

19.02.21**Empfehlungen**
der Ausschüsse

G - AIS - Fz

zu **Punkt ...** der 1001. Sitzung des Bundesrates am 5. März 2021

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

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu – (§ 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 SGB V) und Nummer 4a – neu – (§ 33b – neu – SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nach Nummer 1 ist folgende Nummer 1a einzufügen:

- 1a. § 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

- „3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Übertragungsgeräten und telemedizinischer Infrastruktur zur Durchführung leistungspflichtiger telemedizinischer Behandlungen sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,“ ‘

b) Nach Nummer 4 ist folgende Nummer 4a einzufügen:

,4a. Nach § 33a wird folgender § 33b eingefügt:

„§ 33b

Übertragungsgeräte und telemedizinische Infrastruktur
für telemedizinische Behandlungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten, die als Übertragungsgeräte zur Durchführung von leistungspflichtigen telemedizinischen Behandlungen erforderlich sind, soweit diese Geräte nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind.

(2) Der Anspruch umfasst zusätzlich zur Bereitstellung der Geräte die zu ihrem Einsatz notwendige telemedizinische Infrastruktur, die die telemedizinische Funktionalität gewährleistet, insbesondere IT-bezogene Leistungen zur drahtlosen Datenübertragung oder Datensicherung. Satz 1 gilt entsprechend, soweit die Übertragung mit Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens erfolgt.

(3) Die Hersteller stellen den Versicherten auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer seitens einer Klinikambulanz ausgestellten Verordnung die Übertragungsgeräte nach Absatz 1 und die zu ihrem Einsatz notwendige telemedizinische Infrastruktur nach Absatz 2 zur Verfügung und rechnen die hierfür entstehenden Kosten unmittelbar mit den Krankenkassen ab.“ ‘

Begründung:

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die Selbstverwaltung im GKV-System dazu verpflichtet, die Erbringung von telemedizinischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen und hierfür notwendige Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zu beschließen. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 15. Dezember 2015 wurde als erste telemedizinische Leistung die telemedizinische Funktionsanalyse von implantierten Kardiovertern beziehungsweise Defibrillatoren sowie implantierten Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie in den EBM aufgenommen. Diese Leistung ist seitdem Bestandteil der Regelversorgung im GKV-System.

Allerdings fehlt bis heute eine gesetzliche oder kollektivvertragliche Regelung, die die Erbringung und Abrechnung der erforderlichen Übertragungsgeräte und der zugehörigen telemedizinischen Infrastruktur im Sachleistungssystem der GKV vorsieht. Beides ist erforderlich, damit die vom Implantat empfangenen Daten über ein Mobilfunknetz sicher zum Server des Herstellers übertragen werden und von Vertragsärzten webgestützt ausgewertet werden können. Die bestehende Regelungslücke führt bei Vertragsärzten und Leistungserbringern zu erheblichen Unsicherheiten und gefährdet die regelhafte Versorgung von Versicherten mit entsprechenden telemedizinischen Leistungen.

Die Bedeutung von telemedizinischen Leistungen ist durch die gegenwärtige Coronavirus-Pandemie noch größer geworden, da sie durch eine Kontaktreduzierung das Infektionsrisiko für Patienten wie Ärzte spürbar reduziert. Dies gilt vor allem für Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen, die zur besonders gefährdeten Patientenpopulation gehören.

Die vorgeschlagenen Änderungen sollen gesetzlich sicherstellen, dass die entsprechenden Versicherten bei Bedarf mit den Übertragungsgeräten und der telemedizinischen Infrastruktur ausgestattet werden, die zur Erbringung von solchen telemedizinischen Leistungen erforderlich sind, die zur Regelversorgung in der GKV gehören. Es handelt sich daher um eine Annexregelung, die nicht zu einer Ausweitung der telemedizinischen Behandlungen führt, die von den gesetzlichen Krankenkassen zu bezahlen sind. Der Anspruch der Versicherten ist vielmehr abhängig davon, dass die zugrundeliegende telemedizinische Behandlung zuvor in die Regelversorgung aufgenommen wurde.

2. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa – neu – und Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 75 Absatz 1a Satz 2, Satz 2a – neu –, Satz 2b – neu – und Satz 2c – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

,a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden die Wörter „und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren“ gestrichen.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Vertragsärzte teilen den Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür die Sprechzeiten und die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung gemäß der Richtlinie nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a jeweils begleitend mit den Abrechnungsdaten mit. Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, die ab dem 30. Juni 2021 ihrer Pflicht zur Übermittlung der Angaben nach Satz 2a nicht nachkommen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent zu kürzen; an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, die ihrer Pflicht zur Übermittlung der Angaben nach Satz 2a ab dem 30. September 2021 nicht nachkommen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 2,5 Prozent zu kürzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.“

cc) Nach Satz 3 Nummer 2 ... < ... weiter wie Vorlage ... >

dd) Nach Nummer 2 ... < ... weiter wie Vorlage ... >

ee) Die bisherige ... < ... weiter wie Vorlage ... >

ff) In Satz 4 wird ... < ... weiter wie Vorlage ... >

gg) Folgender Satz wird angefügt:

< ... weiter wie Vorlage ... >

Begründung:

Der § 75 Absatz 1a SGB V verpflichtet bisher die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Sprechzeiten der Vertragsärzte und die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen auf ihren Internetseiten zu informieren. Es besteht jedoch keine Sanktionsmöglichkeiten gegenüber Vertragsärzten, die die entsprechenden Informationen nicht an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln. Dies führt insbesondere hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung zu einer allgemein als unbefriedigend empfundenen Rückmeldequote.

3. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd₁ – neu – (§ 75 Absatz 1a Satz 16a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a ist nach Doppelbuchstabe dd folgender Doppelbuchstabe dd₁ einzufügen:

„dd₁) Nach Satz 16 wird folgender Satz eingefügt:

„Um eine barrierefreie Nutzung des Wartezeiten- und Dispositionsmanagements zu gewährleisten, werden die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen verpflichtet, offene und interoperable Schnittstellen entsprechend der Implementierungsanforderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu nutzen und in ihre Primärsysteme zu integrieren.“ ‘

Begründung:

Die Terminservicestellen vermitteln den Versicherten Informationen zu verfügbaren Terminen bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Derzeit erfolgt allerdings keine strukturierte Erfassung der Termine, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Wege der Videosprechstunde anbieten. Um den Zugang zu einer Versorgung im Wege der Videosprechstunde zu erleichtern, wird in § 75 Absatz 1a SGB V die Möglichkeit für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgesehen, Zeiten, die für eine Leistungserbringung in Form der Videosprechstunde vorgesehen sind, an die Kassenärztlichen Vereinigungen auf freiwilliger Basis zu melden.

Damit das elektronisch gestützte Wartezeiten- beziehungsweise Dispositionsmanagement im Sinne einer patientenorientierten Plattform umfassend implementiert werden kann, müssen die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen dazu verpflichtet werden, ihr systeminternes Terminmanagement durch die verbindliche Nutzung von interoperablen Standardschnittstellen (das heißt von Schnittstellen, die ins Interoperabilitätsverzeichnis „Vesta“ der gematik eingetragen sind) zu öffnen.

Auf diese Weise können die an der vertragsärztlichen / -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Praxen barrierefrei den Terminservicestellen freie Termine anbieten und auf die redundante Terminmitteilung über ein Webinterface verzichten. Hierzu müssen die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen offene und interoperable Schnittstellen entsprechend der Implementierungsanforderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nutzen und in ihre Primärsysteme integrieren. Durch die verpflichtende Nutzung eines über die Telematikinfrastruktur angebotenen Kommunikationsdienstes können auf diese Weise terminbezogene Informationen sicher von den Praxen zu den Terminservicestellen (und umgekehrt) übertragen werden.

Durch den Entfall von Medienbrüchen und die Integration aller zum Terminmanagement notwendigen Informationen und Features in die Oberfläche der Primärsysteme wird zudem ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung in den Praxen geleistet.

4. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd (§ 87 Absatz 2a Satz 19 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd sind in § 87 Absatz 2a Satz 19 nach den Wörtern „gruppentherapeutischen Leistungen“ die Wörter „und psychotherapeutischer Akutbehandlung“ einzufügen.

Begründung:

Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist eine zeitnahe Intervention im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde und dient der Vermeidung von Chronifizierung einer psychischen Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln von akuter Symptomatik zu entlasten. Ein zeitnaher Beginn der Akutbehandlung nach der Vorstellung eines Patienten beziehungsweise einer Patientin in der Sprechstunde ist für diese Behandlungsform daher von ganz besonderer Bedeutung. Die zeitliche Umsetzbarkeit in der Praxis würde sich durch Hereinnahme der psychotherapeutischen Akutbehandlung in die telemedizinischen Angebote erhöhen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe d (§ 139e Absatz 4a SGB V)

Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe d ist zu streichen.

Begründung:

Der Bundesrat erachtet die derzeitige Regelung in § 139e Absatz 4 Satz 1 SGB V, wonach ein Hersteller die Aufnahme einer digitalen Gesundheitsanwendung für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung beantragen kann, wenn ihm ein Nachweis positiver Versorgungseffekte noch nicht möglich ist, als ausreichend.

Einer generellen Verlängerung des Erprobungszeitraums bedarf es nicht, da nach § 139e Absatz 4 Satz 7 SGB V bereits für erfolgversprechende Anwendungen, die den Nachweis nach zwölf Monaten noch nicht erbringen konnten, eine Verlängerung auf weitere zwölf Monate möglich ist.

Der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung kann im ersten Jahr den Preis für die Erstattung selbst bestimmen, danach muss er sich mit dem GKV-Spitzenverband auf einen einheitlichen Preis für seine Anwendung einigen. Bei einer Verlängerung der Frist wäre dies dann für weitere zwölf Monate der Fall.

Es besteht auch die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von 24 Monaten eine digitale Gesundheitsanwendung nutzen, die keine positiven Effekte hat. Die bisherige Regelung der Verlängerung von zwölf auf 24 Monate bei Erfolgsaussicht ist daher auch im Interesse der Patientensicherheit.

6. Zu Artikel 1 Nummer 34 Buchstabe a (§ 316 Absatz 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 ist Nummer 34 Buchstabe a wie folgt zu fassen:

- „a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „1 Euro“ durch die Angabe „1,30 Euro“ ersetzt.“

Begründung:

Mit der Regelung in § 316 Absatz 1 Satz 1 SGB V soll die Beitrags- beziehungsweise Umlagezahlung zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik erhöht werden. Es ist vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen künftig 1,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zahlt. Es handelt sich dabei um eine 50-prozentige Umlagesteigerung. Die Steigerung bedeutet eine Mehrausgabe von circa 28 Millionen Euro für die GKV. Es wird hierzu zwar auch von Einsparungen gesprochen, die den Kosten gegenüberstehen, diese sind aber in der Begründung nicht weiter spezifiziert.

In der Begründung des Gesetzentwurfs werden zwar umfangreichere Gründe aufgeführt. Es fehlen aber detaillierte und nachvollziehbare Angaben, inwieweit die geplanten zusätzlichen Mittel für welche neuen Aufgaben benötigt werden. In Anbetracht steigender Ausgaben und der Finanzierungsdefizite in der GKV bereits in 2021 sollte die Ausgabensparsamkeit im Vordergrund stehen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 316 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Berechnungsgrundlagen für die vorgeschlagene Beitrags- beziehungsweise Umlagezahlung zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik detailliert darzustellen und auszuführen, inwieweit die geplanten zusätzlichen Mittel für die Erfüllung welcher neuen Aufgaben benötigt werden.

8. Zu Artikel 1 Nummer 44 (§ 338 Absatz 1 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 44 ist in § 338 Absatz 1 Satz 1 die Angabe „1. Januar 2022“ durch die Angabe „1. Januar 2023“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Bundesrat begrüßt die beabsichtigte Regelung, dass die Krankenkassen ihren Versicherten barrierefreie Komponenten für stationäre Endgeräte zur Verfügung zu stellen haben, die von der Gesellschaft für Telematik zugelassen sind. Die gesetzte Frist für die Bereitstellung der Komponenten, die Versicherten ein Auslesen von Protokolldaten der elektronischen Patientenakte wie auch das Erteilen von Zugriffsberechtigungen ermöglicht, ist zu früh bemessen.

