

Informationen und Hinweise für Pflegeeinrichtungen



Die Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrasturktur

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
Anke Seela, Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V., Bundesgeschäftsstelle Berlin

Gestaltung:

Christine Maier, Der Paritätische Gesamtverband

Titelbild:

adobe stock – sdecoret

1. Auflage, Oktober 2020

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 beteiligt?	4
6. Welche Anwendungen sind innerhalb der TI möglich?	5
Stufe 1 (seit 2018)	5
Stufe 2 (ab 2020)	5
Stufe 3 (ab 2021)	6
7. Welche Zugriffsrechte haben Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeeinrichtungen auf die Anwendungen der TI?	7
8. Welche technische Ausstattung ist notwendig?	10
9. Wie wird der Anschluss an die TI finanziert?	12
10. Welche Kosten werden übernommen?	12
11. Wie erfolgt die Abrechnung?	13
12. Modellprogramm zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI nach § 125 SGBXI	13
13. Fazit	14
14. Quellen	14

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 Datenauto-bahn des Gesundheitswesens betrachtet werden. Innerhalb dieser Struktur sind künftig unterschiedliche Anwendungen denkbar, zum Beispiel das Versenden und Bereitstellen von E-Rezepten, E-Medikationspläne, E-Überleitungsbögen etc.. Mit der TI soll es Patient*innen ermöglicht werden, digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte 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 u.a. 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 gesetzlich verpflichtend ist, besteht für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, sich (zunächst) freiwillig an die TI anzubinden¹. 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 Quellenliteratur (vgl. Kapitel 14) hinzugezogen wird.

¹ Aus der Gesetzesbegründung zum Digitale-Versorgung-Gesetz: „durch den Anschluss weiterer Leistungserbringer wird die Telematikinfrastruktur schrittweise weiterentwickelt. Apotheken müssen sich bis zum 30. September 2020 und Krankenhäuser bis zum 1. Januar 2021 an die Telematikinfrastruktur anschließen. Als weiterer Schritt können sich Pflegeeinrichtungen, Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zunächst freiwillig an die Telematikinfrastruktur anschließen. Binden sich diese Leistungserbringer freiwillig an die Telematikinfrastruktur an, erhalten sie eine Erstattung der Ausstattungs- und Betriebskosten. Perspektivisch soll der Anschluss verpflichtend werden.“

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 (Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Psychotherapeut*innen, Krankenkassen u.a.) sondern auch Patient*innen im Bereich der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung vernetzen und den sektoren- und systemübergreifen-

den 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 Zugang erhalten. Von diesem Netz sollen alle an der Patientenversorgung Beteiligten gleichermaßen profitieren. Die TI soll somit 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 werden².

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 für den Aufbau, den Betrieb und die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur, der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und weiteren Fachanwendungen 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 ferner u.a. 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 personenbezo-

gener 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 Kassenzahnärztliche 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).

² Weitere Informationen zum Thema Datenschutz und Datensicherheit der gematik sind unter folgendem Link zu finden: <https://fachportal.gematik.de/spezifikationen/basis-rollout/datenschutz-und-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) legt einen verbindlichen Zeitplan für die Einführung der TI und erste Anwendungen und Dienste fest.

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

Mit dem am 03. Juli 2020 vom Bundestag verabschiedeten und am 18. September 2020 vom Bundesrat gebilligten **Patientendatenschutzgesetz – PDSG** (Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur) werden die datenschutzrechtlichen Anforderungen konkretisiert. Insbesondere werden die Zugriffsrechte für Pflegekräfte auf die verschiedenen Komponenten der TI wie z.B. die elektronische Patientenakte geregelt.

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.

5. Welche Akteure im Gesundheitswesen sind beteiligt?

Seit dem 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. Der verpflichtende Anschluss der Apotheken ist bis Ende September 2020 und der der Krankenhäuser ab Januar 2021 vorgesehen.

