

Stellungnahme zum Kabinettsentwurf für ein Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur

A. Vorbemerkung

An mehreren Stellen gilt es die Bedarfe und den Nutzen für Patient/-innen verstärkt in den Blick zu nehmen. Dabei gilt insbesondere ihnen Leserechte mit Blick auf den Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan einzuräumen. Zentral insbesondere für chronisch Kranke Patienten ist, dass sie gegenüber Leistungserbringern auch ein Recht auf die Speicherung alter Behandlungsdaten erhalten. In der ersten Entwurfsfassung des Gesetzes war ein solcher Anspruch noch vorgesehen. Mit den Anpassungen im Rahmen des Kabinettsentwurfes wäre dieser für die Versorgung sehr zentrale Anspruch nun nicht mehr gegeben. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf im Interesse der Patienten. Diese benötigen darüber hinaus ein Anrecht darauf, dass die Daten aus Ihrem Impfpass in einem elektronischen Impfausweis übertragen werden.

Im Rahmen der Datenspende sind Vorgaben zu schaffen, die es ermöglichen, dass Patient/-innen über die Forschungsergebnisse informiert werden können, für die ihre Daten genutzt wurden. Mit Blick auf die Infrastruktur, die die Krankenkassen zum Zugriff auf die elektronische Patientenakte bereitzustellen haben, ist auch die Gruppe der Nichtversicherten mit zu berücksichtigen, die über eine elektronische Patientenakte verfügt. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass im Rahmen des Kabinettsentwurfes das Thema der Barrierefreiheit nun an mehreren wichtigen Stellen berücksichtigt wurde.

Ein großer Widerspruch im Gesetzesentwurf ist, dass dieser von einer freiwilligen Anbindung von Rehaeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur spricht, während er zum 1.1.2020 Ärzten in diesen Einrichtungen verpflichtend vorschreiben will, ärztliche Verordnungen elektronisch über die Telematikinfrastruktur zu übermitteln. Hier sind Ausnahmeregelungen für die Einrichtungen vorzusehen, die zum 1.1.2022 noch nicht an die TI angebunden sein werden.

Mit Blick auf die Regelungen zu Zugriffsrechten fehlen aktuell Vorgaben, die auch ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen des Müttergenesungswerkes Zugriff auf die Telematikinfrastruktur ermöglichen würden. Um die erforderlichen Zugriffsrechte für stationäre Rehaeinrichtungen sicherzustellen, gilt es bestehende Verweisfehler zu beheben.

Mit Blick auf die in der Reform der Notfallversorgung angelegte Anbindung des Rettungswesens an die Telematikinfrastruktur sowie des Datenaustausches zwischen Leitstellen und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, verwundert es,

dass die dazugehörigen Akteure und Berufsgruppen im vorliegenden Gesetzentwurf außen vor bleiben.

Der Paritätische begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Zugriffsrechte von Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen auf die elektronische Patientenakte und die Anwendungen der Telematikinfrastruktur geregelt werden. Positiv zu bewerten ist, dass nicht nur die Pflegefachkräfte, sondern auch die Assistenzkräfte in der Pflege Zugriffsrechte auf die diversen, für pflegebedürftige Menschen und Patientinnen und Patienten relevanten Daten erhalten. Neben den Pflegefachkräften nach der neuen generalistischen Ausbildung, dem Alten- und Krankenpflegegesetz sind jedoch auch Zugriffsberechtigungen für Pflegefachkräfte, die noch nach Länderrecht in der Vergangenheit ausgebildet wurden, zu ergänzen.

