

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation
und Anwendungen im Gesundheitswesen**

Referentenentwurf

Berlin, 10. Februar 2015

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Grundsätzliche Bewertung

In Deutschland werden von den ca. 2,5 Mio. pflegebedürftigen Menschen 743.000 Personen in vollstationären Pflegeheimen gepflegt. Bei 576.000 Personen helfen ambulante Pflegedienste den Angehörigen bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Die ambulante und stationäre Pflege ist in der Versorgung von chronisch und Langzeitkranken Menschen damit auch von zentraler Bedeutung für das Gesundheitswesen. Dabei kommen in den Pflegeunternehmen bereits heute sehr verbreitet moderne IT-Technologien zum Einsatz, sei es in der Pflege- und Einsatzplanung, bei der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und behandelnden Ärzten oder auch bei der Abrechnung der Pflegeunternehmen mit den Kranken- und Pflegekassen. **Grundsätzlich begrüßt der bpa daher das Anliegen des Bundesgesetzgebers, mit einem sog. eHealth-Gesetz elektronische Kommunikationsverfahren in der Gesundheitsversorgung und Anwendungen im Gesundheitswesen zu fördern und eine sichere Telematikinfrastruktur aufzubauen. Dabei sollte der Zugang generell nicht nur für ärztliche Leistungserbringer, sondern insbesondere auch für die nicht-approbierte Pflegeberufe gewährleistet werden.**

Die nach der Gesetzesbegründung mögliche Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollte nicht nur perspektivisch ein Ziel bleiben, sondern muss schon mit Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen. Denn das Gesetz kann nur Erfolg haben, wenn eine weitgehende sektorenübergreifende Vernetzung aller beteiligten Akteure aus der Medizin, Pflege und weiteren Gesundheitsdienstleistungen stattfindet. Die nötigen Verbesserungen des Entwurfes zum eHealth-Gesetz umfassen aus Sicht des bpa daher insbesondere folgende Punkte:

- **Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zur Annahme von elektronischen Leistungsabrechnungen sowie Verzicht auf Vorlage von Urbelegen und Leistungsnachweisen**
- **Gleichberechtigter Zugriff auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur auch für zugelassene Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Pflege**
- **Einbindung der zugelassenen Pflegeanbieter bei der neuen Regelung zum Medikationsplan**
- **Einbindung der zugelassenen Pflegeanbieter bei den neuen Regelungen zum elektronischen Entlassbrief**
- **Integration von offenen Schnittstellen in die IT-Systeme der Pflege**
- **Erweiterung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen zum sektorenübergreifenden Austausch von Wunddokumentation.**

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

1. § 31a SGB V

Medikationsplan auch für Leistungserbringer in der Pflege zugänglich machen

Der Medikationsplan nach § 31a SGB V muss auch für die versorgenden Pflegeeinrichtungen zugänglich gemacht werden.

Etwa zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen sind multimorbid und benötigen täglich eine erhebliche Anzahl von Medikamenten. Ein ausgearbeiteter ärztlicher Medikationsplan mit Anwendungshinweisen ist, sofern die Leistung der Medikamentenverabreichung an die Pflegeeinrichtung delegiert wird, für die fachgerechte Pflege regelmäßig erforderlich. Das Vorliegen eines Medikationsplanes ist einerseits Leistungsvoraussetzung und andererseits zur Erhöhung der Patientensicherheit und Unterstützung der compliance erforderlich. Zugleich wird die Kommunikation der Pflegekräfte mit den Ärzten unterstützt. Die von unterschiedlichen Ärzten verordneten Medikamente werden ebenso wie potentielle Wechselwirkungen transparent. Darauf kann dann wiederum bei der Krankenbeobachtung abgestellt werden, was den Pflegeprozess nachhaltig determiniert.

Es entspricht dabei auch der Versorgungsrealität, dass Pflegedienste und Einrichtungen oftmals mühsam den Arzt oder das Krankenhaus kontaktieren und um einen Medikationsplan bitten müssen, was erheblichen Aufwand mit sich bringt. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind hiermit oftmals überfordert. So sind die Pflegekräfte häufig die einzigen

Bezugspersonen für die älteren alleinlebenden oder in einer stationären Pflegeeinrichtung befindlichen multimorbiden und erheblich pflegebedürftigen sowie häufig auch kognitiv beeinträchtigten Menschen. Damit nehmen die Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte die zentrale Rolle in der medizinisch pflegerischen Versorgung des hier im Fokus stehenden Personenkreises ein. Zudem werden die Medikationspläne häufig auch von den Krankenkassen als Nachweis für die Leistungsgenehmigung und deren Durchführung verlangt.