Als Voraussetzung für die Bereitstellung einer solchen Komponente sind Spezifikationsarbeiten der Gesellschaft für Telematik erforderlich, die zudem eine Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erfordern. Erst im Anschluss können die Krankenkassen in eine Entwicklung der Komponenten einsteigen, die vor der Bereitstellung gemäß der gesetzlichen Vorgabe zusätzlich den Zulassungsprozess bei der Gesellschaft für Telematik durchlaufen muss.

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Beginn zum 1. Januar 2022 wird als nicht realisierbar eingeschätzt, da die Gesellschaft für Telematik die Spezifikationen laut Verordnung zum 1. Januar 2022 bereitstellen soll. Aus diesem Grund soll die Frist um ein Jahr auf den 1. Januar 2023 verlängert werden.

9. Zu Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe b (§ 342 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe d SGB V)

In Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe b ist in § 342 Absatz 2 Nummer 4 der Buchstabe d zu streichen.

Begründung:

Die Versicherten sollen nach § 342 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe d SGB V mittels Sofortnachrichtendiensten mit Leistungserbringern kommunizieren können. Die Einführung einer solchen asymmetrischen Kommunikationsform kann jedoch überzogene Erwartungen seitens der Patientinnen und Patienten an die Reaktionsgeschwindigkeit des Leistungserbringers stellen. Dies könnte insbesondere in unklaren gesundheitlichen (Not)Situationen zu gefährlichen Verzögerungen medizinischer Behandlungen führen, solange kein Anspruch auf eine sofortige Antwort gegenüber dem Leistungserbringer besteht.

10. Zu Artikel 2 (§ 2 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 2 sind in § 2 Absatz 4 Satz 1 die Wörter „bis zum 31. Dezember 2021“ durch die Wörter „innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes“ zu ersetzen.

Begründung:

Die hohe Bedeutung von Telemedizin ist im Rahmen der Gesundheitsversorgung in Deutschland während der Corona Pandemie mehr als deutlich geworden.

Exemplarisch konnte durch Telemedizin das erforderliche und nicht überall verfügbare Expertenwissen in Nordrhein-Westfalen zur Versorgung intensivpflichtiger COVID-19 Patienten über ein digital gestütztes Versorgungsnetzwerk ortsnahe verfügbar gemacht werden. Die zunehmende Bildung von telemedizinischen Netzwerken in Deutschland, welche über viele medizinische Fachbereiche hinweg vorliegt, verdeutlicht den Bedarf der Telekonsile. Mit den beiden umfangreichen Telemedizinprojekten ERIC in Berlin und TELnet@NRW in Münster und Aachen liegen umfangreiche Ergebnisse und Erkenntnisse für das angestrebte Gutachten zu Telekonsilen, welches durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zu erstellen ist, vor.

Eine Verkürzung des Zeitraums auf drei Monate nach Inkrafttreten des DVPMG ist aufgrund der vorliegenden Datenbasis opportun.

11. Zu Artikel 5 Nummer 2a – neu – (§ 7c Absatz 2 Satz 2a – neu –,

Satz 2b – neu – und

Satz 2c – neu – SGB XI)

In Artikel 5 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. In § 7c Absatz 2 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„Die Beratung durch die Pflegestützpunkte kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person durch barrierefreie digitale Angebote ergänzt werden und mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit der eingesetzten digitalen Anwendungen gelten als erfüllt, wenn die Anwendungen die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensi-

cherheit gelten auch bei den digitalen Anwendungen als erfüllt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen bestimmt hat. Erfolgt die Beratung mittels digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine sonstige individuelle Beratung nach diesem Buch unberührt.“ ‘

Begründung:

Die Ergänzung der Beratungsangebote der Pflegekassen um digitale Informationsangebote und -formate sollte auch für die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI gelten. Auf diese Weise kann die Erreichbarkeit weiterer zentraler Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und Angehörige erleichtert und deren Inanspruchnahme erhöht werden.

