BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200
FAX (030) 2700406-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

2. März 2021

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

Inhalt

I. VORBEMERKUNG _____ 4

II. DETAILKOMMENTIERUNG _____ 6

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch _____ 6

Nr. 4 Verbot der Zuweisung von Verordnungen von Digitalen Gesundheitsanwendungen (§33a) 6

Nr. 7 Terminservicestellen (§ 75) 7

Nr. 8 Ausweitung Videosprechstunde (§ 87) 8

Nr. 11 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen Videosprechstunde (§ 92) 8

Nr. 12 Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und Kooperationen über den Strukturfonds (§ 105) 10

Nr. 13 Verträge mit Heilmittelerbringern (§125) 10

Nr. 14 Vergütungsbeträge (§ 134) 11

Nr. 15 Versorgung mit Hebammenhilfe (§ 134a) 12

Nr. 16 Flexibilisierung der Erprobung, Datensicherheit (§ 139e) 13

Nr. 21-23 Datenspeicherung auf der eGK (§§ 291, 291a, 291b) 14

Nr. 32 Aufträge an die gematik (§312) i.V.m. Nr. 48 Angebot und Nutzung der ePA (§ 342) und Nr. 57 Elektronische Notfalldaten, elektronische Patientenkurzakte und elektronischer Medikationsplan (§358) 14

Nr. 44 Komponenten zur Wahrnehmung der Versichertenrechte (§ 338) 15

Nr. 47 Inhalte der elektronischen Patientenakte (§ 341) 16

Nr. 66 Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Hilfsmitteln und Implantaten (§ 374a) 16

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch _____ 17

Nr. 2 Pflegeberatung (§ 7a) 17

Nr. 10 Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a) 19

Nr. 11 Digitale Pflegeanwendungen (§ 40a) und Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40b) 20

Nr. 17 Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung (§ 78a) 21

III. WEITERGEHENDER ÄNDERUNGSBEDARF 23

Unmittelbare Übermittlung von Leistungsdaten an Kassen als vorläufige Information 23

Übermittlung von Informationen mit Beratungsrelevanz für Versicherte 24

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen begrüßen den vorliegenden Gesetzentwurf „Digitale Versorgung und Pflege - Modernisierungs-Gesetz – DVPMG“. Dieser setzt die Zielrichtung bereits in dieser Legislaturperiode verabschiedeter Gesetze (Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) fort. Es werden notwendige Reglungen im Bereich der Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und der elektronischen Patientenakte (ePA) vollzogen, sowie die telemedizinische Versorgung gestärkt.

Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen insbesondere noch bezüglich folgender Themen:

Da Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) Innovationen sind, die neu in die erstattungsfähige Versorgung der GKV integriert werden, befürworten die Betriebskrankenkassen eine **kassenübergreifende Aggregation von Daten.** Notwendig ist diese Transparenz, um die Entwicklung des neuen Leistungsbereichs nachvollziehen, darüber berichten und ggf. Anpassungen vornehmen zu können. Dazu sollen Hersteller von Digitalen Gesundheitsanwendungen sowie Krankenkassen verpflichtet werden, die von Ihnen aufgenommenen Daten zur Verfügung zu stellen.

Die vorgesehene **Flexibilisierung der Erprobungszeiten** im Rahmen der DiGA-Erprobung wird hingegen von den Betriebskrankenkassen abgelehnt. Die geplante Regelung würde dazu führen, dass eine in medizinischer Hinsicht nicht geprüfte Anwendung bis zu 24 Monate Teil der Regelversorgung wäre. Hierbei sehen die Betriebskrankenkassen Patientensicherheit und –wohl gefährdet. Zusätzlich werden durch eine ex ante verlängerte Erprobung Kostenrisiken für Krankenkassen forciert. Auch daher sollte von der vorgesehenen Regelung Abstand genommen werden. Gleichzeitig sollten die **Hersteller** eine **entsprechende Insolvenzversicherung** abschließen.

Die elektronische Patientenakte (ePA) soll Versicherte u.a. darin bestärken, souverän und eigenverantwortlich mit ihren Daten umzugehen und ihre Versorgung insgesamt zu verbessern. Konsequenterweise sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen dieser Weg weiter fortgesetzt werden. Informationen aus **Anwendungen wie Notfalldaten (NFD) und elektronischer Medikationsplan (eMP)** sollten daher funktional in einer **IT-Architektur** miteinander verknüpft und über eine Anwendung wie die ePA erreichbar sein. Der Plattformgedanke ePA ist hierbei aus Versichertensicht gegenüber separaten und eigenständigen Anwendungen zu bevorzugen.

Die weitere **Förderung telemedizinischer Versorgungsformen** wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Allerdings könnte die hier vorgesehene Förderung über den Strukturfonds zu einer Doppelfinanzierung von Leistungen führen und wird daher kritisch gesehen. Zudem müssen Meldungen der Terminservicestellen um Angebote telemedizinischer Sprechstunden verpflichtend erfolgen, damit Transparenz hergestellt und ein breites Angebot für Versicherte zur Verfügung gestellt werden kann. Weiterhin sollte im Sinne der Transparenzsteigerung für Versicherte die Möglichkeit geschaffen werden, sich über Umfang und Art der angebotenen Leistungen zu informieren. Hierzu ist eine differenzierte Darstellung der Leistungsarten notwendig.

Daten von zu Lasten der GKV abgegebenen Hilfsmitteln und Implantaten zur weiteren Verwendung in DiGAs zu übermitteln, wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Darüber hinaus sollten diese Daten über DiGA und ePA hinaus verwendet werden können, um schließlich die

Versorgung zu verbessern. Hierbei geht es insbesondere um den mündigen Versicherten, der über alle Medizinprodukte-Daten hoheitlich selbst entscheiden soll, wie, wohin und in welcher Form diese Daten übertragen werden sollen.

Die **Pflegeberatung** zusätzlich durch digitale Anwendungen zu ergänzen, wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Allerdings ist bei der Pflegeberatung die angedachte Ergänzung durch Bots in Bezug auf den originären Auftrag der Pflegeberatung und im Hinblick auf die technische Umsetzung nicht praktikabel. Wir schlagen in diesem Zusammenhang daher eine pragmatische und klare leistungsrechtliche Trennung vor: Einerseits Leistungen nach § 7 SGB XI, bei denen (selbständig agierende) digitale Informationsangebote und -anwendungen effektiv genutzt werden können. Andererseits die Beratungsangebote nach § 7a SGB XI, bei denen digitale Informationsangebote und -anwendungen nach § 7 SGB XI dann ergänzend zum Einsatz kommen können und zudem digitale Beratungsangebote im Videoformat ermöglicht werden.

Digitale Pflegeanwendungen zu implementieren ist als zeitgemäß und grundsätzlich sachgerecht zu begrüßen. Allerdings sollte bei der Ausgestaltung des Leistungsanspruchs auf digitale Pflegeanwendungen konkretisiert werden, welche digitalen Pflegeanwendung tatsächlich – differenziert nach Wirkspektrum oder Wirkungsziel – im Verzeichnis nach Absatz 2 gelistet sein sollen. Hierzu werden konkrete Abgrenzungskriterien vorgeschlagen.

Abschließend ist die Etablierung sowie die Refinanzierung digitaler Pflegeanwendungen, die einen entsprechenden pflegespezifischen Nutzen vorweisen, als ein weiterer wichtiger Schritt hervorzuheben. Um die besonderen Belange von pflegebedürftigen Menschen schon im Rahmen der Entwicklung und Zulassung zu berücksichtigen, muss sich **die Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis des BfArM** jedoch an pflegesensitiven Parametern orientieren. Nur so können passgenaue, effiziente Lösungen entwickelt und unerwünschte Wirkungen vermieden werden.

Abschließend sei angemerkt, dass das im Bereich der **Prävention** bestehende große Potential bei der Einbindung digitaler Angebote noch nicht adressiert ist. Insbesondere die Schaffung einer Schnittstelle des Nationalen Gesundheitsportals zur ePA erachten die Betriebskrankenkassen als notwendigen Schritt zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und Verbesserung der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Es wäre auch zu prüfen, in wie weit Angebote der Selbsthilfe Eingang in die geplanten Maßnahmen finden können. Spätestens im Rahmen eines Präventionsgesetzes sollten diese und weitere Aspekte der Digitalisierung adressiert werden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 Verbot der Zuweisung von Verordnungen von Digitalen Gesundheitsanwendungen (§33a)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehenen Änderungen im § 33a Abs. 5 und damit die Ausweitung des Makelverbots auf Verordnungen digitaler Gesundheitsanwendungen. Dies entspricht einer Anregung der Betriebskrankenkassen im Rahmen des Stellungnahme Verfahrens zum Referentenentwurf des DVPMG.

