

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz DVPMG)

A. Zusammenfassende Bewertung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen im vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der digitalen Versorgung und Pflege große Potenziale: Versorgungsbrüche für Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen im Übergang zwischen den Gesundheitssektoren und Leistungserbringern in unserem fragmentierten Gesundheitssystem können reduziert werden. Die Möglichkeit der Ausstellung elektronischer Verordnungen erleichtert die Kommunikation zwischen Versicherten und Leistungserbringern sowie zwischen den Leistungserbringern und kann somit wesentlich zur Entbürokratisierung von Abläufen beitragen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Pflegeeinrichtungen an die digitalen Netze angeschlossen sind. Vielerorts verfügen Einrichtungen noch nicht über den Anschluss an das Internet bzw. an ein W-LAN-Netz, was wiederum die Grundvoraussetzung für die Anbindung an die TI und für den Einsatz elektronischer Verordnungen ist. Dabei sind große Variationen zwischen den Stadtstaaten und Flächenstaaten zu verzeichnen. Erheblichen Nachbesserungsbedarf sehen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auch bei der Anschubfinanzierung für die Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI. Die Finanzierung darf sich nicht auf Maßnahmen, die nur der Entlastung von Pflegekräften dienen, beziehen. So kann die Videosprechstunde in einer stationären Einrichtung eine wesentliche Verbesserung für eine zielgenauere Versorgung der Patientinnen und Patienten darstellen, indem z.B. der Transport in die Arztpraxis vermieden oder der Hausbesuch in der Einrichtung zielgenauer vorbereitet werden kann. Um die Technik nicht nur in den Arztpraxen, sondern auch in den Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, bedarf es eines Investments in Technik und Software, die für die Arztpraxen z.B. über den Strukturfonds nach § 105 SGB V gefördert wird; für die Pflegeeinrichtungen jedoch wird keine entsprechende Förderung vorgesehen. Eine befriedigende und zum Aufbau notwendiger Strukturen erforderliche Darstellung von Anschaffungskosten in den Investitionskosten nach § 82 SGB XI gelingt bis heute nur unzureichend und würde überdies auch zu weiter steigenden Eigenanteilen führen. Weitere Kosten entstehen für Wartung und Support sowie die Personalressourcen, die die Einrichtungen für diese Leistungen aufbringen müssen. Diese Lücken gilt es, z.B. durch Anpassungen bei der Förderung der Anschubfinanzierung der Digitalisierung in § 8 Absatz 8 SGB XI zu schließen. Des Weiteren machen wir darauf aufmerksam, dass die digitalen Pflegeanwendungen auch den pflegebedürftigen Menschen in vollstationären Einrichtungen zugutekommen müssen.

Im Einzelnen bewerten wir die zentralen Punkte des Gesetzentwurfs wie folgt:

1. Die Einführung der digitalen Pflegeanwendungen (DiPas), analog zu den schon bestehenden digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGas) werden begrüßt. Allerdings ist auf eine Abgrenzung zu den jüngst mit dem GPVG beförderten digitalen Technologien bei den Pflegehilfsmitteln zu achten. Es muss klar sein, welches digitale Unterstützungsmittel aus welchem Budget zu finanzieren ist. Da pflegebedürftige Menschen bei digitalen Anwendungen im Einzelfall auf die Unterstützung ihrer An- und Zugehörigen oder der Pflegeeinrichtungen angewiesen sind, sollte die pflegerische Unterstützungsleistung nach § 39a SGB XI sich nicht nur auf die DiPas beschränken, sondern die digital gestützten Pflegehilfsmittel umfassen. Wir weisen darauf hin, dass das BfArM keine Kompetenzen für die Bewertung des pflegerischen Nutzens hat, für den im Übrigen in diesem Gesetzentwurf keine Kriterien festgelegt werden. Da das BfArM das Verzeichnis zu den DiGas führt, ist es jedoch sinnvoll, auch das DiPa-Verzeichnis dort anzusiedeln. Um sich für den pflegerischen Nutzen Expertise zu beschaffen, sollte beim BfArM für die Nutzenbewertung ein Beirat eingerichtet werden, indem vor allem die Bundesverbände nach § 118 SGB XI vertreten sind. Zentral für die Bewertung des Nutzens ist ein partizipativer Ansatz, in dem die Nutzer- und Verbraucherinteressen im Fokus stehen. Wir regen überdies an, dass DiPas und DiGas, die für die spezifischen Belange von Menschen mit mehrfachen Schwerstbehinderungen entwickelt werden müssen, auch im Rahmen von Selektivverträgen nach § 140a Absatz 3b SGB V erprobt werden können, da zu vermuten ist, dass Hersteller bei einer zu spezifischen und kleinen Nutzerzahl ansonsten keinen Anreiz für die Entwicklung solcher Anwendungen haben. Generell müssen sowohl das DiGa- als das DiPA-Verzeichnis Grundanforderungen für eine barrierefreie Zugänglichkeit von Menschen mit Behinderungen erfüllen als auch bei der Entwicklung von digitalen Anwendungen die Interessenverbände der Menschen mit Behinderungen, der Selbsthilfe sowie der pflegenden Angehörigen beteiligen. Der Nachweis einer angemessenen Patient_innenbeteiligung sollte Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit sein. Wir begrüßen, dass die Vergütung für die DiPas nun auch in § 89 SGB XI aufgenommen wurde, wie von uns gefordert. Bezüglich der Höhe der Kostenerstattung für die Unterstützungsleistung bei den DiPas regt die BAGFW an, die Leistungshöhe nochmals zu prüfen, sobald die ersten DiPas auf dem Markt sind. Da davon auszugehen ist, dass der Unterstützungsbedarf für den Einsatz der DiPas in den ersten Wochen höher ist als im weiteren Verlauf, sollte eine gestaffelte Leistungshöhe angedacht werden.
2. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich zudem dafür ein, dass künftig auch regelhaft und nicht nur während der Pandemie Pflegeberatungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie Pflegekurse nach § 45 SGB XI auf Wunsch der Versicherten digital oder mittels Videoübertragung durchgeführt werden können. Die Erstberatung sollte allerdings in Präsenz stattfinden.
3. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen einerseits, dass die ambulanten Pflegedienste und auch die Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie die Leistungserbringer von Soziotherapie mit dem vorliegenden Gesetz an die TI angeschlossen werden. Zu beklagen ist jedoch, dass die Pflegeeinrichtungen nach wie vor mangels Errichtung des eGBR keinen eHBA erlangen können. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Pflege- und Krankenkassen, bei denen

die Versorgungsverträge der Einrichtungen vorliegen, sowohl attributbestätigende als auch ausgebende Stelle für die SMC-B Org sein sollen.

