



Wortprotokoll der 152. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. April 2021, 14:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz – DVPMG)

BT-Drucksache 19/27652

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur
Ausschuss Digitale Agenda
Haushaltsausschuss

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung



Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

nicht redigierte Fassung



Beginn der Sitzung: 14:34 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Ausschuss für Gesundheit, unserer 152. Sitzung, die wieder in einer Mischung aus Präsenz- und Online-Meeting mit den Sachverständigen stattfindet. Vorab möchte ich die Sachverständigen bitten, und alle anderen Teilnehmer auch, sich einzuwählen mit Namen, damit wir das auch als Teilnahme im Protokoll vermerken können. Ich darf alle bitten, das Mikrofon zunächst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. In der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege. Angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen und in der Pflege möchte die Bundesregierung eine effiziente und qualitativ gute Versorgung der Versicherten sicherstellen. Das große Potenzial der Digitalisierung soll weiter ausgeschöpft werden. Dazu müssen die umfangreichen Regelungen, die der Gesetzgeber bereits getroffen hat, an aktuelle Entwicklungen angepasst und um neue Ansätze ergänzt werden. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Voraussetzungen geschaffen, um die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen auszubauen. Außerdem wird ein neues Verfahren zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen geschaffen und die Möglichkeiten und Vorteile der elektronischen Patientenakte weiter ausgebaut. Diese spannenden Vorhaben werden wir in den kommenden eineinhalb Stunden mit unseren Experten diskutieren. Hier noch einige Informationen zum Ablauf der Anhörung. Die Anhörung wird insgesamt 90 Minuten dauern. Diese 90 Minuten sind nach Fraktionsstärke aufgeteilt: CDU/CSU 31 Minuten, SPD 20 Minuten, AfD 11 Minuten, FDP 10 Minuten und DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten. Ich darf darum bitten, dass Fragen und Antworten möglichst kurz gefasst werden, Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Das ist wichtig für diejenigen, die uns online folgen oder später im

Parlamentsfernsehen die Anhörung ansehen, damit sie wissen wer Fragen gestellt und wer sie beantwortet hat. Sobald der Redebeitrag beginnt, sind die Sachverständigen auf unserem Videowürfel hier im Saal zu sehen. Mobiltelefone sollten abgeschaltet sein. Ein Klingeln kostet fünf Euro, haben wir heute in der Ausschusssitzung schon ausprobiert, funktioniert, wird auch sofort kassiert. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Ich danke denjenigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, und dann können wir jetzt mit der Anhörung beginnen. Den ersten Frageblock gestaltet die CDU/CSU-Fraktion, und die erste Frage stellt Michael Henrich.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich möchte mich bei den Sachverständigen ganz herzlich für die Teilnahme bedanken und fange mit der ersten Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Werner an. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Voraussetzung dafür geschaffen werden, die elektronische Patientenakte weiterzuentwickeln. Ich würde gerne von Ihnen wissen, wie Sie, aus Sicht der Krankenhäuser, das Potential der elektronischen Patientenakte für eine Verbesserung der Versorgungsqualität beurteilen?

ESV **Prof. Dr. Jochen A. Werner**: Ich bin ärztlicher Direktor der Universitätsmedizin Essen. Ich selbst bin davon überzeugt, dass die Versorgungsqualität durch die elektronische Patientenakte verbessert wird, weil diese eben nicht an einen Sektor oder eine Institution gebunden ist, sondern in der Verantwortung der Patientinnen und Patienten übergreifend geführt wird. Dies wird auch durch die Unterstützung von internationalen Standards und die geplanten europäischen Nutzungsmöglichkeiten begünstigt. Es ist aber meiner Ansicht nach wichtig, den Patientinnen und Patienten das Wissen über den Nutzen der elektronischen Patientenakte durch eine starke Öffentlichkeitsarbeit von Politik und den einzelnen Stakeholdern noch stärker zu vermitteln. Die Patientinnen und Patienten müssen verstehen, dass beispielsweise die Zustimmung zur Datennutzung für Studien extrem wichtig ist und in keinem Gegensatz zum Datenschutz steht. Die Daten der elektronischen Patientenakte müssen die einzelnen Leistungserbringerinnen und



-erbringer in strukturierter Form aufbereitet, nutzbar und auch austauschbar sein. In einem weiteren Schritt, und dieser ist von allerhöchster Bedeutung, müssen die Daten in die medizinische Forschung einfließen können, womit die auch heute noch überwiegende thematische Fokussierung vieler Forschungsprojekte an Universitätskliniken um ganz wichtige prä- und auch posthospitalen Informationen erweitern wird. Diesem Entwicklungsprozess darf ein übertriebener Datenschutz nicht entgegenstehen. Wenn Sie mit Ihrer Frage auf die Sicht der Krankenhäuser abzielen, dann ist das für uns natürlich von allerhöchster Wichtigkeit zum Zeitpunkt der Behandlung, besser aber schon vorher, möglichst alle notwendigen Informationen zu unseren Patientinnen und Patienten zu haben. Dies stärkt unsere Anstrengung, um eine bestmögliche Patientensicherheit, aber natürlich auch um eine exzellente Versorgungsqualität.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Barbara Klein. Mit dem Gesetz wird auch die Voraussetzung dafür geschaffen, sukzessive alle Akteure des Gesundheitswesens, also auch zum Beispiel die Pflegedienste, an die Telematik-Infrastruktur (TI) anzuschließen. Welche Chancen sehen Sie, in einer solchen Anbindung an die TI, etwa im Hinblick auf eine Entbürokratisierung, ein immer beschriebenes Phänomen, und Vereinfachung von Arbeitsabläufen?

ESVe **Prof. Dr. Barbara Klein**: Ich sehe das prinzipiell sehr positiv, insbesondere wenn damit das Ziel erreicht wird, dass eine durchgehende Vernetzung der relevanten Akteure hergestellt werden kann, weil damit kann man letztendlich die Prozesse durchgängig gestalten und die Versorgung insgesamt schneller und, meines Erachtens, auch qualitativvoller abwickeln, und insbesondere wenn man beispielsweise auch eine erweiterte Perspektive auf die Daten hat, und man beispielsweise auch Einblick in die medizinischen Daten bekommen könnte, wäre generell ein eher ganzheitlicher Blick auf die Pflegebedürftigen möglich, und könnte damit zu einer besseren Versorgungsqualität beitragen. Allerdings, wie es immer mit diesen technologischen Neuerungen ist, der Teufel steckt natürlich im Detail. Die Herausforderung wird sein,

dass letztendlich sowohl hardware- als auch softwaretechnisch man das Ziel erreichen sollte, dass alles möglichst wenig komplex ist, dass es keine aufwendige Bedienung ist oder ein schwieriges Einarbeiten, weil gerade auch kleinere Dienste nicht die Ressourcen haben werden, sehr viel Zeit in die Software oder insgesamt in die Technik zu investieren, das heißt, dazu werden letztendlich einfach zu bedienende Hard- und Softwarelösungen benötigt, Einfachheit anstelle von Komplexität. Der andere Punkt ist die Schnittstellenproblematik, die nach Möglichkeit keine Schnittstelle ist, sondern es tatsächlich ermöglicht, dass ein guter Zugriff und eine gute Bearbeitung und Verarbeitung der Daten möglich ist. Gerade auch für die kleinen ambulanten Dienste beispielsweise muss man ganz einfach sehen, dass die Kosten nach Möglichkeit so sind, dass sie es gut leisten können, mit diesen technologischen Entwicklungen Schritt zu halten.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich würde meine Frage wieder an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Werner richten. Und zwar soll mit dem Gesetz auch die Einführung einer digitalen Patientenkurzakte vorbereitet werden, die soll Hintergrundinformationen über wichtige Gesundheitsaspekte, wie medizinische Notfalldaten oder Allergien, liefern. Wie bewerten Sie dieses Vorhaben?

ESV **Prof. Dr. Jochen A. Werner**: Ich begrüße ausdrücklich die Abkehr von der kartengebundenen Anwendung hin jetzt zur Entwicklung einer digitalen Patientenkurzakte, auf der dann die wichtigsten, teilweise überlebenswichtigen Informationen zusammengefasst und gespeichert sind, ein relevantes Entscheidungskriterium zum tatsächlichen Nutzen der digitalen Patientenkurzakte als Instrument. In der Notfallsituation, das halte ich für sehr wichtig, in der bekanntermaßen jede Minute zählt, ist der sichere und vor allem schnelle Zugriff, der nicht durch komplizierte Authentifizierungsprozesse verzögert werden darf. Wird dieses Kriterium erfüllt, wird die digitale Patientenkurzakte die Versorgungsqualität in den verschiedenen Notfallszenarien optimieren können. Ebenfalls positiv bewerte ich die angedachte grenzüberschreitende Nutzung innerhalb der Europäischen Union über eine Interoperabilität der Gesundheitsdaten aus den Patientenkurzakt.



Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den ZVEI, an Herrn Bursig und an den bvitg, an Herrn Zilch. Der Gesetzentwurf sieht zahlreiche Neuerungen für die digitale Versorgung und Vernetzung der beteiligten Akteure vor. Meine Frage konkret: Wo sehen Sie in der Praxis die größten Potentiale und wie weit werden sie durch dieses Gesetz nutzbar gemacht?

SV **Hans-Peter Bursig** (Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e. V. (ZVEI)): Es ist sehr positiv, dass mit diesem Gesetz einzelne Maßnahmen stärker miteinander in Kontakt gesetzt und verknüpft werden. Ich schließe mich auch den Aussagen von Herrn Prof. Dr. Werner und Frau Prof. Dr. Klein an, wir brauchen ein umfassendes Informationsbild und die Maßnahmen dieses Gesetzes sind erste Schritte, ein solches Gesamtbild erzeugen zu können. Wir sind dort noch nicht, aber es ist definitiv ein Schritt in die richtige Richtung, und es ist auch sehr positiv, dass immer mehr einzelne digitale Anwendungen jetzt in die Regelversorgung übernommen und eingeführt werden, sei es, die digitale Anwendung für die Pflege, sei es auch eine vermehrte Hinführung von Patienten auf telemedizinische Angebote.

