

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)313(9)**  
gel VB zur öffent Anh am  
14.04.2021  
08.04.2021



Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

**Entwurf der Bundesregierung**

**eines**

**Gesetzes zur digitalen Modernisierung von  
Versorgung und Pflege**

**(Digitale–Versorgung–und–Pflege–  
Modernisierungs–Gesetz – DVPMG)**

**Bundestag-Drucksache 19/27652**

**vom 8. April 2021**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil.....</b>	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil .....</b>	<b>5</b>
<b>Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>5</b>
Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b) und Nummer 8 Buchstabe b) (§§ 75 Abs. 1b SGB V und 87 Abs. 2a Satz 23) Sicherstellung zu sprechstundenfreien Zeiten durch telemedizinische Leistungen sowie Vergütung vertragsärztlicher Notfallleistungen einschließlich telemedizinischer Leistungen ..	5
Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 219d SGB V) Interoperabilität bei grenzüberschreitendem Datenaustausch.....	6
Zu Artikel 1 Nummer 21 (§ 291 SGB V) Digitale Identität für Versicherte .....	7
Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 301 SGB V) Kodierung seltener Erkrankungen.....	8
Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 307 SGB V) Datenschutzfolgen schätzung .....	9
Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 312 SGB V) Aufträge an die gematik .....	9
Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 342 Abs. 2 SGB V) Sofortnachrichtendienst mit Leistungserbringern .....	11
Zu Artikel 1 Nummer 54 (§ 355 SGB V) Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.....	12
Zu Artikel 1 Nummer 59 (§ 360 SGB V) Elektronische Verordnung.....	13
Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 374a SGB V) Schnittstellen in Hilfsmitteln und Implantaten .....	14
Zu Artikel 1 Nr. 78 Zwölftes Kapitel (§ 395 SGB V - neu) Einbeziehung von Akteuren über Inhalte im Nationalen Gesundheitsportal .....	15
Zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 397 SGB V) Bußgeldvorschriften .....	16
<b>Artikel 2 und Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung.....</b>	<b>18</b>
Zu Artikel 2 und Artikel 3 (§§ 2 Absatz 4 KHEntgG und BPfIV) Prüfung der Vergütung von telekonsiliarischen Leistungen .....	18
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf .....</b>	<b>20</b>
Telemedizinische Leistungen bei ambulanter Krankenhausbehandlung .....	20

---

## Allgemeiner Teil

---

Um die Digitalisierung und die Vernetzung im Gesundheitswesen im Sinne der Versorgungsqualität und des Patientennutzens weiter voranzutreiben, ist es zu begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und der Telemedizin als zentralen Regelungsgegenstand aufgreift. Es werden neue Anwendungen beschrieben und weitere Beteiligte in die Vernetzung des Gesundheitswesens aufgenommen. Die Verknüpfung der Anwendungen – insbesondere der elektronischen Patientenakte – mit einem Nationalen Gesundheitsportal und mit den digitalen Gesundheitsanwendungen kann dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz der Bürger zu verbessern. Mit den digitalen Identitäten und dem Zukunftskonnektor wird bereits eine neue Stufe der Vernetzung des Gesundheitswesens auf den Weg gebracht, noch bevor der aktuelle Rollout der Telematikinfrastruktur abgeschlossen ist. Zwar wird damit künftig mit weniger Aufwand und Komplexität der Zugang in die Telematikinfrastruktur ermöglicht, allerdings lässt das Gesetzesvorhaben an vielen Stellen den Bezug zum Umsetzungsstatus bereits durch vorangegangene Digitalisierungsgesetze verbriefter Anforderungen vermissen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die teils kurzfristig vorgesehenen Fristen, die zudem keinerlei Konzession an die Pandemielage erkennen lassen.

Die Krankenhäuser arbeiten pandemiebedingt teils am Rande der Belastungsgrenze. Die organisatorisch-technischen sowie personellen Kapazitäten der Einrichtungen der Patientenversorgung dürfen hier nicht überfordert werden, will man die Akzeptanz eines relevanten Anteils der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern, aber auch der Versicherten nicht gefährden. Es sei zudem darauf verwiesen, dass die Verfügbarkeit notwendiger technischer Komponenten für die nutzenbringende Anbindung der Krankenhäuser an die in der Telematikinfrastruktur verfügbaren medizinischen Anwendungen (insbesondere die elektronische Patientenakte nach § 341 SGB V) bis heute nicht flächendeckend gegeben ist und zu weiteren Verzögerungen bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur führen könnte.

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen für die vertragsärztliche Versorgung wichtige Festlegungen getroffen werden, um den Austausch medizinischer Daten und die Telemedizin zu fördern:

- Zusammenführen und Nutzbarmachung von Basisdaten und qualitätsbezogenen Daten der vertragsärztlichen Versorgung zum Zweck der Veröffentlichung,
- Einrichtung eines bundesweiten Verzeichnisses der vertragsärztlichen Leistungserbringer mit wesentlichen Informationen zum Versorgungsangebot,
- semantische und syntaktische Festlegungen für Inhalte der elektronischen Patientenakte, die von den Versicherten aus digitalen Gesundheitsanwendungen in die elektronische Patientenakte importiert werden können,
- semantische und syntaktische Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte zur pflegerischen Versorgung.

Leider übersieht der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang, dass diese Festlegungen auch im Krankenhaus Wirkung entfalten. So werden mit dem aktuell vorliegenden Gesetzentwurf allein der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufgaben übertragen, Festlegungen für die vertragsärztliche Versorgung zu treffen. Die Belange der Krankenhäuser, die vielfach in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden sind und diese in einzelnen Regionen teilweise ersetzen, bleiben unberücksichtigt. Auch Festlegungen zur semantischen Interoperabilität, wie beispielsweise die Pflege des europäischen Übersetzungsdienstes, die für den grenzüberschreitenden Datenaustausch notwendig sind, sollen ohne Beteiligung der Deutschen Krankenhäuser getroffen werden.

