

Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (BT-Drs. 18/5293)

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

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

Ihre Ansprechpartnerinnen
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447- 46
Email elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann
Telefon-Durchwahl 0761 200 369
Email renate.walter-hamann@caritas.de

27.10.2015

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Der Deutsche Caritasverband bewertet die mit diesem Gesetzentwurf vorgenommene Öffnung der elektronischen Gesundheitskarte für telematische Anwendungen und eine sichere digitale Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens als positiv, da diese Form der Datenübermittlung einen Mehrwert für den Patienten erbringen kann. Die schnelle und sichere elektronische Übermittlung von Daten kann einen wesentlichen Beitrag zu einer effizienteren Versorgung im Notfall leisten. Der elektronische Arztbrief gewährleistet einen nahtlosen Datenfluss zwischen Hausarzt und Facharzt, sodass wichtige Daten zum Wohle des Patienten jederzeit zur Verfügung stehen und dadurch beispielsweise patientenbelastende Doppeluntersuchungen vermieden werden können. Auch im elektronischen Entlassbrief liegt ein hohes Potenzial für eine naht- und lückenlose Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante medizinische Versorgung. Bezüglich der Überleitung in die pflegerische Versorgung sehen wir hier im Einzelnen noch Nachbesserungsbedarf. Im Grundsatz ist jedoch zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf die Anwendung der digitalen Kommunikation und Telematik auch anderen Gesundheitsberufen, wie der Pflege, eröffnet. Insgesamt ist darauf zu achten, dass die Telematik nicht nur für die medizinische Versorgung eingesetzt wird, sondern auch für die Telecare. Nicht zuletzt kann der Einsatz von solchen telematischen Instrumenten auch einen Beitrag zur Beseitigung von Unterversorgung im ländlichen Raum leisten. Zu betonen ist jedoch, dass alle vorgesehenen Möglichkeiten zur Erhebung, Nutzung und Anwendung von Patientendaten auch in Zukunft nur auf freiwilliger Grundlage erfolgen dürfen und stets der schriftlichen Einwilligung der Patientinnen und Patienten bedürfen, die jederzeit widerrufbar sein muss.

Für die Gewährleistung der Datensicherheit bedarf es eines umfassenden Konzeptes, das neben der Einwilligung und Speicherung der Daten z.B. die Festlegung der Zugriffsberechtigten,

die differenzierten Zugriffsrechte, den differenzierten Zugangsschutz (z.B. über PIN-Schutz), Verfahren zur Aktualisierung des Datensatzes, die Gewährleistung der Authentisierung und die Dokumentation der Zugriffe umfassen muss. Diese Regelungsbereiche, die hier nur beispielhaft benannt sind, belegen die hohe Komplexität der mit der telematischen Nutzung verbundenen Anforderungen und Voraussetzungen.

Damit die Versicherten diese Regelungen nachvollziehen und kompetent nutzen können, werden umfassende und leicht verständliche Informationen sowie intensive Schulungsmaßnahmen für die Anwender unerlässlich sein. Aus Sicht des DCV sollte daher neben der Einwilligungserklärung für die jeweilige Anwendung auch eine Erklärung des Versicherten bzw. seines Bevollmächtigten oder Betreuers hinterlegt werden, in der er bestätigt, dass er über die Rahmenbedingungen der jeweiligen Nutzung (z.B. Freiwilligkeit, Widerrufsrecht, Zugriffsrechte, Dokumentation der Zugriffe) informiert worden ist. Zur Gewährleistung der Patientenrechte müssen aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes auch die patientenbezogenen Funktionen und Patientenzugriffe im Rahmen der Anwendungserprobungen der Telematikinfrastuktur hinsichtlich der Funktionalität, der Nutzerfreundlichkeit und Datensicherheit verbindlich überprüft werden.

Eine Expertenanhörung am 29. Januar 2015 im Gesundheitsausschuss zum Stand der elektronischen Vernetzung im Gesundheitswesen hat gezeigt, dass derzeit noch erhebliche technische Schwierigkeiten bei der Einführung der Telematik bestehen. Gleichzeitig haben die Sachverständigen ihre Zuversicht zum Ausdruck gebracht, dass die Telematikinfrastuktur mit dem gebotenen hohen Sicherheitsstandard zum Nutzen der Verbraucher in absehbarer Zeit in den Testbetrieb gehen kann. Daraus folgt, dass die Neuregelungen zur weiteren Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte zu einem Zeitpunkt getroffen werden, zu dem die Anwendungsmöglichkeiten und die erforderlichen Rahmenbedingungen noch nicht zur Verfügung stehen. Diese Ungleichzeitigkeit sehen wir als kritisch an. Alle nachstehenden Regelungen bewerten wir somit unter diesem Vorbehalt.

B. Zu den Neuregelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 31a neu i.V. mit § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b: Medikationsplan

Gesetzentwurf

Der Hausarzt oder ein anderer Facharzt muss Versicherten, die mehr als drei gleichzeitig verordnete Arzneimittel einnehmen, ab dem 1.10.2016 einen Medikationsplan in Papierform aushändigen. In diesem Plan sind alle verordneten Arzneimittel, aber auch die OTC-Arzneimittel sowie Hinweise auf angewandte Medizinprodukte zu dokumentieren. Der Medikationsplan ist zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert bzw. der Hausarzt Kenntnis erlangt, dass ein anderer Arzt die Medikation abgeändert hat. Zu Inhalt und Struktur des Medikationsplans sowie zum Verfahren seiner Fortschreibung treffen die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der DKG eine Vereinbarung, die Bestandteil der Bundesmantelverträge wird.

Der Bundesrat fordert, dass neben den Vertragsärzten auch Apotheken das Recht zur Erstellung eines Medikationsplans eingeräumt werden soll. Des Weiteren sieht der Beschluss des Bundesrats vor, dass schon existierende regionale Modellvorhaben zur Erstellung eines Medikationsplans, der elektronisch und somit nicht nur in Papierform, wie in § 31a Absatz 1 vorgesehen, von den Neuregelungen nicht behindert werden sollen.

Bewertung

Die Erstellung eines Medikationsplans für multimorbide Patienten, bei denen mit der Verordnung von gleichzeitig drei oder mehr Arzneimitteln eine sog. Polypharmazie gegeben ist, ist ein sinnvoller Beitrag zu einem Medikamentenmanagement, das Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln, unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), Über- und Fehldosierungen und generell überflüssige Medikationen vermeiden will.

Vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen nehmen häufig drei und mehr Arzneimittel pro Tag ein. Für eine Studienpopulation der über 70jährigen haben Junius-Walker et al. festgestellt, dass 54 Prozent der Probanden fünf und mehr Medikamente täglich einnahmen. 83 Prozent derselben Stichprobe wendeten noch mindestens ein OTC-Präparat zusätzlich an¹. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten im Jahr 2009 zudem eingeschätzt, dass etwa 35 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen über 65 Jahre als Dauertherapie sogar neun und mehr Arzneimittel einnehmen. Insbesondere pflegebedürftige ältere Menschen leiden besonders häufig unter unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE), die durch ein gutes Arzneimittelmanagement vermeidbar gewesen wären, wie Stürzen, Verwirrtheit, Schwindel, Erbrechen, Blutdruck- und Blutzuckerschwankungen etc. (hkk Gesundheitsreport 2012, S. 10).² Diese Daten belegen eindrucksvoll die Bedeutung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Laut einer Studie von Prof. Sönnichsen aus Witten-Herdecke kam es bei 59 Prozent der älteren Patienten zu relevanten Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten. 37 Prozent der Probanden nahmen Medikamente ein, die älteren Menschen gar nicht verordnet werden sollten. Dies zeigt, dass die Priscus-Liste, welche die Wirkstoffe aufzählt, die für ältere Menschen unter Umständen problematisch sein können, in der Praxis häufig nicht zur Anwendung kommt. Bei immerhin 56 Prozent der Probanden tauchten Dosierungsfehler auf. Eine vom BMFSFJ geförderte Studie zur Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen kommt zu dem Schluss, dass immerhin 66 Prozent der UAE vermeid- oder zumindest verminderbar sind (Thürmann/Jaehde 2011: 25).³

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass die Probleme der Polypharmazie vielschichtig sind und entsprechende differenzierte Lösungsansätze erfordern. Die Erstellung eines Medikationsplans durch den Hausarzt – oder auch einen anderen, den Patienten regelmäßig betreuenden

¹ Junius-Waler, U./Theile, G./Hammers-Padier, E. (2006): Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany, in: Family Practice 11, S. 1-6,

² hkk Gesundheitsreport : Polypharmazie. Eine Analyse mit hkk Routinedaten von Dr. Bernard Braun, 2012

³ Thürmann, Petra/Jaehde, Ulrich: Abschlussbericht zum Projekt Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes, Witten-Herdecke/Bonn 2011.