Bei der Regelung zum Medikationsplan ist daher zu berücksichtigen, dass dieser nicht nur den Patienten, sondern auch den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten regelmäßig zur Verfügung gestellt wird bzw. von diesen eingesehen werden kann. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Pflegekräfte die Verabreichung der Medikamente übernehmen, diese überwachen, eine nach Gefahrenneigung und Wechselwirkung erforderliche Krankenbeobachtung durchführen und ggf. dem Arzt die notwendigen Informationen gibt, um Nebenwirkungen und unerwünschte Wechselwirkungen sowie eine Überdosierung auszuschließen. Ähnliches gilt für das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus.

2. § 63 und § 67 SGB V

Modellvorhaben für sektorenübergreifenden Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen

In der Pflege ist ein möglichst engmaschiger und sektorenübergreifender Informationsaustausch von Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Apotheken erforderlich, um die oft immobilen und multimorbiden Patienten bedarfs- und fachgerecht und zugleich effektiv und effizient versorgen zu können. Krankheit und Behinderung sind die Ursachen für eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige Menschen sind daher in aller Regel chronisch sowie multimorbid erkrankt. Nahezu die Hälfte dieses Personenkreises leidet an kognitiven Beeinträchtigungen und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die ca. 2,8 Millionen pflegebedürftigen Menschen sind häufig auf regelmäßige Arztkontakte und eine kontinuierliche ärztlich delegierte Behandlungspflege durch die Pflegekräfte der Pflegedienste oder Einrichtungen angewiesen. Voraussetzung dieses erforderlichen Zusammenwirkens ist eine effektive und effiziente Kommunikation dieser beteiligten Berufsgruppen. Der Pflegefachkräfte- sowie Ärztemangel, insbesondere in ländlichen Bereichen, führt dazu, dass neben der notwendigen Kommunikation eine technologische Weiterentwicklung erforderlich ist, welche die Voraussetzungen für diesen Informationsaustausch sicherstellt und Perspektiven für zukünftige Versorgungsmodelle der von Unterversorgung bedrohten Regionen bietet. Auch hierfür sollte eine Telematikinfrastruktur mit weiteren Anwendungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

Um den Nutzen und die Leistungsmöglichkeiten solcher Versorgungsangebote erproben zu können wären Modellversuche nach § 63 und § 67 SGB V erforderlich, um beispielsweise Wundheilungsverläufe fototechnisch zu dokumentieren und auf zentralen Einrichtungen der Telematik für alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Akteure einsehbar zu machen und diese Verfahren aus der Praxis auf eine geordnete rechtliche Grundlage zu stellen.

3. § 87 und § 303 SGB V

Elektronische Abrechnung in der häuslichen Krankenpflege erleichtern – Bürokratie reduzieren!

Der Referentenentwurf sieht in § 87 Abs. 1 Satz 6 SGB V die Prüfung der Umstellung der papiergebundenen Verfahren in der kassenärztlichen Versorgung auf elektronische Kommunikationsverfahren vor.

Hier plädiert der bpa nachdrücklich dafür, im eHealth-Gesetz endlich auch die Umsetzung des elektronischen Datenträgeraustausches (DTA) im Rahmen der Leistungsabrechnung zwischen den Pflegeunternehmen und den Kranken- und Pflegekassen zu verbessern. Bisher ist der Datenträgeraustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Kranken- bzw. Pflegekassen und insbesondere die Abrechnung der Leistungen mit viel Bürokratie und aufwendigen Dokumentationspflichten verbunden.

Die doppelte Einreichung von Abrechnungsunterlagen – einerseits elektronisch und andererseits auf Papier – ist widersinnig, sehr aufwendig und muss daher unbedingt beendet werden!

Konkret fordert der bpa eine Ergänzung des § 303 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V in dem Sinne, dass

- 1.) für Urbelege und Genehmigungsschreiben, die den Kassen bereits aus dem Genehmigungsverfahren vorliegen, keine erneute Übersendung an diese im Rahmen des DTA erforderlich ist,**
- 2.) insbesondere für Leistungsnachweise eine ausschließlich elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Übermittlung auf Datenträgern an die Krankenkassen ausreicht und**
- 3.) für Krankenkassen, die nicht bis zum 1.1.2016 den elektronischen Datenaustausch mit den Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege umgesetzt haben, ein Aufschlag von 5 % auf die Rechnungen fällig werden soll.**

Dies entspricht der bisher allein für die Leistungserbringer geltenden Regelung aus § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V, die einen Abschlag von 5 % vorsieht, wenn der Leistungserbringer den nicht elektronischen Datenträgeraustausch zu verantworten hat. Hier muss das gleiche Recht auch auf die Krankenkassen Anwendung finden. Zugleich muss zwingend festgelegt werden, dass mit Einführung des elektronischen Datenträgeraustauschs jede Form von Papierrechnung entfallen muss.

