

Stellungnahme des Verbands Digitale Gesundheit für ein “Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs- Gesetz” (DVPMG)

ERGEBNISSE EINER MULTIDISZIPLINÄREN UND
ÜBERSEKTORALEN ARBEITSGRUPPE

Verband digitale Gesundheit (VdigG)

% Medlegal

Großer Burstah 42

20457 Hamburg

Inhalt

1. Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | <i>Vorbemerkungen</i> | 3 |
| 2 | <i>Kommentierung zum Thema Videosprechstunde</i> | 4 |
| 2.1 | Finanzierung, Flexibilisierung und Leistungsbegrenzung..... | 4 |
| 2.2 | Weiterentwicklung der Terminservicestellen und Stärkung von Aufklärung und Gesundheitskompetenz | 4 |
| 2.3 | Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in der ausschließlichen Fernbehandlung | 4 |
| 2.4 | Erweiterung der Videosprechstunde auf Heilmittelerbringer und Hebammen | 5 |
| 2.5 | Kontinuierliche Therapiebegleitung..... | 5 |
| 2.6 | Telemonitoring in DMPs stärken | 5 |
| 2.7 | Breitbandversorgung nicht aus dem Blick verlieren | 5 |
| 3 | <i>Kommentierung zum Thema DiGA</i> | 7 |
| 3.1 | DiGAs als fester Versorgungsbestandteil | 7 |
| 3.2 | DiGAs als Versorgungsgestalter und Berufsgeheimnisträger..... | 7 |
| 3.3 | DiGAs als Identitätsmanager | 7 |
| 3.4 | Verordnung und Abrechnung – der “Game Changer”?! | 8 |
| 3.5 | Digitale Forschung ermöglichen | 8 |
| 4 | <i>Kommentierung zum Thema DiPA</i> | 10 |
| 4.1 | Struktur- und Prozessverbesserungen für den Bewertungsprozess berücksichtigen | 10 |
| 4.2 | Strukturen nutzen und Schnittstellenprobleme vermeiden | 10 |
| 4.3 | Finanzierung über DiPA Budget | 11 |
| 4.4 | Leistungsanspruch auf betreuende Personen erweitern..... | 11 |
| 4.5 | Information der Anspruchsberechtigten sicherstellen..... | 11 |
| 4.6 | Einweisung von Pflegeversicherten und pflegenden Angehörigen | 11 |
| 4.7 | Digitalaffinität der Leistungserbringer erhöhen | 11 |
| 5 | <i>Kommentierung zum Thema ePA</i> | 12 |
| 5.1 | Nutzerfreundlichkeit ePA..... | 12 |
| 5.2 | Leichtere Registrierung/Anmeldung (z.B. Videoident und OpenID Connect) | 12 |
| 5.3 | Intuitives Rechtemanagement | 12 |
| 5.4 | Zentrale digitale Anlaufstellen ermöglichen..... | 13 |
| 5.5 | Automatisierten Datenaustausch zwischen ePA und anderen Apps ermöglichen..... | 13 |
| 6 | <i>Zusammenfassung</i> | 14 |

1 Vorbemerkungen

Der Verband digitale Gesundheit (VdigG) versteht sich als unabhängiger Think Tank zur Förderung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Der Verband hat das Ziel, ein Umfeld zu erzeugen, in dem digitale Innovationen in der Gesundheitsbranche zeitnah Einzug halten. Der Think Tank sieht seine Unabhängigkeit als großen Vorteil in der Debatte um die besten Wege für die Digitalisierung des Gesundheitswesens, denn er versteht sich dem Interesse verpflichtet, mit digitalen Instrumenten die besten Lösungen in der Versorgung zu ermöglichen und dient keiner bestimmten Branche als Sprachrohr.

Spätestens seit der Corona-Krise ist allen Akteuren des deutschen Gesundheitssystems die Bedeutung der Digitalisierung noch deutlicher geworden. Trotz der bisherigen Bemühungen des Gesetzgebers (vor allem durch das E-Health-Gesetz des Jahres 2015, das DVG und das PDSG), fristeten digitale Innovationen oftmals ein Schattendasein. Erste Veränderungen dieses Status lassen sich in der fortwährenden Pandemiesituation erkennen. Als Beispiel hierfür sei die Nutzung der Videosprechstunden genannt: Die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit einem entsprechendem Angebot stieg gemäß eines Gastbeitrags vom Oktober 2020 für die Frankfurter Allgemeine Zeitung von Prof. Jörg Debatin, dem Leiter des Health Innovation Hub des Bundesgesundheitsministeriums, von etwa 1.500 im Januar 2020 auf über 100.000 im Mai 2020.¹ Das zeigt: Das Gesundheitswesen kann digital. Und auch, wenn sich die Regelungen noch oft und weiter im Klein-Klein bewegen, ohne sich unter eine konkrete Gesamtvision subsumieren zu lassen, sind erste Schritte getan, die auch über die Legislaturperiode hinaus eine Strahlkraft haben werden.

