



**Bundesverband  
Selbsthilfe  
Körperbehinderter e.V.**

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. · Kurfürstenstr. 131 · 10785 Berlin

**Bundesministerium für Gesundheit  
Abteilung 5**

Per E-Mail: [DIGI@bmg.bund.de](mailto:DIGI@bmg.bund.de)

**Referentin für Gesundheits-  
und Sozialpolitik**

Simone Siebert

**Büro Berlin**

Kurfürstenstr. 131

Nebeneingang links

10785 Berlin

Tel.: 030 8 14 52 68 -51

Fax: 030 8 14 52 68 -59

E-Mail: [simone.siebert@bsk-ev.org](mailto:simone.siebert@bsk-ev.org)

**Sitz des Verbandes**

Altkrautheimer Straße 20

74238 Krautheim

Tel.: 06294 4281-0

Fax: 06294 4281-79

[www.bsk-ev.org](http://www.bsk-ev.org)

Datum: 2. August 2023

Stellungnahme des Bundesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG)

Sehr geehrte Frau Dr. Ozegowski,  
sehr geehrte Frau Brandenburg,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf Stellung nehmen zu können.

Der BSK e.V. vertritt seit mehr als 60 Jahren vorrangig Menschen mit Körperbehinderung und setzt sich für deren Rechte ein.

**Spendenkonto:**

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE76 6012 0500 0007 7021 00  
BIC BFSWDE33STG

**Geschäftskonto:**

Sparkasse Neckartal-Odenwald  
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51  
BIC SOLADES1MOS

**Gemeinnützigkeit:**

Gemeinnützigkeit  
zuerkannt durch das  
Finanzamt Öhringen  
Steuer-Nr.: 76001/30101

**Der  
BSK  
trägt  
das:**



**Der BSK ist Mitglied bei:**



Digitalisierung gewinnt im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Umso mehr ist jedem, der mit der Thematik vertraut ist, bewusst, wie rückständig Digitalisierung in Deutschland verglichen mit anderen europäischen Ländern wie z.B. Dänemark ist.

Und dies, obwohl die Digitalisierung im Gesundheitswesen in Deutschland große Chancen für alle, insbesondere für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und deren Angehörige bietet.

Menschen wollen auch mit Hilfe von Digitalisierung aktiv und selbstbestimmt zur eigenen Gesundheit beitragen, in Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege.

Dies gilt für Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen.

Als Interessenvertretung der ersten Gruppe legt die vorliegende Stellungnahme ihr Augenmerk insbesondere auf die Belange Behinderter oder chronisch Kranker. Bezieht man sich auf Ihr Anschreiben ist Ihr Fokus insbesondere auf der Perspektive Nutzerinnen und Nutzer der elektronischen Patientenakte (ePA), deren Freiwilligkeit, der Komplexität der Geltendmachung, Widerspruchsrechte sowie die Informationen für die Versicherten gelegen.

## **Zu den einzelnen Regelungen nehmen wir – wie folgt – Stellung.**

### **§ 341 Elektronische Patientenakte (ePA)**

Einleitend lässt sich feststellen, dass Ihr Referententwurf einen Paradigmenwechsel von der Vorgängerregierung vorgesehenen Opt-In- Lösung in eine Opt-Out-Lösung bedeutet. Im Gegensatz zum bisherigen Modell muss der Patient aktiv der ePA widersprechen.

Die ePA kann gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen ein hilfreiches Instrument sein, da durch die Angaben in der ePA Ärzte verschiedener Fachrichtungen sich zur Behandlungssituation in den jeweils anderen Fachrichtungen präzise informieren können. Wichtig ist allerdings hier die Selbstbestimmung darüber, welche Daten gespeichert werden.

### **§ 342 Abs.2 aa) Nr. 1** sollen Daten barrierefrei zur Verfügung gestellt werden

Insbesondere sollen alle Benutzeroberflächen der Endgeräte nach §342 Abs. 2 Nr. 1 Buchstaben a, b, j und n barrierefrei sein. Es ist hervorzuheben, dass in Buchstabe n

der Fokus auf eine präzise, transparente, verständlich und leicht zugängliche Form und in einer klaren und einfachen Sprache gelegt wird.

