



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastuktur – PDSG (BT-Dr. 19/18793) und Anträge der Oppositionsfraktionen (BT-Dr. 19/18946, BT-Dr. 19/18944, BT- Dr.19/19137)

Eva Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 19. Mai 2020

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände Katholischer Krankenhausverband (kkvd), Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie (CBP), Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD), die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung sowie Caritas Suchthilfe (CaSu) begrüßen, dass für die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege mit dem vorliegenden Gesetzentwurf weitere Impulse gesetzt und gestaltende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Ein zentraler Maßstab für die Bewertung der vorliegenden Regelungen ist für den Deutschen Caritasverband die gelingende sichere Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens zum Wohl des Patienten und die Patientenorientierung und –beteiligung. Der Deutsche Caritasverband setzt sich zudem entschieden dafür ein, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege mit dem vorliegenden Gesetzentwurf deutlich vorangetrieben wird. Ein zentraler Maßstab für die Bewertung der vorliegenden Regelungen ist für den Deutschen Caritasverband die gelingende sichere Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens zum Wohl des Patienten und die Patientenorientierung und –beteiligung. Der Deutsche Caritasverband setzt sich zudem entschieden für barrierefreie und leicht verständliche Informationspflichten der gematik und der Krankenkassen in der Nutzung der ePA ein. Entsprechende Nachbesserungen sind im vorliegenden Gesetzentwurf in Ergänzung des Referentenentwurfs nun systematisch bei nahezu allen Regelungen (§§ 86a, 311, 314, 336, 338, 339, 342, 343, 354, 358) des Gesetzes betreffend die Informationspflichten erfolgt. Damit wurde einem großen Anliegen der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Verbände, welche die Interessen der Menschen mit Behinderung vertreten, Rechnung getragen.

Zusammenfassend bewerten wir den vorliegenden Entwurf, wie folgt:

1. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Zugriffsrechte von Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen auf die elektronische Patientenakte und die Anwendungen der TI geregelt werden. Positiv zu bewerten ist, dass nicht nur die Pflegefachkräfte, sondern auch die Assistenzkräfte in der Pflege Zugriffs-

rechte auf die diversen, für pflegebedürftige Menschen und Patientinnen und Patienten relevanten Daten erhalten. Neben den Pflegefachkräften nach der neuen generalistischen Ausbildung, dem Alten- und Krankenpflegegesetz sind jedoch auch Zugriffsberechtigungen für Pflegefachkräfte, die noch nach Länderrecht in der Vergangenheit ausgebildet wurden, zu ergänzen.

2. Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass auch die stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an die TI angeschlossen werden. Dringend zu ergänzen ist die Zugriffsberechtigung ambulanter und mobiler Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen der Müttergenesung. In den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist zudem die Zugriffsberechtigung der psychologischen Psychotherapeuten zu ergänzen. Unverständlich ist, warum die Physiotherapeut/innen jedoch nicht die Logopäd/innen, Ergotherapeut/innen oder Podolog/innen Zugriffsrechte auf die ePA erhalten.
3. Ein Grundproblem des Gesetzentwurfs ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands, dass die Versicherten in der ersten Ausbaustufe der ePA keine feingranulierten, nach Leistungserbringern differenzierten Berechtigungen zum Zugriff auf ihre Daten vergeben können. Diese Lücke ist so schnell wie möglich zu schließen.
4. Der Ausbau der ePA erfolgt beginnend mit dem Jahr 2021 in drei Stufen. Für die Caritas sieht mit großer Sorge, dass die pflegerischen Daten in der ePA erst in der dritten Ausbaustufe mit dem 1.1.2023 zur Verfügung stehen sollen. Bei der Aufzählung der pflegerischen Daten in § 312 und § 341 fehlen zudem die Soziotherapie (§37a) sowie die Haushaltshilfe (§§ 38 und 24h). Die Pflegekräfte müssen zudem von Anfang an einen lesenden Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan sowie Schreibrechte für die Dokumentation von beim Patienten beobachteten Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente in der elektronischen Fallakte erhalten. Gleiches gilt für die elektronischen ärztlichen Verordnungen. Die Verwendung von Daten muss auch das zahnärztliche Bonusheft umfassen.
5. Von zentraler Bedeutung für die Pflege ist die Möglichkeit der elektronischen Übermittlung der Verordnung über häusliche Krankenpflege. Die gematik sollte daher den Auftrag erhalten, konkret eine Anwendung für die elektronische Verordnung und Genehmigung der Häuslichen Krankenpflege bis hin zur Abrechnung zu entwickeln, die alle Schritte bis hin zur elektronischen Gegenzeichnung der Patient/innen enthält. Das wäre ein wirksamer Schritt zur dringend notwendigen Entlastung der Pflegekräfte durch Entbürokratisierung.
6. Von hoher Bedeutung ist die Datensouveränität der Patient/innen. Sie müssen daher jederzeit über Zugangs- und Löschrechte verfügen. Gleichzeitig sind die Leistungserbringer über die Löschung von Daten zu informieren. So müssen Pflegeeinrichtungen informiert sein, wenn Patient/innen beispielsweise Daten der Verordnung der häuslichen Krankenpflege aus der ePA gelöscht haben.
7. Positiv zu bewerten ist der Auftrag an die gematik, die Voraussetzungen in der ePA zu schaffen, dass präventive Maßnahmen wie der Impfpass, das zahnärztliche Bonusheft, das U-Untersuchungsheft für Kinder und Jugendliche sowie auch der Mutterschutzpass künftig elektronisch zur Verfügung stehen. Bei den präventiv ausgerichteten Leistungen

fehlen allerdings die Disease Management Programme. Ein weiterer, im Gesetzentwurf zu ergänzender Inhalt sollten die Informationen aus der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase nach § 132g SGB V sein.

8. Sehr kritisch bewertet der Deutsche Caritasverband die datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeiten, die in § 307 geregelt sind. Dort wird nicht hinreichend differenziert zwischen der Verantwortung für die korrekte Datenverarbeitung von Gesundheitsdaten einerseits und dem durch technische Vorkehrungen herzustellenden Datenschutz. So kann es nicht dem Verantwortungsbereich der Leistungserbringer überantwortet werden, für die Sicherheit der dezentralen technischen Komponenten, die für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten erforderlich sind, wie Konnektor oder Kartenterminal, zu garantieren. Die Leistungserbringer haben lediglich die Verantwortung für die korrekte Eingabe und Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten. Der Datenschutz muss nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands durch die gematik gewährleistet sein.
9. Dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) muss eine größere Einflussmöglichkeit auf die gematik eingeräumt werden. So sollte die gematik nicht nur bei Festlegungen der Grundstruktur der Telematikinfrastruktur, sondern auch bei der Zulassung der Dienste und Komponenten Einvernehmen mit dem BSI herstellen müssen. Auch muss das BSI der gematik verbindliche Vorgaben bei der Beseitigung von Sicherheitsmängeln machen können.
10. Insgesamt muss das Gesetz den Patientennutzen und die Patientensouveränität stärker in den Blick nehmen. So muss als Ziel der Anwendungen der TI die Verbesserung der Patientensicherheit und die Stärkung der Patientensouveränität in § 334 ergänzt werden. Mit Blick auf die Infrastruktur, die die Krankenkassen zum Zugriff auf die elektronische Patientenakte bereitzustellen haben, ist auch die Gruppe der Nichtversicherten mit zu berücksichtigen, die über eine elektronische Patientenakte verfügt. In der Regelung des § 345, wonach Versicherte den Krankenkassen Daten aus der ePA zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Krankenkassen angebotener Anwendungen zur Verfügung stellen können, müssen Zweck und Umfang solcher Daten präzise festgelegt werden. Auch eine gesonderte Einwilligung der Patient/innen dafür ist erforderlich. Zudem muss sichergestellt sein, dass es sich bei den Daten nicht um medizinische Daten handelt.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

§ 86 Grünes Rezept

Durch die vorgesehene Elektronisierung der sog. Grünen Rezepten, mit denen Ärzte Versicherten nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die ggf. im Wege der Kostenerstattung nach § 11 Absatz 6 von den Krankenkassen erstattet werden, empfehlen können, entsteht für die Versicherten eine lückenlose Deckung von elektronisch verfügbaren Rezepten.

Der Deutsche Caritasverband weist in diesem Zusammenhang auf seine langjährige Forderung hin, im SGB V wieder sicherzustellen, dass die Kosten für alle medizinischen Arzneimittel künftig zu Lasten der GKV verordnungsfähig werden sollen, wenn sie medizinisch notwendig sind und kein anderes verschreibungspflichtiges Arzneimittel zur Verfügung steht, wie z.B. bestimmte Dermatika bei Hauterkrankungen. Insbesondere chronisch kranke Menschen, aber auch vulnerable Gruppen wie wohnungslose Menschen, belastet die Eigenzahlung solcher Arzneimittel unverhältnismäßig. Zudem setzt sich die BAGFW dafür ein, § 34 Absatz 1 dahingehend zu erweitern, dass nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht nur bei schwerwiegenden Erkrankungen, sondern auch bei Begleiterkrankungen solcher schwerwiegender Behinderungen als Therapiestandard gelten können. Beispiele hierfür sind Laxantien bei mobilitätseingeschränkten Menschen oder Expektorantien.