Facharzt - ist ein wesentlicher Beitrag zur Lösung des Problems. Insofern geht der Gesetzentwurf in die richtige Richtung. Der Hausarzt ist ohne Zweifel ein wesentlicher Dreh- und Angelpunkt für ein gutes Medikamentenmanagement, sofern er über alle relevanten Informationen verfügt. Da manche Patienten keinen Hausarzt haben, soll auch ein anderer den Patienten regelmäßig betreuender Facharzt, z.B. ein Internist, den Medikationsplan erstellen können. Wir begrüßen diese Ergänzung des Kabinettsentwurfs gegenüber dem Referentenentwurf. Ein Medikamentenmanagement setzt zunächst voraus, dass der Hausarzt bzw. ein anderer Arzt mit allen für seinen individuellen Patienten relevanten Fachärzten in Kontakt ist und eine schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegt, dass er oder sie mit dem jeweiligen Facharzt/ärztin über alle relevanten Behandlungsdaten und Befunde kommunizieren darf. Die Grundlage hierfür ist bereits in § 73 Abs. 1b SGB V gelegt. Studien zeigen jedoch, dass die Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten in Bezug auf die Arzneimittelverordnungen nicht immer gut funktioniert. Es ist daher sinnvoll – bei Einwilligung des Patienten – die elektronische Gesundheitskarte zu nutzen, um Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Behandlungsberichte nach § 291a Absatz 3 Nummer 2 für eine fallbezogene Kooperation zwischen Hausarzt und Facharzt elektronisch zu kommunizieren. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzentwurf in § 291h SGB V die Verbreitung des elektronischen Arztbriefes durch Finanzierungsanreize fördert.

Es ist wichtig, dass der Medikationsplan dem Patienten oder ggf. seinem Bevollmächtigten oder Betreuer in Papierform zur Verfügung gestellt wird. Es ist darauf zu achten, dass die Inhalte des Medikationsplans in übersichtlicher und verständlicher Form sowie ggf. in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden, damit der Patient den Medikationsplan als tägliche handlungsleitende Checkliste für die Einnahme seiner Arzneimittel nutzen kann. An der Vereinbarung über Inhalt und Struktur des Medikationsplans sollen daher die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen beteiligt werden. Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf dahingehend in Absatz 2 Satz 2 ergänzt wurde und auch aufgenommen wurde, dass den Belangen blinder und sehbehinderter Menschen bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen ist.

Diese Kommunikation zwischen Hausarzt und anderen verordnenden Fachärzten kann durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erleichtert und verbessert werden, indem Daten über die aktuelle Medikation einschließlich der genauen Dosierung in die elektronische Gesundheitskarte eingelesen werden. Dies sieht die Neuregelung in § 291a Absatz 3 Nummer 3 neu SGB V vor; sie ist ausdrücklich zu begrüßen. Die elektronische Verfügbarkeit der Daten ermöglicht eine schnelle und einfache Aktualisierung des Medikationsplans, wenn sich die Medikation ändert. Schon nach der bestehenden Fassung des § 291a Absatz 3 Satz 4 SGB V ist für die elektronische Nutzung dieser Daten stets die Einwilligung des Patienten und der Patientin erforderlich. Diese kann jederzeit widerrufen werden. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Patientenrechte.

Dem Hausarzt bzw. der den Versicherten betreuende Facharzt muss für die Prüfung und Bewertung eines Medikationsplans jedoch auch ein ausreichender Zeitrahmen zur Verfügung stehen. Die Studie aus Witten-Herdecke hat festgestellt, dass Hausärzten für die Besprechung ei-

nes Medikationsplans mit dem Patienten nur ca. sechs Minuten zur Verfügung stehen. Dies ist zu wenig. Um unnötige Medikationen zu vermeiden und die Compliance des Patienten zu erhöhen, bedarf es eines ausführlichen beratenden Patientengesprächs, das den Vertragsärzten entsprechend vergütet werden muss.

Des Weiteren muss die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Apothekern gefördert werden. Das Modell „Optimierte Arzneimittelversorgung für stationäre Pflegeeinrichtungen“ der AOK Nordost, an dem zwischen 2011 und 2013 vier stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin sowie Ärzte, Apotheker und geriatrische Pharmazeuten beteiligt waren, hat beispielsweise gezeigt, dass durch das Zusammenwirken dieser drei Berufsgruppen mit den Pflegeeinrichtungen in Form eines gezielten Risikoscreenings jedes geriatrischen Patienten und einem vierteljährigen Optimierungszyklus in Bezug auf den Arzneimitteleinsatz die Rate vermeidbarer Nebenwirkungen um bis zu 90 Prozent und die Sturzrate um bis zu 60 Prozent reduziert werden konnte. Durch dieses optimierte Medikamentenmanagement, durch welches die Polypharmazie um ca. 10 bis 30 Prozent auf durchschnittlich dauerhaft fünf Medikamente verringert wurde, konnte auch die Anzahl der Krankenhauseinweisungen um 25 Prozent gesenkt werden. Dies wird durch monatliche Treffen zwischen Pflegekräften und Apothekern zum Zwecke der Vorbereitung der Arztvisite erreicht, indem diese systematisch die Nebenwirkungen und klinische Medikationsfehler identifizieren. Anschließend geben die Pflegefachkräfte diese Informationen in einer sog. „forcierten Risikokommunikation“ in den Visiten, per Anruf oder Fax an alle beteiligten verordnenden Ärzte weiter. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dringend dafür ein, den Medikationsplan bei einer Gabe von drei Arzneimitteln und mehr regelhaft von der Apotheke pharmakologisch auf Wechselwirkungen überprüfen zu lassen.

Die Caritas unterstützt daher die Forderung des Bundesrats, dass der Medikationsplan auch durch die Apotheke erstellt werden kann, denn dort liegen in der Regel alle Informationen über die verordneten Medikamente vor. Studien zeigen, dass bei 75 Prozent der Patienten Diskrepanzen zwischen den Arztdaten und den von Patienten eingenommenen Arzneimitteln festgestellt wurden, weil Patienten weitere Arzneimittel – häufig OTC-Präparate – einnahmen, ohne dass dies bei den behandelnden Ärzten dokumentiert und somit bekannt war. In die Vereinbarungen nach § 31a Absatz 1 Satz 2 sind daher die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene aufzunehmen. Der vom Versicherten gewählte Hausarzt bzw. betreuende Facharzt, die mitbehandelnden Fachärzte und die Apotheken müssen zur Erstellung und Fortschreibung des Medikationsplans zur Zusammenarbeit verpflichtet werden. Dies ist ebenfalls in der Vereinbarung nach § 31a Absatz 1 Satz 2 zu regeln.

Der Deutsche Caritasverband unterstützt den Bundesrat in seiner Forderung, dass bestehende Modellvorhaben zum Medikamentenmanagement nach § 63 SGB V, die sich nicht der Papierform, sondern der elektronischen Datenübermittlung bedienen, nicht zu behindern. Dies gilt für das Projekt ARNIM (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen), das in einem Vertrag der AOK Plus und den KVen Thüringen, Sachsen sowie den Apothekerverbänden in diesen beiden Bundesländern erfolgreich durchgeführt wird. Ziel dieses Projektes ist die Etablierung eines gemeinsam von Arzt und Apotheker umzusetzenden Betreuungskonzepts eines Medikamentenmanagements, bei dem die gesamte Medikation der Versicherten einschließlich deren Selbstmedikation wiederholt analysiert und überprüft wird.

