

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)

A. Zusammenfassende Bewertung

Die BAGFW bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Der Referentenentwurf sieht viele positive Ansätze zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung vor und stellt wichtige Weichen zur Einführung eines Primärversorgungssystems.

Die BAGFW unterstützt die datengestützte Früherkennung von Gesundheitsrisiken, spricht sich aber dafür aus, dass die entsprechenden Tools erst eingesetzt werden dürfen, wenn sie hinreichend in Reallaboren erprobt sind. Zudem müssen die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet sein, ihre Versicherten bei Erkennung eines Risikos unverzüglich darauf hinzuweisen, ihre/n primärversorgende/n Ärztin/Arzt aufzusuchen, damit Patient_innen beispielsweise bei der Erkennung von Wechselwirkungen von Medikamenten einzelne Medikamente nicht einfach absetzen, wenn sie jedoch für sie lebenswichtig sind.

Generell weist die BAGFW allerdings darauf hin, dass bei einer Nutzung personenbezogener Daten stets das informationelle Selbstbestimmungsrecht als hohes Gut für die Nutzung derart sensibler Daten beachtet werden muss. Ein bloßes Opt-Out anstelle einer aktiven Einwilligung, wie beispielsweise beim künftig automatisch vorgesehenen Eintrag der eAU in die ePA, ist nicht ausreichend.

Nachbesserungsbedarfe sieht die BAGFW zu folgenden Punkten:

Pflegerische Versorgung: Die Verbesserung der Aktualisierung des Medikationsplans, die Verpflichtung der Leistungserbringer, Arzt- und Entlassbrief elektronisch zu versenden und die Einrichtung von Vertreterregelungen, mit der Pflegedienste künftig stellvertretend für die von ihnen versorgten Versicherten Verordnungen managen und weiterleiten dürfen, haben große Potenziale, die pflegerische Versorgung zu verbessern und sind uneingeschränkt zu begrüßen.

- **KIM und TIM:** Die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen sowie Arztpraxen, KIM und TIM als sichere Übermittlungsverfahren zu nutzen, wird begrüßt; es ist allerdings eine Frist für die verpflichtende Nutzung zu setzen. Pflegeeinrichtungen, die diese Dienste nutzen, beklagen immer wieder, dass sie ins Leere kommunizieren, weil der Empfängeradressat trotz Verpflichtung die Dienste nicht nutzt.
- **Fristverschiebung eVerordnungen HKP, AKI und Soziotherapie:** Nicht hinnehmbar allerdings ist, dass sich die Fristen für die Einführung elektronischer Verordnungen für die HKP, AKI und Soziotherapie um teilweise weit mehr als 2 Jahre nach hinten verschieben. Diese Verzögerungen konterkarieren die vielen positiven Ansätze dieses

Referentenentwurfs. Die gematik muss beauftragt werden, die Anwendungen unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

- **Interoperabilitätspflicht:** Die Pflicht zur Interoperabilität muss unbedingt auch auf informationstechnische Systeme zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur pflegerischen Versorgung ausgeweitet werden. Eine Einschränkung auf einzelne Sektoren würde die Interoperabilität im Gesundheitswesen weiter ausbremsen.

Medizinische Versorgung:

- **Vorbereitende Schritte zur Einführung eines Primärversorgungssystems:** Die BAGFW setzt sich sehr für eine Strukturreform der medizinischen Versorgung ein. Ein zukunftsfähiges Primärversorgungssystem darf jedoch nicht arztzentriert gedacht werden, sondern muss stets die pflegerische Versorgung und Versorgung durch Heil- und Hilfsmittelbringer als zentrale weitere Säulen mit in den Blick nehmen. **Digitaler Versorgungseinstieg:** Die Einführung eines neuen Funktionsbereichs in der e-ePA-App zur Buchung von Terminen einschließlich der Schaffung einer Vertreterregelung für Angehörige und Freunde ist sehr zu unterstützen. Dringend zu ergänzen ist, dass dieser Zugang barrierefrei und auch in Leichter Sprache gemäß BITV 2.0 / WCAG auszugestaltet ist. **Digitale Bedarfseinschätzung:** Der Bedarfseinschätzung einschließlich der Dringlichkeit der Behandlung kommt eine entscheidende Rolle in der Primärversorgung zu. Bei der Nutzung des Tools ist auch hier leichte Sprache unverzichtbar. Ebenfalls nachzubessern ist, dass der Ergebnisbericht barrierefrei zur Verfügung stehen muss. Die digitale Bedarfseinschätzung darf nicht zu einer faktischen Zugangshürde werden. Sie muss als unterstützendes Instrument ausgestaltet werden und darf den Zugang zu persönlicher, analoger oder aufsuchender Versorgung nicht ersetzen. Menschen ohne digitale Kompetenzen, ohne Endgerät oder mit Unterstützungsbedarf müssen gleichwertige analoge Zugangswege nutzen können.
- **Gravierendes Manko: Fehlen der pflegerischen Versorgung:** Sehr bedenklich ist, dass bei der digitalen Bedarfseinschätzung der Pflege keine Rolle zugemessen wird, außer dass Pflegefachpersonen ebenso wie MFA die Ersteinschätzung durchführen können sollen, was heute schon der Fall ist. Die Berufsorganisationen und Leistungserbringer der Pflege sind zwingend in den Kreis der bei der Definition von Anforderungen ins Benehmen zu setzenden Organisationen nach § 360b SGB V aufzunehmen. Bei den Zuordnungen zur jeweils geeigneten Versorgungsebene nach Feststellung der Dringlichkeitsstufe ist zwingend zu ergänzen, dass bei Eignung des Versorgungsanlasses auch eine Versorgung durch Pflegefachpersonen möglich ist, und zwar unabhängig von der angesteuerten Versorgungsebene. Die BAGFW weist darauf hin, dass der Pflege in einem künftigen Primärversorgungssystem eine zentrale Rolle als „game changer“ zukommt, etwa durch Community Health Nursing, wie in anderen Ländern längst üblich, wenn unser Gesundheitssystem zukunftsfest ausgestaltet werden soll. Pflegefachpersonen sind häufig diejenigen, die Veränderungen im Gesundheitszustand, beginnende Überforderungssituationen oder drohende Pflegebedürftigkeit frühzeitig erkennen. Ein Primärversorgungssystem, dass diese Perspektive nicht systematisch einbezieht, verschenkt zentrale Potenziale für Prävention, Versorgungskontinuität und Entlastung ärztlicher Strukturen.

