

# bvitg-Stellungnahme zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Kontakt:

Chris Berger

Referent Politik

[chris.berger@bvitg.de](mailto:chris.berger@bvitg.de)

[www.bvitg.de](http://www.bvitg.de)



Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. begrüßt den Gesetzentwurf der Bundesregierung, Stand 07. Dezember 2018. Der Gesetzgeber möchte mit dem vorliegenden Entwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Omnibusverfahren u.a. die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen für Patienten im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzbar machen. Dies soll beispielsweise durch die Schaffung eines Online-Angebots zu Terminservicestellen und das Vorantreiben der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) erfolgen.

Der bvitg empfiehlt, bei der Gesetzgebung dringend die bereits bestehenden marktwirtschaftlichen Strukturen aufrechtzuerhalten und aktiv miteinzubeziehen. So sollte der Patient Wahlfreiheit bezüglich seiner ePA haben, bei gleichzeitiger Sicherstellung der Finanzierung durch den jeweiligen Versicherer. Ebenso sind die bereits auf dem Markt befindlichen Termin-Software-Angebote für das Terminvergabesystem zu berücksichtigen und somit auch deren Anschluss an die Terminservicestelle vergütungsrelevant zu stellen.

Der bvitg als Vertreter der IT-Anbieter im Gesundheitswesen bedankt sich für die Gelegenheit zur Kommentierung des Entwurfes im Rahmen der öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag und nimmt zum TSVG wie folgt Stellung:

## Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Die in Absatz 7 Satz 1 angefügte Nummer 5 enthält keine Regelung zur genauen Umsetzung des Terminservices der KBV. Um proprietäre Lösungen zu vermeiden, muss der heute bereits bestehende freie Wettbewerb zwischen den Anbietern von Terminvereinbarungslösungen auch künftig sichergestellt sein. Da jede Praxis eine Software-Lösung benötigt, um Termine, u.a. für die Terminservicestelle, freigeben zu können, ist dafür eine Vergütungspauschale erforderlich. Um die bereits vorhandenen Angebote des freien Marktes einzubeziehen, muss die Anbindung unabhängig davon, ob es sich um ein Zusatzmodul oder um externe Software handelt, über die Pauschalen vergütet werden.

Ärzte sollten in bereits genutzten Terminlösungen Termine freigeben können, welche die Terminservicestelle über eine Meta-Applikation einsehen und im Bedarfsfall buchen können. Die Terminbuchung durch die Servicestelle würde aus der Meta-Applikation an die jeweilige Arztpraxis und deren Terminmanagementsystem weitergeleitet werden. Für den Fall, dass Schnittstellen benötigt werden, sollten diese auf internationalen Standards basieren.

### Beabsichtigte Neuregelungen:

<b>Abs. 7 Satz 1</b>	Folgende Nummer 5 wird angefügt:  „5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufstellen.“
<b>Abs. 7</b>	Folgender Satz wird angefügt:  „Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.“

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 7</b>	Folgender Satz wird zusätzlich angefügt:  „Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 sind so zu gestalten, dass der bereits bestehende Wettbewerb zwischen Termin-Software-Anbietern erhalten bleibt und eine Vergütungspauschale für die Anbindung an die Terminservicestelle erhoben wird.“
---------------	--

## § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Der bvityg begrüßt die Regelung und die dortigen Ausführungen zu telemedizinischen Leistungen im EBM.

Diese können jedoch nur einen Einstieg in eine Regelung bedeuten, die auch die Aufnahme von datenbasierter Behandlung bzw. von Versorgungsmethoden, welche auf Telemonitoring beruhen, in den EBM und damit in die ambulante Versorgung sicherstellt. Versorgungsmethoden, die auf Telemonitoring beruhen und datenbasiert sind, stützen sich auf Sensoren, die regelmäßig Daten zu Körperfunktionen erheben, beispielsweise bei Patienten mit schweren Herzerkrankungen (Herzrhythmus, Lungenarteriendruck, etc.). Auf diese Weise können bis zu einem gewissen Grad schwere kardiologische Ereignisse verhindert werden. Dazu müssen die Daten von medizinischem Fachpersonal regelmäßig überprüft werden, um etwa die Therapie anzupassen.