SV **Sebastian Zilch** (Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)): In der aktuellen Legislatur wurde so viel für die Digitalisierung in der Versorgung getan wie nie zuvor. Ich glaube, das können wir schon einmal feststellen. Wir sind trotzdem erst am Anfang der Reise, hin zu einem innovativen und zukunftsfähigen Gesundheitswesen. Die aktuelle Pandemie hat den Handlungsbedarf sehr deutlich aufgezeigt. Zum einen sind die Erhebung und der Austausch von standardisierten und vergleichbaren Daten dringend zu befördern. Die vorgesehenen Weiterentwicklungen im Bereich des Interoperabilitätsverzeichnis VESTA sind ganz wichtig, aber dass die Daten ausgetauscht würden reicht nicht, das heißt, sie müssen auch nutzbar sein, um fundierte Entscheidungen herbeizuführen. Vor dem Hintergrund möchte ich noch einmal daran appellieren, dass die Industrie eine Antragsmöglichkeit erhält, um im Forschungsdatenzentrum mitwirken zu können. Nicht zuletzt ist ganz wichtig, dass die Akzeptanz in der Bevölkerung für die Thematik weiter steigt, und damit meine ich die professionellen Anwendergruppen, aber auch Bürgerinnen und

Bürger, und das geschieht durch mehrwertstiftende Lösungen innovativer Unternehmen. Drei Punkte im Gesetz sind aus Sicht des bvitg ganz wichtig: Das Erste sind die Nutzungsmöglichkeiten telemedizinischer Leistungen. Telemedizinische Angebote wie die Videosprechstunde, das sind keine temporären Anwendungen zur Überwindung und Eindämmung der Pandemie, sondern wesentlicher Bestandteil moderner Gesundheitsversorgung. Insbesondere im Bereich der Heil- und Hilfsmittelerbringer können wir bereits sehen, dass diese Möglichkeiten sehr gerne wahrgenommen werden. Es bestehen aber weiterhin Limitationen bei der Vergütung und die müssen zeitnah aufgehoben werden. Aus unserer Sicht muss die Anschubfinanzierung um mindestens zwei Jahre verlängert werden, und die Obergrenze bei der Refinanzierung perspektivisch abgeschafft werden. Beides fördert Akzeptanz und Verbreitung von telemedizinischen Lösungen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Vielfalt von telemedizinischen Leistungen und Anlaufstellen halten wir den Aufbau von Doppelstrukturen durch eine zentrale Lösung für prüfenswert und bitten dies noch einmal ausgiebig unter die Lupe zu nehmen. Der zweite Teil, der wurde auch schon angesprochen, das ist die Anbindung weiterer Leistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur. Das ist ein unmittelbarer Mehrwert zum Beispiel für das Pflegepersonal, Hebammen, Rettungs- und Transportdienste und viele mehr. Die Regelungen müssen mit einer Refinanzierung begleitet werden, ansonsten wird der Anschluss nicht gelingen. Der mobile und sichere Zugang, der nun vorgesehen ist, ist hier ein ganz wichtiger Schritt, und die weiteren Schritte zur Entwicklung dessen und auch die Umsetzbarkeit müssen insbesondere auch mit der Industrie und den betroffenen Akteuren entwickelt werden, um praxisnahe Ziele definieren und verfolgen zu können. Zu guter Letzt, der dritte Punkt, das ist der Bereich Digitalisierung in der Pflege. Die digitalen Pflegeanwendungen sind ein ganz wichtiger Baustein, insbesondere für die Versorgung Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld. Es gibt aber darüber hinaus noch einiges zu tun, wenn man die Digitalisierung in der Pflege wirklich voranbringen möchte. Beispielfhaft zu nennen sind ein Zugriffs- und Schreibrecht für die ePA, aber auch eine vergütungsrelevante Zulassung von Videokontakten in der ambulanten Pflege. Was hier dringend fehlt, ist einer interdisziplinär ausgearbeitete Strategie im Bereich Pflege. Und eine



Grundlage für so etwas könnte eine Reifegradmessung nach Vorbild des KHZG (Krankenhauszukunftsgesetz) sein.

Abg. Dr. **Roy Kühne** (CDU/CSU): Ich richte mich an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV, und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG: Wie bewerten Sie die geplante Regelung zur Datenschutzfolgenabschätzung in § 307 SGB V?

SV **Dr. Thomas Kriedel** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Die Regelung zur Datenschutzfolgenabschätzung bewerten wir positiv. Wir selbst haben sie auch immer wieder gefordert, weil die Logik hat sich uns nie wirklich erschlossen, weil rund 100 000 Arztpraxen, auch Zahnarztpraxen, hätten vor derselben Problematik gestanden, eine Datenschutzfolgenabschätzung zu machen, die letztlich in den Konsequenzen immer die gleichen gewesen wären. Das bezog sich auf Anwendungen, die in der TI vom Gesetzgeber gefordert sind. Insofern ist das positiv, dass der Gesetzgeber das aufgenommen hat. Dass das keine Petitesse ist, zeigt auch die selbst vorgenommene Abschätzung im Regierungsentwurf, die selbst an Daten aufführt, das rund 730 Millionen Euro damit eingespart werden, einmalig, und 585 Millionen Euro jährlich, gar nicht zu sprechen von den Kosten für die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten. Insofern begrüßen wir das außerordentlich, weil sowieso durch diese Digitalisierung, trotz teilweiser Refinanzierung durch die Krankenkassen immer noch hohe finanzielle Aufwendungen bei den Praxen verbleiben. Insofern begrüßen wir das und wir würden auch begrüßen, wenn bei weiteren Maßnahmen dieser Art immer die Frage geklärt wird, wie ist der Aufwand für die Praxen, was kann man davon durch andere übernehmen, und was muss letztlich bei wem verbleiben, aber wir begrüßen das außerordentlich.

SV **Alexander Beyer** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir begrüßen auch diese Neuregelung, finden sie sogar großartig. Ich schließe mich damit den Ausführungen von Herrn Dr. Kriedel an, der auch darauf hingewiesen hat, dass die wesentlichen Festlegungen von der Gematik und auch vom Gesetzgeber getroffen werden, also dass

sich die Datenschutzfolgenabschätzung der einzelnen Krankenhäuser nicht unterschieden von der Datenschutzfolgenabschätzung, die jetzt auch vorgenommen worden ist im Gesetz. Rs hätte nur Personal gebunden, was an anderer Stelle dringender benötigt wird. Warum so euphorisch und so begeistert über die Regelung? Ich finde es aus rechtlicher Sicht wirklich elegant gelöst, dass an zentraler Stelle eine Datenschutzfolgenabschätzung geregelt wird.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Bitkom, Frau Schenk und an den ZVEI, Herrn Bursig. Wir haben in der Pandemie oder wir sehen gerade in der Pandemie die große Bedeutung von Daten für medizinische Forschung und Versorgung. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat das in seinem neuesten Gutachten nochmals betont. Der Großteil der Gesundheitsforschung in Deutschland wird durch private Gesundheitswirtschaft erbracht. Vom kürzlich neu geschaffenen Forschungsdatenzentrum, das ist hier auch schon angekungen, ist die private Gesundheitswirtschaft allerdings ausgeschlossen, das heißt, sie ist nicht einmal antragsberechtigt. Wie bewerten Sie dies, würde mich interessieren?

SVe **Ariane Schenk** (Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (Bitkom)): Ja, wie wir das bewerten? Es ist jetzt seit einigen Gesetzesinitiativen eigentlich verpasst worden, da die Rahmenbedingungen zu schaffen, trotz dass sich bereits vor der Pandemie, aber jetzt sicherlich noch sehr viel stärker eigentlich die Möglichkeiten und die Potentiale gezeigt haben, validierte Daten zur Verfügung zu stellen. Wir glauben, dass eigentlich diese Einrichtung des Forschungsdatenzentrums beabsichtigt hat, Versorgungsinnovationen zu ermöglichen, die Patientenversorgung zu verbessern, die Medikamentenentwicklung zu verbessern, neue Möglichkeiten zu nutzen, das ist in der Pharmaforschung genauso wie auch in ganz vielen anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Und, ja, sehen da tatsächlich jetzt gerade in Anbetracht der Pandemie, wenn man sich auch anschaut wie andere Länder eigentlich für die globale Pandemie helfen können Daten zu generieren, Forschungsergebnisse in kürzester Zeit zu generieren, und Deutschland da leider einfach nicht mithalten kann. Gleichzeitig gibt es auch



verschiedene Bewegungen und Initiativen. Einerseits geht es da um den Innovationsstandort Deutschland. Es werden nationale als auch europäische Datenräume geschaffen. Es werden KI-basierte Anwendungen nach und nach zugelassen, kommen in den Alltag, werden gefördert, aber diese Grundlage für die gesamte Gesundheitswirtschaft, die fehlt und da, wie gesagt, spreche ich gar nicht nur für eine Teilbranche, sondern wirklich für die gesamte industrielle Gesundheitswirtschaft. Ergänzend dazu einfach warum das notwendig ist, diese Daten auch wirklich nutzen zu können, sagt der Sachverständigenrat auch noch einmal ganz deutlich, dass die deutsche Bevölkerung das Recht darauf hat, eine gute und sichere medizinische Forschung auf diesem Datenpool zu erhalten. Aber genauso auch ist die Bevölkerung absolut bereit dazu, das ist also eher eine Debatte, die, glaube ich, sehr regulatorisch und juristisch geführt wird. Wenn man sich anschaut, dass in bevölkerungsrepräsentativen Befragungen 90 Prozent der Menschen in Deutschland bereit sind, ihre Daten zu teilen, wenn man ihnen erklärt, wie das funktioniert, welche Möglichkeiten es gibt, was damit getan wird, dann ist es tatsächlich eigentlich eine Debatte, die man jetzt spätestens mit dem Anschluss des Sachverständigenrates, nämlich Datenschutz und Mehrwert für Datennutzung neu zu denken, wirklich gesamtgesellschaftlich führen sollte und nicht auf Basis der regulatorischen Bedingungen, weil da, glaube ich, gibt es genug Gutachten und Einschätzungen dazu, dass das nicht die Hürde ist, das nicht einfach freizugeben. Was ich glaube ich auch ganz wichtig finde ist, noch einmal zu sagen der Debatte, wenn ich einmal um den Unterschied zwischen wissenschaftlicher Forschung und Forschung geht, auch jedes forschende Unternehmen, glaube ich, ist sich sicher, die Prinzipien der guten wissenschaftlichen Praxis einzuhalten und sich tatsächlich um Datenschutz, Datensicherheit und all diese Regularien zu kümmern und da sicherlich kein Missbrauch zu betreiben.

SV Hans-Peter Bursig (Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e. V. (ZVEI)): Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Schenk vollumfänglich an. Es gibt keinen sachlichen Grund, warum die Industrie kein Antragsrecht für die Nutzung des Forschungsdatenzentrums eingeräumt bekommt. Das war schon von Anfang an ein Kommentar, den alle Industriebereiche abgegeben

haben. Hier bietet sich eine Gelegenheit das zu korrigieren, und wir würden uns sehr wünschen, zusammen mit vielen anderen Verbänden der industriellen Gesundheitswirtschaft, dass dieser Schritt jetzt gegangen wird. Die Vorteile sind alle schon dargestellt, und es gibt keinen vernünftigen Grund ein Antragsrecht auszuschließen, wie es jetzt im Moment der Fall ist. Das zu korrigieren, wäre ein wichtiger Schritt, auch für die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft und für mehr Forschung und Entwicklung, auch am Standort Deutschland.