Der Ausbau der ePA erfolgt beginnend mit dem Jahr 2021 in drei Stufen. Für den Paritätischen ist es jedoch dringend geboten, dass die pflegerischen Daten in der ePA bereits früher als erst in der dritten Ausbaustufe mit dem 1.1.2023 zur Verfügung stehen sollen. Bei der Aufzählung der pflegerischen Daten in § 312 und § 341 fehlen zudem die Soziotherapie (§37a) sowie die Haushaltshilfe (§ 38 und 24h). Die Pflegekräfte müssen zudem von Anfang an einen lesenden Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan sowie Schreibrechte für die Dokumentation von bei Patient*innen beobachteten Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente in der elektronischen Fallakte erhalten. Gleiches gilt für die elektronischen ärztlichen Verordnungen. Die Verwendung von Daten muss auch das zahnärztliche Bonusheft umfassen.

Von zentraler Bedeutung für die Pflege ist die Möglichkeit der elektronischen Übermittlung der Verordnung über häusliche Krankenpflege. Die gematik sollte daher den Auftrag erhalten, konkret eine Anwendung für die elektronische Verordnung und Genehmigung der Häuslichen Krankenpflege zu entwickeln, die alle Schritte bis hin zur elektronischen Gegenzeichnung der Patient*innen enthält. Das wäre ein wirksamer Schritt zur dringend notwendigen Entlastung der Pflegekräfte durch Entbürokratisierung. Insgesamt brauchen wir eine Gesamtstrategie mit Prioritätensetzung und eine Roadmap für den Anschluss der Pflege an die Telematik, mit Angaben darüber, welche Anwendungen und Daten der Pflege zur Verfügung stehen müssen. Diese muss die bereits bestehenden Entwicklungen im Bereich der Pflege berücksichtigen, wie die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und die Umsetzung des Personalbemessungsinstrumentes nach § 113c SGB XI.

Positiv zu bewerten ist der Auftrag an die gematik, die Voraussetzungen in der ePA zu schaffen, dass präventive Maßnahmen wie der Impfpass, das zahnärztliche Bonusheft, das U-Untersuchungsheft für Kinder und Jugendliche sowie auch der Mutterschutzpass künftig elektronisch zur Verfügung stehen. Bei den präventiv ausgerichteten Leistungen fehlen allerdings die Disease Management Programme. Ein weiterer, im Gesetzentwurf zu ergänzender Inhalt sollten die Informationen aus der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase nach § 132g SGB V sein.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

§ 87 Absatz 2a Satz 22: EBM für Notfalldatensatz

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

§ 306 Telematikinfrastruktur

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

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

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Die Telematikinfrastruktur ist die interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur, die der Vernetzung der **ärztlichen**

Leistungserbringern, **der Leistungserbringer der Pflege und anderer Gesundheitsfachberufe sowie der Kostenträger und Versicherten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens sowie der Pflege** dient und insbesondere...“

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

§ 311 Aufgaben der Gesellschaft für Telematik

Die in § 311 beschriebenen Aufgaben der Gesellschaft für Telematik sind bereits heute weitgehend geltendes Recht und werden nur rechtssystematisch an neuer Stelle geregelt. Neu sind die Nummer 9 und 10 in Absatz 1, wonach die gematik die Sicherheit der Authentifizierungsverfahren, insbesondere der Ausweise und Karten zu überwachen hat und bei Sicherheitsmängeln verbindliche Vorgaben erlassen muss.

Die Sicherheit der Daten in der Telematikinfrastruktur hängt maßgeblich davon ab, dass eine eindeutige Identifizierung der Teilnehmer sicher gestellt ist. Bisher ist die Herausgabe sowohl von eGKs und Praxisausweisen so geregelt, dass ein Erschleichen von Zugriffsberechtigungen möglich ist. Eine eindeutige Identifikation der Teilnehmer, wie dies beispielsweise bei der Beantragung eines Personalausweises der Fall ist, findet nicht statt. Der Gesetzgeber hat eine eindeutige Identifikation der Teilnehmer bei der Zurverfügungstellung von Karten, die für einen Zugriff auf die TI erforderlich sind, sicherzustellen und entsprechende Anforderungen zu normieren. Ein alleiniger Auftrag an die gematik ist nicht ausreichend.