Änderungsbedarf

In § 34 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Behandlung schwerwiegender Erkrankungen“ die Wörter „oder deren Begleiterkrankungen“ eingefügt.

§ 87 i.V. mit § 346 Leistungen bei der erstmaligen Befüllung der ePA sowie zur Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung der ePA

Sowohl die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung und Verarbeitung medizinischer Daten in der ePA im aktuellen Behandlungskontext (§ 346 Absatz 1) sowie bei der erstmaligen Befüllung der ePA im aktuellen Behandlungskontext (§ 346 Absatz 2) soll künftig im EBM honoriert werden. Auch die Apotheker/innen sollen in den Verträgen nach § 129 SGB V entsprechende Vergütungen erhalten. Damit soll dem entstehenden Aufwand, der durchaus je nach Erfahrungshorizont des Versicherten mit digitalen Anwendungen relativ hoch sein wird, Rechnung getragen werden. Für die Unterstützungsleistungen nach § 346 Absatz 2 erhalten Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung sowie im Krankenhaus einen einmaligen Vergütungszuschlag von 10 Euro pro Erstbefüllung.

Wir weisen hier auf eine Inkonsistenz im Gesetzestext hin: § 87 Absatz 2a weist aus, dass im EBM Regelungen für eine Vergütung der Unterstützungsleistungen der Versicherten sowie für die Erstbefüllung der ePA zu treffen sind. In der korrespondierenden Regelung des § 346 wird in Absatz 5 jedoch nur auf eine Vergütung für die Erstbefüllung der ePA durch Vertragsärzt/innen und Psychotherapeut/innen hingewiesen. Die Gebühr wird mit 10 Euro pro Versichertenfall gesetzlich festgesetzt. Sie ist somit im EBM nicht verhandelbar. Des Weiteren ist in § 346 Absatz 4 abweichend von § 87 Absatz 2a keine zusätzliche Vergütung für Unterstützungsbedarfe der Versicherten bei der Nutzung der ePA vorgesehen. Diese Inkonsistenz gilt es aufzulösen. Die Vergütung für die Unterstützung der Versicherten und die Erstbefüllung der

ePA sollte auch im vertragsärztlichen Bereich von der Selbstverwaltung verhandelt werden. Daher sind in § 87 Absatz 2a Satz 22 2. Hs. und korrespondierend in § 346 Absätze 4 und 5 zu streichen.

§ 87 Absatz 2a Satz 22: EBM für Notfalldatensatz

Die Erstellung und Aktualisierung der Notfalldatensätze nach § 334 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 ist eine ärztliche Verpflichtung, für die es bereits eine Vergütung gibt. Um die Umsetzung zu beschleunigen, soll diese Vergütung für den Zeitraum von 1 Jahr auf das zweifache erhöht werden. Einen solchen Vergütungsanreiz auf Kosten der Beitragszahler lehnt der Deutsche Caritasverband ab.

§ 217f Aufgaben des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung beim Sozialdatenschutz

Angesichts der hohen Sensibilität von Gesundheitsdaten begrüßt der Deutsche Caritasverband die regelmäßige Evaluation der Richtlinie zu Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten. Zudem sollte die Richtlinie angesichts des rasanten technischen Fortschritts jährlich und nicht spätestens alle zwei Jahre an den Stand der Technik angepasst werden. Für die Anpassung der Richtlinie ist nicht nur das Benehmen des unabhängigen Sicherheitsbegutachters mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) herzustellen, sondern das Einvernehmen.

Änderungsbedarf

Im neuen Satz 6 sind die Wörter „spätestens alle zwei Jahre“ durch „jährlich“ und das Wort „Benehmen“ durch „Einvernehmen“ zu ersetzen.

§ 291a Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

Neu gegenüber den bestehenden Regelungen ist, dass nach Absatz 6 das Lichtbild von der Krankenkasse während der Dauer des Versicherungsverhältnisses, jedoch längstens für 10 Jahre gespeichert werden darf. Damit wird ein Urteil des BSG umgesetzt, nachdem eine dauerhafte Speicherung der Lichtbilddaten durch die Krankenkassen nicht zulässig ist. Da das Lichtbild Persönlichkeitsrechte berührt, sollte vorgesehen werden, dass die Speicherung nur mit Einwilligung der Versicherten möglich ist.

Änderungsbedarf

Absatz 6 Satz 1 soll wie folgt formuliert werden:

„Die Krankenkassen dürfen das Lichtbild **nach Einwilligung des Versicherten** für die Dauer des Versicherungsverhältnisses des Versicherten für Ersatz- und Folgeausstellungen der elektronischen Gesundheitskarte speichern.“

§ 291b Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

Absatz 5 sieht vor, dass Vertragsärzten, die am 1.3.2020 noch nicht in der Lage sind, das Versichertenstammdatenmanagement nach Absatz 2 durchzuführen, pauschal das Honorar um 2,5 Prozent gekürzt wird, solange sie sich nicht an die TI angeschlossen haben und über die für die Prüfung des VSDM erforderliche Ausstattung verfügen. Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass Sanktionen gegenüber Leistungserbringern grundsätzlich nur erfolgen dürfen, wenn diese aus eigenem Verschulden nicht an die TI angeschlossen sind, z.B. also nicht bei Lieferschwierigkeiten des Konnektors oder nicht vom Leistungserbringer zu verantwortenden Problemen, die zur Verzögerung des technischen Anschlusses führen.

Das gilt perspektivisch auch für die Pflege, sollte diese verpflichtend an die TI angeschlossen werden. Die verschärfte Sanktionsregelung des Absatzes 5 Satz 1 ist daher abzulehnen.

§ 306 Telematikinfrastuktur

Die Caritas begrüßt nachdrücklich, dass als Zweck für die Nutzung der Telematikinfrastuktur die „Vernetzung von Leistungserbringern, Kostenträgern, Versicherten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens“ benannt wird und dass die Pflege in dieser Aufzählung eigenständig erwähnt wird. Allerdings ist die Formulierung in Absatz 1 Satz 2 dringend zu korrigieren: Zum einen sind Pflegekräfte Akteure des Gesundheitswesens, sie gehören zu den Gesundheitsfachberufen. Zum anderen sind Pflegefachkräfte auch immer Leistungserbringer im Rahmen der SGB V-Leistungen.

In § 306 wird erstmalig auch der Aufbau der Telematikinfrastuktur benannt, bestehend aus den drei Komponenten a) dezentrale Infrastruktur, die gegenwärtig aus Konnektoren, Kartenterminals und den Heilberufsausweisen als Zugangsvoraussetzung besteht, b) zentrale Infrastruktur, bestehend aus den sicheren Zugangsdiensten (z.B. VPN) und ein sicheres Netz, c) der Anwendungsstruktur zur Nutzung von Gesundheitsdaten, wie z.B. Übermittlungsverfahren für die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern (KIM). Die Regelung ist hinreichend offen ausgestaltet, um den Fortschritt in der Technologie juristisch abzubilden. So könnten z.B. Konnektoren und Kartenterminals, die gegenwärtig zum Einsatz kommen, bald durch andere Technologien ersetzt werden. Absatz 4 liefert dann eine Legaldefinition der Anwendungen, die allerdings zu unspezifisch ausfällt. Anwendungen werden als „nutzerspezifische Funktionalitäten auf der Basis von Diensten und Komponenten zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten in der Telematikinfrastuktur“ definiert. Anwendungen sollten vielmehr als „Dokumente“ bzw. mit dem inzwischen gebräuchlichen Terminus der Medizinischen Informationsobjekte (MIOs) mit dem Zweck der Vernetzung zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern definiert werden. Da die Pflege auch Bestandteil des Netzwerkes ist, sollte der Begriff „medizinische Informationsobjekte“ zu „medizinisch-pflegerische Informationsobjekten“ erweitert werden. Ebenso unbestimmt legaldefiniert sind Dienste und Komponenten. Deren Definition geht nicht über die schon in Absatz 2 beschriebene Struktur hinaus, sodass der Sinn und Zweck einer Legaldefinition nicht erfüllt wird.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Telematikinfrastruktur ist die interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die der Vernetzung der **ärztlichen Leistungserbringern, der Leistungserbringer der Pflege und anderer Gesundheitsfachberufe sowie der Kostenträger und Versicherten** ~~und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens sowie der Pflege~~ dient und insbesondere...“

In Absatz 4 sind „Anwendungen“ als „nutzerbezogene medizinisch-pflegerische Informationsobjekte, die der Vernetzung zwischen Leistungserbringern, Versicherten und Kostenträgern dienen“ zu definieren.