Der § 33a sollte ferner für weitere Ergänzungen genutzt werden:

Bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) handelt es sich um ein Novum, für das bislang keine Erfahrungen hinsichtlich des Adaptionsverhaltens der Beteiligten sowie des Marktgeschehens, auch außerhalb Deutschlands, vorliegen. Daher bedarf es einer stetigen Beobachtung der Marktentwicklung und einer Transparenz des kassenübergreifenden Leistungsgeschehens – insbesondere für die GKV. Die Betriebskrankenkassen befürworten hierfür die kassenübergreifende Aggregation von DiGA-Daten, indem die DiGA-Hersteller die von Ihnen erhobenen Nutzungsdaten quartalsweise an die jeweiligen Krankenkassen übermitteln. Die Krankenkassen werden ferner dazu verpflichtet, ihre erhobene Daten an den GKV Spitzenverband zu berichten, der diese Informationen wiederum aggregiert und jährlich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit darstellt. Zur Beobachtung der Marktentwicklung sowie zur Transparenz des Leistungsgeschehens erfolgt vom Bundesministerium für Gesundheit eine jährliche Veröffentlichung des Berichts.

Änderungsvorschlag:

§33A ABS.3 WIRD WIE FOLGT ERGÄNZT:

> *(3) Die Hersteller stellen den Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung. Ist eine Übertragung oder Abgabe nach Satz 1 nicht möglich, können digitale Gesundheitsanwendungen auch über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt werden; in diesen Fällen erstattet die Krankenkasse dem Versicherten die tatsächlichen Kosten bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134. Die Hersteller übermitteln die ihnen vorliegenden Nutzungsdaten quartalweise an die Krankenkassen.*

§ 33A WIRD UM EINEN NEUEN ABS. 6 ERGÄNZT:

> *(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 01. Januar 2022 über die Entwicklung des Leistungsbereichs der digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a Abs.1 SGB V. Dieser wird jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die erbrachten Leistungen.*

Entsprechend der Begründung der vorgesehenen Änderungen des § 33a SGB V und um eine an Kategorien des Wirtschaftlichkeitsgebots orientierte Verordnung sicherzustellen, regen die Betriebskrankenkassen an, die bisher nur im DiGA-Leitfaden erfolgte Bezugsetzung zu § 12 SGB V in Form einer gesetzlichen Regelung in § 33a auszugestalten. Hierdurch wird rechtssicher und eindeutig im Gesetz klargestellt, dass bei gleichartigen DiGAs die kostengünstigere zu verordnen ist.

Änderungsvorschlag:

§ 33A WIRD UM ABSATZ 7 ERGÄNZT:

> *(7) Bei der Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen unterliegen die Vertragsärzte und -ärztinnen sowie die Vertragspsychotherapeuten und –innen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V.*

Nr. 7 Terminservicestellen (§ 75)

Die Ergänzung der Vermittlungstätigkeit der Terminservicestellen um Videosprechstunden wird begrüßt. Um den Zugang zu Videosprechstunden niedrigschwellig zu ermöglichen und damit das gesetzgeberische Ziel besser zu unterstützten, die Möglichkeiten digitaler Kommunikation auszuweiten, halten die Betriebskrankenkassen eine strukturierte Erfassung von digitalen Versorgungsangeboten für unverzichtbar. Aus diesem Grund sollte die Möglichkeit der freiwilligen Meldung von Terminen für Videosprechstunden in Nr. 4a) dd) verbindlicher ausgestaltet werden.

Änderungsvorschlag:

§ 75 ABSATZ 1A NR. 6 WIRD WIE FOLGT GEFASST:

> *6. Soweit Vertragsärzte Leistungen in Form der Videosprechstunde anbieten, sollen die Vertragsärzte den Terminservicestellen freie Termine~~, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig~~ melden.*

Grundsätzlich wird die Ausweitung telemedizinischer Leistungen auf die sprechstundenfreien Zeiten begrüßt, da dies den ärztlichen Bereitschaftsdienst entlasten könnte. Zur Klarstellung und zweifelsfreien Definition von sprechstundenfreien Zeiten sollte korrespondierend ein Auftrag an die Bundesmantelvertragspartner formuliert werden, sprechstundenfreie Zeiten im Rahmen des Bundesmantelvertrags zu definieren.

Nicht ausgeschlossen werden kann ein zusätzlicher ärztlicher Personalbedarf, da der aufsuchende ärztliche Bereitschaftsdienst nicht in Gänze digital ersetzt werden kann. In der Begründung wird ausdrücklich erläutert, dass Personalmangel nicht von der Rechtspflicht der Vorhaltung digitaler Angebote entbindet. Die Rechtsfolgen bleiben jedoch fraglich.

Nr. 8 Ausweitung Videosprechstunde (§ 87)

Der Bewertungsausschuss wird beauftragt Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) aufzunehmen, nach denen Videosprechstunden in weitem Umfang ermöglicht werden. Der Anteil der Leistungen, die je Quartal durch Videosprechstunden erbracht werden können, soll dabei von 20% auf 30 % der Leistungen eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers erhöht werden. Davon abweichend soll der Umfang der Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde erbracht werden, auf 30 % begrenzt werden. Videosprechstunden sollen künftig zusätzlich für gruppentherapeutische Leistungen ermöglicht werden. Weiterhin wird der ergänzte Bewertungsausschuss beauftragt, die bereits bestehende Differenzierung nach Schweregrad für Regelungen der Versorgung im Notfall und im Notdienst, auch auf telemedizinische Leistungen auszuweiten.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Ermöglichung von Videosprechstunden in weitem Umfang sowie die Ermöglichung weiterer digitaler Versorgungsangebote. Die Durchführung von Videosprechstunden sollte dabei an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und medizinisch angemessen und sinnvoll sein. Die kontinuierliche Überprüfung des EBM durch den Bewertungsausschuss erfolgte bereits in der Vergangenheit und wird kontinuierlich fortgesetzt. Entsprechende Regelungen sind bereits zum jetzigen Zeitpunkt im EBM enthalten. Die Aufnahme einer zusätzlichen Klarstellung (Nr. 5 a) ist daher nicht erforderlich. Aus gleichen Gründen ist eine Vorgabe der Einführung bestimmter telemedizinischer Leistungen, wie in der Gesetzesbegründung vorgesehen, ebenfalls nicht erforderlich. Welche telemedizinischen Leistungen erbracht werden können und wie diese vergütet werden, sollte weiterhin durch die Selbstverwaltungsorgane festgelegt werden. Die in der Gesetzesbegründung genannten digitalen Hausbesuche sind zudem inhaltlich nicht von Videosprechstunden abgegrenzt. Es bleibt offen, was ein digitaler „Hausbesuch“ genau beinhaltet.

Der Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss eine Differenzierung telemedizinischer Leistungen, die im Notdienst zur Anwendung kommen, ebenfalls zu prüfen, wird auch vor dem Hintergrund der in Nr. 4 aufgeführten Änderungen grundsätzlich begrüßt.

Änderungsvorschläge:

STREICHUNG NR. 5A, 5D

Nr. 11 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Rahmen Videosprechstunde (§ 92)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 16. Juli 2020 Regelungen zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einer Fernbehandlung getroffen. Grundsätzlich bleibt dieser Beschluss bislang hinter den durch die Änderung der Musterberufsordnung-Ärzte (§ 7 Abs. 4 MBO-Ä) eröffneten Möglichkeiten einer ausschließlichen Fernbehandlung zurück.

