Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen beinhalten eine Regelung für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, digitale Gesundheitsanwendungen aus dem Verzeichnis löschen zu können, wenn es Kenntnis von entsprechenden anzeigepflichtigen Informationen erhält oder der Hersteller seiner Anzeigepflicht willentlich oder aus anderen Gründen nicht nachkommt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist in der Systematik des Gesetzentwurfes folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 16 von 29

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummern 11, 14, 38 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 1 – 3

§ 86 – Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form

§ 92 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Änderung sollen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband als Bestandteil der Bundesmantelverträge die notwendigen Regelungen für die Verwendung von elektronischen Verordnungen zu allen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 verordnungsfähigen Leistungen innerhalb von 12 Monaten nach Verkündung des Gesetzes vereinbaren. Die Regelungen müssen mit den Verträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der jeweiligen Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen sowie mit deren Rahmenempfehlungen vereinbar sein. In den Vereinbarungen der Bundesmantelverträge ist festzulegen, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnungen die Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die jeweiligen Richtlinien anpassen, um die Verwendung von Verordnungen in elektronischer Form zu ermöglichen. Die im Gesetzentwurf ausschließlich auf die Heil- und Hilfsmittelversorgung ausgerichteten entsprechenden Änderungen in den §§ 92 und 302 SGB V sollen gestrichen bzw. angepasst werden.

B) Stellungnahme

Aktuell erfolgt die Verordnung der veranlassten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wie beispielsweise der häuslichen Krankenpflege, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder von Krankentransporten über Verordnungsvordrucke in Papierform (Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte). Die vorgesehenen Änderungen, mit denen über die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur elektronischen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln hinaus zukünftig auch die elektronische Verordnung der übrigen veranlassten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht werden soll, wird begrüßt. Durch die Formulierung im Gesetzeswortlaut, dass Regelungen für die Verwendung von entsprechenden Verordnungen „auch“ in elektronischer Form zu treffen sind, wird er-

reicht, dass damit ein zusätzlicher Weg zur weiterhin gültigen Verordnung in Papierform eröffnet wird. Damit sollen ausweislich der Gesetzesbegründung Pilotvorhaben ermöglicht werden, die auch für spätere Festlegungen durch die Gesellschaft für Telematik Modellcharakter haben können. Dies ist sachgerecht, da in den jeweiligen Leistungsbereichen unterschiedliche Verfahrenswege und Verwendungszusammenhänge der Verordnungen zu berücksichtigen sind.

So werden z. B. bei der häuslichen Krankenpflege oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung über die heutigen Verordnungsvordrucke mehrere Verfahren gleichzeitig abgebildet. Die Vorderseiten der Verordnungsvordrucke dienen der ärztlichen Verordnung der entsprechenden Leistungen. Auf den Rückseiten werden im Rahmen der Antragstellung weitere Informationen beim Versicherten eingeholt. Damit der Leistungserbringer im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage die Leistungserbringung unverzüglich übernehmen und mit der Krankenkasse abrechnen kann, tätigt der ausführende Leistungserbringer weitere Angaben auf den Verordnungen. Bei anderen Verordnungsvordrucken wird die Rückseite zur Einholung der Leistungsbestätigung durch die Versicherten genutzt.

Ein elektronisches Verfahren muss sicherstellen, dass weiterhin alle zur Verordnung und ggf. Genehmigung von Leistungen notwendigen Informationen abgebildet und der Krankenkasse zugänglich gemacht werden. Auch ist zu gewährleisten, dass der Leistungserbringer bei unaufschiebbaren Leistungen, für die Regelungen zur vorläufigen Kostenzusage bestehen, aber auch bei Leistungen, die nicht der Vorabgenehmigung bedürfen, die Verordnung unverzüglich erhält. Daher ist es sachgerecht, für das Verfahren von elektronischen Verordnungen zunächst Pilotvorhaben vorzusehen, damit geeignete Verfahren entwickelt und abgestimmt werden können.

Die vorgesehenen Regelungen zur Überprüfung notwendiger Anpassungen der Richtlinien des G-BA sowie zur Anpassung des § 302 SGB V sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 18 von 29