Dringender Handlungsbedarf § 301 SGB V zur Sicherung der nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für abhängigkeiterkrankte Menschen:

Nach § 301 Abs. 4 SGB V müssen sich die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen an der elektronischen Datenübermittlung beteiligen. Die zu diesem Zweck überarbeitete Rahmenvereinbarung ist ab 2027 verpflichtend. Gleichzeitig sehen sich Einrichtungen finanziell nicht in der Lage, die für die Installation und den Betrieb notwendige Software zu erwerben. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen bereits von finanziellen Kürzungen und steigenden Betriebskosten betroffen sind. Um die Angebote der ambulanten Suchthilfe nicht zu gefährden, setzt sich die BAGFW daher für einen Ausgleich der Kosten, die den Einrichtungen für technische Ausstattung und Betrieb zur Erfüllung der Verpflichtungen nach § 301 Abs. 4 SGB V entstehen, ein. Die Kosten sind anteilig zwischen GKV und DRV aufzuteilen.

B. Zur Bewertung der Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 25b Absatz 1 Nummer 4: Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen

Eine frühzeitige Erkennung eines drohenden Pflegerisikos kann helfen, diesem durch gezielte Prävention und Gesundheitsförderung, etwa bei kognitiven Beeinträchtigungen oder Mobilitätseinschränkungen, entgegenzuwirken und wird daher ausdrücklich begrüßt. Ebenso unterstützt wird die Erweiterung der Beratungsmöglichkeiten hin zu schwerwiegenden Erkrankungen der in Deutschland häufigsten tödlich verlaufenden Volkskrankheit des Herz-Kreislaufsystems wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Bei der Erkennung drohender Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen, dass Versicherte nicht nur auf ein Risiko hingewiesen werden, sondern niedrighschwellige und konkrete Angebote erhalten. Dazu gehören insbesondere pflegfachliche Beratung, rehabilitative und präventive Angebote sowie sozialräumliche Unterstützungsstrukturen und Strukturen der Selbsthilfe. Für die Versicherten ist zu jedem Zeitpunkt transparent darzustellen, wie und von wem ihre gesundheitsbezogenen Daten verwertet werden.

§ 25b 2 Absatz 2: Neue Rolle der ePA in der Versichertenberatung

Schon bislang konnten die Kassen, auch ohne Einwilligung der Versicherten, ihnen vorliegende Daten für die Erkennung und Information über individuelle Gesundheitsrisiken nutzen. Mit dem Referentenentwurf kommt der ePA die neue Funktion der Beratung und Steuerung der Versicherten durch das System zu. Die Datensouveränität der Versicherten muss aus Sicht der BAGFW zwingend weiter gewahrt bleiben. Dies ist mit der vorgesehenen Einwilligung der Versicherten in die weitere Datennutzung gegeben. Sofern die Versicherten die ePA insgesamt für die Auswertungsprogramme der Krankenkassen freigeben, muss gewährleistet sein, dass sie ihre Entscheidung nach umfassender Aufklärung treffen, ein bloßes Informationsschreiben ist nicht ausreichend.

