

**Änderungsantrag Nr. 2**

**der Fraktion der FDP**

**zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung**

**(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

**BT-Drs. 19/6337**

Zu Artikel 1 Nummer 43 (§ 87 Abs. 1 Satz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -neu)

Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

In dem neuen § 87 Absatz 1 Satz 8 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „einschließlich der elektronischen Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten aus dem Bonusheft gem. § 55 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 3 der Individualprophylaxe-Vereinbarung“ eingefügt.

**Begründung**

Das Bonusheft ist papiergebunden und insofern für eine digitale Übermittlung von Informationen im Sinne eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens nicht geeignet. Deshalb sollte das Bonusheft zukünftig in elektronischer Form verfügbar sein.

## **Änderungsantrag Nr. 3**

### **der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337**

Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b (§92 Abs. 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b wird aufgehoben.

#### **Begründung**

Die Vorgabe zur Erstellung von „Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung“ in der Psychotherapie kann zu sehr negativen Folgen führen.

Zunächst besteht die Gefahr, dass Patienten ihre psychischen Leiden vertraulich gleich mehreren Personen offenbaren müssen, bevor sie behandelt werden können. Zusätzlich besteht das Risiko, dass sich diese Patienten nicht mehrfach zu ihren psychischen Leiden äußern können oder möchten, da kein Vertrauensverhältnis zu der Person besteht, die sie beurteilen muss. Dies könnte dazu führen, dass die psychischen Erkrankungen einiger Patienten nicht erkannt und behandelt werden können. Außerdem dürfte eine verpflichtende gestufte und gesteuerte Versorgung generell die Hemmschwelle für eine psychotherapeutische Behandlung von Seiten der Patienten deutlich erhöhen, außerdem wird die freie Wahl des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin durch die Patienten abgeschafft.

Mit der am 01. April 2017 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie wurden vom GB-A zahlreiche Verbesserungen und Veränderungen bei der psychotherapeutischen Versorgung umgesetzt. Diese Richtlinie sollte erst evaluiert werden, bevor weitere Maßnahmen in diesem Bereich ergriffen werden. So gibt es etwa im Bereich der Überweisung von Patienten aus Krankenhäusern und bei der Versorgung von schweren Fällen noch Verbesserungsbedarf. In diesen Prozess sollte der Gesetzgeber nicht eingreifen. Es gilt, die Selbstverwaltung zu stärken und nicht in ihrem Handlungsspielraum durch gesetzliche Vorgaben einzuengen.

Weiter bindet ein zusätzliches Verfahren der Stufung und Steuerung erhebliche Kapazitäten, die besser für die eigentliche Versorgung genutzt würden. Damit wird das eigentliche Problem, der Mangel an Psychotherapeuten, weiter verschärft.

## **Änderungsantrag Nr. 4**

### **der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337**

Zu Artikel 1 Nr. 70 b) (§ 130a Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - neu)  
sowie Artikel 1a – neu – (§ 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes)

1. Artikel 1 Nummer 70 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In dem neuen § 130a Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmers“ ein Komma und die Wörter „soweit die jeweils geltenden Impfquoten nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes erreicht sind“ eingefügt.

2. Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

#### **„Artikel 1a**

#### **Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

§ 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 3 werden die Wörter „und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ gestrichen.

2. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kommission legt in den Empfehlungen Impfquoten fest und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.““

#### **Begründung**

Zu Nummer 1

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen, zur Prävention von Infektionskrankheiten. Durch Impfprogramme ist es gelungen, Infektionskrankheiten weltweit

immer weiter zurückzudrängen und teilweise sogar zu eliminieren. Zudem können Impfungen gegen gefährliche Bakterien dazu beitragen, den Einsatz von Antibiotika zu vermeiden und so einen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen leisten.

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung enthält in Satz 3 eine zusätzliche Erhöhung des Referenzabschlages nach § 130a Abs. 2 Satz 1 für Impfstoffe um fünf Prozent sowie für saisonale Grippeimpfstoffe um zehn Prozent des ursprünglichen Listenpreises des pharmazeutischen Unternehmers, um zusätzliche Einsparungen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen zu ermöglichen.