In den letzten Monaten hat sich gezeigt, wie wichtig Videosprechstunden und Telekonsilien für die Gesundheitsversorgung sein können. Das deutsche Gesundheitswesen hat in diesen schwierigen Zeiten gezeigt, wie gut es funktioniert und dass es in der Lage ist, die Vorteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen in die Versorgung zu integrieren, wenn die Mehrwerte erkennbar sind. Die Krankenhäuser unterstützen daher die gesetzgeberischen Bemühungen, die Rahmenbedingungen für die telemedizinische Leistungserbringung attraktiver zu gestalten. Leider bleiben jedoch auch hier die Krankenhäuser im Wesentlichen unberücksichtigt. Zwar soll die Deutsche Krankenhausgesellschaft einen Prüfauftrag erhalten, ob zwischen Krankenhäusern erbrachte telekonsiliarische Leistungen sachgerecht vergütet werden, ansonsten sind aber keine Änderungen vorgesehen, welche die Nutzung der Telemedizin im Krankenhaus attraktiver machen würden.

Ausschließlich positiv wird die Datenschutzfolgenabschätzung in der Anlage des Gesetzes bewertet. Hiermit werden die Krankenhäuser von bürokratischem Aufwand befreit, der keinen Mehrwert für den Datenschutz bedeutet hätte, da die Inhalte ausschließlich gesetzlich geregelt wurden.

Wichtige und notwendige Korrekturen in der bestehenden Gesetzgebung zur Digitalisierung, beispielsweise die Berücksichtigung von Krankenhäusern, die als kritische Infrastrukturen maßgeblich für die Versorgungslage in Deutschland sind, für Förderprojekte zur Verbesserung der IT-Sicherheit nach dem Krankenhaus-Zukunftsfonds, werden nicht aufgegriffen.

Detaillierte Ausführungen zu einzelnen Regelungen sind dem Besonderen Teil zu entnehmen.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b) und Nummer 8 Buchstabe b) (§§ 75 Abs. 1b SGB V und 87 Abs. 2a Satz 23)

Sicherstellung zu sprechstundenfreien Zeiten durch telemedizinische Leistungen sowie Vergütung vertragsärztlicher Notfalleleistungen einschließlich telemedizinischer Leistungen

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen im Rahmen der Sicherstellung des Notdienstes auch telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen.

Im Rahmen der Kooperationen zwischen Krankenhaus und Kassenärztlicher Vereinigung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten wird vorgesehen, dass eine Nutzung der technischen Ausstattung des Krankenhauses zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch die Notdienstpraxis oder die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch das Krankenhaus vereinbart werden kann.

Beabsichtigt ist ferner, dass durch den ergänzten Bewertungsausschuss die bereits differenzierten Regelungen für die Versorgung im Notfall und Notdienst um telemedizinische Leistungen ergänzt werden sollen.

#### Stellungnahme

Die vorgesehenen Anpassungen sind dem Grunde nach zu begrüßen.

Offen bleibt an dieser Stelle jedoch, wie die Kommunikation zwischen dem Personal der Notaufnahmen der Krankenhäuser und den Patientinnen und Patienten erfolgen soll. Der Regierungsentwurf hebt insbesondere die Videosprechstunde hervor, die zu einer Entlastung sowohl der Leistungserbringer als auch der Versicherten führe. Bei telemedizinischen Leistungen, wie der Videosprechstunde, muss darauf hingewiesen werden, dass es sich um Leistungen handelt, die im Vorfeld terminlich zwischen Arzt und Patientin bzw. Patient abgestimmt werden und nur mit einer entsprechenden Terminabstimmung im Vorfeld gut umgesetzt werden können.

Eine Notfallversorgung lässt sich jedoch im Vorfeld terminlich nicht abstimmen. Der Versorgungsbedarf entsteht akut. Die Folge könnte sein, dass die Patientinnen und Patienten versuchen, eine Notfallversorgung auf telemedizinischem Wege in Anspruch zu nehmen, jedoch nicht umgehend versorgt werden können. Denn telemedizinische

Leistungen im Notfall bzw. im Notdienst setzen voraus, dass jederzeit ein Ansprechpartner allein für die telemedizinischen Leistungen zur Verfügung steht. Die Folge ist, dass mit den bestehenden Personalressourcen neben der Vor-Ort-Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser auch die ständig einsatzbereite telemedizinische Versorgung zu gewährleisten ist. Dies erscheint aufgrund der Personalsituation unrealistisch und würde folglich nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer Belastung sowohl der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter als auch der Patientinnen und Patienten führen. Da jederzeit ein Ansprechpartner für mögliche telemedizinische Anfragen zur Verfügung stehen muss, sind die spezifischen Vorhaltekosten auch in den Entgelten abzubilden. In den Beratungen des ergänzten Bewertungsausschusses muss dieser Aspekt bei telemedizinischen Leistungen im Notfall Berücksichtigung finden und sollte daher zwingend zur Konkretisierung aufgenommen werden.

Auch muss die notwendige räumliche sowie technische Infrastruktur vorhanden sein, damit eine entsprechende Versorgung ermöglicht werden kann. Dieser Aspekt ist gleichfalls besonders zu berücksichtigen und sollte damit klarstellend in die Neuregelung eingefügt werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V wird wie folgt gefasst:

Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen **unter ergänzender Berücksichtigung der zur Leistungserbringung spezifischen Vorhaltekosten, insbesondere des Personals sowie der notwendigen technischen Ausstattung** die nach dem Schweregrad zu differenzierenden Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen.