12. Zu Artikel 5 Nummer 17 (§ 78a SGB XI)

Erprobungsmöglichkeiten digitaler Pflegeanwendungen

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich die Einführung digitaler Pflegeanwendungen und bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob im Sinne eines Gleichlaufs der digitalen Pflegeanwendungen mit den digitalen Gesundheitsanwendungen, im Falle eines anfänglich noch nicht möglichen Nachweises des pflegerischen Nutzens, auch für den Bereich der digitalen Pflegeanwendungen eine Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung für bis zu zwölf Monate zielführend wäre.

Begründung:

Zur Aufnahme digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen in das Verzeichnis beim BfArM ist unter anderem eine positive Nutzenbewertung erforderlich (§ 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V / § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB XI n. F.). Bei digitalen Gesundheitsanwendungen besteht nach § 139e Absatz 4 SGB V, im Falle eines anfänglich noch nicht möglichen positiven Nachweises, grundsätzlich eine zwölfmonatige Erprobungsregelung für digitale Gesundheitsanwendungen und bereits jetzt nach § 139e Absatz 4 Satz 7 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen eine Verlängerung um weitere zwölf Monate. Mit dem neu zu schaffenden Absatz 4a (siehe Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe d, § 139e SGBV) wird darüber hinaus in besonderen Fällen eine 24-monatige Erprobungsfrist geschaffen. Eine zwölfmonatige Erprobungsfrist könnte auch für digitale Pflegeanwendungen sinnvoll sein, wenngleich grundsätzliche Unterschiede zwischen digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen bezüglich der Aufnahme in das Verzeichnis, den Vergü-

tungsvereinbarungen zwischen dem GKV-SV und den Herstellern, sowie zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bestehen. Denn digitale Versorgungsangebote können die pflegerische Betreuung durch professionelle Pflegefachkräfte oder pflegende Angehörige erleichtern und einen längeren Verbleib Pflegebedürftiger in ihrer eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Die Bundesländer fordern seit Jahren ihre stärkere Nutzung/Förderung. Es sollte insbesondere geprüft werden, ob die Erprobungsphase trotz des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung und der dementsprechenden Deckelung des Beitrags der Pflegeversicherung zu digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen nach § 40b SGB XI n. F. einen stärkeren Anreiz für Hersteller digitaler Pflegeanwendungen bieten kann, schneller digitale Pflegeanwendungen zu entwickeln.

13. Zu Artikel 5a – neu – (§ 63 Absatz 3 – neu – SGB XII)

Nach Artikel 5 ist folgender Artikel 5a einzufügen:

„Artikel 5a

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 63 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 43 des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3096) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Die Hilfe zur Pflege umfasst für alle Pflegebedürftigen nach diesem Buch auch digitale Pflegeanwendungen und die ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen. Die §§ 39a, 40a und 40b des Elften Buches finden entsprechende Anwendung.“

2. Absatz 3 wird Absatz 4.‘

Begründung:

Es bedarf zur Anpassung des Leistungskataloges der Hilfe zur Pflege an den Leistungskatalog des SGB XI sowie im Sinne einer Gleichbehandlung von versicherten und nichtversicherten pflegebedürftigen Personen einer entsprechenden Übertragung der neuen Anspruchsgrundlagen zu den digitalen Pflegeanwendungen und der dafür erforderlichen Unterstützung in das 7. Kapitel des SGB XII.

Angesichts der mit diesem Gesetz beabsichtigten zusätzlichen Anspruchsgrundlagen in Bezug auf digitale Pflegeanwendungen wird darauf hingewiesen, dass im SGB XI keine explizite Regelung vorgesehen ist, die diese Leistungen auf das 7. Kapitel des SGB XII – die Hilfe zur Pflege – erstreckt.