Der Deutsche Caritasverband sieht in der Verblisterung der Medikamente bei Vorliegen einer Polypharmazie ein großes Potenzial zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Die Verblisterung erhöht die Compliance der Patientinnen und Patienten bei der Einnahme der Arzneimittel, steigert durch die Kontrolle von Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimittel die Versorgungsqualität und kann aufgrund der Vermeidung unnötiger Arzneimittelverschreibungen zu erheblichen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben führen. Der Deutsche Caritasverband regt an, die breitere Anwendung von Verblisterung im stationären wie ambulanten Bereich finanziell zu fördern.

Lösungsvorschlag

§ In 31a Absatz 1 Satz 1 werden jeweils nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder eine vom Versicherten gewählte Apotheke, die von dem Arzt über die Medikation in Kenntnis gesetzt wird“ eingefügt.

§ 31a Absatz 3 wird wie folgt formuliert:

„Der Arzt oder die vom Versicherten gewählte Apotheke nach Absatz 1 Satz 1 haben den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald der Arzt die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. Der Arzt setzt die Apotheke von der Änderung der Medikation in Kenntnis.“

In § 31a Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt am Ende des Satzes durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter werden angefügt:

„regionale Modellvorhaben nach § 63 bleiben unberührt.“

§ 87 Absatz 2a und § 87a Absatz 2 SGB V: Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Gesetzentwurf

Nach § 87 a Absatz 2 wird ein neuer Satz 6 eingefügt, der besagt, dass auch vertragsärztliche Leistungen, die telemedizinisch erbracht werden, besonders förderwürdige Leistungen nach Satz 3 sein können. Der Bewertungsausschuss wird nach § 87 Absatz 2a zudem verpflichtet, dem BMG im Abstand von zwei Jahren, beginnend zum 31. Oktober 2016, leistungsbezogen einen Bericht über den Stand der Beratungen und den Beratungen über die weiteren inhaltlichen und zeitlichen Ziele zu den telemedizinischen Leistungen vorzulegen, Der Bericht wird an den Bundestag weitergeleitet.

Bewertung

Mit dieser Regelung wird die Möglichkeit eröffnet, dass telemedizinische Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet sind, auf regionaler Ebene zusätzlich durch Zuschläge auf den Orientierungswert gefördert werden. Dies gilt gemäß § 87 a Absatz 2 Satz 3 insbesondere für Planungsbereiche, für die von den Landesausschüssen der Ärzte und Kran-

kenkassen der Tatbestand der Unterversorgung oder – in einem nicht unterversorgten Planungsbereich – zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Die Aufnahme telemedizinischer Leistungen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab und die landesbezogene Definition von speziellen Versorgungsbedarfen können ein Beitrag dazu sein, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen, z.B. im ländlichen Raum zu verbessern bzw. aufrechtzuerhalten. Projekte auf Länderebene wie z.B. das Projekt Telemonitoring in Rheinland-Pfalz (EHeR) für Patienten, die an Herzinsuffizienz erkrankt sind und für die regelmäßige Blutdruckmessung nicht mehr zum Arzt müssen, zeigen wichtige Nutzungsmöglichkeiten und Erleichterungen für die Patienten und Patientinnen auf. Die Eröffnung der gezielten Förderung telemedizinischer Leistungen schließt damit an die bereits getroffenen Maßnahmen zur Gewährleistung bzw. Verbesserung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen an, die im Versorgungsstrukturgesetz verankert und im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen sind. Der verstärkte Einsatz telemedizinischer Leistungen kann zudem der verbesserten sektorenübergreifenden Kooperation dienen, die ein wesentliches Qualitätskriterium für die Weiterentwicklung einer patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung darstellt. Die regelmäßige Berichtspflicht des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 2a gegenüber dem BMG kann einen weiteren Anreiz zum Ausbau der telemedizinischen Leistungen darstellen und wird daher vom DCV begrüßt. Unklar ist uns, warum sich der Einsatz elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien auf telemedizinische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen beschränken soll. Wie auch der Bundesrat verweisen wir darauf, dass telemedizinische Anwendungen sich schon heute weit verbreitet auf Telemonitoringverfahren erstrecken, wie z.B. Blutdruckmessung, Diabeteskontrolle und Herzschrittmachermonitoring. Diese Monitoringverfahren sind gerade für chronisch kranke Patienten und geriatrische Patienten sehr wichtig und sollen ebenfalls Gegenstand der Beratungen des Bewertungsausschusses sein.

Lösungsvorschlag

In § 87 Absatz 2a Satz 12 sollen nach dem Wort „Röntgenaufnahmen“ die Wörter „und Anwendungen von Telemonitoringverfahren“ ergänzt werden.

§ 291a Absatz 7 Satz 3 neu: Voraussetzungen für weitere digitale Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte

Gesetzentwurf

Weitere elektronische Anwendungen der eGK sind an die Voraussetzung gebunden, dass die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht beeinträchtigt werden. Zudem müssen im Falle des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die erforderlichen technischen Maßnahmen getroffen werden, um die Anforderungen an die Sicherheit der Anwendung im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit der Daten zu gewährleisten. Als weitere Voraussetzung

wird eingeführt, dass die dafür erforderlichen technischen Systeme und Verfahren Barrierefreiheit für die Versicherten gewährleisten.

Bewertung

Im vorliegenden Gesetzentwurf sind die Voraussetzungen für zusätzliche digitale Anwendungen der eGK gegenüber dem Referentenentwurf deutlich erweitert worden. Die Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit und der Patientenrechte auf informationelle Selbstbestimmung sind nun als Voraussetzung für die erweiterte digitale Anwendung der eGK gestärkt und bekräftigt werden. Wir begrüßen diese klarstellende Erweiterung ausdrücklich.

Über die Berücksichtigung der Barrierefreiheit in mehreren Einzelregelungen des Gesetzesentwurfes hinaus wird auch die Verpflichtung zur Barrierefreiheit an dieser Stelle als Voraussetzung für die Einführung weiterer digitaler Anwendungen der eGK definiert und dadurch ebenfalls deutlich gestärkt. Auch diese Vorgabe des Gesetzgebers unterstützen wir ausdrücklich angesichts der hohen Bedeutung, die der souveränen Entscheidung der Versicherten in der Nutzung der erweiterten Anwendungen zukommt. Wir bekräftigen an dieser Stelle unsere bereits eingebrachte Forderung, dass gerade auch die Zugriffe der Patient(inn)en zwingend in die Anwendungserprobungen aufgenommen werden. Erst im Rahmen der praktischen Erprobung durch die Nutzerinnen und Nutzer kann die Gewährleistung der Barrierefreiheit für die Versicherten tatsächlich bestätigt werden.

§ 291a Absatz 7 b Satz 3 neu: Einführung eines Notfalldatensatzes i.V. § 291a Absatz 5 Satz 3 neu

Gesetzentwurf

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen müssen bis zum 30. September 2017 mit Wirkung zum 01. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge u.a. für die Nutzung von Daten, die für die Notfallversorgung erforderlich sind, vereinbaren. Der Zugriff auf Daten, die zur Notfallversorgung der Versicherten erforderlich sind, ist ohne eine Autorisierung der Versicherten zulässig. Ansonsten ist der Zugriff auf diese Daten zulässig, soweit er zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist und wenn nachprüfbar protokolliert wird, dass der Zugriff mit Einverständnis der Versicherten erfolgt.

Bewertung

In § 291 a Absatz 3 Satz 1 wird dargelegt, dass die Gesundheitskarte geeignet sein muss, das Erheben, Verarbeiten und Nutzen folgender Daten zu unterstützen: Daten, die zur Notfallversorgung notwendig sind, Daten des elektronischen Arztbriefes, Daten zur Prüfung der Arzneimittelsicherheit, des Medikationsplans, der elektronischen Patientenakte, für vom Versicherten selbst zur Verfügung gestellte Daten sowie Daten über in Anspruch genommene Leistungen. Mit der in Absatz 7 b neu eingeführten Regelung soll nun speziell die Einführung des Notfalldatensatzes beschleunigt werden, indem Ärzte, die einen Notfalldatensatz erstellen und aktualisieren, hierfür eine Vergütung erhalten. Der Bewertungsausschuss hat hierzu den einheitlichen

Bewertungsmaßstab anzupassen und die Vertragspartner haben die Telematikzuschläge bis zu dem gesetzlich vorgegebenen Termin festzulegen.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Aufbau und die Ermöglichung der Nutzung eines elektronischen Notfalldatensatzes vorrangig gefördert werden soll. Gerade in Notfallsituationen, die rasches ärztliches Handeln erfordern, können wichtige Vorinformationen nicht zeitnah abgerufen werden. Zudem sind die Patienten selbst häufig nicht in der Lage, die erforderlichen Auskünfte zu geben.