### **Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 219d SGB V)**

**Interoperabilität bei grenzüberschreitendem Datenaustausch**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zum grenzüberschreitenden Datenaustausch werden in § 219d Absatz 6 Satz 4 SGB V dahingehend erweitert, dass die Festlegungen zur semantischen Interoperabilität für den Datenaustausch vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Gesellschaft für Telematik getroffen werden.

## Stellungnahme

Nach § 355 Abs. 8 Satz 2 SGB V kann die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Erstellung von Festlegungen zur semantischen Interoperabilität beauftragt werden. Um diese Aufgabe im Falle der Beauftragung wahrnehmen zu können, muss die Deutsche Krankenhausgesellschaft regelmäßig bei der Erarbeitung von Festlegungen zur Interoperabilität mit einbezogen werden. Es sollte daher auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in die Benehmensherstellung mit aufgenommen werden.

## Änderungsvorschlag

§ 219d Absatz 6 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte trifft unter Berücksichtigung der europäischen semantischen Interoperabilitätsfestlegungen und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Gesellschaft für Telematik die Festlegungen zur semantischen Interoperabilität, die für den grenzüberschreitenden Datenaustausch erforderlich sind, und stimmt diese Festlegungen auf europäischer Ebene ab.

## Zu Artikel 1 Nummer 21 (§ 291 SGB V)

### Digitale Identität für Versicherte

## Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 291 Absatz 7 SGB V sollen die Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte eine digitale Identität für das Gesundheitswesen erhalten. Diese soll ab 01.01.2024 auch als Versicherungsnachweis dienen.

## Stellungnahme

Die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur wird grundsätzlich begrüßt.

Die Ergänzung der Gesundheitskarte um eine digitale Identität ist nachvollziehbar. Es ist aber sicherzustellen, dass die Nutzung der digitalen Identitäten der Versicherten nicht zur Anschaffung weiterer Komponenten und Dienste für die Telematikinfrastruktur in den nächsten Jahren führt.

Die Krankenhäuser warten schon sehr lange darauf, dass Komponenten und Dienste für nutzbringende Anwendungen aus medizinischer Sicht vorhanden sind. Wenn im Laufe dieses Jahres die erforderlichen Komponenten und Dienste für die elektronische Patientenakte verfügbar sind, werden sich die Krankenhäuser damit für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur ausstatten. Vor diesem Hintergrund ist zu vermeiden, dass von den Krankenhäusern in den nächsten Jahren neue Komponenten und Dienste beschafft werden müssen bzw. beschaffte Komponenten und Dienste innerhalb von wenigen Jahren ihren Einsatzzweck verlieren.

## **Änderungsvorschlag**

Entfällt

### **Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 301 SGB V)**

#### **Kodierung seltener Erkrankungen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Verpflichtung zur Kodierung seltener Erkrankungen über die in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) hinaus festgelegten Anforderungen ab dem Jahr 2022 soll eine sachgerechtere Leistungsabbildung erfolgen, als dies bisher möglich sei. Dazu soll eine eindeutige Kodierung seltener Erkrankungen (Orphanet) im stationären Bereich verbindlich vorgegeben werden.

#### **Stellungnahme**

Den Krankenhäusern liegen keine Informationen vor, welche die in der Gesetzesbegründung dargestellte „aufwandsarme“ Anwendung der Alpha-ID-SE und Orphanet-Kennnummern bestätigen würden. Unabhängig vom etwaigen Kodieraufwand stellt sich jedoch die Frage, ob die Frist zur Umsetzung der Anpassungen in der Datensatzbeschreibung der § 301-Datenübermittlung – für eine Umsetzung zum 01.01.2022 ist die Vereinbarung einer entsprechenden Fortschreibung bis spätestens 31.03.2021 notwendig – parallel zur Bewältigung der Pandemiesituation gerechtfertigt erscheint. Mit der Umsetzung unterschiedlicher Projekte zur Digitalisierung, u. a. der elektronischen Patientenakte, der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, dem eRezept, den Notfalldaten, der Realisierung sanktionsbehalteter Dienstangebote von Patientenportalen, der elektronisch unterstützten Dokumentation und Medikation sowie der Umsetzung von Anforderungen für mehr IT-Sicherheit, stehen Krankenhäuser in den nächsten drei Jahren vor umfangreichen Umsetzungsprojekten, die auch auf Seiten der Hersteller und Dienstleister enorme Kapazitäten binden. Schon jetzt ist klar, dass eine Priorisierung der umzusetzenden Themen vorgenommen werden muss, um eine realistische Umsetzung zu ermöglichen. Die notwendige Anpassung der vorhandenen Datenstrukturen und Integration neuer Codesysteme in die bestehenden Prozesse bindet Kapazitäten, die andernorts nicht zur Verfügung stehen.

Die Krankenhäuser unterstützen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung. Es sollte jedoch geprüft werden, ob die Umsetzung nicht in das Jahr 2023 verschoben werden kann, um angesichts der absehbar anhaltenden Pandemiebelastung im Jahr 2021 sowohl den Krankenhäusern als auch der Industrie die Fokussierung auf die aktuellen Herausforderungen zu ermöglichen. Dabei sei darauf hingewiesen, dass auch eine übergangsweise freiwillige Kodierung für das Jahr 2022 die bundesweit einheitliche Bereitstellung der entsprechenden Datenstrukturen voraussetzen und damit keine mögliche Lösungsoption darstellen würde.



## **Änderungsvorschlag**

Bei der Veröffentlichung des in § 301 Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Zeitpunktes wird klargestellt, dass die Übermittlung von Zusatzangaben für seltene Erkrankungen ab dem Jahr 2023 verpflichtend umzusetzen ist.

