

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

Stellungnahme

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

für ein

**Gesetz für Daten und digitale Innovation
im Gesundheitswesen**

Berlin, 18. Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen	3
Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Zu den Vorschriften im Einzelnen:	5
§291 Abs. 8 Satz 3 (Digitale Identitäten).....	6
§31a (Medikationsplan)	9
§341 Abs. 2 a).....	10
Titel 6 (Übermittlung ärztlicher Verordnungen und ärztlicher Überweisungen) §360 b Abs. 5.....	11
§361 Abs. 1 Nr.5.....	12

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 14.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 465.000 Arbeitsplätze und circa 23.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 7.400 Pflegediensten, die circa 420.000 Patienten betreuen, und 6.700 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 390.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Insgesamt werden die mit dem Referentenentwurf verfolgten Zielsetzungen einer stärkeren Digitalisierung, sicheren digitalen Kommunikation sowie einer verbesserten Interoperabilität ausdrücklich begrüßt. Besonders hervorzuheben ist dabei die vorgesehene Interoperabilitätspflicht, die der bpa ausdrücklich als zentralen und überfälligen Baustein einer funktionierenden digitalen Infrastruktur bewertet. Diese darf jedoch nicht allein auf den Bereich des SGB V beschränkt bleiben, sondern muss zwingend sektorübergreifend und damit insbesondere auch für den Bereich des SGB XI gelten.

Viele der vorgesehenen Regelungen adressieren tendenziell wichtige strukturelle Defizite im Gesundheits- und Pflegewesen. Gleichwohl wird die Digitalisierung weiterhin zu stark entlang einzelner Systeme, Zuständigkeiten und Zeitpläne entwickelt, ohne dabei durchgängig an den realen Versorgungs- und Abrechnungsprozessen ausgerichtet zu sein. Dadurch entstehen Regelungen, die in der Praxis teilweise nicht ausreichend anschlussfähig und nicht durchgängig praxisnah ausgestaltet sind.

Ein wiederkehrender Kritikpunkt ist dabei die unzureichende ganzheitliche Betrachtung der relevanten Akteure.

Insbesondere die Sozialhilfeträger (SHT) sind in den digitalen Gesamtprozessen – etwa im Kontext von Telematikinfrastruktur (TI) - Anbindung, Kommunikationswegen und Abrechnungsprozessen – bislang nicht systematisch eingebunden.

Wenn eine Pflegeeinrichtung sowohl mit der Krankenkasse (SGB V), der Pflegekasse (SGB XI) als auch mit dem Sozialhilfeträger (SGB XII) abrechnen muss, kann der digitale Prozess künftig zwar gegenüber der Kranken- bzw. Pflegekasse effizient und medienbruchfrei ablaufen, beim Sozialhilfeträger ist jedoch weiterhin ein postalischer Versand oder das manuelle Hochladen von Dokumenten nötig. Dadurch entstehen Doppelarbeiten, Verzögerungen und Fehlerquellen, die mit einer sektorübergreifenden Interoperabilität vermieden werden könnten.

In der Praxis bedeutet das: Die Pflegeeinrichtung muss für denselben Versorgungsfall sowohl analoge als auch digitale Dateiformate erzeugen und bearbeiten und dafür unterschiedliche Systeme und Prozesse nutzen, was nicht nur den Verwaltungsaufwand erhöht, sondern auch die Qualität und Geschwindigkeit der Versorgung beeinträchtigen kann. Ohne die Anbindung des Sozialhilfeträgers bleibt die digitale Infrastruktur unvollständig und die Vorteile der Digitalisierung kommen bei den Pflegeunternehmen nicht an. Strukturelle Lücken wie diese, wirken sich direkt auf die Versorgung aus und führen statt zu Entbürokratisierung zu mehr Aufwand.

Ein zweiter zentraler Punkt betrifft die weiterhin fragmentierte Ausgestaltung digitaler Prozesse. Der bpa stellt fest, dass zusammenhängende Verfahren häufig getrennt entwickelt und umgesetzt werden, obwohl sie in der Praxis unmittelbar ineinandergreifen. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis von elektronischen Verordnungen, TI-basierten Kommunikationsverfahren und der vollelektronischen Abrechnung. Die daraus entstehenden zeitlichen und technischen Asynchronitäten führen zu Unsicherheiten und erschweren die praktische Akzeptanz und damit die Nutzung erheblich.