Umso erfreulicher ist die aktuelle Initiative des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), das im November 2020 einen Referentenentwurf für ein neues Digitalgesetz veröffentlichte, um damit die Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter voranzutreiben und zu verstetigen. Dieser Referentenentwurf zum Digitale Versorgung- und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) umfasst aus Sicht des Verbandes digitale Gesundheit (VdigG) viele begrüßenswerte Weiterentwicklungen und Ideen: Vom Ausbau der Telemedizin, über die weitere Integration von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Versorgung, die Finanzierung von digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) über die Pflegeversicherung, eine Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI), des E-Rezeptes sowie der elektronischen Patientenakte (ePA) und einen Ausbau der gematik finden sich viele Regelungen, die die Digitalisierung des Gesundheitssektors und damit die Versorgung der Versicherten weiter stärken können. Der VdigG unterstützt dieses Anliegen sowie die im Referentenentwurf des BMG formulierten Ziele und Maßnahmen ausdrücklich. Weitere Innovationsfelder – etwa die flächendeckende Nutzbarmachung von künstlicher Intelligenz und von Metadaten oder auch die Förderung der Robotik – sollten zukünftig folgen. Dabei ist vor allem die Schnittstellenoffenheit und Anwenderfreundlichkeit in den Mittelpunkt zu stellen, um Umsetzung und Anwendung zu unterstützen.

Mit diesem vorliegenden Papier möchte der VdigG weiteren Input für ausgewählte Themenfelder des Referentenentwurfs liefern. Hierzu hat sich unter dem Dach des VdigG eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Vertretern verschiedener Branchen des Gesundheitswesens zusammengefunden. Vor allem die beabsichtigten Regularien zur ePA, zur Videosprechstunde und zu DiPA sowie die Regelungen zu DiGA

¹ [Frankfurter Allgemeine Zeitung, Jörg Debatin: Die neue digitale Normalität im deutschen Gesundheitswesen. 05.10.2020.](#)

müssen aus ihrer Sicht weiterentwickelt werden, um der Digitalisierung zu einem Durchbruch zu verhelfen und damit einen Nutzen für Versicherte und Leistungserbringer zu schaffen.

2 Kommentierung zum Thema Videosprechstunde

2.1 Finanzierung, Flexibilisierung und Leistungsbegrenzung

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Videosprechstunden für die Diagnose und Behandlung einiger Indikationsbereiche ein funktionales Mittel sind. Dabei entscheiden Ärzte im Rahmen ihrer Sorgfaltspflicht, ob eine Videosprechstunde sinnvoll, möglich und vertretbar ist. Der VdigG spricht sich dafür aus, Videosprechstunden entsprechend einer vergleichbaren "analogen" ärztlichen Tätigkeit zu vergüten und an keinen festen zeitlichen Rahmen zu koppeln. Eine Flexibilisierung wird mit dem Hinweis begrüßt, dass damit auch zeitliche Barrieren für Patienten wegfallen und das Angebot bedarfsgerechter ausgestaltet werden könnte.

In diesem Kontext ist aus Sicht des VdigG nicht nachvollziehbar, warum weiterhin an der Leistungsbegrenzung für die Videosprechstunden festgehalten werden muss. Da selbstverständlich nur ein kleiner Teil von Diagnose und Behandlung digital durchführbar ist, braucht es keine Leistungsbegrenzung. Eine Videosprechstunde sollte nach ärztlicher Entscheidung da eingesetzt werden, wo sie sinnvoll, möglich und vertretbar ist.

2.2 Weiterentwicklung der Terminservicestellen und Stärkung von Aufklärung und Gesundheitskompetenz

Das deutsche Gesundheitswesen ist komplex, Leistungen sind nicht für jeden Versicherten und Patienten auf Anhieb nachvollziehbar. Daher steht der VdigG der Intention grundsätzlich positiv gegenüber, Versicherte auch über telemedizinische Versorgungsangebote besser zu informieren. Die Verankerung zentraler Patientenleitlinien zu Sinn und Unsinn der Videosprechstunde im nationalen Gesundheitsportal ist daher absolut sinnvoll. Eine zentrale, bundesweit nutzbare Vermittlungsstruktur scheint dafür das richtige Mittel der Wahl zu sein. Beim Aufbau der Struktur sollte aber weniger das fertige Produkt für den Endanwender im Mittelpunkt stehen, sondern vielmehr eine interoperable Schnittstelle zur Verfügung gestellt werden, um die Umsetzung zu beschleunigen und einem Wettbewerb um die beste Lösung nicht im Wege zu stehen.