§ 307 Datenschutzrechtliche Verantwortung

In § 307 wird nicht hinreichend differenziert zwischen der Verantwortung für die korrekte Datenverarbeitung von Gesundheitsdaten einerseits und dem durch technische Vorkehrungen herzustellendem Datenschutz. So kann es nicht dem Verantwortungsbereich der Leistungserbringer überantwortet werden, für die Sicherheit der dezentralen technischen Komponenten, die für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten erforderlich sind, wie Konnektor oder Kartenterminal, zu garantieren. Die Leistungserbringer haben lediglich die Verantwortung für die korrekte Eingabe und Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten.

Auch die Bestimmungen der Absätze 2 bis 4, welche den Datenschutz durch die Zugangsdienste, durch das sichere Netz sowie durch den jeweiligen Anbieter der Anwendungsinfrastruktur regeln sollen, regeln lediglich die Verantwortung für den Betrieb, stellen aber keine Anforderungen an den Datenschutz. Der Datenschutz muss nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands durch die gematik gewährleistet sein. Wenn die gematik nach § 311 Absatz 1 die Aufgaben hat, die funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich des Sicherheitskonzepts der TI sowie die Vorgaben für den sicheren Betrieb der TI zu erstellen und deren Umsetzung zu überwachen sowie die Zulassungsverfahren für alle Komponenten und Dienste durchzuführen, muss sie hierfür auch die datenschutzrechtliche Verantwortung übernehmen. Nach Absatz 3 wird die gematik jedoch sogar der Verantwortung enthoben, den Betrieb eines gesicherten Netzes sicherzustellen. Die gematik soll hierzu laut Absatz 3 Satz 1 einen Auftrag an einen Netzwerkanbieter erteilen. Die Letztverantwortung muss bei der gematik liegen. Die gematik erhält nach Absatz 5 lediglich die Rolle einer koordinierenden Stelle, die für Informationsangebote für die Nutzer der TI zur Verfügung steht. Sie kann Anfragen, die sie nicht beantworten kann, laut Gesetzesbegründung sogar an zuständige Stellen vermitteln. Dies geht allerdings nur aus der Begründung und nicht aus dem Gesetzestext selbst hervor. Die Ausgestaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die der vorliegende § 307 vorsieht, wird daher in der vorliegenden Form abgelehnt. Auch der Bundesrat bittet um eine Überprüfung des § 307 unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Telematikinfrastruktur ist die interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die der Vernetzung der ärztlichen Leistungserbringer, der Leistungserbringer der Pflege und anderer Gesundheitsfachberufe sowie Kostenträger und Versicherten dient und insbesondereweiter mit Ziffern 1“

§ 308 Vorrang von technischen Schutzmaßnahmen

§ 308 schränkt aus Sicht des Deutschen Caritasverbands die Rechte der Betroffenen in unzulässiger Weise ein. Eine Rechtsgewährung darf nicht ausgeschlossen sein, wenn – wie bisher im RefE, aber nicht mehr im Gesetzentwurf geregelt – die Gefahr besteht, dass die Verarbeitung der Gesundheitsdaten unrechtmäßig sein könnte. Auch der Bundesrat merkt dies kritisch an. Weder werden Kriterien festgelegt, wann eine Unrechtmäßigkeit der Datenverarbeitung besteht noch wann berechtigte Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bestehen. Die Regelung ist insgesamt dringend überarbeitungsbedürftig.

§ 311 Aufgaben der Gesellschaft für Telematik

Die in § 311 beschriebenen Aufgaben der Gesellschaft für Telematik sind bereits heute weitgehend geltendes Recht und werden nur rechtssystematisch an neuer Stelle geregelt. Neu sind die Nummer 9 und 10 in Absatz 1, wonach die gematik die Sicherheit der Authentifizierungsverfahren, insbesondere der Ausweise und Karten zu überwachen hat und bei Sicherheitsmängeln verbindliche Vorgaben erlassen muss. Wie zu § 307 ausgeführt, liegt die datenschutzrechtliche Verantwortung, die gewährleistet muss, dass keine Sicherheitslücken auftreten, somit bei der gematik. Die Sicherheit der Daten in der Telematikinfrastruktur hängt maßgeblich davon ab, dass eine eindeutige Identifizierung der Teilnehmer sichergestellt ist. Bisher ist die Herausgabe sowohl von eGKs und Praxisausweisen so geregelt, dass ein „Erschleichen“ von Zugriffsberechtigungen möglich ist, wie der Chaos-Computer Club gezeigt hat. Darauf weist auch die LINKE in ihrem Antrag (Drs-Nr. 19/18944) hin. Eine eindeutige Identifikation der Teilnehmer, wie dies beispielsweise bei der Beantragung eines Personalausweises der Fall ist, findet nicht statt. Der Gesetzgeber hat eine eindeutige Identifikation der Teilnehmer bei der Zurverfügungstellung von Karten, die für einen Zugriff auf die TI erforderlich sind, sicherzustellen und entsprechende Anforderungen zu normieren. Ein alleiniger Auftrag an die gematik ist nicht ausreichend.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass die gematik nicht nur bei Festlegungen der Grundstruktur der Telematikinfrastruktur, sondern auch bei der Zulassung der Dienste und Komponenten Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) herstellen muss. Das fordern auch die GRÜNEN in ihrem Antrag (Drs-Nr. 19/19137).

§ 312 Aufträge an die Gesellschaft für Telematik

Positiv zu bewerten ist, dass die gematik im Rahmen ihrer Aufgaben bis zum 30. Juni 2020 die Voraussetzungen für die Zugriffsberechtigung der in den Pflegeeinrichtungen nach dem SGB V und SGB XI tätigen Pflegefachkräfte einschließlich Pflegehilfskräften zu schaffen hat.

Bei den Leistungen, die die Pflegeeinrichtungen und -dienste erbringen, sind noch die Leistungen nach den §§ 24 h und 38 (Haushaltshilfe) sowie § 37a (Soziotherapie) zu ergänzen. Unverständlich ist, warum die Hospiz- und Palliativversorgung auf dem Weg vom RefE zum Gesetzentwurf nun auf die stationären Hospize begrenzt wurden und die ambulante Hospizdienste nicht mehr umfasst.

Zudem regelt § 312 Absatz 2 lediglich den Auftrag an die gematik, für die Leistungserbringer der Pflege die Nutzung der Telematikinfrastruktur bis zum 30. Juni 2020 zu gewährleisten. Es fehlt an einem weitergehenden Auftrag, die Datennutzung für die Leistungserbringer der Pflege in Bezug auf die Leistungen nach §§ 24g, 24h, 37,37a, 37b, 37c, 38, 39a und 39c zu gewährleisten.

Im Weiteren sollte die gematik den Auftrag erhalten, konkret eine Anwendung für die elektronische Verordnung und Genehmigung der Häuslichen Krankenpflege zu entwickeln, die alle Schritte bis hin zur elektronischen Gegenzeichnung der Patient/innen bis hin zur Abrechnung enthält. Das wäre ein wirksamer Schritt zur dringend notwendigen Entlastung der Pflegekräfte durch Entbürokratisierung. Dies fordert auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme. Auch der Pflegebevollmächtigte setzt sich in seinem jüngsten Positionspapier „Mehr PflegeKRAFT2.0 – Pflege ist mehr als systemrelevant“ für diese Forderung ein. Daher ist § 312 Absatz 3 um einen entsprechenden Auftrag zu erweitern.

Nach Absatz 3 hat die gematik die Voraussetzungen zu treffen, damit die in § 359 Absatz 1 genannten Leistungserbringergruppen Zugriffsrechte für die Nutzung von Daten aus dem Medikationsplan und – neu – aus dem Notfalldatensatz erhalten. Diese Erweiterungen begrüßt die Caritas, da jetzt auch, wie von der Wohlfahrtspflege gefordert, die Pflegekräfte mit umfasst sind. Positiv bewertet wird auch, dass die gematik mit dem Gesetzentwurf einen Auftrag zu Maßnahmen für die Übermittlung einer elektronischen Überweisung erhält.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 sind nach dem Wort „Verordnungen“ die Wörter „wie die der häusliche Krankenpflege“ zu ergänzen.

In Absatz 2 sind die Leistungen nach den §§ 24h, 37a und 38 zu ergänzen.