4. Des Weiteren sollte der Anschluss der ambulanten Pflegedienste und die Verpflichtung, künftig die Verordnungen der Häuslichen Krankenpflege nur noch elektronisch auszustellen, früher als 2024 erfolgen. Die eHKP-Verordnung ist ein zentrales Scharnier für die Entbürokratisierung der Pflegeprozesse. Wir weisen darauf hin, dass auch die Verordnungen für die SAPV in § 360 zu ergänzen sind.
5. Wir begrüßen, dass im Gesetzentwurf in Änderung des RefE nun beim Anschluss der Pflegeeinrichtungen an die TI berücksichtigt wurde, dass auch die Pflegedienste, die keine Leistungen nach dem SGB XI, sondern nur nach dem SGB V erbringen, wie einige psychiatrische Krankenpflegedienste, Intensivpflegedienste, SAPV-Dienste oder auch Hospize und Hospizdienste nach § 39a an die TI angeschlossen werden und es für die Finanzierung dieses Anschlusses einer Rechtsgrundlage bedarf.
6. Da auch den Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen bei der Durchführung der Videosprechstunde Aufwand entsteht, z.B. bei der Begleitung, Anleitung und Unterstützung der Patient/innen für die ärztliche Inaugenscheinnahme oder hinsichtlich der Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege während der Videosprechstunde, ist für die Pflegeeinrichtungen eine entsprechende Vergütung vorzusehen. Dafür bedarf es jeweils rechtlicher Grundlagen, die in § 119b SGB V sowie in § 132a SGB V geschaffen werden müssen. Entsprechende Vergütungsmodelle könnten im Rahmen von Selektivverträgen nach § 140a SGB V mit dem Ziel der Überführung in die Regelversorgung erprobt werden.
7. Die digitale Leistungserbringung und die Videosprechstunde in der Soziotherapie hat sich gerade in der Pandemie bewährt, indem sie bei den besonders vulnerablen Patient_innengruppen Versorgungsbrüche verhindert hat. Die Videosprechstunde ist daher als alternative Leistungsform zu verstetigen; für ihre Vergütung ist eine Rechtsgrundlage in § 132b SGB V zu schaffen. Die Leistungen der Soziotherapie sind auch in der ePA abzubilden.
8. Die Leistungen der Haushaltshilfe, welche Familienpflegedienste erbringen, sind bislang in der Digitalisierung überhaupt nicht berücksichtigt. Auch die Familienpflegedienste, deren Leistungen nicht durch die Sozialstation erbracht werden, müssen an die TI angeschlossen werden. Dafür bedarf es eines Auftrags an die gematik in § 312 SGB V. Ihre Leistungen sind auch in der ePA abzubilden.
9. Die Weiterentwicklung der ePA, z.B. mit Blick auf Arzneimittelhistorie und Dispensierinformationen für die Patient/innen wird begrüßt. Nach wie vor fordern die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass über die ePA vollumfassend barrierefrei informiert werden muss, bevor sie auf Antrag dem Versicherten/der Versicherten zur Verfügung gestellt wird. Bei den Daten zur pflegerischen Versorgung sind auch die Leistungen nach § 37a sowie die Haushaltshilfen nach §§ 38 und 24h aufzunehmen. Des Weiteren sollte die ePA auch Daten zu den DMP und zu den Angeboten der Selbsthilfe enthalten. Auch die Daten der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g sind aufzunehmen. Aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege ist der

Patient und die Patientin Souverän ihrer Daten. Gleichviel müssen die Leistungserbringer informiert werden, wenn der Patient oder die Patientin eigenhändig Daten zu den elektronischen Verordnungen aus der ePA löscht. Die Löschrechte sollten daher analog zu den Notfalldaten und dem Medikationsplan geregelt werden. Zusätzlich sollte eine Kennzeichnung eingeführt werden, die anzeigt, dass Daten oder Angaben für die jeweils Zugriffsberechtigten nicht vollständig sichtbar sind.

10. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Errichtung des Nationalen Gesundheitsportals nachdrücklich; für ein solches Portal hatten sie sich eingesetzt. Die Funktionen des Portals müssen jedoch deutlich ausgeweitet werden: Als Ziel muss festgelegt werden, die Gesundheitskompetenz, insbesondere die vulnerabler Patientengruppen zu stärken. Ein zentraler Fokus muss auf public-health-Ansätze und Präventionsmaßnahmen gelegt werden. Das Portal muss zudem Informationen über Hebammen und Entbindungspfleger sowie zu Beratungsangeboten, die auch die Krebsberatungsstellen umfassen, haben. Ein weiterer Schwerpunkt muss auf allgemeinen Informationen zur Selbsthilfe und niedrigschwelligen Angeboten der Selbsthilfe, möglichst mit direktem Zugang zu den entsprechenden Bundesorganisationen der Selbsthilfe liegen. Auch die EUTB nach § 32 SGB IX soll umfasst sein.

B. Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften

§ 75 i.V. mit § 270a Videosprechstunde und Terminservicestelle

Die Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestelle (TSS) um die Unterstützung der Versicherten bei der Suche nach telemedizinischen Versorgungsangeboten wird ausdrücklich begrüßt. Wir begrüßen, dass die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie die maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f zu beteiligen sind, um die von uns geforderte Barrierefreiheit der Informationen über die Videosprechstundenmöglichkeiten zu gewährleisten. Auch das elektronische Verzeichnis in § 270a Absatz 1 muss barrierefrei sein.

Änderungsbedarf:

In § 270a Absatz 1 Satz 2 muss lauten: „Das elektronische System nach Satz 1 muss mit digitalen Angeboten nach § 75 Absatz 1a Satz 17 kompatibel sein **und barrierefrei zugänglich sein.**“

§ 87 Absatz 2a Vergütung Videosprechstunden und pflegerische Versorgung

Ausweislich der Begründung zu § 87 soll die Anpassung der Vergütungen, die der Bewertungsausschuss in § 87 Absatz 2a Satz 17 bezüglich der neuen Möglichkeiten der Videosprechstunden regelhaft prüfen soll, Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte und Berufsangehörige therapeutischer Berufe umfassen, die z.B. in Selektivverträgen erfolgreich erprobt wurden. § 82 Absatz 2a Satz 19 bildet hierfür die Grundlage. Die BAGFW weist darauf hin, dass der höhere Aufwand, welcher der Pflege für diese innovativen und versorgungsverbessernden Leistungen entsteht, entsprechend honoriert werden muss. Ziel muss es sein, bewährte Modelle der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V in die Regelversorgung überzuleiten und damit allen Versicherten zugänglich zu machen. Für die Erprobung sollte der Rahmen der integrierten Versorgung nach §§ 140a SGB V i.V. mit § 92b SGB XI genutzt werden. Dieser ist sowohl in § 140a SGB V als auch in § 92b SGB XI jedoch zu erweitern.

Erneut weisen wir darauf hin, dass auch Anpassungsbedarf in Bezug auf die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V besteht, zumal § 119b Absatz 2b vorsieht, dass bei den Verträgen zwischen Ärztinnen und Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen auch die Videosprechstunde eingesetzt werden soll. Hier bestehen auch Potenziale für eine Verbesserung der fachärztlichen Versorgung. So könnte eine Videosprechstunde z.B. gezielt eingesetzt werden, um Behandlungserfordernisse zu eruieren.

- In § 140a Absatz 2 Satz 2, auf den auch § 92b Absatz 2 Satz 5 SGB XI ausdrücklich verweist, müssen auch die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V aufgenommen werden.
- Die Vergütungszuschläge, die für Versorgungsinnovationen nach § 92b Absatz 2 gezahlt werden können, dürfen die Vergütungssätze der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und damit die Eigenbelastung der pflegebedürftigen Menschen nicht erhöhen, wie das gegenwärtig § 92b Absatz 2 Satz 4 vorsieht. Das ist auch eine wesentliche Ursache, warum die Regelung bislang weitgehend ins Leere läuft.

- Der pflegerische Mehraufwand, der aufgrund der notwendigen Unterstützung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen sowie bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen einer Videosprechstunde entsteht, ist den Pflegeeinrichtungen gesondert zu vergüten.

§ 105 Absatz 1a Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und Kooperationen

In der Förderung telemedizinischer Kooperationen z.B. zwischen Ärzt_innen und Pflege aus Mitteln des Strukturfonds nach § 105 SGB V liegt ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung. Aber auch hier ist erneut zu konstatieren, dass die Förderung sektorenübergreifend ausgestaltet werden muss. Es nützt in einem System kommunizierender Röhren wenig, wenn die Grundlagen für eine bessere Koordination, wie z.B. Software oder informationstechnische Beratungen nur einseitig für die Arztpraxen genützt werden können.