Die Einbindung in den elektronischen Terminservice der KVen scheint naheliegend. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass es mittlerweile weit fortgeschrittene privatwirtschaftliche Lösungen gibt, die eine ähnliche Funktion erfüllen und für die Versicherten bereits verfügbar sind. Im Sinne einer schnelleren Ausgestaltung und Zurverfügungstellung sollten Kooperationen erwogen werden. Eine komplette Neuentwicklung scheint nicht sinnvoll.

2.3 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in der ausschließlichen Fernbehandlung

In der Corona-Pandemie hat sich die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) per ausschließlicher Fernbehandlung für verschiedene Indikationsbereiche bewährt. Beispielsweise können unnötige Ansteckungen in Wartezimmern so vermieden werden. Der Auftrag an den Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Referentenentwurfs entspricht daher dem Zeitgeist. Die Entwicklung der Krankschreibungen mit Einführung dieser Regelung sollte allerdings regelmäßig evaluiert werden, um einer möglichen Fehlsteuerung vorzubeugen.

2.4 Erweiterung der Videosprechstunde auf Heilmittelerbringer und Hebammen

Neben Ärzten leisten andere Leistungserbringergruppen einen zentralen Anteil an der Versorgung der Menschen. Viele Bereiche eignen sich dabei besonders für die Anwendung digitaler Kommunikationswege wie der Videosprechstunde. Die Erweiterung auf Heilmittelerbringer und Hebammen wird daher besonders begrüßt, da sie adressatengerecht ist und teilweise bestehende Engpässe in der Versorgung überbrücken könnte.

2.5 Kontinuierliche Therapiebegleitung

Der VdigG weist im Weiteren darauf hin, dass durch die Anwendung digitaler Betreuungsmöglichkeiten die derzeit bestehenden „Touchpoints“ zwischen Arzt und Patient zu einer „Touchline“ weiterentwickelt werden könnten. Mit Hilfe digitaler Lösungen und Kommunikationsmöglichkeiten kann der Patient über den physischen Arzt-Patienten-Kontakt hinaus in die Therapie eingebunden werden. So wird der Arzt-Patienten-Kontakt mit der digitalen Ergänzung zu einer kontinuierlichen Touchline.

Damit könnten die menschliche Komponente der Behandlung durch Delegation der Vor- und Nachbetreuung an weitere Fachkräfte gestärkt und die Betreuung von weitaus mehr Patienten ermöglicht werden. Zudem würde Fachexpertise besonders dort eingesetzt, wo der Bedarf am größten ist. Im Fokus des Arztes stünde folglich über ein zuverlässiges Informationssystem die Behandlung im Bedarfsfall und nicht die regelmäßige Vorstellung in bestimmten, relativ willkürlichen und (heute noch üblichen) abrechnungsrelevanten Zeitintervallen. In diesem Zusammenhang sollten Vergütungen für eine Anfangszeit als Einzelfallvergütung erstattet werden, um den Wandel in der Versorgung zu beschleunigen.

Der Mehrwert liegt auf der Hand: Die Behandlungstreue könnte gestärkt werden, während insgesamt mehr Personal für Fachfragen und einen menschengerechteren Arzt-Patienten-Kontakt zur Verfügung stünde. Insbesondere Chroniker würden von den Neuerungen profitieren.

2.6 Telemonitoring in DMPs stärken

DMP Programme sind heute ein Mittel, um Chroniker besser zu versorgen und über ihre Erkrankung zu informieren. Telemonitoring hat sich bereits in verschiedenen Modellprojekten bewährt. Aus Sicht des VdigG ist Telemonitoring ein Baustein hin zu einer kontinuierlichen Betreuung im Sinne einer „Touchline“ im Arzt-Patienten-Kontakt. Die geplante Stärkung des Telemonitoring im Rahmen der DMPs wird daher begrüßt. Mitgedacht werden sollte zudem, dass auch der KIM-Dienst langfristig entsprechende Schnittstellen bereitstellen könnte.