Positiv bewertet wird, dass bei der Aufgabenwahrnehmung der Gesellschaft für Telematik in Absatz 4 ausdrücklich darauf verwiesen wird, dass die Barrierefreiheit bei der Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur sicherzustellen ist.

§ 312 Aufträge an die Gesellschaft für Telematik

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

Bei den Leistungen, die die Pflegeeinrichtungen und -dienste erbringen, sind noch die Leistungen nach den §§ 24 h & 38 (Haushaltshilfe) sowie § 37a (Soziotherapie) zu ergänzen. Sichergestellt muss nach Einschätzung des Paritätischen auch, dass nicht nur stationäre Hospize, sondern auch ambulante Hospizdienste die Telematikinfrastruktur nutzen können.

Zudem regelt § 312 Absatz 2 lediglich den Auftrag an die gematik, für die Leistungserbringer der Pflege die Nutzung der Telematikinfrastruktur bis zum 30.

Juni 2020 zu gewährleisten. Es fehlt an einem weitergehenden Auftrag, die Datennutzung für die Leistungserbringer der Pflege in Bezug auf die Leistungen nach §§ 24g, 24h, 37, 37a, 37b, 37c, 38, 39a und 39c zu gewährleisten.

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

Der Paritätische begrüßt die Erweiterung der zugriffsberechtigten Leistungserbringergruppen sowie die Nutzung von Daten aus dem Medikationsplan sowie dem Notfalldatensatz, da wie von der Wohlfahrtspflege gefordert, nun Pflegekräfte mit umfasst sind. Positiv bewertet wird auch, dass die gematik mit dem Gesetzentwurf einen Auftrag zu Maßnahmen für die Übermittlung einer elektronischen Überweisung erhält.

Änderungsbedarf

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

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

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

§ 313 Elektronischer Verzeichnisdienst der Telematikinfrastruktur

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

Verwaltung von Identitäten und Zugriffsrechten zur Verfügung stellen. Der Paritätische plädiert dafür, die Landesverbände der Pflegekassen mit der Aufgabe der fortlaufenden Übermittlung der aktuellen Daten nach Absatz 1 Satz 3 zu beauftragen, da diese über diese Daten und standardisierte Verfahren für ihre Übermittlung verfügen.

§ 317 Beirat der Gematik

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

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

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

§ 318 Aufgaben des Beirates

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

Positiv ist, dass Stellungnahmen des Beirates in Zukunft veröffentlicht werden können. Dies stärkt die Rolle des Beirats im öffentlichen Diskurs. Um eine patientenorientierte Arbeit der gematik zu gewährleisten, ist eine enge Einbindung

des Beirates von besonderer Bedeutung. Mit Blick auf notwendige innerverbandliche Abstimmungsprozesse sollte die vorgesehene Frist für Stellungnahmen von zwei auf vier Wochen erweitert werden. Dies fordert auch der Bundesrat.

Änderungsbedarf

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

In Absatz 4 wird die folgende Nummer 4 angefügt:

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

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

Über die Telematikinfrastruktur werden hochsensible Gesundheitsdaten übermittelt und verarbeitet. Daher müssen für die Vermeidung von Störungen hohe Standards herrschen. Es ist nicht hinnehmbar, wenn Satz 2 des Absatzes 1 vorsieht, dass angemessene organisatorische und technische Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse „nicht außer Verhältnis zu den Folgen eines Ausfalls oder eine Beeinträchtigung“ der Telematikinfrastruktur führen dürfen. Es werden gesetzlich keine Kriterien genannt, wann Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen nicht mehr verhältnismäßig sind.