Die regelmäßige Kontrolle der Daten sollte sowohl aus rechtlichen, als auch aus Kostengründen durch einen niedergelassenen Arzt oder qualifiziertes medizinisches Fachpersonal erfolgen. Bislang ist es kaum oder nur unter erheblichen Zeitverzögerungen möglich, in die ambulante Regelversorgung aufgenommen zu werden. Grund hierfür ist, dass die Krankenkassen für die Kontrolle der Daten eine Methodenbewertung verlangen; auch bei seit Jahren im Krankenhaus verwendeten Sensoren und Methoden, die sogar schon selbst ambulant erbracht werden könnten (z.B. Ereignisrekorder zum Monitoring des Herzrhythmus bei Risikopatienten und Patienten mit vorgeschädigtem Herzen). Eine Lösung dieses Problems könnte sein, dass in einem solchen Fall die Methodenbewertung für den ambulanten Bereich entfällt.

## Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 2c Satz 2</b>	Absatz 2c wird wie folgt geändert:  aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: „Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ist bei Arztgruppen, die an der grundversorgenden und unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, ein einmaliger Zuschlag auf die jeweiligen Grundpauschalen in Höhe von mindestens 25 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden. Nachdem die Regelung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 6 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 getroffen worden ist, ist spätestens innerhalb von drei Monaten ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen im Rahmen offener Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden; bei einem vollen Versorgungsauftrag ist das Vergütungsvolumen des Zuschlages je Arzt auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt. Die Abrechnung des Zuschlages nach Satz 4 hat auf Grundlage einer Überweisung nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrags nach § 82 Absatz 1 zu erfolgen. Im Fall der Abrechnung eines Zuschlages nach Satz 4 durch einen Augenarzt oder Frauenarzt bedarf es keiner Überweisung.“
---------------------------	---

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 3e</b>	<p>Absatz 3e sollte wie folgt ergänzt werden:</p> <p>„Der Bewertungsausschuss beschließt</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bis spätestens zum [6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] eine Verfahrensordnung einzuführen, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab neuer telemedizinischer Leistungen regelt, insbesondere solcher, die sich auf die Auswertung der Daten eines im Krankenaus implantierten Medizinproduktes/Sensors beziehen. Dabei ist dem Hersteller des Medizinproduktes Antragsrecht auf die Aufnahme in den EBM und Auskunftsrecht über den Stand der Beratungen zu gewähren. Die vom Bewertungsausschuss gesetzten Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab dürfen 3 Monate nicht übersteigen.</li></ul>
----------------	--

## § 291a Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Der bvitg bekennt sich unverändert zur Telematikinfrastruktur. Die ePA sehen wir nach der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Vernetzung der Akteure im Gesundheitsmarkt durch den Aufbau der Telematikinfrastruktur mit ihren geplanten Anwendungen als essentiellen Baustein, um die Versorgung durch E-Health zu unterstützen und persönliche Gesundheitsdaten für die Patienten und ihre Behandler zugänglich und praktisch nutzbar zu machen.

Damit die Anwendungsmöglichkeiten der ePA jedoch auch für den Patienten in vollem Umfang zur Geltung kommen, muss der Patient auch mit alternativen Authentifizierungsmaßnahmen vollen Zugriff auf seine Patientendaten haben, seine Akte ergänzen sowie diese anderen Leistungserbringern zur Verfügung stellen können.

## Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 3</b>	<p>§ 291a wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:<ul style="list-style-type: none"><li>aaa) In Nummer 4 werden die Wörter „den Patienten“ durch die Wörter „die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten“ ersetzt.</li><li>bbb) Die Nummer 5 wird aufgehoben.</li></ul></li><li>bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.</li></ul>
---------------	--

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 3</b>	<p>Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „das Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch die Wörter „die Verarbeitung“ ersetzt und werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „und Nutzung“ gestrichen.</li><li>- In Satz 3 werden die Wörter „zu erhebenden, zu verarbeitenden oder zu nutzenden“ durch die Wörter „zu verarbeitenden“ ersetzt.</li><li>- In den Sätzen 4 und 6 werden die Wörter „dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ jeweils durch die Wörter „der Verarbeitung“ ersetzt.</li><li>- Satz 7 wird aufgehoben.</li></ul>
---------------	---

## Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 4</b>	[Keine Änderung.]
---------------	-------------------

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 4</b>	<p>Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens“ durch die Wörter „der Verarbeitung“ ersetzt.</li></ul>
---------------	--

## Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 5</b>	<p>Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Satz 8 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt.</li><li>- Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt: „Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder in elektronischer Form erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen.“</li><li>- In dem neuen Satz 10 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt.</li></ul>
---------------	--

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 5</b>	<p>Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Satz 1 werden die Wörter „Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch die Wörter „Die Verarbeitung“ und die Wörter „dem Einverständnis“ durch das Wort „Einwilligung“ ersetzt.</li><li>- In Satz 3 wird das Wort „Einverständnis“ durch das Wort „Einwilligung“ ersetzt.</li><li>- In Satz 9 werden die Wörter „Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung“ durch das Wort „Verarbeitung“ ersetzt.</li></ul>
---------------	--

## Beabsichtigte Neuregelung:

Abs. 5a	[Keine Änderung.]
---------	-------------------

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 5a</b>	<p>Absatz 5a wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens“ durch die Wörter „der Verarbeitung“ ersetzt.</li><li>- In Satz 2 wird im Satzteil vor der Aufzählung das Wort „Einverständnis“ durch das Wort „Einwilligung“ ersetzt.</li><li>- In Satz 3 werden die Wörter „Sperrungen oder“ durch die Wörter „zur Einschränkung der Verarbeitung oder zum“ ersetzt.</li><li>- In Satz 5 werden die Wörter „das Erheben, Verarbeiten und Nutzen“ durch die Wörter „die Verarbeitung“ ersetzt.</li></ul>
----------------	---

## Beabsichtigte Neuregelung:

Abs. 5b	[Keine Änderung.]
---------	-------------------

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 5b</b>	<p>Absatz 5b wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Abs. 5b Satz 1 wird „basierend auf international anerkannten Standards“ vor dem Wort „Verfahren“ eingefügt:</li></ul> <p>„Die Gesellschaft für Telematik hat <b>basierend auf internationalen Standards, die sektorübergreifend harmonisiert genutzt werden</b>, Verfahren zur Unterstützung der Versicherten bei der Verwaltung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 bis 9 zu entwickeln.“</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- In Absatz 5b Satz 2 wird das Wort „Zustimmung“ durch das Wort „Einwilligung“ ersetzt</li></ul>
----------------	--

Der bvitg begrüßt die Verpflichtung für die GKV-Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 01. Januar 2021 eine ePA anbieten zu müssen. Durch die Autonomiesteigerung der Versicherten ist zu erwarten, dass die Telematikinfrastruktur sowie die gesamten Bemühungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen eine deutliche Akzeptanz- sowie Nutzungssteigerung erfahren werden. Dabei sind nicht nur Krankenkassen als Aktenanbieter zu berücksichtigen, sondern auch die von Kassen unabhängig angebotenen Lösungen, die sich bereits jetzt auf dem Markt befinden. Damit die freien Aktenangebote mit den Angeboten der Krankenkassen in einem fairen Wettbewerb stehen, sollten Versicherte frei unter den Akten wählen können. Alle ePAs können nach den Spezifikationen der Telematik GmbH weiterentwickelt und zugelassen werden; die hierfür anfallenden Kosten sind von den Kassen an den Patienten zu erstatten. Dabei können Kassen durchaus eigene Akten anbieten, solange alternative Akten (z.B. indikationsspezifische ePA) oder indikationsspezifische Erweiterungen für ePAs vom Patienten gewählt und über die Kassen vergütet werden können.