Es bedarf daher einer ergänzenden Strukturförderung für die pflegerischen Einrichtungen, z.B. in § 8 Absatz 8 SGB XI. Dazu muss der Fokus der Förderung, der auf einer Entlastung für die Pflegekräfte liegt, entfallen. Außerdem muss dringend bezüglich der hohen Eigenbeteiligung der Einrichtungen von 60 Prozent an der Förderung nachgebessert werden; es wird vorgeschlagen, den Eigenanteil auf 10 Prozent zu begrenzen.

Änderungsbedarf:

In § 8 Absatz 8 ist der letzte Halbsatz des Satzes 1 zu streichen, der lautet. „zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern“.

§§ 125, 134a Digitale Leistungserbringung und Videosprechstunde für Heilmittelerbringer – Dringender Nachbesserungsbedarf in § 132a Versorgung Häuslicher Krankenpflege und § 132b Versorgung mit Psychotherapie

Aus Sicht der Patient/innen hat sich die digitale Leistungserbringung im Rahmen der Coronapandemie vielfältig bewährt. Deren Verstärkung durch Integration der digitalen Leistungserbringung in den bundesweiten Verträgen mit den Heilmittelerbringern ist daher nachdrücklich zu begrüßen; dies gilt auch für die Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGas). Positiv zu bewerten ist auch, dass die telemedizinische Erbringung von Heilmittelleistungen in § 32 mit diesem Gesetz explizit verankert wird. Ebenso positiv bewertet wird, dass auch für die Hebammen eine Vergütung für Videosprechstunden sowie für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheitsanwendung erfolgen, in § 134a eingeführt wird. **Eine entsprechende Vorschrift fehlt jedoch in den Rahmenempfehlungen zur Versorgung mit häuslicher Pflege, wenn Pflegedienste Leistungen im Rahmen von Videosprechstunden oder im Zusammenhang mit digitalen Pflegeanwendungen erbringen. Dies ist in § 132a zu verankern. Analog zu § 32 Absatz 1 Satz 2 n.F. sollte auch die digitale Leistungserbringung von häuslicher Krankenpflege in § 37 SGB V verankert werden.**

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen zudem darauf hin, dass auch die Videosprechstunde bei den Psychotherapeut/innen entsprechend zu vergüten ist. Gerade in der Pandemie hat sich gezeigt, welcher wertvollen Beitrag digitale Angebote

und Videosprechstunden für die Versorgung der Patient/innen geleistet haben. Entsprechend sind Vergütungen auch für die Videosprechstunde der Psychotherapeut/innen zu vereinbaren. § 132b ist entsprechend zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

§ 132a Absatz 1 Satz 4 (Rahmenempfehlungen) wird in Nummer 5 wie folgt ergänzt:

„Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne oder Arbeitsentgelte sowie erstmals zum 30.6.2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem SGB XI; **zu vereinbaren ist auch die Vergütung von ergänzenden Leistungen, die im Wege der Videobehandlung erbracht werden sowie für die Vereinbarung technischer Verfahren, die zur Erbringung von Leistungen im Wege der Videobehandlung erforderlich sind und für die Vergütung von Leistungen, die im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheits- oder Pflegeanwendung erbracht werden.**

§ 132b Absatz 1 ist um folgenden Satz 2 zu ergänzen:

„In den Verträgen nach Satz 1 sind auch Regelungen zu treffen über die Vergütung von Leistungen, die digital oder im Wege der Videosprechstunde erbracht werden und für Leistungen, die im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen erbracht werden.“

§ 134 i.V. mit § 139e Verträge und Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren erneut, dass digitale Gesundheitsanwendungen zu Lasten der GKV noch während der 12monatigen Erprobungsphase erfolgt, daran ändert auch die Klarstellung in § 134 Absatz 1 Satz 1, dass die Vergütung nur während der ersten 12 Monate gilt, nichts. Digitale Gesundheitsanwendungen deren positive Versorgungseffekte noch nicht nachgewiesen wurden, sollten nicht Einzug in die Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen erhalten. Die Patient_innensicherheit muss im Vordergrund stehen; daher muss sichergestellt sein, dass der Nutzen der digitalen Anwendung einen möglichen Schaden überwiegt. Ärztinnen und Ärzte können zudem auch haftungsrechtlich nur digitale Anwendungen verordnen, deren Nutzen nachgewiesen ist. Die Regelung lädt Hersteller dazu ein, einen wesentlichen Teil der Erprobungskosten für ihre Produkte auf die Versichertengemeinschaft abzuwälzen und setzt möglicherweise eine Kostenspirale bei den Entwicklungskosten nach oben frei. Es gilt außerdem zu bedenken, dass Versicherte auf Grund des bestehenden Evidenzprinzips davon ausgehen, dass Leistungen, die von der GKV erstattet werden, erprobt sind. Daher würden viele Patientinnen und Patienten digitale Anwendungen nutzen, ohne das Bewusstsein, dass es sich hierbei um nicht ausreichend erprobte Produkte handelt.

Andererseits kann es DiGas geben, die nur für eine sehr kleine Gruppe von Menschen entwickelt werden, wie z.B. bei Menschen mit schwersten Mehrfachbehinderungen oder tatsächlich auch bei seltenen Erkrankungen. Eine solche DiGa erfordert aufgrund der komplexen Gesundheitseinschränkungen eine hohe Multifunktionalität.

Deren Entwicklung würde wahrscheinlich mit sehr hohen Kosten bei einem möglicherweise geringen Ertrag einhergehen, sodass die Hersteller ein hohes Kostenrisiko haben. Für diese Ausnahmefälle sollte die mit dem jüngst verabschiedeten GVPG erfolgte Öffnungsklausel der Selektivverträge nach § 140a Absatz 3b SGB V genutzt werden können, wonach Gegenstand der Verträge eine besondere Versorgung im Einzelfall ist, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen.

Vor diesem Hintergrund muss auch die Regelung gestrichen werden, dass die vorläufige Aufnahme einer DiGa, deren Nutzen noch nicht erwiesen ist, nach Ablauf der 12 Monate um bis zu weitere 12 Monate verlängert werden kann (§ 139e Absatz 4 Satz 7). Diese Regelung wird durch die Ausnahmeregelung des neuen Absatzes 4a, nachdem die Erprobung in begründeten Ausnahmefällen für einen Zeitraum von mehr als 12, aber weniger als 24 Monaten erweitert werden kann, noch erweitert. Ausweislich der Begründung sind dies Erprobungen bei chronischen Erkrankungen oder seltenen Erkrankungen. Der Text des Gesetzentwurfs ermöglicht eine weite Auslegung und damit einen großen Spielraum für die DiGa-Hersteller, indem die Ausnahmeregelung Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen umfasst, die „über einen langen Zeitraum hinweg andauern und die langsam voranschreiten“. Gerade chronisch kranke Menschen dürfen nicht dem Risiko nicht sicher erprobter Anwendungen ausgesetzt werden, daher wird der neue Absatz 4a entschieden abgelehnt. Da sich gerade DiGas aufgrund des schnellen technischen und digitalen Wandels häufig ändern werden, muss die Dokumentation von Änderungen, die in Absatz 6 ergänzend geregelt wird, zwingend und nicht nur bei Verlangen dem BfArM vorlegt werden.

Ergänzend weisen wir nochmals auf unsere schon im Rahmen der Stellungnahme zum DVG vorgetragenen Petita in Bezug auf die Barrierefreiheit des Verzeichnisses hin. Es gibt digitale Gesundheitsanwendungen, die insbesondere einen Mehrwert für Menschen mit Beeinträchtigungen bieten. Es sollte daher garantiert sein, dass insbesondere auch diese Personen die Gelegenheit haben, sich über erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen zu informieren. Aus unserer Sicht muss es ein Kriterium für die Erstattungsfähigkeit von digitalen Gesundheitsanwendungen sein, dass diese auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind. Hinsichtlich der Standards sollte hierbei die Barrierefreie Informationstechnik Verordnung (BITV) herangezogen werden. Die maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen von Patient/innen, von Pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind in Hinblick auf die Barrierefreiheit zu beteiligen. Der Nachweis einer angemessenen Patient/innenbeteiligung sollte Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit sein.