§ 31a: Medikationsplan

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass der Medikationsplan künftig dem Versicherten ausgehändigt werden muss, bei Nicht-Widerspruch in der ePA abgelegt werden muss und vor allem von allen behandelnden Ärzten bei Änderung der Medikation aktualisiert werden muss. Bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans ist nicht nur den besonderen Belangen von blinden und sehbehinderten Menschen besonders Rechnung zu tragen, sondern allen Menschen mit Beeinträchtigungen, darunter auch den vielen geriatrischen Patient_innen.

§ 33 Absatz 6: DiGA-Bericht

Die Krankenkassen haben in ihren bisherigen DiGA-Berichten nicht nur über das Inanspruchnahme-Verhalten der Versicherten berichtet, sondern auch Patientennutzen und Preisentwicklung transparent und gut verständlich für die Versicherten kommentiert. Aus Sicht der BAGFW gibt es daher keinen Grund, die Berichtspflicht vom GKV-Spitzenverband auf das BMG zu übertragen.

§ 86a i.V. mit § 360a: Einführung der eÜberweisung

Die BAGFW begrüßt die Einführung einer eÜberweisung, die ab dem 1.9.2029 für die Vertragsärzte verpflichtend sein soll, als zentralem Baustein für die Einführung eines Primärversorgungssystems und als Beitrag zu einer schnelleren Behandlung bei dringlichen Fällen.

§ 284 Absätze 5 und 6: Anonymisierung und Weiterverarbeitung von Sozialdaten i.V. mit § 284a Reallabore der Krankenkassen

Gerade vor dem Hintergrund erweiterter Kompetenzen der Kassen, nicht nur Sozialdaten, sondern auch personenbezogene Daten der Versicherten zum Zwecke der Beratung und Früherkennung von Gesundheitsrisiken zu nutzen, ist eine Anonymisierung dieser höchst sensiblen Daten von hoher Relevanz. Für die Versicherten muss daher bei der Einwilligung zu jeder Zeit erkennbar ausgewiesen werden, um welche Daten es sich handelt und bei welchen „anderen Stellen“ ggf. Daten abgerufen werden. Die Regelungen dürfen in der Praxis erst scharf gestellt werden, wenn eine hinreichend erfolgreiche Erprobung der sicheren und datenschutzkonformen Verarbeitung von personenbezogenen Daten in den Reallaboren (§ 284a) sichergestellt ist. In § 284a Absatz 7 sollte für die Genehmigung über Art und Umfang der Datenverarbeitung im Reallabor nicht nur das Interesse der Versicherten an einer datengestützten Versorgung und an der Vertraulichkeit der Informationen maßgebend sein, sondern auch der Patientennutzen. Die Ergebnisberichte nach § 284 Abs. 9 sollten aus Transparenzgründen veröffentlicht werden.

§ 295 Absatz 1c: Verpflichtung aller Leistungserbringenden zum Empfang und Versand elektronischer Brief

Die elektronische Übermittlung von eArzt- und eEntlassbriefen ist für eine gute pflegerische Weiterversorgung von hoher Relevanz; daher wird die Regelung sehr begrüßt. Aus unserer Praxis können wir berichten, dass Pflegeeinrichtungen immer noch beklagen müssen, dass Arztpraxen sich weigern, mit ihnen via KIM zu kommunizieren.

§ 307 Absatz 5: Meldemöglichkeit von Problemen bei Verordnungen, KIM und TIM

Die BAGFW begrüßt die Aufgabenerweiterung der koordinierenden Stelle, Anliegen von Versicherten und Leistungserbringenden im Zusammenhang mit Problemen wie beispielsweise beim Management des eRezepts und anderer Verordnungen oder zu Störungen bei der Kommunikation via KIM und TIM melden zu können.

§ 311 Einführung eines Vergabeverfahrens für die Entwicklung von Komponenten und Diensten der TI i.V. mit §§ 324 Zulassung; § 329 Gefahrenabwehr und Funktionsfähigkeit

Die BAGFW begrüßt den Übergang vom heutigen reinen Marktmodell für die Zulassung von Komponenten und Diensten hin zu einem Vergabeverfahren. In der Vergangenheit haben sich hohe Varianzen in Qualität, Störanfälligkeit einiger Dienste und Anwendungen, insbesondere bei Softwareupdates oder bei der Einführung neuer Hardware, gezeigt. Ein Vergabeverfahren in einem zentralen Beschaffungs- und Bereitstellungssystem kann hier für mehr Sicherheit und

Qualität sorgen. Ausweislich der Begründung kommt der gematik jedoch insbesondere bei den sicheren Übermittlungsverfahren für medizinische und pflegerische Daten ein Ermessensspielraum zu, ob sie am bisherigen Verfahren festhalten möchte oder den Weg der Ausschreibung beschreiten will. Insbesondere für die sicheren Übermittlungsverfahren muss eine lückenlose Struktur- und Prozessqualität gesichert sein. Am geplanten Anhörungsverfahren sind nicht nur die Anbieter der Dienste zu hören, sondern auch die die Dienste nutzenden Leistungserbringenden. In diesem Zusammenhang lehnen wir ab, dass das Zulassungsverfahren nach § 324 Absatz 1 Nummer 4 Satz 2 auch Nebenbestimmungen mit Auflagen zu verbindlichen Erprobungs- und Einführungsphasen vorsieht. Es sollen nur Dienste zugelassen werden, deren Qualität und Stabilität nachweislich gewährleistet ist.