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 16 d (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 92b Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 – Konkretisierung der Zielsetzung der beratenden Tätigkeit der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der vorgesehenen Aufgabe der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses zur administrativen und fachlichen Beratung von Förderinteressenten, Antragstellern und Zuwendungsempfängern soll durch einen Halbsatz ergänzt werden, dass die Beratung das Ziel der Verbesserung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Innovationsfonds verfolgt. Mit der Ergänzung soll klargestellt werden, dass die Verantwortung für die Antragsgestaltung weiterhin bei den Förderinteressenten, Antragstellern und Zuwendungsempfängern liegt. Durch die Inanspruchnahme der Beratung durch die Geschäftsstelle ergeben sich keine Ansprüche auf Förderung oder Überführung in die Regelversorgung. Der Innovationsausschuss trifft Förderentscheidungen und Transferempfehlungen unabhängig von der Geschäftsstelle.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Klarstellung. Zusätzlich sollte die neu vorgesehene Aufgabe der Geschäftsstelle zur Unterstützung von Antragstellern bei der Ausarbeitung qualifizierter Projektanträge im Rahmen des geplanten zweistufigen Antragsverfahrens bei Neuen Versorgungsformen (§ 92b Absatz 5 Satz 1 Nummer 5) entfallen (siehe Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation). Die in der Gesetzesbegründung angeführte darunterfallende Vermittlung geeigneter Projektpartner oder Zusammenführung von Vorhaben mit ähnlichen Wirkansätzen stellt eine aktive Mitwirkung der Geschäftsstelle an der Antragsgestaltung dar. Dies entspricht nicht den Aufgaben einer unabhängigen Geschäftsstelle. Zudem ist eine Beratung von Antragstellern bereits über § 92b Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 möglich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 19 von 29

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 28 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 221 Absatz 3 Satz 4 – Änderung des Verfahrens zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds und redaktionelle Änderungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Abrechnungsverfahren bezüglich der Beteiligung der landwirtschaftlichen Krankenkasse an der Finanzierung des Innovationsfonds und des Krankenhausstrukturfonds werden zusammengefasst, weil die Verfahren vergleichbar sind. Dadurch wird das Verfahren zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds von einem monatlichen auf ein jährliches Verfahren umgestellt. Die Liquidität des Innovationsfonds wird hierdurch nicht gefährdet, da auf Liquiditätspuffer aus vergangenen Förderwellen sowie auf den Finanzierungsanteil der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgegriffen werden kann. Es folgen redaktionelle Folgeanpassungen.

Die Regelung zur anteiligen Rückführung von Mitteln aus dem Innovationsfonds, die in einem Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, an die landwirtschaftliche Krankenkasse soll gestrichen werden, da die Rückführung der Mittel bereits in § 92a Absatz 3 Satz 4 und 6 für alle Krankenkassen (einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse) geregelt ist. Eine separate Regelung für die landwirtschaftliche Krankenkasse ist somit nicht erforderlich.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 20 von 29

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 7 (neu) (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

§ 44 Absatz 2 Satz 2 – Änderung des Verfahrens zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren zur Berechnung und Bescheidung der Finanzierungsanteile der Krankenkassen am Innovationsfonds wird von einem monatlichen auf ein jährliches Verfahren umgestellt. Dadurch soll der Verwaltungsaufwand des Bundesversicherungsamtes und der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen reduziert werden. Die Liquidität des Innovationsfonds wird hierdurch nicht gefährdet, da auf Liquiditätspuffer aus vergangenen Förderwellen sowie auf den Finanzierungsanteil der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgegriffen werden kann.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1 Nummer 32 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1

§ 291 – Telematikinfrastuktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung zur Ausstattung und zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur trifft Krankenhäuser gemäß dem neu geschaffenen Absatz 2c erst zum 1. Januar 2021.

Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, ermächtigte Krankenhäuser sowie die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen Krankenhäuser sollen gleichzeitig mit dem Rest des Krankenhauses ausgestattet werden.

Insofern ist es notwendig, bis zu diesem Stichtag auch von der Sanktion für den vertragsärztlichen Teil eines Krankenhauses abzusehen und die bisher bis zum 31. Dezember 2019 geltende Ausnahmefrist entsprechend zu verlängern.

B) Stellungnahme

Die Fristverlängerung ist sachgerecht, da hierdurch redundante oder doppelte Ausstattungen von bestimmten Krankenhausbereichen vermieden werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 22 von 29

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1 Nummer 33 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 291a Absatz 5e (neu) – Telematikinfrastruktur, Vertrauensstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird zur Führung eines Krankenversichertennummernverzeichnisses ermächtigt. Diese enthält für jeden Versicherten den unveränderbaren und den veränderbaren Teil der Krankenversichertennummer sowie darüber hinaus die Angabe zur Gewährleistung, die dafür erforderlich sind, dass der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nicht mehrfach vergeben wird. Die Festlegungen dafür werden durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) im Einvernehmen mit dem bzw. der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit getroffen. Insbesondere ist ein Verfahren des Datenabgleichs zur Gewährleistung eines tagaktuellen Standes des Krankenversichertennummernverzeichnisses festzulegen. Das Verzeichnis wird zum Ausschluss und zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer verwendet.