Neben den medizinischen Informationen ist bei der Einrichtung der ePA auch die Bereitstellung der pflegerelevanten Zustands- und Versorgungsinformationen entsprechender Patienten notwendig. Damit lassen sich die heutigen Informationsbrüche durch die Sektorengrenzen überwinden und die Kontinuität der professionell geplanten, pflegerischen und sozialen Versorgung im Sinne eines integrierten Case Managements nachhaltig sicherstellen. Auch hier ist die Berücksichtigung internationaler Standards unabdingbar, um Interoperabilität herzustellen.

## Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 5c</b>	Dem Abs. 5c werden die folgenden Sätze angefügt:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	<p>„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daten über den Versicherten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und</li> <li>2. Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können.“</li> </ol>
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	<p>„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte oder Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen.“</p>

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 5c</b>	Dem Abs. 5c werden die folgenden Sätze angefügt:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten über den Patienten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können. Die technischen und organisatorischen Verfahren hierfür müssen geeignet sein, Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen. Sie sollen geeignet sein, weitere medizinische Daten sowie pflegerelevante Zustands- und Versorgungsinformationen des Versicherten verfügbar zu machen.
	bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
	Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 <b>die Kosten für die Beschaffung und den Betrieb</b> einer von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassenen <b>und auf internationalen Standards basierenden</b> elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. <b>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Anbieter von elektronischen Patientenakten treffen eine Vereinbarung über die Höhe des Erstattungsbetrages, die sich an den tatsächlichen Kosten der Leistungsbereitstellung ausrichtet.</b> Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens <b>ab dem Zeitpunkt, zu dem die erste Zulassung einer elektronischen Patientenakte durch die gematik GmbH erteilt worden ist</b> , in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte <b>sowie deren Gewährung</b> , zu informieren.“

Entsprechend zum Änderungsvorschlag § 291a Abs. 5c muss **§ 68 Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte** angepasst werden:

## Änderungsvorschlag:

<b>§ 68 SGB V</b>	In Satz 1 wird „können“ durch „müssen“ ersetzt.  „Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung <b>müssen</b> die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren. Das Nähere ist durch die Satzung zu regeln.
-------------------	--

## Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 7</b>	[Keine Änderung.]
---------------	-------------------

## Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 7</b>	Absatz 7 wird wie folgt geändert:  - In Absatz 7 Satz 3 Nummer 2 werden die Wörter „im Falle des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens“ durch die Wörter „im Fall der Verarbeitung“ ersetzt.  „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene <b>schaffen basierend auf international anerkannten Standards</b> die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur).“
---------------	--

## § 291b Gesellschaft für Telematik

Die Zulassungspflicht (Zugang zur Patientenakte) der gematik GmbH setzt Interoperabilität voraus, jedoch scheint nicht sichergestellt, dass Akten, z.B. bei einem Wechsel der Krankenkasse, umgezogen werden können.

### Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 1</b>	<p>§ 291b wird wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a Absatz 1 Satz 12 wird aufgehoben.</li><li>b Dem Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt: „Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 30. April 2019 zu veröffentlichen.“</li><li>c In Absatz 4 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für die Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentisierung, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist“ eingefügt.</li><li>d Nach Absatz 6 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: „Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über Meldungen nach Satz 4 zu informieren.“</li><li>e Folgender Absatz 9 wird angefügt: „(9) Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen und nach dessen Vorgaben über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren und Unterlagen vorzulegen.“</li></ul>
---------------	---

### Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 1a</b>	<p>§ 291b wird zusätzlich ergänzt um den Satz:</p> <p>„Die Interoperabilität des Zugangs zu Patientenakten muss durch internationale Standards sichergestellt sein.“</p>
----------------	--

## § 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

Der Verband begrüßt die Umstellung von papiergebundenen auf digitale Prozesse und Abläufe. Ein entsprechender Prüfauftrag, welche Verwaltungsprozesse digital abgebildet werden könnten, wurde bereits mit dem „E-Health-Gesetz“ an die Selbstverwaltung vergeben.