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Hersteller von Primärsystemen mit der Neuregelung des § 329 vom neuen Aufgabenbereich der gematik bei der Gefahrenabwehr und Funktionsgewährung der Systeme ausdrücklich umfasst werden, da in diesem Bereich häufig die Ursache für Störungen und strukturelle, immer wieder Probleme verursachende Schwachstellen liegen.

§ 312 Absatz 5: elektronische Überweisung und Aufgaben der gematik

Die BAGFW begrüßt, dass der Auftrag der gematik für die Sicherstellung der Übermittlung elektronischer Überweisungen ab dem 1. September 2028 auch die Anschlussfähigkeit an das geplante Ersteinschätzungsverfahren und die Terminbuchung über die 116117 sowie andere Anwendungen wie eRezept und die pflegerische Anschlussversorgung umfassen soll.

§ 332a Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme

Die Regelung, nach der Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters unzulässig sind, wird begrüßt. Damit die Umsetzung ihre Wirkung entfalten kann, sind die Anbieter von innerhalb der TI zugelassenen Komponenten daraufhin zu überprüfen. Sollte eine regelhafte Überprüfung bspw. durch eine vom BMG eingerichtete Stelle nicht möglich sein, muss eine Meldestelle für Verdachtsfälle geschaffen werden, zu der Leistungserbringende Hinweise auf Regelverstoß melden können.

§ 339 Absatz 1a neu: Aktualisierung des Medikationsplans bei Einlösung eRezept mittels Token

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass die Aktualisierung des Medikationsplans in der ePA künftig auch für Versicherte möglich sein wird, die ihr eRezept nicht mit der eGK oder ePA-App, sondern mit Token in der Apotheke einlösen. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit.

§ 342a Absätze 4a und b: Unterstützung der Versicherten durch die Ombudsstelle

Die Möglichkeit, dass Ombudsstellen künftig Versicherte bei der Einrichtung von Vertretungen für die Administration ihrer ePA einschließlich des Einstiegs in das digitale Versorgungsmanagement im Rahmen der Primärversorgung unterstützen müssen, stärkt die Patientenrechte erheblich. Auf diese Art und Weise können auch Menschen, die keine digitalen Endgeräte nutzen, Zugang zur ePA und Unterstützung bei der Versorgung durch An- oder Zugehörige, z.B. digitaler Terminbuchung, erhalten. Die jeweils zuständigen Ombudsstellen müssen für die Versicherten unkompliziert auffindbar sein.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt folgender Zusatz eingefügt:
„und informiert ihre Versicherten über deren Erreichbarkeit.“

§ 345a Digitaler Versorgungseinstieg

Die BAGFW begrüßt den digitalen Versorgungseinstieg in das Primärversorgungssystem, indem mittels eines neuen Funktionsbereichs in der ePA-App zur Buchung von Terminen zur Behandlung (in der Praxis und telemedizinisch), im Akutfall sowie zur Ermöglichung einer Vertreterregelung, damit auch Angehörige oder Freunde z.B. Terminbuchungen vornehmen können. Wichtig ist, dass die Bedienung nicht nur technisch einfach gestaltet wird, wie vorgesehen, sondern barrierefrei und in leichter Sprache. Dies ist zu ergänzen.

§ 347: Speicherung der eAU in der ePA

Die BAGFW kritisiert, dass die Ärzte künftig verpflichtet werden sollen, die eAU automatisch in der ePA abzuspeichern, wenn die Patienten nicht widersprechen. Dies wird mit „zunehmendem Speicherwunsch“ der Patient_innen begründet. Es ist nicht ersichtlich, welchen Vorteil die Speicherung einer Arbeitsunfähigkeit den Patient_innen bringen sollte. Die BAGFW regt daher an, auf die Regelung zu verzichten.

§ 350 Absatz 2 Übertragung von bei der Krankenkasse gespeicherten Daten in die elektronische Patientenakte

Absatz 2: Speicherung von Daten der Krankenkassen

Mit der Neuregelung der Übertragung der von Krankenkassen gespeicherten Versichertendaten in die ePA muss gewährleistet bleiben, dass die Versicherten der Übermittlung in diesem fortlaufenden Prozess jederzeit widersprechen können. Diese Möglichkeit ist entfallen und muss wiederaufgenommen werden.