Änderungsbedarf:

§ 139e ist wie folgt zu ändern:

In Absatz 1 ist nach dem Wort „Internet“ das Wort „barrierefrei“ einzufügen.

Absatz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Aufnahme in das Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, sofern die Erfüllung der Grundanforderungen an Sicherheit, Funktions-tauglichkeit, **der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen** und Qualität der digitalen Gesundheitsanwendungen sowie deren positive Versorgungseffekte

nachgewiesen sind. **Im Hinblick auf die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen sind die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen, sowie die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zu beteiligen.** Der Nachweis einer angemessenen Patient_innenbeteiligung ist Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit sein. (...)“

Streichung von § 139e Absätze 4 und 4a

§ 140a Absatz 3b SGB V Nummer 1 soll wie folgt um die Versorgung von Menschen mit Behinderungen mit noch nicht erprobten speziell für eine bestimmte Gruppe konzipierten DiGas ergänzt werden:

„1. Im Einzelfall wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen. **Dies gilt auch für die Digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a.**“

In Absatz 6 werden die Sätze nach Satz 6 wie folgt formuliert:

„Der Hersteller ist verpflichtet, die Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung zu dokumentieren **und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte vorzulegen.** ~~Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Vorlage der Dokumentation verlangen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis von dem Verdacht erhält, dass der Hersteller der Anzeigepflicht nach Satz 1 nicht nachgekommen ist.~~“

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte als Versichertennachweis

Gegen die Einführung einer zusätzlichen, nicht an die eGK als Chipkarte gebundenen digitalen Identität bestehen keine Einwendungen, sofern sichergestellt ist, dass Versicherte, die diese digitale Identität nicht beantragen, keine Nachteile, etwa in Bezug auf die Möglichkeit zur Videosprechstunde oder bei den DiGas haben. Es darf z.B. bei der Authentifizierung für die Teilnahme an einer Videosprechstunde keine Benachteiligungen für Anwender/innen der eGK geben. Zum Zwecke der Datensicherheit ist an den Festlegungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik auch der Bundesdatenschutzbeauftragte zu beteiligen, was gegenüber dem RefE im Gesetzentwurf nachgebessert wurde.

§ 312 Aufträge an die Gesellschaft für Telematik

In § 312 werden weitere Aufträge an die gematik vergeben. Die BAGFW wiederholt ihr Petikum zum PDSG, dass bei den Leistungen in Absatz 2 auch die Haushaltshilfe nach § 24h und § 38 SGB V Berücksichtigung finden müssen. Des Weiteren müssen auch die ambulanten Hospizdienste nach § 39a Absatz 2 und nicht nur die stationären Hospize bei den Leistungserbringern berücksichtigt werden.

Wir begrüßen, dass der Auftrag, bis zum 30. Juni 2022 Komponenten und Dienste für den Zugang zur TI zur Verfügung zu stellen, neben stationären auch mobile Zugangsmöglichkeiten umfasst, die gerade für die ambulante Pflege essentiell sind, wofür auch die Begründung hinweist.

Der Auftrag, bis zum 1. Oktober 2023 Maßnahmen für den Austausch medizinischer Daten in Text, Dateien, Ton und Bild sowie Videokonferenzen zu ermöglichen, wird begrüßt. Er ist jedoch um pflegerische Daten zu erweitern. Ermöglicht wird damit der Austausch zwischen Versicherten und Leistungserbringern, zwischen (mehreren) Leistungserbringern und zwischen Versicherten und Krankenkasse. Es fehlt jedoch an einem Auftrag, auch die daraus resultierenden Abrechnungsverfahren sicher über die TI vornehmen zu können. Dieser Auftrag ist in § 312 Absatz 1 Satz 1 in einer eigenen Nummer 8 n.F. i.V. mit Absatz 7 nun ergänzt worden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass dieser Schritt zwingend notwendig ist, um den elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) umzusetzen. Für die Pflegedienste essentiell ist eine lückenlose sichere digitale Kommunikation vom Ausstellen einer HKP-Verordnung, der Übermittlung an den Versicherten und den Pflegedienst, über die Genehmigung bis hin zur Abrechnung und zum Ausstellen von Folgeverordnungen. Das wäre ein wirksamer Schritt zur dringend notwendigen Entlastung der Pflegekräfte durch Entbürokratisierung.

Wir weisen im Rahmen dieser Kommentierung der Aufträge der gematik nochmals darauf hin, dass die Pflegekräfte schnellstmöglich Zugang zum elektronischen Heilberufsausweis erhalten müssen. Im PDSG (§ 340 Absatz 1) wurde geregelt, dass die Länder die Stellen für die Ausgabe der Heilberufsausweise sowie die Stellen, die für die Ausgabe der Komponenten zur Authentifizierung für die Leistungserbringereinrichtungen zuständig sind, bestimmen. Da es für die Pflegeberufe bisher noch keinen Heilberufsausweis gibt, sah das PDSG vor, dass die Pflegeeinrichtungen die SMC-B Card durch Vorlage ihres Versorgungsvertrags von der ausgebenden Stelle erhalten können, und zwar längstens bis zum 30.6.2022. Sinnvoller wäre es jedoch, für die Pflege zu regeln, dass die Ausgabe der SMC-B bis zum Aufbau der eGBR (elektronischen Gesundheitsberuferegister) den Landesverbänden der Krankenkassen übertragen wird, denn ihnen liegen die Versorgungsverträge der Pflegeeinrichtungen vor. Sie könnten gleichzeitig sowohl als ausgebende als auch als attributbestätigende Stelle fungieren.

Änderungsbedarf:

In Absatz 2 sind die Leistungen nach den §§ 24h, 37a,38 und 39a zu ergänzen.

In Absatz 2 Nr. 16 sind nach den Wörtern „medizinische Daten“ die Wörter „und pflegerische Daten“ zu ergänzen.

§ 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Die elektronische Patientenakte, welche ab 2023 die Notfalldaten enthalten soll, die dann nicht mehr auf der eGK abgespeichert sind, wird in die Anwendungen aufgenommen. Wir wiederholen in diesem Zusammenhang unser Petition, dass neben den Hinweisen zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten auch ein Hinweis Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V in die Anwendungen aufgenommen werden soll.

Änderungsbedarf:

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

§ 336 Zugriffsrechte der Versicherten – Sicherer Zugang zur persönlichen Identifikationsnummer der eGK

Durch § 358 wird die elektronische Patientenkurzakte eingeführt, die bis zur Einführung der ePA als Speicherort für die Notfalldaten dienen soll. Die Zugriffsrechte der Versicherten auf diese neue Patientenakte sind in § 336 geregelt. Es ist mit Blick auf die große Gruppe von pflegebedürftigen Menschen, aber auch anderen Patient/innen, für die eine Betreuungs- oder Vorsorgevollmacht vorliegt, positiv zu bewerten, dass die Betreuer/innen oder Bevollmächtigten die PIN für die Patientenkurzakte und vor allem auch der elektronischen Gesundheitskarte oder deren PIN im Postidentverfahren überstellt bekommen. Die BAGFW bewertet auch positiv, dass im Kabinettsentwurf die persönliche Entgegennahme der elektronischen Gesundheitskarte oder deren PIN durch die Einrichtungsleitung entfallen ist; dies ist ein Beitrag zur Entbürokratisierung und zur Entlastung von Pflegebedürftigen, für die eine Betreuung oder Vollmacht vorliegt.

