

Informationen und Hinweise für Pflegeeinrichtungen



2. aktualisierte Auflage
2022

Die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastuktur

Impressum

Herausgeber:

Der Paritätische Gesamtverband
Oranienburger Str. 13-14
D-10178 Berlin
Telefon +49 (0)30 24636-0
Telefax +49 (0)30 24636-110
E-Mail: info@paritaet.org
Internet: www.paritaet.org

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Dr. Ulrich Schneider

Autorinnen:

Lisa Marcella Schmidt, Der Paritätische Gesamtverband
Nicole Buch, Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V., Bundesgeschäftsstelle Berlin

Gestaltung:

Christine Maier, Der Paritätische Gesamtverband

Titelbild/Grafiken:

© adobe stock – sdecoret (Titel), © www.gematik.de (S. 8), © Digitales Gesundheitswesen (S. 9)

2. Auflage, Januar 2022

Inhalt

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 2 |
| 2. Was heißt Telematik? | 3 |
| 3. Wer ist für die technische Umsetzung der TI zuständig? | 3 |
| 4. Wo finden sich die gesetzlichen Regelungen? | 4 |
| 5. Welche Akteure im Gesundheitswesen sind in die TI eingebunden? | 5 |
| 6. Welche Anwendungen sind innerhalb der TI möglich? | 6 |
| 7. Welche Zugriffsrechte haben Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeeinrichtungen auf die Anwendungen der TI? | 10 |
| 8. Welche technische Ausstattung ist notwendig? | 12 |
| 9. Wie wird der Anschluss an die TI finanziert und welche Kosten werden übernommen? | 14 |
| 10. Modellprogramm zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI nach § 125 SGB XI | 15 |
| 11. Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI | 16 |
| 12. Welche ergänzenden digitalen Unterstützungsleistungen in der Pflege sind außerhalb der TI möglich? | 17 |
| 13. Fazit | 18 |
| 14. Weiterführende Literatur | 18 |

1. Einleitung

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz hat der Gesetzgeber den Grundstein für die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) gelegt. Diese kann als sichere und schnelle Datenautobahn des Gesundheitswesens betrachtet werden. Innerhalb dieser Struktur sind künftig unterschiedliche Anwendungen denkbar, zum Beispiel das Versenden und Bereitstellen von E-Rezepten, E-Medikationsplänen, E-Überleitungsbögen. Mit der TI soll es Patient*innen ermöglicht werden, digitale Angebote wie die elektronische Patient*innenakte zu nutzen. Für Leistungserbringer birgt sie die Chance einer gemeinsamen Informations- und Kommunikationstechnik mit Schnittstellenreduktion. Profitieren können Pflegeeinrichtungen vor allem durch eine sichere und intersektorale Kommunikation mit anderen Leistungserbringern, durch den Zugriff auf die stets aktuellen Daten der Versicherten, auf Notfalldaten, den Medikationsplan und die elektronische Patient*innenakte sowie perspektivisch auch durch elektronische Verordnungen.

Für die Entwicklung des Gerüsts und für die Bereitstellung der Struktur wurde die Gesellschaft für Telematik (gematik) beauftragt. Sie verfolgt das Ziel, die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens durch eine funktionierende TI sicher zu stellen und ist dabei für die Konzeption der TI verantwortlich. Dies bedeutet rechtsverbindliche Standards und Spezifikationen für alle Komponenten und Dienste, die in der TI verwendet werden, zu definieren, damit diese von allen Akteuren im Gesundheitswesen genutzt werden kann.

Während die Anbindung an die Telematikinfrastruktur für Apotheken und Krankenhäuser sowie für weitere Akteure gesetzlich verpflichtend ist, besteht für stationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit der (zunächst) freiwilligen Anbindung. Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) sind in einem ersten Schritt auch ambulante Pflegedienste, die Leistungen nach §§ 37 und 37c SGBV erbringen, ab dem 1. Januar 2024 zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur verpflichtet.

Was heißt dies kurz- und langfristig für die Pflegeeinrichtungen? Welche Möglichkeiten bieten sich für Pflegeeinrichtungen und welche technische und finanzielle Ausstattung ist dafür vorgesehen?

Die vorliegende Information geht – fokussiert auf Pflegeeinrichtungen – auf die gesetzlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen ein, erläutert notwendige Komponenten und Begriffe, informiert über die Anwendungs- und Zugriffsmöglichkeiten und klärt über die notwendige technische Ausstattung sowie deren Finanzierung auf. Ferner werden die Schritte der notwendigen Maßnahmen für die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die TI erläutert, damit Pflegeeinrichtungen mit den Planungen für eine Anbindung beginnen können. In einigen Punkten ist es hilfreich und dem vertiefenden Verständnis dienlich, wenn die weiterführende Literatur (vgl. Kapitel 14) hinzugezogen wird.

2. Was heißt Telematik?

Mit dem Begriff Telematik (zusammengesetzt aus: „Telekommunikation“ und „Informatik“) wird die Vernetzung verschiedener IT-Systeme sowie die Möglichkeit bezeichnet, Informationen aus unterschiedlichen Quellen miteinander zu verknüpfen.

Die Telematikinfrastruktur soll langfristig nicht nur alle Akteure des Gesundheitswesens (u.a. Ärzt*innen, Pflege(fach)kräfte, Zahnärzt*innen, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Psychotherapeut*innen, Krankenkassen), sondern auch Patient*innen im Bereich der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung vernetzen und den sektoren- und systemübergreifenden sowie sicheren und schnellen Austausch von Informationen gewährleisten.

Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer*innen (Personen und Institutionen) mit einem elektronischen Ausweis oder einer elektronischen Identität Zugang erhalten. Von diesem Netz sollen alle an der Patient*innenversorgung Beteiligten gleichermaßen profitieren. Die TI soll damit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten leisten. Sensible Gesundheitsinformationen in der TI werden gemäß den Datenschutzanforderungen durch Informationssicherheitsmechanismen geschützt, die regelmäßig durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) überprüft und angepasst werden.¹

3. Wer ist für die technische Umsetzung der TI zuständig?

Die Rahmenbedingungen für die Telematik werden von der gematik (Gesellschaft für Telematik) bereitgestellt, die im Auftrag des Gesetzgebers im Jahr 2005 gegründet wurde und die für den Aufbau, den Betrieb und die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und deren Anwendungen verantwortlich ist. Sie übernimmt dabei Aufgaben zur Schaffung und zum Aufbau der TI, wie die Erstellung der funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzeptes, die Erstellung von Vorgaben für einen sicheren Betrieb der TI und die Überwachung der Umsetzung dieser Vorgaben, die Sicherstellung der notwendigen Test-, Bestätigungs- und Zertifizierungsmaßnahmen und die Festlegung von Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren zur Verwaltung. Die gematik ist u. a. auch für die Zulassung der sicheren Dienste für Verfahren zur Übermittlung medizinischer und pflegerischer Dokumente über die TI und für die Koordinierung der Ausgabeprozesse der in der TI genutzten Identifikations- und Authentifizierungsmittel (Karten und Ausweise) verantwortlich. (§ 311 Abs. 1 SGB V)

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben hat die gematik die Interessen von Patient*innen zu wahren und die

Einhaltung der Vorschrift zum Schutz personenbezogener Daten sowie zur Barrierefreiheit sicherzustellen (§ 311 Abs. 4 SGB V).

Die Gesellschaftsanteile der gematik sind gesetzlich geregelt. Die Gesellschafter der gematik sind die Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens: das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutsche Apothekerverband (DAV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV). In einem Beirat wirken zudem u.a. Patientenvertreter*innen, der*die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, der*die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patient*innen und Vertreter*innen der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene mit. (§§ 317 f. SGB V)

¹ Weitere Informationen zum Thema Datenschutz und Datensicherheit der gematik sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.gematik.de/datensicherheit>

4. Wo finden sich die gesetzlichen Regelungen?

Die gesetzlichen Grundlagen für den Aufbau der TI und der elektronischen Gesundheitskarte sind im Sozialgesetzbuch V verankert. Folgende Gesetze haben insbesondere das SGB V in den letzten fünf Jahren diesbezüglich fortentwickelt und ergänzt.

Das im Jahr 2015 in Kraft getretene **E-Health-Gesetz** (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen) hat einen verbindlichen Zeitplan für die Einführung der TI und erste Anwendungen und Dienste festgelegt.

Das **Terminservice- und Versorgungsgesetz** (TSVG) aus dem Jahr 2019 verpflichtete Krankenkassen bis 2021 ihren Versicherten elektronische Patient*innenakten anzubieten. Auch die digitale Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die von den Ärzt*innen an die Krankenkassen übermittelt wird, wurde geregelt.

Mit dem **Digitale-Versorgung-Gesetz** (Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation), das im Dezember 2019 in Kraft trat, wurden die Rahmenbedingungen der TI konkretisiert. Darüber hinaus wurde mit dem Gesetz der Grundstein für die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die TI gelegt.

Mit dem im Jahr 2020 verabschiedeten **Patientendatenschutzgesetz** – PDSG (Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur) wurden die datenschutzrechtlichen Anforderungen konkretisiert. Insbesondere wurden die Zugriffsrechte für Pflegekräfte auf die verschiedenen Komponenten der TI wie z. B. die elektronische Patient*innenakte geregelt.

Das **Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz** (DVPMG), das Mitte des Jahres 2021 in Kraft trat, regelte u. a. die Weiterentwicklung von Anwendungen in der TI, wie die elektronische Patient*innenakte und das e-Rezept. Ab 01. Januar 2024 sind neben Apotheken und Krankenhäusern auch ambulante Pflegedienste, die Leistungen nach §§ 37 und 37c SGB V erbringen, zur Anbindung an die TI verpflichtet. Zudem wurde mit dem DVPMG der Weg für digitale Anwendungen in der Pflege (DiPAs) geebnet und ein Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung für Finanzierung und pflegerische Unterstützung bei der Anwendung der DiPAs eingeführt.

5. Welche Akteure im Gesundheitswesen sind in die TI eingebunden?

Ziel ist es, die sukzessive sichere digitale Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens über die TI zu gewährleisten. Dazu zählen neben den Versicherten alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Seit 01. Juli 2019 sind niedergelassene Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Zahnärzt*innen gesetzlich verpflichtet, sich an die TI anzuschließen und bei jedem ersten Ärzt*in-Patient*in-Kontakt im Quartal das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchzuführen. Zukünftig wird das VSDM auf der elektronischen Gesundheitskarte durch die onlinebasierte digitale Identität abgelöst (§ 291 SGB V). Apotheken sind seit September 2020 und Krankenhäuser seit Januar 2021 ebenfalls verpflichtet sich der TI anzuschließen. Krankenhäuser können ab 01. Januar 2022 gesetzlich sanktioniert werden, wenn sie der Verpflichtung nicht nachgekommen sind (§ 341 Abs. 7 SGB V).

Darüber hinaus sind ab 01. Januar 2024 ambulante Pflegedienste und außerklinische Intensivpflegedienste, ab 01. Januar 2025 soziotherapeutische Einrichtungen sowie ab 01. Januar 2026 Erbringer von Heil- und Hilfsmittelleistungen wie z. B. ergotherapeutische und physiotherapeutische Praxen und Sanitätshäuser verpflichtet, sich der TI anzuschließen. Die Verpflichtung ist gegeben, da ab den genannten Zeitpunkten die Übermittlung und Verarbeitung von vertragsärztlichen Verordnungen nur noch in elektronischer Form möglich sein soll. Die Verpflichtung ist in Ausnahmefällen nicht gegeben, wenn die Ausstellung und Übermittlung aus technischen Gründen nicht möglich ist (§ 360 SGB V). Die Einbindung von Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI bleibt der Anschluss an die TI zunächst (noch) freiwillig.

Die gegenseitige Übermittlung von Daten zwischen dem Medizinischen Dienst und den Pflegekassen oder den Landesverbänden der Pflegekassen hat ebenfalls nur noch elektronisch über die Telematikinfrastruktur zu erfolgen, sofern die Institutionen an die TI angeschlossen sind. Eine gesetzliche Frist wurde nicht geregelt. (§106c SGB XI)

Für Hebammen und Entbindungspfleger, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Physiotherapiepraxen sieht der Gesetzgeber bislang die freiwillige TI Anbindung vor. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst soll perspektivisch mit bestimmten Zugriffsrechten an die TI angeschlossen werden.