Darüber hinaus können Versicherte befugte Vertreter zur Wahrung ihrer Rechte gemäß den Buchstaben b, c, g, f, m, und n wahrnehmen.

Es ist zu begrüßen, dass die Barrierefreiheit auch in der Sprache einbezogen wird.

Grundsätzlich sollte hinterfragt werden, was unter dem Begriff „barrierefrei“ zu verstehen ist.

Etwas ist barrierefrei, wenn es für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar ist. Es gibt auch im digitalen Raum Barrieren – beispielsweise für Menschen mit Seh- oder Hörschädigung, motorischen oder kognitiven Einschränkungen. Dies sollte bei allem bedacht werden, wenn man etwas mit barrierefrei etikettiert und wenn man die Gesamtbevölkerung in Betracht zieht. Insgesamt müssten **gewisse Standards** erkennbar sein und nicht einfach mit einem unbestimmten Rechtsbegriff plakativ belegt werden.

**Wir empfehlen, dies insgesamt bei der Umsetzung zu beachten.** Dies könnte auch Unabhängig von den Erfordernissen für Menschen mit Behinderung die Akzeptanz in der Bevölkerung erhöhen.

### § 343 1a

Wichtig scheint uns der Aspekt wie die Versicherten genau über die ePA informiert werden und auch genau wissen, wie sie bei der vorgesehenen Optout-Lösung der Anlage einer ePA widersprechen können.

Wir empfehlen eine **hohe Beratungsqualität**. Auch Mobilitätseingeschränkte müssen leicht identifizieren können, wie sie eine ePA erhalten und nutzen bzw. der Anlage einer ePA rechtswirksam widersprechen können.

Der **neue § 343 Abs. 1a** sieht vor, dass die Kostenträgerseite sprich die Krankenkassen die Versicherten über die ePA und auch das persönliche Identifikationsverfahren zu informieren haben. Auch hier sei auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Mobilitätseinschränkung insbesondere bei dem Identifikationsverfahren bei Krankenkassen hingewiesen.

Möge dies auch auf Gegenwind beim GKV SV stoßen, halten wir dies für elementar, um eine flächendeckende Akzeptanz der e-PA und damit der Digitalisierung im Gesundheitswesen herzustellen.

### **§ 334, 355 ff. medizinische Informationsobjekte (MIO)**

Die Neufassung wird generell begrüßt. Da sich bei behinderten Menschen oder chronisch Erkrankten oftmals um multimorbid Erkrankte oder Betroffenen handelt, regen wir an:

### **§ 355 Abs 1 nach Nr. 5 neu einzufügen**

„Nr. 5 den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe behinderter Menschen und ihrer Angehörigen“.

Nur so kann nach unserer Überzeugung gewährleistet werden, dass diese Personen nicht bei den Entwicklungen neuer Techniken übergangen werden und so eine „Lücke im System“ entsteht, die im Nachhinein korrigiert werden muss.

### **§ 318a**

Der von der Gesellschaft für Telematik einzurichtende Digitalbeirat, der nach Abs. 1 S. 3 heißt es: „Bei der Besetzung des Digitalbeirats sind insbesondere auch medizinische und ethische Perspektiven zu berücksichtigen“. Die schon zuvor nicht klar definierten Standards für Barrierefreiheit benötigt der Digitalbeirat auch die Expertise der Patientenseite bzw. der von Behinderten betroffenen Einschränkungen, um diese auszuräumen!

### **§ 134 Digitale Gesundheitsanwendungen**

Die Neufassung entspricht in vieler Hinsicht der Lebensrealität und optimiert die Nutzbarkeit.

Wir begrüßen, dass eine Leistungsausweitung auf Medizinprodukte der Risikoklasse II b erfolgt, da damit auch Kopplungen mit z.B. Beatmungsgeräten möglich sind. Zudem wird bei diesen DiGA´s auf den „medizinischen Nutzen“ abgestellt, der je höher die Risikoklasse des Medizinprodukts ist, umso wichtiger wird. Zu beachten ist allerdings, dass es sich bei Medizinprodukten höherer Risikoklasse um einen sehr sensiblen Bereich handelt, deren Umsetzbarkeit von uns nicht bewertet werden kann, aber bezweifelt wird.