§ 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur

Absatz 1 Satz 1 formuliert als Ziel der Anwendungen der Telematikinfrastruktur die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung. Als weiteres Ziel sollte die Stärkung der Patientensicherheit und der Patientensouveränität erwähnt werden. Auch die GRÜNEN fordern in ihrem Antrag (Drs. 19/19137) zu Recht, dass der Patientenorientierung und Patientenbeteiligung als wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Digitalisierung eine stärkere Rolle zukommen muss.

Der Paritätische begrüßt, dass die für die Pflege wichtigen Anwendungen wie der elektronische Medikationsplan und die elektronischen Verordnungen Bestandteil dieser Anwendungen sind. Auch die elektronische Verfügbarkeit der Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen einschließlich ihres Aufbewahrungsorts ist von hoher Relevanz. In der Liste fehlt jedoch der elektronische Arztbrief, der künftig im Übrigen Patientenbrief genannt werden sollte. Selbst nach Einführung einer App gemäß § 360 Abs. 2 gilt es zu bedenken, dass es Patient*innen geben wird, die eine elektronische Verordnung nutzen wollen, ohne dazu gezwungen zu sein, dass die Verordnungsdaten auf ihrem Smartphone abgespeichert werden.

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

Änderungsbedarf

Absatz 1 soll lauten:

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

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

§ 335 Diskriminierungsverbot

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die ausdrückliche Normierung des Diskriminierungsverbots, wenn Versicherte dem Datenzugriff und der Datenverarbeitung im Rahmen der Anwendungen der TI nicht zustimmen. Sie dürfen nach Absatz 3 nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig dürfen Versicherte, welche der Nutzung zustimmen, nicht bevorzugt werden. Es stellt sich allerdings die Frage, wie ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot erkannt werden kann und welche Sanktionsfolgen sich ergeben.

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

§ 336 Zugriffsrechte der Versicherten

In Absatz 1 wird ausgeführt, dass der Versicherte mittels der eGK auf die Anwendungen nach § 334 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 und 6 zugreifen kann. Demnach wäre der Zugriff auf den Medikationsplan (Nummer 4) und auf den Notfalldatensatz (Nummer 5) ausgeschlossen. Das ist inkonsistent zur Regelung in § 334 Absatz 2, wonach alle Anwendungen der Nummer 1 bis 5 von der eGK unterstützt werden.

Nach Absatz 3 können der elektronische Medikationsplan und der Notfalldatensatz nur bei einem Leistungserbringer eingesehen werden. Das ist nicht akzeptabel, denn gerade Patient/innen, die mehrere Medikamente einnehmen, müssen jederzeit ihren Medikationsplan einsehen und nutzen können.

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

§ 338 Technische Einrichtungen zur Wahrnehmung der Zugriffsrechte der Versicherten

Die Krankenkassen müssen bis spätestens zum 1.1.2022 die technische Infrastruktur zur Verfügung stellen, die Versicherten einen Zugriff auf die ePA und für die Anwendungen des Organspendeausweises und der Patientenverfügung/Vollmachten ermöglicht. Damit wird eine zentrale Forderung der BAGFW erfüllt. Auf diese Weise können insbesondere auch Personengruppen, die beispielsweise auf Grund von finanziellen Problemen nicht über die eigene erforderliche Hardware verfügen, trotzdem Zugriff auf ihre elektronische Patientenakte erhalten. Auch hier soll den Versicherten allerdings kein Leserecht mit Blick auf ihren Medikationsplan und den Notfalldatensatz eingeräumt werden. Dies gilt es anzupassen.

Außerdem sollte klargestellt werden, dass ein Zugriff über die Einrichtungen gemäß § 338 auch für Personen gelten sollte, die bereits über eine elektronische Patientenakte verfügen, aber nicht versichert sind. Der Anspruch auf Nutzung dieser Infrastruktur sollte auch für Nichtversicherte gelten. Krankenkassen sollten dazu verpflichtet werden, dass der Zugriff auf die Daten in der elektronischen Patientenakte für Nichtversicherte bestehen bleibt. Außerdem ist im Gesetzestext zu verankern, dass die Information der Krankenkassen barrierefrei zur Verfügung gestellt werden muss. Ausdrücklich begrüßt wird die Möglichkeit, dass entsprechende Zugriffsgeräte auch in Krankenhäusern, Apotheken oder Arztpraxen bereitgestellt werden können. Dies entspricht den Bedürfnissen von Patient/-innen.

