


Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221

Per E-Mail: 221@bmg.bund.de

Bundesverband
Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b
10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0
Fax +49 (0)30 246 255 - 99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

Berlin, 16. August 2018
Sch/KI

 030 246 255 -11/-23

BVMed-Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu dem

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Der BVMed nimmt zum Gesetzentwurf nur insoweit Stellung, wie dieser seine Mitgliedsunternehmen betrifft:

1. Zu Artikel 1, Nr. 40 b des Referentenentwurfes

Medizintechnischen Fortschritt berücksichtigen

Der einheitliche Bewertungsmaßstab muss sachgerecht ausgestaltet werden. Dabei sind sowohl die Anforderungen der „sprechenden Medizin“ als auch innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu berücksichtigen, um eine möglichst gute Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Gewünschte Einsparungen bei bestimmter Diagnostik dürfen nicht dazu führen, dass die Vergütungsbedingungen innovativer Technologien insgesamt verschlechtert werden. Hier muss zielgenau reguliert werden, um nicht unnötig Fälle im kostenintensiven Krankenhaus-Sektor zu halten.

Anders als im stationären Sektor wird die Vergütung inklusive Sachkostenanteil im EBM allein zwischen KBV und GKV geregelt. In einem ersten Schritt muss daher zwingend dafür Sorge getragen werden, Transparenz über jegliche Änderung der Bewertungsmaßstäbe für die Sachkosten herzustellen und den Herstellern und ihren Verbänden ein Stimmrecht einzuräumen.

§ 87 Abs. 2, Satz 3 und 4

§ 87 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt geändert

*„, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von **diagnostischen** Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. **Die Kriterien und Bewertungsmaßstäbe sind öffentlich klar und transparent zu definieren. Den Verbänden der Hersteller von Medizinprodukten ist ein Anhörungsrecht zu gewähren.**“*

§ 87 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

in Satz 4 werden nach dem Wort „Sachkosten“ die Worte „*in der Diagnostik*“ eingefügt.

Begründung:

Der BVMed hält es für sachgerecht, eine regelmäßige Aktualisierung der Gebührenordnungspositionen vorzunehmen, wenn sich Marktpreise ändern – sowohl bei den Personalkosten als auch bei den Sachkosten. Diese Aktualisierung gilt, wenn sie sachgerecht ist, in beide Richtungen: Sie kann zu höheren oder niedrigeren Gebührenordnungspositionen führen.

Der Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Aktualisierung nach Satz 3 des einzufügenden Textes ist daher nachvollziehbar, wenn das Bundesministerium für Gesundheit den Eindruck hat, dass eine regelmäßige Aktualisierung bisher nicht erfolgt ist. Nicht nachvollziehbar ist dagegen zunächst, dass es den Auftrag nicht ergebnisoffen erteilt, sondern ausdrücklich auf Sachkosten bei Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil abstellt.

Die Gesetzesbegründung beschreibt die Motivation des Gesetzgebers wie folgt: „Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 ff. sollen die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechende Medizin“) genutzt werden. (...) Rationalisierungsreserven ergeben sich aufgrund des technischen Fortschritts durch Automatisierung und Digitalisierung.“ Im Weiteren stellt die Gesetzesbegründung auf die Diagnostik ab: „Hierbei kann eine Konzentration auf Arztgruppen oder Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil (z. B. Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Labor, Radiologie oder Humangenetik) erfolgen.“

Diese Konzentration auf die Diagnostik findet sich im Gesetzestext allerdings nicht wieder. Vielmehr werden generell alle Sachkostenanteile gleichermaßen in Frage gestellt, auch kurative Methoden mit hohem Sachkostenanteil. Dies trifft insbesondere solche Methoden, die entsprechend der Richtlinien des G-BA sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung finden.

Wenn die Vergütungen für solche Gebührenordnungspositionen im EBM abgesenkt werden, kann dies dazu führen, dass die politisch gewünschte stärkere ambulante Leistungserbringung unattraktiver wird und eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Operationen nicht erfolgt. Dies würde zu Mehrkosten für das Gesamtsystem führen, insbesondere da bei diesen Behandlungsmethoden eine Leistungsausweitung im ambulanten Sektor anders als bei der Diagnostik höchst unwahrscheinlich ist.

Wir schlagen daher vor, den Gesetzestext entsprechend der Gesetzesbegründung zu präzisieren.

§ 87 Abs. 2, Satz 5 wird wie folgt ergänzt:

Variante 1

„Dabei soll die Bewertung der technischen *diagnostischen* Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“

Variante 2

Dabei soll die Bewertung der technischen Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt. *Dies gilt nicht für Leistungen, die im Rahmen von Behandlungsmethoden erbracht werden, bei denen Mengen in der stationären Versorgung im gleichen Zeitraum gesunken sind.*“

Begründung:

Die Bestimmung soll offenkundig einer Leistungsausweitung in der Diagnostik entgegen wirken. Dies erscheint nachvollziehbar. Allerdings werden mit der vorliegenden Formulierung unerwünschte Nebenwirkungen ausgelöst.