Absatz 5: Barrierefreie digitale Übersicht über Schutzimpfungen

Zur Schließung von Impflücken ist eine Übersicht der Versicherten über bereits erfolgte Schutzimpfungen sehr sinnvoll, jedoch nicht ausreichend. Ergänzt werden in der ePA sollte 1. Eine Erinnerungsfunktion für notwendige Auffrischungsimpfungen, 2. Eine Information über bislang nicht erfolgte, aber von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen. Die Übersicht muss überdies nicht nur barrierefrei sein, sondern auch patientenverständlich und in leichter Sprache; dies ist zu ergänzen.

Absatz 6: Bereitstellung weiterer Anwendungen der Krankenkassen

Die Regelung, dass die Krankenkassen ihren Versicherten auf Basis der Daten über die bei ihnen in Anspruch genommenen Leistungen „weitere Anwendungen“ zur Verfügung stellen können, widerspricht den rechtlichen Anforderungen des Bestimmtheitsgrundsatzes. Da diese Daten in die ePA übermittelt und dort nach vorheriger Information, sofern der Versicherte ihr nicht widersprochen hat, gespeichert werden können, ist es um so essentieller, die Regelung rechtlich zu konkretisieren.

§ 360 Absätze 5 und 6: Neue Fristen für verpflichtende Ausstellung von eHKP, eAKI und eSoziotherapie

Die BAGFW kritisiert die Verschiebung der Fristen für die Ausstellung von elektronischen Verordnungen der HKP vom 1. Juli 2026 auf den 1. September 2028, für die Ausstellung von Verordnungen der AKI vom 1. Juli 2026 auf den 1.4.2031 sowie für die Soziotherapie vom 1. Juli 2027 auf den 1. September 2029 scharf. In allen drei Bereichen bedarf es für eine zügige Versorgung der Versicherten einer funktionsfähigen, schnellen und medienbruchfreien Kommunikationskette vom Ausstellen der Verordnungen in der Arztpraxis über Rückkoppelungsschleifen für Korrekturen zwischen Arztpraxis und Pflegeeinrichtung, über die Versorgung bis hin zur Abrechnung mit den Krankenkassen. Die Gematik muss dafür Sorge tragen, dass die eVerordnungen unverzüglich ins Laufen kommen. Die Fristen sind daher um max. 9 Monate gegenüber der geltenden Gesetzesgrundlage und mithin max. ins erste Halbjahr 2027 zu verlängern. Überdies ist zu ergänzen, dass Psychotherapeut_innen, wie bisher geregelt, auch weiterhin HKP-Verordnungen ausstellen können müssen, dies ist vor allem für das Ausstellen von Verordnungen für die psychiatrische Krankenpflege (PsychHKP) von hoher Relevanz. Mit Blick auf die Soziotherapie ist positiv hervorzuheben, dass der Referentenentwurf eine bislang bestehende Unklarheit adressiert und klarstellt, dass auch Verordnungen der Soziotherapie in die Regelungen zur elektronischen Verordnung und zur Telematikinfrastruktur einbezogen werden sollen. Gleichzeitig ist die Anbindung der Soziotherapeuten zeitnah umzusetzen.

§ 360b: Vereinbarungen über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung

Grundsätzlich ist die Erarbeitung eines digitalen Bedarfseinschätzungsinstrumentes, das Versicherte und Leistungserbringer bei der Bestimmung der geeigneten Versorgungsebene und der Versorgungsdringlichkeit unterstützt, sehr zu begrüßen. Wir beobachten jedoch mit Sorge, dass die angekündigte Einführung eines Primärversorgungssystems mehr und mehr verengt wird auf die Einführung einer solchen digitalen Bedarfseinschätzung und notwendige Strukturreformen, die eine niedrigschwellige multiprofessionelle Primärversorgung ermöglichen, damit hintangestellt werden. Erste Anlaufstelle für gesundheitsbezogenen Anliegen sollten auch zukünftig Praxen u/o Versorgungszentren sein. Digitale Verfahren und Apps können Versicherte bei der Einschätzung des Behandlungsbedarfes unterstützen, sollten diese Strukturen aber nicht ersetzen.

Die Vorstellung, dass allein durch eine digitale Bedarfseinschätzung ein genauer Zeitkorridor bestimmt werden kann, in der die Behandlung erfolgen sollte, ist nicht realistisch. Ob ein Versorgungsanlass für eine telemedizinische Beratung geeignet ist, hängt nicht nur von medizinischen Parametern ab, sondern auch von diversen sozialen bzw. personenabhängigen Faktoren. Dass Hilfesuchende, wenn die digitale Bedarfseinschätzung keinen Behandlungsbedarf ergibt, vollkommen allein gelassen werden und außer den benannten digital zur Verfügung gestellten Informationen zur Selbstversorgung kein Unterstützungsangebot bekommen, lehnt die BAGFW entschieden ab.