Abg. Lothar Riebsamen (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Werner. Wie bewerten Sie die vorgesehene Möglichkeit für Versicherte von digitalen Gesundheitsanwendungen erhobene Daten strukturiert in die elektronische Patientenakte einstellen zu können? Vielleicht haben Sie Beispiele dazu?

ESV Prof. Dr. Jochen A. Werner: Bei den bisher zwölf zugelassenen DiGAs handelt es sich um diese digitalen Gesundheitsanwendungen, bei denen die therapeutische Leistung über eine speziell entwickelte Software angeboten wird, zum Beispiel ein Trainingsprogramm zur Veränderung von Schlafgewohnheiten. Hier denke ich an die Schlaf-App Somnio, die wird bei uns im schlafmedizinischen Zentrum auch eingesetzt. Es ist natürlich zu früh, jetzt über Ergebnisse berichten zu können, wir haben aber insgesamt, ich sage einmal, auf jeden Fall einen ersten positiven Eindruck. Bei manchen, von diesen DiGAs gibt es die Möglichkeit, das halte ich für wichtig, zur Erhebung zusätzlicher Daten über die optionale Einbindung von Variables und anderen Devices. Falls es sich hierbei aber um keine zertifizierten Medizinprodukte handelt, halte ich eine entsprechende Übermittlung der erfassten Daten an die elektronische Patientenakte für sehr kritisch. Handelt es sich hingegen um zertifizierte Medizinprodukte, ist eine strukturierte Übertragung der Daten aus meiner Sicht sinnvoll. Es ist ebenfalls für die Versorgung positiv zu bewerten, wenn Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die als Medizinprodukte zertifiziert sind, ab dem 1. Januar 2023 über die DiGA in die elektronische Patientenakte einfließen, zum Beispiel Daten aus dem Herzschrittmacher oder der Insulinpumpe. Abschließend möchte ich auch an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass ich es für wirklich sinnvoll



halte, wenn die so erhobenen Daten auch wissenschaftlich genutzt werden können.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage an Frau Prof. Dr. Klein. Welche Chancen sehen Sie durch die Einführung einer Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen als sogenannte Pflege-Apps für die häusliche Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen und wo sehen Sie hier gegebenenfalls auch Grenzen?

ESVe **Prof. Dr. Barbara Klein**: Also, es gibt eine ganze Reihe von Chancen, weil die Digitalisierung letztendlich dann bedeutet, dass nicht mehr nur die administrativen Prozesse, die ja schon einige der Pflegedienste digitalisiert haben oder digitalisiert sind, sondern man kann es dann letztendlich auch dazu nutzen, um die eigentlichen Pflegeaufgaben systematisch zu unterstützen. Natürlich nicht die Pflegeaufgaben, die direkt am Körper und von einem Menschen passieren können, aber beispielsweise das Monitoring von Medikamenteneingabe ist eine Möglichkeit oder dass man Angehörige viel stärker anleitet, als das bisher der Fall war, oder auch psychosoziale Betreuung. Das bietet einfach ein riesiges Potential und die Entwicklungen werden bestimmt noch viel mehr aufzeigen. Ganz zentral sind dazu natürlich sichere Netze, Netzwerkverbindungen, Datenschutz, Datensicherheit und Grenzen. Es gibt natürlich auch Grenzen, weil nicht jeder Haushalt hat eine Internetverbindung. Wir haben das jetzt in der Pandemie sehr gut mitbekommen, wie es in den Schulen aussieht. Bei den älteren Menschen sieht es zum Teil auch ähnlich aus, das heißt, es gibt nur einen eingeschränkten Zugang. Viele sind vielleicht auch nicht digital unterwegs und haben nicht das ausreichende Knowhow, um beispielsweise dann auch solche Dinge anwenden zu können. Weiteres, was Grenzen sein könnten, sind die Kosten der Endgeräte. Neben dem fehlenden Knowhow aber auch die Sprachschwierigkeiten, weil nicht alle verstehen Deutsch. Man muss auch an die Leute denken, die nicht lesen können, und je nachdem wie die Apps gestaltet sind, stellt sich natürlich auch die Frage, ob die Fachsprache der Pflege beispielsweise verstanden wird. Daraus leiten sich natürlich auch eine Reihe von Anforderungen ab, also einmal, dass solche Dinge mitberücksichtigt werden, Mehrsprachigkeit beispielsweise, aber auch barrierefreies Design der

Anwendung. Sie muss einfach zu bedienen sein, auch für beispielsweise blinde oder sehingeschränkte Menschen, gehörlose und schwerhörige Menschen oder einfach auch eine einfache Sprache haben.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Geier vom SVDGV und an Herrn Zilch vom bvitg. Gerne würde ich von beiden wissen, wie Sie die vorgesehene Einführung einer Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen, also sogenannter Pflege-Apps, bewerten?

SVe **Dr. Anne Sophie Geier** (Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)): Wir bewerten die Einführung sehr positiv. Frau Prof. Dr. Klein hat ja schon ein paar Beispiele genannt. Wir finden auch, dass es absolut an der Zeit ist, digitale Innovationen auch im pflegerischen Umfeld einzusetzen. Es gibt ein paar Bestandteile der neuen Regelung, die uns etwas Sorge bereiten. Ich fasse mich da ganz kurz. Das ist zum einen die gekoppelte Vergütung zwischen der digitalen Pflegeanwendung und der pflegerischen Leistung, denn wir sehen hier, dass es eventuell Probleme geben kann, weil wir ein falsches Anreizsystem schaffen. Bei einer günstigeren DiPA habe ich dann einen höheren Vergütungsanteil, und dies kann zu Preiswettbewerb oder auch Marktallianzen führen, bei denen dann vorrangig die Kosten und eben nicht der pflegerische Nutzen im Vordergrund steht. Zudem haben wir dann auch noch Prozesse bei der Abrechnung, also die Frage, rechnet der DiPA-Hersteller ab oder der Pflegedienst und wie wird die Hilfsleistung der konkreten DiPA zugeordnet, sodass diese gekoppelte Vergütung tatsächlich nur Nachteile mit sich bringen würde. Daneben schließt die Regelung stationäre Pflegeeinrichtungen aus, da würden wir aber auch einen großen Bedarf sehen für DiPA und noch ein letzter Punkt zum Nutznachweis selber. Wir haben aus dem DiGA-Bereich die Erfahrung gemacht, dass das Erprobungsjahr für viele Hersteller extrem wichtig ist, sehr entscheidend, um die Evidenz generieren zu können und das gilt für DiPA, aus unserer Sicht, auch. Wenn man sich dann jetzt, wie es aktuell vorgesehen ist, dagegen entscheidet, dann müssen zumindest die Rahmenbedingungen frühzeitig kommuniziert werden, dass die Hersteller eben auch die Studiendaten zeitnah erheben können und wir DiPA dann nicht erst in eineinhalb



oder zwei Jahren sehen, weil die Studien brauchen ja auch ihre Zeit. Also, wir freuen uns darauf.

SV Sebastian Zilch (Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)): Ich stimme Frau Dr. Geier in dem Gesagten soweit zu. Ich möchte noch eine Sache ergänzen: Und zwar wäre es aus unserer Sicht wünschenswert, wenn DiPAs auch in der stationären Pflege eingesetzt werden können, weil ansonsten eine Vielzahl pflegebedürftiger Menschen von den Vorteilen der Digitalisierung ausgeschlossen bleibt. Darüber hinaus ist es aus unserer Sicht wichtig, dass zur Beurteilung des pflegerischen Nutzens zwingend auch pflegfachliche und technologische Expertise eingebunden werden kann, damit das Vorhaben auch zum Erfolg wird.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Das deutsche Gesundheitssystem fußt bei der Aushandlung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Selbstverwaltung. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung soll wie bisher bei den DiGAs nun auch im Fall der DiPAs das BfArM als Teil der Exekutive über Nutzen von Anwendungen und deren Erstattung sowie über ergänzende personelle Unterstützung für Patientinnen und Patienten entscheiden. Wir bitten um eine grundsätzliche Einschätzung.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)): Mit dem Fast-Track-Verfahren, was schon in der Vergangenheit eingeführt worden ist für die DiGA, wurden die DiGA für eine deutschlandweite Gesundheitsversorgung und der Erstattungen zugelassen, ohne dass die Leistungserbringenden, also Ärzte, Krankenhäuser und medizinische Fachgesellschaften, die GKV oder Patientenvertreter, wie sonst im Gemeinsamen Bundesausschuss, hierüber beraten oder entscheiden. Es gibt diesen Weg über das BfArM, das heißt, eine Behörde macht hier die Zulassungen. Diese Behörde ist dem Gesundheitsministerium unterstellt. Die Kriterien werden ebenfalls vom Ministerium per Rechtsverordnung festgelegt. Das Gleiche soll jetzt auch für die DiPA gelten und auch für die erforderlichen Unterstützungsleistungen. Das ist ordnungspolitisch hoch-

problematisch, denn es bedeutet, dass der Leistungskatalog in diesem Bereich jedenfalls ohne Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung stattfindet. Das ist ein Novum. Wir haben das auch in der Vergangenheit schon kritisiert. Wir sehen das auch nicht als gerechtfertigt an. Man könnte sagen, früher hätte man von Staatsmedizin gesprochen.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Die psychotherapeutische Akutbehandlung zielt darauf ab, Menschen in einer akuten psychischen Krise zu stabilisieren und einen stationären Aufenthalt zu verhindern. Warum ist es aus Ihrer Sicht angezeigt, auch eine Akutbehandlung per Video zu ermöglichen und inwiefern kann die Patientensicherheit hier sichergestellt werden?

SV Dr. Nikolaus Melcop (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Aktuell können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihren Patienten keine psychotherapeutischen Akutbehandlung per Video anbieten, da dies in der Psychotherapievereinbarung ausgeschlossen ist. Mit einer Aufnahme der Akutbehandlung in § 87 Absatz 2a Satz 19 SGB V könnte dieses Problem aber behoben werden. Gerade für Patienten in akuter Psychotherapie in Krisensituationen, da werden flexible Behandlungsangebote benötigt, die dann an ihrem spezifischen Versorgungsbedarf orientiert sind. Das könnte dann zum Beispiel bedeuten, dass zur Stabilisierung einer Patientin Behandlungstherapien mehrmals in der Woche dann auch per Video durchgeführt werden könnten, weil die Patientin den Weg in die Praxis nicht oder nicht jedes Mal schafft oder einrichten kann. Und auch der Bundesrat hat dies in seiner Stellungnahme zum DVPMG vorgeschlagen. Ein pauschaler Ausschluss dieser dringend behandlungsbedürftigen Patientengruppe von den Chancen der Digitalisierung lässt sich fachlich nicht begründen. Die Sorgfaltspflichten, die in den Berufsordnungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verankert sind, bieten einen angemessenen Rahmen um zu entscheiden, für welche Patientinnen und Patienten eine Akutbehandlung per Video angemessen ist und bei welchen auf den unmittelbaren Kontakt aus Gründen der Patientensicherheit nicht verzichtet werden kann.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundespflegekammer und die BAGFW. Die zentrale Frage im Zusammenhang mit den digitalen Pflegeanwendungen ist eine ähnliche wie bei den DiGAs. Kann das BfArM die Frage des pflegerischen Nutzens nach § 78a Absatz 6 SGB V nach näherer Bestimmung per Rechtsverordnung durch das BMG fachlich beurteilen und sollte es in der Folge dann auch über die Leistung der GKV entscheiden?