6. Welche Anwendungen sind innerhalb der TI möglich?

In der Telematikinfrastruktur sind verschiedene Anwendungen für Versicherte und Leistungserbringer möglich. Die Anwendungen in der TI werden schrittweise eingeführt, mit der Zeit werden immer komplexere Anwendungsmöglichkeiten für Versicherte und Leistungserbringer etabliert. Die Einbindung der Pflege in die TI ist sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich möglich. In der ambulanten Pflege ist die Anbindung bislang lediglich für den Dienstsitz möglich, aber nicht für die Anwendung vor Ort bei Patient*innen, da aktuell noch keine mobilen Komponenten verfügbar sind. Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) wird die gematik beauftragt bis zum 30. Juni 2022 Maßnahmen durchzuführen, damit Anbieter ab 01. Januar 2023 Komponenten und Dienste zur Verfügung stellen können, die eine u.a. stationäre und mobile Zugangsmöglichkeit zur Telematikinfrastruktur ermöglichen (§ 312 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB V).

Alle Anwendungen bis auf das Versichertenstammdatenmanagement sind für Patient*innen freiwillig und erfordern eine Einwilligung. Dies hat zur Folge, dass das Fachpersonal die Anwendungen nur nutzen kann, wenn diese seitens der Patient*innen für sie freigegeben werden.

Versichertenstammdaten-Management (VSDM)

Die Versichertenstammdaten sind auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert. Das bereits im Jahr 2018 etablierte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) dient dazu, die Versichertenstammdaten (administrative Daten, wie Name, Adresse und Versichertenstatus) der gesetzlich Krankenversicherten in medizinischen Einrichtungen abzurufen. Änderungen der Daten mussten anfangs der Versicherung der Versicherung gemeldet werden, die dann eine neue Karte ausstellte.

Mit Anbindung an die Telematikinfrastruktur können die Informationen beim Einlesen der Gesundheitskarte z. B. in einer Arztpraxis automatisch aktualisiert werden (On-

line-Abgleich der Versichertenstammdaten). Es kann auch geprüft werden, ob die Informationen aktuell sind und Versicherungsschutz besteht. Ein Kartentausch ist nicht mehr nötig, die Daten auf der Karte können vor Ort aktualisiert werden. Die Speicherung der Versicherten-Stammdaten ist für Versicherte verpflichtend.

Elektronischer Medikationsplan (eMP)

Der elektronische Medikationsplan (E-Medikationsplan) ist die digitale Weiterentwicklung des bereits vorhandenen bundeseinheitlichen Medikationsplanes in Papierform. Die gleichen Informationen können freiwillig auf der Gesundheitskarte oder auf Wunsch des*der Patient*in in der ePA gespeichert werden (u.a. historische Medikationsdaten, Arzneimittel, Dosierschema, Wirkstoff, Behandlungsgrund, Arzneimittelunverträglichkeiten).

Mit dem E-Medikationsplan können Mediziner*innen in Kliniken, niedergelassene Ärzt*innen, Apotheker*innen und Pflegekräfte auf einen Blick sehen, welche Medikamente in welcher Dosis verordnet wurden. Die Gefahr von Falschinformationen kann verringert und schädliche Wechselwirkungen können vermieden werden.

Die Speicherung des Medikationsplanes auf der Gesundheitskarte ist für Versicherte freiwillig.

Elektronische Notfalldaten (NFDM)

Das Notfalldatenmanagement macht es möglich, Informationen für den Notfall auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern (z.B. Diagnosen, Allergien, Medikation, Kontaktdaten der behandelnden Ärzt*innen, Benachrichtigungskontakte).

Zusätzlich können „Persönliche Erklärungen“ auf der elektronischen Gesundheitskarte oder der elektronischen Patient*innenakte (ePA) gespeichert werden (z. B. Patient*innenverfügung, Vorsorgevollmacht, Organspendeausweis). Es können auch Informationen über den Aufbewahrungsort (z. B. Notar*in oder Portemonnaie) der „Persönlichen Erklärung“ abgelegt werden.

In bestimmten Notfall- oder Behandlungssituationen kann durch die elektronisch gespeicherten Notfalldaten das Vorgehen beschleunigt und Fehlbehandlungen vermieden werden. NFDN kann ebenso zur Befolgung einer wunschgemäßen Behandlung und zur schnellen Information von Angehörigen beitragen. Die Nutzung des elektronischen Notfalldatenmanagements sowie die Hinterlegung „Persönlicher Erklärungen“ auf der elektronischen Gesundheitskarte sind für die Versicherten freiwillig. Im Ernstfall ist ein Zugriff auf die Notfalldaten durch medizinisches Personal auch ohne das Einverständnis des*der Patient*in möglich, z. B. wenn der*die Patient*in nicht bei Bewusstsein ist.

Kommunikation im Medizinwesen (KIM)

KIM (vorher KOM-LE) ermöglicht eine sichere digitale Kommunikation und einen sicheren Austausch von sensiblen Informationen unter Leistungserbringern und Institutionen im Gesundheitswesen (z. B. das Verschicken von Arztbriefen, Entlassbriefen, Befunden und Untersuchungsergebnissen oder Röntgenbildern). Sie funktioniert wie ein sicheres E-Mail Programm. Da sich die KIM in die bestehenden Verwaltungssysteme integrieren lassen soll, können die Daten aus dem gewohnten System versandt und empfangen werden. Durch die Ende-zu-Ende Verschlüsselung der versandten Daten sowie die elektronische Signatur sollen Authentizität und Sicherheit der medizinischen Daten sichergestellt werden.

Der vereinfachte intersektorale Informationsaustausch kann einen Beitrag zur Schnittstellenreduktion im Pflegealltag leisten. Gerade bei zeitkritischen Informationen läuft die Übertragung von Daten über den sicheren digitalen Weg deutlich schneller ab als auf herkömmlicher Weise (Post, Fax, persönliche Überbringung).

Um die KIM nutzen zu können, benötigen Leistungserbringer einen Heilberufs- bzw. Berufsausweis und es muss eine Registrierung bei einem der gematik zugelassenen KIM-Anbieter erfolgen (vgl. Kapitel 8).

Die Nutzung dieses Kommunikationsweges ist für Leistungserbringer freiwillig.