### **Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 307 SGB V)**

#### **Datenschutzfolgenabschätzung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber hat eine Datenschutz-Folgenabschätzung als Anlage dem Gesetz beigefügt. Dadurch werden unter anderem die Krankenhäuser als Verantwortliche hinsichtlich der standardmäßig in den Komponenten der dezentralen Telematikinfrastruktur durchgeführten Verarbeitungsvorgänge von ihrer Pflicht zur Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung entbunden.

#### **Stellungnahme**

Die vorgesehenen Inhalte werden ausdrücklich begrüßt. Die Krankenhäuser haben in der Vergangenheit vielfach darauf hingewiesen, dass die Erstellung einer eigenen Datenschutz-Folgenabschätzung aufgrund der klaren und engen Vorgaben des Gesetzgebers ein unnötiger bürokratischer Aufwand sei.

## **Änderungsvorschlag**

Entfällt

### **Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 312 SGB V)**

#### **Aufträge an die gematik**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung enthält eine Reihe von neuen Aufträgen für die gematik GmbH. Hierbei handelt es sich um Festlegungen zur Erweiterung der Telematikinfrastruktur, u. a. um Lösungen für

- den Sofortnachrichtendienst zwischen Leistungserbringern,
- digitale Identitäten der Versicherten und Leistungserbringer,
- wirtschaftliche Anbindungslösungen,
- Kartenlesegeräte zum kontaktlosen Einlesen von Karten,
- Messengerdienste für die Kommunikation zwischen Versicherten und Leistungserbringern sowie Versicherten und Krankenkassen,
- zusätzliche Funktionen der sicheren Übermittlungsverfahren.

## Stellungnahme

Der Gesetzgeber schreibt der gematik sehr genaue Fristen vor, wann die o. g. Festlegungen zu treffen sind. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Einhaltung ambitionierter Fristen problematisch ist. Daher ist zu hoffen, dass bei der Festsetzung der Termine auch die Expertise der gematik eingeholt wurde, um die fachliche und technische Einhaltung sicherzustellen. Eine Einbeziehung der übrigen Gesellschafter der gematik hat in diesem Zusammenhang nicht stattgefunden.

Hinsichtlich der Festlegungen zu den digitalen Identitäten wird auf die Stellungnahme zur Neuregelung des § 291 SGB V verwiesen.

Die gematik GmbH wird beauftragt, Maßnahmen durchzuführen, damit ab 01.01.2023 eine sichere, wirtschaftliche und skalierbare Zugangsmöglichkeit zur Telematikinfrastruktur ermöglicht wird. Dies wird begrüßt, suggeriert aber, dass die derzeitigen Lösungen nicht sicher, nicht wirtschaftlich und/oder nicht skalierbar sind. Dies wird bereits von den Einrichtungen hinterfragt, die sich im Jahre 2021 an die Telematikinfrastruktur anbinden wollen (s. hierzu auch heise-Artikel vom 21.01.2021 „Aus für Konnektor und elektronische Gesundheitskarte: Gematik stellt TI 2.0 vor“). Die neuen Zugangsmöglichkeiten sollen den unterschiedlichen Anforderungen der Leistungserbringerinstitutionen gerecht werden. Dies sollte auch im Gesetzestext umgesetzt werden.

Eine Steigerung der Benutzerfreundlichkeit der Kartenlesegeräte – insbesondere im Hinblick auf die bessere Hygiene – wird begrüßt. Bedauerlicherweise werden diese Kartenlesegeräte erst nach der verpflichtenden Anbindung der Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur verfügbar sein.

Mit dem sicheren Übermittlungsverfahren sollen künftig Möglichkeiten zur Übertragung von Text, Dateien, Bild und Ton sowie zur Videokommunikation geschaffen werden. Damit werden auch sichere Dienste zum Austausch von Sofortnachrichten zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen untereinander sowie zwischen Beschäftigten im Gesundheitswesen und Versicherten bzw. Patienten ermöglicht. Die Vorstellung einer „Echtzeitkommunikation“ ist dabei jedoch nicht in die Abläufe und Behandlungsprozesse im Krankenhaus integrierbar. Überdies stellen sich datenschutzrechtlich hohe Hürden für die Nutzung von Messengerdiensten im Krankenhaus (Whitepaper der Datenschutzaufsichtsbehörden zur Nutzung von Messengerdiensten im Krankenhaus, das u. a. die Nutzung privater mobiler Endgeräte im Krankenhaus nicht zulässt). Hierfür müssen praktikable und finanzierbare Lösungen entwickelt werden, damit das Krankenhaus als wichtiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen einerseits nicht von dieser Art der Kommunikation ausgeschlossen wird, andererseits aus Nutzersicht keine Erwartungen geweckt werden, die sich in der Realität nicht abbilden lassen oder nicht mit Vorgaben des Datenschutzes in Einklang zu bringen sind. Die Klarstellung in der amtlichen Begründung des Regierungsentwurfs, dass keine Rechtspflicht zur Nutzung für den Leistungserbringer besteht, und dass er einstellen kann, dass die Kommunikation vom Leistungserbringer initiiert werden muss, wird begrüßt.

Für die sicheren Übermittlungsverfahren müssen auch die technischen Voraussetzungen geschaffen und die erforderlichen Werkzeuge den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden. Schon heute unterstützt die elektronische Fallakte (EFA) den Austausch von medizinischen Daten und stellt eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu KIM (und zur elektronischen Patientenakte) dar. Sie ermöglicht bereits heute den gewünschten sicheren Austausch der medizinischen Daten zwischen mehr als zwei Leistungserbringern. Die Notwendigkeit einer elektronischen Fallakte (dort als elektronische Arzt-Akte bezeichnet) wird u. a. auch vom Ärztlichen Beirat Digitalisierung NRW betont. Eine Nutzung der EFA und eine Finanzierung analog zur ePA sollte sichergestellt sein.