2.7 Breitbandversorgung nicht aus dem Blick verlieren

Videosprechstunden brauchen einen ausreichenden Up- und Downstream. Daher weist der VdigG nachdrücklich und weiter darauf hin, dass der Breitbandausbau in Deutschland weiterhin die Grundlage der

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist. Ohne flächendeckende schnelle Datenleitungen können wir den nahenden Herausforderungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung nicht gerecht werden – gute digitale Lösungen kommen so nicht “auf die Straße”.

3 Kommentierung zum Thema DiGA

3.1 DiGAs als fester Versorgungsbestandteil

Mit DiGAs hat der Gesetzgeber eine der größten Versorgungsinnovationen seit Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem verankert. Der durch das DVG gesetzte Rahmen zielt darauf ab, dass digitale Innovationen auch für den Patienten erlebbar werden. In den aktuell kritisch geführten Debatten um das Thema DiGA tritt aus Sicht des VdigG zu sehr in den Hintergrund, dass es sich dabei weltweit erstmalig um einen digitalen Leistungsbereich handelt, der sich erst entwickeln muss und so auszugestalten ist, dass er einen nachhaltigen Mehrwert für die Versorgung liefern kann. Aus diesem Grund wirbt der VdigG dafür, diese Versorgungsinnovation durch einige Maßnahmen weiter zu unterstützen, Unwegsamkeiten aus dem Weg zu schaffen und DiGAs als integralen Versorgungsbestandteil zu verstetigen.

3.2 DiGAs als Versorgungsgestalter und Berufsheimnisträger

Der Ansatz des Referentenentwurfs, DiGAs und deren Hersteller weiter in die Infrastruktur des Gesundheitswesens zu integrieren, wird vom VdigG ausdrücklich begrüßt.

DiGA-Hersteller sollten sich als Leistungserbringer und Berufsheimnisträger weiter in die TI integrieren können, um diese noch besser in die Versorgung einzubinden. Dies sollte wie im Eckpunktepapier formuliert, über eine BfArM "Zulassung"/Zertifikatevergabe in die Telematik Infrastruktur ermöglicht werden.

Zudem sollte Rechtssicherheit geschaffen werden, damit ärztliche Leistungserbringer Informationsübermittlungen an DiGA-Hersteller unbedenklich vornehmen können, wenn Patienten dem zustimmen. Dies könnte über eine mögliche, weitere Präzisierung des Status der DiGA Hersteller als Berufsheimnisträger erfolgen - ähnlich der Beauftragung des Labors zur Blutuntersuchung sollte eine "Beauftragung" der DiGA-Hersteller zur Mitbehandlung Bestandteil der Versorgung werden.

3.3 DiGAs als Identitätsmanager

Im Alltag vieler Patienten ist es Normalität geworden, sich mit Single-Sign-On Lösungen barrierefrei im digitalen Raum zu bewegen. Einige DiGA-Hersteller haben innovative und sichere Lösungen für eine Zwei-Faktor-Authentisierung entwickelt. Hier ist es aus Sicht des VdigG sinnvoll, diese Identitäten auch für andere Services der sich entwickelnden digitalen Infrastruktur des Gesundheitssystems zuzulassen. Dadurch sollte die Möglichkeit genutzt werden, neue und innovative Verfahren zur Authentisierung gegenüber der TI zu erproben. Im gleichen Zuge könnte eine Zertifikate-/Schlüsselausgabe unter Verzicht auf Hardware/Konnektoren sinnvoll zum Einsatz kommen und erprobt werden.

Durch ein solches, dezentrales Identitätsmanagement könnten viele vertrauenswürdige Beteiligte dazu beitragen, dass die Durchdringung von digitalen Anwendungen und Services im Gesundheitssystem zur Inklusion von wesentlich mehr Patienten in wesentlich kürzerer Zeit ermöglicht wird.

Folglich könnten z.B. DiGA Hersteller dabei unterstützen, dass das Projekt Digitalisierung der Gesundheitsversorgung zügig und dezentral mit den besten Lösungen umgesetzt werden kann.

3.4 Verordnung und Abrechnung – der “Game Changer”?!

Die internationalen Reaktionen in der Digital Health Szene auf die Integration von digitalen Therapien (DTx) bzw. Digitalen Anwendungen (Apps) in die Regelversorgung waren durchweg positiv.