Elektronisches Rezept (E-Rezept)

Durch das elektronische Rezept bzw. die elektronische Verordnung wird die digitale Ausstellung und Versendung eines Rezeptes für apothekenpflichtige Arzneimittel über die TI ermöglicht. Der*die Patient*in kann das E-Rezept über eine App auf dem Smartphone empfangen oder ausgedruckt erhalten. Seit Juli 2021 wird das E-Rezept in einer Testphase erprobt. Zum 1. Januar 2022 soll es laut Gesetz für alle Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die Regel sein. Aufgrund technischer und weiterer Herausforderungen wurde kürzlich bekannt gegeben, dass die Testphase verlängert wird. Damit verschiebt sich auch die flächendeckende Einführung des E-Rezepts nach hinten. Ein konkretes Datum steht bislang noch nicht fest.

Das E-Rezept soll stufenweise ausgebaut werden, z.B. um Rezepte für Betäubungsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen und T-Rezepte erweitert werden. Auch weitere Leistungen wie Heilmittel, Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege sollen elektronisch verordnet werden können.

So sind mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) neben Apotheken und Krankenhäusern auch ambulante Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V erbringen, ab dem 01. Juli 2024 verpflichtet, die Leistungen unter Nutzung der hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten auch auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung zu erbringen (§ 360 Abs. 5 SGB V).

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patient*innenakte ist eine sektorenübergreifende digitale Dokumentensammlung. Seit 01. Januar 2021 haben alle gesetzlich Versicherten das Anrecht auf die Nutzung einer ePA. Diese wird von der jeweiligen Krankenkasse als App kostenlos zur Verfügung gestellt und kann z. B. medizinische Befunde, sektorenübergreifende Informationen aus vorhergehenden Untersuchungen und Behandlungen, einen Notfalldatensatz oder Medikationsplan enthalten, die in der Telematikinfrastruktur abgelegt sind. In weiteren Ausbaustufen

sollen neben gesetzlich Versicherten auch Privatversicherte die ePA nutzen können (ab 2022). Außerdem können dann weitere Dokumente, wie der Impfpass, das Zahnbonusheft, der Mutterpass und das Kinderuntersuchungsheft digital in der ePA abgelegt werden.

Die App kann auf mobilen Endgeräten (z.B. Smartphone, Tablet) installiert werden. Ab dem Jahr 2022 wird es auch die Möglichkeit geben, die ePA über ein stationäres Gerät (Laptop, PC) zu nutzen.

Die ePA ist so angelegt, dass der*die Versicherte selbst entscheiden kann, ob und wie er*sie die ePA nutzen möchte. Die Nutzung ist freiwillig und Patient*innen entscheiden selbst, welche medizinischen Informationen in die ePA hochgeladen werden und wer (z.B. Ärzt*innen, Apotheker*innen etc.) und über welchen Zeitraum hinweg darauf zugreifen darf. Es ist ebenso möglich, dass Patient*innen eine*n Vertreter*in für die Verwaltung ihrer ePA bestimmen.

In weiteren Ausbaustufen kommen weitere Berufsgruppen und Leistungserbringer hinzu, denen der Zugriff seitens dem*der Patient*in gewährt werden kann.

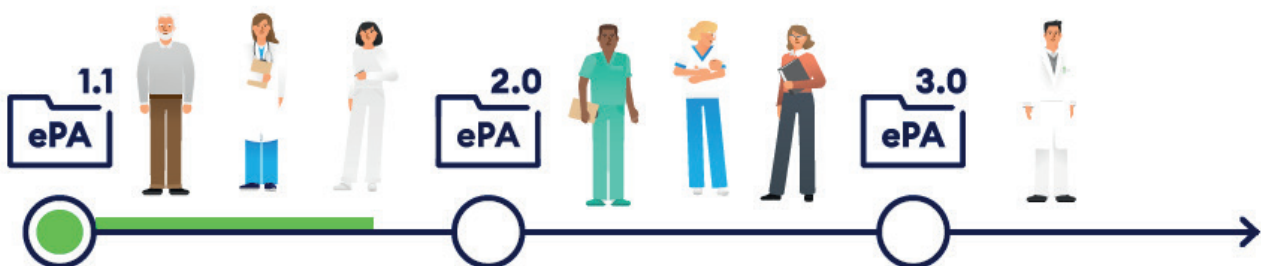
Dazu zählen u. a. Pflegepersonal, Hebammen, Physiotherapeut*innen, der Öffentliche Gesundheitsdienst, Arbeitsmediziner*innen sowie Rehabilitationskliniken. Auch ein integrierter Messenger, der die Kommunikation mit Leistungserbringern ermöglichen soll, soll zukünftig in der ePA integriert sein.

Auf die Daten in der ePA können Berufsgruppen im Gesundheitswesen nur nach Einwilligung der Versicherten zugreifen. Darüber hinaus müssen sich Leistungserbringer im Gesundheitswesen mit einem Ausweis digital authentifizieren, um auf die Daten zugreifen zu können (siehe Kapitel 7).

Einen ausführlichen Fragen-Antworten-Katalog zur ePA stellt das Bundesgesundheitsministerium bereit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.html>

Die gematik informiert ebenso über die ePA und berichtet auch über den aktuellen Stand der Entwicklung, die in mehreren Stufen erfolgen soll: <https://www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte/>

Ausbaustufen der ePA



01.01.2021

Dokumententypen
Notfalldatensatz (NFD-Satz)
Elektronischer Medikationsplan
Elektronischer Arztbrief

01.01.2022

Dokumententypen
Impfpass
Mutterpass
Zahnbonusheft
Kinderuntersuchungsheft

01.01.2023

Dokumententypen
KH-Entlassbrief
Pflegeüberleitungsbogen
Laborwerte
DiGA
eAU

Quelle: <https://www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte/>, Zugriff 09.11.21

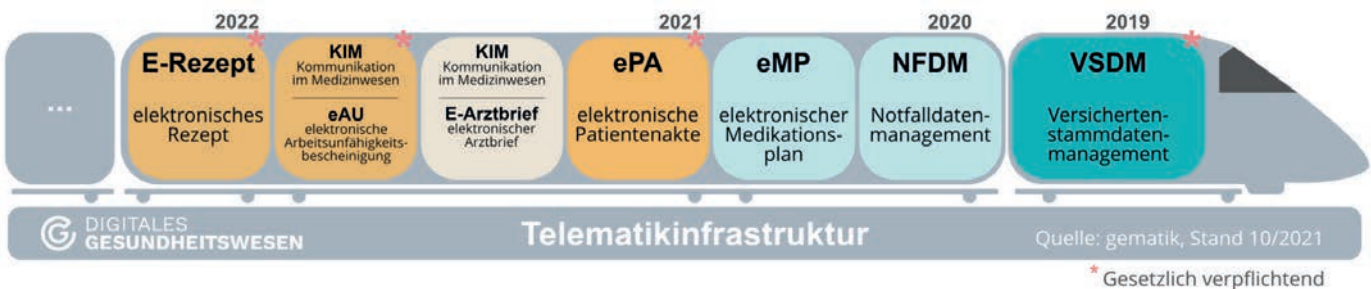
Medizinische Informationsobjekte (MIO)