Im Zuge der Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss allerdings für einen befristeten Zeitraum die Möglichkeit geschaffen, eine Arbeitsunfähigkeit bei Patientinnen und Patienten, die an leichten Atemwegserkrankungen leiden, durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung ohne vorhe-

rige Präsenzbehandlung – hier auch telefonisch – bis zu 7 Kalendertagen festzustellen. Eine Verlängerung der Krankschreibung kann im Rahmen der Sonderregelung auch telefonisch für weitere 7 Kalendertage ausgestellt werden. Hinsichtlich dieser Sonderregelung konnten die Vorzüge der ausschließlichen Fernbehandlung ohne vorherige Präsenzbehandlung erkannt werden, gerade wenn es sich um die Vermeidung von Infektionen in den überfüllten Wartezimmern handelt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher ausdrücklich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt wird, die Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) dahingehend anzupassen, dass eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in geeigneten Fällen auch im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung ohne vorherige Präsenzbehandlung ermöglicht wird.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen gilt es die gesetzliche Grundlage jedoch so zu gestalten, dass die Patientensicherheit weiterhin im Vordergrund steht. Es besteht die Gefahr, dass Patienten die eigene gesundheitliche Situation nicht vollumfänglich beurteilen können. Durch die geplante Neuregelung besteht grundsätzlich für Patienten ein breiteres nutzbares Angebot, da sie nicht mehr an wohnortnahe Ärzte gebunden sind. Neben den offensichtlichen Vorteilen, kann dies jedoch auch zu einem häufigen Behandlerwechsel führen. Dies kann zur Folge haben, dass es zu einem Informationsdefizit zwischen den einzelnen Behandlern kommt, da bereits durch einen Arzt gewonnene Erkenntnisse auf dem Weg zum nächsten Behandler verloren gehen oder durch den Patienten bedingt durch fehlendes medizinisches Fachwissen falsch weitergegeben werden. Schwerwiegendere oder die Verschlechterung von Erkrankungen könnten dadurch unerkannt bleiben, respektive später als eigentlich möglich erkannt werden, da ggf. notwendige von einem Arzt bereits angedachte oder empfohlene Untersuchungen erst verspätet durchgeführt werden. Gerade bei Erkrankungen die zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit führen, ist eine durchgehende Beurteilung eines Arztes empfehlenswert. Die aufgeführten möglichen Gefahren gilt es aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu vermeiden. Daher schlagen wir eine Regelung analog der begrüßenswerten Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Corona-Krise vor:

Eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sollte für sieben beziehungsweise mit einer Folgebescheinigung für insgesamt 14 Kalendertage ermöglicht werden. So würden oben benannte Risiken stark minimiert, gleichzeitig aber die Vorzüge der geplanten Neuregelung genutzt werden können. Insbesondere bei einfach gelagerten Erkrankungsfällen und zur Vermeidung von Infektionen über Wartezimmer sollte die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Videosprechstunde auch im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung erfolgen können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte daher beauftragt werden, die Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach §92 Absatz1 Satz2 Nummer7 (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) dahingehend anzupassen, dass eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in geeigneten Fällen auch im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung ohne vorherige Präsenzbehandlung bis zu 7 Kalendertage und durch Verlängerung für weitere 7 Kalendertage ermöglicht wird.

Änderungsvorschlag:

IN§ 92 WIRD NACH ABSATZ 4 FOLGENDER ABSATZ 4A EINGEFÜGT:

> *(4a) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der*

ausschließlichen Fernbehandlung in geeigneten Fällen für bis zu 7 Kalendertage und durch Verlängerung für weitere 7 Kalendertage.

Nr. 12 Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und Kooperationen über den Strukturfonds (§ 105)

Telemedizinische Versorgungsformen und Kooperationen sollen künftig aus Mitteln des Strukturfonds finanziert werden können. Entsprechend der Gesetzesbegründung können die Umsetzung telemedizinischer Konzepte, digitale Netzwerke, Kostenübernahmen für Software, Finanzierung von Praxiskoordinatoren/-innen für digitale Netzwerke, informationstechnische Beratungen, Einrichtungen von Videobehandlungsplätzen sowie Informations- Beratungs- und Fortbildungsangebote zur Nutzung der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Patientenakte gefördert werden.

Bereits heute können neben den in der Aufzählung aufgeführten Förderungsmöglichkeiten in Satz 3 Absatz 1a) des § 105 SGB V weitere sinnvolle Maßnahmen gefördert werden. Eine zusätzliche Nennung weiterer Möglichkeiten ist deshalb nicht erforderlich. Kritisch werden zudem die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Fördermöglichkeiten gesehen, da diese zum Großteil bereits anderweitig finanziert werden. So werden die Kosten für die Ausstattung mit Videoarbeitsplätzen und Videosoftware beispielweise bereits voll über die Praxiskosten im EBM vergütet. Es besteht daher grundsätzlich die Gefahr einer Doppelfinanzierung.

Änderungsvorschlag:

STREICHUNG NR. 7

Nr. 13 Verträge mit Heilmittelerbringern (§125)

Mit der vorgesehenen Änderung sind in den bundesweiten Verträgen zur Heilmittelversorgung auch die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden können (Videotherapie), bis zum 31. Dezember 2021 zu regeln. Dabei sind auch die technischen Voraussetzungen zu regeln, die für eine derartige Leistungserbringung erforderlich sind. Zugleich sind Regelungen für die Vergütung des Aufwands der Heilmittelerbringer bei der therapiebegleitenden Anwendung DiGA zu schaffen. Die Vereinbarungen sind im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit sowie der Gesellschaft für Telematik zu treffen.

Das Vorhaben zur Implementierung der Videotherapie in die Regelversorgung wird grundsätzlich begrüßt. Bereits im Zuge der ersten Corona-Welle im Frühjahr dieses Jahres sind die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband mit ihren “Empfehlungen für den Heilmittelbereich aufgrund des Ausbruchs von SARS-2-CoVD" von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie zum Ort der Leistungserbringung zeitlich begrenzt abgewichen. Patientinnen und Patienten konnten definierte Heilmittelbehandlungen, z.B. Krankengymnastik übergangsweise auch im Rahmen einer Videotherapie erhalten, wenn sie Behandlungstermine aufgrund der pandemischen Lage nicht in der

Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin wahrnehmen konnten. Ziel dieser und weiterer befristeter Abweichungen von der Regelversorgung war es, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrecht zu erhalten sowie die wirtschaftlichen Einbußen der Leistungserbringer abzumildern. Dabei haben die Empfehlungsverantwortlichen stets betont, dass eine mögliche Implementierung der Videotherapie jenseits eines Notfallmechanismus ausschließlich über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie erfolgen kann.

Diese Auffassung wird weiterhin vertreten, die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden seitens der GKV initiiert und werden derzeit in der AG Heilmittel-Richtlinie und der AG Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte geführt. Laut Beschluss des Plenums soll Gegenstand der Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie und der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte sein, ob und in welchen Fällen die derzeit abschließend festgelegten Orte der Heilmittelerbringung auch als telemedizinische Leistung (Videotherapie) erbracht werden können.

Es ist daher nicht sinnvoll, parallel zu den Beratungen im G-BA mit den Vereinbarungspartnern gemäß § 125 SGB V vertragliche Regelungen zur Videotherapie, insbesondere zur Festlegung von möglicherweise für die Videotherapie geeigneten Heilmittelleistungen zu treffen. Die Vereinbarungen können erst in Anlehnung an die geänderte Heilmittel-Richtlinie und Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte getroffen werden. Der Zeitplan in der vorliegenden Form wird daher abgelehnt. Er liegt deutlich vor der vom G-BA festgelegten Zeitschiene. Selbst im Falle einer Änderung des Plenumsbeschlusses mit einer zeitlichen Planung bis Ende Oktober 2021 wäre die Frist 31. Dezember 2021 für vertragliche Regelungen mit umfassender Beteiligung bei der Benehmensherstellung zu kurz. Die Frist sollte daher auf den 31. März 2022 gelegt werden.

Änderungsvorschlag:

§125 ABSATZ 2A (NEU) WIRD WIE FOLGT GEFASST:

> *(2a) In den Verträgen nach Absatz 1 sind auch die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, die gemäß der Richtlinie nach § 92 Abs. 6 SGB V telemedizinisch erbracht werden können, bis zum 31. März 2022 zu regeln. Hiervon ist die Vereinbarung zu technischen Voraussetzungen, die erforderlich sind, um die telemedizinischen Leistungen zu erbringen, mit umfasst. Die Vereinbarungen sind im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Gesellschaft für Telematik zu treffen.*

Nr. 14 Vergütungsbeträge (§ 134)

Der neu aufgenommen § 134 Abs. 1 Satz 2 stellt klar, dass die Vergütung der DiGA-Hersteller auf Grundlage des tatsächlichen Herstellerpreises höchstens einen Zeitraum von zwölf Monaten umfassen kann, unabhängig davon, ob eine DiGA zur Erprobung nach § 139e Abs. 4 oder dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen wurde. Dies wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Zudem begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass mit der Anfügung an § 134 Absatz 5 das Bundesministerium für Gesundheit die Grundlage zur Fristsetzung von drei Monaten erhält. Sofern im Falle die Vertragsparteien keine Einigung zur Festlegung von Höchstbeträgen für Gruppen vergleichbarer

digitaler Gesundheitsanwendungen erzielen. Sollte auch die Frist des Bundesministeriums für Gesundheit nicht gehalten werden, hat die Schiedsstelle zu entscheiden. Obwohl die Zielsetzung der angedachten Regelung grundsätzlich begrüßt wird, stellt dies einen Eingriff in die Autonomie der Verhandlungspartner dar. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, die Regelungen des § 134 Abs. 5 Satz 3 Nr. 1 und 2 von Kann- in Soll-Regelungen zu überführen.