Für Pflegeeinrichtungen, Hebammen und Entbindungspfleger, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Physiotherapiepraxen sieht der Gesetzgeber die freiwillige TI Anbindung vor. Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst soll mit bestimmten Zugriffsrechten an die TI angeschlossen werden. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen werden ebenfalls an die TI angebunden, um ihre gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen.

Ziel ist, die sukzessive sichere digitale Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Weiteren Akteuren soll mit zukünftiger Gesetzgebung die Einbindung an die TI ermöglicht werden.

6. Welche Anwendungen sind innerhalb der TI möglich?

Die Einführung der TI begann im Jahr 2017 und soll im Jahr 2021 abgeschlossen sein. Aufeinander aufbauend werden in den darauf folgenden Jahren immer komplexer werdende Anwendungsmöglichkeiten für Patient*innen und Leistungserbringer etabliert.

Zum aktuellen Zeitpunkt beschränkt sich die geplante Einbindung der Pflege in die TI auf den Bereich der stationären Pflege. In der ambulanten Pflege ist die Anbindung nur für den Dienstsitz möglich, aber nicht für die Anwendung or Ort bei Patient*innen, da aktuell noch keine mobilen Komponenten verfügbar sind. Perspektivisch soll diese Einschränkung behoben werden.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass alle Anwendungen bis auf das Versichertenstammdatenmanagement für Patient*innen freiwillig sind und deren Einwilligung erfordern. Dies hat zur Folge, dass das Fachpersonal die Anwendungen nur nutzen kann, wenn diese seitens der Patient*innen für sie freigegeben werden.

Stufe 1 (seit 2018)

Versicherten-Stammdaten-Management (VSDM)³

Bei dem bereits im Jahr 2018 etablierten Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) geht es darum, die Versichertenstammdaten (administrative Daten, wie Name, Adresse und Versichertenstatus) der gesetzlich Krankenversicherten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, aktuell zu halten. Diese Informationen können automatisch aktualisiert werden, dies ist vor allem für veränderliche Daten, z.B. Zuzahlungsstatus relevant. Mit dem VSDM ist ein Kartentausch nicht mehr nötig und es kann geprüft werden, ob die elektronische Gesundheitskarte gültig ist. Die Speicherung der Versicherten-Stammdaten ist für die Versicherten verpflichtend.

³ <https://www.gematik.de/glossar/begriffe/versichertenstammdaten/274/>

Stufe 2 (ab 2020)

Elektronischer Medikationsplan (eMP)⁴

Der elektronische Medikationsplan ist die digitale Weiterentwicklung des bereits vorhandenen Medikationsplanes in Papierform. Die gleichen Informationen können in Zukunft auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden (u.a. historische Medikationsdaten, Arzneimittel, Dosierschema, Wirkstoff, Behandlungsgrund, Arzneimittelunverträglichkeiten, Einwilligungen des*der Patient*in).

Mit dem elektronischen 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 Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte ist für die Versicherten freiwillig.

Elektronische Notfalldaten (NFDM)⁵

Durch das Notfalldatenmanagement wird es möglich sein, notfallrelevante Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern (z.B. Diagnosen, Allergien, Unverträglichkeiten, Medikation, Kontaktdaten der behandelnden Ärzt*innen, Benachrichtigungskontakte).

Zusätzlich können „Persönliche Erklärungen“ auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Organspendeausweis). Es können auch Informationen über den Aufbewahrungsort (z.B. Notar*in oder Geldbeutel) der persönlichen Erklärung abgelegt werden.

In bestimmten Notfall- oder Behandlungssituationen kann durch die elektronisch gespeicherten Notfall-

⁴ <https://www.gematik.de/anwendungen/e-medikationsplan/>

⁵ <https://www.gematik.de/anwendungen/notfalldaten/>

daten das Vorgehen beschleunigt und Fehlbehandlungen vermieden werden. NFDM 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.

