



Deutscher
Caritasverband e.V.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Personalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Vorbemerkung und Zusammenfassung

Der Deutsche Caritasverband und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) unterstützen das Ziel, die Personalsituation in der Pflege kurz- und langfristig zu verbessern. Dieses Ziel kann mit den im Gesetzentwurf vorgelegten Vorschlägen allerdings nicht erreicht werden. Wir erwarten, dass im Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge getragen wird, dass die Entwicklung, Erprobung und Einführung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments auf Grundlage der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) vorangetrieben wird und diese bis dahin als Interimslösung genutzt wird. Dazu sind eine schnelle und vollständige Umsetzung der Pflegepersonalregelung und die Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die durch aus dem Bedarf abgeleitete Korridore ersetzt werden, notwendig.

Bezüglich der Änderungen zum Digitalisierungsteil des vorliegenden Referentenentwurfs sieht der Deutsche Caritasverband einmal mehr die dringende Notwendigkeit, die vielen unübersichtlichen und nicht miteinander verzahnten Digitalisierungselemente zu einer kohärenten Digitalisierungsstrategie zusammenzuführen, wie sie der Koalitionsvertrag vorsieht. Die zahlreichen Fristverschiebungen, die mit diesem Referentenentwurf vorgenommen werden und welche die Caritas mit großer Sorge zur Kenntnis nimmt, sind ein Indikator für dieses Erfordernis. Ein besonderer Wehmutstropfen sind die Verzögerungen bei der Einführung des elektronischen Heilberufsausweises für die Pflege, aber auch die Verschiebung der Fristen für die Eingabemöglichkeiten pflegerischer Daten in die ePA. Zu einer kohärenten Digitalisierungsstrategie, die das Kriterium der Interoperabilität erfüllen muss, gehört auch, dass die Datenübermittlung alle jeweils betroffenen Akteure vernetzen muss. So setzt sich die Caritas dafür ein, dass die Anforderungen an die Einwilligung der Patient_innen





in die Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen Verordnungen nicht nur den Bereich der Krankenhäuser, sondern auch den der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen umfassen muss.

Die katholischen Krankenhäuser befinden sich seit zweieinhalb Jahren im pandemiebedingten Stresstest. Es kann noch immer keine Rede vom Normalbetrieb sein! Nicht nur in den Krankenhäusern herrscht – nach wie vor – ein Personalmangel, sondern auch in der Verwaltung, den IT-Dienstleistungsunternehmen und den Landesbehörden, die beispielsweise vereinbarte Budgets genehmigen oder KHZG-Bescheide erlassen müssten. Die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zu Budgetverhandlungen werden diesem Umstand nicht gerecht. Sie werden vielmehr zur Folge haben, dass zusätzlich auch die Schiedsstellen überlastet sein werden. Deshalb braucht es einfachere Verhandlungsgrundlagen und eine einfachere Vergütungssystematik statt einer einseitigen Sanktionswut.

Der Gesetzentwurf enttäuscht die katholischen Krankenhäuser auch, weil erneut die Chance vertan wird, den Krankenhäusern - einerseits angesichts enorm steigender Kosten durch einen Energiekosten- und Inflationsausgleich und andererseits für die pandemiebedingten Leistungerschwernisse und Belastungen - durch eine adäquate Ausgleichsregelung Finanzierungssicherheit zu geben. Stattdessen werden Unsicherheiten geschürt und den Krankenhäusern zusätzliche Lasten auferlegt.





Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

Personalbedarf vor Ort ermitteln!

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist eine zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und attraktive Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen in den Krankenhäusern. Aus dem Pflegeberuf ausgeschiedene Personen mit Pflegeausbildung geben zu einem erheblichen Teil an, einen Wiedereinstieg nur bei einer verbesserten Personalsituation in Erwägung zu ziehen. Es ist dringend erforderlich, die angespannte Personalsituation in der Pflege dadurch zu entschärfen, dass die Attraktivität des Pflegeberufs durch entlastende Maßnahmen gesteigert werden kann.

Die Ampel-Koalition hat sich deshalb in ihrem Koalitionsvertrag von 2021 dazu verpflichtet, eine verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) kurzfristig als Interimsinstrument einzuführen. Wir begrüßen, dass nun endlich ein Gesetzgebungsverfahren in Gang gesetzt wird, in dem eine Personalbemessung thematisiert wird, sehen allerdings erheblichen Nachbesserungsbedarf.