Auftrag an die gematik zur Entwicklung einer Anwendung zur elektronischen Verordnung, Genehmigung und Abrechnung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

§ 313 Elektronischer Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur

§ 313 RefE übernimmt die bisherige Regelung des § 291h SGB V. Schon in der alten Regelung war unklar, warum der elektronische Verzeichnisdienst, dessen Zweck es ist, die Suche, Identifikation und Adressierung von individuellen und institutionalisierten Leistungserbringern zu ermöglichen, als „Kann“-Regelung ausgestaltet ist, wie auch aktuell in Absatz 3 der Regelung ausgeführt. Diese Inkonsistenz gilt es zu beseitigen. Neu gegenüber der Regelung in § 291h SGB V a.F. und dem Referentenentwurf ist, dass im Gesetzentwurf den Pflegeeinrichtungen, die Nutzer i.S. von § 313 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind, überantwortet wird, fortlaufend die aktuellen Daten zur Identifizierung der Nutzer an die TI zu übermitteln, welche diese wiederum im Verzeichnisdienst speichern muss. Im Unterschied zu den Vertrags(zahn-)ärzt/innen, Krankenhäusern, Apotheker/innen und Psychotherapeut/innen können die Pflegeeinrichtungen zu diesem Zweck weder auf die in Absatz 5 Satz 1 genannten Kammern zur Unterstützung zurückgreifen noch der gematik nach Absatz 5 Satz 2 für die Suche und Identifikation der erforderlichen Daten ein für ihre Mitgliederverwaltung betriebenes standardbasiertes System zur Verwaltung von Identitäten und Zugriffsrechten zur Verfügung stellen. Der Deutsche Caritasverband plädiert dafür, die Landesverbände der Pflegekassen mit der Aufgabe der fortlaufend

den Übermittlung der aktuellen Daten nach Absatz 1 Satz 3 zu beauftragen, da diese über diese Daten und standardisierte Verfahren für ihre Übermittlung verfügen.

§ 316 Finanzierung der Gesellschaft für Telematik; Verordnungsermächtigung

Für die Finanzierung der gematik sieht das Gesetz auch bisher schon die Zahlung von 1 Euro pro Versicherten durch den GKV-Spitzenverband vor. Neu ist, dass das BMG ermächtigt wird, auch einen davon abweichenden Betrag pro Versicherten festzusetzen, entsprechend des Mittelbedarfs. Dies halten wir für nicht sachgerecht. Sollten die Mittel nicht ausreichen, bedarf es der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Erhöhung des Betrags.

Änderungsbedarf

Satz 2 des Absatzes 1 ist zu streichen.

§ 317 Beirat der Gematik

Zurzeit sind im Beirat der Gematik als weitere Experten und ohne explizite ausdrückliche gesetzliche Grundlage zwei Vertreter/innen benannt, die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vertreten. Dabei handelt es sich um eine/n Vertreter/in für die gemeinnützigen Einrichtungen und eine/n Vertreter/in für die privaten Einrichtungen. Es gibt aktuell keine/n Vertreter/in der Pflegeberufe auf Bundesebene im Beirat der gematik.

Die vorgesehene Textierung und die Gesetzesbegründung lassen zwei Lesarten zu. Bei der ersten würde der Gesetzgeber vorsehen, künftig nur noch eine/n Vertreter/in für alle Pflegeeinrichtungen im Beirat der gematik zu benennen und zusätzlich eine/n Vertreter/in für die Pflegeberufe einbringen. Dies wäre ein Rückschritt und mit Blick auf die bevorstehende Anbindung der Pflegeeinrichtungen zu kritisieren. Die zweite Lesart wäre, dass nun allein die gesetzliche Grundlage geschaffen wird und dass künftig jede Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ein Mitglied für den Beirat der gematik benennen könnte und dass darüber hinaus auch ein/e Vertreter/in der Pflegeberufe auf Bundesebene benannt werden könnte.

Wir sprechen uns für die letztere Lesart aus und bitten darum, dies im Rahmen der Gesetzesbegründung klarzustellen. In jedem Fall gilt es, die Vertretung der Perspektive der Pflege im Beirat zu stärken und nicht zu schwächen. Die Wohlfahrtsverbände würden es sehr begrüßen, sich auch einzelverbandlich im Beirat der gematik einbringen zu können. Zudem sollte neben dem oder der Patientenbeauftragten der Bundesregierung auch der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung einen Sitz im Beirat haben. Wir unterstützen die diesbezügliche Position des Bundesrats.

§ 318 Aufgaben des Beirates

Es wird begrüßt, dass die Aufgaben des Beirates erweitert werden. Um eine patientenorientierte Ausgestaltung zu gewährleisten, ist eine enge Einbindung des Beirates von besonderer Bedeutung. Mit Blick auf notwendige innerverbandliche Abstimmungsprozesse, sollte die vorgesehene Frist für Stellungnahmen von zwei auf vier Wochen erweitert werden. Dies fordert auch der Bundesrat.

Um seiner Rolle gerecht werden zu können, ist es wichtig, dass der Beirat ebenfalls eingebunden wird, wenn es um die Beratung über die Entwicklung von künftigen Funktionalitäten und Anwendungen geht. Er sollte nicht nur eingebunden werden, wenn es darum geht Aufgaben abzuarbeiten, für die sich der Gesetzgeber entschieden hat. Die Expertise des Beirates sollte auch mit Blick auf strategische Fragestellungen genutzt werden.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 Satz 2 ist das Wort „zwei“ durch das Wort „vier“ zu ersetzen.

In Absatz 4 wird die folgende Nummer 4 angefügt:

„4. Konzepte zur Weiterentwicklung der Nutzung der Telematikinfrastruktur und der dazugehörigen Anwendungen und Funktionalitäten“

§ 330 Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten und Prozesse der Telematikinfrastruktur

Über die Telematikinfrastruktur werden hochsensible Gesundheitsdaten übermittelt und verarbeitet. Daher müssen für die Vermeidung von Störungen hohe Standards herrschen. Es ist nicht hinnehmbar, wenn Satz 2 des Absatzes 1 vorsieht, dass angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse „nicht außer Verhältnis zu den Folgen eines Ausfalls oder eine Beeinträchtigung“ der Telematikinfrastruktur führen dürfen. Es werden gesetzlich keine Kriterien genannt, wann Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen nicht mehr verhältnismäßig sind. In Absatz 3 sollte zudem vorgesehen werden, dass Inhaber einer Zulassung für die Komponenten und Dienste grundsätzlich Nachweise zur Erfüllung ihrer Pflichten vorzulegen haben. Die „Kann“-Bestimmung ist durch eine „Muss“-Bestimmung zu ersetzen.

§ 333 Überprüfung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik

Der Deutsche Caritasverband unterstützt angesichts des hohen Schutzniveaus von sensiblen Gesundheitsdaten den Vorschlag des Bundesrats, die Regelung, wonach das BSI der gematik verbindliche Anweisungen zur Beseitigung von Sicherheitsmängeln erteilen „kann“, durch eine „Muss“-Regelung zu ersetzen.

§ 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Absatz 1 Satz 1 formuliert als Ziel der Anwendungen der TI die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung. Als weiteres besonders wichtiges Ziel sollte die Stärkung der Patientensicherheit und der Patientensouveränität erwähnt werden. Auch die GRÜNEN fordern in ihrem Antrag (Drs. 19/19137) zu Recht, dass der Patientenorientierung und Patientenbeteiligung als wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Digitalisierung eine stärkere Rolle zukommen muss. Letztlich ist die Nutzerorientierung, hier also insbesondere die Patientenorientierung, bei allen großen Digitalisierungsvorhaben entscheidend für die Akzeptanz und damit den Erfolg.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die für die Pflege wichtigen Anwendungen wie der elektronische Medikationsplan und die elektronischen Verordnungen Bestandteil dieser Anwendungen sind. Auch die elektronische Verfügbarkeit der Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen einschließlich ihres Aufbewahrungsorts ist von hoher Relevanz. In der Liste fehlt jedoch der elektronische Arztbrief, der künftig im Übrigen Patientenbrief genannt werden sollte. Unklar ist, warum die elektronischen Verordnungen nicht des Einsatzes der eGK bedürfen: Auf welche Weise soll sich der/die Patient/in beim Zugriff auf Verordnungen authentifizieren, wie z.B. bei E-Rezepten und E-Verordnungen? Selbst nach Einführung einer App gemäß § 360 Abs. 2 gilt es zu bedenken, dass es Patienten geben wird, die eine elektronische Verordnung nutzen wollen, ohne dazu gezwungen zu sein, dass die Verordnungsdaten auf ihrem Smartphone abgespeichert werden.

Betrachtet man die Liste der Anwendungen, die insbesondere Informationen für medizinische Notfallsituationen beinhaltet, fehlt die Möglichkeit, Angaben zur Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V zu speichern.