§ 337 Recht der Versicherten auf Verarbeitung von Daten sowie auf die Erteilung von Zugriffsberechtigungen auf Daten

Auf Verlangen haben die Leistungserbringer Daten aus dem Medikationsplan und Notfalldatensatz zu löschen. Das 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. Zusätzlich ist eine Kennzeichnung einzuführen, die anzeigt, dass Daten oder Angaben für die jeweils Zugriffsberechtigten nicht vollständig sichtbar sind.

Positiv zu bewerten sind die im Kabinettsentwurf neu vorgesehene Möglichkeit, dass Versicherte persönliche Eintragungen zu den U-Untersuchungen und zum Mutterpass in der ePA und zu Hinweisen auf das Vorliegen von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Erklärungen zur Organspende in der Patientenkurzakte vornehmen können.

Änderungsbedarf:

In Satz 1 des Absatzes 2 ist die Nummer 6 (elektronische Verordnungen) zu streichen.

§ 338 Komponenten für die Wahrnehmung der Versichertenrechte

Es sollte klargestellt werden, dass ein Zugriff auf stationäre Endgeräten bei den Krankenkassen gemäß § 338 auch für Personen gelten sollte, die bereits über eine elektronische Patientenakte verfügen, aber aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr versichert sind (Nichtversicherte), denn gerade diese in Armut lebende Personengruppe wird oft nicht über ein Smartphone verfügen.

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.“

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

Es wird begrüßt, dass die Leistungserbringer künftig neben den kartengebundenen Heilberufs- und Berufsausweisen auch eine digitale Identität erhalten können, so wie das für die Ärzte bereits heute im Rahmen von Videosprechstunden möglich ist und auch für die Videosprechstunden, an denen andere Gesundheitsfachberufe beteiligt sind, vonnöten ist.

Da es für die Pflegeberufe bisher noch keinen Heilberufsausweis gibt, ist vorzusehen, dass die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen nicht nur attributbestätigende, sondern auch ausgebende Stelle für die SMC-B sind, bis der Aufbau des elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR) abgeschlossen ist.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu formulieren: „Berechtigt im Sinne von Satz 1 Nummer **3 und 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 erbracht werden.“

§ 341 Elektronische Patientenakte

Die Möglichkeit, dass Patient/innen auf ihren Wunsch und mit ihrer Einwilligung künftig auch Dispensierinformationen aus eingelösten Arzneimittelverordnungen über eine sichere Schnittstelle automatisiert in die ePA übertragen können, erleichtert Patient/innen das tägliche Medikationsmanagement, insbesondere wenn sie mehrere Medikamente einnehmen und gibt auch wichtige Informationen zum Verlauf der Gabe des jeweiligen Arzneimittels.

Über die ePA muss vollumfassend barrierefrei informiert werden. Es muss daher 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 des Weiteren 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. 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.

Wir begrüßen, dass im Kabinettsentwurf unserem Petitem, in die ePA Daten zu einen weiteren präventiv ausgerichteten Leistungsbereich aufzunehmen, nämlich den strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (DMP) (§ 137f) Rechnung getragen wurde. Ergänzt werden müssen jedoch noch die Angebote der Selbsthilfe (§ 20h SGB V).

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 werden folgende neue Nummern eingefügt:

„Informationen zu den Angeboten der Selbsthilfe nach § 20h“

„Daten zu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen nach § 1901a BGB sowie zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß 132g“

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

§ 352 Verarbeitung von Daten in der ePA durch Leistungserbringer – Heilmittelerbringer

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich dafür eingesetzt, dass alle Heilmittelerbringer und nicht nur die Physiotherapeut/innen an die TI angeschlossen werden und diesbezügliche Daten in der ePA für die Versicherten nutzbar werden. Dieser Schritt wird mit dem DVPMG vollzogen und wird nachdrücklich begrüßt.

Wir weisen erneut auf zwei Lücken hin:

- Pflegekräfte sollten auch schreibenden Zugriff auf den Medikationsplan erhalten, denn gerade sie 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.

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

Änderungsbedarf:

In § 352 Nummer 7 sind nach „Psychotherapeuten“ die Wörter „und Psycholog/innen“ zu ergänzen.

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)“.

§ 355 Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte

Mit dem neuen Absatz 2b wird die KBV bis zum 31. Dezember 2022 verpflichtet, auch die notwendigen semantischen und syntaktischen Festlegungen der pflegerischen Daten gemäß § 341 Absatz 2 Nummer 10 für die Übertragung in die ePA festzulegen. Es ist zu begrüßen, dass in den Prozess auch die laufenden Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben nach § 125 SGB XI einfließen müssen. Die Bundesverbände der Pflege sind im Prozess nach § 355 ins Benehmen zu setzen. Die Gesetzesbegründung weist auf die hohe Bedeutung dieses Benehmensprozesses hin. Wir wiederholen an dieser Stelle unser Petitum aus der Stellungnahme zum PDSG, im Gesetzestext selbst klarzustellen, dass bei den Bundesverbänden der Pflege nicht nur die Berufsverbände gemeint sind, sondern die maßgeblichen Bundesvereinigungen der Träger Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; diese sind ausdrücklich im Gesetzestext zu erwähnen.

Änderungsbedarf:

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

„den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und den maßgeblichen Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“

§ 360 Übermittlung vertragsärztlicher Verordnungen in elektronischer Form

Zunächst begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass in § 360 ausdrücklich die Übermittlung der Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 sowie von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c normiert werden. Dies ist für die ambulanten Pflegeeinrichtungen von eminenter Bedeutung. Nachdem die Gematik in § 312 den Auftrag erhalten hat, bis zum 30.6.2022 die dafür erforderlichen Maßnahmen zu treffen, ist es unverständlich, warum die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung erst zum 1.7.2024 erfolgen soll. Auch der Anschluss der ambulanten Pflegeeinrichtungen zum 1.1.2024 muss vorgezogen werden. Vorgeschlagen wird

der 1.1.2023. Gemäß § 106b SGB XI haben die Pflegeeinrichtungen schon heute ein Recht, an die TI angeschlossen zu werden.

Die BAGFW mahnt an, dass die Prozesse zur Integration der elektronischen Verordnungen von Soziotherapie und Hilfs- und Heilmitteln, die erst ab dem Jahr 2025 bzw. 2026 vorgesehen wird, früher erfolgen müssen.

Änderungsbedarf:

In Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 sind die Wörter „1. Januar 2024“ durch die Wörter „1. Januar 2023“ zu ersetzen; zu ergänzen sind zudem „Leistungen nach § 37b“.

In Absatz 3 Satz 1 sind die Wörter „Verordnungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b“ zu ergänzen.

§ 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastruktur

Zu den Dispensierinformationen haben wir oben schon ausgeführt.

Des Weiteren ist in § 361 ergänzend zu regeln, dass alle in Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eingebundenen Berufsgruppen eines multiprofessionellen Reha-teams Zugriffsrechte auf ärztliche Verordnungen erhalten müssen.

Änderungsbedarf:

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“.

§§ 365, 366 Videosprechstunde

Es wird positiv bewertet, dass bei der Fortentwicklung der Vereinbarung zur Videosprechstunde die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV die Einbeziehung von APPs auf mobilen Endgeräten berücksichtigen sollen.

§ 380 Finanzierung der den Hebammen, Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, Hilfsmittelerbringern, zahntechnischen Laboren sowie Erbringern von Soziotherapie nach § 37a entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

§ 380 legt die Grundsätze der Finanzierungsvereinbarung für den mit diesem Gesetz erfolgenden und von uns geforderten Anschluss der Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Soziotherapeut/innen fest. Mit Nachdruck begrüßen wir, dass die Leistungserbringer von häuslicher Pflege bei Schwangerschaft nach § 24g, von häuslicher Krankenpflege, SAPV, Intensivpflege, Hospizen und Kurzzeitpflege, sofern sie keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI, sondern nur nach dem SGB V haben, in die Finanzierungsverordnung aufgenommen wurden, wie von uns gefordert. Zu ergänzen sind die Leistungserbringer von Haushaltshilfe nach den §§ 38 und 24h (bei Schwangerschaft) SGB V.