Für sozialhilfebedürftige nichtversicherte Pflegebedürftige oder sozialhilfebedürftige pflegebedürftige Personen mit einem höheren Bedarf als den festlegten 50 Euro monatlich (für deren Berechnung im Gesetzentwurf keine Grundlagen benannt werden) werden mit dem Gesetzentwurf auch keine eigenen Anspruchsgrundlagen im SGB XII geschaffen.

Eine inhaltliche Übertragung im Wege der Auslegung vorhandener Normen der Hilfe zur Pflege wird nicht für praktikabel gehalten. Aufgrund der Angleichung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der möglichen Leistungsinhalte zwischen dem SGB XI und dem 7. Kapitel des SGB XII im Zuge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes und Dritten Pflegestärkungsgesetzes ist der Spielraum für eine Anwendung von im SGB XI explizit zusätzlich gewährten Leistungen auf das SGB XII stark eingeschränkt. Dies zeigt auch ein Vergleich mit der zusätzlichen Leistung nach § 38a SGB XI.

Die Ansprüche stehen inhaltlich neben den bisherigen Leistungsinhalten der häuslichen Pflege und der Pflegehilfsmittel. Dies ergibt sich sowohl aus der erforderlichen expliziten Benennung dieser Leistung neben den Leistungen der häuslichen Pflege in den vertraglichen Normen des SGB XI als auch aus der Sichtweise, dass eine ergänzende Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen und die digitalen Pflegeanwendungen selbst den klassischen Bestandteilen der häuslichen Pflege oder der Pflegehilfsmittel nicht zugeordnet werden können. Es handelt sich weder um körperliche Pflegemaßnahmen noch um Hilfen bei der Haushaltsführung oder pflegerische Betreuungsmaßnahmen.

Ein Gleichsetzen der digitalen Pflegeanwendungen mit den bisher bestehenden Pflegehilfsmitteln wird in der Begründung zu Artikel 5 Nummer 11 zu § 40a Absatz 1 SGB XI für die digitalen Pflegeanwendungen gerade ausgeschlossen, weil es sich im Wesentlichen nur um die digitalen Technologien handelt, die auf eigenen Endgeräten der Nutzer und Nutzerinnen betrieben werden oder über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt werden.

Aus einer Einbeziehung der Unterstützungsleistung in die Regelungen des Rahmenvertrages nach § 75 Absatz 2 SGB XI und die Grundsätze der Vergütungsregelung nach § 89 Absatz 1 SGB XI kann ebenfalls noch keine ausreichend direkte Anwendbarkeit und Abrechenbarkeit gegenüber dem Träger der Sozialhilfe generiert werden.

14. Zu Artikel 8 Nummer 2 Buchstabe b (§ 3a Absatz 5 Satz 3 AMVV)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, dafür Sorge zu tragen, dass bei der Abgabe von Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid auf elektronische Verschreibung die Modalitäten der Verschreibung und der Abgabe gleichartig mit denen der Verschreibung auf amtlichem Formblatt sind.

Begründung:

Das amtliche Formblatt zur Verschreibung dieser Arzneimittel wird von der Bundesoberbehörde nur an Ärzte ausgegeben, die ihr gegenüber die in § 3a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 bis 3 AMVV bestimmten Erklärungen abgegeben haben. Bei der elektronischen Verschreibung hingegen müssen gemäß den in § 3a Absatz 5 Satz 3 AMVV vorgesehenen Änderungen diese Erklärungen auf jeder Verschreibung gemacht werden. Damit wären bei elektronischen Verschreibung die Apotheken in der Pflicht sicherzustellen, dass die mit der Abgabe von Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid verbundenen ärztlichen Erklärungen vorliegen, bei der Verordnung auf amtlichem Formblatt läge diese Aufgabe jedoch bei der Bundesoberbehörde.