Kommunikation im Medizinwesen (KIM)⁶

Die KIM (vorher KOM-LE) wird die sichere digitale Kommunikation der Leistungserbringer untereinander sowie mit Institutionen des Gesundheitswesens ermöglichen (z.B. das Verschicken von Arztbriefen, Entlassungsbriefen, Befunden und Untersuchungsergebnissen, Röntgenbilder). 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 Praxisalltag leisten. Gerade bei zeitkritischen Informationen läuft die Übertragung von Daten über den sicheren digitalen Weg deutlich schneller ab als auf dem Postweg oder durch persönliche Überbringung durch den Patienten oder die Patientin.

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

Die Nutzung dieses Kommunikationsweges ist für die Leistungserbringer freiwillig.

⁶ <https://www.gematik.de/anwendungen/kim/>

Elektronisches Rezept (E-Rezept)⁷

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 seine App auf dem Smartphone empfangen oder ausgedruckt erhalten. Es wird ab Mitte 2021 für gesetzlich Versicherte verfügbar sein, ab dem Jahr 2022 ist die Nutzung des E-Rezepts bundesweit für gesetzlich Versicherte und apothekenpflichtige Arzneimittel verpflichtend.

Neben dem E-Rezept für Arzneimittel sollen perspektivisch auch weitere Leistungen wie Heilmittel, Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege elektronisch verordnet werden können. Hierfür sind durch das Digitale-Versorgung-Gesetz die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung bis zum 31. Dezember 2020 beauftragt worden, die Voraussetzungen für die elektronische Verordnung von Leistungen zu schaffen⁸.

Stufe 3 (ab 2021)

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patient*innenakte ist eine sektorenübergreifende digitale Dokumentensammlung unter Kontrolle der Versicherten. Bis Anfang des Jahres 2021 müssen alle privaten und gesetzlichen Kassen ihren Versicherten eine elektronische Patient*innenakte anbieten. Für die Versicherten ist die Nutzung freiwillig.

Anders als beim Notfalldatenmanagement oder beim elektronischen Medikationsplan sollen die Daten der elektronischen Patient*innenakte jedoch nicht auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden, sondern auf zentralen Servern. Auf diese Daten lässt sich dann seitens der Leistungserbringer ausschließlich mit der elektronischen Gesundheitskarte und dem Heilberufsausweis zugreifen.

Einige eigenständige Anwendungen der TI können auch in die elektronische Patient*innenakte integriert werden, wie z.B. der elektronische Medikationsplan,

⁷ <https://www.gematik.de/anwendungen/e-rezept/>

⁸ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-rezept.html>

die elektronischen Notfalldaten oder die Daten der elektronischen Verordnung.

Die erste, bis Anfang 2021 bereitzustellende Stufe der elektronischen Patient*innenakte umfasst insbesondere Daten zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen, den elektronischen Medikationsplan, den Notfalldatensatz sowie elektronische Arztbriefe, durch den Versicherten selbst bereitgestellte Daten sowie grobgranulare Zugriffsrechte für den Versicherten. Die zweite Stufe ist bis Anfang 2022 zu realisieren und erweitert den Funktionsumfang der elektronischen Patient*innenakte u.a. um die elektronische Verordnung und das elektronische Zahn-Bonusheft. Die dritte Stufe ist spätestens ab Anfang 2023 zur Verfügung zu stellen und umfasst u.a. die Daten der pflegerischen Versorgung.

Die elektronische Patient*innenakte bringt sowohl für Versicherte als auch für Leistungserbringer Chancen mit sich. Eingespeiste Daten lassen sich automatisch aktualisieren, so dass alle behandelnden und zugriffsberechtigten Leistungserbringer sowie die Versicherten selbst zu jeder Zeit Zugriff auf aktuellste Informationen haben. Diese sektoren- und fallübergreifende Dokumentation ermöglicht eine lückenlose Behandlungshistorie, die Doppeluntersuchungen vermeiden hilft, Zeit spart und im Idealfall den Behandlungs- und Versorgungsprozess von der Diagnose bis zur Therapie und Pflege verbessert.