Damit läge der Arzneimittelpreis von Impfstoffen für die gesetzliche Krankenversicherung mindestens 10% unter dem Durchschnitt in der Europäischen Union, in einigen Fällen sogar noch deutlich darunter. Im Falle einer Impfstoffknappheit innerhalb der Europäischen Union, beispielsweise bei größeren Grippewellen, besteht die erhebliche Gefahr, dass die Versorgung mit entsprechenden Impfstoffen für gesetzlich Versicherte nicht sichergestellt und das Ziel der notwendigen Erhöhung der Impfquoten in Deutschland nicht erreicht werden kann.

Bisher werden von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut im Rahmen ihrer Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen keine Empfehlungen zu Impfquoten gegeben. Die Kommission nimmt in ihren Empfehlungen jedoch partiell Bezug auf Empfehlungen der WHO zu Impfzielen bei Masern, Mumps und Röteln sowie zu Impfzielen der Europäischen Union und anderer Institutionen.

Diese Impfziele werden in Deutschland regelmäßig nicht erreicht. So bleibt Deutschland allein bei Masern seit Jahren unterhalb des Impfziels von mindestens 95% der Bevölkerung. Auch die Zielquoten für Gripeschutzimpfungen (WHO- und EU-Ziel von 75 %) werden seit Jahren bei weitem nicht erreicht. Sie liegen z.B. bei Senioren bei 35 Prozent oder beim medizinischen Personal bei 40 Prozent.

Auch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Impfungen sollte im Blick behalten werden. Die Grippewelle im Winter 2017/18 war laut Robert Koch-Institut die Schwerste seit mindestens 17 Jahren. Entsprechend kam es zu circa neun Millionen Influenza-bedingten Arztbesuchen, circa 5,3 Millionen Influenza-assoziierte Arbeitsunfähigkeiten und circa 45 000 Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen. Damit einher gingen Engpässe in der stationären Versorgung und hohe Kostenanstiege für die ambulante Versorgung und Lohnersatzleistungen. Allein für Berlin wurden 1 100 Influenza-assoziierte Todesfälle geschätzt.

Der Änderungsantrag, mit dem Ziel durch Sicherstellung einer stabilen Impfstoffversorgung und Erhöhung der Impfquoten den Gesundheitsschutz der Versicherten zu gewährleisten und zu fördern, trägt diesem Umstand Rechnung.

Danach sind zusätzliche Abschläge auf den Listenpreis von Impfstoffen in Höhe von 5 Prozent bzw. 10 Prozent auf Grippeimpfstoffe zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung bedingt durch die Erreichung der jeweiligen Impfquoten nach den Empfehlungen der Ständigen

Impfkommission beim Robert-Koch-Institut. Dies erhöht auch für Krankenkassen den Anreiz, noch mehr für die Erreichung der Impfziele zu tun, denn steigende Impfquoten gehen mit Einsparungen für die Krankenkassen einher.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung kommt der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut die Aufgabe zu, in ihren Empfehlungen zur Durchführungen von Schutzimpfungen auch Impfquoten für jeweilige Infektionserkrankungen festzulegen. Soweit sich die Empfehlungen zu Schutzimpfungen, wie bei der Grippe, lediglich auf Risikogruppen beziehen, sollen mit den Empfehlungen Impfquoten im Hinblick auf diese Risikogruppen gegeben werden. Damit sollen den Beteiligten im Gesundheitswesen Zielmarken zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes durch Schutzimpfungen aufgezeigt werden. Im Übrigen handelt es sich um Folgeänderungen zur Gewährleistung der Verständlichkeit

## **Änderungsantrag Nr. 5**

### **der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337**

#### Zu Artikel 1 Nummer 79 Buchstabe a (§ 137h Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 79 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

a) § 137h Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Anwendung des Medizinprodukts“ ein Komma und die Wörter „insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine Anfrage nach Satz 1 und die Übermittlung der Unterlagen erfolgt im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts, das in dem Krankenhaus bei der Methode zur Anwendung kommen soll.“

cc) In Satz 3 werden die Wörter „Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf,“ durch die Wörter „Vor der Bewertung“ und die Wörter „den jeweils“ durch das Wort „weiteren“ ersetzt.