SV **Jens Kaffenberger** (Bundespflegekammer e. V.): Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass das BfArM, wenn es denn die Entscheidung treffen soll, und das ist ja auch schon in anderen Stellungnahmen heute deutlich geworden, dringend pflegfachliche Expertise einbeziehen muss und auch die Pflegeberufsverbände und auch die Pflegekammern entsprechend pflegfachlich einbeziehen muss. Das ist zwingend, damit tatsächlich auch die Versorgungsperspektive bei der Entscheidung über die Zulassung zur Versorgung Berücksichtigung findet.

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ja, wie Herr Kaffenberger und vorher auch Frau Dr. Pfeiffer schon ausgeführt haben, sehen auch wir im BfArM nicht die notwendige Expertise gegeben, um den pflegerischen Nutzen tatsächlich bewerten zu können. Deswegen haben wir, als BAGFW, den Vorschlag gemacht, hier einen Beirat zu errichten für die Erstellung des Verzeichnisses, indem die betroffenen Verbände, aber auch die Bundesverbände, der Pflege vertreten sind.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht wieder an den GKV-Spitzenverband. Es ist vorgesehen, dass Anwendungen, die derzeit auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, künftig als Anwendung innerhalb der Telematik-Infrastruktur geführt werden sollen. In Ihrer Stellungnahme führen Sie aus, dass dies die Nutzung durch die Versicherten erheblich komplizieren würde, stattdessen schlagen Sie vor, den Zugang zu vereinfachen. Können Sie uns Ihren Vorschlag bitte näher erläutern?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)): Wir haben

immer gefordert, dass die elektronische Gesundheitskarte nicht als Speichermedium benutzt werden soll und dass die Anwendung generell innerhalb der TI ablaufen soll. Deshalb begrüßen wir grundsätzlich diese Neuregelung, haben aber Probleme oder sehen Probleme in der konkreten Ausgestaltung, weil es die Nutzung für die Versicherten an zwei Stellen verkompliziert. Zum einen soll neben der neuen Patientenkurzakte ein zusätzlicher eigenständiger elektronischer Medikationsplan, getrennt von der elektronischen Patientenakte, geführt werden. Das schafft Doppelstrukturen, das heißt nicht nur doppelte Datenhaltung einschließlich des händischen ärztlichen Aufwands bei der Datenpflege, sondern wir vermuten auch erhebliche Mehrkosten durch doppelte technische Investitionen bedingt. Zum anderen führt das Gesetz den elektronischen Abruf der Versichertendaten durch die Leistungserbringer bei der Krankenkasse ein, belässt aber andererseits dauerhaft die Speicherung der Versichertendaten auf der Karte. Auch das bedeutet eine doppelte Datenhaltung. Das ist nicht zielführend und verkompliziert die Umsetzung, ohne das ein Mehrwert dem gegenüber steht. Wir haben zudem die Befürchtung, dass die Daten der beiden Speicherorte dann auseinanderlaufen, wenn Informationen auf der eGK nicht aktualisiert werden. Da gibt es Unstimmigkeiten bei der Abrechnung und auch das Ziel der Vermeidung von Missbrauch könnte unterlaufen werden, da die Sperrung der Karte nicht in dem Umfang möglich ist und dann die nur auf Notfallbehandlung beschränkten Ansprüche der Versicherten für den Arzt nicht erkannt werden. Deshalb ist unsere Forderung, unser Vorschlag, dass in der Neuregelung nach einer Übergangsfrist der Abruf der Daten, also bei den Versichertendaten, als alleinige Lösung festgeschrieben wird und wir nicht diese Parallele haben. Der zweite Punkt, die verschiedenen Anwendungen: Wir halten es nicht für sinnvoll, dass es über drei verschiedene Applikationen erfolgt, wie das im Gesetz vorgesehen ist, weil wir es auch für den Versicherten nicht für zumutbar halten, dass sie für ein digitales Gesundheitsmanagement auf diverse Apps angewiesen sind, die dann verschiedene Funktionen haben. Das gilt insbesondere, weil die Krankenkassen auch nach der geltenden Rechtslage schon eine Entwicklung für die Lösung für die Zugriffe der Versicherten vorangetrieben haben und auch künftig bei der Nutzung der elektronischen Patientenakte ein Front-End für die



Zugriffe der Versicherten bereitstellen werden. Sollte an diesen verteilten Zuständigkeiten festgehalten werden für die Bereitstellung der Komponenten, muss auf jeden Fall klargestellt werden, dass es sich nicht um autarke Applikationen handelt, sondern um ein Modul, das in existierende Apps der Krankenkassen integriert werden kann. Besser wäre es, eine Plattform zu nehmen, wo diese Anwendungen integriert sind, damit die Versicherten nicht verschiedene Apps haben, auf denen sie dann unterschiedliche Informationen haben.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht erneut an die Bundespsychotherapeutenkammer. Psychotherapeut*Innen verfügen über verschiedene Verordnungsbefugnisse, die auch zukünftig elektronisch abgebildet sein müssen. Inwiefern bilden die Regelungsvorschläge, die bestehenden Verordnungsbefugnisse elektronisch ab?

SV **Dr. Nikolaus Melcop** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die bestehenden Verordnungsbefugnisse von Psychotherapeut*Innen werden durch die Vorgaben im Entwurf zum DVPMG zur Übermittlung von Verordnungen in elektronischer Form nicht adäquat abgebildet. Bei den Regeln zur elektronischen Verordnung von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie muss auch die Berufsgruppe der Psychotherapeut*Innen aufgeführt werden, sonst könnten Psychotherapeut*Innen zukünftig die elektronischen Verordnungen nicht ausstellen, obwohl sie das heute analog bereits machen. Zusätzlich sollte die elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen in einem eigenen Absatz geregelt werden, um auch hier sicherzustellen, dass neben Ärztinnen und Ärzten auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diese künftig elektronisch verordnen können.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Pfeiffer vom GKV-Spitzenverband. Im Falle der digitalen Pflegeanwendungen soll anders als bei den DiGA bereits drei Monate nach Aufnahme in die BfArM-Liste ein Vergütungsvertrag geschlossen werden, der dann ab dem ersten Tag der Aufnahme gilt. Es soll also zwei unterschiedliche Preisfindungsdramaturgien geben. Sehen Sie dies als gerechtfertigt an? Worin liegt

zudem der unmittelbare Vorteil beim DiPA-Verfahren?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)): Also es soll ja, wie Sie schon gesagt haben, eine Vereinbarung zwischen Spitzenverband und dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme in das Verzeichnis vorgenommen werden und der Vergütungsbetrag und die Unterstützungsleistung dürfen den Höchstbetrag von insgesamt 50 Euro nicht überschreiten. Das bedeutet ganz entscheidend, im Unterschied zu den DiGAs, dass es keine zwölfmonatige Preisfreiheit für den Hersteller gibt. Das haben wir ja bei den DiGAs bereits kritisiert, weil wir hier feststellen, dass es vergleichsweise hohe Forderungen seitens der DiGA-Hersteller gibt, bei den jetzt schon aufgenommenen DiGA. Diese Preise stehen in keinem Verhältnis zu den Vergütungen für konventionelle und persönlich erbrachte Leistungen. Also zum Beispiel ärztliche Leistungen sind auch um ein vielfaches höher als die Preise, die für Selbstzahler vorher gefordert wurden. Und es gilt, und das ist äußerst problematisch, auch für die meisten auf Probe aufgenommenen DiGAs. Insofern begrüßen wir, dass hier bei den DiPAs eine andere Vorgehensweise gewählt wird, dass der Vergütungsbetrag erstens schneller und dann ab dem Tag der Aufnahme in das Verzeichnis gilt und auch derartige Obergrenzen vorgesehen werden. Wir würden uns wünschen, dass es auch bei den DiGAs eine entsprechende Veränderung geben würde.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht jetzt an den G-BA und an die Bundespsychotherapeutenkammer: Herr Prof. Hecken, Herr Melcop, der G-BA hat in seiner Stellungnahme in Sachen Beauftragung zu eAU sehr deutlich gemacht, dass sich nur schwerlich geeignete Fälle finden lassen, die ohne vorherigen persönlichen Kontakt und reiner Fernbehandlung zu befürworten wären. Wie begründen Sie Ihre Position?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Vorab noch: Aus unserer Sicht wäre es schlicht unverantwortlich, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Wege der ärztlichen Fernbehandlung auch bei solchen Patientinnen



und Patienten dauerhaft zu ermöglichen, die bislang noch niemals in der jeweiligen Vertragsarztpraxis behandelt worden sind und deshalb dort gänzlich unbekannt sind. Wir haben ja bereits vor einiger Zeit, unabhängig von den Covid-Sonderregelungen in der AU-Richtlinie, die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit auf digitalem Wege und nach Fernbehandlung zugelassen, aber dabei einvernehmlich klargestellt, dass wir dies für fachlich nur vertretbar halten in den Fällen, in denen der Patient oder die Patientin in der jeweiligen Vertragsarztpraxis auch persönlich bekannt ist. Nur in diesem Falle besteht aufgrund der in der Patientenakte dokumentierten unmittelbaren persönlichen Untersuchung aufgrund der Kenntnis des Patienten die notwendige Erfahrung, das notwendige Wissen, um eine vernünftige ärztliche Diagnose abgeben zu können. Es gibt aus unserer Sicht schlicht keine geeigneten Fälle und damit beauftragt uns ja der Gesetzgeber, diese zu identifizieren, in denen dies anders gesehen werden könnte. Bei multimorbiden Patienten, bei Patienten mit manifesten Erkrankungen erklärt sich das von selbst. Hier kann man eine vernünftige Diagnose und damit auch eine Arbeitsunfähigkeit nur attestieren, wenn man die gesamte Krankengeschichte des Patienten kennt. Bei „jungen, gesunden“ Patientinnen und Patienten ist es bei manifesten Beschwerden ohne Kenntnis der Begleitumstände sehr gefährlich, dann aus der Ferne eine Diagnose, ohne das Wesen des Patienten zu kennen, abzugeben. Im Übrigen besteht hier auch ein relativ großes Missbrauchspotential bei trivialen Erkrankungen, das man bei Covid in Kauf nehmen konnte wegen der Infektionsrisiken, das aber letztlich für die Dauerversorgung mit Blick auch auf die Beweislast der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vertretbar ist. Wir bewegen uns hier, auch auf der Basis der einvernehmlich vom Deutschen Ärztetag getroffenen Festlegungen, die sagen, Fernbehandlung ja, aber niemals Fernbehandlung in Gestalt von Primärarztmodellen. Die durch den Entwurf eröffnete Möglichkeit für präventiv versorgende Vertragsarztpraxen sich auf das Ausstellen von telemedizinischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu spezialisieren, birgt aus unserer Sicht ganz erhebliche Risiken, weil sie das Krankschreiben zu einem Marktmodell mit erheblichem Missbrauchspotential machen könnten und das sollte auf alle Fälle vermieden werden.