Die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) folgt dem Grundgedanken, den Pflegebedarf in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu ermitteln und auf dieser Grundlage den bestehenden Personalbedarf krankenhausspezifisch abzuleiten. Diesen Grundgedanken verlässt der Gesetzentwurf. Wir erkennen im vorliegenden Referentenentwurf nur noch Ansätze der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0), die unzureichend sind, um die mit der Pflegepersonalregelung verbundene Zielsetzung einer flächendeckend verbesserten Personalsituation in der Pflege im Krankenhaus zu erreichen. Im vorliegenden Entwurf sollen die Personalbedarfe zwar aus dem Pflegeaufwand abgeleitet werden. Der Pflegeaufwand wird jedoch über den Pflegelastkatalog ermittelt, der auf dem kalkulatorischen Pflegeanteil in Bewertungsrelationen fußt - und nicht auf dem vor Ort ermittelten Pflegebedarf.

Wir fordern eine Klarstellung, dass der Soll-Ist-Abgleich nicht auf Grundlage des Pflegelastkatalogs und damit einer kalkulatorischen Datengrundlage, sondern einzig auf dem vor Ort ermittelten Pflegebedarf vorgenommen wird. Denn nur nach einer vor Ort vorgenommenen Pflegebedarfsermittlung kann eine Personalbedarfsermittlung erfolgen, die den Personaleinsatz an den bestehenden Bedarfen ausrichtet.





Aber selbst eine sachgerechte Ermittlung des Personalbedarfs allein ist nicht ausreichend, um die Situation der Pflegenden zu verbessern. Krankenhäuser müssen auch in der Lage sein, den Personaleinsatz angemessen und flexibel zu gestalten. Denn um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen, muss das Zusammenwirken der Gesundheitsfachberufe gestärkt und zu einer flexiblen Zusammenarbeit ausgebaut werden. Organisationale Begebenheiten sind ebenso wie regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Eine Personalbemessung muss einen flexiblen Personaleinsatz im Rahmen eines Grade-Skill-Mixes ermöglichen und einem Ganzhausansatz folgen. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie das Bundesministerium für Gesundheit mit dem vorgelegten Referentenentwurf für Entlastung für die Pflegefachpersonen im Krankenhaus sorgen will, während es durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Möglichkeit des Einsatzes von Pflegehilfskräften erheblich eingeschränkt hat.

Einheitliche Bemessungsgrundlage ohne Ausnahme!

Die in der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) vorgesehene Definition von Erreichungsgraden basiert auf im Bundesdurchschnitt ermittelten Werten. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass Einrichtungen aus der Kalkulation herausgenommen werden, wenn ein entlastender Tarifvertrag vereinbart ist. Die Herausnahme dieser Einrichtungen aus der Kalkulation von bundesdurchschnittlichen Werten führt jedoch nicht zu sachgerechten Ergebnissen. Das ist insofern kritisch zu sehen, als die in Tarifverträgen festgelegten Personalvorgaben eine Herleitung aus dem Pflegebedarf vermissen lassen. Entlastungstarifverträge zielen darauf ab, dem Personal nach Überlastungssituationen einen zeitlichen Ausgleich zukommen zu lassen. Das Ziel muss allerdings sein, Überlastungssituationen durch einen am Bedarf ausgerichteten Personaleinsatz von vornherein zu vermeiden.

Die Personalvorgaben, die in den bisher bekannten Entlastungstarifverträgen vereinbart werden, sind zudem nicht aus dem Pflegebedarf abgeleitet. Insofern ist eine Festlegung des einzusetzenden Personals am Verhandlungstisch weder sinnvoll noch zielführend. Die Personalausstattung der Krankenhäuser ist überdies Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge, die nicht den Vereinbarungen von Tarifparteien überlassen werden kann. Nach einer Überlassung an Tarifparteien kann der Staat die Daseinsvorsorge nicht gewährleisten, wenn er etwa bei unzureichenden Tarifverträgen aufgrund der Tarifautonomie nicht eingreifen kann. Durch die





Herausnahme mancher Einrichtungen aus der Bemessungssystematik sorgt der Gesetzentwurf für einen regulatorischen Flickenteppich und schreibt den Status quo insbesondere in den Krankenhäusern fest, die durch eine Opt-out-Option nicht unter die Regelungen der Pflegepersonalregelung fallen würden. Ein Nachweis, dass Tarifverträge die krankenhausesindividuellen Erfüllungsgrade übertreffen, ist nicht gegeben. Wir fordern deshalb, den Tarifvorbehalt unbedingt zu streichen.