Ein Punkt, der allerdings regelmäßig in den verschiedenen Formaten (Blogs, HiH-Sprechstunde, etc.) auf Unverständnis stieß, war die Verordnung auf Papierrezept. Dies verwundert aus der Binnenperspektive des Gesundheitssystems nicht besonders, da es hierzu aktuell noch keine Alternative gibt. Der Gesetzgeber hat dieses “Problem” bzw. - positiv formuliert - Potenzial erkannt und war umsichtig genug, für digitale/textbasierte Verordnungen gesetzliche Grundlagen für Piloten zu schaffen. Auch aus Sicht des VdigG ist zu erwarten, dass der Medienbruch bei der Verordnung mittelfristig eine der größten Hürden für die erfolgreiche Implementierung von DiGAs darstellt. Für die Akzeptanz von DiGAs ist aber eine breite Anwendung und die daraus generierte Evidenz von höchster Bedeutung. Mit Nachdruck wirbt der VdigG dafür, über die Pilotprojekte (§67 (3) SGB V), die auf die Mitwirkung aller Stakeholder angewiesen sind, hinauszugehen. Es müssen zeitnah alternative Grundlagen geschaffen werden. Zum Beispiel sollte bei hinreichender Authentifizierung (2-FA) von Leistungserbringern und Patienten eine Einreichung von Verordnungsdatensätzen als Abrechnungsgrundlage ausreichend sein, bis das E-Rezept im Versorgungsalltag angekommen ist.

Der VdigG sieht hier die große Chance, Innovationsräume zu schaffen, um funktionale Konzepte in indikationsspezifischen Bereichen zur Anwendung zu bringen. Hierbei können für verschiedene Zielgruppen (z.B. alt – jung) bereits heute “Best Practices” für morgen (z.B. E-Rezept) entwickelt werden. Dies könnte zum “Game Changer” in der Versorgung mit DiGAs werden. Diesen wichtigen Aspekt sollte die geplante Ergänzung des § 33a Absatz 5 RefE berücksichtigen.

3.5 Digitale Forschung ermöglichen

Aus Sicht des VdigG ist die Einführung von DiGAs ein weiterer entscheidender Baustein für eine ganze Kaskade an folgenden Innovationen – eine wahre Systeminnovation. Die Erkenntnisse, die wir aus der erstmaligen Implementierung von Digital Health Anwendungen in der Regelversorgung gewinnen können, werden von großer Bedeutung sein.

Es ist davon auszugehen, dass diese Erkenntnisse weltweit viel Beachtung finden werden, wodurch ein Standard “Made in Germany” entwickelt werden kann. Das generierte Wissen kann eine junge, sich entwickelnde Disziplin sehr stark voranbringen.

Damit diese Insights auch weit Verbreitung finden, werden diese über “traditionelle” Kanäle - wie peer-reviewed Journals – veröffentlicht werden. Hierdurch wird für Akzeptanz von digitalen Gesundheitslösungen gesorgt. Es ist jedoch zu beobachten, dass die Notwendigkeit eine Ethikkommission einzubinden, häufig die Geschwindigkeit und die Verbreitung des Erkenntnisgewinns verlangsamt.

Aus diesem Grund schlägt der VdigG vor, eine digital-kompetente Ethikkommission zu etablieren, die Vorhaben zügig bearbeiten und darüber entscheiden kann. Eine mögliche Alternative wäre die Befreiung von der Verpflichtung zur Beratung bzgl. Datenschutzthemen von ärztlichen Leistungserbringern bei Forschungsprojekten mit zugelassenen digitalen Gesundheitsanwendungen.

Des Weiteren erachten wir es als sinnvoll, dass DiGA-Herstellern Zugang zum Forschungsdatenzentrum gewährt und auf Patientenwunsch ein Datenexport von der ePA in die DiGA ermöglicht wird, damit der Erkenntnisvorsprung bei der Erforschung von Krankheiten in der Primärversorgung weiter ausgebaut werden kann. Zu prüfen wäre, ob im Gegenzug die Informationen auf Patientenwunsch in das Forschungsdatenzentrum eingespeist werden können. Durch die hier besprochenen Maßnahmen würde ein Startpunkt gesetzt werden, damit DiGA-Hersteller weltweit eine führende Rolle in der Gesundheitsdatenforschung einnehmen können.

4 Kommentierung zum Thema DiPA

Bedingt durch die Demografie Deutschlands und dem bereits heute bestehenden Pflegekräftemangel rückt das Thema Pflege auf der gesundheitspolitischen Agenda immer weiter nach oben. Wurde durch das Digitale-Versorgung-Gesetz erstmals die Erstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) möglich, so kommen nun digitale Pflegeanwendungen – kurz DiPAs – in die Erstattung.