B) Stellungnahme

Der Aufbau eines Krankenversichertennummernverzeichnisses durch die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 ist zu begrüßen, um die Eineindeutigkeit der Krankenversichertennummern zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für
eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz –
DVG)
Seite 23 von 29

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1 Nummer 34 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 291b – Telematikinfrastuktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Über die Festlegungen zu den medizinischen Informationsobjekten nach § 291b Abs. 7 SGB V
entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

B) Stellungnahme

Eine Stellungnahme durch den GKV-Spitzenverband erfolgt nicht.

C) Stellungnahme

Keiner

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 1 Nummer 37 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 291g Absatz 7 (neu) – Telematikinfrastruktur

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht zur Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements entfällt nach der im Digitale-Versorgung-Gesetz vorgesehenen Ergänzung des § 291 Absatz 2 b des SGB V. Als alternatives Verfahren der Authentifizierung der Versicherten und der Erfassung der zur Abrechnung von Leistungen benötigten Versichertendaten kommt derzeit lediglich das sogenannte Ersatzverfahren in Betracht, das eine händische Datenerfassung erfordert und daher für alle Beteiligten mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Aus diesem Grund werden die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik eine Vereinbarung über ein technisches Verfahren zur Identifizierung der Versicherten bei der ausschließlichen Fernbehandlung zu treffen. Hierbei können die beteiligten Institutionen vorsehen, dass ein entsprechender Dienst etwa von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführt und hierfür der erforderliche Zugriff auf Daten und Dienste des Versichertenstammdatenmanagements nach § 291 Absatz 2b Satz 1 gewährt wird. Im Rahmen der Vereinbarung ist auch zu berücksichtigen, dass den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die zur Abrechnung erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt werden.

Die Verpflichtung zur Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Beteiligung der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik im Wege der Stellungnahme und die Regelungen zum Schiedsverfahren nach § 291 Absatz 2 und 3 SGB V gelten entsprechend.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Nicht nachvollziehbar ist der inhaltliche Bezug zu Absatz 1 des § 291g SGB V in Satz 2. Vermutlich ist nicht Absatz 1 sondern Satz 1 gemeint.

Als problematisch erweist sich bei einer ausschließlichen Fernbehandlung auch der Zugriff auf die Dienste nach § 291 Absatz 2b Satz 1, da diese Dienste die Nutzung der auf der eGK elektronisch gespeicherten Daten voraussetzen. Dazu muss der Versicherte jedoch über eine geeignete Möglichkeit verfügen, die eGK einzulesen. Er benötigt dafür z.B. ein NFC-fähiges

Smartphone oder einen geeigneten Kartenleser. Dies schränkt den Versichertenkreis zwangsläufig ein, da nicht alle Versicherten über entsprechende Hardware verfügen. Zudem geht der Änderungsvorschlag von einer mit der Durchführung beauftragten Stelle aus. Dies erscheint unnötig, da die Krankenkassen selbst Dienste (z.B. als weitere Anwendungen gemäß § 291a Absatz 7 Satz 3) anbieten können, um die Authentifizierung durchzuführen.

Die Regelung ist derart anzupassen, dass eine Authentifizierung ohne elektronisches Einlesen der eGK z.B. anhand der optisch auf der eGK aufgebrachten persönlichen Merkmale ermöglicht wird. Zudem sind die Krankenkassen zu ermächtigen, entsprechende Dienste anzubieten.

C) Änderungsvorschlag

Folgender Absatz wird angefügt:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik ein technisches Verfahren zur Authentifizierung der Versicherten im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit dies zur Durchführung der Authentifizierung der Versicherten nach **Satz 1** erforderlich ist, sind die Krankenkassen verpflichtet, ~~der mit der Durchführung beauftragten Stelle Zugriff auf Dienste nach § 291 Absatz 2b Satz 1 zur ermöglichen~~ **geeignete Dienste über die Telematikinfrastruktur nach §291a anzubieten**. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für
eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz –
DVG)
Seite 26 von 29

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 1 Nummern 39, 41 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 303e, 307b – Verbot der Identifizierung der Leistungserbringer und Leistungsträger und Sanktionierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die unbefugte Identifikation von Leistungserbringern und Leistungsträgern (Krankenkassen) durch den Nutzungsberechtigten strafbar.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist geeignet, den Datenschutz der Leistungserbringer und Leistungsträger zu stärken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.10.2019

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG)

Seite 27 von 29

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 17 – Ergänzung der Pflegeberatungs-Richtlinien um einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan und dessen Austausch

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Gesetzesentwurf sieht die Ergänzung der Pflegeberatungs-Richtlinien „um Regelungen für eine einheitlich durchzuführende elektronische Dokumentation der Pflegeberatung nach § 7a und für den elektronischen Austausch dieser Dokumentation“ vor. Mit dem Änderungsantrag zu der Neuregelung in § 17 Absatz 1a SGB XI erfolgt insofern eine Konkretisierung, als nunmehr „Regelungen für einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan nach § 7a und für dessen elektronischen Austausch“ zu ergänzen sind.