Gesamtstrategie statt Verzögerungstaktik!

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Entwicklung eines wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments nach § 137 k SGB V bislang nicht beauftragt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Entwicklung nun noch einmal verschoben werden soll. Wir haben Zweifel daran, dass die Bundesregierung eine pflegepolitische Gesamtstrategie verfolgt. Damit das Pflegepersonal, die Krankenhäuser und die IT-Dienstleister nicht mit ständigen Neuerungen zu überfrachtet werden, fordern wir eine zügige Beauftragung sowie eine gesetzliche Klarstellung, dass das zu entwickelnde Personalbemessungsinstrument (§ 137k SGB V) auf der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) aufgesattelt wird.

Budgetverhandlungen

Grundsätzlich begrüßen wir Maßnahmen, die eine prospektive Verhandlung der Budgets ermöglichen und den entstandenen Verhandlungstau auflösen. Der Ansatz des Gesetzentwurfs, dies über sanktionierte Fristen und eine „automatische“ Einschaltung der Schiedsstellen zu lösen, verkennt die Ursachen des Verhandlungstaus und wird die Situation nicht verbessern. Das Problem liegt nicht darin, dass die Krankenhäuser die Verhandlungen verschleppen und notwendige Unterlagen zurückhalten. Nur in diesem Fall wären die vorgesehenen sanktionierten Fristen gerechtfertigt.

Vereinfachung statt Fristen!

Nach unserer Bewertung führen in erster Linie die sich kontinuierlich ändernden und komplexer werdenden Vorgaben für die Verhandlung der Budgets zu langwierigen Verhandlungen. Die Komplexität lässt sich nicht durch die Vorgabe sanktionierter Fristen lösen. Auch Schiedsstellen können dann keine sachgerechten Entscheidungen treffen. Hier sind vielmehr deutliche Vereinfachungen notwendig, die eine klare und transparente Grundlage für Verhandlungen schaffen. Die im GKV-FinStG





vorgesehenen Maßnahmen führen jedenfalls nicht zu einer sachgerechten Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen des Pflegebudgets, sondern würden diese vielmehr erschweren. Dies haben wir in unserer Stellungnahme zum GKV-FinStG ausführlich dargelegt.

Hinzu kommt, dass eine sachgerechte Zusammenstellung – und auf der anderen Seite eine inhaltliche Überprüfung - der Unterlagen innerhalb der gesetzlichen Frist nicht möglich sein wird. Zum einen ist dabei nicht berücksichtigt, dass bis zu diesem Zeitpunkt wesentliche Daten und Rahmenbedingungen noch nicht festgelegt, verhandelt oder erstellt sind (z.B. Landesbasisfallwert, IST-Werte, Testate).

Zum anderen unterliegen die Krankenhäuser in dem Zeitraum, den sie für Vorbereitungen oder Verhandlungen nutzen sollen, bereits anderen gesetzlichen Verpflichtungen, die weitere aufwändige Tätigkeiten nach sich ziehen und erhebliche Personalressourcen binden. Dazu zählen die Erstellung des Wirtschaftsplanes, des Jahresabschlusses, die Meldung von Kalkulationsdaten an das InEK sowie das jährliche Einpflegen der neuen externen Kataloge (Preise, Abrechnungsziffern / -kataloge, individuelle Entgelte wie NUBs) sowie neue Zahlbeträge. Wir weisen darauf hin, dass wir längst nicht mehr nur von einem Fachkräftemangel des Gesundheitspersonals betroffen sind. Fachkräfte fehlen genauso – durch pandemiebedingte Ausfälle verstärkt – in der Verwaltung. Wir bezweifeln im Übrigen, dass die durch das Gesetz erforderlichen personellen Ressourcen in den Krankenkassen, Genehmigungsbehörden und Schiedsstellen zur fristgerechten Bearbeitung zur Verfügung stehen werden.

Auch die zur Auflösung des Verhandlungsstaus vorgesehene Schaffung immer neuer Fristen ist in unseren Augen gänzlich widersinnig. Hier ist eine pragmatische Lösung ggf. mit gestaffelten Fristen notwendig. Das vorgesehene Verfahren, über die Schiedsstellen zu Lösungen zu kommen, ist nicht zielführend. Die dafür notwendigen personellen Ressourcen stehen – auch, aber nicht nur pandemiebedingt - in den Krankenhäusern nicht zur Verfügung.