SV Dr. Nikolaus Melcop (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Genauso, wie Herr Prof. Hecken auch schon ausgeführt hat, lehnen auch wir, die Bundespsychotherapeutenkammer, diesen Regelungsvorschlag ab. Die Richtlinie des G-BA zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sieht da bereits vor, dass im Rahmen der Videosprechstunde eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden kann. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Patientin oder der Patient bereits bekannt ist und schon mal in der Praxis vorstellig war, auch wenn es sich in dem konkreten Krankheitsfall dabei um eine Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit handelt. Aus unserer Sicht ist es fachlich keinesfalls vertretbar, dass eine Arbeitsunfähigkeit in solchen Fällen per Videosprechstunde ausgestellt werden soll, bei denen die Patientin oder der Patient noch nie in der Praxis vorstellig geworden ist und die Ärztin oder der Arzt die betroffene Person und die Krankheitsgeschichte nicht kennt. Deswegen denken wir, dass dies der Sorgfaltspflicht entgegensteht.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Meine Frage geht an den Bundesverband der Verbraucherzentralen. Der Gesetzentwurf sieht einen direkt verlinkten Zugriff der Versicherten aus der ePA und aus der eVerordnungs-App auf das werbefreie nationale Gesundheitsportal vor. Wie bewerten Sie diese Möglichkeit und sehen Sie hier Probleme?

Sve Christiane Rock (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände - Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (VZBV)): Wir begrüßen die Verlängerung des Gesundheitsportals mit der elektronischen Patientenakte und dem Medikationsplan. Kritisch sehen wir allerdings die Tatsache, dass andere Anbieter, zum Beispiel Dritte, keinen geregelten Zugang zu den Arztdateien haben, wie dies etwa bei den telemedizinischen Daten nach § 370a SGB V der Fall ist.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband Internetmedizin e.V., an Frau Pia Maier. Sie erwähnten, dass es sinnvoll sei, bereits während des stationären Aufenthaltes mit dem Einsatztraining für die DiGA zu beginnen, also digitale Anwendung, und bei der Auswahl der Hersteller seitens des Krankenhauspersonals Unterstüt-



zung zu geben. Die Frage ist nun erstens, wie neutral halten Sie die Beratung zur Herstellerwahl von Seiten dieses Krankenhauspersonals und zweitens, sehen Sie eine Gefahr, dass digitale Gesundheits-Apps verordnet, aber dann doch nicht genutzt werden? Und wenn das so wäre, was könnte man dagegen tun, wie könnte die Nutzung gesichert werden?

ESVe Pia Maier: Ja, es geht um den Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen im Krankenhaus. Wir denken dabei zum Beispiel an Apps im Bereich der Psychotherapie oder auch der Physiotherapie, also Einüben von konkreten Übungen, die bereits während des stationären Aufenthalts mit dem dort in der Station vorhandenen Personal eingeübt werden könnte mit den Patienten. Ich denke, dass genau diese gemeinsame Einübungsphase den dauerhaften Einsatz einer DiGA, die dann verordnet wird, auch für die dauerhafte Verwendung sprechen würde. Die Ärzt*Innen in den Krankenhäusern sind natürlich genauso daran gebunden, wie alle anderen Leistungserbringenden auch. Dass sie eine Entscheidung treffen, welchen Hersteller sie nutzen vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit einerseits und vor dem Hintergrund der medizinischen Fragen, die für den konkreten Patienten oder die konkrete Patientin relevant sind, da ist eine Bevorzugung eines Herstellers eigentlich ausgeschlossen. Vor allem wenn es um die Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements geht gibt es da klare Regeln, dass es hier keine gezielten Zuweisungen geben darf.

Abg. Jörg Schneider (AfD): Also meine Frage richtet sich an Frau Pia Maier vom Bundesverband Internetmedizin. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie darauf hin, dass es aus Ihrer Sicht zu begrüßen sei, dass digitale Pflegeanwendungen den digitalen Gesundheitsanwendungen gleichgestellt werden. Können Sie das bitte nochmal erläutern?

Der Vorsitzende: Frau Maier, ich glaube, Sie müssen das Mikro noch freischalten. Sonst stellen wir die Antwort zurück. Herr Schneider, da ist ein Mikrofon defekt. Ich vermute, dass es technische Probleme gibt. Wir machen weiter mit der nächsten Frage von Herrn Spangenberg und beobachten mal, wann Frau Maier antworten kann.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Also meine Frage geht an Frau Dr. Doris Pfeiffer, Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Frau Dr. Pfeiffer, erwarten Sie durch das Gesetz zur digitalen Modernisierung deutlich mehr belastbare Daten aus der Selbstindikation mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und glauben Sie, dass durch einen weiteren Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen, zum Beispiel durch abrechenbare Medical-Apps und digitale Gesundheitsanwendung zukünftig eine Verschiebung hin zu mehr Prävention gegeben wird?

SVe Dr. Doris Pfeiffer (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)): Ich gehe davon aus, dass wir, was die Daten zur Arzneimittelverordnung angeht, keine wesentlichen weiteren Daten bekommen werden. Es gibt die Möglichkeit, über die Abrechnungsdaten, zukünftig für das Forschungsdatenzentrum hier entsprechende Auswertungen vorzunehmen. Die Daten, die in den Patientenakten enthalten sind, sind ja nicht eins zu eins auswertbar, sondern das ist eine Frage der zur Verfügungstellung durch die Patientinnen und Patienten. Insofern ist das keine direkte Möglichkeit, Daten auszuwerten, die wir aber im Moment auch nicht für notwendig halten, sondern es ist wesentlich auch die Daten über die Abrechnungsdaten zu analysieren. Die Frage des Ausbaus der Prävention ist in erster Linie davon abhängig, in welchem Umfang solche DiGAs in präventiven Bereichen angeboten werden. Hier gibt es sicherlich eine Reihe von Möglichkeiten. Wir haben aber bislang bei allen DiGAs das Problem, dass die Studienlage bisher eher, vorsichtig gesagt, knapp ist. Von daher ist die Frage, ob mehr Leistungen angeboten werden natürlich nicht gleichzusetzen damit, dass auch bessere Ergebnisse erzielt werden. Meines Wissens sind bislang, was die Prävention angeht, nicht so viele DiGAs vorgesehen.

Der Vorsitzende: Ich frage nochmal, ob Frau Maier sprechfähig ist.

ESVe Pia Maier: Ja. Ich bin wieder sprechfähig. Ich habe aber die Frage leider nicht gehört. Wenn Sie mir ganz kurz ein Stichwort geben können?



Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Dann stelle ich nochmal meine Frage an Frau Pia Maier. Sie weisen in Ihrer Stellungnahme darauf hin, dass es aus Ihrer Sicht zu begrüßen sei, digitale Pflegeanwendungen digitalen Gesundheitsanwendungen gleichzustellen. Können Sie das bitte nochmal erläutern?

ESVe **Pia Maier**: Das kann ich tun. Es geht um die schon angesprochenen Punkte, dass hier die Erstattung von vornherein begrenzt ist auf 50 Euro inklusive der pflegerischen Unterstützungsleistung. Außerdem ist keine Erprobungsphase vorgesehen und der Vergütungsbetrag soll ab dem ersten Tag gelten. Wir fordern hier eine Gleichstellung der digitalen Pflegeanwendungen mit den Gesundheitsanwendungen, nicht anders herum, weil nur dann, wenn hier eine vernünftige Vergütung bezahlt wird, können wir auch damit rechnen, dass hier innovative Produkte entwickelt werden. Ansonsten wird das ein sehr bescheidener kleiner Markt bleiben, der die Pflege auch nicht besonders ernst nimmt.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Herrn Bernd Tews. Welche Modellprojekte zur Telepflege sind Ihnen bekannt? Haben Sie einen Überblick darüber, wie viele Modellprojekte es aktuell zur Telepflege insgesamt in Deutschland gibt und wenn ja, sind diese Modellprojekte miteinander vernetzt und welche Erkenntnisse werden hier geteilt? Und vielleicht auch noch, nach welchen Kriterien erfolgt die Projektauswertung und wem werden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt? Sollten Sie das mit einem Nein beantworten, wäre die Frage, ist es geplant, eine deutschlandweite Projektbegleitung zur Telepflege ins Leben zu rufen und wer sollte dann die Federführung übernehmen?

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Einen Gesamtüberblick über alle Modellprojekte, die es insgesamt zur Telepflege gibt, haben wir nicht. Es gibt eine BMG-Studie zu digitalen Projekten, die von 2019 ist und 74 Projekte, die aus Bundesmitteln gefördert werden, aufgelistet hat. Das ist aber nicht vollständig, weil diverse Bundesländer eigenständige Modellprojekte fördern, wie zum Beispiel Bayern oder Nie-

dersachsen. In Niedersachsen gibt es einige Modellprojekte, die einerseits nicht an der Frage der Versorgungssicherheit entlanghangeln. Das besteht insbesondere in der Küstenregion, dort wird sozusagen die Versorgung über die Telepflege von Inselbewohnern vorangetrieben und erprobt. Gleichzeitig gibt es Modelle zur Telemedizin, wo ambulante Pflegedienste im Zusammenhang mit ärztlichen Visiten die Aufnahme von Vitalzeichen übernehmen und diese elektronisch an den Arzt übermitteln und daraus dann gegebenenfalls Folgebehandlung entstehen. Das sind so die wesentlichen Inhalte der Modellprojekte, die im norddeutschen Raum bekannt sind. Darüber hinaus, wie gesagt, die digitalen Projekte des Bundes und der Länder. Hinsichtlich der Vernetzung dieser Projekte können wir dazu nur in der Form beitragen, dass wir bei Projekten, an denen wir beteiligt sind und die uns zur Kenntnis gelangen, da versuchen wir eine Vernetzung innerhalb unserer Mitgliedschaft. Über eine formale Vernetzung haben wir keine Kenntnis. Was die Vernetzung bundesweit und dank dem Anspruch einer deutschlandweiten Projektbegleitung angeht, da sind wir der Auffassung, dass es sicherlich sinnvoll wäre, wenn es eine Vernetzung der Erkenntnislage geben würde und auch mit vollständigen Übersichten über die Modellprojekte, was gegenwärtig wie gesagt, nicht gegeben ist. Eine Ansiedelung einer solchen Stelle ist bisher nicht diskutiert. Es gibt die Forschungsstelle beim GKV zur Pflege, die sich über das Thema der Modellprojekte nach §125 SGB XI damit beschäftigt, die TI-Anbindung für Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen in der Zukunft modellhaft zu erproben. Wenn darüber nachgedacht werden würde, dort auch eine Vernetzung zu verankern, dann wäre hier zwingend die Beteiligung der Trägerverbände aus unserer Sicht sinnvoll, um damit eben auch den Transport der Erkenntnisse in die Praxis mit zu unterstützen.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage geht auch an Herrn Tews. Sie hatten eben schon geschildert, welche Aufgaben Telepflegekräfte im Rahmen von Pilotprojekten wahrnehmen. Können Sie dies vielleicht nochmal ergänzen, welche Aufgaben sehen Sie da zukünftig? Wie sehen Sie da insgesamt auch den Bedarf zahlenmäßig an Telepflegefachkräften und wie kann dieser Bedarf gedeckt werden?



SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Also, aus unserer Sicht habe ich ja schon dargestellt, gibt es diverse Möglichkeiten, sowohl der Telepflege als auch insbesondere der Digitalisierung der pflegerischen Leistungen. Da sind ja insbesondere vorgesehen, kurzfristig die Verwaltungspraxis zu digitalisieren, die Rezepte und auch die Einbindung in die ePA sind für die Pflege vorgesehen. Das sind entscheidende und zunächst auch hochrelevante Möglichkeiten der Beteiligung. Darüber hinaus glauben wir, dass das Leistungsrecht erweitert werden muss, um die Maßnahmen, im Einzelnen, die im Zusammenhang mit der Digitalisierung der Pflege und damit auch der Telepflege möglich sind, zukünftig dann auch refinanziert zu bekommen und damit auch gleichzeitig Anspruch für die Versicherten herzustellen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Wolfgang Greiner. Meine Frage betrifft die digitalen Gesundheitsanwendungen, also die DiGA. Wie bewerten Sie die getroffenen Regelungen hinsichtlich der Erprobungsphase? Gibt es möglicherweise Optimierungsbedarf und wie bewerten Sie die Transparenz des Verfahrens?

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Greiner**: Ich bin im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und es ist, glaube ich schon erläutert worden, wir haben kürzlich erst zu vielen der Themen, über die Sie heute auch diskutiert haben, ein Gutachten vorgelegt. Das wird Ihnen noch vorgestellt werden von dem Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Gerlach. Deswegen will ich da nicht vorgehen. Konkret zu Ihrer Frage. Es ist so, dass bei den DiGA ohnehin schon vorgesehen war, dass es möglich sein sollte, dass diese zwölfmonatige Erprobungsphase in Einzelfällen auf 24 Monate hätte verlängert werden können. Das ist jetzt sozusagen auch am Anfang schon möglich und vermutlich ist es einfach eine Frage der Anerkennung von Realität, dass man Forschung gar nicht viel anders durchführen kann. Also zwölf Monate sind extrem kurz. Ich kann mir das als Versorgungsforscher eigentlich nur vorstellen, wenn die Studien schon laufen. Rekrutierung, Verträge machen, Beobachtungszeiten, das alles kostet Zeit. Deswegen finde ich diese Regelung richtig, dass sie so reingekommen ist, dass man die natürlich verhandeln muss

im Einzelfall. Wichtig allerdings ist, dass sich dadurch keine zeitliche Verzögerung bei den Preisverhandlungen ergibt und man muss auch beachten, dass damit natürlich auch der Unsicherheitszeitraum über die Evidenz nach hinten schiebt. Also das hat alles seinen Preis und deswegen wäre sehr anzuraten, insgesamt für das gesamte Verfahren, das betrifft auch die DiPA, eine wissenschaftliche Evaluation mit anzuschließen, auch um zu schauen, wie das Ganze genutzt wird, von wem es genutzt wird, in welcher Weise hier auch die Erprobungsphase dann zum Ende gebracht wird. Sie fragten auch nach der Transparenz des Verfahrens. Da sehen wir auch im Rat, wenn Sie das nachlesen, noch eine gewisse Luft nach oben, insbesondere, wenn man das vergleicht mit dem AMNOG-Verfahren, also der Bewertung von Arzneimitteln. Wir können zum Beispiel den Informationen aus dem BfArM entnehmen, dass es eine DiGA nicht geschafft hat, die ist also abgelehnt worden. Wir kennen nicht die Gründe, wir kennen nicht die Studien, die dahinter stehen, wir wissen noch nicht einmal, worum es sich da handelt. Deswegen wäre es sicherlich sinnvoll, hier auf einen ähnlichen Informationsstand zu kommen, denn das würde im Grunde genommen auch für die Verschreibenden und für die Patientinnen und Patienten eine sehr sinnvolle Entscheidungsgrundlage darstellen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch meine nächste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Greiner und betrifft jetzt die von Ihnen schon angesprochenen DiPA, also die digitalen Pflegeanwendungen. Wie bewerten Sie die hier vorgenommenen Regelungen, es besteht ja ein Unterschied. Können Sie da vielleicht ein paar Ausführungen dazu leisten.

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Greiner**: Eben ist schon deutlich geworden, dass es eine Reihe von Unterschieden gibt in den Regeln zwischen DiGAs und DiPAs. Zunächst einmal ist es sehr zu begrüßen, wirklich, dass auch dieser Bereich jetzt mit abgedeckt wird, dass auch hier die Digitalisierung im Pflegebereich Einzug halten kann, dass auch hier geprüft wird, in welcher Weise diese Anwendungen in Form von wissenschaftlicher Evidenz ihre Tauglichkeit gezeigt haben. Einer der wesentlichen Unterschiede ist, dass eine sofortige Bepreisung erfolgt. Das muss man im Zusammenhang dessen sehen, dass ja hier auch ein monatlicher Höchstbetrag



vereinbart worden ist. Genau dieser ist mit 50 Euro zunächst einmal gegriffen, das wird vermutlich gesetzgeberisch auch gar nicht anders möglich sein. Auch hier wäre es wichtig zu wissen, wie ist dieser Betrag einzuschätzen? Das können wir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht, also ist er zu hoch, ist er zu niedrig, für wen ist das was, wie erfolgt ein Verzicht gegebenenfalls, gibt es vielleicht Patientinnen und Patienten, die auch durchaus Aufzahlungen leisten? Das muss man gar nicht kritisch sehen, aber es muss sichergestellt sein, dass durch diese Regelung eben nicht sinnvolle Anwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen unterbleibt. Weiterhin ist es so, dass sehr positiv zu bewerten ist eigentlich, dass es diese vorläufigen Nutznachweise für die Regelversorgung nicht gibt. Umgekehrt heißt das aber auch, dass man natürlich den Anbietern dann die Gelegenheit geben muss, das ist jetzt außerhalb des Gesetzes, aber das wäre gut, wenn das sich in das System fortsetzt, dass zum Beispiel in Selektivverträgen dann eine entsprechende Nutzung schon einmal möglich ist, um hier auch außerhalb von Studien mit höherer entsprechender Probandenzahl eine wissenschaftliche Untersuchung dessen durchführen zu können. Wir erwarten noch die Rechtsverordnung dazu vom Bundesgesundheitsministerium. Deswegen kann man da noch nicht viel zu sagen. Die Mindestanforderung der evidenzbasierten Medizin sollten natürlich eingehalten sein, womit auch angesprochen ist, dass bei den DiGAs auch über das, was wir vom AMNOG her kennen, Nutzenkategorien definiert worden sind, wo wir noch nicht genau wissen, wie sich das in der Anwendung tatsächlich niederschlägt.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Vielen Dank. Meine nächste Frage geht an den Verband Deutscher Zeitschriftenverleger. Wie bewerten Sie den Gesetzesentwurf, sowohl mit Blick auf den Eingriff des Staates in den Markt und den funktionierenden Wettbewerb als auch mit Blick auf das vor dem Landgericht München im Eilverfahren erstrittene Urteil von Burda gegen Google und das BMG?

SV **Dr. Sebastian Doedens** (Verband Deutscher Zeitschriftenverleger e. V. (VDZ)): Das Urteil des Landgerichts München, das Sie angesprochen haben, war natürlich erfreulich, man kann auch

sagen, historisch, weil das Gericht die Kooperation zwischen dem Gesundheitsportal des Bundesgesundheitsministeriums und Google als kartellrechtswidrig erachtet und deshalb verboten hat. Aber das Gericht hat damals nicht über die Frage geurteilt, ob der Staat ein Portal wie gesundbund.de überhaupt betreiben darf. Und wir in den Verlagen sehen jetzt mit großer Sorge, dass das DVPG sowohl die explizite gesetzliche Erlaubnis für den Betrieb dieses Portals enthält, als auch die Erlaubnis zum weitreichenden Ausbau dieses Portals. Dazu drei kurze Bemerkungen. Erstens, das Portal soll, Zitat: „zentraler Anlaufpunkt für den Gesundheitsbereich werden und gesundheits- und pflegebezogene Informationen in allgemein verständlicher Sprache zur Verfügung stellen“. So steht es im Gesetzentwurf § 395. Und natürlich, meine Damen und Herren, darf der Staat anlassbezogen informieren und sein Handeln erklären, aber das, was das BMG hier vorhat, wäre nichts anderes als die Einführung von Staatspresse, die aus guten Gründen verfassungswidrig ist. Zweitens, das Portal soll nicht nur ein vollwertiges journalistisches Angebot sein, wie eben beschrieben, sondern diverse neue Funktionen bekommen, zum Beispiel eine Arztsuche und ein Buchungssystem für telemedizinische Leistungen. All das, meine Damen und Herren, bieten private Firmen seit Jahren an. Wozu braucht es hier eine Staatslösung? Und drittens, und das wurde bereits erwähnt, die elektronische Patientenakte und das E-Rezept sollen Schnittstellen beziehungsweise Links bekommen, die ausschließlich auf gesundbund.de verweisen. Der Staat lenkt also die Leserinnen und Leser auf sein eigenes Gesundheitsportal und an den vielen guten privaten Angeboten vorbei. Das ignoriert alle digitalpolitischen Fortschritte der vergangenen Jahre, mit denen in Berlin und Brüssel um fairen Zugang zu monopolartigen Digitalplattformen gerungen wurde. Kurzum, wir finden, dass der Staat weder Verleger noch Unternehmer sein sollte. Wir plädieren daher zu drei Änderungen am Gesetz. Erstens den inhaltlichen Auftrag von gesundbund.de in § 395 klar zu begrenzen, zweitens, den Ausbau des Portals um weitere Funktionen zu streichen, ebenfalls § 395, und drittens, die Schnittstellen, die § 360 vorsieht, zumindest auch für andere nicht staatliche Angebote zu öffnen und so hat es ja auch Frau Rock vom Verbraucherzentrale Bundesverband vorhin schon gefordert.



Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ganz schnell an den Deutschen Hebammenverband. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme dafür aus, dass die Versichertenbestätigung zum Nachweis erbrachter Hebammenleistung künftig ausschließlich digital erfolgen soll. Sollte es da eine Übergangsfrist geben?

Sve **Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V.): Wir möchten natürlich eine Übergangsphase haben. Es soll eine Öffnung geben, weil derzeit ist ausschließlich die analoge Versichertenbestätigung für uns vorgesehen. Bei der digitalen Leistungserbringung einerseits und auch bei der digitalen Rechnungsüberlieferung andererseits ist es ein Medienbruch, dann die Urschriften nach wie vor noch mit der normalen Post weiterleiten zu müssen. Das ist ganz wichtig und wenn Sie mir noch gestatten, möchte ich zu der ganz abgerundeten Geschichte in dem Punkt noch sagen, dass wir ergänzend bei der TI-Anschlussgeschichte und bei der Einführung der Digitalisierung, die der Deutsche Hebammenverband insgesamt sehr begrüßt, ausdrücklich hinweisen, dass im § 380, bei den Kosten zum Anschluss an die TI, derzeit die Hebammen geleiteten Einrichtungen nicht vorgesehen sind, das heißt die Geburtshäuser können sich nicht anschließen. Das sehen wir sehr kritisch, weil genau diese stationäre Anbindung wäre jetzt möglich, die mobile, die dann auch im häuslichen Umfeld möglich wäre, ist noch in der technischen Entwicklung. Darin sehen wir ein großes Problem.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Frau Dr. Hecker vom Aktionsbündnis Patientensicherheit. Frau Dr. Hecker, die meisten Behandlungsmethoden müssen in Studien vor ihrer breiten Anwendung Nutzen und Sicherheit nachweisen. Für digitale Gesundheitsanwendungen gilt das nicht. Wie bewerten Sie das aus Sicht der Patientensicherheit und wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang die Verlängerung der Erprobungsphase?

Sve **Dr. Ruth Hecker** (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)): Ja, das Denken in Patientensicherheit bedeutet, dass wir die Wahrscheinlichkeit des Auftretens vermeidbarer, unerwünschter Ereignisse mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln

reduzieren wollen. Und natürlich sind wir das in Deutschland gewohnt, dass wir das im Rahmen von Studien machen mit ganz klaren Studiendesigns. Hier ist es aber, glaube ich, wichtig, dass wir sehen müssen, dass die digitalen Anwendungen wirklich in die direkte Versorgung kommen. Aber natürlich gibt es dort auch Risiken und ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wir kennen die Chance der Versorgung mit einem Gipsverband und wir kennen die Risiken, wenn er zu eng oder zu locker angebracht ist. Die Versorgungseffekte, also die Chancen der DiGAs und DiPAs, die nachgewiesen werden, daran wird gedacht. Wir fordern hier allerdings auch einen klaren Nachweis, dass man sich mit den möglichen Risiken in der Versorgung auseinandergesetzt hat. Der Zusatznutzen gegenüber der üblichen Versorgung, das sind die Chancen, aber auch die möglichen Risiken gegenüber der jetzt üblichen Versorgung. Also Frau Dr. Pfeiffer hat das eben schon mit den Plattformen angedeutet oder auch Herr Prof. Dr. Greiner hat Hinweise dazu gegeben oder auch Frau Maier eben schon. Wir werden hier noch eine deutliche Lernkurve haben, weil die Tücke nämlich im Detail liegt, zum Beispiel Warnhinweise, gibt es die? Vielleicht müssen wir in einer anderen Form da sein, mehr akustisch oder an einer anderen Stelle des Prozesses dargestellt werden. Wir fordern für die Patientensicherheit, dass es nicht nur eine Risikomanagementbewertung bezüglich der IT und Datenschutzrisiken gibt, sondern auch für mögliche Risiken, die in der direkten Versorgung entstehen, die wir noch nicht kennen. Diese kann man mit den beteiligten Anwendern und unterschiedlichen Zusammensetzungen von Patientengruppen in Szenario-Analysen erarbeiten oder über Risikoanalysen nach Zwischenfällen. Deshalb sind zentrale Feedbacksysteme wichtig, um genügend Erfahrung seitens der Anwender und über Probleme der Anwender zu erfahren, sei es aus der Pflege, sei es von Patientenseite, sei es ärztlicherseits oder auch der Industrie, die diese Apps zur Verfügung stellt, ist eine Verlängerung des Erprobungszeitraums von einem Jahr und eine Erweiterung auf 24 Monate weiterhin sinnvoll. Ich hoffe, ich konnte damit Ihre Frage beantworten.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ja, vielen Dank, erschöpfend beantwortet. Meine nächste Frage richtet sich an den GKV Spitzenverband, Frau Dr. Pfeiffer. Wie bewertet der GKV Spitzenver-



band die im Gesetzesentwurf vorgesehene Ausweitung der Beitragsfinanzierung der gematik von einem Euro auf 1,50 Euro je Mitglied vor dem Hintergrund einer Veränderung der Gesellschafteranteile?

Sve Dr. Doris Pfeiffer (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)): Die vorgesehene Anpassung auf 1,50 Euro pro Mitglied erhöht die jährlichen Zuwendungen auf rund 85 Millionen Euro. Als Begründung wird im Gesetzesentwurf angeführt, es sei notwendig für den Inflationsausgleich und der durch die Dynamik der digitalen Veränderungsprozesse stark gewachsenen Aufgaben. Dazu muss man aber sagen, diese Aufgaben sind nicht zufällig gewachsen, sondern das hat der Gesetzgeber der gematik auferlegt, also sozusagen quasi Perpetuum Mobile, man verlagert mehr Aufgaben und sagt dann, es ist teurer geworden, deswegen brauchen wir mehr Geld. Hochproblematisch ist ohnehin diese Konstruktion durch die Übernahme der Gesellschafteranteile in der gematik. Die Bundesregierung, also die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das BMG, hält 51 Prozent der Gesellschafteranteile. Die Finanzierung der gematik erfolgt aber weiterhin zu 100 Prozent aus Beitragsmitteln der gesetzlich Versicherten. Also das ist ein hochproblematisches Thema, denn wir haben dann hier das Auseinanderfallen von Verantwortung und Finanzierung und wir wissen aus allen anderen Bereichen, wenn man Entscheidungen treffen kann und andere die Finanzierung übernehmen, werden genau diese Folgen für die Finanzierung nicht so im Vordergrund stehen. Wir werden jetzt in diesem Jahr erstmals einen Beitrag von mehr als einem Euro haben. Das ist erstmals seit 2014. Das liegt vor allen Dingen daran, dass ein erheblicher Teil für Fremdleistungen ausgegeben wird, die im Zusammenhang mit dem E-Rezept anfallen. Das ist erstens ein gesetzlicher Auftrag, wie eben beschrieben, ist aber zweitens auch ein Punkt, der nicht jährlich auftreten wird, weil es natürlich ein relativ aufwendiger Prozess ist, der entsprechende Finanzmittel erfordert. Das Ziel des Gesetzesentwurfs ist ja auch noch der sogenannte Zukunftskonnektor. Da wird gesagt, wir wollen eine wirtschaftliche Telematik-Infrastruktur, um damit natürlich auch entsprechende Kosten einzusparen, weil eben diese Konnektoren, die ja jetzt in Hardware sozusagen dann auch wieder ausgetauscht werden müssen, ersetzt werden durch einen solchen Softwarekonnektor. Wir hätten uns jetzt erhofft, dass das dann auch

die Signalwirkung hat, dass die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht und das nicht konterkariert wird durch eine 50-prozentige Erhöhung des Finanzierungsvolumens für die gematik.

Abg. Dr. Achim Kessler (DIE LINKE.): Ja, unsere nächste Frage geht an Herrn Spiller von der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Ver.di fordert Kriterien für die Erstattungsfähigkeit von digitalen Pflegeanwendungen nicht auf Basis der Herstellerpreise. Können Sie diese Kriterien bitte erläutern?

SV Robert Spiller (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): [Beitrag wurde wegen technischer Probleme schriftlich eingereicht] Der Entwurf sieht in § 40a Abs. 2 vor, dass Pflegebedürftige die Mehrkosten selbst tragen, die sich ergeben, wenn sie sich für eine digitale Pflegeanwendung entscheiden, deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen. Durch diese Regelung würde eine Fehlsteuerung zulasten von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wiederholt, die zeigt, dass die Pflegekosten in Deutschland nicht sozial gerecht verteilt sind und diejenigen, die Unterstützung benötigen, diese durch private Zuzahlungen belastet werden. Im Bereich der stationären Pflege ist es ein bekanntes, aber nicht gelöstes Problem, dass die Pflegebedürftigen durch hohe und steigende Eigenanteile finanziell überfordert werden. Die Problematik der Eigenanteile gibt es freilich auch in der ambulanten Versorgung. Hier kommt hinzu, dass der Gesetzesentwurf potentiell einen weiteren Posten privater Zuzahlungsverpflichtungen eröffnet, wenn Pflegebedürftige künftig die über die Vergütungsbetragsgrenze hinausgehenden Mehrkosten für DiPAs selbst tragen sollen. Diese Grenze liegt bei monatlich 50 Euro pro Anwendung und Pflegeperson. Der Vergütungsbetrag wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den jeweiligen Herstellern verhandelt bzw. durch die Schiedsstelle ersetzt. Mithin ist aktuell nicht vorgesehen, eine reale Kapplung der Herstellerpreise, die Pflegebedürftige oberhalb des Vergütungsbetrages zu tragen haben, einzuführen. Aus Sicht von ver.di dürfen diese Herstellerpreise nicht einfach an die Pflegebedürftigen durchgereicht werden. Es braucht daher einen gesetzlich verankerten Deckel für die Vergütung digitaler Pflegeanwendungen, deren Überschreitung



auch nicht durch private Zuzahlungen gestattet ist. Pflegebedürftige dürfen nicht zur Finanzierung von Pflegeanwendungen über Eigenkosten herangezogen werden. Kriterien zur Vergütung einer digitalen Pflegeanwendung müssen aus Sicht von ver.di mindestens zusätzlich die geeignete Handhabung und Entlastungswirkung für Pflegepersonen und Pflegekräfte, die Integrationsfähigkeit der Anwendung in den pflegerischen Alltag und die Übertragbarkeit im Falle des Wechsels von ambulanter zu stationärer Pflege berücksichtigen. Darüber hinaus sollte eine volle Vergütungsfähigkeit einer Anwendung nach §40a Abs.2 nur dann gegeben sein, wenn diese nachweisbar wirksam und dauerhaft die Pflegeversorgung verbessert. Dies kann gerade bei neu eingeführten Anwendungen ohne langfristigen Nutznachweis noch nicht der Fall sein. Deshalb sollten Hersteller in den ersten 12 Monaten der Einführung einer digitalen Pflegeanwendung eine reduzierte Vergütung unterhalb des Vergütungsdeckels geltend machen dürfen, bis ein Nachweis ihrer langfristigen Wirksamkeit erbracht ist.