Änderungsvorschlag:

§ 134 ABSATZ 5 WIRD WIE FOLGT FORMULIERT:

> *(5) Bis zur Festlegung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 gelten die tatsächlichen Preise der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen. In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist das Nähere zu der Ermittlung der tatsächlichen Preise der Hersteller zu regeln. In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 soll auch Folgendes festgelegt werden:*

1. *Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und*

2. *Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte.*
   (…)

Nr. 15 Versorgung mit Hebammenhilfe (§ 134a)

Die Vertragspartner nach §134a SGB V haben während der Corona-Krise kurzfristig die Möglichkeit geschaffen, die Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe mittels digitaler Kommunikationswege sicherzustellen. So können freiberuflich tätige Hebammen nun zeitlich befristet Beratungsleistungen und/oder Kursangebote auch per Videotelefonie erbringen und abrechnen.

GKV-seitig wurden das Potenzial und die Vorzüge entsprechender Leistungsangebote erkannt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher ausdrücklich, dass der Gesetzgeber zukünftig auch die Vereinbarung von videotechnischer Leistungserbringung im Vereinbarungsportfolio der Vertragspartner vorsieht.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es wichtig, dass die Versicherten einen möglichst leichten Zugang zu digitalen Versorgungsangeboten haben. Dazu gehört, eine verpflichtende Transparenz in differenzierter Art über das Leistungsangebot der einzelnen Hebamme vorzusehen. Mit einem webbasierten Leistungsangebot können Versicherte die Leistungserbringer (Hebammen) völlig unabhängig von der regionalen Verfügbarkeit in Anspruch nehmen. Dies erhöht die Versorgungssicherheit und bringt Angebot und Nachfrage von Hebammenleistungen besser zueinander. Voraussetzung dabei ist, dass die Versicherten über das digitale Leistungsangebot der einzelnen Hebamme auch vollumfänglich informiert sind. Dazu sind die Angaben zur Art der Tätigkeit in der Vertragspartnerliste, die für die gesetzlich vorgesehene GKV-Hebammensuche genutzt werden, verpflichtend so zu differenzieren, dass digitale Leistungsangebote für Versicherte erkennbar und selektierbar sind. Hierzu ist die aktuelle gesetzliche Regelung zu konkretisieren.

Änderungsvorschlag:

§ 134A ABS. 2A NR. 8 SGB V WIRD WIE FOLGT GEÄNDERT:

8. Art der Tätigkeit. Leistungsangebote nach Abs. 1d Satz 1 Nr. 1 sind differenziert darzustellen.

Nr. 16 Flexibilisierung der Erprobung, Datensicherheit (§ 139e)

Die aktuell geltende Rechtslage nach §139e Absatz 4 SGB V sieht vor, dass bei einer DiGA auf Erprobung 12 Monate als Erprobungszeitraum gelten. Das BfArM kann eine Verlängerung von weiteren 12 Monaten vornehmen, sofern festgestellt wird, dass nicht ausreichend Nachweise vorliegen, um den positiven Versorgungseffekt fristgemäß nachzuweisen, aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung besteht.

Die nunmehr geplante Regelung, bereits mit der Antragsstellung einen Erprobungszeitraum 24 Monaten vorzusehen, wird voraussichtlich regelhaft dazu führen, dass eine in medizinischer Hinsicht nicht geprüfte Anwendung bis zu 24 Monate Teil der Regelversorgung wird. Das Regelungsziel auch DiGA, deren Nachweis positiver Versorgungseffekte eine längere Zeit in Anspruch nimmt, zu erproben, ist jedoch bereits jetzt gesetzlich realisiert. Selbst, wenn der Hersteller verpflichtet wird, dem BfArM hier nach 12 Monaten ein vorläufiges Erprobungsergebnis vorzulegen, sehen die Betriebskrankenkassen Patientensicherheit und –wohl gefährdet.

Es gilt primär, die Patientensicherheit weiterhin als wichtigste Maßgabe zu erachten. Es besteht die Gefahr, dass über einen Zeitraum von 24 Monaten Leistungen in Anspruch genommen werden können, bei denen positive Versorgungseffekte nicht nachgewiesen wurden. Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, die darauf ausgelegt sind, als digitale Helfer zu agieren und die individuelle Versorgung des Patienten zu unterstützen. Jedoch haben Sie nicht das Ziel, als ausschließliche Versorgung zu dienen. Zu einer Unterversorgung kann es kommen, wenn sich der Patient in gutem Gewissen darauf beruft, dass die DiGA die ausschließliche, einzige Behandlung ist. Dies kann dazu führen, dass Erkrankungen unerkannt bleiben oder sich verschlechtern. Fehlversorgung liegt vor, wenn z. B. die Nutzung der DiGA genehmigt wird, obwohl diese einer leitliniengerechten Versorgung widerspricht. Als Beispiel sei genannt, dass eine bereits begonnene psychoanalytische Therapie eine Verhaltenstherapie ausschließen würde und dennoch eine DiGA verhaltenstherapeutische Ansätze aufweist. In Genehmigungsfällen kann die Krankenkasse aufgrund des verspäteten Vorliegens von Abrechnungsdaten hierzu keine Einschätzung vornehmen und den Versicherten nicht nach § 68 SGB V entsprechend beraten.

Die vorgesehene Regelung zur Flexibilisierung des Erprobungszeitraumes, ist aus oben genannten Gründen zu streichen.

Darüber hinaus regen die Betriebskrankenkassen eine direkte Datenübermittlung ambulanter Diagnose- und Leistungsdaten an (vgl. Weitergehender Änderungsbedarf).

Änderungsvorschlag:

§ 139E ABSATZ 4A SGB V (NEU) WIRD GESTRICHEN.

Grundsätzlich regen die Betriebskrankenkassen an, dass der Gesetzgeber Maßnahmen ergreift, um im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen nach § 134 SGB V entstehende Kostenrisiken für Krankenkassen zu vermeiden. Vorstellbar wäre es, eine verpflichtende Insolvenzversicherung für aufgenommene DiGA (-Hersteller) nach § 139e Abs. 4 vorzusehen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der neue § 139e Abs. 4a bereits bei Antragstellung einen 24-monatigen Erprobungszeitraum vorsieht, kann diese vorgesehene Regelung ebenfalls dazu führen, dass sich die Rückzahlungszeiträume für die Rückzahlungen nach der Vereinbarung von Vergütungsbeträgen, die ggf. niedriger sind als die tatsächlichen Herstellerpreise, unnötig verlängern. Somit besteht ein erhöhtes Risiko, dass sich der Rückzahlungszeitraum in diesen Fällen vom 13. bis zum 24. Monat erstreckt. Im weiteren Sinne wäre es ebenso möglich, dass DiGA-Hersteller aufgrund unternehmerischer Fehlentscheidungen in diesem Zeitraum eine Insolvenz anmelden müssen, was die Rückzahlung unmöglich machen würde. Insofern regen die Betriebskrankenkassen an, dass hierzu eine verpflichtende Insolvenzversicherung vorgesehen wird, die Kostenrisiken für die GKV minimiert, so dass ein Änderungsbedarf im DiGA-V zu berücksichtigen ist.