Das vorgesehene Notfalldaten-Management umfasst dabei zwei voneinander unabhängige freiwillige Anwendungen: Der Notfalldatensatz (NFD) soll medizinische Informationen aus der Vorgeschichte des Patienten bereitstellen, die dem behandelnden Arzt zur Abwendung eines ungünstigen Krankheitsverlaufes zugänglich sein müssen. Als notfallrelevante Informationen sind in Absprache mit der Bundesärztekammer inzwischen folgende Inhalte vorgesehen: Befunddaten, besondere Hinweise (z.B. Schwangerschaft), Allergien und Unverträglichkeiten, Diagnosen, Medikationsdaten sowie freiwillige Zusatzinformationen. Dabei werden nach dem aktuellen Konzept der Bundesärztekammer folgende Notfallsituationen unterschieden: die präklinische Patientenversorgung durch Rettungsdienste, die ungeplante Patientenaufnahme in der Notaufnahme eines Krankenhauses sowie das Auftreten eines unbekanntes Patienten mit Akutbeschwerden im ambulanten Versorgungssektor, aufgrund derer der Patient notfallrelevante Informationen aus seiner Krankengeschichte dem Arzt nicht mit der notwendigen Konzentration korrekt und vollständig schildern kann. Eine Notsituation kann auch bei Sprachbarrieren (unzureichende Deutschkenntnisse, demenzielle Erkrankungen, Sprachproduktionsstörungen, o.ä.) oder sonstigen Gründen gegeben sein, die im individuellen Fall dazu führen, dass die notfallrelevanten medizinischen Informationen nicht in einem dem Krankheitsbilde angemessenen Zeitrahmen vorliegen.

Neben dem Notfalldatensatz ist – getrennt davon – der „Datensatz persönliche Erklärungen“ (DPE) auf der eGK hinterlegbar. Die persönlichen Erklärungen umfassen Hinweise auf den Aufbewahrungsort von Willenserklärungen des Patienten zum Behandlungsverlauf (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) oder zur Organ- und Gewebespende. Die Informationen zur Vorsorgevollmacht enthalten zudem Kontaktdaten des Bevollmächtigten, damit dieser im Notfall erreichbar ist. Der DPE enthält somit personenbezogene Daten, im Gegensatz zum NFD jedoch keine medizinischen Daten.

Da es sich bei den Daten des NFD um personenbezogene medizinische und damit besonders schützenswerte Daten i.S.d. § 3 Absatz 9 Bundesdatenschutzgesetz handelt, sind hohe Anforderungen an die Sicherheit der Datenerstellung, -speicherung und -verwaltung zu stellen. Der Deutsche Caritasverband bekräftigt daher ausdrücklich, dass für das Anlegen des NFD und des DPE eine Einwilligung des Patienten in schriftlicher Form vorliegen muss. Nach dem Widerruf der Einwilligung durch den Versicherten muss aus Sicht des DCV zudem gewährleistet sein, dass mit der Löschung des NFD und des DPE auch die Einwilligungserklärung selbst von der eGK entfernt wird.

In § 291a Absatz 5 Satz 3 neu wird zum einen bestätigt, dass der Zugriff auf medizinische Daten, die zur Notfallversorgung erforderlich sind, ohne Autorisierung der Versicherten erfolgt. Da

die Einrichtung des Notfalldatensatzes grundsätzlich als Voraussetzung an die Einwilligung des Versicherten gebunden ist, halten wir diese Regelung für die Notfallversorgung für sinnvoll und notwendig.

Darüber hinaus wird nun die Möglichkeit eröffnet, dass mit Zustimmung des Versicherten die notfallrelevanten medizinischen Daten auch dann zur Unterstützung der medizinischen Versorgung der Versicherten genutzt werden können, wenn keine Notfallsituation vorliegt. Voraussetzungen hierfür sind, dass der Zugriff zur medizinischen Versorgung erforderlich ist. In der Gesetzesbegründung werden hierfür beispielhaft der Zugriff zur Pflege und Aktualisierung der Daten, für den Datentransfer bei Wechsel des Hausarztes, für die Datenbereitstellung bei Einholung von Zweitmeinungen und andere Situationen, in denen außerhalb der Notfallversorgung ein Austausch von patientenbezogenen medizinischen Informationen im Rahmen der ärztlichen Versorgung erforderlich ist, angeführt. Wir bewerten diese Öffnung für die Nutzung notfallrelevanter medizinischer Daten grundsätzlich für sachgerecht, da sie an die protokollierte Autorisierung durch den Versicherten gebunden ist. Wenn diese Autorisierung durch die Eingabe einer persönlichen Geheimzahl erfolgt, ist die Zustimmung des Versicherten bei jedem Zugriff sichergestellt. Wenn keine PIN-Nutzung gewünscht wird, kann das Einverständnis des Versicherten z.B. auch im Rahmen der ärztlich geführten Behandlungsdokumentation protokolliert werden. Da bei dieser Lösung keine Autorisierung für jeden einzelnen Zugriff erfolgt, müssen die Fallgestaltungen, in denen die Nutzung der Daten erfolgt, sehr präzise festgelegt und die Zugriffe im Zugriffsprotokoll nach Absatz 6 Satz 3 nachprüfbar aufgenommen werden.

§ 291b Absatz 1b neu: Diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur

Gesetzentwurf

Die Gesellschaft für Telematik muss eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen gewährleisten. Dabei sind elektronische Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen. Die erforderlichen Voraussetzungen sind von der Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 30. Juni 2016 festzulegen und zu veröffentlichen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die Telematikinfrastruktur perspektivisch auch für Aufgaben im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung genutzt werden kann und somit auch den Erbringern pflegerischer Leistungen zur Verfügung stehen soll. Damit kann die elektronische Gesundheitskarte auch für Anwendungen im Bereich der Telecare genutzt werden. Zu denken ist hierbei etwa an die Übermittlung von Daten aus der Pflegedokumentation, die für die weitere medizinische Behandlung in der Arztpraxis relevant sind. Auch pflegerische Diagnosen, z.B. bei der Wundversorgung, können von Pflegediensten und -einrichtungen auf elektronischem Wege an Arztpraxen übermittelt werden. Neben telemedizinischen Anwen-

dungen muss die elektronische Gesundheitskarte auch für Telecare-Anwendungen zur Verfügung stehen. Insbesondere Pflegekräfte, aber auch andere Angehörige von Gesundheitsberufen, wie Physiotherapeuten und Hebammen sollen leseberechtigt sein, sofern die Anwendungen ihre Tätigkeit betreffen, wie z.B. den Medikationsplan und den Entlassbrief.

Diese und andere Beispiele der telemedizinischen und telepflegerischen Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten können einen Beitrag zur besseren gesundheitlichen Versorgung der Patienten leisten. Darüber hinaus erleichtern sie die Versorgung in ländlichen Regionen, die von medizinischer Unterversorgung bedroht sind. Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass den Pflegeeinrichtungen ihre Aufwendungen bei der Nutzung der Telematikinfrastruktur in gleicher Weise wie den Dienstleistern im vertragsärztlichen Bereiche und im Krankenhaus erstattet werden müssen.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Gesellschaft für Telematik bei der Festlegung der Vorgaben für die Anwendung der Infrastruktur auch ausdrücklich die Vorschriften zur Barrierefreiheit sicherzustellen hat (§ 291b Absatz 1 Satz 4 neu).