Änderungsbedarf:

In Absatz 2 Nummer 4 sind in der Aufzählung die Leistungserbringer nach §§ 24h und 38 zu ergänzen.

§ 395 Nationales Gesundheitsportal

Die BAGFW hatte sich schon bei den vorausgehenden Digitalisierungsgesetzen für den Aufbau eines Nationalen Gesundheitsportals eingesetzt, und begrüßt, dass das Portal nun errichtet und im September 2020 freigeschaltet wurde. Positiv bewertet wird, dass das Portal ausdrücklich auch pflegebezogene Informationen zur Verfügung stellen soll. Wir machen darauf aufmerksam, dass pflegebezogene Informationen auch zu den gesundheitsbezogenen Informationen zählen und somit die Formulierung in Absatz 1 entsprechend angepasst werden sollte. Positiv bewertet wird auch, dass das Portal barrierefrei zugänglich sein soll. Die Informationen sollten zudem nicht nur in allgemein verständlicher, sondern in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden.

Absatz 1 sollte jedoch im Gesetzestext ausdrücklich benennen:

- dass das grundlegende Ziel die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten unter Zugrundelegung von public-health-Ansätzen ist. Besonders im Blick sein müssen die Bedarfe vulnerabler Gruppen wie chronischer kranker Menschen, älterer Patient/innen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, Menschen mit Migrationshintergrund
- dass die Inhalte sich nicht auf Diagnosen, Krankheitsbilder, Krankheitsursachen und Therapieansätze und Präventionsmaßnahmen beschränken dürfen, wie in der Begründung ausgeführt, sondern dass das Portal Ansätze zur Schaffung gesundheitsförderlicher Settings beschreibt.
- Nutzungsmöglichkeiten digitaler Angebote
- Aufklärung über die Patientenrechte
- Informationen über Beratungsangebote, Case-Management, Lotsenfunktionen, um den Versicherten Versorgungspfade aufzuzeigen
- Bestehende Patientenleitlinien
- Verzeichnisse für digitale Gesundheitsanwendungen und digitale Pflegeanwendungen
- Eine Übersicht über die Krebsberatungsstellen, die durch die Krankenversicherung gefördert werden
- Eine Liste zur Suche nach Hebammen und Entbindungspflegern des GKV-Spitzenverbands
- Informationen zum Angebot und Zugang zu den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen
- Allgemeine Informationen über Selbsthilfe sowie niedrigschwellige passgenaue Informationen zu Angeboten der Selbsthilfe, möglichst mit direktem Zugang zu den entsprechenden Bundesorganisationen der Selbsthilfe über die bereitgestellten diagnosespezifischen Informationen
- Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung i.S. von § 32 SGB IX

Die Informationen, die das Nationale Gesundheitsportal zur Verfügung stellen soll und die in Absatz 2 als Arztpraxis bezogene Informationen ausgestaltet werden, müssen deutlich erweitert werden, damit das Portal Funktion und Wirkung entfaltet.

Die in Absatz 2 genannten Daten über Arztpraxen wie Name, Adresse, Sprechstundenzeiten, Fachgebiet (ggf. Schwerpunkt) finden sich in aller Regel bereits im Internet und generieren somit keinen Mehrwert. Positiv ist, dass grundsätzlich Daten zur Barrierefreiheit der Praxen von den KVen über die KBV ans Portal übermittelt werden müssen. Wir begrüßen, dass im Kabinettsentwurf der Begriff der „barrierefreien Erreichbarkeit“ der Arztpraxis präzisiert wurde, indem er durch „Zugangsmöglichkeit von Menschen mit Behinderung“ ersetzt wurde. In der Begründung ist aufzunehmen, dass es – in einem ersten Schritt - hierfür eine klare Information darüber geben muss, ob die Praxis baulich und räumlich barrierefrei zugänglich ist. Es sollte auch eine Information geben, ob die Praxis durch angemessene Vorkehrungen, wie z.B. geeignete Untersuchungsstühle auf Patient/innen mit Behinderung vorbereitet ist.

Es sei hier generell ergänzend angemerkt, dass die UN-Behindertenrechtskonvention die Vertragsstaaten in Artikel 25 verpflichtet, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitswesens sicherzustellen. Vielfach sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens zwar baulich, technisch, räumlich, aber personell und kommunikativ nur unzureichend auf die Belange und Bedarfe dieser Menschen eingestellt. So muss der Arzt-Patienten-Dialog in leichter Sprache erfolgen können und bei Bedarf sollten Kommunikationshilfen eingesetzt werden können. Für die Aufklärung und Fragen des Patienten sollte mehr Zeit zur Verfügung stehen. Diese Aspekte müssen in der medizinischen Ausbildung stärker berücksichtigt werden. Da die Arztpraxen verpflichtet sind, die in den Nummern 1 bis 6 genannten Daten an die KVen zu übermitteln, ist auch nicht nachvollziehbar, warum die Versicherten nur „auf Suchanfrage“ die entsprechenden Informationen aus dem Portal erhalten sollten.

Angesichts der Tatsache, dass das Portal auch pflegerische Informationen zur Verfügung stellen soll, erstaunt, dass die KBV als einzige Organisation genannt ist, die Informationen ans Portal abgeben soll. Dies kann nur ein allererster Schritt sein. Das Portal soll aus Sicht der BAGFW grundsätzlich evidenzbasierte, werbefreie und nicht-kommerzielle Gesundheitsinformationen, welche auch pflegerische Informationen umfassen, bündeln, um wirklich einen patientenbezogenen Nutzen zu entfalten. Ziel des Portals muss es sein, die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken. Wesentlich dazu gehören auch Informationen zu den DiGas und den künftig zu erstellenden DiPas; deren Verzeichnisse sollten im Gesundheitsportal geführt werden. Grundsätzlich müssen auch die Informationen anderer Gesundheitsakteure, wie z.B. der Krankenhäuser oder der Therapeut/innen etc. im Portal zur Verfügung gestellt werden.

Für die Erstellung pflegerischer Informationen müssen die Berufsverbände der Pflege sowie die maßgeblichen Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen verantwortlich sein. Es ist daher eine Struktur z.B. in Form eines Beirats zu schaffen, die alle für die Erstellung von relevanten medizinischen und pflegerischen Informationen verantwortlichen Akteure einbezieht.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 soll um die oben genannten Inhalte ergänzt werden.

In Absatz 2 Satz 2 sollen die Wörter „auf Suchanfragen der Nutzer“ gestrichen werden.

§ 408 Anpassung der Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung

Mit dem § 408 SGB V sollen Regelungen zur Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung neu gefasst werden (Art. 1 Rn. 83 DVPMG-E). Dies dient der Korrektur mehrerer redaktioneller Versehen aufgrund sich überschneidender Gesetzgebungsverfahren. Die Verbände der BAGFW möchten diese Änderung noch einmal zum Anlass nehmen, auf die Problematik einzugehen, die dieser Regelung zu Grunde liegt und eine Anpassung der Regelungen zur Bestandsbereinigung zu fordern.

Mit dem im GKV-VEG wurden mit Inkrafttreten ab dem 1.1.2019 Möglichkeiten für die Krankenkassen zur Mitgliederbereinigung geschaffen. Davon sind Personen betroffen, die vor der Gesetzesänderung gemäß § 188 Abs. 4 SGB V a.F. mit dem Ende einer bestehenden Versicherungspflicht in die obligatorische Anschlussversicherung kamen und bleiben. Seit der Gesetzesänderung entsteht die Anschlussversicherung gar nicht (§ 188 Abs. 4 S. 4 SGB V) oder endet rückwirkend (§ 191 Nr. 4 SGB V), wenn die Krankenkasse weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds feststellen kann.