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass Pflegefachpersonen in einem zukunftsfähigen Primärversorgungssystem künftig eine tragende Rolle zukommen muss. Dies gilt für beruflich ausgebildete Pflegefachpersonen und nach § 73d SGB V weitergebildete Pflegefachpersonen und perspektivisch für den Einsatz von Community Health Nurses mit entsprechender Qualifikation zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung. Auch heute schon wird die Ersteinschätzung im Krankenhaus durch entsprechend geschultes Pflegefachpersonal vorgenommen. Die BAGFW kritisiert daher scharf, dass der Pflege bei der Definition der Anforderungen an die digitale

Bedarfseinschätzung keinerlei Rolle zugemessen wird. Diese Leerstelle gilt es systematisch in § 360b zu schließen: So müssen die Berufsverbände und maßgeblichen Vereinigungen der Leistungserbringenden in der Pflege in den Kreis der an der Vereinbarung nach Absatz 1 zu beteiligten Organisationen eingebunden werden.

Wesentlich ist, dass es eine bundesweite und einheitliche Erst- und Bedarfseinschätzung gibt, egal, ob sie analog in der Arztpraxis vor Ort, telefonisch oder digital stattfindet. Das Tool muss des Weiteren niedrigschwellig und einfach auffindbar und aufrufbar sein, dies ist in Absatz 2 Satz 2 neben der Diskriminierungs- und Barrierefreiheit zu ergänzen. Positiv ist, dass es mehrsprachig nutzbar sein soll. Zwingend ergänzt werden muss die Nutzbarkeit in leichter Sprache.

Positiv zu bewerten ist, dass auch hier bei der Nutzung ausdrücklich die Vertreterfunktion vorgesehen ist sowie die Unterstützung einer Leistungserbringereinrichtung, wie z.B. eines Pflegedienstes.

Sachgerecht abgebildet sind die Dringlichkeitsstufen (Absatz 2 Nummer 2). Bei der Eignung für die Selbstversorgung durch den Versicherten nach Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe e) handelt es sich jedoch nicht um eine eigenständige Versorgungsebene, sondern diese ist den weiteren Versorgungsformen nach Abs. 2 Nummern 4 und 5 gleichzustellen. Bei der Eignung des Versorgungsanlasses für weitere Versorgungsformen bedarf es zudem dringend einer Ergänzung um die Versorgung durch Pflegefachpersonen, denen in einem multiprofessionellen Primärversorgungssystem eine wesentliche Rolle zukommen muss. Der Ergebnisbericht der digitalen Bedarfseinschätzung muss den Versicherten, die über keine digitalen Endgeräte verfügen, auch analog verfügbar gemacht werden. Die in Absatz 3 Nummer 11 genannte Anforderung der Verständlichkeit sollte auf „Laienverständlichkeit“ hin präzisiert und um Barrierefreiheit ergänzt werden. Bei der Weitergabe des Berichtergebnisses werden auch hier wieder nur „behandelnde Leistungserbringer“ in den Blick genommen, womit die Pflege nicht (rechtsicher) erfasst ist.

Änderungsbedarfe:

In Absatz 1 Satz 4 ist folgende neue Nummer 6 zu ergänzen:

„maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe und der Leistungserbringer der Pflege“.

In Absatz 2 Nummer 2 ist zu ergänzen:

„die digitale Bedarfseinschätzung diskriminierungs- und barrierefreie, in **Leichter Sprache** sowie in verschiedenen Sprachen“.

In Absatz 3 ist in Nummer 1 e) zu ergänzen:

„Laienverständlichkeit, **Barrierefreiheit und Leichte Sprache**“

In Absatz 3 Nummer 3 ist Buchstabe e) zu streichen.

Die Nummern 4 und 5 sind zu ersetzen durch die folgenden neuen Nummern 4 bis 6:

4. der Eignung des Versorgungsanlasses für eine Versorgung durch fachpflegerisches und weiteres nichtärztliches Fachpersonal unabhängig von der angesteuerten Versorgungsebene,
5. der Eignung des Versorgungsanlasses für eine telemedizinische Versorgung und

6. der Eignung für die Selbstversorgung durch den Versicherten, unterstützt durch digitale Beratung und Informationsbereitstellung.

§ 361: Zugriff auf ärztliche Verordnungen für Pflegefachpersonen

Die Erweiterung der Zugriffsregelung auf ärztliche Verordnungen durch Pflegefachpersonal, für die sich die BAGFW lange eingesetzt hat, wird ausdrücklich begrüßt.

§ 361c: Zugriff der Krankenkassen auf Verordnungen von HKP, AKI und Soziotherapie in der Telematikinfrastruktur

Krankenkassen müssen für ihre Leistungsentscheidung sowie für die Abrechnung auf die Verordnungen zugreifen können. Wenn Versicherte eine Beratung wünschen, soll dies selbstverständlich möglich sein. Die Regelung darf jedoch nicht genutzt werden, um Versicherte zu überzeugen, dass eine ärztlich verordnete, medizinisch erforderliche Leistung, die von einem Pflegedienst auszuführen ist, durch sie selbst erbracht werden kann. Durch die Einführung einer eVerordnung muss der Zugriff von Krankenkassen auf die ausgestellten Verordnungen zu Beratungszwecken nicht ausgeweitet werden. Die BAGFW lehnt die Einführung dieses neuen Paragraphen ab.