Änderungsvorschlag:

§ 2 ABS. 1 NR. 23 DIGAV ODER § 1 ABS. 2 DIGAV WIRD ERGÄNZT:

> *DiGA (-Hersteller) nach § 139e Abs. 4. sind dazu verpflichtet eine Insolvenzversicherung abzuschließen.*

Nr. 21-23 Datenspeicherung auf der eGK (§§ 291, 291a, 291b)

Das Vorhaben einer Umwidmung der eGK von einer Speicherkarte zu einem Versicherungs- und gleichzeitig Identifikationsnachweis wird durch die Neuregelung, weiterhin Versichertendaten auf der eGK zu speichern, unterlaufen. Eine zusätzliche Speicherung von Versichertendaten auf der eGK birgt die Gefahr unterschiedlicher Datenstände und -informationen. Diese Art der redundanten Datenhaltung birgt vermeidbares Fehlerpotenzial bei der Aktualität von Daten die online und physisch vorliegen. Das Argument der technischen Ausfallsicherheit rechtfertigt aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht eine doppelte Datenhaltung. Zu verifizieren wäre mindestens die Wahrscheinlichkeit technischer Ausfälle, die den Aufwand und die Nachteile doppelter Datenhaltung rechtfertigt, zumal im Falle des Auftretens das bewährte Ersatzverfahren zum Einsatz kommen würde.

Nr. 32 Aufträge an die gematik (§312) i.V.m. Nr. 48 Angebot und Nutzung der ePA (§ 342) und Nr. 57 Elektronische Notfalldaten, elektronische Patientenkurzakte und elektronischer Medikationsplan (§358)

Die ursprüngliche Planung, die elektronische Gesundheitskarte in weiteren Ausbaustufen nicht mehr als Datenspeicher, sondern ausschließlich als Versicherungsnachweis der Versicherten zu nutzen und

konsequent dahingehend zu entwickeln, wird weiterhin ausdrücklich begrüßt. Daher kann dem Vorhaben gefolgt werden, die Anwendungen Notfalldaten (NFD) und elektronische Medikationsplan (eMP), deren Daten bislang auf der eGK gespeichert werden, künftig davon abzukapseln. Dabei ist eine funktionale Verknüpfung von ePA, NFD und eMP in einer IT-Architektur gegenüber separaten und eigenständigen TI-Anwendung eMP und Patientenkurzakte zu bevorzugen. Sollte in der Umsetzung lediglich der Zugriff auf eMP und Patientenkurzakte mittels ePA-App ermöglicht werden, dafür aber separate TI-Anwendungen geplant werden, wird das abgelehnt. Der Plattformgedanke ePA wäre hierbei aus Versichertensicht von den Betriebskrankenkassen als bevorzugte Lösung weiterzuverfolgen.

Die Aufträge an die gematik sind in dem Zusammenhang grundsätzlich als sachgerecht zu begrüßen. Hingewiesen wird in dem Zusammenhang auf die insgesamt zeitkritischen Realisierungstermine für diese Vorhaben. Da insbesondere bei Einhaltung der Plantermine der gematik auch Realisierungstermine für die Umsetzung der Vorhaben bei den Krankenkassen erforderlich sind, die in ihrer Ausprägung nur in begrenztem Maße zur Verfügung stehen, sollte die Taktung entzerrt werden. Die termingerechte Realisierung der weiteren Stufen der ePA sind sanktionsbewehrt für Krankenkassen. Erfahrungen bei ePA Stufe 1.1 haben gezeigt, dass die Zeitplanung (18 Monate Umsetzungszeit nach finalen Spezifikationen) realistisch erscheint, wenn die Voraussetzungen für eine Realisierung rechtzeitig und verbindlich feststehen sowie nicht mehr wesentlich verändert oder ergänzt werden. Das gilt insbesondere, da die Verantwortung für die rechtzeitige Definition der Anforderungen nicht bei den Krankenkassen, sondern bei der nicht von Sanktionen tangierten gematik liegt. Sanktionsbewehrungen müssen sich künftig daran orientieren.

Es wird vorgeschlagen den Abs. 5 dahingehend anzupassen.

Eine große Tragweite kommt dem Vorhaben der Zukunftskonnektoren zu. Es ist anzuraten, frühzeitig mindestens das BSI zu beteiligen und einzubinden, damit eine zeitgerechte Umsetzung und Einführung auf Basis sicherheitstechnischer Anforderungen ermöglicht wird. Das Gesamtvorhaben der damit verbundenen Abkehr von Hardware-Konnektoren wird Seitens der Betriebskrankenkassen sehr begrüßt. Einen Hardwaretausch bisheriger Konnektorlösungen aufgrund zertifikatstechnischer Bedingungen gilt es aus Wirtschaftlichkeits- und Akzeptanzgründen unbedingt zu vermeiden.

Nr. 44 Komponenten zur Wahrnehmung der Versichertenrechte (§ 338)

Die Beachtung von Versichertenrechten insgesamt und gerade im Zusammenhang mit der Nutzung technischer Anwendungen, die über die Telematikinfrastruktur angeboten wird, ist für Betriebskrankenkassen ein elementares Thema. Dabei gilt es, den zu erwartenden Bedarf an Informationen und Selbstbestimmtheit in Einklang mit den einzusetzenden Mitteln zu bringen und die Wirtschaftlichkeit möglicher Lösungen an dieser Stelle nicht unbeachtet zu lassen. Grundsätzlich ist daher ein Ansatz, die Anwendungen ePA, eRezept, eMP bzw. Patientenkurzakte auch auf stationären Endgeräten bedienbar zu machen, sinnvoll. Dafür sollten jedoch keine gesondert zu entwickelnden Spezialsoftwarelösungen als Desktop-Lösungen i.S. Client-Server-Anwendungen zum Einsatz kommen müssen, sondern moderne, betriebssystemunabhängige webbasierte Anwendungen ausreichen. Hierfür wären zunächst die Voraussetzungen zu schaffen und die sicherheitstechnischen Anforderungen mit den Beteiligten abzustimmen. Unabhängig davon bedeutet die aktuelle Zeitplanung, dass die ePA zum 01.01.22 bereits auch auf stationären Endgeräten bedienbar sein muss. Das ist mindestens aufgrund erhöhter Sicherheits-anforderungen für die Anzahl benötigter Komponenten als höchst zeitkritisch einzustufen.

Insgesamt ist anzumerken, dass potenziell infrage kommende Nutzer von Anwendungen zur Wahrnehmung der Versichertenrechte in der Ableitung dieser Vorschrift Kunden sind, die grundsätzlich technisch orientierte Anwendungen bedienen können, es aber mittels eigenen Endgeräts ablehnen oder kein geeignetes Endgerät besitzen. Nutzer, die jedoch aus persönlichen Gründen, weil sie gesundheitlich nicht in der Lage sind oder die nötige Technikkompetenz nicht besitzen, die hier geplanten technischen Applikationen zur Nutzung an stationären Endgeräten - unabhängig des Standortes - nicht bedienen können, bleiben ausgeschlossen Die Erfahrungen der Kassen zeigen jedoch das nur mit einer sehr geringen Nachfrage an Auskunfts- und Verwaltungsmöglichkeiten für Anwendungen wie der ePA und der Patientenkurzakte bzw. dem eMP in Räumen von Krankenkassen gerechnet werden kann.

Nr. 47 Inhalte der elektronischen Patientenakte (§ 341)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Möglichkeit, Daten der DiGA in der ePA zu speichern. In diesem Zusammenhang regen die Betriebskrankenkassen an, auch Daten betreffend ärztlicher Präventionsempfehlungen in der ePA zu speichern, um eine Steigerung der Reichweite ärztlicher Präventionsempfehlungen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 und § 26 SGB V zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag:

§ 341 ABS. 2 WIR UM NR. 14 ERGÄNZT:

> *„14. Präventionsempfehlungen, die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung nach § 25 und § 26 SGB V gegeben werden.“*

Nr. 66 Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Hilfsmitteln und Implantaten (§ 374a)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass Daten aus Hilfsmittel und Implantaten in DiGAs verarbeitet werden sollen. Hierbei besteht die Notwendigkeit die Hilfsmittel und Implantate derart zu gestalten, dass der Datenschutz, insbesondere bei der Auswahl der Daten auf feingranularer Ebene, sichergestellt ist.

Ebenso sollte die Übertragung der Daten vom Hilfsmittel nicht nur in die DiGA sondern ebenfalls durch die Versicherten zum Selbstverbleib und eigener Verwendung möglich sein. Dabei sollte die einmal ermöglichte Schnittstelle nicht zu einer Zusatzfunktion mit Mehrkosten für die Versicherten führen.

Die Hersteller von Hilfsmitteln dürfen nicht zur Aufnahme der dem Produkt zugeordneten App in das DIGA-Verzeichnis verpflichtet werden, da dies eine Verteuerung oder gar den Wegfall des Produktes als Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V zur Folge haben könnte. Zusatzfunktionen mit Mehrkosten für die Versicherten sind zu vermeiden.