Betroffen sind davon Wohnungslose, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort nicht ermittelt werden kann, und vor allem ausländische EU-Bürger/innen. Viele Betroffene fallen zwar zumindest unter die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sobald sie sich wieder bei der Krankenkasse melden. Das gilt aber nicht für jene ausländischen EU-Bürger/innen, die zu diesem Zeitpunkt als wirtschaftlich nicht aktiv gelten – also nicht (mehr) als erwerbstätig und auch nicht (mehr) arbeitsuchend gelten. Sie sind gem. § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V aus der Auffangversicherung ausgeschlossen. Und auch die Aufnahme in eine freiwillige Versicherung wird ihnen (ohne gesetzliche Grundlage) in der Regel verwehrt.

Die Verbände der BAGFW haben 2018 problematisiert¹, dass so ein neuer Personenkreis geschaffen wird, der in Deutschland ohne Krankenversicherung lebt. Nach den Erfahrungen aus der Praxis hat sich diese Befürchtung bestätigt.

Das Anliegen der Krankenversicherung ihre Mitgliederbestände zu bereinigen, darf nicht dazu führen, dass EU-Bürger/innen aus dem KV-Schutz herausfallen, die diesen bereits einmal hatten.

Änderungsbedarf:

Wir fordern eine Ruhendstellung der Mitgliedschaft und schlagen folgende Lösung vor: § 188 Abs. 4 SGB V und ein neuer § 191a SGB V werden so formuliert, dass die jeweiligen Mitgliedschaften nicht enden, sondern ruhend gestellt werden. Sie leben dann wieder auf, wenn die Betroffenen sich wieder bei der KV melden.

Damit werden auch die Interessen der KVn berücksichtigt: Eine Ruhendstellung bedeutet, dass in dieser Zeit keine Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis hergeleitet werden können. Daher sind die Personen, deren Mitgliedschaften ruhend gestellt werden, während dieser Zeit keine Versicherten im Sinne von § 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

¹ Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) vom 26.09.2018 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Das gibt den Versicherungen auch die Möglichkeit, die Mitgliedskonten von „ungeklärten passiven“ Mitgliedern auf „ruhende“ Mitglieder umzustellen sowie von deren Beitragsschulden ab dem Tag der Ruhendstellung zu bereinigen.

Vorschlag einer Neuformulierung von §§ 188, 191 und 408 SGB V

In § 188 Absatz 4 wird nach Satz 4 wie folgt geändert:

„~~Satz 1 gilt nicht~~ **Die Mitgliedschaft wird ruhend gestellt**, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.“

§ 191 Nr. 4 wird gestrichen und folgender § 191a neu eingefügt:

§ 191a Ruhen der freiwilligen Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft wird ruhend gestellt mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.

In § 408 Bestandsbereinigung bei der freiwilligen Versicherung werden die (neuen) Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 wie folgt gefasst:

(2) Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sowie davon abgeleitete Familienversicherungen sind mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung ~~aufzuheben~~ **ruhend zu stellen**, wenn seit diesem Zeitpunkt die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben. **Während der Ruhendstellung sind diese Personen keine Versicherten im Sinne des § 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.**

(3) Für das Verfahren nach Absatz 4 und die Prüfung nach Absatz 5 melden die Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung und den mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen versichertenbezogen und je Berichtsjahr

1. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die nach Absatz 2 ~~aufgehoben~~ **ruhend gestellt** wurden, und

2. die Versichertentage der Mitgliedschaften und der davon abgeleiteten Familienversicherungen, die seit der letzten Datenmeldung nach § 30 Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung des betreffenden Berichtsjahres ~~aufgehoben~~ **ruhend gestellt** wurden und die die Kriterien des Absatzes 2 erfüllen.

Artikel 6 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 7a i.V. mit § 17 Absatz 1a Digitale Anwendungen bei der Pflegeberatung

Es ist durchaus zu begrüßen, dass die Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7a um digitale Anwendungen ergänzt wird. Darunter kann z.B. die Beratung mittels Videoübertragung verstanden werden. Insbesondere bei der in Satz 1 möglichen Einbeziehung von Angehörigen kann dies einen wirklichen Fortschritt darstellen. Es muss sichergestellt werden, dass sich der Begriff „digitale Anwendung“ nicht auf KI-reduzierte Formate beschränkt. Denn der neue Satz 6 besagt, dass bei Beratung im Wege der digitalen Anwendung der Anspruch auf „sonstige“ individuelle Beratung nach diesem Buch unberührt bleibt, was darauf hinweist, dass die neue digitale Beratung die bisherige individuelle Beratung ersetzen könnte. Das Wort „sonstige“ ist zu streichen.

Die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a Satz 4 sollen entsprechend um die digitalen Anwendungen im Einvernehmen mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten bis zum 31.12.2021 angepasst werden. Wir wiederholen unser Petition, dass an diesen Pflegeberatungsrichtlinien zum elektronischen Versorgungsplan neben dem MDS, der KBV, den kommunalen Spitzenvereinigungen auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen sind, da der Versorgungsplan auch die pflegerischen Hilfen umfasst.

Änderungsbedarf:

§ 7a Absatz 2 Satz 3 neu ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 **und nach Satz 1** durch barrierefreie Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Falle der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden.“

Der neue Satz 6 wird wie folgt formuliert:

„Erfolgt die Beratung nach Satz 2 im Wege digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine sonstige individuelle Beratung **nach Absatz 1 Satz 1** ~~nach diesem Buch~~ unberührt.“

§ 17 Absatz 1a Satz 4 ist wie folgt zu ergänzen:

„Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der Länder, der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** bis zum 31.7.2020 [Datum bereinigen] die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitliche Struktur eines elektronischen Versorgungsplans nach § 7a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen der Kommunen sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der erforderlichen technischen Festlegungen.“

§§ 39a, 40a, 40b, 78a i.V. §§ 75, 89 und 120 Pflegerische Unterstützungsleistungen, Digitale Pflegeanwendungen und Verträge über Digitale Pflegeanwendungen, Verzeichnis digitaler Pflegeanwendungen, Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI, Vergütungsregelungen ambulante Pflege und Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Die §§ 39a, 40a, 40b und 78a SGB XI i.V. mit §§ 75, 89 und 120 SGB XI werden wegen ihres Gesamtzusammenhangs hier zusammenhängend kommentiert.

Die BAGFW begrüßt die Einführung digitaler Pflegeanwendungen, die ergänzend zu den digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V spezifisch für den Bereich der pflegerischen Anwendungen in Anspruch genommen werden können und vor allem auch die Regelung, dass die pflegebedürftigen Menschen diese Anwendungen auch in Interaktion mit Angehörigen oder zugelassenen ambulanten Pflegediensten in Anspruch nehmen können. Da hochaltrige pflegebedürftige Menschen der gegenwärtigen Generationen in sehr unterschiedlicher Weise technikaffin oder technikgewohnt sind und auch künftige digital erfahrene Generationen wegen kognitiver oder anderer Einschränkungen auf Unterstützung angewiesen sein können, ist dies eine sehr wesentliche Voraussetzung für eine effektive Nutzung.