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

Das Patientendatenschutzgesetz 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 dürfen die zugriffsberechtigten Leistungserbringer daneben nur mit einer ihrer Berufszugehörigkeit **ent-**

sprechenden 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 (vgl. Kapitel 8).

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

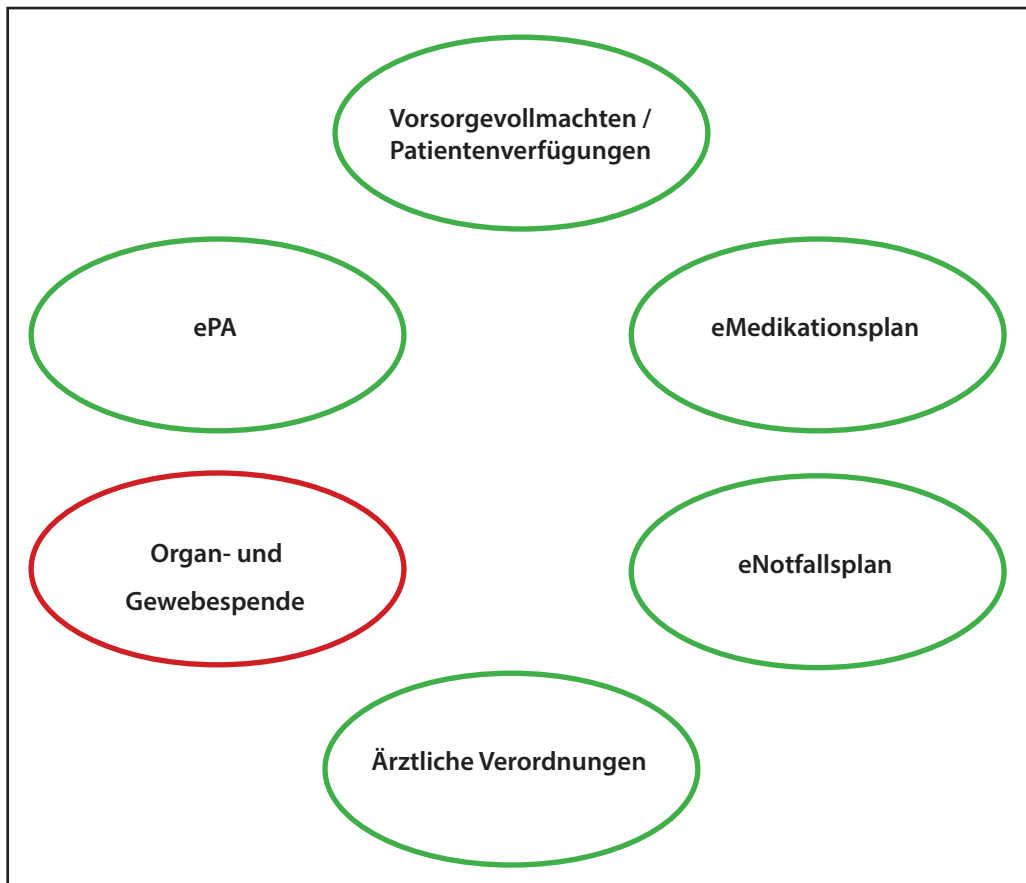


Abbildung: Anwendungen der TI und Zugriffsrechte für Pflegefach- und Pflegehilfskräfte (grün = Zugriff rot= kein Zugriff)

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

Nach dem Patientendaten-Schutzgesetzes sind bis zum 30. Juni 2021 durch die gematik die Voraussetzungen für den Zugriff des Pflegepersonals auf die elektronische Patient*innenakte zu schaffen. Neben Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, Altenpfleger*innen, Pflegefachkräfte sollen ausdrücklich auch Pflegehilfskräfte unter Aufsicht von Pflegefachkräften Zugriff auf die elektronische Patientenakte erhalten.