Es wäre daher zu begrüßen, wenn die Meldung von interoperablen Schnittstellen vom Hilfsmittelhersteller nicht nur dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt wird, sondern das

Vorhandensein oder Fehlen derselben im Hilfsmittelverzeichnis erfasst wird, um Daten- und Rechtssicherheit für Versicherte, Hilfsmittelhersteller und Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen zu schaffen.

Artikel 5 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 Pflegeberatung (§ 7a)

Ziel der Neuregelung insbesondere in § 7a Abs. 2 SGB XI ist es, dass die Pflegeberatung auch mittels digitaler Anwendungen angeboten wird. Dies ist nachvollziehbar. Auch der Stellenwert, welcher den etwaigen digitalen Anwendungen im Kontext der Pflegeberatung eingeräumt werden soll, wird nun – insbesondere durch die Gesetzesbegründung – nachvollziehbarer beschrieben.

Aufgelöst wird aber noch immer nicht konsequent, wie in diesem Zusammenhang – aufgrund der rechtssystematischen Verortung nach § 7a Abs. 2 S. 2 SGB XI – den Wünschen bzw. den Präferenzen der Leistungsberechtigten praktisch Rechnung getragen werden kann. So wird zwar sowohl im neu angedachten § 7a Abs. 2 S. 3 als auch in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass eine weit gefasste Ergänzung der Beratungstätigkeit um sichere digitale Beratungsangebote ermöglicht werden soll. Die Verortung in § 7a Absatz 2 SGB XI und auch die gewählte Formulierung: "...durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, …" stellen nach wie vor nicht das zukünftige Nebeneinander der konventionellen (klassischen) Pflegeberatung und digitalen Angeboten der Kassen und parallel digitale Anwendungen hinreichend klar. Es entsteht der Eindruck eines "entweder" (digital) "oder" (persönlich). Diese Feststellung berücksichtigt zwei Ebenen:

1. Das Verhältnis der konventionellen Pflegeberatung zu ergänzenden digitalen **Angeboten** der Pflegekassen

   &

2. Das Verhältnis der konventionellen Pflegeberatung zu digitalen **Anwendungen**, die ebenfalls eine Ergänzung der (konventionellen) Beratungstätigkeit darstellen sollen.

Gerade die unter 2. genannten digitalen Anwendungen dürften selbständig agierende IT-Systeme (Bots usw.) umfassen, deren Einsatz schwierig hinsichtlich des angestrebten Nebeneinanders zu operationalisieren sein dürfte. Dies zumindest dann, wenn deren technische Reife die Suggestion eines vollwertigen Beratungsprozesses zulässt. Gleichzeitig bleibt die in § 7a Abs. 1 S. 1 SGB XI definierte Anspruchsgrundlage zurecht bestehen, dass die individuelle Inanspruchnahme der Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin als Person wahrgenommen werden kann. Bei einem Einsatz ausgereifter technischer Systeme verschwimmt im Kontext der Pflegeberatung allerdings die wahrnehmbare Grenze zwischen technischen und konventionellen Beratungsangeboten. Gleichzeitig muss es den Pflegeberater*innen, die qua Gesetz ohnehin gegenüber den Anspruchsberechtigten als Ansprechpartner zu benennen sind, möglich sein, in den ggf. technisch absolvierten Beratungsprozess aktiv eingreifen zu können. Dies dürfte angesichts autonom agierender Systeme schwierig operationalisierbar sein.

Eine adäquate Lösung hierfür ist es nach Ansicht des BKK Dachverbandes, den Einsatz solcher autonom agierender IT-Systeme in der Pflegeberatung n. § 7a SGB XI konsequent auszuschließen und

dafür – um das damit verbundene Innovationspotential zu nutzen – in § 7 SGB XI zu verorten und zwar konkret im Kontext der Informierungs- und Aufklärungspflichten bei zu erwartender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit bzw. im Kontext der Unterstützung bei der Ausübung Wahlrechts der Pflegebedürftigen. Dies würde den Einsatz solcher IT-Systeme sinnhaft unterstützen mit dem Ziel, den anspruchsberechtigten Versicherten und auch deren Angehörigen einen bedarfsgerechten Überblick zum vielschichtigen Leistungsrecht der SPV zu verschaffen, ohne die klassische Face to Face-Kommunikation und das immanente Casemanagement der Pflegeberatung n. § 7a SGB XI zu unterminieren. Gleichzeitig würde damit das unter 1. gefasste Nebeneinander der der konventionellen Pflegeberatung und etwaigen ergänzenden digitalen Angeboten der Pflegekassen konkreter operationalisierbar, da etwaige digitale Informationsangebote, wie in der Gesetzesbegründung benannt, eher den Informationspflichten des § 7 SGB XI zuzuordnen sein dürften und folglich dort ebenfalls leistungsrechtlich beschreiben werden sollten, was aber nicht ausschließt, dass diese dann im Rahmen der Pflegberatung n. § 7a SGB XI zum Einsatz kommen, wie dies bspw. heute auch bei den konventionellen Preis- u. Vergleichslisten n. § 7 Abs. 3 und 4 SGB XI der Fall ist. Ferner sollte rechtssystematisch der Anspruch verdeutlicht werden, dass den Anspruchsberechtigten, unabhängig von der Inanspruchnahme einer Beratung in digitaler Form, jederzeit eine Beratung im persönlichen Gespräch und an den in diesem Buch vorgesehenen Orten ermöglicht wird, indem die gesetzlichen Grundlagen der digitalen Beratungsaspekte in einem eigenständigen Absatz und losgelöst vom sonstigen Wusch- und Wahlrecht normiert werden.

Änderungsvorschlag:

ARTIKEL 5 NR. 2A UND 2B WERDEN ERSETZT DURCH:

Nr. 2a:

“NACH § 7 ABSATZ 2 SATZ 1 WIRD FOLGENDE NEUE SÄTZE 2 UND 3 EINGEFÜGT:

> *Die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 1 kann durch barrierefreie digitale Informationsangebote und Informationsanwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit der eingesetzten digitalen Anwendungen gelten als erfüllt, wenn die Anwendungen die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen erfüllen.”*

Nr. 2b:

“NACH §7 ABSATZ 3 SATZ WIRD FOLGENDER NEUER SATZ 5 EINGEFÜGT:

> *Die digitale Verknüpfung der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach Satz 1 mit den barrierefreien digitalen Informationsangeboten und Informationsanwendungen nach Absatz 1 Satz 2 ist zulässig.*

ARTIKEL 5 NR. 2A UND 2B (A.F.) WERDEN ZU FOLGENDEN NEUEN NR. 3A UND 3B:

Nr. 3a:

NACH § 7A ABSATZ 2 WIRD FOLGENDER NEUER ABSATZ 3 EINGEFÜGT:

> *(3) Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 durch barrierefreie digitale Informationsangebote und Informationsanwendungen der Pflegekassen nach § 7 Abs. 1 Satz 2 ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Beratungsangebote im Videoformat erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit der eingesetzten digitalen Anwendungen gelten als erfüllt, wenn die Anwendungen die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach Satz 3 gelten auch bei den digitalen Anwendungen als erfüllt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen bestimmt hat. Erfolgt die Beratung nach Satz 1 mittels digitaler Beratungsangebote im Videoformat, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine sonstige individuelle Beratung nach diesem Buch unberührt.“*

Nr. 10 Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a)

Offenbar wird neben den eigentlichen digitalen Pflegeanwendungen n. § 40a SGB XI (n.F.) – geregelt in Artikel 5 Nr. 11 – ein weiterer Leistungsanspruch eingeführt, welcher eigens pflegerische Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen normiert. Auch wenn der Leistungsanspruch für eine digitale Pflegeanwendung inklusive der ergänzenden Unterstützungsleistung bei der Nutzung auf 50 €/Monat begrenzt bleibt, soll durch das BfArM n. § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI (n.F.) festgelegt werden, welche pflegerischen Unterstützungsleistungen für die Versorgung der Versicherten mit der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind. Unklar bleibt hingegen, nach welchen Kriterien dies erfolgen soll (vgl. Ausführungen zu Artikel 5 Nr. 17).