15. Zu Artikel 19a – neu – (§ 39a – neu – PflBG)

Nach Artikel 19 ist folgender Artikel 19a einzufügen:

**„Artikel 19a
Änderung des Pflegeberufgesetzes**

Nach § 39 des Gesetzes über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das durch Artikel 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird folgender § 39a eingefügt:

**„§ 39a
Hochschulen**

Hochschule im Sinne dieses Teils ist eine staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule oder eine staatliche oder staatlich anerkannte Berufsakademie, die einen Bachelorabschluss verleiht, der dem von Hochschulen verliehenen Bachelorabschluss gleichgestellt ist.“ ‘

Begründung:

Nicht nur der Freistaat Sachsen betreibt sehr leistungsfähige staatliche Berufsakademien ohne Hochschulstatus. Die Berufungsvoraussetzungen für das Lehrpersonal sind identisch mit denen für Fachhochschulen. Die Abschlüsse sind denen der Fachhochschulen gesetzlich gleichgestellt. Die hochschulische Pflegeausbildung, die durch Teil 3 des Pflegeberufgesetzes geregelt wird, sollte daher auch an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Berufsakademie möglich sein, die einen Bachelorabschluss verleiht, der dem von Hochschulen verliehenen Bachelorabschluss gleichgestellt ist. Der Inhalt des Regelungsvorschlags orientiert sich an § 2 Absatz 7 Hebammengesetz.

16. Zu Artikel 20 Satz 1a – neu – (Inkrafttreten)

In Artikel 20 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe d tritt am 1. Juni 2023 in Kraft.“

Begründung:

Mit der Regelung in Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe d soll allen Heilmittelerbringern der Zugriff auf die Daten in der elektronischen Patientenakte ermöglicht werden. Nach Artikel 20 soll diese Regelung am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Dies wird voraussichtlich noch in diesem Jahr sein.

Nach Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe d wären alle Heilmittelerbringer nach § 340 SGB V entsprechend mit elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweisen zur Authentifizierung innerhalb der Telematik-Infrastruktur auszustatten.

Diese Aufgabe wird nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V vom elektronischen Gesundheitsberuferegister (eGBR) als gemeinsame Stelle der Länder übernommen. Das eGBR befindet sich derzeit im Aufbau. Sämtliche Planungen des Sitzlandes Nordrhein-Westfalen beruhen auf den zuletzt durch das Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) im Oktober 2020 getroffenen Regelungen im SGB V. Eine Öffnung des Zugangs zum eGBR über die im PDSG benannten „Start-Berufsgruppen“ (Pflege, Hebammen, Physiotherapeuten) hinaus noch in diesem Jahr birgt die Gefahr, dass das eGBR bereits zum Start von der nicht einkalkulierten Zahl der weiteren Heilmittelerbringer von Anträgen überrollt wird.

Für einen geordneten Start sollte daher an der bisher geplanten stufenweisen Zugangs-Regelung durch einen zeitlich verzögerten Zugang für die weiteren Berufsgruppen festgehalten werden.

Dies kann dadurch herbeigeführt werden, dass das Inkrafttreten der Regelung in Artikel 1 Nummer 52 Buchstabe d bis zum 1. Juni 2023 hinausgezögert wird. Hierdurch gewinnt das Gesundheitsberuferegister die nötige Zeit, um sich auf die Berechtigung aller Heilmittelerbringer zur Antragstellung vorzubereiten.

17. Zum Gesetzentwurf allgemein

Strafbarkeitsregelung für Hersteller digitaler Gesundheits- und zu ergänzender Pflegeanwendungen

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene Strafbarkeit für Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 203 Strafgesetzbuch wiederaufgenommen werden kann und analog um die Strafbarkeit für Hersteller digitaler Pflegeanwendungen ergänzt werden soll.

Begründung:

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen in der Versorgung erhalten. Im Zuge des vorliegenden Gesetzentwurfs sollen digitale Pflegeanwendungen neu eingeführt werden.

Hersteller digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen verarbeiten zur Erbringung ihrer Leistungen besonders schutzbedürftige Gesundheitsdaten. Eine Vergleichbarkeit zu den in § 203 Absatz 1 Nummer 1 und 2 StGB genannten Gesundheitsberufen erscheint gerechtfertigt. Eine Ausweitung der Strafbarkeit auf Angehörige eines Unternehmens, das digitale Gesundheits- oder Pflegeanwendungen herstellt, ist demnach sinnvoll.

B

18. Der **Ausschuss für Arbeit, Integration und Sozialpolitik** und der **Finanzausschuss** empfehlen dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.