Besonders kritisch bewertet der bpa die derzeitige Konzeption der digitalen Identitäten. Zwar stellt deren Einführung grundsätzlich einen wichtigen Entwicklungsschritt dar, sie führt jedoch nur dann zu einer tatsächlichen Entlastung, wenn der Versicherungsnachweis direkt im Praxisverwaltungssystem (PVS) ohne das notwendige Einlesen eines physischen Mediums bzw. der Anwesenheit des Versicherten oder eines Vertretenden verlässlich geprüft werden kann. Solange dies nicht möglich ist, entsteht kein tatsächlicher Mehrwert; vielmehr wird lediglich das heutige Einlesen der eGK durch das Vorzeigen bzw. Einlesen per Smartphone ersetzt – ohne strukturellen Nutzen und mit weiterhin unnötigem Ressourcenaufwand auf Seiten der Langzeitpflege. Das grundlegende Problem der quartalsweisen Logik des Versicherungsnachweises bleibt damit weiterhin unangetastet. Mit den im Rahmen von PoPP (Proof of Patient Presence) angelegten Ansätzen sind zwar wichtige Grundlagen für einen Paradigmenwechsel erkennbar, die aktuelle Umsetzung bleibt jedoch deutlich dahinter zurück.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

§386a (Interoperabilitätspflicht)

Der bpa bewertet die konsequente Umsetzung von Interoperabilität im Gesundheitswesen und in der Pflege als einen zentralen und unverzichtbaren Baustein der digitalen Transformation.

Im Referentenentwurf wird beschrieben, dass IT-Systeme die Gesundheitsdaten der Patient*innen unverzüglich und kostenfrei in einem standardisierten, interoperablen Format bereitstellen und verarbeiten müssen. Dieses Prinzip ist entscheidend, um sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen, Medienbrüche zu vermeiden und administrative Prozesse nachhaltig zu vereinfachen.

Der bpa stellt jedoch fest, dass die derzeitige Umsetzung in der Praxis noch erhebliche Defizite aufweist. Insbesondere in der Pflegebranche wird die Digitalisierung vielfach dadurch erschwert, dass eine hohe Abhängigkeit von einzelnen Softwarelösungen besteht. Dabei werden fehlende Standardisierung und mangelnde Systemtransparenz teilweise genutzt, um kostenpflichtige Schnittstellenlösungen oder zusätzliche Lizenzmodelle zu etablieren, die für die Leistungserbringer weder fachlich noch wirtschaftlich zwingend erforderlich sind.

Dies führt zu unnötigen finanziellen Belastungen und hemmt Innovation und Effizienz.

Vor diesem Hintergrund fordert der bpa eine klare und verpflichtende Interoperabilitätsregelung für alle IT-Systemanbieter im Gesundheits- und Pflegebereich. Diese Verpflichtung darf sich also nicht ausschließlich auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) beschränken, sondern muss zwingend auch für alle Leistungserbringer nach dem SGB XI gelten. Nur so kann sichergestellt werden, dass Pflegeeinrichtungen an digitaler Infrastruktur teilhaben und nicht strukturell benachteiligt werden.

§291 Abs. 8 Satz 3 (Digitale Identitäten)

Die aktuell entstehende Architektur der digitalen Identitäten ist ein wichtiger Schritt hin zu einem modernen, medienbruchfreien Versicherungsnachweis. Dennoch besteht das grundlegende Problem in der Versorgungspraxis unverändert fort:

Beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt eines Quartals muss ein Versicherungsnachweis erbracht werden, der derzeit in der Regel über das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte erfolgt. Dieses quartalsweise Verfahren führt zu einem wiederkehrenden organisatorischen Bruch, der unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsbedarf ausgelöst wird. Dieses Problem wird durch digitale Identitäten in ihrer heutigen Ausgestaltung nicht gelöst.

Insbesondere in der Langzeitpflege – ambulant wie stationär – entsteht ein erheblicher organisatorischer und personeller Aufwand: Pflegeeinrichtungen müssen die elektronischen Gesundheitskarten der versorgten Personen regelmäßig einsammeln, verwalten und in Arztpraxen vorlegen. Dies bindet Ressourcen, erzeugt Medienbrüche und ist logistisch aufwendig.