Insgesamt verwundert die rechtssystematische Verortung der ergänzenden Unterstützungsleistung als eigenständige Rechtsnorm, da einerseits – wie oben beschrieben – die maximale Vergütungshöhe der eigentlichen digitalen Pflegeanwendung und der ergänzenden Unterstützungsleistungen mit § 40b SGB XI (n.F.) zusammengefasst wurden. Andererseits sollten etwaige pflegerische Unterstützungsleistungen § 36 SGB XI und damit den dort normierten pflegerischen Aufgaben zugordnet werden, zu denen es auch gehört, Pflegebedürftige in deren Lebensbereichen bzw. den jeweils relevanten Aktivitäten zu unterstützen, welche darauf abzielen, (Selbst)Pflege und Selbsthilfemöglichkeiten wahrzunehmen.

Sofern es aber angedacht ist, im Kontext der häuslichen Pflege zwingend einen (zusätzlichen) monatlichen Sachleistungsanspruch unabhängig vom Pflegegrad zu normieren, sollte die zugrundeliegende Norm in § 40b integriert und als Kostenerstattungsanspruch ausgestaltet werden, da es ja offenbar der Wille des Gesetzgebers ist, den Leistungsanspruch auf pflegerische Unterstützungsleistung bei

der Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung und den eigentlichen Einsatz der digitalen Pflegeanwendung vergütungssystematisch aneinander koppeln. Dies hätte dann auch den positiven Nebeneffekt, dass Leistungsbezieher im Pflegegrad I, die keinen originären Sachleistungsanspruch n. § 36 SGB XI haben, diese Leistung in Anspruch nehmen können.

Änderungsvorschlag:

ARTIKEL 5 NR. 10 IST ZU STREICHEN UND DER BEABSICHTIGTE LEISTUNGSANSPRUCH ENTWEDER DEM § 36 SGB XI INHALTLICH ZUZUORDNEN ODER IN DEN § 40B SGB XI (N.F.) ZU ÜBERFÜHREN.

Nr. 11 Digitale Pflegeanwendungen (§ 40a) und Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40b)

Geregelt wird der grundsätzliche Leistungsanspruch auf digitale Pflegeanwendungen. Deren Vergütungshöhe richtet sich n. § 78a SGB XI durch Aufnahme in das zugrundeliegende Verzeichnis. Die Implementierung von digitalen Pflegeanwendungen – als anteilige Leistungen der Pflegeversicherung – ist zeitgemäß und grundsätzlich sachgerecht.

Unklar ist aber die konkrete Ausgestaltung des Leistungsanspruchs.

So ist der Gesetzesbegründung zu entnehmen, dass offenbar zum jetzigen Zeitpunkt noch Unklarheiten dazu bestehen, welche digitalen Pflegeanwendung tatsächlich – differenziert nach Wirkspektrum oder Wirkungsziel – im Verzeichnis n. Absatz 2 gelistet werden und damit durch die SPV zu finanzieren sind. Allein deshalb ist es fragwürdig, verallgemeinernd einen Leistungsanspruch zu definieren, der bspw. unberücksichtigt lässt, dass etwaige digitale Anwendungen dem Bereich *Ambient Assisted Living (AAL)* zuzuordnen sein werden. Diese dürften in ihrem Wirkspektrum eher dem konventionellen Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen n. § 40 Abs. 4 SGB XI zuzuordnen sein, deren Finanzierung durch die SPV allerdings als subsidiäre Zuschüsse ausgestaltet sind. Allein dieses Bespiel begründet die grundsätzliche Frage der Finanzierung digitaler Pflegeassistenzsysteme. Beim Bespiel der AAL-System wäre demnach die Beteiligung der Wohnungsbauwirtschaft bzw. der kommunalen Wohnungsbaugesellschaften und mithin der Kommunen selbst zu klären. Mindestanforderung wäre in diesem Zusammenhang, dass vorab – bspw. durch den GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem BfArM unter Einbeziehung unabhängigen (wissenschaftlichen) Sachverstandes eine Gruppierung der digitalen Pflegeanwendungen vorgenommen wird, auf deren Grundlage dann auch die Finanzierungszuständigkeiten definiert werden. Dies betrifft dann auch die mit Absatz 3 bezweckte Klärung der Kostenträgerschaft, wenn die betroffene digitale Anwendung sowohl den in § 33a SGB V als auch den hier in Absatz 1 genannten Zwecken dienen. Das hierzu eine Klärung herbeizuführen sein wird, ist nachvollziehbar. Allein die Operationalisierung, welche sinnhaft ggf. als geteilte Kostenträgerschaft ausgestalten sein sollte, dürfte die Pflege- bzw. Krankenkassen allerdings vor eine Herausforderung stellen.

Zusammenfassend also muss strikt zwischen allgemeinem Nutzen von digitalen Anwendungen (i.S. von AAL) und dem spezifischen Nutzen von digitalen Anwendungen für pflegebedürftige Menschen unterschieden werden. Im Sinne der in § 40a Abs. 1 (neu) beschriebenen Intention und Zielsetzung der Regelung, sowie auch im Sinne des § 1 Abs. 4 SGB XI kann im Rahmen der Pflegeversicherung also nur ein spezifischer Nutzen für (pflegebedürftige Menschen) gemeint sein. Dieser äußert sich vor

allem darin, dass die digitalen Anwendungen den Prozess der Pflege unmittelbar unterstützen und sich ins Leistungsgeschehen einbinden lassen.

Fraglich bleibt auch, wie und auf welcher Grundlage die Pflegekassen die in Absatz 2 als Anspruchsvoraussetzung beschriebene *"Notwendigkeit der Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung"* prüft und auf welcher Grundlage diese Prüfung erfolgen soll. Eine entsprechende Empfehlung, wie sie bspw. mit § 18 Abs. 6a SGB XI zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt, ist hierbei offenbar nicht angedacht.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ferner ausdrücklich die erstmals im vorliegenden Kabinettsentwurf avisierten Regelung (i. S. v. § 40b SGB V -neu-) die eine Begrenzung des Leistungsanspruchs vorsehen. Dies verhindert unverhältnismäßige Entwicklungen wie sie aktuell im Bereich der DiGAs (siehe "elevida" 743,75 Euro) zu beobachten sind. Hilfreich für die unkomplizierte Umsetzung wäre eine Klarstellung wie der Leistungsanspruch von 50 Euro pro Monat zu verstehen ist. Hier scheinen zwei "Finanzierungssystematiken" aufeinander zu treffen. Zum einen die monatliche Finanzierungssystematik aus dem SGB XI (z.B. im Rahmen des Sachleistungsanspruches n. § 36 SGB XI) und (bei den DiPA analog den DiGA) einmalige Kosten von wahrscheinlich deutlich über 50 Euro. Daraus entsteht die Frage ob die Finanzierungssystematik für die DiPAs einen monatlichen Betrag vorsieht, bzw. ob bei einem Preis von über 50 Euro die Kosten Restkosten vom Versicherten getragen werden oder über mehrere Monate "abgestottert" werden können. Falls an einem einmaligen Preis auch für DiPAs festgehalten werden sollte, wäre zur verwaltungsarmen Umsetzung sicherlich ein Jahresbudget günstiger. In Bezug zu aktuell frei erhältlichen durchaus hochwertigen Apps wie z.B. Ada (Diagnoseapp) ist es auch vor dem Hintergrund eines Zulassungsverfahrens schwer nachvollziehbar, dass die aktuell avisierten Regelungen ein "Jahresbudget" von 600€ für entsprechende Apps vorsieht. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang z.B. bei einer "Sturzrisikoanalyse-App" bei einmaligem Kauf eine unbegrenzte Nutzungsdauer zu verorten und im Unterschied zu den DiGAs nicht von einer Diagnosebezogenen (meist) kurzfristigen Nutzung auszugehen.

Nr. 17 Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung (§ 78a)

Dass in Anlehnung an die Regelungen von § 78 die erforderlichen rechtlichen Maßgaben für die Bestimmung der Vergütung von digitalen Pflegeanwendungen und damit die Grundlagen für die Errichtung eines des Verzeichnisses für digitale Pflegeanwendungen in der vorgenommenen Art vollzogen wird, ist grundsätzlich nachvollziehbar und sachgerecht.

Entscheidend für den Nutzen, die Wirksamkeit und auch die Vermeidung unerwünschter Wirkungen von DiPAs ist die konkrete Ausgestaltung der Rechtsverordnung (Abs. 6), da diese auch die maßgebliche Grundlage für die Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis des BfArM (Abs. 4) ist. Deshalb möchten wir hierzu einige grundsätzliche Impulse geben.