§ 291b Absatz 2a neu: Einrichtung eines Beirats bei der Gesellschaft für Telematik

Gesetzentwurf

Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Belangen berät. Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung kann der Beirat der Gesellschafterversammlung der Telematikgesellschaft zur Befassung vorlegen. Er muss zudem vor der Beschlussfassung von Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung gehört werden. Angelegenheiten von besondere Bedeutung sind insbesondere Fachkonzepte zur Anwendung der eGK, Planungen und Konzepte zur Erprobung und zum Betrieb der Telematikinfrastruktur sowie Konzepte zur Evaluation von Erprobungsphasen und Anwendungen. Die Gesellschaft für Telematik muss sich wiederum mit den Stellungnahmen des Beirats befassen und ihm mitteilen, inwieweit sie die Empfehlungen des Beirats berücksichtigt. Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, drei Vertretern der für die Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem oder der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden.

Bewertung

Die Gesellschafter der gematik sind die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Kostenträger des Gesundheitswesens. Die verpflichtende Einrichtung eines Beirats für die Gesellschaft für Telematik wird vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich begrüßt. Auf diese Weise wird die Behandlung der weitreichenden Regelungen und Maßnahmen zur Implementierung

der digitalen Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitsbereich auf eine breitere Basis gestellt und ein höheres Maß an Transparenz gewährleistet. Dies ist angesichts der versorgungspolitischen und wirtschaftlichen Relevanz der Entscheidungen der Gesellschaft für Telematik dringend erforderlich. Offen bleibt allerdings, ob und wie die Ergebnisse der Beratungen des Beirats, seine Stellungnahmen und die Berücksichtigung seiner Empfehlungen veröffentlicht werden. Angesichts der mit der Einführung der Telematikinfrastruktur verbundenen erheblichen Kosten spricht sich der Deutsche Caritasverband zudem dafür aus, die im Gesetz genannten Angelegenheiten von besonderer Bedeutung um die Konzepte und Beauftragungen von Kosten-Nutzen-Berechnungen zu ergänzen. Ohne eine Veröffentlichung der Ergebnisse in angemessener Art und Weise sowie in angemessenem Umfang liefe der Arbeitsauftrag des Beirats nämlich leer.

Es ist nicht ausreichend, dass die Verbände für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nur über den Beirat an den Beschlussfassungen der Gesellschaft für Telematik mitwirken können. Sie sollen in der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik vertreten sein und dort ein Mitberatungsrecht erhalten.

Lösungsvorschläge

In § 291b Absatz 2a Satz 3 wird ein Punkt 4 ergänzt:

„4. Konzepte und Beauftragungen für Kosten-Nutzen-Berechnungen.

In § 291b Absatz 2a wird nach Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt:

„Die Ergebnisse der Beratungen des Beirats, seine Stellungnahmen und die Berücksichtigung seiner Empfehlungen durch die Gesellschaft für Telematik werden in Abstimmung mit der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik in angemessener Art und Weise veröffentlicht“.

§ 291f i.V. mit § 291 g neu: Elektronischer Entlassbrief

Gesetzentwurf

Das Krankenhaus erhält für die Erstellung und Übersendung eines elektronischen Entlassbriefs an den weiterbehandelnden Vertragsarzt oder andere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen einen Zuschlag von 1 Euro pro voll- oder teilstationärem Behandlungsfall, wenn der Entlassbrief am Tag der Entlassung zur Verfügung gestellt wird. Der elektronische Entlassbrief muss dabei mindestens folgende Angaben enthalten: Diagnosen, Befunde, Therapiemaßnahmen, Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, Entlassgrund und angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen. Die entgegennehmenden Ärzte erhalten ebenfalls einen Zuschlag von 0,50 Euro.

§ 291g enthält Regelungen zur Vereinbarung des elektronischen Entlassbriefs, welche die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik zu treffen hat. Nach § 291g Absatz 2 SGB V neu können in der Vereinbarung für besondere Fälle auch

Ausnahmen geregelt werden, wonach der Zuschlag an die Krankenhäuser auch gezahlt wird, wenn der elektronische Entlassbrief erst bis zum dritten Tag nach der Entlassung zur Verfügung gestellt wird.

In § 291f Absatz 1 Satz 2 neu SGB V wird klargestellt, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Patienten erfolgen darf. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

Bewertung

Der elektronische Entlassbrief leistet aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes und des Katholischen Krankenhausverbandes (KKVD) einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Überleitmanagements in den Bereich der ambulanten Versorgung. Finanzielle Anreize zur Erstellung eines solchen Briefes in Form von Zuschlägen für Krankenhäuser und beteiligte Vertragsärzte sind daher sachgerecht. Durch die elektronische Übermittlung von Diagnosen, Befunden, Therapiemaßnahmen und Medikationsplänen kann eine naht- und lückenlose Versorgung im ambulanten Bereich besser gelingen. Positiv ist, dass im elektronischen Entlassbrief auch angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen vermerkt sein müssen. Bei der Definition des Mindestinhalts des elektronischen Entlassbriefes fehlen jedoch Angaben zur Überleitung in den pflegerischen Bereich, denn häufig werden Patienten nicht nur mit einem Bedarf an behandlungspflegerischen, sondern auch grundpflegerischen Maßnahmen aus dem Krankenhaus entlassen.

Sachgerecht ist, dass der Zuschlag für „besondere Fälle“ ausnahmsweise auch dann vom Krankenhaus abgerechnet werden kann, wenn der elektronische Entlassbrief erst am dritten Tag nach der Entlassung zur Verfügung gestellt werden kann. Damit wird der klinischen Organisationsrealität Rechnung getragen. Zu denken ist hier an organisatorische und technische Umstände, auf die das Krankenhaus keinen direkten Einfluss üben kann. So liegen den Krankenhäusern in manchen Fällen am Entlasstag noch nicht alle Informationen – vor allem in elektronischer Form – vor. Beispiele hierfür sind Auswertungs- und Übermittlungszeiträume des Laborbefundes für die letzte Laborkontrolle des Entlassbefundes oder Befunde über Konsultationen, die durch externe Anbieter erbracht wurden und nicht taggleich in elektronischer Form übermittelt werden. Die „besonderen Fälle“ sollten allerdings auf vom Krankenhaus nicht zu verantwortende Umstände begrenzt sein.

Im Sinne des Datenschutzes wird ausdrücklich begrüßt, dass im Gesetzestext klargestellt wird, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für den elektronischen Entlassbrief der schriftlichen Einwilligung und Vorabinformation des Patienten bedarf.

In der Gesetzesbegründung steht, dass der elektronische Entlassbrief auch dem Patienten selbst elektronisch – zusätzlich zum Entlassbrief in Papierform - zur Verfügung gestellt werden kann. Dies ist im Sinne des informationellen Selbstbestimmungsrechtes des Patienten sinnvoll. Dem Gesetzestext selbst ist dies nicht zu entnehmen; daher ist dieser entsprechend zu ergänzen.

Lösungsvorschlag

In § 291f Absatz 1 ist nach Satz 2 neu folgender Satz 3 zu ergänzen:

„Der elektronische Entlassbrief ist dem Patienten auf dessen Wunsch zur Verfügung zu stellen. Der Patient ist auf dieses Recht im Rahmen der Informationspflicht nach Satz 2 hinzuweisen.“§

291f Absatz 2 ist nach Nummer 6 wie folgt zu ergänzen:

„7. Pflegerelevante Diagnosen“

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 1: Einführung einer Versicherungspflicht für Waisenrentner (§ 5 Absatz 1 Nummer 11a neu SGB V, § 237 Satz 2 neu SGB V)

Änderungsantrag

Mit der Neuregelung wird für Waisenrentner künftig ein eigener Versicherungspflichttatbestand geschaffen. Danach werden Kinder mit einem Anspruch auf Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches (SGB VI), die diese Rente beantragt haben, unabhängig von Vorversicherungszeiten versicherungspflichtig in der GKV. Die Versicherungspflicht in der GKV erfasst damit alle Waisenrentner, die nach bisher geltendem Recht entweder versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 oder beitragsfrei familienversichert waren oder eine freiwillige Mitgliedschaft begründen mussten. Für diesen neu geschaffenen Versicherungspflichttatbestand wird durch die Änderung des § 237 die Beitragsfreiheit der Waisenrente innerhalb der Altersgrenzen für die Familienversicherung (§ 10 Absatz 2 SGB V) angeordnet. Nach der bisherigen Regelung müssen Waisenrentner – bis auf die beitragsfreie Familienversicherung – Beiträge für die Krankenversicherung aus ihrem Einkommen zahlen.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Änderung. Die besondere Lebens- und Einkommenssituation bei Waisenrentnern rechtfertigt eine gesonderte versicherungsrechtliche Behandlung dieser Personengruppe. Minderjährige Kinder oder Kinder, die nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, werden als sozial schutzbedürftig angesehen. Waisenrentner, die bisher nur über die Familienversicherung mitversichert waren, werden selbst zu einem Mitglied der GKV. Durch die Entlastung von den Beitragspflichten wird der Schutzbedürftigkeit von Waisenrentnern Rechnung getragen.