Änderungsbedarf

Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkassen haben die Versicherten **und vormals Versicherten** umfassend in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher **und barrierefreier** Form über die Möglichkeiten der Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte mittels der technischen Infrastruktur nach Absatz 1 zu informieren.“

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

Nach Absatz 1 dürfen Leistungserbringer auf Daten zu § 334 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 (ePA, Organspendeausweis, Vollmachten/Patientenverfügung, Medikationsplan, Notfalldaten) zurückgreifen, sofern die Versicherten dafür ihre vorherige technische Zugriffsfreigabe erteilt haben. All diese Daten sind mittels der eGK verfügbar. Es ist unklar, ob der/die Versicherte mit seiner vorherigen technischen Zugriffsfreigabe damit für alle Anwendungen nach den Nummer 1 bis 5 die Zugriffsberechtigung erklärt oder ob er/sie auch einzelne Bereiche auswählen kann. Auf die elektronischen Verordnungen, für die der Einsatz der eGK laut diesem Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist, erfolgt eine gesonderte Berechtigung, spezifisch für die Leistungserbringer nach § 361. Der Zugriff auf die Daten nach den Nummern 1 bis 5 erfordert zu Recht den Einsatz des elektronischen Heilberufeausweises. Nicht geregelt wird der Zugangsweg der berechtigten Leistungserbringer für die elektronischen Verordnungen.

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

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

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

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

Änderungsbedarf

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

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

Streichung von Absatz 5.

§ 341 Elektronische Patientenakte

Es muss klargestellt werden, dass die Krankenkassen den Versicherten die ePA nach einer umfassenden, patientenverständlichen, barrierefreien Information auf Antrag zur Verfügung zu stellen haben. In Absatz 1 ist dringend zu ergänzen, dass die ePA neben Befunden und Diagnosen nicht nur geplante Therapiemaßnahmen, sondern auch geplante medizinisch-pflegerische Maßnahmen enthalten muss. Entsprechend sind in Absatz 2 neben den medizinischen Informationen in Nummer 1 auch pflegerische Informationen zu ergänzen. Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass in Nummer 1 der interprofessionelle und intersektorale Aspekt der Zusammenarbeit betont wird. Der elektronische Arztbrief in Nummer 1d) ist als elektronischer Patientenbrief zu bezeichnen. Richtigerweise werden in Absatz 2 Nummer 10 die Daten zur pflegerischen Versorgung eigenständig aufgeführt. Sie müssen neben den schon genannten Leistungen nach den §§ 24g, 37, 37b und 37c sowie 39a und 39c auch die Soziotherapie nach § 37a sowie die Haushaltshilfen nach § 24h, § 38 enthalten.

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

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

Änderungsbedarf

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

Die technischen Voraussetzungen der ePA werden in drei Stufen erweitert: In der ersten Stufe bis spätestens 1.1.2021 müssen die Daten zu Befunden, Diagnosen und durchgeführten oder geplanten Therapiemaßnahmen, zum Medikationsplan, zu den Notfalldaten und zu den Arztbriefen bereitgestellt werden können.

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

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

§ 347 & § 348 Anspruch der Versicherten auf Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte

Während die Formulierungen im ersten Entwurf des Gesetzes noch sicher stellten, dass Versicherte auch einen umfassenden Anspruch auf eine Überführung und Speicherung von Daten erhalten hätten, die in der Vergangenheit entstanden sind, ist dies gemäß dem aktuellen Gesetzentwurf nicht mehr der Fall. Vorgesehen war ein solcher Anspruch nur für solche Daten, die durch Vertragsärzte elektronisch verarbeitet werden.