dd) In Satz 4 werden das Wort „Der“ durch die Wörter „Sofern die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, nimmt der“ ersetzt, wird nach den Wörtern „Gemeinsame Bundesausschuss“ das Wort „nimmt“ gestrichen und werden die Nummern 2 und 3 wie folgt gefasst:

- „2. die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder
3. weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist.“

## **Begründung**

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass es sich bei den relevanten Informationen insbesondere um Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt handelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird das in der geltenden Fassung vorgeschriebene bloße Benehmen zwischen Krankenhaus und Hersteller sowohl für den Antrag als auch die Informationsübermittlung an den G-BA durch das Erfordernis einer Einvernehmenserteilung durch den Hersteller ersetzt. Die im Regierungsentwurf verwendete Formulierung führt dazu, dass die Intention des klaren Einvernehmens zwischen Krankenhaus und Medizinprodukteherstellern bei der Stellung Anfrage zu neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden nicht hinreichend umgesetzt wird, denn diese fordert das explizite Einvernehmen lediglich bei der Übermittlung der Unterlagen zur Evidenz und setzt darüber hinaus kein Benehmen bei Stellung der Anfrage, wie bei der geltenden Fassung voraus.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei den Anpassungen in Satz 3 handelt es sich um eine notwendige Änderung im Hinblick auf die folgende Änderung in Satz 4.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Änderung in Satz 4 erfolgt eine sprachliche Klarstellung, die besser als die bisherige Formulierung in Satz 3 zum Ausdruck bringt, dass ein Bewertungsverfahren des G-BA nach § 137h nur dann durchgeführt wird, wenn die Methode nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Im Übrigen wird durch die Änderungen in die Bewertung durch den G-BA vereinfacht. Die Notwendigkeit einer Potentialprüfung wird gestrichen. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.

## **Änderungsantrag Nr. 6**

### **der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337**

Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe a<sub>0</sub> – neu – (§ 140a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 80 wird dem Buchstaben a folgender Buchstabe a<sub>0</sub> vorangestellt:

- „a<sub>0</sub>) In §140a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Krankenkassen“ die Wörter „und ihre Verbände“ eingefügt.“

#### **Begründung**

§ 140a Absatz 1 SGB V eröffnet Krankenkassen ein unbürokratisches Instrument zum Abschluss von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung. Diese Abschlusskompetenz sollte auch Krankenkassenverbänden zustehen. So können einem noch breiteren Versichertenkreis erleichtert innovative Modelle zur besonderen Versorgung angeboten werden. Ein Gesetzesvergleich mit § 63 Absatz 1 Satz 1 SGB V, der den Abschluss innovativer Modellvorhaben eröffnen soll, zeigt, dass an anderer Stelle der Gesetzgeber den Krankenkassen und ihren Verbänden bereits dieselben Optionen zur Vertragsgestaltung eingeräumt hat.

Aufgrund der Verpflichtung zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung unter Maßgabe der besonderen Regelungen aus § 73b Absatz 4 SGB V ist dagegen keine analoge Formulierung zu § 73b Absatz 1 Satz 1 SGB V naheliegend.

Diese Regelung geht auf einen Vorschlag des Bundesrates zurück.



## **Änderungsantrag Nr. 7**

### **der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337**

Zu Artikel 7 (§ 107 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch sowie Artikel 7a bis c – neu – (§§ 5 Abs.1, 7 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz; § 56 Abs. 1 Zweites Buch Sozialgesetzbuch; § 311 Drittes Buch Sozialgesetzbuch)

1. Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

#### **„Artikel 7**

#### **Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Vierten Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. §35a Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu veröffentlichen.“

2. Nach § 107 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Auf Antrag des Arbeitgebers kann die Krankenkasse dem Arbeitgeber oder bei Leistungsbeziehern nach dem SGB II und III der Agentur für Arbeit den Beginn und das jeweilige voraussichtliche oder tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit durch Datenübertragung übermitteln.“

2. Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 7a eingefügt:

#### **„Artikel 7a**

#### **Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes**

Das Entgeltfortzahlungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) § 5 Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 2 bis 4, sofern dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden.“

§ 7 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern,  
1. solange der Arbeitnehmer eine von ihm nach § 5 Abs. 1 vorzulegende ärztliche Bescheinigung nicht vorlegt oder den ihm nach § 5 Abs. 2 obliegenden Verpflichtungen nicht nachkommt; § 5 Abs. 1 Satz 5 gilt;  
2. wenn der Arbeitnehmer den Übergang eines Schadensersatzanspruchs gegen einen Dritten auf den Arbeitgeber (§ 6) verhindert.““

3. Nach dem neuen Artikel 7a wird folgender Artikel 7b eingefügt:

#### **„Artikel 7b**

#### **Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 56 Absatz 1 Satz 5 des Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden.““

4. Nach dem neuen Artikel 7b wird folgender Artikel 7c eingefügt:

#### **„Artikel 7c**

#### **Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 311 Satz 4 des Dritten Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden.““

## **Begründung**

### Zu Nummer 1

Aufgrund des Umfangs der notwendigen Umstellung bei den Arbeitgebern erscheint eine zweijährige Einführungsphase sinnvoll, in welcher das Verfahren auf gesetzlicher Basis umgesetzt werden kann, aber noch nicht verpflichtend ausgestaltet ist. Um eine erneute gesetzliche Anpassung zu vermeiden bzw. auch die Umsetzung des Verfahrens sicherzustellen, könnte die Einführungsphase gesetzlich zeitlich begrenzt werden und danach der Datenaustausch für alle Arbeitgeber verpflichtend festgelegt werden.

### Zu Nummer 2

Die Krankmeldung dient den Arbeitnehmern zum Nachweis über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit gegenüber ihren Arbeitgebern. Die Nachweisverpflichtung ergibt sich insbesondere aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz, so dass bei einer entsprechenden Umsetzung einer elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) im Verhältnis zu Arbeitgebern sowohl gesetzliche Regelungen zum Datenübermittlungsverfahren zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern als auch Änderungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes erforderlich wären. In der Konsequenz würde die Anzeigeverpflichtung des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber verbleiben, die Nachweisverpflichtung würde bei gesetzlich Versicherten über eine elektronische Datenübermittlung erfüllt.

Um die Datenübermittlung zwischen den Arbeitgebern und den Krankenkassen einheitlich sicherzustellen und hierbei möglichst bereits bestehende Verfahren zu nutzen, wird vorgeschlagen, die Übermittlung der Daten über bereits erprobte Arbeitgeberverfahren durchzuführen. Hierfür kann die zwischen den Arbeitgebern und Krankenkassen bestehende Infrastruktur für den Datenaustausch Entgeltersatzleistungen (EEL) genutzt werden.

Im heutigen Papierverfahren liegt die Datenhoheit beim Versicherten, d.h., der Versicherte hat die Möglichkeit, eine AU-Bescheinigung ggf. nur dann seinem Arbeitgeber vorzulegen, wenn er tatsächlich der Arbeit fernbleibt. Damit dies auch in einem Verfahren der Datenübermittlung von Seiten der Krankenkasse an den Arbeitgeber sichergestellt bleibt, sollte das Verfahren als sogenanntes „Pull“-Verfahren ausgestaltet werden. Dies bedeutet, dass keine automatische Übermittlung sämtlicher AU-Daten an den Arbeitgeber erfolgt, sondern der Arbeitgeber, der aufgrund einer Information durch den Versicherten über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit Kenntnis erlangt, die diesbezüglichen AU-Daten bei der Krankenkasse aktiv abfordern muss. Die elektronische Antwort der Krankenkasse auf eine elektronische Abforderung des Arbeitgebers stellt auch sicher, dass die Datenübermittlung von Seiten der Krankenkasse korrekt adressiert und damit den Datenerhebungs- und Datenübermittlungsvorschriften entsprechend erfolgt.