Änderungsantrag 1: Folgeänderungen bei der Familienversicherung im SGB II (§ 5 Absatz 5a Sätze 3 und 4 neu SGB V)

Änderungsantrag

Mit der Anfügung eines neuen Satzes 3 in § 5 Absatz 5a wird für Beziehende von Arbeitslosengeld (ALG) II, die nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtig sind, weil sie zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren, die Familienversicherung künftig ausgeschlossen. Mit dieser Rechtsänderung soll sichergestellt werden, dass die Jobcenter und Krankenkassen in Zukunft vollständig von der Prüfung und Meldung der Familienversicherung entlastet werden.

Durch die Regelung in Satz 4 wird gewährleistet, dass Personen, die am 31. Dezember 2015 ALG II beziehen und familienversichert sind, auch weiterhin der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet bleiben. Da die Familienversicherung für Beziehende von Arbeitslosengeld II

ab dem 1. Januar 2016 nicht mehr gilt, werden diese Personen unter den dort geregelten Voraussetzungen versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a.

Die geplanten Änderungen sind Ergänzungen zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), das zum Teil bereits zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist. Dort wurde geregelt, dass ab dem 01.01.2016 alle erwerbsfähigen Bezieherinnen und Bezieher von ALG II einheitlich in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, soweit sie nicht der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind. Der bisherige Vorrang der Familienversicherung beim ALG II-Bezug gilt dann nicht mehr. Jeder Leistungsbezieher wird selbst Mitglied einer Krankenkasse.

Bewertung

Durch die Anfügung eines neuen Satzes 3 in § 5 Absatz 5a wird das Ziel der Neuregelung des GKV-FQWG vollständig erreicht. Mit dieser Rechtsänderung wird sichergestellt, dass die Jobcenter und Krankenkassen künftig vollständig von der verwaltungsaufwändigen und fehleranfälligen Prüfung und Meldung der Familienversicherung entlastet werden. Nach der Gesetzesbegründung führt die Neuregelung lediglich zu geringfügigen Mehrausgaben des Bundes. Der für privat versicherte ALG II-Bezieher vom Bund zu leistende Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung dürfte in der Regel aber oberhalb der ab 2016 durch den Bund zu leistenden Pauschale für in der GKV pflichtversicherten Bezieher von ALG II liegen. Daher ist mit Mehrausgaben des Bundes in 2016 im oberen sechsstelligen Bereich zu rechnen, die in den Folgejahren auf einen niedrigen einstelligen Millionenbereich anwachsen dürften. Für die GKV entstehen Minderausgaben in ähnlicher Größenordnung. Hierdurch wird die GKV als beitragsfinanziertes System entlastet.

Zu begrüßen ist die geplante Ergänzung in Satz 4. Ohne diese wäre es andernfalls dazu gekommen, dass ALG II-Bezieher, die bis zum 31.12.2015 familienversichert sind, ab dem 1.1.2016 wieder der privaten KV zuzuordnen wären.

Änderungsantrag 3: Moderate Erweiterung des Leistungsortes auf spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung chronischer Wunden (§ 37 Absatz 6 Satz 3 neu SGB V)

Änderungsantrag

Nach § 37 Absatz 6 SGB V legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen häusliche Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts und der Familie erbracht werden können. Absatz 6 wird nun durch einen neuen Satz 3 dahingehend erweitert, dass im Einzelfall auch Einrichtungen für die Leistungserbringung in Betracht kommen, die insbesondere im Blick auf die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen in besonderer Weise zur Leistungserbringung geeignet sind. Ausweislich der Begründung zielt die Erweiterung des Absatzes 6 vordringlich auf Spezialeinrichtungen zur Versorgung chronischer Wunden (sog. „Wundzentren“) ab, da diese bisher nicht von § 37 SGB V erfasst seien.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband erachtet es grundsätzlich als sachgerecht, dass auch spezialisierte Einrichtungen, die nicht die Häuslichkeit darstellen, als andere geeignete Orte zur Erbringung von Häuslicher Krankenpflege anerkannt werden sollen. Dies gilt auch für sog. Wundzentren, die Patienten mit chronischen Wunden versorgen und dafür besonders qualifizierte Pflegekräfte für die Wundversorgung beschäftigen. Gerade ältere pflegebedürftige Menschen, die beispielsweise an Ulcus cruris oder diabetischem Fußsyndrom leiden oder unter ulzerierenden Tumoren leiden, bedürfen oft einer spezifischen Versorgung durch zu Wundmanger/innen weitergebildete Pflegefachkräfte. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass nach § 63 SGB V besonders spezialisierte Pflegefachkräfte für das Wundmanagement noch in weitaus stärkerem Maße für die Wundversorgung im ambulanten und auch im vollstationären Bereich eingesetzt werden können.

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes bietet § 37 Absatz 6 SGB V in der bestehenden Fassung jedoch bereits einen ausreichend Grundlage, um die häusliche Krankenpflege in solchen spezialisierten Einrichtungen zu ermöglichen, denn der Gemeinsame Bundesausschuss kann auf dieser Rechtsgrundlage auch heute schon festlegen, dass Wundzentren geeignete Orte für die Leistungserbringung sein können. Einer Erweiterung um die Voraussetzung, dass die räumlichen Verhältnisse und hygienischen Voraussetzungen gegeben sein müssen, bedarf es nicht, denn diese müssen auch in allen anderen Fällen einer normalen Wundversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gegeben sein. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass das Erfordernis eines „regelmäßig wiederkehrenden“ Aufenthalts bei Patienten in Wundzentren nicht gegeben ist, weswegen Wundzentren keine Leistungserbringer im Sinne des § 132a SGB V werden können. Auch dieses Argument scheint vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Versorgung von Menschen in Wundzentren überwiegend um die Zielgruppe von Menschen mit chronischen Wunden, welche wiederholt versorgt werden müssen, handelt, hinterfragbar. Nicht zuletzt weisen wir darauf hin, dass Wundzentren dem Grundsatz nach auch Verträge der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V mit den Krankenkassen abschließen können, denn gerade in Wundzentren sind in der Regel neben den Pflegekräften auch Ärzte tätig. Aus den genannten Gründen erscheint uns die vorgesehene moderate Öffnung und Erweiterung des § 37 Absatz 6 nicht erforderlich.

Im Zuge einer Novellierung des § 37 SGB V regt die Caritas erneut, wie schon im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes dringend an, im Gesetzestext klarzustellen, dass stationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe als geeignete Orte in die Aufzählung nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V mit aufgenommen werden, damit die vorgeschlagene Neuregelung gemäß § 37 Abs. 2a SGB V für versicherte Personen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Anwendung kommen kann. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit gesetzlicher Regelungsbedarf zum Leistungserbringungsrecht nach § 132a SGB V erforderlich sein könnte.

Lösungsvorschlag

Streichung des § 37 Absatz 6 Satz 3 neu SGB V.

Wir wiederholen an dieser Stelle unser Petitum, in § 37 Absatz 1 und Absatz 2 Satz die anderen geeigneten Orte für die Erbringung der häuslichen Krankenpflege um stationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zu ergänzen:

„(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie, **in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe** oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie, **in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe** oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“

Änderungsantrag 7: Häusliche Krankenpflege (§ 132a SGB V neu)

Änderungsantrag

In der geplanten Neuregelung ist vorgesehen, dass die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 6 nicht nur die Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen regeln, sondern auch Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte vorsehen. Zudem werden für das Schiedsverfahren nach § 132a Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V Fristen im Falle einer Nichteinigung vorgesehen. Bei Nichteinigung der Vertragsparteien auf die Schiedsperson muss die Aufsichtsbehörde diese binnen eines Monats festlegen. Des Weiteren wird die Schiedsperson verpflichtet, den Vertragsinhalt innerhalb einer Frist von drei Monaten festzulegen.