Zusätzlich eine Kopplung einer DiGA mit Hilfsmitteln bzw. Arzneimitteln ausgeschlossen ist und damit wettbewerbsrechtliche Verzerrungen ausgeschlossen sind.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass fast alle DiGA´s für Menschen mit Behinderung nicht barrierefrei zugänglich sind. Ein Umstand der – auch unter dem

Aspekt des hohen Versorgungsbedarfs und möglicherweise erleichterter Dokumentation durch die Patientinnen und Patienten - sehr bedauerlich ist.

**Deshalb schlagen wir vor**, dass in § 33 a die Sicherstellung der Barrierefreiheit und die faktische Umsetzung in der DiGA aufgenommen wird. Andernfalls widerspricht es semantisch dem Abs.1 S.1, denn was Behinderungen entgegenwirken soll, kann faktisch diese umgehen. Dies wurde bislang anscheinend auch nicht vom BfArM in der Bewertung der DiGA überprüft.

Insbesondere begrüßen wir, dass die Vergütung für eine DiGA entfällt, wenn der Versicherte erklärt, die DiGA nicht dauerhaft nutzen zu wollen. Der Sinn und Zweck entfällt damit und darf keine Kosten im GKV-System generieren.

Daher wird empfohlen, dass Organisationen der Selbsthilfe Behinderter oder chronisch Kranker ein Beratungs- bzw. Mitwirkungsrecht in § 140 f Abs. 2 S. 5 SGB V erhalten. So kann Problemlösung erreicht werden.

So sehr digitale Gesundheitsanwendungen eine gute Ergänzung in der Versorgung Versicherter darstellen, sollte dies nicht die persönliche Betreuung und Behandlung durch Vertragsärzte bzw. Vertragsärztinnen oder Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen ersetzen. Angesichts der Engpässe in der ambulanten Versorgung scheint es ein wichtiger Punkt zu sein, dass die digitalen Gesundheitsanwendungen allenfalls eine Ergänzung sein können.

Insgesamt sollte strikt darauf geachtet werden, dass die digitalen Gesundheitsanwendungen benutzerfreundlich und auch für ältere Personen gut nutzbar sind (Digital Natives haben sicher einen anderen Zugang zu digitalen Anwendungen als ältere Personen). Selbstredend ist Barrierefreiheit für unterschiedliche Arten von Behinderung sicherzustellen.

Zusätzlich wird die Vereinfachung durch die ePA bei der Ausstellung einer AU-Bescheinigung, der sogenannten eAU, begrüßt.

## **§§ 87, 365 f.**

### **§ 87 Abs. 2a S. 30-32**

Die Aufhebung der Mengengrenze für Videosprechstunden wird vom BSK naturgemäß begrüßt. Insbesondere körperlich Eingeschränkte können hiervon profitieren. Zu begrüßen ist des Weiteren, wenn diese auch für Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten mit Vertragsarztsitz gilt.

**§ 364 f.**

Die Weiterentwicklung bzw. breitere Anwendung von Videokonsultation bzw. Telematikinfrastruktur im Sinne von Konsultationen von Ärztinnen bzw. Ärzten mit Kolleginnen bzw. Kollegen z. B. in Kliniken oder Schwerpunktkrankenhäusern kann im Sinne der Versorgungsqualität nur begrüßt werden.

**§ 129 Abs. 5h**

Mit Einführung der ePA nach § 342 ist es zwangsläufig auch im pharmakologischen Bereich eine gewisse Beratung und Anleitung für Versicherte bereitzustellen, um diese auch an die Digitalisierung heranführen zu können.

Wahrscheinlich wird es hier von den wirtschaftlichen Festlegungen in der Vereinbarung abhängen, ob aus der lockeren Kann-Regelung eine eindringliche Gesetzesempfehlung wird.

**§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)**

Es wird begrüßt, dass Diabetes Mellitus Typ 1 und 2 um Digitalaspekte ergänzt nach den Änderungen dieses Gesetzes aufgenommen werden.

Unverständlich erscheint indes, die Beschränkung auf eine chronische Erkrankung.

Mit freundlichen Grüßen



Vorstandsvorsitzende



Simone Siebert  
Referentin für Gesundheits- und  
Sozialpolitik