Ziel eines digitalen Gesundheitswesens ist der digitale sektorenübergreifende und interdisziplinäre Austausch medizinischer Daten, um die Versorgung von Patient*innen schnittstellenärmer zu gestalten. Zu diesem Zweck wird sichergestellt, dass die Daten, die von den verschiedenen Systemen im Gesundheitswesen erstellt, gelesen, bearbeitet und untereinander ausgetauscht werden, interoperabel sind. Um dies zu erreichen, werden medizinische Informationen in einem festgelegten Format auf Basis internationaler Standards und Terminologien dokumentiert. Ein MIO ist also ein Informationspaket, das für jedes System

lesbar und bearbeitbar ist. Zudem ist bei jedem MIO definiert, wie diese Informationen (semantisch und syntaktisch interoperabel) in der ePA gespeichert werden. Konkrete Beispiele für MIOs sind die elektronische Impfdokumentation, das elektronische Kinderuntersuchungsheft, der elektronische Mutterpass oder das elektronische Zahnbonusheft.

Mit dem TSVG wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) damit beauftragt, die semantische und syntaktische Interoperabilität für Inhalte der ePA in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen festzulegen. Das Konzept der MIO stammt von der KBV.

Zeitplan für die Anwendungen der Telematikinfrastruktur



Quelle: <https://digitales-gesundheitswesen.de/vom-stammdatenabgleich-zur-patientenakte-der-plan-zur-einfuehrung-der-ti-anwendungen-im-ueberblick/>, Zugriff 18.11.2021

7. Welche Zugriffsrechte haben Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeeinrichtungen auf die Anwendungen der TI?

Das Patientendaten-Schutzgesetz trifft zunächst ganz grundsätzliche Regelungen zu den Zugriffsrechten der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf die Anwendungen der TI (§ 339 SGB V). Danach dürfen alle für die verschiedenen Anwendungen der Telematik zugriffsberechtigten Leistungserbringer im Gesundheitswesen, also auch Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte nur dann auf die verschiedenen Komponenten der Telematikinfrastruktur zugreifen, wenn eine entsprechende Einwilligung des*der Versicherten vorliegt (§ 339 Abs. 1 SGB V). Hierzu bedarf es einer eindeutigen aktiven Freigabe des*der Versicherten.

Mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität dürfen die zugriffsberechtigten Leistungserbringer daneben nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis in Verbindung mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (Institutionsausweis) auf die in den Anwendungen hinterlegten Daten zugreifen (§ 339 Abs. 3 SGB V).

Zugriffsberechtigte Personen wie Pflegehilfskräfte, die keinen elektronischen Heilberufsausweis erhalten werden, dürfen auf die entsprechenden Daten nur zugreifen, wenn sie für den Zugriff von einer Person, die über einen elektronischen Heilberufsausweis verfügt (z.B. Pflegefachkraft, Arzt*Ärztin), autorisiert werden und dies elektronisch protokolliert wird (§ 339 Abs. 5 SGB V).

Welche Stelle für die Ausgabe des Heilberufs- bzw. Berufsausweises und des Institutionsausweises zuständig ist, bestimmen die jeweiligen Bundesländer (§ 340 SGB V). Für die Pflege gibt es – anders als für Ärzt*innen – derzeit noch keine elektronischen Heilberufs- bzw. Berufsausweise. Das Verfahren zur Beantragung eines Institutionsausweises wird derzeit entwickelt.

Für die folgenden Anwendungen der Telematikinfrastruktur regelt das Patientendaten-Schutzgesetz spezielle Zugriffsrechte für Pflegefach- und Pflegehilfskräfte:

Elektronische Patient*innenakte (ePA) (§ 352 SGB V)

Nach dem Patientendaten-Schutzgesetzes sind durch die Telematik die Voraussetzungen für den Zugriff des Pflegepersonals auf die elektronische Patient*innenakte zu schaffen. Durch die zweite Ausbaustufe der ePA (ePA 2.0) werden ab Januar 2022 neben Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, Altenpfleger*innen, Pflegefachkräfte ausdrücklich auch Pflegehilfskräfte mit mind. einjähriger Ausbildung unter Aufsicht von Pflegefachkräften Zugriff auf die elektronische Patient*innenakte erhalten. Konkret ist Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften, unter Aufsicht von zugriffsberechtigten Pflegefachkräften u.a. folgendes gestattet (§ 352 Nr. 9 bis 12 SGB V):

Das Auslesen, Speichern und die Verwendung von Daten bezogen auf

- Daten zu Befunden und Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichten,
- Daten des elektronischen Medikationsplans,
- Elektronische Notfalldaten,
- Elektronische Arztbriefe,
- Daten zur pflegerischen Versorgung,
- Daten elektronischer Verordnungen,

sofern sie Bestandteil der elektronischen Patient*innenakte sind. Darüber hinaus ist auch die Verarbeitung von Daten bezogen auf die Daten der pflegerischen Versorgung gestattet.

Der Zugriff bedarf der Einwilligung des*der Versicherten durch eine eindeutige aktive Freigabe. Ohne den Einsatz einer elektronischen Gesundheitskarte kann auf die Daten in der elektronischen Patient*innenakte auch zugegriffen werden, wenn der*die Versicherte über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgerätes eingewilligt hat.

Erklärungen des*der Versicherten zu Organ- und Gewebespende sowie auf Hinweise deren Vorhandensein und den Aufbewahrungsort (§ 356 SGB V)

Auf Erklärungen des*der Versicherten zu Organ- und Gewebespende sowie auf Hinweise auf deren Vorhandensein und den Aufbewahrungsort haben Pflegekräfte keinen Zugriff.