Bereits im Jahr 1992 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Krankenkassen verpflichtet, künftig nur noch dann Leistungen zu vergüten, wenn die entsprechende Abrechnung auf „maschinenlesbaren oder maschinell verwertbaren Datenträgern“ erfolgt. Viele Kranken- und Pflegekassen setzen diese Verpflichtung jedoch weder im SGB V noch im SGB XI um. Im Gegenteil – sie erschweren das Verfahren, indem sie von den über 13 000 Pflegediensten neben den elektronischen Nachweisen zusätzlich eine Versendung der „Urbelege“ per Post verlangen. Rechnungen müssen ebenfalls per Post verschickt werden, obwohl diese bereits über den DTA übermittelt wurden. Eine gesetzliche Grundlage für diese Forderungen gibt es nicht.

Es handelt sich schlicht um tradierte Verwaltungspraxis der Kassen. Dies führt zu doppelter Arbeit und unnötigem Aufwand – auch bei den Kassen – statt zu der gewünschten und dringend notwendigen Entbürokratisierung. Das Nachsehen haben die Pflegekräfte und in Folge der bürokratischen Aufwände alle Kostenträger und die Patienten.

Das darüber hinaus bestehende Problem der Anforderung von Papierunterlagen im Zusammenhang mit den Abrechnungen der häuslichen Krankenpflege, insbesondere der elektronischen Übermittlung des sog. „Leistungsnachweises“, wurde über die geänderte Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V vom 10.12.2013 gelöst. In dieser wurde die Doppelinreichung von Unterlagen der Leistungserbringer bei den Krankenkassen ausgeschlossen. Das bedeutet konkret, dass alle Unterlagen, die der Krankenkasse bereits einmal vorgelegen haben, seit dem 01.09.2014 nicht mehr erneut, auch nicht bei dem Abrechnungszentrum der Kasse, eingereicht werden müssen. Damit soll die Mehrfachübersendung von Unterlagen, die der Krankenkasse bereits vorliegen, wie ärztliche Verordnungen oder Genehmigungsschreiben, ausgeschlossen werden. Trotz dieser Bundesrahmenempfehlung gibt es leider noch immer viele Kassen, die sich nicht an die Vorgaben halten und weiterhin an einer Übermittlung der Unterlagen auf dem Postwege festhalten.

Als einzige dem bpa bekannte positive Ausnahme hat die AOK Sachsen-Anhalt im aktuellen Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132a SGB V zur Erbringung von Häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe vom 20.10.2014 mit den Leistungserbringern vereinbart, dass Leistungsnach-

weise elektronisch erstellt werden können und der Krankenkasse nur auf Anforderung vorzulegen sind, gleichwohl aber jederzeit bei dem Pflegedienst kontrolliert werden können. Dies erspart beiden Seiten erheblichen Aufwand.

Der vorliegende Gesetzentwurf des sog. eHealth-Gesetzes bietet unserer Ansicht nach den passenden Rahmen, um hier endlich zu einer bundesweiten Lösung zu kommen und die Umsetzung voranzutreiben.

Der bpa hat daher folgenden Änderungsvorschlag entwickelt:

Änderungsvorschlag (Änderungen fett hervorgehoben)

Der § 303 Abs. 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, dass

- 1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,*
- 2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen*

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

Ab dem 1. Januar 2016 müssen Abrechnungsunterlagen, die den Krankenkassen oder von diesen bestimmten externen Dienstleistern bereits vorgelegen haben (insbesondere Urbelege und Genehmigungsschreiben), den Krankenkassen nicht erneut zur Abrechnung vorgelegt werden. Leistungsnachweise der Leistungserbringer sind den Krankenkassen nur auf deren besondere Anforderung vorzulegen oder vor Ort beim Pflegedienst zu prüfen. Dabei sind auch Dateien und Ausdrucke solcher Leistungsnachweise für die Abrechnung anzuerkennen, die von den Leistungserbringern mittels elektronischer Datenverarbeitung erstellt wurden, sofern sie den Anforderungen an eine Personalidentifikation genügen.“