Unklar ist jedoch, worin sich die künftigen digitalen Pflegeanwendungen (DiPas) von den jüngst im GPVG neu geregelten „Pflegehilfsmitteln auf der Grundlage digitaler Technologien“ gemäß § 78 Absatz 2 Satz 4 SGB XI sowie von den ebenso in der Neufassung GPVG im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 11 so bezeichneten digitalen und technischen Assistenzsystemen unterscheidet. Auch die Gesetzesbegründung zu § 139 Absatz 11 spricht ausdrücklich in diesem Zusammenhang von technischen Innovationen „in der (Pflege)-Hilfsmittelversorgung...die einen Bezug zu technischen und digitalen Assistenzsystemen“ aufweist. Dass es sowohl bei den Pflegehilfsmitteln als auch bei den neuen DiPas zu Überschneidungen zu den Hilfsmitteln nach SGB V bzw. den DiGas (doppelfunktionale Hilfsmittel, doppelfunktionale digitale Anwendungen) kommen kann, kommt sowohl in den Neuregelungen des GPVG zu § 78 Absatz 2 als auch im vorliegenden Gesetzentwurf in § 40a SGB XI sowie in § 78a Absatz 2 Satz 2 zum Ausdruck. Der Gesetzgeber sollte für Rechtsklarheit sorgen, wann eine digitale Unterstützung ein digitales Pflegehilfsmittel und wann eine digitale Pflegeanwendung darstellt. Die Pflegehilfsmittel auf der Grundlage digitaler Technologie sind dann im Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 Absatz 2 SGB XI zu verorten, die DiPas im Verzeichnis nach § 78a SGB XI. Die ergänzende Unterstützungsleistung bei Nutzung von DiPas nach § 39a und der Leistungsanspruch nach § 40b in Höhe von 50 Euro monatlich sollte sowohl für die DiPas als auch für die Pflegehilfsmittel auf der Grundlage von digitaler Technologie den Versicherten zur Verfügung stehen, denn in beiden Fällen brauchen die Versicherten im Einzelfall Unterstützung.

Außerdem wurde im Gegensatz zum Referentenentwurf eine Ergänzung in § 120 Abs. 3 SGB XI eingefügt, mit der Folge, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen nach vorab und bei jeder wesentlichen Änderung auch der Vergütungen der ergänzenden pflegerischen Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von DiPas bezüglich der von ihm dadurch selbst zu tragenden Kosten zu informieren hat. Da es zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine anerkannten DiPas gibt, ist es jedoch schwierig, den Unterstützungsbedarf einzuschätzen.

Insgesamt halten wir die Begrenzung, die auch noch mit dem Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf von 60 auf 50 Euro monatlich reduziert wurde, für nicht nachvollziehbar. Auch die Gesetzesbegründung liefert hierfür keine Berechnungsgrundlage. Um die Regelung praktikabel zu machen, regt die BAGFW bezüglich der Höhe der Kostenerstattung für die Unterstützungsleistung bei den DiPas an, die Leistungshöhe nochmals zu prüfen, sobald die ersten DiPas auf dem Markt sind.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sind zwar der Auffassung, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte keine Kernkompetenzen im Bereich von pflegerischen Anwendungen hat, da diese im Unterschied zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGas) keine Medizinprodukte darstellen, halten aber aufgrund der Parallelität der Zulassungsverfahren von DiGas und DiPas die Führung des Verzeichnisses beim BfArM für plausibel. Es ist nachdrücklich zu begrüßen, dass dieses Verzeichnis nach § 78a Absatz 3 Satz 1 barrierefrei zugänglich sein muss.

Das vom BfArM zu errichtende Verzeichnis muss jedoch, ebenso wie das Verzeichnis der DiGas nach § 139e barrierefrei zur Verfügung gestellt werden und bei seiner Errichtung sind sowohl Kriterien der barrierefreien Zugänglichkeit als auch die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vorzusehen.

Da das BfArM keine Kompetenzen hat, den pflegerischen Nutzen einer digitalen Pflegeanwendung und auch Art, Inhalt und Umfang der pflegerischen Unterstützungsleistung festzustellen, sollte ein Beirat beim BfArM gegründet werden, in dem vor allem die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gemäß § 118 SGB XI sowie die Bundesverbände der Träger der Pflegeeinrichtungen vertreten sein sollten.

Der Gesetzentwurf wurde im Gegensatz zum Referentenentwurf in den §§ 75 und 89 SGB XI nachgebessert. Die ist grundsätzlich zu begrüßen. Somit ist nun in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI das jeweilige Qualifikationsniveau der Pflegekräfte, die diese Leistung erbringen dürfen, festzulegen. Allerdings erachten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege das Verfahren der Vergütungsfindung durch die Vertragspartner nach § 89 SGB XI, nicht für praktikabel. Dies würde ausweislich der Gesetzesbegründung bedeuten, dass bei jeder Entwicklung einer DiPa die Vergütung für die jeweils für erforderlich gehaltene pflegerische Unterstützungsleistung neu verhandelt werden müsste. Für die pflegerischen Unterstützungsleistungen, die von den pflegerischen Maßnahmen abzugrenzen sind, muss es eine Zeitvergütung geben. Diese ist in den Landesrahmenverträgen nach § 75 i.V. festzulegen und nach § 89 SGB XI zu verhandeln.

Spätestens an dieser Stelle gilt es zu monieren, dass die Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, von der Versorgung mit DiPas ausgeschlossen bleiben, denn der Rechtsanspruch besteht nur für die Versorgung im ambulanten Bereich. Diese Diskriminierung ist nicht hinnehmbar.

Nach wie vor besteht auch keine Finanzierungsmöglichkeit für den Einsatz von Robotik, da die Fördermöglichkeiten nach § 8 Absatz 8 nur gegeben sind, sofern Pflegekräfte entlastet werden. Generell verweisen wir auch darauf, dass die Förderung

nach § 8 Absatz 8 auch wegen des hohen Eigenanteils von 60 Prozent nur schleppend in Gang kommt.

Änderungsbedarf:

§ 39a Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

”
In § 39a Satz 1 sowie in § 40a Absatz 1 Satz 1 ist jeweils das Wort „ambulante“ zu streichen.

§ 75 SGB XI ist in Absatz 2 Nummer 1a ist wie folgt zu formulieren

„1a. ~~bei häuslicher Pflege~~ den Inhalt der ergänzenden Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen,“

Die Änderungen in § 120 Absatz 3 Satz 1 sind ersatzlos zu streichen.

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen

In Absatz 4 Satz 3 ist um Nummer 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„**1a. Barrierefreiheit und Zugänglichkeit der Menschen mit Behinderung**“

Folgender Satz ist anzufügen:

„**In Hinblick auf die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen sind die, sowie die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen zu beteiligen.** Der Nachweis einer angemessenen Patient_innenbeteiligung sollte Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit sein. (...)

C. Ergänzender Änderungsbedarf

1. Digitale Durchführung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI

Nach Auffassung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind auch die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 um digitale Anwendungen zu ergänzen, Darunter kann z.B. die Beratung mittels Videoübertragung verstanden werden wie sie gegenwärtig nach § 148 SGB XI auch auf Wunsch des Versicherten durchgeführt werden kann. Diese pandemiebedingte Regelung ist zu verstetigen. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass bei Nutzung der Beratung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die Erstberatung durch den Pflegedienst nicht digital stattfinden sollte.

Änderungsbedarf:

In § 37 Absatz 3 ist nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 einzufügen:

„Auf Wunsch des Pflegebedürftigen kann die Beratung auch digital oder per Videokonferenz durchgeführt werden, wenn die oder der Pflegebedürftige das wünscht und die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach Stand der Technik gewährleistet sind.“

2. Digitale Durchführung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI

Auch die Pflegekurse für ehrenamtliche Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen sind um digitale Anwendungen zu ergänzen. Bereits jetzt nutzen pflegende Angehörige die online Angebote der Pflegekassen und der ambulanten Pflegedienste. Diese sind explizit in den Gesetzestext des § 45 SGB XI aufzunehmen.

Änderungsbedarf:

§ 45 Absatz 1 Satz 3 ist wie folgt zu ergänzen:

„Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt oder **auch mittels digitaler Anwendungen, die den Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.**“

Berlin, 08.04.2021

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

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

Erika Stempfle (erika.stempfle@diakonie.de)

Dr. Tomas Steffens (tomas.steffens@diakonie.de)