Hinweise des*der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen (§ 357 SGB V)

Weiterhin haben Pflegekräfte, die in einer Pflegeeinrichtung, einem Hospiz oder einer Palliativeinrichtung tätig sind, Zugriff auf die Daten zu Hinweisen des Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten und Patient*innenverfügungen. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung des Versicherten, die allerdings keine eindeutige bestätigende Handlung durch technische Zugriffsfreigabe erfordert. Ohne Einwilligung ist der Zugriff auf die Daten zulässig, wenn eine ärztlich indizierte Maßnahme unmittelbar bevorsteht und der Versicherte nicht fähig ist, in die Maßnahme einzuwilligen.

Elektronischer Medikationsplan (§ 359 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V) und elektronische Notfalldaten (§359 Abs. 1-3 SGB V)

Auf den elektronischen Medikationsplan und die elektronischen Notfalldaten haben Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte mit mind. einjähriger Ausbildung unter Aufsicht einer Pflegefachkraft Zugriff, der das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten des elektronischen Medikations- und Notfallplanes ermöglicht, soweit dies für die Versorgung des*der Versicherten erforderlich ist und der*die Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung wird eine technische Zugriffsfreigabe des*der Versicherten nicht benötigt. Allerdings muss die Einwilligung durch den Zugriffsberechtigten in der Behandlungsdokumentation protokolliert werden. Auf den elektronischen Notfallplan ist im Notfall der Zugriff auch ohne Einwilligung des*der Versicherten zulässig.

Ärztliche Verordnungen (§ 361 SGB V)

Auf das E-Rezept dürfen Erbringer ärztlich verordneter Leistungen zugreifen und dabei Daten verarbeiten, soweit dies für die Versorgung der Versicherten mit der ärztlich verordneten Leistung erforderlich ist. Der Zugriff ist ausschließlich mit einem elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweis in Verbindung mit einem Institutionsausweis zulässig. Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat. Sofern der Zugriff von berechtigten Personen erfolgt, die nicht über einen elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweis verfügen, müssen diese von einem Inhaber eines elektronischen Heilberufs bzw. Berufsausweise autorisiert werden. Der Zugriff muss protokolliert werden.

8. Welche technische Ausstattung ist notwendig?

Um die TI nutzen zu können, benötigen Pflegeeinrichtungen vorerst noch verschiedene Komponenten und Dienste. Alle eingesetzten Hard- und Softwarekomponenten, auch die Pflegesoftware, müssen von der Gematik für den Einsatz in der TI zugelassen sein.

Eine Liste der zugelassenen Anbieter ist unter <https://fachportal.gematik.de/zulassungs-bestaetigung-suebersichten> einsehbar.

Konnektor

Der Zugang zur TI erfolgt über einen Konnektor, der ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) zur TI herstellt und eine Kommunikation unter Einsatz moderner Verschlüsselungstechnologien völlig abgeschirmt vom Internet ermöglicht. Dieser ähnelt einem DSL-Router, arbeitet allerdings auf einem deutlich höheren Sicherheitsniveau. Der Konnektor ist mit den stationären E-Health-Kartenterminals der Pflegeeinrichtung verbunden. Alle geplanten Funktionserweiterungen können als Software-Upgrade installiert werden.

E-Health-Kartenterminal

Die stationären E-Health-Kartenterminals sind notwendig, um Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, wie das Versicherungsdatenmanagement, das Notfalldatenmanagement und den elektronischen Medikationsplan, nutzen zu können. Über diese Geräte erfolgt auch die Anmeldung der Einrichtung an die TI. Dazu wird der Institutionsausweis, den die Einrichtung für die Teilnahme an der TI authentifiziert, in das Kartenterminal eingesteckt.

Institutionsausweis (Secure Module Card Typ – SMC-B)

Der Institutionsausweis identifiziert die Pflegeeinrichtung und ermöglicht ihr den Zugang zur TI und zur elektronischen Gesundheitskarte. Diesen Ausweis gibt es für verschiedene Sektoren in verschiedenen Ausprägungen mit einem dahinterliegenden Berechtigungskonzept. Für den Pflegesektor soll es eine SMC-B-Pflege geben. Geplant ist, dass diese gemeinsam mit dem Heilberufsausweis seitens des elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR) ausgegeben wird.

Bislang ist die SMC-B-Pflege noch nicht technisch spezifiziert. Übergangsweise erfolgt der Zugang, im Rahmen des Modellprojekts nach § 125 SGB XI, über eine SMC-B-Org.

Der Institutionsausweis ist ebenfalls Grundvoraussetzung für die Online-Beantragung der Ausstattungs- und Betriebskosten beim GKV-Spitzenverband. Auch dieser prüft die Anspruchsvoraussetzungen mit Hilfe des Verzeichnisses der Institutionsausweise.

Elektronischer Heilberufs- bzw. Berufsausweis (eHBA/eBA)

Für den Zugriff auf die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten ist ein elektronischer Heilberufs- oder Berufsausweis und ab 01.01.2024 eine digitale Identität, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist, zur Authentifizierung zwingende Voraussetzung (§§ 340, 291 SGB V).

Das Gesetz für die sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) sieht vor, dass für alle Leistungserbringer der Zugriff auf Daten und Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte bzw. der digitalen Identität für Versicherte personenbezogen nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweis bzw. einer digitalen Identität erfolgen darf.

Das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) soll als gemeinsame Stelle der Länder künftig die Ausgabe der Authentifizierungsmöglichkeiten an diejenigen nicht approbierten Erbringer*innen ärztlich verordneter Leistungen übernehmen, die nicht über eigene Körperschaften zur Ausgabe der Ausweise verfügen, während die Ausgabe der eHBA für die approbierten Gesundheitsberufe in der Regel durch die Heilberufekammern auf Landesebene erfolgen soll bzw. bereits erfolgt. Sitzland des eGBR ist entsprechend einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz das Land Nordrhein-Westfalen. Aktuell befindet sich das eGBR noch im Aufbau. Die Ausgabe der eHBA wird voraussichtlich ab Anfang 2022 beginnen.

VPN-Zugangsdienst und Internetanschluss

Für den Zugang zur TI benötigen Pflegeeinrichtungen einen Internetzugang und einen speziellen VPN-Zugangsdienst – ähnlich einem Internetprovider, der den Zugang zum Internet bereitstellt. Auch diese Dienste müssen von der gematik zertifiziert werden.