Eine wesentliche Aufgabe von professionell Pflegenden besteht darin, in ihrer Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen situativ zwischen Erhaltung von Ressourcen und Kompensation von Defiziten auszutarieren. Dieses "situative Austarieren" muss auch bei dieser Intervention (DiPA) gegeben sein. So dürfen die digitalen Anwendungen nicht "stumpf" - im Sinne eines möglichst hohen Kompensationsniveaus die Herausforderungen des Alltags zu stark abflachen. Denn genau diese Herausforderungen sind es, die zur Erhaltung und Stärkung der Ressourcen der Versicherten essentiell sind. Insbesondere

diesem Sachverhalt muss bei der Entwicklung und Zulassung durch das BfArM im Rahmen der Nutzenbewertung Rechnung getragen werden. Aus unserer Sicht ist dies nur durch eine adäquate Einbindung pflegewissenschaftlicher Expertise in beiden Schritten (Entwicklung und Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis) erfolgen. Pflegewissenschaftliche Expertise ist die Brücke zwischen den Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen und "übersetzt" diese (unter Berücksichtigung der o.g. Aspekte) in Richtung der technischen Berufsfelder die in die konkrete Entwicklung involviert sind. Ansonsten ist zu befürchten, dass die Produkte an den Bedarfen dieser hoch vulnerablen "vorbeientwickelt" werden, bzw. Unerwünschte Wirkungen induzieren.

Überdies erscheint es naheliegend, dass im Rahmen der Rechtsverordnung (Abs. 6) und des Zulassungsverfahrens für digitale Pflegeanwendungen durch das BfArM, eine zu starke Orientierung an DiGAs stattfindet. In diesem Zusammenhang wäre kritisch zu reflektieren, ob diese Kriterien für die besonders vulnerable Gruppe pflegebedürftiger Menschen auch einen hochwertigen Schutz vor unerwünschten Wirkungen (bzw. Schäden) und eine entsprechende "Pflegesensitivität" aufweisen. In der Konsequenz sind hier ggf. abweichende bzw. ergänzende Kriterien entsprechend zu formulieren und zu implementieren. Außerdem ist die bereits oben aufgegriffene Frage zu stellen, auf welcher Grundlage und durch welche pflegewissenschaftliche Expertise das BfArM feststellt, welche pflegerischen Unterstützungsleistung für die Versorgung der Versicherten mit der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind.

Im Kontrast hierzu hat der Gesetzgeber z.B. bei den Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege n. § 113a SGB XI die Vertragsparteien beauftragt, die methodische und pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicherzustellen, welches sich als kompliziertes – und begründet langwieriges wissenschaftlich fundiertes – Verfahren darstellt. Damit entsteht in Bezug auf die DiPAs zumindest der Eindruck, dass mit Blick auf die Zulassung digitaler Pflegeanwendungen der pflegefachlichen Bewertung und gründlichen Evaluation weniger Bedeutung beigemessen wird. So wäre es zumindest wünschenswert, dass vor Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis das Einvernehmen mit dem GKV-SV hergestellt wird.

§ 78 a Absatz 4 Nr. 2 SGB XI (n.F.) In Absatz 4 werden Anforderungen an die Gewährleistung des Datenschutzes und die Datensicherheit gestellt, welche aber nicht näher bestimmt werden. Hilfreich wäre daher eine Konkretisierung dahingehend, dass die Maßgaben n. § 139e Absatz 10 SGB V (n. F.) entsprechend auch bei den DiPAs zur Anwendung kommen. In Bezug auf die Frist zu Schließung der Rahmenvereinbarung nach Abs. 2 von drei Monaten sei angemerkt, dass die Rahmenvereinbarung mit den Inhalten der Rechtsverordnung korreliert und daher eine realistische Frist (sechs Monate) für einen suffizienten Rahmenvertrag notwendig wäre. Ausdrücklich zu begrüßen ist auch die Regelung in Abs. 4, dass eine Differenzierung der Vergütungsbeträge (n. Abs. 1) nach Kostenträgern nicht zulässig ist – dies vermeidet entsprechende Fehlanreize.

Die avisierten gesetzlichen Regelungen und die zugehörige Gesetzesbegründung sind i. S. d. oben genannten Ausführungen zu konkretisieren.

Änderungsvorschlag:

§ 78A ABS. 4 WIE FOLGT GEFASST:

(4) Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 2 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat die von dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite bereitgestellten elektronischen Antragsformulare zu verwenden. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung

1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllt,

2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gemäß § 139e Absatz 10 SGB V gewährleistet und

3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist.

(…)

III. WEITERGEHENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Unmittelbare Übermittlung von Leistungsdaten an Kassen als vorläufige Information

Nach § 305 SGB V hat der Versicherte Anspruch auf Auskunft über die von ihm in Anspruch genommenen Leistungen. Heute werden die Daten der Leistungen, die in der vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden, im Rahmen der Abrechnung mit sechs bis neunmonatigen Zeitverzug von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt. Eine Auskunft gegenüber dem Versicherten ist damit im Hinblick auf diese Daten unvollständig.

Diese Lücke zeigt sich auch in der Umsetzung des § 68b SGB V: Um gezielte individuelle Versorgungsangebote unterbreiten und Versicherte in einer akuten Erkrankungsphase begleiten zu können, müssen den Kassen jedoch zeitnahe Informationen zu einer Erkrankung vorliegen. Ein Versorgungsangebot, das auf veralteten Daten aufgebaut ist, kann nicht zur rechten Zeit den Bedarf des Versicherten und Patienten decken.

Darüber hinaus ist in Zeiten der Corona-Pandemie sehr deutlich geworden, wie wichtig es ist, dass Versorgungsdaten den Krankenkassen zeitnah vorliegen, damit diese eine schnelle und effiziente Versorgung der Betroffenen sicherstellen können. Beispielhaft sei die in die Kritik geratene Ermittlung der Leistungsberechtigten von FFP2-Masken genannt, die nur anhand „veralteter“ Daten erfolgen konnte.

Um diese Lücken zu schließen, sollen die Ärzte und Zahnärzte künftig verpflichtet werden, diese Informationen zeitnah als vorläufige Informationen zur Verfügung zu stellen. Der Abrechnungsprozess und die Abrechnungsdaten bleiben unberührt. Stattdessen könnten Prozesse, wie bspw. die der Übermittlung der Aufnahmediagnosen in Krankenhäusern, die innerhalb von 3 Tagen an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden, als Vorbild dienen. Des Weiteren ist auf die eAU Strukturen zu verweisen. Diese aufgebauten Strukturen könnten zu Nutze gemacht werden, indem die Krankenkassen über die eAU die Diagnosedaten direkt übermittelt bekommen. Der Abrechnungsprozess könnte auch hierbei außen vor bleiben.

Änderungsvorschlag:

IN § 67 SGB V WIRD EIN ABSATZ 4 EINGEFÜGT:

> *(4) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sind ab 01.Januar 2023 verpflichtet, taggleich und ungeachtet etwaiger Prüf- und Bearbeitungspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten nach §§ 295 und 296, insbesondere Versichertenidentifikation, der Behandlungstag, Diagnosen (ggf ergänzt um die Worte: "die GOP") versichertenbezogen an die jeweils zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Das Nähere zu den Lieferungen nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen [bis zum 30.Juni 2022] als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.*

Übermittlung von Informationen mit Beratungsrelevanz für Versicherte

Krankenkassen sollten in die Lage versetzt werden, ihre Versicherten umfassend zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung auch im Einzelfall zu beraten.

Änderungsvorschlag

§ 67 SGB V WIRD EIN ABSATZ 5 EINGEFÜGT:

> *„(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind spätestens im Juni 2022 verpflichtet, taggleich den Krankenkassen für die Beratung der Versicherten relevante Daten ihrer Mitglieder und deren Praxen wie Auskünfte über den Zulassungsstatus, vorhandene Qualifikationen, Kenntnisse und Arbeitsschwerpunkte der Ärzte und Zahnärzte, sowie Merkmale der Praxis, wie z.B. Praxisstandorte, Praxistelefon- und –faxnummern, E-Mailadressen und Homepage der Praxen, Praxisöffnungszeiten und Barrierefreiheit zu übermitteln. Das Nähere zu den Lieferungen nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen spätestens zum Januar 2022 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest."*