§§ 363a, 363c: Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren

KIM und TIM werden als die beiden sicheren Übermittlungsverfahren für die Übertragung medizinischer, pflegerischer und funktionsrelevanter Daten über die TI festgelegt. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Krankenkassen nach § 363c Absatz 2 verpflichtet werden, KIM für die Kommunikation mit den Leistungserbringern zu nutzen. In der Praxis berichten die Pflegeeinrichtungen und –dienste immer wieder, dass die Krankenkassen sich weigern, diesen Dienst zu nutzen. Da immer noch nicht alle Pflegeeinrichtungen an die TI angeschlossen werden konnten, wird begrüßt, dass auch alternative Kommunikationswege benutzt werden können.

Das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) hat bei der Konformitätsbewertung von IT-Systemen zu prüfen, dass diese die unterschiedlichen zugelassenen KIM-Dienstkennungen verwenden und bei Versand und Empfang automatisiert zuordnen, gerade auch in der professionsübergreifenden Kommunikation. Sonst ist nicht sichergestellt, dass bei Verwendung eines sicheren Übermittlungsverfahrens der ausgewählte Empfänger die Nachricht überhaupt bemerkt, lesen und verarbeiten kann.

§ 370c Vereinbarung über technische Verfahren zur Nutzung digitaler Terminbuchungsplattformen

Die BAGFW begrüßt, dass für den Einsatz von Terminbuchungsplattformen in der vertragsärztlichen Versorgung endlich gesetzliche Regulierungen eingeführt werden, die Barrierefreiheit und Maßnahmen zur Gewährleistung eines diskriminierungsfreien Zugangs gewährleisten. Denn die bestehenden Terminbuchungssysteme wie doctena und doctolib werden in der Praxis häufig dafür genutzt, Privatversicherte und Selbstzahler gegenüber gesetzlich Versicherten in der Terminvergabe zu bevorzugen. Um diese Lücke zu schließen, ist neben den möglichen Diskriminierungsmerkmalen Alter und Vorerkrankung, oder einer Priorisierung aufgrund vorgenommener Zahlungen an die Terminbuchungsplattform und einer Vergütungsoptimierung in Bezug auf extrabudgetäre Leistungen dringend zu ergänzen, dass das Merkmal „keine Differenzierung nach gesetzlich und privat Versicherten oder Selbstzahlern“ erfolgen darf. Neben der Barrierefreiheit ist auch eine einfache, niedrighschwellige Nutzung zu gewährleisten; dies ist in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 ist in Nummer 2 zu ergänzen “einer vergütungsorientierten **oder am Versicherungsstatus orientierten** Terminvergabe”.

§ 386a Interoperabilitätspflicht

Die Interoperabilitätspflicht für Hersteller informationstechnischer Systeme ist aus Sicht der BAGFW sehr zu begrüßen. Es bedarf jedoch einer Klarstellung, dass auch informationstechnische Systeme zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur pflegerischen Versorgung der gleichen Pflicht unterliegen. Eine Einschränkung auf einzelne Sektoren würde die Interoperabilität im Gesundheitswesen weiter ausbremsen. Die Pflicht zur Interoperabilität muss unbedingt auch auf informationstechnische Systeme zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur pflegerischen Versorgung ausgeweitet werden. Diese müssen hierzu in die Liste der Systeme nach Anlage 1 der IOP Governance-Verordnung (GIGV) aufgenommen werden.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 106c i.V. mit § 363aff. SGB V; 106d: Einbindung der Medizinischen Dienste in die TI

Aufgrund ihres Zusammenhangs werden § 106c und § 106d gemeinsam kommentiert. Der Medizinische Dienst wird verpflichtet, sich an die TI anzuschließen und sichere Übermittlungsverfahren für die gegenseitige Datenübermittlung zwischen MD und den Pflegekassen zu nutzen. Nicht nachvollziehbar ist allerdings die Regelung, wonach die Nutzung der sicheren Datenübermittlungsverfahren nur gelten soll, sofern der jeweiligen Medizinische Dienst und die Pflegekasse an die TI angebunden ist. Diese Einschränkung ist nicht nachvollziehbar, da die Pflegekassen an die TI bereits angeschlossen sind. Diesen Widerspruch gilt es aufzulösen.