### **Änderungsvorschlag**

§ 312 Absatz 1 Nummer 9 SGB V wird wie folgt gefasst:

bis zum 30. Juni 2022 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit Anbieter ab dem 1. Januar 2023 Komponenten und Dienste zur Verfügung stellen können, die eine sichere, wirtschaftliche, skalierbare, stationäre und mobile Zugangsmöglichkeit zur Telematikinfrastruktur ermöglichen, **die den unterschiedlichen Anforderungen der Leistungserbringerinstitutionen gerecht werden.**

§ 312 Absatz 1 Nummer 16 SGB V wird wie folgt gefasst:

bis zum 1. Oktober 2023 die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit die sicheren Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 auch den Austausch von medizinischen Daten in Form von Text, Dateien, Ton und Bild, auch als Konferenz mit mehr als zwei Beteiligten, ermöglichen; **bis zur Verfügbarkeit der entsprechend erweiterten Verfahren sollen bereits verfügbare sichere elektronische Informations- und Telekommunikationstechnologien genutzt werden.**

### **Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 342 Abs. 2 SGB V)** **Sofortnachrichtendienst mit Leistungserbringern**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 342 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe d SGB V wird festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2023 die Versicherten den Sofortnachrichtendienst mit Leistungserbringern als sicheres Verfahren nach § 311 Absatz 6 SGB V über die Benutzeroberfläche nach § 342 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b SGB V und über die Komponenten zur Wahrnehmung der Versichertenrechte nach § 338 SGB V nutzen können.

## **Stellungnahme**

Die Durchführung einer „Echtzeitkommunikation“ zwischen Versicherten und den Leistungserbringern ist sowohl in den Behandlungsprozessen als auch mit Blick auf das dafür erforderliche Personal nicht darstellbar.

Denkbar wäre, bei angemessenen Vorlaufzeiten und entsprechender Refinanzierung, eine „Echtzeitkommunikation“ zu einzelnen Krankenhäusern bzw. entsprechenden Kooperationen von Krankenhäusern als Institutionen vorzusehen, mit interner Aufteilung der Anfragen auf wechselnde Personen in Abhängigkeit von anderen auftretenden Arbeitslasten.

## **Änderungsvorschlag**

§ 342 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe d SGB V ist ersatzlos zu streichen.

## **Zu Artikel 1 Nummer 54 (§ 355 SGB V)**

### **Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

## **Beabsichtigte Neuregelung**

Nach der Neuregelung in den neuen Absätzen 2a und 2b hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung notwendige semantische und syntaktische Festlegungen für Inhalte aus digitalen Gesundheitsanwendungen und aus der pflegerischen Versorgung innerhalb von definierten Fristen zu treffen.

## **Stellungnahme**

Es ist nicht erkennbar, warum die Festlegungen für diese Inhalte in § 355 Absätze 2a und 2b SGB V besonders hervorgehoben werden. Der Gesetzgeber könnte auch an dieser Stelle auf eine Fristsetzung verzichten, da die gematik nach § 355 Absatz 8 SGB V entsprechende Fristen setzen kann. Dabei kann die gematik darauf achten, dass die Frist angemessen ist. Diese Flexibilität besteht bei einer gesetzgeberischen Festlegung nicht. Aus Sicht der Krankenhäuser bleibt auch unklar, ob nach dieser Regelung eine Beauftragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Absatz 8 Satz 2 erfolgen kann. Zudem verweisen die anderen Regelungen in § 355 auf die Festlegungen nach Absatz 1. Beispielsweise sollen nach § 355 Absatz 6 bei Festlegungen nach Absatz 1 Internationale Standards berücksichtigt werden. Dies gelte nicht für die Inhalte der Absätze 2a und 2b. Vermutlich wurde übersehen, dass die gesonderte Regelung in den Absätzen 2a und 2b dazu führt, dass die Verfahrensordnung nach Absatz 2 und damit auch die Benehmensherstellung nach Absatz 1 auf diese Festlegungen nicht anwendbar wäre. Mit der Neuregelung würde ein neuer Weg für Festlegungen etabliert werden, der nicht nachvollziehbar ist. In der amtlichen Begründung wird allerdings darauf hingewiesen, dass der Benehmensherstellung (hier nach § 355 Abs. Satz 1 Nummer 5 SGB V mit den Bundesverbänden der Pflege) eine hohe Bedeutung

zukommt. Zusammenfassend ist die Notwendigkeit einer Sonderregelung für diese Inhalte nicht ersichtlich.

### **Änderungsvorschlag**

§ 355 Absätze 2a und 2b SGB V sind ersatzlos zu streichen.

(Alternativ sollte zumindest sichergestellt werden, dass die Verfahren zur Benehmensherstellung im Sinne der Absätze 1 und 2 sowie die weiteren Regelungen des § 355 für die neuen Absätze 2a und 2b gelten.)

### **Zu Artikel 1 Nummer 59 (§ 360 SGB V)**

#### **Elektronische Verordnung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Nach dieser Neuregelung sind unterschiedliche Gruppen von Leistungserbringern verpflichtet, diverse Verordnungen in elektronischer Form auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten der Telematikinfrastruktur zu nutzen. Am Ende jedes Absatzes wird ergänzend ausgeführt, dass dies nicht gelte, wenn die Ausstellung von Verordnungen in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich sei.