Ein entsprechender Anspruch ist insbesondere mit Blick auf die Patientensicherheit von Patient/-innen mit schwerwiegenden Erkrankungen bzw. Multimorbidität und einer entsprechenden Behandlungshistorie von besonderer Bedeutung. Es ist daher unbedingt klarzustellen, dass der Anspruch der Versicherten sich auch die Speicherung und Überführung von Daten aus der Vergangenheit umfasst.

Mit Blick auf den Impfausweis sollten darüber hinaus Regelungen getroffen werden, die für Versicherte einen Anspruch auf Überführung ihrer Daten aus einem analogen Impfausweis durch eine entsprechende Fachkraft ermöglicht und den hierzu erforderlichen Anspruch schafft.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Versicherte haben Anspruch auf Übermittlung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 und 10 bis 13 in die elektronische Patientenakte und dortige Speicherung soweit diese Daten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei der Behandlung des Versicherten durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer elektronisch verarbeitet werden **und wurden** und soweit andere Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen.“

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

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die freiwillige Anbindung von Rehaeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur ermöglicht und der entsprechende Datenzugriff geregelt werden soll. Hierfür gilt es unbedingt den im aktuellen Verweisfehler im Gesetzentwurf zu entfernen. Die stationären Rehaeinrichtungen sind im § 107 Abs. 2 SGB V geregelt. Hier wird fälschlicherweise auf das SGB VI verwiesen. Es verwundert, dass obwohl im Gesetzentwurf Finanzierungsregelungen für die Anbindung an die TI von ambulanten Rehaeinrichtungen gemäß § 111c und Einrichtungen des Müttergenesungswerkes gemäß § 111a vorsieht, keine Zugriffsregelungen für deren Mitarbeiter auf ePA Daten vorgesehen ist. Dies gilt es unbedingt anzupassen und zu ergänzen.

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

Im Gesetzentwurf für eine Reform der Notfallversorgung wird das Ziel eines Datenaustausches zwischen Praxen, Krankenhäusern, Einsatzwagen des Rettungsdienstes und Leitstellen formuliert. Zugleich fehlen in dem nun vorliegenden Gesetzentwurf Regelungen, die auch Notfallsanitätern, Mitarbeitenden in Leitstellen und weiteren Beschäftigten im Rettungswesen die Grundlage für entsprechende Datenzugriffe schaffen würden. Hierzu gilt es entsprechende Regelungen aufzunehmen. Es ist wichtig, dass die gematik bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und ihrer Komponenten auch die besonderen Bedarfe im Bereich des Rettungswesens in den Blick nimmt.

Der Paritätische begrüßt, dass die Zugriffsrechte der Pflegefachkräfte differenziert in § 352 Absatz 1 Nummern 9 (Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte nach dem Krankenpflegegesetz bzw. Kinderkrankenpfleger/innen nach der spezialisierten Ausbildung gemäß § 58 Pflegeberufegesetz), Nummern 10 (Altenpflegekräfte nach dem Altenpflegegesetz bzw. Altenpflegekräfte nach der spezialisierten Ausbildung gemäß § 58 Pflegeberufegesetz), der Pflegefachfrauen und -männer nach der neuen generalistischen Ausbildung (Nummer 10) sowie auch der Zugriff der Pflegehilfskräfte (Nummer 12) differenziert geregelt ist. Nicht nachvollziehbar ist, warum die Pflegefachkräfte keinen Zugriff auf Daten aus dem Bonusheft der Zahnärzte erhalten sollen. Der Mundgesundheitsstatus ist auch für die Pflege hochrelevant, da es ein politisches Ziel bleiben muss, gerade den Mundgesundheitsstatus pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Dafür sollten Pflegefachkräfte auch Einblick in die Inanspruchnahme von Prophylaxemaßnahmen pflegebedürftiger Menschen erhalten, soweit dies zu ihrer Versorgung erforderlich ist.