Auch eine digitale Identität auf dem Smartphone der Versicherten, die in der Praxis vorgezeigt wird, löst das Strukturproblem nicht. Pflegebedürftige Menschen sind häufig nicht in der Lage, diese selbst zu beantragen, zu authentifizieren oder im Versorgungsalltag zu nutzen. Der Aufwand würde lediglich von der physischen Karte auf die Verwaltung digitaler Identitäten verlagert, nicht jedoch reduziert. Solange diese Logik besteht – obwohl sich Versicherungsstatus und Versorgungskontext in der Regel nicht ändern – bleibt der organisatorische Aufwand für die Einrichtungen bestehen.

Entscheidend ist nicht das eingesetzte Medium, sei es die eGK oder digitale Identität, sondern die zugrunde liegende Prozesslogik des quartalsweisen Versicherungsnachweises. Für eine nachhaltige Entlastung und Entbürokratisierung bedarf es daher struktureller Anpassungen an allen relevanten Stellen, insbesondere im Hinblick auf Abrechnung und Versichertenstammdatenprüfung. Ziel muss ein Verfahren sein, das den Versicherungsstatus kontinuierlich und ohne aktive Nachweispflichten verlässlich verfügbar macht.

Die technische und rechtliche Zielrichtung ist vorhanden: Mit der digitalen Identität und den von der gematik entwickelten PoPP (Proof of Patience Presence) - Verfahren soll ein digitaler Nachweis des Versorgungskontexts ermöglicht werden. Eine digitale Identität entfaltet ihren Mehrwert jedoch nur dann, wenn sie nicht erneut an ein physisch oder aktiv durch die versicherte Person auszulösendes Verfahren gebunden ist.

Aus Sicht des bpa ist daher eine konsequente Weiterentwicklung erforderlich: Der Versicherungsnachweis muss unabhängig vom Erscheinen (Versicherte, Angehörige, Pflegepersonal) direkt aus der TI in der Arztpraxis erzeugt werden können –

insbesondere beim ersten Arztkontakt im Quartal. Für eine tatsächliche Entlastung sollten die Krankenkassen die digitale Identität künftig automatisch für alle Versicherten bereitstellen – wie bei der ePA (elektronischen Patientenakte). Die Versicherten müssten nur aktiv widersprechen, statt die Identität auf Wunsch zu beantragen. So wird ein Opt-Out-Verfahren eingeführt und der organisatorische Aufwand für Versicherte, Angehörige und Pflegeeinrichtungen reduziert.

§363c SGB V und §106d SGB XI (Verpflichtende Nutzung von sicheren Übermittlungsverfahren)

Der bpa begrüßt ausdrücklich die im Entwurf vorgesehene verpflichtende Nutzung sicherer Übermittlungsverfahren im SGB V und SGB XI. Die vorgesehene Regelung, wonach Leistungserbringer und Kostenträger verpflichtet werden, KIM oder TIM zu nutzen, sobald eines der Verfahren verfügbar ist, ist aus Sicht des bpa ein konsequenter und längst überfälliger Schritt hin zu einer sektorenübergreifend sicheren und digitalen Kommunikation.

Die bisherige Entwicklung hat gezeigt, dass allein die Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) nicht ausreicht, um digitale Kommunikation im Versorgungsalltag tatsächlich zu etablieren. Kommunikation funktioniert nur mit einem Sender und einem ebenso erreichbaren und vor allem willigen Empfänger. Die bisherige Debatte in der Versorgungspraxis über die bevorzugte Nutzung von Faxgeräten haben dazu geführt, dass dieser veraltete Kommunikationsweg künstlich erhalten bleibt. Dies hat insbesondere die sichere und digitale Übermittlung sensibler Gesundheits- und Pflegedaten erheblich ausgebremst.

Vor diesem Hintergrund ist die nun vorgesehene Nutzungspflicht mit gleichzeitiger Unzulässigkeit der Nutzung des Telefaxes ein entscheidender Hebel. Sie schafft erstmals eine notwendige Verbindlichkeit.

§31a (Medikationsplan)

Der bpa bewertet die vorgesehene Weiterentwicklung der Aktualisierungspflicht des Medikationsplans durch Apotheken ausdrücklich positiv. Die verpflichtende Aktualisierung bei jeder Arzneimittelabgabe – einschließlich regelmäßig angewendeter, nicht verschreibungspflichtiger Präparate – stärkt die Arzneimitteltherapiesicherheit deutlich.

Für die pflegerische Versorgung ist ein vollständiger und aktueller Medikationsplan essenziell. Die Regelung schließt bestehende Lücken einer rein anlassbezogenen Aktualisierung auf Wunsch der Versicherten und reduziert damit Risiken durch Medikationsfehler, Doppelverordnungen und Wechselwirkungen.