Bewertung

Ausweislich der Gesetzesbegründung intendiert die Neuregelung zu § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6, dass die angemessene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen sichergestellt sein muss. Diese Zielsetzung begrüßt der Deutsche Caritasverband nachdrücklich. Seit Jahren klafft eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen und den Personalkosten, die die Caritas und andere Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege aufgrund der tatsächlichen tariflichen Steigerungen refinanzieren müssen. Die Krankenkassen verweisen dabei immer wieder auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. In der Tat haben die Vertragspartner beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zu beachten, dass die GKV nicht mehr ausgibt, als sie ein-

nimmt. Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt auch der Deutsche Caritasverband grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern jedoch möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Daher muss auch die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde gerade im 1. Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Deutsche Caritasverband die Neuregelung, dass Tariflöhne oder entsprechende Arbeitsvergütungen nicht tarifgebundener Leistungserbringer nachgewiesen werden müssen und es dazu eine entsprechende Transparenzvorgabe geben muss, ausdrücklich. Die Nachweispflicht stellt jedoch keinen Selbstzweck dar. Den Nachweis zu führen macht nur Sinn, wenn gleichzeitig bei Vergütungsverhandlungen anerkannt ist, dass die Zahlung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten stets als Kriterium wirtschaftlichen Handelns gilt. Dies ist im Gesetzestext *expressis verbis* zu verankern und § 132a Absatz 2 ist entsprechend zu ergänzen.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass in § 132 Absatz 2 a.F. dringend zu streichen ist, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind. Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in Satz 4 des § 132a Absatz 2. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die Berufsausübung gebunden ist. Es ist nicht geboten, die entsprechende Leistungserbringung an das Qualitätskriterien außer Acht lassende Merkmal der Preisgünstigkeit zu binden. Das Wort ist ersatzlos aus § 132a zu streichen.

Durch die Ergänzung in Absatz 2 wird gesetzlich geregelt, dass im Fall der Nichteinigung der Vertragsinhalte durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson festgelegt wird, ohne dass es hierzu vertraglicher Regelungen bedarf. Die Aufsichtsbehörde hat die Schiedsperson innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Information zu bestimmen. Diese Ergänzungen sind zu begrüßen, sie tragen dazu bei, dass Schiedsverfahren eine Straffung erfahren, schneller zum Abschluss kommen und auch Vergütungserhöhung zeitnah umgesetzt werden können.

Lösungsvorschlag

In § 132a Absatz 2 ist zusätzlich zu den vorgeschlagenen Änderungen die Anerkennung der Tarifbindung als Kriterium für wirtschaftliches Handeln zu verankern. § 132a Absatz 2 ist daher zu formulieren, wie folgt:

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, inner-

halb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich ~~und preisgünstig~~ erbracht werden. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.“

Weitere Änderungsbedarfe: Einführung eines Schiedsverfahren für die Soziotherapie

Das Paket der Änderungsanträge sieht in Bezug auf mehrere Schiedsverfahren im SGB V Änderungen vor. Bisher gibt es im Bereich der Soziotherapie kein Schiedsverfahren. Dieses wird jedoch dringend benötigt. Der Deutsche Caritasverband schlägt eine § 132 oder § 132a SGB V entsprechende Formulierung zur Schiedsperson auch für die Versorgung mit Soziotherapie vor. Die Regelung ist in § 132b entsprechend zu ergänzen.

D. Antrag der Fraktion Die LINKE „Elektronische Gesundheitskarte stoppen – Patientenorientierte Alternative entwickeln“

(BT-Drs. 18/3574)

Antrag

Die LINKE bewertet die digitale Datenspeicherung und –Übertragung grundsätzlich als eine Möglichkeit, die Gesundheitsversorgung qualitativ zu verbessern sowie effizienter und sicherer zu gestalten. Als Voraussetzungen für deren Einführung fordert der Antrag den effektiven Schutz vor Datenmissbrauch, ein akzeptables Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie die Wahrung der Selbstbestimmung von Versicherten bzw. von Patientinnen und Patienten. Im Antrag wird zum einen auf Unsicherheiten in der Identitätsprüfung bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verwiesen, die deren Nutzung als Träger sensibler personenbezogener Gesundheits- und Sozialdaten in Frage stelle. Damit würden durch die Nutzung der eGK zentrale Patientenrechte tangiert. Zum anderen werden transparente Kosten-Nutzen-Überprüfungen vor der Einführung einzelner Nutzungsbereiche der eGK vermisst. Als besonders problematisch bewertet die LINKE die externe Speicherung von personenbezogenen Gesundheits- und Sozialdaten (außerhalb der Speicher der Leistungsträger), die für die vorgesehenen Funktionen der eGK mittelfristig erforderlich würden. Letztlich sieht die LINKE durch die genannten Bedenken die Eignung, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Gesamtkonzeption der eGK und der dahinterstehenden Telematik-Infrastruktur in Frage gestellt. Sie fordert daher für jede gesetzlich fixierte Anwendung der eGK eine valide Abschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und eine Klarstellung, welcher rechtlich zweifelsfreie Identitätsnachweis für den datenschutzrechtlichen Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdaten genutzt werden soll. Darüber hinaus muss aus Sicht der LINKEN gewährleistet werden, dass die digitalen Kommunikationslösungen nicht durch Anbieter kommerzieller Mehrwertanwendungen genutzt werden können. Als Alternative für eine externe Speicherung von gesundheitsbezogenen Patientendaten sollen mobile Speichermedien, die in Patientenhand verbleiben und auf freiwilliger Basis genutzt werden sollen, ergebnisoffen erprobt werden.

Bewertung

Der Sicherung sensibler Gesundheits- und Sozialdaten und der Gewährleistung datenschutzrechtlicher Vorgaben kommt auch aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes für die Einführung weiterer Funktionen für die eGK eine zentrale Bedeutung zu. Nur dadurch kann das Vertrauen der Patientinnen und Patienten sowie der Ärzte und Ärztinnen bzw. der im Gesetz genannten Zugangsberechtigten gewonnen werden. Wir begrüßen daher ausdrücklich, dass die erweiterte Nutzung der eGK an die individuelle Zustimmung und Autorisierung durch den Patienten und die Patientin gebunden sind. Der Deutsche Caritasverband fordert daher, dass auch Erprobungen zu Anwendung der Patientenzugriffe erfolgen müssen, um zu gewährleisten, dass die Versicherten die gesetzlich zugestandenen Rechte auch tatsächlich wahrnehmen können.

Der DCV schließt sich aus den o.g. Gründen der Forderung der LINKEN an, dass die eGK einen rechtlich zweifelsfreien Identitätsnachweis gewährleisten muss, da die geplanten weiterge-

henden Anwendungen ansonsten keine freiwillige Zustimmung aller Nutzergruppen erhalten werden und die eGK den damit verbundenen Nutzen für die Verbesserung der Versorgungsqualität nicht entfalten kann. Die damit verbundenen Bedenken und Vorbehalte müssen dringend ausgeräumt werden. Daher schlagen wir vor, dass die Gesellschafter der gematik und insbesondere der Gesellschafter GKV die mit den abgesicherten Identitätsprüfungen verbundenen Funktionalitäten und rechtlichen Fragen unbedingt klären, den Gesetzgeber hierüber informieren und entsprechende Abhilfe schaffen muss.