Keine einseitigen Sanktionen!

Die durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehenen Vergütungsabschlüsse für Krankenhäuser, die Unterlagen nicht fristgerecht oder vollständig vorlegen, lehnen wir ab. Sanktionierungen von Verfahrensschritten haben in einer





Verhandlungssituation zwischen Vereinbarungspartnern(!) nichts zu suchen. Sofern bewusste Verzögerungen unterstellt werden, die durch die Sanktionierung verhindert werden sollen, darf dies nicht einseitig erfolgen. Sollte dies der Fall sein, müssten weitere Sanktionierungen vorgesehen werden, mit denen beispielsweise die Verzögerung von Terminvereinbarungen durch die andere Verhandlungsseite geahndet würden.

Krankenhauszukunftsfonds

Die beabsichtigten Änderungen zeigen, dass die Fristen im Rahmen von KHZG-Verfahren nicht erfüllbar sind. Zurecht werden daher Änderungen vorgenommen, um dem Umstand gerecht zu werden, dass der ursprünglich vorgesehene Zeitplan zur Umsetzung nicht eingehalten werden kann. Aus unserer Sicht sind neben der vorgesehenen Verschiebung der Reifegradmessung sowie der Reduzierung des Controllingaufwands der Behörden weitere Anpassungen erforderlich. So ist eine Anpassung der Frist für Abschlüsse in § 5 Abs. 3a KHG erforderlich. Außerdem kommt es vor, dass im Verlauf des Prozesses Änderungen in der Planung notwendig werden, die im Antrag noch nicht abgebildet sind. Hier fehlt Rechtssicherheit, wie damit umzugehen ist.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden Strafzahlungen eingeführt, die Krankenhäuser zu leisten haben, wenn bestimmte Quoten durch den MD beanstandeter Rechnungen überschritten werden. Zur Verwaltungsvereinfachung für die Krankenkassen, sollen diese Aufschlagszahlungen künftig nicht mehr als Verwaltungsakt ausgewiesen und vollzogen werden, sondern „im Wege der elektronischen Datenverarbeitung“ geltend gemacht werden. Eine Sanktionierung der Krankenhäuser ist nicht notwendig. Auch „im Wege der elektronischen Datenverarbeitung“ entsteht Verwaltungsaufwand zur Ermittlung und Überprüfung der Aufschlagszahlung. Ausweislich der Gesetzesbegründung haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, im Rahmen des Datenaustauschs bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der geltend gemachten Aufschläge diese mit den Krankenkassen auszuräumen. Wir haben große Bedenken, das im Rahmen des Datenaustauschs, der lediglich eine Kommunikationsplattform darstellt, die Möglichkeit besteht, eine Korrektur fehlerhaft berechneter





Aufschläge zu erreichen und sich faktisch gegen die Einbehaltung von Aufschlägen zu wehren.

Änderungsbedarf: Die Aufschlagszahlung (§ 275c Absatz 3 SGB V) ist ersatzlos zu streichen.

Digitale medizinische Versorgung

§ 139e Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Fristen für den Nachweis der Datenschutzanwendungen für die zugelassenen DiGas, die das Bundesamt für Informationstechnik vorlegen muss, werden um 1 Jahr auf den 31. Dezember 2022 verschoben. Damit wird der normativen Kraft des Faktischen Rechnung getragen, da die Frist des 31. Dezember 2021 nicht eingehalten werden konnte. Als im Sinne der Patientensicherheit nicht hinnehmbar erachtet die Caritas, dass zugleich auch die Frist der Hersteller zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz nach § 139e Absatz 11 vom 1. April 2023 um mehr als 1 Jahr auf den 1. August 2024 verschoben wird.

§ 291 Elektronische Gesundheitskarte

Nach § 291 Absatz 3 Satz 2 sind die Krankenkassen verpflichtet, Versicherten auf Verlangen unverzüglich eine eGK mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen. Um dieses Verfahren in Gang zu bringen, regelt der neue Absatz 3a, dass die Krankenkassen bei Ausgabe der eGK mit kontaktloser Schnittstelle die Versicherten über die Möglichkeit der Beantragung einer PIN, den Antragsweg und die Nutzungsmöglichkeiten zu informieren, was begrüßt wird. Nur mittels einer eGK mit kontaktloser Schnittstelle können die wichtigen Anwendungen wie elektronischer Medikationsplan, E-Rezept, elektronische Verordnungen und elektronische Patientenkurzakte genutzt werden. Daher ist dieser Schritt dringend erforderlich.