Sehr zu begrüßen ist zudem die Festlegung der ePA als zentralem Speicherort des Medikationsplans. Dies verbessert den sektorenübergreifenden Informationsfluss und reduziert Medienbrüche. Für den Fall fehlender ePA-Einwilligung greift die verpflichtende Speicherung im ärztlichen System als Sicherungsmechanismus und gewährleistet die kontinuierliche Verfügbarkeit der Informationen.

§341 Abs. 2 a)

Die Ergänzung um die „elektronischen Entlassbriefe“ wird vom bpa ausdrücklich begrüßt. Elektronische Entlassbriefe enthalten für die pflegerische Versorgung häufig hochrelevante Informationen, insbesondere zu Diagnosen, Medikation, Therapieempfehlungen, Nachsorgebedarfen oder bestehenden Risiken. Ein schneller und verlässlicher Zugriff auf diese Informationen ist für eine sichere und kontinuierliche Versorgung von zentraler Bedeutung.

Gerade beim Übergang von Krankenhausversorgung in die ambulante oder stationäre Langzeitpflege kommt es bislang häufig zu Informationsverlusten, Medienbrüchen und zeitlichen Verzögerungen.

Darüber hinaus ist es aus Sicht des bpa dringend erforderlich, den PIO-Überleitungsbogen endlich flächendeckend und praxistauglich für die Pflege nutzbar zu machen. Der Überleitungsbogen stellt das erste PIO (Pflege-Informations-Objekt) im Rahmen der Pflegedokumentation für die elektronische Patientenakte (ePA) dar und kann eine zentrale Rolle bei der sektorenübergreifenden pflegerischen Informationsweitergabe einnehmen. Analog zum Arztbrief dient er dazu, pflege- und versorgungsrelevante Informationen bei Verlegungen oder Entlassungen strukturiert und interoperabel zwischen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen zu übermitteln. Diese Informationen müssen unabhängig vom jeweiligen Pflegesetting – ambulant oder stationär sowie Akut- oder Langzeitpflege – austauschbar und nutzbar sein, um eine sichere Einschätzung des Pflege- und Versorgungsbedarfs in der aufnehmenden Einrichtung zu ermöglichen.

Obwohl der PIO-Überleitungsbogen bereits standardisiert vorliegt und im Jahr 2022 im Rahmen erster technischer Pilotierungen punktuell erprobt wurde, fehlt es bis heute an einer umfassenden Erprobung, um die flächendeckende und verbindliche Umsetzung in den Primärsystemen der Pflege und der Krankenhäuser zu ermöglichen. Der Standard existiert damit bislang überwiegend „auf dem Papier“, ohne im Versorgungsalltag konsequent Anwendung zu finden.

Die bereits geschaffene fachliche und technische Grundlage sollte daher nun konsequent genutzt werden, um pflegerische Überleitungsdaten endlich strukturiert, interoperabel und sektorenübergreifend über die Telematikinfrastruktur verfügbar zu machen. Dazu gehört eine Erprobung im größeren Rahmen – der eigens dafür angelegten TI-Modellregionen Hamburg und Franken, als Startschuss für eine flächendeckende Nutzung. Solange Einrichtungen weiterhin auf individuelle (Papier-) Formulare, PDF-Dokumente oder Freitextlösungen angewiesen sind, bleiben Medienbrüche, Informationsverluste und Doppelstrukturen bestehen.

Ein funktionierender und flächendeckend nutzbarer Zugriff auf elektronische Entlass- bzw. Arztbriefe und den PIO-Überleitungsbogen würde einen erheblichen Mehrwert innerhalb der Telematikinfrastruktur für Pflegeeinrichtungen darstellen und einen wichtigen Beitrag zu einer sicheren, sektorenübergreifenden und qualitativ hochwertigen Versorgung leisten.

Titel 6 (Übermittlung ärztlicher Verordnungen und ärztlicher Überweisungen) §360 b Abs. 5

Die im Entwurf des GeDIG vorgesehene Verschiebung der Frist zur verpflichtenden Ausstellung bzw. zum Empfang von elektronischen Verordnungen der häuslichen Krankenpflege (eVO HKP) auf den 01.09.2028 ist aus Sicht des bpa nicht nachvollziehbar und in ihrer Wirkung hoch problematisch.