Diese Entscheidung ist zu begrüßen, da die Digitalisierung für den Pflegesektor ein enormes Potenzial mit sich bringt. So können autonome Systeme, Videoüberwachung oder intelligente Hilfsmittel entscheidend zur Verbesserung der Versorgung beitragen. DiPAs stellen dagegen bisher ein Nischenthema dar: Denkbar sind neben Apps für Pflegebedürftige vor allem auch Anwendungen für pflegende Angehörige und Pflegepersonal.² Diese können unter anderem informativer Natur sein, der Datenübertragung oder dem Erfahrungsaustausch dienen.

Die Erstattung von DiPAs setzt dabei Anreize für mehr Innovationen im Pflegesektor. DiPAs müssen dabei ausdrücklich einen positiven Effekt – ob in der Qualität der Pflege oder in einer Form der Zeitersparnis – haben, denn Digitalisierung ist kein Selbstzweck, im Gegenteil: Ihr Mehrwert muss bei den Patienten und versorgenden Menschen ankommen.

Aus Sicht des VdigG stellen die vom Bundesgesundheitsministerium im November im Rahmen des Referentenentwurfs festgehaltenen Ansätze für DiPA einen Schritt in die richtige Richtung dar, der in dieser Form auch begrüßt wird. Die folgenden Punkte sollten dabei Berücksichtigung finden:

4.1 Struktur- und Prozessverbesserungen für den Bewertungsprozess berücksichtigen

Dem BMG-Referentenentwurf zur Folge, soll ein den DiGA analoges Verfahren beim BfArM zur Bewertung von DiPA implementiert werden. Hier sollten jene Erfahrungen genutzt werden, die bei der Bewertung von DiGAs gemacht wurden. Dabei ist vor allem auf die Berücksichtigung von Struktur- und Prozessverbesserungen bei der Bewertung abzielen.

4.2 Strukturen nutzen und Schnittstellenprobleme vermeiden

Bestehende Strukturen sollten weitestgehend genutzt werden und zum weiteren Abbau der Sektorengrenzen beitragen. Dass das DiPA-Verfahren an das DiGA-Verfahren angelehnt werden soll und auch das BfArM als zentrale Institution vorsieht, ist daher zu begrüßen. Zu klären sind Schnittstellenprobleme mit Blick auf die Finanzierung von Anwendungen, die sowohl im Rahmen der Behandlung im Krankheits- als auch im Pflegefall eingesetzt werden können. Hier sind neue Wege der Erstattung zu denken (z.B. 50/50-Finanzierung durch Kranken- und Pflegeversicherung oder Entscheidung durch das BfArM im Einzelfall). Alternativ sollte das BfArM entscheiden, welchem Bereich die Anwendung zugeordnet wird.

² [Eggert, Sulmann, Teubner \(Oktober 2019\): ZQP-Analyse – Wie die Einstellung der Bevölkerung zu digitalen und technischen Anwendungen in der Pflege ist. ZQP-Report, Pflege und digitale Technik, pp 16-30.](#)

4.3 Finanzierung über DiPA Budget

Zu klären ist die Finanzierung der neuen DiPAs. Im Referentenentwurf ist bisher vorgesehen, dass die maximalen Aufwendungen der Pflegekassen für DiPA 60 Euro im Monat nicht überschreiten sollen. In diesem Kontext lässt sich ein Budget pro Versicherten diskutieren, das an den jeweiligen Pflegegrad gekoppelt wird und frei verfügbar für den Erwerb zertifizierter digitaler Anwendungen genutzt werden kann. Vor dem Hintergrund der Kostensteigerungen in der Pflegeversicherung zu Lasten der jungen Generation, könnte das Budget mit dem Anspruch auf andere Leistungen, z.B. Sachleistungen, verrechnet werden.

4.4 Leistungsanspruch auf betreuende Personen erweitern

Knapp ein Drittel der verfügbaren deutschsprachigen Pflege-Anwendungen richten sich an pflegebedürftige Personen, 43 Prozent an Pflegende und über die Hälfte sogar direkt an pflegende Angehörige.³ Der Leistungsanspruch muss sich somit auch auf die betreuenden Personen beziehen und die Erstattungsfähigkeit und rechtliche Situation geklärt werden.

4.5 Information der Anspruchsberechtigten sicherstellen

Im Gegensatz zu DiGAs müssen DiPAs bei der Pflegeversicherung beantragt werden, da sie nicht ärztlich verordnet werden und die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag bewilligt werden. Die Information und Beratung der Anspruchsberechtigten durch die Pflegeberatung hinsichtlich des DiPA-Angebots ist sicherzustellen.