Änderungsbedarf

Absatz 1 soll lauten:

„Die Anwendungen der Telematikinfrasturktur dienen der Verbesserung der Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Behandlung sowie der **Verbesserung der Patientensicherheit und der Stärkung der Patientensouveränität.**“

Einfügung von Nummer 8: „Hinweise auf das Vorhandensein und **den Aufbewahrungsort einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V**“

§ 335 Diskriminierungsverbot

Der Caritasverband begrüßt die ausdrückliche Normierung des Diskriminierungsverbots, wenn Versicherte dem Datenzugriff und der Datenverarbeitung im Rahmen der Anwendungen der TI nicht zustimmen. Es stellt sich allerdings die Frage, wie ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot erkannt werden kann und welche Sanktionsfolgen sich ergeben.

Zudem ist in § 335 zu ergänzen, dass der/die Versicherte über diese ihre/seine Rechte umfassend, verständlich und in barrierefreier Form von seiner Krankenkasse informiert wird.

§ 336 Zugriffsrechte der Versicherten

In Absatz 1 wird ausgeführt, dass der/die Versicherte mittels der eGK auf die Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 und 6 zugreifen kann. Demnach wäre der Zugriff auf den Medikationsplan (Nummer 4) und auf den Notfalldatensatz (Nummer 5) ausgeschlossen. Das ist inkonsistent zur Regelung in § 334 Absatz 2, wonach alle Anwendungen der Nummer 1 bis 5 von der eGK unterstützt werden. Nach Absatz 3 kann der elektronische Medikationsplan nur bei einem Leistungserbringer eingesehen werden. Das ist nicht akzeptabel, denn gerade Patient/innen, die mehrere Medikamente einnehmen, müssen jederzeit ihren Medikationsplan einsehen und nutzen können.

Nach Absatz 2 können Versicherte auch ohne Nutzung der eGK die elektronische Patientenakte auf ihrem Handy nutzen, sofern sie von ihrer Krankenkasse auf etwaige damit verbundene Risiken hingewiesen wurden und sich durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifiziert haben. Hierfür sind Kriterien im Gesetzentwurf zu ergänzen.

Völlig unklar ist, wie Versicherte auf ihre elektronischen Verordnungen zugreifen können. Absatz 4 sieht hier auch lediglich den Einsatz eines geeigneten technischen Verfahrens vor, ohne dessen Sicherheit näher zu spezifizieren. Es wird vorgeschlagen, für die elektronischen Verordnungen ebenfalls die eGK zu nutzen.

Sollte als Anwendung der eGK in § 334 ergänzt werden, dass Angaben zum Vorhandensein und Ablageort einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V abgespeichert werden, wäre es geboten auch hierfür entsprechende Zugriffsrechte vorzusehen.

§ 337 Rechte der Versicherten auf Speicherung, Verarbeitung, Löschung und Erteilung von Zugriffsrechten

Nach § 337 Absatz 2 kann der/die Versicherte Daten aus seiner/ihrer ePA sowie Hinweise auf seine/ihre Vollmachten, seine/ihre Patientenverfügung und seinen/ihren Organspendeausweis sowie zu elektronischen Verordnungen eigenständig löschen. Auf Verlangen haben die Leistungserbringer auch Daten aus dem Medikationsplan und Notfalldatensatz zu löschen. Letztere Regelung ist positiv zu sehen, da dann die Leistungserbringer, die diese Daten erstellt haben oder nutzen, über ihre Löschung informiert sind. Gleiches muss auch für die elektronischen Verordnungen gelten. Es ist nicht hinnehmbar, wenn Leistungserbringer keine Kenntnis erlangen, dass beispielsweise Verordnungen zur Häuslichen Krankenpflege gelöscht wurden. Unklar ist, warum der und die Patient/in das Recht zur Löschung aller Daten in der ePA hat, aber andererseits nicht die Daten zum Medikationsplan und zu den Notfalldaten, die auch Bestandteil der ePA sein sollten, löschen kann.

Änderungsbedarf

In Satz 1 des Absatzes 2 ist die Nummer 6 zu streichen.

§ 338 Technische Einrichtungen zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte der Versicherten

Die Krankenkassen müssen bis spätestens zum 1.1.2022 die technische Infrastruktur zur Verfügung stellen, die Versicherten einen Zugriff auf die ePA und für die Anwendungen des Organspendeausweises und der Patientenverfügung/Vollmachten ermöglicht. Auf diese Weise können insbesondere auch Personengruppen, die beispielsweise auf Grund von finanziellen Problemen nicht über die eigene erforderliche Hardware verfügen, trotzdem Zugriff auf ihre elektronische Patientenakte erhalten.

Es sollte klargestellt werden, dass ein Zugriff über die Einrichtungen gemäß § 338 auch für Personen gelten sollte, die bereits über eine elektronische Patientenakte verfügen, aber nicht versichert sind. Der Anspruch auf Nutzung dieser Infrastruktur sollte auch für Nichtversicherte gelten. Krankenkassen sollten dazu verpflichtet werden, dass der Zugriff auf die Daten in der elektronischen Patientenakte für Nichtversicherte bestehen bleibt.

Änderungsbedarf

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

Sie haben die Versicherten **und vormals Versicherten** umfassend in präziser, transparenter, verständlicher, leicht zugänglicher und in barrierefreier Form über die Möglichkeiten der Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte mittels dieser technischen Infrastruktur zu informieren.

§ 339 Voraussetzungen für den Zugriff von Leistungserbringern und anderen zugriffsberechtigten Personen

Nach Absatz 1 dürfen Leistungserbringer auf Daten zu § 334 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 (ePA, Organspendeausweis, Vollmachten/Patientenverfügung, Medikationsplan, Notfalldaten) zurückgreifen, sofern die Versicherten dafür ihre vorherige technische Zugriffsfreigabe erteilt haben. All diese Daten sind mittels der eGK verfügbar. Es ist unklar, ob der/die Versicherte mit seiner/ ihrer vorherigen technischen Zugriffsfreigabe damit für alle Anwendungen nach den Nummern 1 bis 5 die Zugriffsberechtigung erklärt oder ob er/sie auch einzelne Bereiche auswählen kann. Auf die elektronischen Verordnungen, für die der Einsatz der eGK laut diesem Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist, erfolgt eine gesonderte Berechtigung, spezifisch für die Leistungserbringer nach § 361. Der Zugriff auf die Daten nach den Nummern 1 bis 5 erfordert zu Recht den Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises (HBA). Wir vermissen jedoch die Klarstellung, dass der Einsatz einer institutionskarte nicht durch einen konkreten Heilberufsausweis autorisiert werden muss. Dabei ist es selbstverständlich, dass in den zugreifenden Systemen der Einrichtung protokolliert wird, welche Person einen konkreten Zugriff verantwortet. Ein direkter Bezug zu einem konkreten HBA wird weder technisch noch rechtlich benötigt.

Nicht geregelt wird der Zugangsweg der berechtigten Leistungserbringer für die elektronischen Verordnungen.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass auch Leistungserbringer, die über keinen elektronischen Heilberufsausweis verfügen, wie z.B. Pflegehilfskräfte, auf die Daten zurückgreifen können, wenn sie von Heilberufsausweisinhabern dazu autorisiert wurden. Es ist sachgerecht, auch im Sinne des Haftungsrechts der/des Heilberufsausweisinhaber/in, die Zugriffe zu protokollieren.

Änderungsbedarf

§ 339 Absatz 3neu wird wie folgt gefasst:

Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz2 Nummer 1 bis 5 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach Maßgabe der §§ 352, 356, 357 und 359 mittels der elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis **in-Verbindung mit-oder** einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. **Kommt eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zum Einsatz, hat die entsprechende Institution sicherzustellen, dass nur berechnigte Personen zugreifen.** Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.

§ 340 Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

Die Länder bestimmen nach Absatz 1 die Stellen für die Ausgabe der Heilberufsausweise und der Berufsausweise sowie die Stellen, die für die Ausgabe der Komponenten zur Authentifizierung für die Leistungserbringerinstitutionen zuständig sind. Da es für die Pflegeberufe bisher noch keinen Heilberufsausweis gibt, sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Pflegeeinrichtungen die SMC-BCard durch Vorlage ihres Versorgungsvertrags von der ausgebenden Stelle erhalten können, und zwar längstens bis zum 30.6.2022. Da der Aufbau des elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR), in dem die Pflegeberufe registriert werden, nicht vor Ende 2022 abgeschlossen sein wird, sollte diese Befristung entfallen. Sinnvoller wäre es jedoch, für die Pflege zu regeln, dass die Ausgabe der SMC-B bis zum Aufbau der eGBR den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen übertragen wird, denn ihnen liegen die Versorgungsverträge der Pflegeeinrichtungen vor. Sie können gleichzeitig sowohl die ausgebende als auch die attributsbestätigende Stelle sein.