Allerdings besteht weiterhin die Hürde, dass die Versicherten die Möglichkeit einer eGK mit kontaktloser Schnittstelle gar nicht kennen. Daher sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Versicherten grundsätzlich und nicht nur auf deren Verlangen über die Möglichkeit der Ausgabe einer eGK mit kontaktloser Schnittstelle zu informieren. Für die Senkung dieser Zugangshürde hatte sich der Deutsche Caritasverband bereits mehrfach eingesetzt.





Änderungsbedarf:

In Absatz 3 ist Satz 2 wie folgt zu ändern:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten ~~auf deren Verlangen~~ unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

§§ 291a und b: Versichertenstammdatenmanagement

Mit großem Bedauern nimmt der Deutsche Caritasverband zur Kenntnis, dass die Realisierung der Onlineprüfung der Versichertenstammdaten aufgrund des Fehlens bestimmter Elemente in der technischen Struktur der TI um 3 Jahre nach hinten verschoben werden muss. Solange diese Lücke besteht, kann die eGK weder als Versichertennachweis noch als Bescheinigungsmöglichkeit für die Abrechnung der Leistungen durch die Arztpraxen genutzt werden.

§ 332a bis c: Aufhebung unzulässiger Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sowie für Krankenhäuser und Apotheken

In der Praxis hat sich vielfach gezeigt, dass Anbieter von KIM-Diensten und Konnektoren entgegen den Interoperabilitätsvorgaben der gematik gemäß § 325 Absatz 2 und 3 SGB V bevorzugt Anwender aus dem eigenen Softwarebereich bedienen. Anbieter von Diensten und Komponenten bieten teilweise ihr System nur als Komplettangebot in Kooperation mit bestimmten Primärsystemanbietern an. Einzelne Primäranbieter verlangen dann zudem Anschlussgebühren und regelmäßige Wartungsgebühren, wenn ihre Kunden Komponenten und Dienstes von einem anderen Anbieter nutzen wollen. Dieser Praxis schiebt nun der Referentenentwurf einen Riegel vor, was sehr zu begrüßen ist. Durch die Wahl eines anderen Softwareanbieters dürfen nun keine zusätzlichen direkten oder indirekten Kosten mehr entstehen und die Wahlfreiheit der Anbieter von Komponenten und Diensten zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten wird nicht mehr eingeschränkt. Des Weiteren wird der Wechsel des Primärsystems erleichtert, der erforderlich sein kann, wenn dieses nicht mehr mit den erforderlichen Diensten und Komponenten für neue gesetzliche Pflichten, wie z.B. die Ausstellung einer eVerordnung, erforderlich ist. Folgerichtig wird in § 332c für die zivilrechtlichen Vertragsfolgen geregelt,





dass bei Verträgen mit Primärsystemanbietern, die technische Anforderungen der TI nicht rechtzeitig erfüllen, die Handhabe gegeben wird, eine Änderung des Vertrags zu verlangen, indem die Rechtsfolgen des § 313 Absatz 1 BGB im Sinne einer Vermutungsregelung zugrunde gelegt werden.

Grundsätzlich müssen die Regelungen der §§ 332a bis c auch für die Leistungserbringenden in der Pflege sowie anderen nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen gelten.

§ 340 Ausgabe von elektronischen Heilberufe- und Berufsausweisen sowie von Komponenten von Leistungserbringereinrichtungen

Da die elektronischen Heilberufeausweise SMC-B an Angehörige der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe immer noch nicht ausgestellt sind, verlängert der Gesetzgeber die Frist für die vereinfachte Nachweiseinbringung der Berechtigungen zum Erhalt eines elektronischen Institutionenausweises vom 30. Juni 2022 bis zum 30. Juni 2023. Ursache ist, dass die erforderlichen bestätigenden Stellen für die Ausgabe der SMC-B durch das eGBR immer noch nicht etabliert sind. Der Deutsche Caritasverband kritisiert dieses Säumnis scharf. Um den Druck auf die Etablierung der bestätigenden Stellen aufrechtzuerhalten, sollte die Frist auf das Jahresende 2022 begrenzt werden.

Änderungsbedarf:

In § 240 Absatz 1 Satz 2 ist die Angabe „30. Juni 2022“ durch die Angabe „**31. Dezember 2022**“ zu ersetzen.