TI 2.0

Die Telematikinfrastruktur entwickelt sich von einem vielschichtigen Hardwaresystem zu einem onlinebasierten System weiter. Zukünftig werden Konnektoren, VPN-Zugänge und elektronische Gesundheitskarten nicht mehr benötigt. Die Speicherung der Patient*innen-daten erfolgt in einer Cloud, die über das Internet erreichbar ist und die jede autorisierte Person im Gesundheitswesen über die elektronische Identität mobil abrufen kann.

Ziel der Weiterentwicklung der TI ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsforschung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. Darüber hinaus soll die Abhängigkeit von einzelnen speziellen Industrieanbietern und die damit einhergehenden Kosten für den Service reduziert werden. Prinzipiell benötigt das modifizierte System Sicherheitskonzepte für die Patient*innendaten, vereinfachte und transparente Nutzungsmöglichkeiten für alle Anwender sowie funktionsfähige und stabile Technologien.

Die Umsetzung der TI 2.0 soll schrittweise bis 2025 erfolgen. Demzufolge sind die oben genannten digitalen Identitäten für Versicherte und Leistungserbringer unumgänglich.

9. Wie wird der Anschluss an die TI finanziert und welche Kosten werden übernommen?

Die erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der TI sowie die Kosten, die im laufenden Betrieb der TI entstehen, werden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen von der Pflegeversicherung erstattet (§ 106 b SGB XI). Das Verfahren zur Erstattung der Kosten zur Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI (TI-Finanzierungsvereinbarung) wurde in der „Vereinbarung des Verfahrens zur Kostenerstattung gem. § 106 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit § 291 a Abs. 7 Satz 5 SGB V“ festgelegt. Diese wurde zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbart.

Kosten der Ausstattung: Die Beschaffung eines E-Health Konnektors, eines stationären E-Health Kartenterminals sowie des Institutionsausweises werden Pflegeeinrichtungen erstattet und zwar mit der Pauschale, die für die Vertragsarztpraxen mit weniger als drei Ärzt*innen vorgesehen ist (Anlage 2 Abs. 2 Tab. 1 der Anlage 32 des Bundesmantelvertrages-Ärzte, gegenwärtig 1.549,00 €).

Für die Aufwendungen der Online-Anbindung an die TI mittels VPN Zugangsdienst, die Implementierung der Konnektorfunktionen und die Installation der Komponenten wird Pflegeeinrichtungen eine sog. „TI Startpauschale“ in Höhe der um 1/3 reduzierten Summe der in Anlage 2 Abs. 3 BMV-Ä genannten Pauschale gewährt (gegenwärtig: 600,00 €).

Für die im laufenden Betrieb entstehenden Betriebskosten erhält die Pflegeeinrichtung quartalsweise eine Betriebskostenpauschale gem. Anlage 2 Abs. 3 der Anlage 32 BMV-Ä (gegenwärtig 248,00 €). Zuzüglich wird ein quartalsweiser Zuschlag gem. Anlage 5 Abs. 2 der Anlage 32 BMV-Ä erstattet (gegenwärtig 4,50 €). Für den laufenden Betrieb des SMC-B Institutionsausweises erhält die Pflegeeinrichtung quartalsweise eine Betriebskostenpauschale gem. Anlage 2 Abs. 3 der Anlage 32 BMV-Ä (gegenwärtig 23,25 €).

Der Anspruch der Zahlung der Pauschalen entsteht in dem Quartal, in dem die technische Inbetriebnahme erfolgt. Der Nachweis erfolgt über die Pflegeeinrichtung durch schriftliche Bestätigung des jeweiligen Dienstleisters oder eines vergleichbaren Nachweises gegenüber der Abrechnungsstelle des GKV-Spitzenverbandes. Die Betriebskostenpauschalen reduzieren sich im ersten Quartal der Nutzung um ein Drittel für jeden vollen Monat, in dem die Einrichtung noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen war.

Die Vereinbarung des Verfahrens zur Kostenerstattung gem. § 106b Abs. 1 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V ist unter folgendem Link einsehbar:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/egk_1/s_egk.jsp

10. Modellprogramm zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI nach § 125 SGB XI

Parallel zur den Regelungen, die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI betreffend, wurde ein entsprechendes Modellvorhaben eingerichtet. Dazu werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro zur wissenschaftlich gestützten Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI zur Verfügung gestellt. Das Modellprogramm ist für die Jahre 2020 bis 2024 vorgesehen und wird vom GKV-SV durchgeführt.

Ziele des Modellvorhabens:

- Vorbereitung der Pflegeeinrichtungen auf die Anbindung an die TI (Klärung technischer Voraussetzungen und möglicher Anwendungen)
- Stufenweise Einbindung (Begleitung und Unterstützung)
- Sektorenübergreifender Informationsaustausch in der TI erproben (zwischen Pflegeeinrichtungen, Ärzt*innen, Krankenhäusern, Apotheken)
- vorhandene Standards des digitalen Informationsaustausches überprüfen und weiterentwickeln

Die Teilnahme an dem Projekt ist sowohl für stationäre als auch für ambulante Pflegeeinrichtungen möglich. Die Teilnahme ist freiwillig sowie technisch und finanziell unabhängig von der Möglichkeit der Anbindung an die TI.

Das Projekt wird in zwei verschiedenen Projekttypen durchgeführt. In sogenannten A-Projekten wird die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) erprobt. Sukzessive sollen weitere Anwendungen der TI (z. B. Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan, elektronische Patientenakte, elektronische Verordnung) integriert werden.

In sogenannten B-Projekten sollen Standards und neue digitale Anwendungen für den sektorenübergreifenden Informationsaustausch in der TI entwickelt und erprobt werden.

Für beide Projekttypen ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorgesehen.

Das Interessenbekundungsverfahren wurde inzwischen abgeschlossen. In einem Auswahlverfahren wurden mehr als 80 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen für die Teilnahme ausgewählt. Mit einer digitalen Auftaktveranstaltung sind die ersten Einzelprojekte in Projekttyp A bereits angelaufen. Die Teilnehmenden im Projekttyp B haben ihre Projekte im Herbst 2021 gestartet.

Weitere Informationen zum Modellprojekt sind unter folgendem Link im Internet zu finden:

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp

11. Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI

Die telepflegerischen Ansätze sollen die Kommunikation und Informationsweitergabe unter den Pflegekräften

- mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen,
- anderen beruflich Pflegenden sowie
- weiteren professionellen Akteuren im Gesundheitswesen (z. B. Ärzt*innen, Therapeut*innen, Apotheker*innen)

bei gegebener räumlicher und/oder zeitlicher Distanzen erleichtern.