Generell wirft die Regelung verschiedene Fragen auf: Welcher Berufsangehöriger kann sich für die Leistungserbringerinstitution authentifizieren lassen soll, in all den Fällen, in denen in einer Einrichtung mehrere Berufsausweisberechtigte im Angestelltenverhältnis arbeiten? Welche verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) soll für die Authentifizierung des Institutionenausweises berechtigt werden? Können auch mehrere verantwortliche Pflegefachkräfte sich für die Zugriffsberechtigung der Institution authentifizieren lassen, damit im Falle des Ausscheidens einer PDL aus einer Einrichtung nicht jedes Mal der Institutionszugang neu beantragt werden muss? Perspektivisch ist die SMC-B-Card vom eHBA zu entkoppeln, denn eine Einrichtung muss auch arbeitsfähig sein, wenn ein eHBA verloren geht oder ein Ausweisinhaber gesperrt wird. Absatz 5 ist entsprechend zu streichen. Klarzustellen ist auch, dass die Einrichtungsleitung die Person bestimmt, welche die Leistungserbringerinstitution authentifiziert.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu formulieren: „Berechtigt im Sinne von Satz 1 Nummer 4 sind Leistungserbringerinstitutionen, mit denen nach diesem Buch oder nach dem Elften Buch Verträge zur Leistungserbringung bestehen; bis die Stellen und das Verfahren eingerichtet sind, jedoch längstens bis zum 30. Juni 2022, kann der Nachweis der Berechtigung einer Leistungserbringerinstitution durch Vorlage des Vertrags zur Leistungserbringung oder durch Vorlage einer Bestätigung der vertragsschließenden Kasse oder eines Landesverbandes der vertragsschließenden Kasse **gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen** erbracht werden.“

Sollte der Gesetzgeber diesem Vorschlag nicht folgen, hilfsweise: Streichung der Frist 30. Juni 2022 in Absatz 1 Satz 2.

Streichung von Absatz 5.

§ 341 Elektronische Patientenakte

Es muss klargestellt werden, dass die Krankenkassen den Versicherten die ePA nach einer umfassenden, patientenverständlichen, barrierefreien Information auf Antrag zur Verfügung zu stellen haben. In Absatz 1 ist dringend zu ergänzen, dass die ePA neben Befunden und Diagnosen nicht nur geplante Therapiemaßnahmen, sondern auch geplante medizinisch-

pflegerische Maßnahmen enthalten muss. Entsprechend sind in Absatz 2 neben den medizinischen Informationen in Nummer 1 auch pflegerische Informationen zu ergänzen. Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass in Nummer 1 der interprofessionelle und intersektorale Aspekt der Zusammenarbeit betont wird. Der elektronische Arztbrief in Nummer 1d) ist als elektronischer Patientenbrief zu bezeichnen. Richtigerweise werden in Absatz 2 Nummer 10 die Daten zur pflegerischen Versorgung eigenständig aufgeführt. Sie müssen neben den schon genannten Leistungen nach den §§ 24g, 37, 37b und 37c sowie 39a und 39c auch die Soziotherapie nach § 37a sowie die Haushaltshilfen nach § 24h, § 38 enthalten.

Besonders positiv zu bewerten ist auch der Auftrag an die gematik mit Blick auf die ePA die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass präventive Maßnahmen wie der Impfpass (einschließlich Informationen zu Folge- und Auffrischungsimpfungen), der Mutterschutzpass, das Zahnarzt-Bonusheft und das U-Untersuchungsheft für Kinder und Jugendliche künftig elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dies unterstützt sowohl die Patient/innen als auch die Ärzt/innen bei der besseren Inanspruchnahme präventiver Leistungen. Hierbei fehlt allerdings ein weiterer präventiv ausgerichteter Leistungsbereich, nämlich die Disease Management Programme (§ 137f). Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus der gematik den Auftrag erteilen, dass die ePA mit Erinnerungsfunktionen ausgestattet wird, um die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen steigern zu können.

Mit Blick auf die zu speichernden Inhalte gilt es explizit vorzusehen, dass auch Daten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g und Daten zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der elektronischen Patientenakte abgespeichert werden können.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 werden in Satz 1 vor den Wörtern „auf Antrag“ die Wörter „nach umfassender, verständlicher, leicht zugänglicher und barrierefreier Information“ eingefügt.

In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Gesundheitsversorgung“ die Wörter „und Pflege“ eingefügt.

In Absatz 1 wird Satz 4 angefügt: „Sie stellt ein Erinnerungswesen für Versicherte bereit.“

In Absatz 2 Satz 1 wird in Nummer 1 das Wort „medizinische Informationen“ durch die Wörter „medizinische und pflegerische Informationen“ ersetzt.

In Absatz 2 wird als Nummer 6 eingefügt: „Daten nach § 137f zur Teilnahme, Information und Unterstützung von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten“

In Absatz 2 wird als Nummer 8 eingefügt: „Daten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß 132g“

In Absatz 2 wird als Nummer 9 eingefügt: „Daten zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen nach § 1901a BGB“

In Absatz 2 werden in Nummer 10 die §§ 37a, 38 und 24h ergänzt.

§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

Die technischen Voraussetzungen der ePA werden in drei Stufen erweitert: In der ersten Stufe bis spätestens 1.1.2021 müssen die Daten zu Befunden, Diagnosen und durchgeführten oder geplanten Therapiemaßnahmen, zum Medikationsplan, zu den Notfalldaten und zu den Arztbriefen bereitgestellt werden können. Der Deutsche Caritasverband kritisiert, dass in dieser ersten Stufe die Versicherten keine feingranulierten, nach Leistungserbringern oder Leistungserbringergruppen differenzierte Berechtigungen vergeben können.

Der Deutsche Caritasverband kritisiert des Weiteren, dass die Daten betreffend die Leistungserbringer der Pflege erst in der dritten Stufe, ab dem 1.1.2023 zur Verfügung gestellt werden müssen. Angesichts der hohen Bedeutung der Pflege in der interprofessionellen Versorgung vieler kranker Menschen und der vielen pflegebedürftigen Menschen in unserer alternden Gesellschaft ist dies nicht akzeptabel. Die pflegerischen Daten müssen mit der zweiten Stufe, die ab 1.1.2022 beginnt, zur Verfügung gestellt werden. Zu begrüßen ist, dass elektronische Verordnungen nach Absatz 2 Nummer 11 nun in die zweite Stufe vorgezogen wurden. Dies betrifft auch insbesondere die für die medizinisch-pflegerische Versorgung elementaren Verordnungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Dafür hatten sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich eingesetzt.

Positiv bewertet wird die Einführung einer Ombudsstelle bei den Krankenkassen (Absatz 3), welche die Versicherten über die ePA informiert und berät und an welche sich die Versicherten bei Fragen und Problemen bei der Nutzung der ePA wenden können.

§ 343 Informationspflichten der Krankenkassen

Die differenzierten Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten werden uneingeschränkt begrüßt.

§ 345 Angebot und Nutzung zusätzlicher Inhalte und Anwendungen

Die Regelung, wonach Versicherte den Krankenkassen Daten aus der ePA zum Zweck der Nutzung zusätzlicher von den Krankenkassen angebotener Anwendungen zur Verfügung stellen können, ist nicht hinreichend normenklar. Auch die GRÜNEN weisen in ihrem Antrag (Drs-Nr. 19/19137) zu Recht darauf hin, dass Zweck und Umfang solcher Daten präzise festzulegen sind und dass eine gesonderte Einwilligung der Patient/innen dafür erforderlich ist. Dies unterstützt der Deutsche Caritasverband. Zudem muss sichergestellt sein, dass es sich bei den Daten nicht um medizinische Daten handelt.

Änderungsbedarf:

Folgender Satz wird ergänzt:

„§ 344 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

§ 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte

Ärzt/innen, Zahnärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Apotheker/innen haben die Versicherten sowohl bei der Nutzung und Verarbeitung medizinischer Daten in der ePA im aktuellen Behandlungskontext als auch bei der erstmaligen Befüllung und Nutzung der ePA zu unterstützen. Für die Erstbefüllung nach Absatz 2 erhalten Ärzt/innen, Zahnärzt/innen und Psychotherapeut/innen gemäß Absatz 5 im Jahr 2021 einen einmaligen Vergütungszuschlag von 10 Euro. Nicht sachgerecht ist, dass die Apotheken für die Unterstützung der Versicherten bei der Nutzung und Verarbeitung arzneimittelbezogener Daten gemäß Absatz 4 kontinuierlich eine zusätzliche Vergütung erhalten sollen.

Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass auch den Pflegeeinrichtungen und Pflegekräften für die Erstbefüllung im Rahmen ihrer Leistungen, wie z.B. § 37, 37b und den keiner ärztlichen Verordnung unterliegenden ambulanten und stationären Hospizleistungen nach § 39a oder der Kurzzeitpflege nach § 39c zusätzliche Aufwände für die Erstbefüllung der ePA entstehen. Nach § 344 Absatz 4 sind auch die Leistungserbringer der Pflege verpflichtet, die Krankenkasse bei der Durchsetzung datenschutzrechtlicher Ansprüche der Versicherten zu unterstützen. Daher setzen wir uns für eine Gleichbehandlung der Leistungserbringer hinsichtlich des Mehraufwands ein.