#### **Stellungnahme**

Es wird begrüßt, dass die Verpflichtung, Verordnungen in elektronischer Form auszustellen, nicht gilt, wenn die Ausstellung von Verordnungen in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

Die Ausnahme von der Verpflichtung sollte allgemein gelten. Sämtliche Verpflichtungen der Leistungserbringer im Zusammenhang mit den Anwendungen der Telematikinfrastruktur sollten nur dann gelten, wenn diese auch technisch möglich sind. Technisch möglich sind zudem die Anwendungen der Telematikinfrastruktur nur, wenn die Komponenten und Dienste ausreichend zur Verfügung stehen, um den Verpflichtungen in den einzelnen Regelungen nachzukommen. Die Ausnahme von der Verpflichtung sollte daher nicht nur im Einzelfall gelten, sondern auch auf den Fall erweitert werden, dass die Komponenten und Dienste nicht oder nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind. In manchen Fällen sind auch gesetzliche Sanktionen angedroht, wenn die Verpflichtungen durch das Krankenhaus nicht fristgerecht erfüllt werden.

Diese Sanktionen gelten derzeit unabhängig davon, ob das Krankenhaus die Verletzung der Verpflichtung zu vertreten hat. Eine solche verschuldensunabhängige Regelung ist nicht regelhaft und vollkommen unangemessen.

## Änderungsvorschlag

§ 334 SGB V wird um folgenden neuen Absatz 5 ergänzt:

**In einzelnen Vorschriften dieses Abschnittes werden Leistungserbringer zur Nutzung von Anwendungen verpflichtet. Diese Verpflichtung zur Nutzung der Anwendung gilt nur, wenn sie auch technisch möglich ist. Die Nutzung ist technisch nicht möglich, wenn die erforderlichen Komponenten und Dienste nicht verfügbar sind. Dies gilt entsprechend für Anwendungen außerhalb dieses Abschnittes, wenn sie die Telematikinfrastruktur nutzen.**

### **Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 374a SGB V)** **Schnittstellen in Hilfsmitteln und Implantaten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung beschreibt die Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Hilfsmitteln und Implantaten.

Die von Hilfsmitteln oder Implantaten verarbeiteten Daten müssen in geeigneten, interoperablen Formaten exportiert und von digitalen Gesundheitsanwendungen weiterverarbeitet werden können. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet und veröffentlicht ein elektronisches Verzeichnis für interoperable Schnittstellen von Hilfsmitteln und Implantaten sowie die zugehörigen Lizenzen. Wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist, gelten Ausnahmen.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte trifft die erforderlichen technischen Festlegungen, insbesondere zur sicheren gegenseitigen Identifizierung der Produkte bei der Datenübertragung.

#### **Stellungnahme**

Es bleibt unklar, welche technischen Festlegungen hier getroffen werden sollen. Dies ist klarzustellen. Es sollte zudem eine Konsolidierung technischer Festlegungen vorgenommen werden, um unnötige Redundanzen zu vermeiden. Auch könnten diese Festlegungen in die vorgesehene Wissensplattform nach § 393 SGB V aufgenommen werden, damit die Plattform einen Überblick über alle technischen Festlegungen aus dem SGB V umfasst.

## Änderungsvorschlag

§ 374a SGB V wird um folgenden neuen Absatz 5 ergänzt:

**Die Festlegungen nach Absatz 4 sind in die Wissensplattform nach § 393 aufzunehmen.**

## **Zu Artikel 1 Nr. 78 Zwölftes Kapitel (§ 395 SGB V - neu)**

### **Einbeziehung von Akteuren über Inhalte im Nationalen Gesundheitsportal**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Bundesministerium für Gesundheit errichtet und betreibt ein elektronisches Informationsportal, welches gesundheits- und pflegebezogene Informationen zur Verfügung stellt.

Die beiden Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Aufgabe, auf Nachfrage der Nutzer arztbezogene Informationen an das nationale Gesundheitsportal zu übermitteln. Dafür sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßig erhobene Informationen an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitergeben.

Die Übermittlungspflicht gilt auch für ermächtigte Einrichtungen, wobei Informationsbestandteile ohne Arztbezug sondern einrichtungsbezogen zu übermitteln sind.

Das Nähere zu den Inhalten der zu übermittelnden Daten, zu Struktur und Format sowie zum Übermittlungsverfahren legt das Bundesministerium für Gesundheit in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen fest.

#### **Stellungnahme**

Die Einrichtung eines Nationalen Gesundheitsportals wird grundsätzlich begrüßt.

Zunächst ist unklar, welche konkreten Einrichtungen als ermächtigte Einrichtungen zu verstehen sind. Ferner ist die Übermittlungspflicht für diese ermächtigten Einrichtungen in der vorgesehenen Neuregelung unklar. So wird geregelt, dass die Übermittlung der Angaben nach § 395 Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 bis 5 (neu) SGB V einrichtungsbezogen zu erfolgen habe. Allerdings wird in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 als zu übermittelnde Angabe der Name des Arztes vorgesehen. An dieser Stelle ist der Entwurf inkonsistent und sollte angepasst werden.

Darüber hinaus stellt die Übermittlungspflicht der im Nationalen Gesundheitsportal zur Verfügung zu stellenden Informationen auf die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Unklar ist jedoch, woher diese die Informationen der ermächtigten Einrichtungen erheben. Grundsätzlich ist eine weitere Übermittlungspflicht der Krankenhäuser abzulehnen, da der daraus resultierende bürokratische Aufwand, welcher überdies in regelmäßigen Abständen erfolgen kann, erheblich ist. Auch liegen die Informationen in unterschiedlichen, öffentlich einsehbaren Registern, etwa dem Standortverzeichnis nach § 293 SGB V oder den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, bereits vor.