§ 342 Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte– pflegerische Daten

Der Deutsche Caritasverband nimmt mit Bedauern zur Kenntnis, dass sich auch die Nutzung der ePA zur Speicherung von Daten zur pflegerischen Versorgung der Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a und c sowie nach dem SGB XI erneut verzögert und vom 1.1.2023 auf den 1.1.2024 verschiebt.

Wiederholt weist der Deutsche Caritasverband auch darauf hin, dass die Daten der pflegerischen Versorgung auch die Leistungen zu § 37a sowie die Haushaltshilfen nach den §§ 38 und 42h SGB V umfassen sollen. Auch sollte die ePA Daten zu den DMP sowie zu den Angeboten der Selbsthilfe sowie für die gesundheitliche





Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g enthalten. § 341 Absatz 2 Nummer 10 ist, um diese Leistungen zu ergänzen.

§ 361a: Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung

Entgegen der Überschrift für den neuen § 361a SGB V, der auf elektronischen Verordnungen insgesamt abstellt, beschränkt sich der Anwendungsbereich des § 361a auf Verordnungen über Arzneimittel. Dies ist erklärungsbedürftig. Diese Angaben dürfen der Einwilligung des Betroffenen und dürfen übermittelt werden an: Hersteller von DiGas, gesetzliche und private Krankenkassen, Apotheken, Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte, sofern sie in einem Behandlungsverhältnis mit den Versicherten stehen. Zu ergänzen sind in dieser Aufzählung auch die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, Leistungserbringende in der Pflege sowie Vertragspsychotherapeut_innen. Die Übermittlung der Daten zwischen behandelnden Vertragsärztinnen und -ärzten wird ausdrücklich begrüßt, denn die Übermittlung von Daten über verordnete Arzneimittel durch den Versicherten an seine Behandelnden in der haus- und fachärztlichen Versorgung ist für ihn von hohem Nutzen und Mehrwert. Dies gilt auch für die Informationen im Falle einer Krankenhausbehandlung oder der Behandlung in einer Reha- und Vorsorgeeinrichtung.

Bezüglich der Übermittlung solcher sensitiven Daten an die Hersteller von DiGas, die im vorliegenden RefE erstaunlicherweise an erster Stelle der Aufzählung nach Absatz 4 stehen, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien entschieden werden kann, dass die Nutzung von Daten über die Arzneimittelversorgung für den bestimmungsgemäßen Gebrauch der DiGA erforderlich ist. Diese Kriterien sind zu benennen bzw. der Zweck ist näherhin zu konkretisieren.

Zu begrüßen ist, wenn der Versicherte Daten an seine Krankenkasse bzw. sein Krankenversicherungsunternehmen übermitteln kann, um schneller entsprechende Leistung bewilligt zu bekommen. Zu unbestimmt ist jedoch, dass die Daten auch zu einem nicht näher spezifizierten Zweck eines individuellen Angebots zur Verbesserung der Versorgung übermittelt werden sollen. Dies ist entweder zu konkretisieren oder zu streichen.





Der Versicherte muss zudem die Möglichkeit erhalten, der Übermittlung der Daten jederzeit widersprechen zu können oder Zeitraum sowie Datenbereich der Leistungsübermittlung zu beschränken. Absatz 7 ist entsprechend zu ergänzen.

Änderungsbedarf

In die Auflistung des Absatzes 4 sind folgende neue Nummern aufzunehmen:

„7. Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, zur Unterstützung der Behandlung

8. Pflegerische Einrichtungen, die den jeweiligen Versicherten versorgen, zur Unterstützung der ärztlichen Versorgung.“

In Nummer 5 sind die Psychotherapeut_innen zu ergänzen.

In Absatz 7 ist folgender Satz anzufügen:

„Versicherte können ihre Einwilligung in die Datenübermittlung nach Absatz 5 Satz 1 jederzeit widerrufen oder auf bestimmte Zeiträume und bestimmte elektronische Verordnungen beschränken“.

Freiburg/Berlin, 18. August 2022

Eva M. Welskop-Deffaa

Präsidentin

Deutscher Caritasverband e.V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Katholischer Krankenhausverband
Deutschlands e.V.

Kontakte

Dr. Elisabeth Fix, Referatsleiterin (Tandemleitung) Politische Kontaktstelle (, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, Elisabeth.Fix@caritas.de

Bernadette Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 030 240 83 68 -10 bernadette.ruemmelin@caritas.de