Der Wortlaut des bisherigen Gesetzesentwurfs zu § 17 Absatz 1a SGB XI sieht die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor. Gemäß dem Änderungsantrag hat die Ergänzung der Pflegeberatungs-Richtlinien zusätzlich unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände und der Länder zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt nach wie vor das Bestreben, Verwaltungsprozesse durch Digitalisierung zu vereinfachen, die an der Beratung und Versorgung Beteiligten an die Telematikinfrastruktur anzubinden und einheitliche Standards in der Pflegeberatung einzuführen bzw. weiterzuentwickeln. Der bisherigen Stellungnahme entsprechend merkt der GKV-Spitzenverband an, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatungs-Richtlinien) in der Fassung vom 7. Mai 2018 in Abschnitt 2.3.2 bereits eine elektronische Dokumentation der wesentlichen Inhalte des Versorgungsplans vorsehen. Unabhängig von den in Abschnitt 2.3.2 der Pflegeberatungs-Richtlinien aufgezählten einheitlichen Inhalten des Versorgungsplanes wird an gleicher Stelle darauf hingewiesen, dass darüber hinaus die weiteren konkreten Inhalte sowie der Umfang des Versorgungsplanes sich in Abhängigkeit von der individuellen Versorgungslage und der Vorstellungen der/des Anspruchsberechtigten ergeben. Dieser Grundsatz ist in

diversen Bereichen der Pflegeberatungs-Richtlinien verankert und muss weiterhin gelten, um den individuellen und bedarfsgerechten Charakter der Pflegeberatung aufrecht zu erhalten.

Die durch den Änderungsantrag eingebrachte Formulierung „Regelungen für einen einheitlichen elektronischen Versorgungsplan“ entspricht nicht dem in den Pflegeberatungs-Richtlinien verankerten Grundsatz, dass unterschiedliche Bedarfe und individuelle Gegebenheiten bei jeder Pflegeberatung Berücksichtigung finden müssen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt daher sowohl die Formulierung des bisherigen Gesetzesentwurfs als auch den in der Begründung zu Artikel 4 des bisherigen Gesetzesentwurfs ergänzten Hinweis, dass sich die konkreten Inhalte sowie der Umfang des Versorgungsplans wie bisher an der individuellen Versorgungslage und den Vorstellungen des/der Anspruchsberechtigten orientieren.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands müssen hinsichtlich der zu ergänzenden datenrelevanten Regelungen datenschutzrechtliche Aspekte Berücksichtigung finden. In der Begründung zu Artikel 4 des bisherigen Gesetzesentwurfs zur Neuregelung des § 17 Absatz 1a SGB XI wurde die „Einwilligung des/der Versicherten“ für die Weiterleitung elektronischer Dokumentationen der Pflegeberatung an die am Versorgungsprozess des Versicherten Beteiligten verankert. Der GKV-Spitzenverband begrüßt nach wie vor die erfolgte Ergänzung in der bisherigen Gesetzesbegründung „nach Einwilligung des/der Versicherten“ und hält diese Klarstellung unter Berücksichtigung der Stärkung der Rechte der Versicherten für essentiell.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die durch den Änderungsantrag ergänzte Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände und der Länder, die auch gemäß § 17 Absatz 1a Satz 2 SGB XI an den Pflegeberatungs-Richtlinien nach Satz 1 beteiligt wurden.

C) Änderungsvorschlag

§ 17 Absatz 1a SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Darüber

hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände und der Länder bis zum 31. Juli 2020 die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitlich durchzuführende elektronische Dokumentation der Pflegeberatung nach § 7a und für den elektronischen Austausch dieser Dokumentation sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärzten und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen der Kommunen. Die Pflegeberatungs-Richtlinien sind für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich.“

Darüber hinaus begrüßt der GKV-Spitzenverband weiterhin die Begründung zu Artikel 4, Nummer 1 des bisherigen Gesetzentwurfs, insbesondere die Formulierungen „Die am Versorgungsprozess des Versicherten Beteiligten erhalten nach Einwilligung des/der Versicherten unmittelbar Hinweise in einem standardisierten Format [...]“ sowie „Die konkreten Inhalte sowie der Umfang des Versorgungsplans orientieren sich wie bisher an der individuellen Versorgungslage und den Vorstellungen des/der Anspruchsberechtigten.“.