Der § 303 Abs. 3 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(3) Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rech-

nungsbetrages in Rechnung zu stellen. **Kann die elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Datenübermittlung durch die Leistungserbringer nicht erfolgen, weil die Krankenkassen stattdessen oder zusätzlich papiergebundene Abrechnungsunterlagen anfordern, haben die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2016 die mit der Erstellung und Übersendung der papiergebundenen Abrechnungsunterlagen verbundenen Zusatzkosten dem betroffenen Leistungserbringer durch einen pauschalen Rechnungsaufschlag in Höhe von bis zu 5 von Hundert des jeweiligen Rechnungsbetrages zu erstatten.** Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.“

4. § 291a Abs. 7 und § 291b Abs. 1 und 1b SGB V Telematikinfrastruktur und Anwendungsbereiche in der Pflege

Die Telematikinfrastruktur soll nach § 291a Abs. 7 Satz 1 SGB V ausschließlich vom GKV-Spitzenverband, der KBV, der KZBV, der DKG sowie den Apothekerverbänden geschaffen werden. Über die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus soll die Telematikinfrastruktur nach Satz 3 der Vorschrift dann für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens verwendet werden können.

Hier warnt der bpa davor, die übrigen Leistungserbringer, insbesondere die der Pflege, als nachrangig bei der Umsetzung und dem Zugang zu den Daten und Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu behandeln. Denn die Pflegeeinrichtungen und die Pflegedienste stellen die wesentliche Schnittstelle in der Versorgung der Patienten dar. Vor allem die unmittelbar an der Pflege beteiligten Akteure sind auf einen engen Informationsaustausch untereinander – auch sektorenübergreifend – angewiesen, um einerseits überhaupt die ärztlich delegierte Leistung erbringen zu können und andererseits eine bestmögliche Pflege zu erbringen.

Hier müssen deshalb die Belange der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste sowohl bei Schaffung der Telematikinfrastruktur als auch bei weiteren elektronischen Anwendungen ausreichend Berücksichtigung finden. Im § 291a Abs. 7 Satz 1 SGB V ist daher bei Schaffung der Telematikinfrastruktur eine angemessene Berücksichtigung der Leistungserbringerverbände der Pflege vorzusehen.

Auch der § 291b Abs. 1 SGB V spricht lediglich von „zugriffsberechtigten Ärzten“, obwohl gerade die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste ebenfalls diese Daten für ihre Pflegeprozessgestaltung benötigen.

Der Grundsatz der diskriminierungsfreien Nutzung der Telematikinfrastruktur wird vom bpa zwar begrüßt, jedoch wird dieser Grundsatz nach dem

derzeitigen Entwurf insbesondere für die Pflege noch nicht ausreichend umgesetzt.

5. § 291d SGB V

Integration von offenen Schnittstellen in die IT der Pflege

Auch in die informationstechnischen Systeme von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden, sollten so bald wie möglich die offenen Schnittstellen integriert werden, die einen uneingeschränkten Datenaustausch zwischen den Systemen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser ermöglichen. Dies wäre die notwendige Konsequenz einer Einbeziehung der Pflege und Voraussetzung einer Interoperabilität auch für diesen Leistungsbereich.

6. § 291f und § 291g SGB V

Elektronischer Entlassbrief muss auch für die Pflege einsehbar sein

Bisher soll der geplante sog. elektronische Entlassbrief nach § 291f und § 291g SGB V mit den Angaben zu Diagnosen, Befunden, Therapiemaßnahmen, Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, Entlassungsgrund und angezeigten Rehabilitationsmaßnahmen neben dem Patienten ausschließlich einem von diesen benannten Vertragsarzt zur Verfügung gestellt werden. Der bpa plädiert hier dafür, auch den Entlassbrief im Sinne eines versorgungsbereichsübergreifenden Informationsaustausches genauso den Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zur Verfügung zu stellen. Behandlungspflegerische Maßnahmen können von diesen nur mit einem möglichst engen Informationsaustausch erbracht werden.

Abschließend weist der bpa darauf hin, dass es nicht ausreichen dürfte, neben den ärztlichen Leistungserbringern und Krankenhäusern regelmäßig nur die Heil- und Hilfsmittelversorger im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Telematikinfrastruktur zu berücksichtigen. Mit diesen hat der bpa seine Position zum Referentenentwurf ebenfalls in die Stellungnahme eingebracht. Die Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege sind aber zentraler Teil der Versorgungsstruktur für kranke und pflegebedürftige Menschen. Entsprechend müssen sie in das Gesetzgebungsverfahren einbezogen werden.