Hinzu kommt außerdem, dass die Leistungen ermächtigter Einrichtungen vielfach keinem spezifischen Fachgebiet zuordenbar sind, da es sich bei diesen um multiprofessionelle Leistungsangebote handelt, etwa bei den psychiatrischen Institutsambulanzen oder auch den Hochschulambulanzen. Damit ist die Anwendung der auf den Vertragsarztbereich ausgerichteten Angaben nach § 395 Abs. 2 Satz Nr. 1

bis 6 (neu) in dieser Form nicht möglich. Um damit Friktionen an dieser Stelle zu vermeiden, sollte die Deutsche Krankenhausgesellschaft in den Festlegungen nach Abs. 4 (neu) mit eingebunden werden.

## **Änderungsvorschlag**

1. § 395 Absatz 3 (neu) SGB V wird wie folgt neu gefasst:

**„Sofern die Angaben nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 bis 6 auch für ermächtigte Einrichtungen erhoben werden können, sind diese mit der Maßgabe zu übermitteln, dass die Angaben ohne Arztbezug einrichtungsbezogen übermittelt werden.“**

2. § 395 Absatz 4 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere zu den Inhalten der von den Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer jeweiligen Bundesvereinigung für die Veröffentlichung im Nationalen Gesundheitsportal zu übermittelnden Daten nach Absatz 2, zu deren Struktur und Format sowie zum Übermittlungsverfahren legt das Bundesministerium für Gesundheit in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen **und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** bis zum ...[einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] fest.“

## **Zu Artikel 1 Nummer 80 (§ 397 SGB V)**

### **Bußgeldvorschriften**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung handelt der zugriffsberechtigte Leistungserbringer oder die zugriffsberechtigte Person, die mit Einwilligung des Versicherten auf dessen medizinische Daten zugreift, ordnungswidrig, wenn der Zugriff ohne elektronischen Heilberufsausweis, Berufsausweis oder digitale Identität oder ohne Berechtigung durch eine Person, die über einen derartigen Ausweis oder eine digitale Identität verfügt, erfolgt.

#### **Stellungnahme**

Zunächst ist positiv anzumerken, dass die Regelung im Regierungsentwurf dahingehend angepasst wurde, dass der materiell berechtigte Zugriff ohne das o. g. technische Authentifizierungsmittel nicht mehr die Erfüllung eines Straftatbestandes darstellt. Dies war unangemessen und wurde auch entsprechend geändert.

Die Regelung, dass der Zugriff ohne die o. g. technischen Authentifizierungsmittel eine Ordnungswidrigkeit darstellt, ist aber immer noch zu weitgehend. Es wird anerkannt, dass die Ausweise und für das Krankenhaus vor allem die Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen (SMC-B) ein wichtiger Baustein für die Sicherheitsarchitektur der Telematikinfrastruktur sind. Den berechtigten Zugriff ohne Verwendung dieser Hilfsmittel mit Bußgeld zu belegen, ist aber unverhältnismäßig. Der



berechtigte Zugriff ohne das technische Authentifizierungsmittel stellt weder ein sozial-schädliches Verhalten dar noch geht davon eine Gefahr für den Versicherten oder ein anderes Rechtsgut aus. Eine solche Gefahr besteht allerdings, wenn der Zugriff wegen fehlendem Ausweis unterbleibt und der Leistungserbringer keinen Zugriff auf wichtige Informationen zur Befunderhebung hat. Dieser Sachverhalt ist auch nicht mit den sonstigen Ordnungswidrigkeiten des § 397 zu vergleichen. So ist nachvollziehbar, dass ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot nach § 335 eine Ordnungswidrigkeit ist, weil der Täter sich zu Lasten des Versicherten einen Vorteil verschaffen will. Im Vergleich dazu kann man bei dem Leistungserbringer, der den Versicherten bestmöglich behandeln will, unabhängig davon, ob er dafür einen Ausweis benötigt oder nicht, nicht von einem „Täter“ sprechen. Der Leistungserbringer wird ohne Not kriminalisiert. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, einen Arzt zur Nutzung der Daten der elektronischen Patientenakte zu motivieren, wenn er den Eindruck bekommt, dass der berechtigte Zugriff unter Verwendung der falschen Technik mehr pönalisiert wird, als wenn er gar nicht erst auf die Daten zugreift.

### **Änderungsvorschlag**

§ 395 Abs. 1 Nr. 3 ist ersatzlos zu streichen.

## Artikel 2 und Artikel 3

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflege-satzverordnung

#### Zu Artikel 2 und Artikel 3 (§§ 2 Absatz 4 KHEntgG und BPfIV)

#### Prüfung der Vergütung von telekonsiliarischen Leistungen

#### Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 4 wird ein Auftrag an die Deutsche Krankenhausgesellschaft gerichtet, wonach diese zu prüfen hat, ob die derzeitige Vergütung für telekonsiliarische Leistungen sachgerecht bzw. eine Differenzierung der Vergütung notwendig ist. Der Prüfauftrag ist bis zum 31.12.2021 abzuschließen und zu veröffentlichen.

#### Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird aus Sicht der Krankenhäuser positiv gesehen, da hiermit ihre Forderung aus der Stellungnahme zum „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ zur Anpassung der Vergütung telemedizinischer Leistungen sowie von Telekonsilien und Televisiten aufgegriffen wird.

Die Krankenhäuser und das Land Nordrhein-Westfalen haben bereits in ihrer Stellungnahme zum „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ eine Regelung angemahnt, die einen zuschlagsfähigen Tatbestand im KHG schaffen soll, um telemedizinische Leistungsangebote von Krankenhäusern für andere Krankenhäuser und sektorenübergreifend zu finanzieren.