Abg. **Harald Weinberg** (Die LINKE.): Das ist eine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer, Herr Dr. Melcop. Viele der neuen DiGAs betreffen die psychische Gesundheit. Bergen diese Anwendungen nach Ihrer Einschätzung auch Risiken und wie bewerten Sie die vor dem Hintergrund der Überprüfung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und der Einbettung in die sonstige Versorgung für psychische Gesundheit?

SV **Dr. Nikolaus Melcop** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Ja, die können sehr wirksam sein, aber die Wirksamkeit muss nachgewiesen sein mittels klinischer Studien und zwar vor dem Einsatz. Wenn das nicht der Fall ist, ist es eine Patientengefährdung. Wir sehen in der Erprobungszeit eine Patientengefährdung und lehnen dann sowohl die Erprobungszeit als auch die Verlängerung ab. Das hat auch das Gutachten des Sachverständigenrates betont. Hier kann eine schnelle Markteinführung nicht vor eine Patientensicherheit gestellt werden und deshalb bitten wir hier, das dringend zu ändern. Kann zum Beispiel sein, wenn eine nicht wirksame DiGA eingesetzt wird, kann es eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewir-

ken, zum Beispiel Symptome wie Hoffnungslosigkeit oder es können sogar negative ... befürchtet sein. Hier sind die gleichen Anforderungen wie an Medikamente zu stellen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Marcel Weigand, Einzelsachverständiger. Warum ist aus Ihrer Sicht eine Strategie für die Digitalisierung des Gesundheitswesens notwendig und noch immer notwendig und welche Vorteile hätte eine solche Strategie?

ESV **Marcel Weigand**: Eine e-Health-Strategie ist dringend notwendig, denn wer sich mit Digitalisierung beschäftigt hat, weiß, dass Digitalisierung Wandel bedeutet und Digitalisierung mehr mit Menschen als mit Technologie zu tun hat. Das sagen auch die großen Tech-Konzerne. Wir müssen also die Akzeptanz für die Veränderung bei den Bürgern herstellen und das können wir nur dadurch machen, dass wir sie einbinden, dass wir Transparenz herstellen und aufklären, nämlich über die übergeordneten Ziele, die wir mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens verbinden. Daneben sollte eine e-Health-Strategie aber auch noch Versorgungsziele beinhalten. Andere Länder haben das vorgemacht, die Niederlande zum Beispiel. Konkrete Versorgungsziele, wie zum Beispiel die Reduzierung der medikationsbedingten Klinikeinweisungen durch den Medikationsplan, E-Rezepte und ePA, das könnte man als konkretes Versorgungsziel zum Beispiel festschreiben. Daneben ist aus meiner Sicht ganz wichtig, dass wir auch einen Masterplan entwickeln. Einen Masterplan oder Master-Übersicht über alle IT-Projekte, nicht nur bezogen auf die gematik, sondern darüber hinaus, denn diese Gesamtübersicht, die fehlt. Ein weiterer und letzter Punkt, wir sollten uns an denen orientieren, die sehr erfolgreich sind, und das sind nun mal Dänemark und Estland. Die haben hervorragende e-Health-Strategien entwickelt, die sie fortlaufend weiterentwickeln und die letzten Endes auch ein Schlüssel, ein Motor, ein Leitfaden sind für die Digitalisierung. Ganz wichtig ist, bei konkreten Zielen und bei übergeordneten Zielen, das ist doch Kontrolle, ein Messinstrument, das brauchen wir, sonst können wir doch gar nicht wissen, ob wir erfolgreich sind bei der Digitalisierung.



Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an den VZBV. Laut Gesetzentwurf sollen dem nationalen Gesundheitsportal durch die KBV zum Beispiel Sprechstundenzeiten, Infos zur Barrierefreiheit und Kontaktmöglichkeiten von Arztpraxen zur Verfügung gestellt werden. Welche Vorteile hätte es, wenn diese Daten auch gemeinnützigen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden würden?

Sve **Christiane Rock** (Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände - Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (VZBV)): Der hier geplante erstmalige Zugang von Arztdaten für das Public-Reporting entspricht aus unserer Sicht dem hohen Informationsbedarf der Verbraucher. Dieser Bedarf beschränkt sich aber natürlicherweise nicht auf das nationale Gesundheitsportal. Die Daten sollten konsequenterweise auch Dritten, zumindest solchen mit gemeinnützigem Charakter zur Verfügung gestellt werden. Das würde dann auch der gebotenen Anbietervielfalt Rechnung tragen. Eine Monopolisierung wäre beim Public-Reporting, wo großer Nachholbedarf besteht, nicht zielführend. Die in § 370a Absatz 2 bis 4 SGB V vorgesehene Regelung öffnet den Datenbestand zu telemedizinischen Angeboten für Dritte. Eine solche Öffnung sollte es analog auch für das ärztliche Leistungsangebot mit entsprechender Regelung in § 395 SGB V geben.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die Bundespflegekammer. Wie beurteilen Sie den Qualifizierungsbedarf für Pflegenden, um die Herausforderung eines vernetzten Gesundheitssystems zu meistern und wie sollte der erforderliche Kompetenzgewinn organisiert werden?

SV **Jens Kaffenberger** (Bundespflegekammer e. V.): Pflegefachpersonen sind schon heute gut vorbereitet auf die Herausforderung, die sich aus einer vernetzten Versorgung ergeben. Wir haben gerade auch mit der generalistischen Ausbildung die Konsequenzen daraus gezogen, dass sich die Versorgungsbedarfe immer mehr annähern im Langzeitpflegebereich, andererseits im Krankenhaus, wo wir immer mehr auch Menschen mit Multimorbidität und komplexen Versorgungsbedarfen haben.

Das heißt, hier haben wir schon Schlussfolgerungen daraus gezogen und die zukünftig ausgebildeten Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen werden diese generalistische Kompetenz über die Sektoren hinweg schon viel stärker mitbringen. Darüber hinaus natürlich müssen wir dafür sorgen, dass auch in der Pflege ein viel breiterer Qualifikationsmix tatsächlich vorgehalten wird. Das betrifft Pflegefachpersonen mit Ausbildung, mit Weiterbildung, aber eben auch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die gerade auch bei der Versorgung an den Schnittstellen zwischen Akutversorgung und Langzeitpflegeversorgung erhebliches leisten können, auch in der Primärversorgung. Da müssen wir dringend erhebliche Schritte voran tun.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an Frau Jahn-Zöhrens vom Deutschen Hebammenverband. Sie hatte eben schon ausgeführt, dass die Neuregelung in § 380 eine relevante Lücke hat, nämlich, dass der Anschluss der Geburtshäuser nicht vorgesehen ist. Können Sie noch einmal erläutern, warum es so notwendig wäre, diese Lücke zu schließen?

Sve **Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V.): Frau Dr. Kappert-Gonthier, danke, dass ich hier jetzt nochmal in Ruhe einen Satz mehr verlieren darf, als gerade vorhin. Es ist so, dass zurzeit der Anschluss der Telematik-Infrastruktur stationär stattfindet und nicht mobil und damit eigentlich weite Teile der Hebammenarbeit noch nicht, und zwar rein aus technischen Gründen, noch nicht umgesetzt werden können. Bei den Geburtshäusern allerdings ist es genau so, dass dort die Jetzt-komponenten, die wir zurzeit haben, zur Verfügung stehen und dass es laut dem Patientendatenschutzgesetz vorgesehen ist, dass im Laufe der zweiten Jahreshälfte 2021 die technische Ausstattung genutzt werden soll und ab dem 1. Januar 2022 Hebammen den Zugang zur ePA dann auch ermöglichen. Der Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft werden mit die ersten Komponenten sein in der ePA und genau da sind die Geburtshäuser in einer besonderen Form gefordert in der Geburtshilfe. Deswegen ist es sehr ungünstig, dass für die Hebammeninstitutionen, Geburtshaus, jetzt keine Kostenerstattung vorgesehen ist. Das bitten wir ganz dringend dort nachzuholen. Wenn Sie mir



gestatten, möchte ich in der Abrundung noch einen weiteren Aspekt anbringen. Es ist derzeit so, dass der Zyklus quasi beendet werden müsste, in dem auch im elektronischen Notfalldatensatz, der dann später auch in die elektronische Patientenkurzakte überleitet wird, derzeit erstens Hebammen keinen Eintrag machen können über die Feststellung der Schwangerschaft, was allerdings eine grundsätzliche Leistung ist, die Hebammen erbringen. Aber was zweitens noch gravierend ist, es gibt keinen Anhalt Mehrlinge in der Notfalldatensatz und auch damit auch in der Patientenkurzakte. Mehrlinge lassen sich nicht einschreiben. Das ist ein gravierendes Gesundheitsrisiko für die Mütter mit Mehrlingen, mit Zwillingen, und wir wissen, dass der Anteil von Frauen mit Zwillingen kontinuierlich steigt. Die haben verschiedene Mehr Risiken, das heißt, die Chance für eine Mutter mit Zwillingen in Kontakt zu kommen mit dem Rettungsdienst ist gravierend. Dann nicht zu wissen, dass diese Frau, das sieht man ihr von außen nicht an, mehr als ein Kind im Bauch hat, was aber wiederum nachdrückliche Konsequenzen hat, ist fehlerhaft. Also das ist noch zur Abrundung dieser ganzen Geschichte.

Hebammen sind sehr daran interessiert, dass wir rundum gut betreuen und wir sind daran interessiert, die Digitalisierung zum Vorteile der Versicherten zu nutzen und da brauchen wir garantiert diese zwei Komponenten.

Der **Vorsitzende**: Ich danke ganz herzlich allen Sachverständigen und ich danke auch für die Fragen der Kolleginnen und Kollegen. Wir haben genügend Möglichkeiten zu debattieren, zu erörtern, um diese Dinge zu optimieren. Ich schließe die Anhörung, wünsche noch einen schönen Nachmittag und ich denke, wir sehen uns diese Woche noch einige Male.

Schluss der Sitzung: 16:11 Uhr

Erwin Rüdell, MdB

Vorsitzender