§ 352 Verarbeitung von Daten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die freiwillige Anbindung von Vorsorge- und Rehaeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur ermöglicht und der entsprechende Datenzugriff geregelt wird. Im Gesetzentwurf ist die Geltung u.a. für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Sechsten Buches benannt. Das dürfte ein redaktioneller Fehler sein und muss auf „des Fünften Buches“ lauten.

Eine ergänzende Klarstellung ist erforderlich, dass so wie es in der späteren Erstattungsregelung des § 381 benannt ist, auch die Kliniken im Müttergenesungswerk gemäß § 111 a SGB V ebenso wie der Bereich der ambulanten Rehabilitation gemäß § 111c SGBV hierunter mit erfasst sind.

Im Gesetzentwurf für eine Reform der Notfallversorgung ist vorgesehen, dass das Rettungswesen an die Telematikinfrastruktur angebunden wird. Es wird außerdem das Ziel eines Datenaustausches zwischen Praxen, Krankenhäusern, Einsatzwagen des Rettungsdienstes und Leitstellen formuliert. Zugleich fehlen in dem nun vorliegenden Gesetzentwurf Regelungen, die auch Notfallsanitätern, Mitarbeitenden in Leitstellen und weiteren Beschäftigten im Rettungswesen die Grundlage für entsprechende Datenzugriffe schaffen würden. Hierzu gilt es entsprechende Regelungen aufzunehmen.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Zugriffsrechte der Pflegefachkräfte differenziert in § 352 Absatz 1 Nummern 9 (Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte nach dem Krankenpflegegesetz bzw. Kinderkrankenpfleger/innen nach der spezialisierten Ausbildung gemäß § 58 Pflegeberufegesetz), Nummern 10 (Altenpflegekräfte nach dem Altenpflegegesetz bzw. Altenpflegekräfte nach der spezialisierten Ausbildung gemäß § 58 Pflegeberufegesetz), der Pflegefachfrauen und -männer nach der neuen generalistischen Ausbildung (Nummer 10) sowie auch

der Zugriff der Pflegehilfskräfte (Nummer 12) geregelt sind. Nicht nachvollziehbar ist, warum die Pflegefachkräfte keinen Zugriff auf Daten aus dem Bonusheft der Zahnärzte erhalten sollen. Der Mundgesundheitsstatus ist auch für die Pflege hochrelevant, da es ein politisches Ziel bleiben muss, gerade die Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Dafür sollten Pflegefachkräfte auch Einblick in die Inanspruchnahme von Prophylaxemaßnahmen pflegebedürftiger Menschen erhalten, soweit dies zu ihrer Versorgung erforderlich ist.

Pflegefachkräfte brauchen für bestimmte Anwendungen nicht nur die in § 352 Absatz 1 Nummern 9 bis 11 statuierten Lese- und Speicherungsrechte („Verwendung“), sondern auch Schreibrechte („Verarbeitung“): Dies betrifft insbesondere Schreibrechte im Zusammenhang mit der Nutzung des elektronischen Medikationsplans und der elektronischen ärztlichen Verordnungen, die sie im Rahmen der Delegation ausführen. Gerade Pflegekräfte sind oft die ersten, die bei Patient/innen das Auftreten von Nebenwirkungen oder nicht erwünschten Wechselwirkungen von Medikamenten beobachten, da sie mit den pflegebedürftigen Menschen und Patient/innen im täglichen Austausch sind. Dies ist dringend zu ergänzen.

Neben den Pflegefachkräften, die nach den bundesrechtlichen Regelungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sowie der neuen Pflegeausbildung ausgebildet sind, müssen auch die Pflegefachkräfte, die vor Erlass des Alten- und Krankenpflegegesetzes nach Landesrecht ausgebildet wurden, Zugriffsrechte erhalten. Dies ist als eigene Nummer zu ergänzen. Zudem sollten auch die Dorfhelfer/innen und Familienpfleger/innen, die Leistungen nach § 38 erbringen, Zugriffsrechte erhalten. Auch hierfür ist eine gesonderte Nummer zu ergänzen.

Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass die Pflegehilfskräfte im Rahmen der jeweiligen Zugriffsberechtigung der Pflegefachkräfte nach Nummer 12 ebenfalls zugriffsberechtigt werden.

Nicht nachvollziehbar ist, warum aus der Gruppe der Heilmittelerbringer nur die Physiotherapeut/innen, nicht jedoch die anderen therapeutischen Berufe wie die Ergotherapeut/innen, die Logopäd/innen oder die Podolog/innen zugriffsberechtigt werden. Dies ist zu ergänzen.

In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind neben psychologischen Psychotherapeuten auch Psycholog/innen tätig. Sie müssen ebenfalls zugriffsberechtigt werden.

Änderungsbedarf

In § 352 Nummer 2 Punkt a) cc) ist nach den Worten „107 Absatz 2“ einzufügen: „§ 111a, § 111c“

In § 352 Nummer 4 Punkt a) cc) ist nach den Worten „107 Absatz 2“ einzufügen: „§ 111a, § 111c“

In § 352 Nummer 7 ist nach „Psychotherapeuten“ das Wörter „ und Psychologen“ zu ergänzen

In § 352 Nummer 8 Punkt a) cc) ist nach den Worten „107 Absatz 2“ einzufügen: „§ 111a, § 111c“

In den Nummern 9 bis 11 ist jeweils nach den Wörtern „sowie die Verarbeitung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10 zu ergänzen „sowie zu Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1b) und Nummer 11“.

Des Weiteren ist in den Nummern 9 bis 11 jeweils nach den Wörtern „Verwendung von Daten nach § 341 Absatz 2“ zu formulieren „Nummern 1 a), c) und d), 2, 3, 4, 5, 6 bis 8, 10 und 11“

§ 355 Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte

Gegenüber dem Referentenentwurf ist im Gesetzentwurf entfallen, dass die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege bei den notwendigen Festlegungen für die Inhalte der ePA zur Gewährleistung der semantischen und syntaktischen Interoperabilität ins Einvernehmen gesetzt werden müssen. Dies ist weiterhin geboten, da es neben medizinischen Informationsobjekten (MIOs) auch spezifisch pflegerisch-medizinische Informationsobjekte geben wird, bei denen die semantische und syntaktische Interoperabilität hergestellt werden muss.

Um klarzustellen, dass bei den Bundesverbänden der Pflege nicht nur die Berufsverbände gemeint sind, sondern die Träger der Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, sind diese ausdrücklich im Gesetzestext zu erwähnen.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 ist als neuer Satz 2 zu ergänzen: „Festlegungen nach Satz 1 müssen, sofern sie pflegerische Inhalte zum Gegenstand haben, bezüglich dieser Inhalte im Einvernehmen mit den in Nummer 5 genannten Organisationen erfolgen“

In Absatz 1 Satz 1 ist Nummer 5 wie folgt zu formulieren:

„den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den Trägern der Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“

§ 357 Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen

Es ist sachgerecht und zu begrüßen, dass in Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 auch die Zugriffsrechte der Pflegefachkräfte auf die Hinweise der Versicherten zu den Vorsorgevollmachten und/oder Patientenverfügungen geregelt werden. Im Gesetzentwurf aufgegriffen wurde unsere Forderung, dass vergleichbar der Regelung in Nummer 2 zu den berufsmäßigen Gehilfen auch die Pflegehilfskräfte und Assistenzkräfte nach Nummer 12 auf die Daten zugreifen können.

§ 359 Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten

In Absatz 1 Nummer 6 wird geregelt, dass neben den Ärzt/innen, Apotheker/innen und Psychotherapeut/innen auch Angehörige eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, und die in die medizinische oder pflegerische Versorgung des Versicherten eingebunden sind, Zugriffsrechte auf den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten haben. Pflegefachkräfte fallen unter die Nummer 6, ebenso wie Angehörige der therapeutischen Gesundheitsfachberufe. Es stellt sich dennoch die Frage, warum in § 359 kein klarer Verweis auf die Berufe nach § 352 Satz 1 Nummern 9 bis 11 sondern eine abweichende Formulierung gewählt wird. Der Deutsche Caritasverband schlägt eine § 352 analoge Formulierung vor. Zu ergänzen sind auch die Zugriffsrechte für Psycholog/innen, die in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen arbeiten.

Im Gesetzentwurf ist die Geltung u.a. für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Sechsten Buches benannt. Das dürfte ein redaktioneller Fehler sein und muss auf „des Fünften Buches“ lauten.