Davon soll vor allem das Pflegepersonal im ambulanten Bereich profitieren. Daher richtet sich das Modellprogramm hauptsächlich an ambulante Pflegedienste. Ziel ist es, dass beruflich Pflegenden und Pflegebedürftige bei der körperbezogenen Selbstversorgung

(z. B. Anleitung bei der Grundpflege, Bilder von Wunden), im Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Begleitung per Videochat) sowie bei der Teilnahme von sozialen Aktivitäten (z. B. begleitete digitale Senior*innentreffen) Unterstützung erhalten. Bei der Telepflege wird demzufolge, auf Basis von Informations- und Kommunikationstechnologien, weiterhin eine pflegerische Dienstleistung erbracht. Die begleitende Pflegekraft ist dabei digital „anwesend“.

Im Zeitraum von 2022 bis 2024 sollen für das Projekt Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von zehn Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt die Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung des Modellprogramms. Es ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorgesehen. Auch Schnittstellen zur TI sollen gemeinsam mit der Gematik in diesem Projekt erarbeitet werden.

12. Welche ergänzenden digitalen Unterstützungsleistungen in der Pflege sind außerhalb der TI möglich?

Über die Anwendungsmöglichkeiten innerhalb der Telemedizininfrastruktur hinaus hat der Gesetzgeber weitere digitale Möglichkeiten für Pflegebedürftige und deren Angehörige sowie zur Interaktion mit Pflegekräften und Ärzt*innen geschaffen.

Pflegebedürftige haben auf Wunsch, neben der Beratungsleistung durch Pflegeberater*innen in der Häuslichkeit bzw. in Pflegeeinrichtungen, Anspruch auf ergänzende **digitale Pflegeberatung** (§ 7a Abs. 2 SGB XI).

Digitale Pflegeanwendungen (Apps für Smartphone und Tablet) sollen die Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen erhalten bzw. fördern sowie eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit verhindern. Die Anwendungen können zum Beispiel eigenständig (ohne aktive digitale Begleitung einer Pflegekraft) zur Sturzprävention oder zum Gedächtnistraining bei Demenz, sowie zur Kommunikation zwischen dem zu Pflegenden, deren Angehörigen und dem ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden. Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung erhalten von den Pflegekassen dafür einen Zuschuss von 50 € monatlich. Vorgaben für den Einsatz des Leistungsbeitrages sollen noch durch den GKV-Spitzenverband erarbeitet werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt für die digitalen Pflegeanwendungen ein barrierefreies Verzeichnis ein. (§§ 39a, 40a, 40b, 78a SGB XI)

Pflegekassen sollen zu den Pflegekursen in Präsenz, auch kostenlose **onlinebasierte Pflegekurse** für Angehörige oder Ehrenamtliche anbieten (§ 45 SGB XI).

Videosprechstunden sind auf freiwilliger Basis, auf Seiten der Ärzt*innen und der Pflegekräfte bzw. dem*der Patient*in, unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien in Echtzeit online möglich. Als Videosprechstunde gilt auch die Kommunikation zwischen einem*einer Vertragsärzt*in und eines Pflegebedürftigen unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung des*der Patient*in beteiligt sind (z. B. in einer Pflegeeinrichtung oder in der Häuslichkeit des*der Patient*in). In ländlichen Gebieten können infrastrukturelle Hürden, z. B. der Anfahrtsweg zur Arztpraxis, dadurch überwunden werden. (§ 365 SGB V i.V.m. Anlage 31b Bundesmantelvertrag-Ärzte)

13. Fazit

Mit der gesetzlichen Grundsteinlegung ist die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die TI sowie die Finanzierung dieser sichergestellt. Die damit einhergehenden Prozesse, wie die Vereinbarung einer Finanzierungsvereinbarung konnten bereits abgeschlossen werden. Einige Fragen, wie und ab wann die Ausgabe der Heilberufs- und Institutionsausweise für Pflegeeinrichtungen erfolgen soll sind noch nicht abschließend geklärt. Zum aktuellen Stand ist die Einbindung der Pflege in die TI technisch nur deutlich eingeschränkt möglich. Darüber hinaus bedarf es weiterer gesetzliche Festlegungen, um weitere TI-Anwendungen für Pflegeeinrichtungen sowie deren technische Bereitstellung durch die gematik zu ermöglichen. Somit bleiben die jetzigen Potentiale der TI noch hinter den Erwartungen der Pflege zurück. Mit dem Modellprojekt zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI wurde jedoch der Weg eröffnet, die Anwendungen und die technischen Möglichkeiten der TI bereits jetzt nutzen und testen zu können. In der kommenden Zeit wird sich zeigen, ob es gelingen wird, die zum Teil parallel laufenden Vorgänge inhaltlich und zeitlich besser zu synchronisieren.

Die vorliegende Information soll Ihnen dabei helfen, einen ersten Überblick über die vorliegenden Handlungsstränge und Vorgänge zu gewinnen. Eine fortlaufende Aktualisierung dieser wird vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung in diesem Bereich notwendig sein.

Einen Einblick in die aktuelle Lage der Digitalisierung des Gesundheitswesens gibt der TI-Atlas der gematik. Der Atlas zeigt auf, in welcher Weise Anwendungen und Dienste der TI bereits genutzt werden können und auch tatsächlich genutzt werden. Die weitere Entwicklung der TI soll in einer jährlichen Veröffentlichung des IT-Atlas dargestellt werden.

Der TI-Atlas ist unter folgendem Link zu finden: Verlinkung: www.ti-atlas.de

14. Weiterführende Literatur

- Gematik: www.gematik.de
- Bundesministerium für Gesundheit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-rezept.html>
- Modellprogramm zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp
- Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Telematikinfrastruktur: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/egk_1/s_egk.jsp
- Vereinbarung des Verfahrens zur Kostenerstattung gem. § 106b Abs. 1 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/egk_1/s_egk.jsp
- Checkliste Pflegeeinrichtungen gematik: https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Leistungserbringer/gematik_Checkliste_Pflegeeinrichtung_web_210223.pdf
- Glossar gematik: <https://fachportal.gematik.de/glossar>