C. Ergänzender Regelungsbedarf

Einführung einer zentralen Datenplattform für die Kommunikation zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in der Pflege

Die BAGFW setzt sich zur Entbürokratisierung in der Pflege seit langem für die Einführung einer einzigen zentralen digitalen Plattform ein, bei der sich Einrichtungen nach dem Prinzip „once only“ nur einmal, statt wie bislang dreimal allein nur für die Zwecke der Qualitätssicherung registrieren müssen: erstens, bei der DCS für Qualitätsdarstellungen, Transparenzberichte und Übermittlung der Prüfergebnisse an die Veröffentlichungsplattformen der Pflegekassen, zweitens, bei der DAS Pflege/Datenauswertungsstelle für die Eingabe der Indikatoren sowie Plausibilisierung und drittens, beim QPR-Portal für die Prüfberichte, welche jedoch nicht flächendeckend angeboten wird und also Prüfberichte teilweise noch per Post versandt werden.

Der Mehraufwand entsteht vor allem deshalb, weil die Kommunikations- und Übertragungswege nicht einheitlich gestaltet und nicht aufeinander abgestimmt sind. Die Lösung besteht daher darin, ein zentrales Pflege-Portal zu etablieren, an das perspektivisch weitere Akteure wie z.B. Heimaufsichtsbehörden oder andere ordnungsrechtliche Prüfbehörden angebunden werden.

Letztere Funktion wäre sehr wichtig, um endlich effektiv Doppel- und Mehrfachprüfungen effektiv zu begegnen. Die Landesverbände der Pflegekassen könnten auf diesem Wege auch ihre Maßgabenbescheide für die Qualitätsauflagen übermitteln. Perspektivisch könnten auch sämtliche Meldepflichten und Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen über dieses Portal administriert werden.

Sicherung der nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für abhängigkeiterkrankte Menschen

In ca. 250 ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeiterkrankte Menschen erbracht. Die auch als „ARS-Einrichtungen“ bezeichneten Einrichtungen werden zu ca. 90% von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung belegt, zu ca. 10% von den gesetzlichen Krankenkassen. Es handelt sich um kleine Einrichtungen, sie sind regional verankert und vernetzt und werden überwiegend von frei-gemeinnützigen Trägern betrieben. Neben den rehabilitativen Leistungen gehören die Beratung, die Vermittlung und auch die Begleitung von Menschen zum Aufgabenprofil.

Nach § 301 Abs. 4 SGB V müssen sie sich an der elektronischen Datenübermittlung beteiligen. Dies auch die Voraussetzung für zukünftige Verträge und die Belegung durch die Leistungsträger. Leistungsträger und -erbringer haben ihre Rahmenvereinbarung zur Datenübermittlung überarbeitet und in anschließenden Umsetzungsgesprächen konsentiert, dass diese Verpflichtung ab dem Jahr 2027 umgesetzt wird. Die Einrichtungen und ihre Träger sind, nicht in der Lage, die für die Installation und den Betrieb notwendige Software zu erwerben. Hinzu kommt, dass viele Einrichtungen bereits von finanziellen Kürzungen und steigenden Betriebskosten betroffen sind. Die finanziellen Spielräume sind weitgehend ausgeschöpft, sodass zusätzliche Investitionen faktisch nicht leistbar sind und teilweise bereits Angebote reduziert werden müssen; die geplanten zusätzlichen Anforderungen würden diese Entwicklung weiter verschärfen. Ein Rückgang dieser Angebote würde Versorgungslücken vergrößern, Prävention und Frühintervention erschweren und – entgegen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ – zu späteren Behandlungszugängen, mehr chronischen Verläufen und höheren Folgekosten führen. Die Stärke der Suchthilfe – niedrigschwellige, wohnortnahe und kosteneffiziente Versorgung – wäre damit in ihrem Kern gefährdet.

Die Träger sehen sich in ihrer Existenz bedroht. Die Leistungsträger sehen sich nicht in der rechtlichen Verpflichtung zur Refinanzierung technischen Voraussetzungen für die Datenübermittlung. Ob es dennoch zu einem, wenn auch nur geringfügigen, Vergütungszuschlag kommt, ist sehr ungewiss.

Vor diesem Hintergrund wird folgender Vorschlag gemacht:

Nach § 301a SGB V wird der neue § 301b SGB V eingefügt.

§ 301b SGB V Finanzierung der den nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen (ARS-Einrichtungen) entstehenden Kosten für die elektronische Datenübertragung nach § 301 Abs. 4 SGB V

1. Die nicht ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c Absatz 1 der gesetzlichen Krankenkassen oder nach den §§ 15, 15a SGB VI mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, erhalten ab dem 1. Januar 2027 einen Ausgleich für die Kosten, die ihnen für technische Ausstattung und Betrieb zur Erfüllung der Verpflichtungen nach § 301 Abs. 4 SGB V entstehen.
2. Das Nähere zum Ausgleich der Kosten nach Absatz 1 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen und die für die Erbringer von Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bis zum 1. November 2026.
3. Über die Aufteilung der Kosten zwischen den Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung treffen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund eine gesonderte Vereinbarung bis zum 1. Januar 2027.

Berlin, 18.05.2026

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schulz
Geschäftsführerin

Kontakte:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Anja Remmert (anja.remmert@diakonie.de)