Telekonsile, wie sie beispielsweise das „Virtuelle Krankenhaus NRW“ anbietet, verbessern die Versorgung und entlasten durch eine effizientere Nutzung der Ressourcen das Gesundheitssystem. Das „Virtuelle Krankenhaus NRW“ ist schon Ende März mit einer Vorstufe gestartet. Mithilfe von Telekonsilien werden dabei seither die infektiologische und intensivmedizinische Expertise der Universitätskliniken Aachen und Münster bei Bedarf allen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen für die Behandlung von schwer an COVID-19 Erkrankten zur Verfügung gestellt. So haben die weit über 500 infektiologischen und intensivmedizinischen Telekonsile der Vorstufe des Virtuellen Krankenhauses dazu beigetragen, dass viele Patienten, die sonst in Zentren verlegt worden wären, in den aktuell behandelnden Krankenhäusern verbleiben konnten. Nun werden sukzessive weitere Krankheitsbilder hinzukommen. Das „Virtuelle Krankenhaus“ startet in der Pilotphase mit den Indikationen Intensivmedizin, Infektiologie, Herzinsuffizienz, seltene Erkrankungen und Lebermetastasen bei kolorektalem Karzinom.

Der Erfolg dieses und weiterer Vorhaben virtueller Krankenhäuser oder anderer Formen telekonsiliarischer Leistungen steht und fällt mit der Finanzierung der beteiligten Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte. Telemedizinische Leistungen, Telekonsile und Televisiten müssen angemessen vergütet werden. Aktuell existieren lediglich zwei OPS-Codes für telekonsiliarische Leistungen bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, die eine telemedizinische Mitbehandlung durch eine Teleneurologie ermöglichen. Allein die Definition weiterer OPS-Codes wird jedoch als nicht zielführend und zu langwierig angesehen. Telemedizinische Leistungen, Telekonsile und Televisiten müssen adäquat separat vergütet werden, das bedeutet außerhalb der Fallpauschalen über Zuschläge. Sie verbessern die Versorgung und entlasten durch eine effizientere Nutzung der Ressourcen letztlich das Gesundheitssystem.

Während mit dem „Digitale-Versorgung-Gesetz“ Regelungen geschaffen wurden, damit Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Telekonsilien umfangreich aber auch sektorenübergreifend mit allen anderen Ärztinnen und Ärzten, die zur medizinischen Behandlung gesetzlich Versicherter berechtigt sind, abrechnen können, existieren für telemedizinische Leistungen insbesondere zwischen Krankenhäusern keine entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten.

Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum der Vorschlag der Krankenhäuser und des Landes Nordrhein-Westfalen nicht aufgegriffen wird. Die beabsichtigte Gesetzesänderung löst die Problematik der Krankenhäuser mittelfristig nicht und könnte daher nur hilfswise umgesetzt werden. Aus Sicht der Krankenhäuser ist eine Anpassung des § 17b KHG notwendig. Ergänzend müssen in § 9 der BpflV und im KHEntgG eine bundeseinheitliche Regelung für Zuschläge vereinbart und in § 5 BpflV und KHEntgG Regelungen geschaffen werden, nach denen die Vertragsparteien auf der Ortsebene die Einzelheiten für die dem Zuschlag nach § 17b Absatz 1a Nr. 10 (neu) zugrundeliegenden Leistungen (Telekonsile) miteinander vereinbaren können.

### **Änderungsvorschlag**

§ 17b Absatz 1a KHG wird um folgende neue Nummer 10 ergänzt:

**„10. den Aufwand für die Durchführung von telemedizinischen Leistungen und Beratungen zwischen Krankenhäusern und sektorenübergreifend, wenn bei ihnen sichere elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt werden.“**

---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### Telemedizinische Leistungen bei ambulanter Krankenhausbehandlung

Der vorliegende Regierungsentwurf strebt eine Ausweitung telemedizinischer Leistungen, insbesondere der Videosprechstunde, an. So soll den Versicherten der Zugang zu einer Versorgung auf dem Wege der Videosprechstunde erleichtert werden sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen telemedizinische Leistungen nun auch zu sprechstundenfreien Zeiten zur Verfügung stellen. Der Regierungsentwurf verweist gleichfalls darauf, dass die Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Entlastung führe. Ferner wird im Regierungsentwurf festgestellt, dass die telemedizinische Behandlung neue Interaktionsmöglichkeiten zwischen Versicherten und ärztlichen Leistungserbringern geschaffen habe.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar, dass für die ambulanten Leistungen der Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen sowie der sozialpädiatrischen Zentren eine dem vertragsärztlichen Bereich vergleichbare Leistungserbringung bislang nicht explizit vorgesehen ist. Gerade im Rahmen der Pandemiesituation hat sich gezeigt und zeigt sich weiterhin, dass die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten durch diese ermächtigten Einrichtungen auch im Rahmen von Videosprechstunden notwendig war und ist.

Allerdings hat sich auch gezeigt, dass ohne eine eindeutige rechtliche Grundlage die Erbringung dieser Leistungen nicht ohne weiteres möglich war, da die Kostenträger eine telemedizinische Behandlung als nicht zulässig erachtet haben. In der Folge war die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht durchgehend gewährleistet. Zwar konnten Regelungen zur Erbringung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen gefunden werden, diese sind – im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung – jedoch zeitlich begrenzt. Anhand der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie und den Behandlungsmöglichkeiten auch für die ermächtigten Einrichtungen, sollte den Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und den sozialpädiatrischen Zentren grundsätzlich die Möglichkeit eröffnet werden, telemedizinische Leistungen zu erbringen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; **die Einrichtungen nach Satz 1 können Leistungen auch telemedizinisch erbringen und hierfür eine entsprechende Vergütung vereinbaren**; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden.“