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

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

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

Änderungsbedarf

In § 352 Nummer 2 Punkt a) cc) sind die Worte „107 Absatz 2 des Sechsten Buches“ zu ersetzen durch: „107 Absatz 2, § 111a und § 111c des Fünften Buches“

In § 352 Nummer 4 Punkt a) cc) sind die Worte „107 Absatz 2 des Sechsten Buches“ zu ersetzen durch: „107 Absatz 2, § 111a und § 111c des Fünften Buches“

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

In § 352 Nummer 8 Punkt a) cc) sind die Worte „107 Absatz 2 des Sechsten Buches“ zu ersetzen durch: „107 Absatz 2, § 111a und § 111c des Fünften Buches“

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

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

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

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

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

Änderungsbedarf

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

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

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

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

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

§ 358 Elektronischer Medikationsplan und elektronische Notfalldaten

Es ist nicht nachvollziehbar, warum in Absatz 3 nur die Rechte der Versicherten zur Erstellung und Speicherung von Notfalldaten, nicht jedoch in einem eigenen Absatz detailliert geregelt wird, dass die Versicherten auch das Recht auf Erstellung und Speicherung ihrer Daten eines Medikationsplans als elektronischen Medikationsplan haben. § 358 ist insoweit unvollständig und inkonsistent.

§ 359 Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten

Hier ist erneut auf den Verweisfehler hinzuweisen, den es zu beseitigen gilt, um den Zugriff für stationäre Rehabilitationseinrichtungen zu garantieren. Ebenso gilt es einen Zugriff für ambulante Rehaeinrichtungen und Einrichtungen des Müttergenesungswerkes vorzusehen. Zu ergänzen sind außerdem die Zugriffsrechte für Psycholog/innen, die beispielsweise in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen in die Versorgung von Patienten eingebunden sind.

Änderungsbedarf

In § 359 Absatz 1 Nummer 3 werden hinter „Psychotherapeuten“ die Worte „ und Psychologen“ eingefügt.

In § 359 Absatz 1 Nummer 4 Punkt c) sind die Worte „§107 Absatz 2 des Sechsten Buches“ zu ersetzen durch „§107 Absatz 2, § 111a und § 111c SGB V des Fünften Buches“

§ 360 Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form

Während der Gesetzgeber davon spricht, dass mit dem Gesetz die Grundlage für eine freiwilligen Anbindung von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen gelegt werden soll, wird hier eine Pflicht zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form normiert, die diese Einrichtungen verpflichten würde, spätestens bis zum 1.1.2022 an die Telematikinfrastruktur angebunden zu sein. Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Zielsetzung zunächst auf eine freiwillige Anbindung der Einrichtungen zu setzen. Um dies sicherzustellen, bedarf es von der hier vorgesehenen Pflicht Ausnahmeregelungen für Einrichtungen, die bis zum 1.1.2022 noch nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden sein werden.

Die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer Form umfasst im Gesetzesentwurf nun neben dem E-Rezept einschließlich Betäubungsmitteln sowie den Verordnungen zu den Heil- und Hilfsmittel die besonders für die Pflege elementaren Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege und weitere Verordnungen wie z.B. die SAPV. Damit wurde einer Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Rechnung getragen.

In Absatz 4 wird die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen einem Ausdruck des (elektronisch ausgestellten) Rezepts in Papierform oder eines reinen E-Rezepts betont. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu prüfen, ob dem Versicherten weiterhin ein Anspruch auf eine ärztliche Verordnung in Papierform eingeräumt wird, denn nicht jeder Versicherte verfügt über ein Smartphone und hat dieses auch nicht

in jeder Situation zur Verfügung, z.B. bei einem Unfall. Diese Prüfbitte wird vom Paritätischen unterstützt.