4.6 Einweisung von Pflegeversicherten und pflegenden Angehörigen

Gerade ältere und vulnerable Gruppen bzw. in digitalen Fragestellungen nicht ausreichend ausgebildete Leistungserbringer müssen über die richtige Handhabung von DiPAs unterrichtet werden. Hier kann die gesetzlich verankerte Pflegeberatung der Pflegeversicherung eine Rolle spielen. Ihre Kompetenzen in der Beratung sowie Einweisung zu digitalen Anwendungen könnten erweitert werden. Dies spielt vor allem mit Blick auf das häusliche Pflegesetting eine wichtige Rolle.

4.7 Digitalaffinität der Leistungserbringer erhöhen

Um die Digitalaffinität von Pflegekräften zu stärken, sollten digitale Kompetenzen zukünftig im Rahmen der Pflegekräfteausbildung vermittelt werden. Dies gilt im Übrigen auch für andere Leistungserbringergruppen, nicht zuletzt auch (angehende) Ärzte. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Nutzen digitaler Anwendungen nicht verpufft, sondern erkannt wird und diese am Ende auch in der Versorgung eingesetzt werden.

³ [Garay, Storch, Teubner \(Oktober 2019\): Deutschsprachige Pflege-Apps – Wie das aktuelle Angebotsspektrum im Internet ist. In: ZQP-Report, Pflege und digitale Technik, pp 36-42.](#)

5 Kommentierung zum Thema ePA

5.1 Nutzerfreundlichkeit ePA

Gesundheitsdaten bedürfen eines hohen Schutzniveaus, das auch weiterhin sichergestellt werden muss. Doch anstatt mit dem Argument des "Datenschutzes" Hürden aufzubauen, die so hoch sind, dass Nutzer sich von digitalen Produkten abwenden, sollten aus Sicht des VdigG Datenschutz und Datensicherheit so angelegt sein, dass sie der Benutzerfreundlichkeit keinen Abbruch tun. Auch sollte der Datenschutz nicht für Stellvertreterkriege missbraucht werden. Gerade in Deutschland ist das Thema das "Zünglein an der Waage" hin zu einer wirklichen Akzeptanz und Anwendung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen.

5.2 Leichtere Registrierung/Anmeldung (z.B. Videoident und OpenID Connect)

Die aktuellen Spezifikationen der gematik zwingen die Versicherten einen aufwändigen Authentifizierungsprozess zu durchlaufen, bevor sie ihre ePA nutzen können. Dieser ist wesentlich aufwändiger als Nutzer es bei anderen sicheren Authentifizierungsverfahren gewohnt sind. Durch diese sehr große Hürde besteht die Gefahr, dass Versicherte aufhören, die ePA zu nutzen, bevor sie wirklich damit anfangen konnten.

Als Lösung hierfür sollten Alternativen geprüft werden, wie beispielsweise das Video-Ident-Verfahren. Auch ein OpenID-Connect-Anmeldeverfahren sollte möglich sein, damit sich Versicherte, sobald sich diese sicher authentifiziert haben, einfach anmelden können. DiGAs können hier perspektivisch genauso als Basis für eine zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA) dienen wie Authentifizierungsverfahren, die aktuell im Onlinezugangsgesetz (OZG) diskutiert werden.

Außerdem sollte der Login, also die Anmeldung im System, nutzerfreundlicher gestaltet werden. Besonders an dieser Stelle wird die geplante digitale Identität des Versicherten begrüßt.

5.3 Intuitives Rechtemanagement

Der Versicherte muss eine intuitiv-verständliche Möglichkeit haben, sein Rechtemanagement durchzuführen. Dazu sollte es drei leicht verständliche Default-Optionen geben, zwischen denen der Versicherte wählen kann. Denkbar sind hier beispielsweise:

- "Jeder Leistungserbringer sieht alles" (Jeder mit einem Heilberufsausweis darf alle meine freigegebenen Daten sehen)
- "Nur meine Leistungserbringer sehen alles" (Jeder Leistungserbringer, bei dem ich meine Karte einmal eingesteckt habe, darf alle meine freigegebenen Daten sehen)
- "Niemand sieht etwas" (Nur händisch ausgewählte Leistungserbringer, sehen jeweils die Dokumente, die ich einzeln freigegeben habe)

Wichtig für die Akzeptanz der Optionen ist dabei der ohnehin schon geplante Audit-Trail: Durch das Tracking muss jederzeit transparent sein, wer wann welche Daten angesehen oder bearbeitet hat.