Konkret ist Pflegekräften und Pflegehilfskräften unter Aufsicht von zugriffsberechtigten Pflegekräften 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 Patientenakte 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 Patientenverfügungen. 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 unter Aufsicht einer Pflegefachkraft einen 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 verschiedene Komponenten und Dienste. Alle müssen von der Gematik für den Einsatz in der TI zugelassen sein.

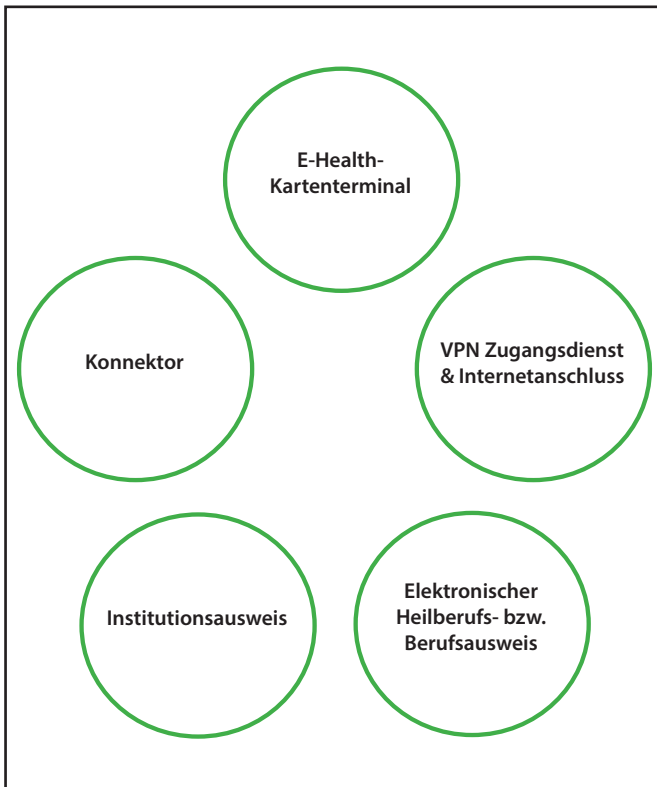


Abbildung: Erforderliche Komponenten für den Anschluss und die Nutzung der TI

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 nutzen zu können; zunächst das Versichertenstammdatenmanagement und später das Notfalldatenmanagement oder den elektronischen Medikationsplan. 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 wird der Zugang, z.B. im Rahmen des Modellprojekts nach § 125 SGB XI, über eine SMC-B-Org erfolgen.

Der Institutionsausweis ist ebenfalls Grundvoraussetzung für die Online-Beantragung der Ausstattung- und Betriebskosten beim GKV-Spitzenverband (siehe Kapitel 9). Auch dieser prüft die Anspruchsvoraussetzungen mit Hilfe des Verzeichnisses der Institutionsausweise.

Elektronischer Heilberufs- bzw. Berufsausweis (eHBA/eBA)⁹

Für die Anbindung an die TI ist für Leistungserbringer ein elektronischer Heilberufs- oder Berufsausweis nicht notwendig. Für den Zugriff auf die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten ist ein solcher jedoch zwingende Voraussetzung.

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 personenbezogen nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweis erfolgen darf.

Das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) soll als gemeinsame Stelle der Länder künftig die Ausgabe von elektronischen Ausweisen 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.

Gegenwärtig sind noch viele Fragen im Hinblick auf das eGBR offen, deshalb ist momentan das Verfahren zur Ausgabe der Heilberufs- bzw. Berufsausweise zeitlich nicht abschätzbar.

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.