Besonders kritisch dabei ist, dass das zugrunde liegende Fachkonzept für die eVO HKP nach einem langjährigen Erarbeitungsprozess, von ca. 1,5 Jahren, bereits seit Oktober 2025 vorliegt und veröffentlicht wurde. Damit entsteht eine zeitliche Lücke von nahezu drei Jahren zwischen der Fertigstellung des Konzepts und der tatsächlichen operativen Umsetzung in der Versorgungspraxis. Ob dies dann zu September 2028 tatsächlich für alle verfügbar ist, wird mit dem Referentenentwurf nicht sichergestellt. In einem hochdynamischen digitalen Umfeld ist diese Verzögerung nicht nur schwer erklärbar, sondern fachlich riskant: Sie führt faktisch dazu, dass zentrale Vorarbeiten an Aktualität, Anschlussfähigkeit und Umsetzbarkeit verlieren.

Eine derart lange Wartezeit birgt daher das Risiko, dass ein bereits konsentiertes und aufwendig erarbeitetes Konzept vor Inkrafttreten teilweise überholt ist und erneut grundlegend angepasst werden muss.

Ebenso ist nicht nachvollziehbar, warum die Einführung der eVO AKI laut aktuellem Entwurf erst zum 01.04.2031 vorgesehen ist. Auch hier entsteht eine erhebliche Verzögerung, die angesichts der schnellen Entwicklungen im digitalen Gesundheitswesen und der drängenden Anforderungen an eine zeitgemäße Versorgung nicht plausibel erscheint. Die lange Vorlaufzeit steht im Widerspruch zur Notwendigkeit, innovative und praxisnahe Lösungen zeitnah nutzbar zu machen.

Die Akzeptanz in der Pflegepraxis leidet darunter, dass die Veröffentlichung von Fachdiensten und die Einhaltung wichtiger Fristen immer wieder verschoben werden und die Einführung neuer Systeme, die echten Mehrwert für die Pflege versprechen, nur teilweise und stark voneinander getrennt erfolgt. Ein Beispiel ist die entkoppelte Betrachtung von eigentlich zusammenhängenden Verfahren wie der eVO HKP und der vollelektronischen Abrechnung über die Telematikinfrastruktur (TI). Beide Elemente sind prozessual eng miteinander verbunden und werden in der Umsetzung doch getrennt voneinander betrachtet. Die vollelektronische Abrechnung über die TI soll zum 01.10.2027 verpflichtend für ambulante Pflegedienste gelten, währenddessen die tatsächliche Erscheinung und praktische Nutzung des Fachdienstes eVO HKP scheinbar frühestens fast ein Jahr später starten soll. Diese, für die Pflegepraxis unverständlichen Trennungen und Verschiebungen führen zu Unsicherheiten und Frustrationen bei den Anwender*innen und erschwert die Akzeptanz im täglichen Versorgungsalltag. Die Frist bereits 14 Monate vor der avisierten Umsetzung so weit aufzuschieben, wird der grundlegenden Ausrichtung der Gesetzesinitiative nicht gerecht.

§361 Abs. 1 Nr.5

Die Aufzählung einzelner Pflegefachberufe ist aus Sicht des bpa systematisch nicht überzeugend und sollte nicht in dieser Form beibehalten, sondern angepasst werden. Erforderlich ist vielmehr eine Ausgestaltung, die konsequent auf die Strukturen und Besonderheiten von Pflegediensten zugeschnitten ist.

Für den Zugang zur Telematikinfrastruktur kommt es in der Pflege gerade nicht auf die individuelle Berufsbezeichnung an, sondern auf die institutionelle Einbindung der Leistungserbringer. Der Zugriff erfolgt über die SMC-B-Karte der Einrichtung und nicht über den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) einzelner Fachpersonen. Eine berufsbezogene Aufzählung greift daher zu kurz und bildet die tatsächlichen Versorgungs- und Organisationsstrukturen in der Pflege nicht sachgerecht ab.

Vor diesem Hintergrund trägt die derzeitige Ergänzung weder zur Klarheit noch zur Rechtssicherheit bei, sondern führt vielmehr zu einer unnötigen Verkomplizierung der Regelung, ohne einen praktischen Mehrwert für Versorgung oder Digitalisierung zu schaffen. Die Vorschrift sollte daher dahingehend angepasst werden, dass sie die Zugangs- und Nutzungsrealitäten von Pflegediensten angemessen berücksichtigt und systematisch stimmig abbildet.