5.4 Zentrale digitale Anlaufstellen ermöglichen

Es ist wichtig, dass der Versicherte digitale Anlaufstellen haben kann. Hierzu sollten über standardisierte Schnittstellen und Software, die leicht in andere Apps eingebunden werden können (SDKs), Möglichkeiten geschaffen werden. Dies gilt insbesondere auch für die Kommunikation über KIM-Dienste oder das eRezept. Gesetzlich geschützte Insellösungen sind hier kontraproduktiv.

5.5 Automatisierten Datenaustausch zwischen ePA und anderen Apps ermöglichen

Versicherte sollten die Möglichkeit haben, einen automatischen Austausch zwischen in der ePA hinterlegten Daten und Apps mit einem ausreichenden nachgewiesenen Datenschutz (bspw. Kassen-Apps/DiGAs, eRezept-App) zu erlauben. Hierzu sollte in der ePA die jeweilige App freigegeben werden.

6 Zusammenfassung

Die vom Bundesgesundheitsministerium im Oktober veröffentlichten Eckpunkte sowie der im November 2020 veröffentlichte Referentenentwurf für das Digitale Versorgungs- und Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) weisen aus Sicht des VdigG in die richtige Richtung. Sollte der Gesetzgeber diese Maßnahmen beschließen, werden sie als weiterer Baustein einen Beitrag zur Stärkung der Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems leisten. Insgesamt muss weiter an einer (noch auszuarbeitenden) Gesamtstrategie für die Digitalisierung des Gesundheitswesens gearbeitet werden - weg vom Klein-Klein, hin zu schnittstellenoffenen Systemen und noch anwenderfreundlicheren Lösungen.

Inbesondere setzt sich der VdigG für eine Weiterentwicklung folgender Felder ein:

Videosprechstunde

- Flexibilisierung statt Beschränkung: Die Anwendung der Videosprechstunde liegt in der ärztlichen Sorgfaltspflicht. In den meisten Fällen ist eine physische Diagnose ohnehin notwendig.
- Beim weiteren Ausbau der Vermittlungsstruktur muss auch auf Schnittstellenoffenheit geachtet werden und eine Orientierung an bestehenden Lösungen stattfinden. Das Angebot muss schnell und einfach umsetzbar und anwendbar sein.
- Die kontinuierliche Therapiebegleitung über digitale Lösungen sollte noch stärker gefördert werden und ärztliche Leistungen an Fachkräfte delegiert werden, damit Patienten besser in die Therapie eingebunden werden können.

DiGA

- Das Vertrauen gegenüber DiGAs und deren Hersteller stärken, indem diese zu Berufsheimnisträgern werden. Dadurch wird die bedenkenlose Integration von DiGAs in die Versorgung gefördert.
- Innovative Ansätze von DiGAs, die ihre Nutzer sicher authentisieren können (2-FA), für eine voll-digitale Verordnung nutzen und die Weiterverwendung dieser Identität für andere Services ermöglichen (SSO).
- Stärkung der Gesundheitsdatenforschung durch schnelle, digital-kompetente Ethikkommissionen und durch die Ermöglichung des Datenaustausches zwischen ePA und Forschungsdatenzentrum - falls der Patient dies wünscht.

DiPA

- Die Schaffung eines Leistungsanspruchs auf DiPA gegenüber der Pflegeversicherung wird ausdrücklich begrüßt. Schnittstellen und Abgrenzungsprobleme sowie rechtliche Fragen zum Leistungsanspruch/-bezug und zur Finanzierung bei DiPA sind jedoch komplex und müssen abschließend geregelt werden.
- Anwender von DiPA müssen über diese Anwendungen informiert und im Gebrauch unterrichtet werden. Lösungen über die bereits bestehenden Pflegeberatungen sind anzudenken.

ePA

- Die Nutzerfreundlichkeit der ePA ist das A und O. Eine nutzerfreundliche Umsetzung der Datenschutz- und Datensicherheitsanforderungen ist das “Zünglein an der Waage” hin zu einer wirklichen Akzeptanz und Anwendung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen.
- Der derzeitige Zugang bzw. die Anmeldung zur ePA sind eine große Hürde und werden den Einstieg stark erschweren. Spezifikationen müssen hier eine nutzerfreundliche Umsetzung ermöglichen.
- Ein automatisierter Datenaustausch zwischen ePA und anderen Anwendungen muss ermöglicht werden.