Die Einbindung externer Dienstleister auch für die Speicherung von Daten kann aus Sicht des DCV im Zuge der Anwendung moderner digitaler Kommunikationstechnik durchaus erforderlich sein. Allerdings sind damit stets bedeutsame datenschutzrechtliche Fragen im Sinne des Vertraulichkeitsschutzes verbunden, deren Lösung die Linke zu recht deutlich anmahnt. Wir bezweifeln allerdings, ob die alternative Entwicklung und Erprobung eines mobilen Datenträgers, der in der Hand der Patienten und Patientinnen bleiben soll, die von der LINKEN geforderten Voraussetzungen des Patienten- und Datenschutzes, der Wirtschaftlichkeit und des sicheren Identitätsnachweises tatsächlich besser gerecht werden kann. Wir schließen uns zudem der Forderung der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom März 2015 an, dass der Gesetzgeber Rechtssicherheit schaffen muss, unter welchen Voraussetzungen Berufsgeheimnisträger externe Dienstleister einschalten dürfen und durch welche Maßnahmen das für sensible Daten erforderliche Schutzniveau lückenlos gewährleistet werden kann.

Bezüglich der von den LINKEN geforderten Kosten-Nutzen-Berechnungen vor Einführung weiterer Anwendungen der eGK verweist der Deutsche Caritasverband auf seine bereits ausgeführte Forderung, dass Kosten-Nutzen-Berechnungen explizit als Angelegenheiten von besonderer Bedeutung zum Beratungsgegenstand des neu einzurichtenden Beirates der Gesellschaft für Telematik werden sollen.

E. Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die GRÜNEN „Sicher vernetzt, gut versorgt – Digitalisierung im Gesundheitswesen im Dienste der Patienten gestalten“ (BT-Drs. 18/6068)

Antrag

Die GRÜNEN kritisieren in ihrem Antrag, dass Deutschland beim Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich erheblich zurückbleibe und dass sensible Patientendaten vielfach unverschlüsselt abgespeichert würden. Insgesamt fokussiert der Antrag auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Der gegenwärtige Entwicklungsstand der telematischen Kommunikationsstrukturen schließe die Versicherten vom Zugriffsrecht auf ihre eigenen Daten faktisch aus, obwohl ihnen dieses Zugriffsrecht rechtlich längst zustehe. Für eine breite Akzeptanz der telematischen Kommunikationsstrukturen im Gesundheitswesen müsse der Datenschutz besser gewährleistet sein. Zudem müsse der Grundsatz der freiwilligen Beteiligung an der digitalen Kommunikation sowie der Selbstbestimmung über die Speicherung von Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte gewährleistet sein.

Im Einzelnen fordern die GRÜNEN daher, dass die Vertreter(innen) von Patientenorganisationen in der gematik stärkere Mitberatungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten erhalten sollen. An die Anwendungen und Funktionalitäten der Telematik seien höchstmögliche Datensicherheitsstandards anzulegen und es sei dafür Sorge zu tragen, dass diese Standards auch bei den mit der Telematikinfrastruktur verbundenen informationstechnischen Systemen und Diensten der Leistungserbringer eingehalten werden. Patientinnen und Patienten sollten durch ein Prüf-Siegel oder andere Qualitätskriterien stärker bei der Auswahl von nutzbringenden und datenschutzkonformen Gesundheits-Apps unterstützt werden. Zudem müsste die Telematikinfrastruktur stärker für andere Gesundheitsberufe wie Pflegekräfte, Hebammen und Angehörige von Therapieberufen geöffnet werden. Die Apotheker(innen) seien mit dem Ziel einer besseren Arzneimitteltherapiesicherheit in die Erstellung des Medikationsplans einzubinden.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt den Ansatz des Antrags der GRÜNEN, die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken. Auch aus unserer Sicht muss der Zugriff der Patientinnen und Patienten auf ihre Daten jederzeit möglich sein. Die elektronische Gesundheitskarte stellt zwar den Schlüssel dazu dar, aber in der Tat fehlt das Schloss für den jederzeitigen, datenschutzrechtlich gesicherten Zugriff auf das sog. Patientenfach. Um den Rechtsanspruch der Versicherten auf Zugang zu diesen Daten durchzusetzen, bedarf es sanktionsbewährter Fristsetzungen, um einer weiteren technischen Verzögerung des Zugriffs auf die Daten wirksam entgegenzutreten. Wir teilen den Ansatz, dass die Beteiligung an der digitalen Kommunikation seitens der Patientinnen und Patienten immer auf freiwilliger Basis entsprechend des hohen Stellenwertes der informationellen Selbstbestimmung erfolgen muss und stets der schriftlichen

Einwilligung der Nutzerinnen und Nutzer bedarf. Nur so kann im Übrigen eine breite Akzeptanz der digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen in der Bevölkerung erreicht werden.

Wir unterstützen die Forderung der GRÜNEN, den Vertreterinnen und Vertretern der für die Wahrnehmung der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen in der Gesellschaft für Telematik neben den Gesellschaftern nach § 291a Absatz 7 Satz 1 ein Mitberatungsrecht einzuräumen. Das Mitberatungsrecht soll sich auch auf das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen erstrecken. Solche Konstruktionen haben sich in anderen Kontexten des Gesundheitswesens, wie im Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem die Patientenorganisationen nach § 140f Absatz 2 SGB V ebenfalls mitberatend tätig sind, oder im Bereich der Pflegeversicherung als Instrument zur Wahrung und Sicherstellung der Verbraucherschutzinteressen bewährt.

Wir haben eingangs auf die hohe Bedeutung der Datensicherheitsstandards hingewiesen. Für die Gewährleistung der Datensicherheit bedarf es eines umfassenden Konzeptes, das neben der Einwilligung und Speicherung der Daten z.B. die Festlegung der Zugriffsberechtigten, die differenzierten Zugriffsrechte, den differenzierten Zugangsschutz (z.B. über PIN-Schutz), Verfahren zur Aktualisierung des Datensatzes, die Gewährleistung der Authentisierung und die Dokumentation der Zugriffe umfassen muss. Auch in diesem Punkt unterstützen wir den Antrag der GRÜNEN.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich wie die GRÜNEN dafür ein, dass die Telematikinfrastruktur systematisch auch für alle Gesundheitsberufe geöffnet werden muss und kritisiert, wie die GRÜNEN, die Arztzentriertheit des vorliegenden Gesetzesentwurfs. Neben telemedizinischen Anwendungen muss die elektronische Gesundheitskarte auch für Telecare-Anwendungen zur Verfügung stehen. Insbesondere Pflegekräfte, aber auch andere Angehörige von Gesundheitsberufen, wie Physiotherapeuten und Hebammen sollen leseberechtigt sein, sofern die Anwendungen ihre Tätigkeit betreffen, wie z.B. den Medikationsplan und den Entlassbrief. Pflegekräfte sollen pflegerische Diagnosen auf elektronischem Wege an Arztpraxen zum Zwecke der medizinischen Weiterbehandlung übermitteln können. Der Deutsche Caritasverband weist darauf hin, dass den Pflegeeinrichtungen ihre Aufwendungen bei der Nutzung der Telematikinfrastruktur in gleicher Weise wie den Dienstleistern im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus erstattet werden müssen.

Wie schon oben ausgeführt, setzt sich der Deutsche Caritasverband, ebenso wie die GRÜNEN, für die Beteiligung der Apotheken an der Erstellung des Medikationsplans in Form eines Schreiberechts ein. Dieses bedarf der Zustimmung des Patienten. Er unterstützt daher sowohl den Antrag der GRÜNEN als auch den Beschluss des Bundesrats zu diesem Punkt.

Begrüßenswert ist die Initiative der GRÜNEN, Gesundheits-Apps in Zukunft stärker der Qualitätssicherung zu unterwerfen. Vor dem Hintergrund, dass es viele Apps gibt, deren Inhalte unter wissenschaftlichen Aspekten fraglich sind, ist die Einführung von Prüf-Siegeln oder Qualitätszeichen geboten. Besonders sensibel ist die Eingabe persönlicher Daten. Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass ihnen eine Gesundheits-App nützt und dass

die Anwendung datensicher erfolgt. Beiden Aspekten kommt bei der Qualitätssicherung von Gesundheits-Apps ein hoher Stellenwert zu.

Freiburg, 27.10.2015
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik,
Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel. 030 284447-46; elisabeth.fix@caritas.de

Renate Walter-Hamann, Referatsleiterin Gesundheit, Rehabilitation, Sucht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 369; renate.walter-hamann@caritas.de

Caroline von Kries, Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 224; caroline.von.kries@caritas.de