Auch hier ist eine ergänzende Klarstellung erforderlich, dass so wie es in der späteren Erstattungsregelung des § 381 benannt ist, auch die Kliniken im Müttergenesungswerk gemäß § 111 a SGB V ebenso wie der Bereich der ambulanten Rehabilitation gemäß § 111c SGBV hierunter mit erfasst sind.

Änderungsbedarf

In § 359 Nummer 4 Punkt c) ist nach den Worten „107 Absatz 2“ einzufügen: „111a und 111c“.

§ 360 Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form

Die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form umfasst im Gesetzesentwurf nun neben dem E-Rezept einschließlich Betäubungsmitteln sowie den Verordnungen zu den Heil- und Hilfsmitteln die besonders für die Pflege elementaren Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege und weitere Verordnungen wie z.B. die SAPV. Damit wurde einer Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Rechnung getragen. Neu hinzugekommen gegenüber dem Referentenentwurf ist die Verpflichtung der Ärzt/innen, Zahnärzt/innen, Krankenhäuser und Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, Verordnungen von Medikamenten ab dem 1.1.2022 als E-Rezept auszustellen. Das wird an sich begrüßt, um die Digitalisierung des Gesundheitswesens voranzutreiben. In Absatz 4 wird die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen einem Ausdruck des (elektronisch ausgestellten) Rezepts in Papierform oder eines reinen E-Rezepts geregelt. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu prüfen, ob dem Versicherten weiterhin ein Anspruch auf eine ärztliche Verordnung in Papierform eingeräumt wird, denn nicht jede/r Versicherte verfügt über ein Smartphone und hat dieses auch nicht in jeder Situation zur Verfügung, z.B. bei einem Unfall. Diese Prüfbitte wird vom Deutschen Caritasverband unterstützt. Außerdem sollte die papiergebundene Verschreibung bei einem Hausbesuch oder bei Ausfall der technischen Voraussetzungen möglich sein.

§ 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur

Auch in § 361 wird geregelt, dass neben den Ärzt/innen und Zahnärzt/innen und Apotheker/innen sowie ihren berufsmäßigen Gehilfen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 auch „sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen“ Zugriffsrechte auf die ärztlichen Verordnungen haben. Erneut ist unklar, welche Gruppen von Leistungserbringern dies sind. Auch hier sollte unter Verweis auf § 352 Absatz 1 klargestellt werden, dass dies die Berufsgruppen nach den Nummern 9 bis 12 und 14 sind.

Im Gesetzentwurf ist die Geltung u.a. für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Sechsten Buches benannt. Das dürfte ein redaktioneller Fehler sein und muss auf „des Fünften Buches“ lauten.

Auch hier ist eine ergänzende Klarstellung erforderlich, dass so wie es in der späteren Erstattungsregelung des § 381 benannt ist, auch die Kliniken im Müttergenesungswerk gemäß § 111

a SGB V ebenso wie der Bereich der ambulanten Rehabilitation gemäß § 111c SGBV hierunter mit erfasst sind.

Des Weiteren müssen alle in Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eingebundenen Berufsgruppen eines multiprofessionellen Rehteam's Zugriffsrechte auf ärztliche Verordnungen erhalten.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 sind nach den Wörtern „sonstige Erbringer ärztlicher Leistungen“ die Wörter „nach § 352 Satz 1 Nummern 9 bis 12 sowie Nummer 14“ zu ergänzen.

In Absatz 1 Nummer 2 Satz c ist nach den Worten „107 Absatz 2“ einzufügen: „§ 111a, § 111c“.

In Absatz 1 ist für die Zugriffsrechte der nicht-ärztlichen Berufsgruppen im Reha-Team eine neue Nummer 6 zu ergänzen: „Angehörige eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, und die in die medizinische oder pflegerische Versorgung des Versicherten eingebunden sind“

§ 363 Freigabe von Daten der elektronischen Patientenakte für wissenschaftliche Forschungszwecke

Es wird begrüßt, dass mit der sog. Datenspende neue Möglichkeiten für die medizinische Forschung geschaffen werden. Patienten sollten darüber hinaus die Möglichkeit haben, mit Blick auf die Abrechnungsdaten der Kassen, die dem Forschungsdatenzentrum zur Verfügung gestellt werden, einer Nutzung dieser Daten zu Forschungszwecken widersprechen zu können. Von besonderer Bedeutung für die Umsetzung der Freigabe nach § 363 wird sein, welche Vorgaben zur Datenfreigabe und Datenübermittlung getroffen werden. Hierzu soll das BMG in der Zukunft eine Verordnung vorlegen. Wichtig wird hierbei auch sein, ob Versicherten die Möglichkeiten eingeräumt werden, differenzierte Entscheidungen zur Freigabe ihrer Daten zu treffen. Also ob sie den Zeitraum der Freigabe ihrer Daten begrenzen können und ob sie eine Auswahl mit Blick auf potentielle Nutzergruppen der Daten treffen können. Beides sollte im Rahmen der vorgesehenen Verordnung berücksichtigt werden. Es gilt darüber hinaus, besondere Vorgaben zur Aufklärung der Patient/-innen zu treffen.

Zudem sollten die Nutzungsberechtigten der Daten für Forschungszwecke um die Zwecke „Planung von Leistungsressourcen, z.B. Krankenhausplanung“ (§ 303e Absatz 2 Nummer 3) und „Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen und von Einzelverträgen der Krankenkassen“ (§ 303e Absatz 2 Nummer 6) erweitert werden. Letzteres umfasst z.B. die Erkenntnisse aus Selektivverträgen nach § 140a oder aus der hausarztzentrierten Versorgung. Dies fordert auch der Bundesrat.

Änderungsbedarf

Absatz 2 wird angefügt: „Im Rahmen der Freigabe der Daten ist vorzusehen, dass Versicherte auswählen können, ob sie über die Ergebnisse der Forschungsvorhaben für die ihre Daten verwendet werden, informiert werden wollen oder nicht.“

§ 381 Finanzierung der den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

Während mit Blick auf die Anbindung von Rehaeinrichtungen im § 352 auf die drei Leistungsträger, nämlich die Gesetzliche Krankenversicherung, die Gesetzliche Rentenversicherung und die Gesetzliche Unfallversicherung Bezug genommen wird, soll die Gesetzliche Unfallversicherung bei der Finanzierung der Kosten der Anbindung der Einrichtungen nicht mit heran gezogen werden. Dies gilt es zu ändern und ebenfalls die Gesetzliche Unfallversicherung an der Finanzierung zu beteiligen.

Vorgesehen sind Ansprüche gegen die unterschiedlichen Rehabilitationsträger: Rehabilitationseinrichtungen mit einem Reha-Versorgungsvertrag nach SGB V sollen einen Ausgleich von den Krankenkassen erhalten. Einrichtungen, die Leistungen nach SGB VI erbringen, sollen einen Ausgleich von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten. Die wenigsten Rehabilitationseinrichtungen erbringen jedoch ausschließlich Leistungen für den einen oder den anderen Träger. Die Mehrheit der Einrichtungen dürfte sowohl über einen Versorgungsvertrag nach SGB V verfügen als auch Leistungen für die Träger der Rentenversicherung erbringen. Hier ist daher eine Klarstellung erforderlich, ob bei Vorliegen beider Voraussetzungen, die Ansprüche kumulativ oder alternativ bestehen. Sollten Sie alternativ bestehen, ist zu regeln, dass die Einrichtung wählen kann, gegenüber welchem Reha-Träger sie den Ausgleich geltend macht. Aus dem gleichen Grund - der fehlenden trennscharfen Zuordnungsmöglichkeit - ist auch die vorgesehene Festlegung des Verfahrens für „Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ problematisch.

Darüber hinaus gilt es eine Schiedsregelung zu normieren für den Fall, dass zwischen den vorgesehenen Vertragspartnern keine Vereinbarung zustande kommt. Bei anderen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzt/innen und Apothekern/innen) ist eine entsprechende Schiedsregelung vorgesehen.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Frist für die Modellvorhaben zur Erprobung der Einbindungen der Pflegeeinrichtungen in die TI von 2022 auf 2024 verlängert wird, zumal noch kein einziges Modellvorhaben existiert. Es ist zentral, dass folgende für die Pflege elementaren digitalen Anwendungen im Rahmen des Projektes erprobt werden:

- E-Verordnungen, insbesondere zur Häuslichen Krankenpflege
- E-Entlass- und Überleitmanagement (digitaler Überleitbogen)
- E-Medikationsplan
- E-Rezept
- E-Arztbrief
- Labordaten

- Notfalldatensatz einschließlich Daten zu Patientenverfügungen, Patientenvollmachten und Daten zur Gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende nach § 132g SGB V

Berlin/Freiburg, 19. Mai 2020

Deutscher Caritasverband
Eva Welskop-Deffaa
Vorstand Sozial- und Fachpolitik

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Gesundheitspolitik, Pflege und Behindertenpolitik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46, Elisabeth.Fx@caritas.de