⁹ <https://www.gematik.de/hilfe-kontakt/sonstige/>

9. Wie wird der Anschluss an die TI finanziert?

Die Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI ist in § 106b SGB XI festgelegt. Das Kostenerstattungsverfahren wurde mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbart (Vereinbarung des Verfahrens zur Kostenerstattung gem. § 106 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI § in Verbindung mit 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V). Grundlage ist die Finanzierungsvereinbarung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen

gem. § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V i.V.m. Anlage 32 Bundesmantelvertrag-Ärzte in der jeweils geltenden Fassung. Ursprünglich sollten die Verhandlungen gesetzeskonform bis zum 31.03.2020 abgeschlossen sein. Aufgrund der Corona-Pandemie konnten die Verhandlungen samt Unterschriftenverfahren erst im Oktober 2020 abgeschlossen werden, so dass die Vereinbarung im Herbst in Kraft treten konnte.

10. 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).

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.

11. Wie erfolgt die Abrechnung?

Die Abrechnung der Ausstattungs- sowie der Betriebskosten erfolgt zwischen der Pflegeeinrichtung und dem GKV-Spitzenverband über ein Beantragungsportal. Die Pflegeeinrichtung muss sich dort mit ihrem Institutionsausweis legitimieren und erhält die Möglichkeit, die Ausstattungspauschalen online zu beantragen und die für die Abrechnung erforderlichen Unterlagen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Pflegeeinrich-

tungen sind verpflichtet, den Anspruch auf die Ausstattungspauschalen bis zum Ende des auf den Monat des Anschlusses an die Telematikinfrastruktur folgenden Quartals gegenüber dem GKV-Spitzenverband geltend zu machen. Der GKV-Spitzenverband zahlt den Pflegeeinrichtungen die Ausstattungs- und Betriebskosten bis zum 15. des dritten Monats des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals aus.

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

Zu den Regelungen zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI wurde ein Modellvorhaben (§ 125 SGB XI) zur Thematik eingerichtet. Dazu werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 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. Zwischenzeitlich konnte das Interessensbekundungsverfahren seitens des GKV-SV eingeleitet werden¹⁰. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorgesehen.

Ziele des Modellvorhabens:

- Vorbereitung der Pflegeeinrichtungen auf die TI (technische Voraussetzungen)
- Stufenweise Einbindung (Begleitung und Unterstützung)
- Sektorenübergreifender Informationsaustausch (zwischen Pflegeeinrichtungen, Ärzt*innen, Krankenhäusern, Apotheken)
- Erarbeitung notwendiger Grundlagen für bundesweite Standards

Die Teilnahme an dem Modellprojekt ist freiwillig sowie technisch und finanziell unabhängig von der Möglichkeit der Anbindung an die TI.

Das Modellvorhaben ist aktuell in zwei Schritten geplant:

- Erprobung der sicheren Kommunikation zwischen Leistungserbringern über KIM (auf Basis der SMC-B ORG)
- Erprobung weiterer Anwendungen der TI (z.B. Zugriff auf elektronische HKP-Verordnung, e-Medikationsplan etc.) – sofern die technischen und gesetzlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen wurden.

¹⁰ https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp

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 bspw. die Bereitstellung der Heilberufs- und Institutionsausweise und die Anbindung ambulanter Pflegeeinrichtungen sind noch nicht abschließend geklärt, so dass zum aktuellen Stand die Einbindung der Pflege in die TI technisch nur deutlich eingeschränkt möglich ist. Darüber hinaus bedarf es weiterer gesetzlicher 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 ein Weg eröffnet, die Anwendungen und die technischen Möglichkeiten der TI bereits jetzt zu nutzen und zu testen. 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.

14. Quellen

- 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/pfle-geversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp
- Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Telematikinfrastruktur: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung_und_innovation/egk/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_und_innovation/egk/egk.jsp

Gesetze:

- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health Gesetz)
- Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz)
- Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendatenschutzgesetz – PDSG)