Die Regelung, dass die eAU ab dem 01. Januar 2021 nur noch elektronisch an die Krankenkassen übermittelt wird und dies von den Ärzten und Einrichtungen vorzunehmen ist, stellt einen Paradigmenwechsel dar, der nach derzeitigem Stand noch nicht ausreichend geregelt ist und grundlegende rechtliche Fragestellungen aufwirft. Durch den aus einem umfassenden Digitalisierungskonzept gerissenen Prozess wird die Umstellung auf die eAU mit deutlich höheren Kosten verbunden sein. Anstelle einer isolierten Einführung der eAU ist daher die vollständige Digitalisierung von Dokumenten und Formularen zu empfehlen.

Zudem müssen datenschutzrechtliche Anpassungen geprüft und vorgenommen werden. Die bisherige Lösung, dass der Versicherte die AU selbst an seine Krankenversicherung übermittelt, wahrt die Datenherrschaft beim Versicherten. Erfolgt die Übermittlung wie vorgesehen durch die eAU, bedarf die Speicherung und die Übermittlung durch den Arzt an die Krankenkassen nach der DSGVO der Einwilligung des Versicherten. Diese Einwilligung wird nicht allein damit erteilt, dass der Versicherte im Rahmen der Behandlung in die Erhebung und Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Krankenkassen einwilligt. Die zusätzliche Einwilligung betreffend die eAU muss den Vorgaben nach Art. 9 Abs. 2 a DSGVO in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten, Art. 7 Abs. 1 DSGVO für den Nachweis der Einwilligung und Art. 7 Abs. 3 DSGVO für den Widerruf der Einwilligung entsprechen. Dies müsste – wie auch in anderen Regelungen im SGB V üblich – sowohl den Ärzten als auch den Krankenkassen ausdrücklich auferlegt werden.

Gleichzeitig empfiehlt der Verband, auch hier auf internationale Standards für die Darstellung der Inhalte zurückzugreifen.

### Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Abs. 1 Satz 1 Nr. 1</b>	<p>Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,“</p> <p>In Nummer 3 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,“ eingefügt. Vor dem Punkt am Ende werden die Wörter „...; die Angaben nach Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln“ eingefügt</p>
--------------------------------	--

### Änderungsvorschlag:

<b>Abs. 1 Satz 1 Nr. 1</b>	<p>Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wie folgt gefasst:</p> <p>„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,“</p> <p>In Nummer 3 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,“ eingefügt. Vor dem Punkt am Ende werden die Wörter „...; die Angaben nach Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a <b>unter Einhaltung internationaler Standards</b> unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln.“ eingefügt.</p>
--------------------------------	---

## § 305 Auskünfte an Versicherte

Der Gesetzgeber macht im Referentenentwurf deutlich, dass der elektronische Datenaustausch zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen deutlich ausgebaut werden soll (Patient – ePA, Leistungserbringer – eAU und ePA, Kostenträger – Sozialdaten). Der bvitg begrüßt dieses Ziel, weist aber gleichzeitig darauf hin, dass die gewählten Datenformate durchgängig auf internationalen Standards basieren müssen.

### Beabsichtigte Neuregelung:

<b>Satz 1</b>	<p>§ 305 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung, ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden. Die für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.“</p>
---------------	--

### Änderungsvorschlag:

<b>Satz 1</b>	<p>Nach Satz 1 wird zusätzlich ergänzt:</p> <p>„Die Übermittlung der Daten muss auf den gleichen internationalen Standards basieren.“</p>
---------------	---

Der Referentenentwurf berührt die §§ 291a-g nur in wenigen Punkten. Der für die Umsetzung der E-Health-Strategie erforderliche Änderungsbedarf bleibt weitestgehend unberührt und sollte entsprechend in einem „E-Health-Gesetz II“ angepasst werden. Der bvitg steht als Industrieverband hierbei sowie bei der weiteren Ausarbeitung des TSVG gerne als fachlicher Dialogpartner zur Verfügung.

Berlin, 08.01.2019