§ 361 Zugriff auf ärztliche Verordnungen in der Telematikinfrastuktur

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

Auch hier fehlt wieder ein Verweis, der auch ambulanten Rehaeinrichtungen einen Zugriff auf ärztliche Verordnungen über die Telematikinfrastuktur ermöglichen würde. Auch die Einbeziehung von Einrichtungen des Müttergenesungswerkes gilt es zu berücksichtigen und um einen Zugriff für stationäre Rehaeinrichtungen sicherzustellen gilt es den bestehenden Verweisfehler (§107 Abs. 2 SGB VI statt § 107 Abs. 2 SGB V) zu beheben. Des Weiteren müssen alle in Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eingebundenen Berufsgruppen eines multiprofessionellen Rehateams Zugriffsrechte auf ärztliche Verordnungen erhalten.

Änderungsbedarf

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

In Absatz 1 Nummer 2 Satz c sind die Worte „§107 Absatz 2 des Sechsten Buches“ zu ersetzen durch „§107 Absatz 2, § 111a und § 111c SGB V des Fünften Buches“

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

§ 363 Freigabe von Daten der elektronischen Patientenakte für wissenschaftliche Forschungszwecke

Es wird begrüßt, dass mit der Datenspende neue Möglichkeiten für die medizinische Forschung geschaffen werden. Patienten sollten darüber hinaus die Möglichkeit haben mit Blick auf die Abrechnungsdaten der Kassen, die dem Forschungsdatenzentrum zur Verfügung gestellt werden, einer Nutzung dieser Daten zu Forschungszwecken widersprechen zu können.

Der Nutzen für Patienten ist mehr in den Blick zu nehmen. Diese sollten im Falle einer Datenspende die Auswahl treffen können, ob sie über die Ergebnisse der Forschung für die ihre Daten verwendet werden, informiert werden wollen oder nicht.

Von besonderer Bedeutung für die Umsetzung der Freigabe nach § 363 wird sein, welche Vorgaben zur Datenfreigabe und Datenübermittlung getroffen werden. Dies geschieht im Rahmen einer Verordnung durch das BMG. Wichtig wird hierbei auch sein, ob Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden wird, differenzierte Entscheidungen zur Freigabe ihrer Daten zu treffen. Also ob sie den Zeitraum der Freigabe ihrer Daten begrenzen können und ob sie eine Auswahl mit Blick auf potentielle Nutzergruppen der Daten treffen können. Beides sollte im Rahmen der vorgesehenen Verordnung berücksichtigt werden. Es gilt darüber hinaus besondere Vorgaben zur Aufklärung der Patient/-innen zu treffen.

Änderungsbedarf

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

§ 381 Ausgleich der den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastuktur entstehenden Kosten

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

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

Darüber hinaus gilt es eine Schiedsregelung zu normieren für den Fall, dass zwischen den vorgesehenen Vertragspartnern keine Vereinbarung zustande kommt. Bei anderen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzten und Apothekern) ist eine entsprechende Schiedsregelung vorgesehen. Ein solcher Mechanismus ist ebenso für Rehaeinrichtungen vorzusehen.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

Der Paritätische begrüßt, dass die Frist für die Modellvorhaben zur Erprobung der Einbindungen der Pflegeeinrichtungen in die TI von 2022 auf 2024 verlängert wird. Es ist zentral, dass folgende für die Pflege elementare digitale Anwendungen im Rahmen des Projekts erprobt werden:

- E-Verordnungen, insbesondere zur Häuslichen Krankenpflege
- E-Entlass- und Überleitmanagement (digitaler Überleitbogen)
- E-Medikationsplan
- E-Rezept
- E-Arztbrief
- Labordaten
- Notfalldatensatz einschließlich Daten zu Patientenverfügungen, Patientenvollmachten und Daten zur Gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende nach § 132g SGB V

Berlin, 20. Mai 2020

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

Kontakt

gesundheit@paritaet.org