Es ist im Blick auf die Gesamtkosten für das Gesundheitssystem sinnvoll, dass – soweit möglich und vom G-BA in die Versorgung aufgenommen – Behandlungsmethoden aus der stationären in die vertragsärztliche Versorgung (insbesondere ambulantes Operieren) überführt werden. Dies reduziert dann naturgemäß die Mengen in der stationären Versorgung und erhöht die Mengen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Würde bei Methoden mit Medizinprodukten, die sich in die vertragsärztliche Versorgung verlagern, die Vergütung bei steigender Menge sinken, so würden angesichts sinkenden Angebots im vertragsärztlichen Bereich tendenziell mehr Fälle in der stationären Versorgung verbleiben. Bei Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten, die vom G-BA ausdrücklich als notwendig in der stationären Versorgung anerkannt und in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden, kann dieser Effekt zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem führen.

Ergänzender Vorschlag im Kontext mit den geplanten Änderungen des §87 SGB V

Gesetzlichen Klarstellung, dass für die Dauer der Entscheidungsverfahren des G-BA oder des Bewertungsausschusses über Methoden, die ambulant durchgeführt werden können, die stationäre Abrechnungsmöglichkeit erhalten bleibt.

Wir möchten dem BMG im Kontext der geplanten Änderungen des §87 SGB V vorschlagen, ein weiteres offenes Problem von Verfahren im Bewertungsausschuss vorstellen – mit der Bitte, dies bei dieser Gelegenheit mit zu regeln.

Mehr Methoden, die heute stationär erbracht werden, könnten bei Vorliegen struktureller Voraussetzungen auch ambulant erbracht werden. Leistungserbringer und Hersteller von Medizinprodukten werden im Übergang damit konfrontiert, dass die stationäre Vergütung schneller entfällt als die ambulante eingeführt wird. Versorgungslücken für Patientinnen und Patienten sind die Folge. Dies bietet den Fehlanreiz, die Verlagerung der Methode vom stationären in den ambulanten Sektor nicht anzustoßen – verbunden mit unnötigen Kosten für das Gesamtsystem.

In der Praxis kommt es zu Missverständnissen und Unklarheiten, sofern eine stationär bereits etablierte Leistung dem Grunde nach ambulant erbringbar wäre, ein entsprechendes ambulantes Versorgungsangebot, insbesondere aufgrund einer fehlenden ambulanten Vergütung im Rahmen des EBM, jedoch nicht gegeben ist.

Stationäre Verfahren, z. B. in der Chirurgie, werden kontinuierlich weiterentwickelt und optimiert. Nach der Etablierungsphase kommt es zu einer zunehmenden Verkürzung der Verweildauer. Bei einigen Verfahren kann nach einer weiteren Verfahrensoptimierung sogar auf die kurzstationäre Behandlung als Ein-Tages-Fall verzichtet und die Leistung ambulant durchgeführt werden. In der gynäkologischen Chirurgie ist dies weit verbreitet. Eine Aufnahme dieser Verfahren in den EBM (Anhang 2) findet nur in geringem Umfang statt.

Für bisher stationär erbrachte Leistungen, für welche auf der Basis anerkannter Struktur- und Prozessänderungen eine ambulante Versorgung möglich und eine Aufnahme in den EBM beantragt ist, haben sich in der Vergangenheit überlange Verfahrenszeiten zur Aufnahme in den EBM ergeben. Gleiches gilt für Verfahren nach § 135 Abs. 1 SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Während der Entscheidungsverfahren besteht weiterhin keine Leistungsvergütung für die ambulante Versorgung. In vielen Fällen wurde, anhand von Prüfungen durch den MDK, die Vergütung für das Krankenhaus durch die Krankenkasse versagt. Damit war eine stationäre Leistungserbringung nicht mehr möglich. Mit dem Argument der primären Fehlbelegung im stationären Sektor würde dies auch der Logik einer ambulanten Behandlungsnotwendigkeit folgen. In diesen Fällen besteht weder ein ambulantes noch ein stationäres Behandlungsangebot, was zu unversorgten Patientinnen und Patienten führt. Dies führte im Fall der Injektionen von Botulinumtoxin in die überaktive Blase zu mehreren Klagen bei den Sozialgerichten, die durchgängig eine Leistungspflicht der Krankenkassen wegen Systemversagen feststellten.

In einem aktuellen Beispiel hat bei der Diagnose von unregelmäßigen Herzrhythmusstörungen mit einem implantierbarem Ereignis-Rekorder, bei Ohnmachts- und Schlaganfallpatienten, ein medizinischer Miniatisierungsfortschritt der Implantate zur Folge, dass die Implantation von den Kostenträgern als ambulant durchführbare Operation deklariert wird, obwohl sie diese nur im stationären DRG-System regelvergütet wird. Dies führt zu gesteigerten Fallprüfungen und Vergütungsstreichungen, worauf einzelne Krankenhäuser die Implantation der Ereignis-Rekorder komplett einstellen. Gleichzeitig können niedergelassene Kardiologen, die die ambulante Implantation von Ereignis-Rekordern fachlich durchführen könnten, ihre Patientinnen und Patienten nicht versorgen, da es keine ambulante Regelvergütung (EBM) für die Implantation gibt.

Da die Zuweisung eines Patienten in ein Krankenhaus aufgrund prekärer Vergütungen nicht mehr möglich ist, ist der betroffene Patient der Leidtragende innerhalb der unregelmäßigen Vergütungssystematik. Das Resultat ist eine Unterversorgung von Patienten mit unbehandelten unregelmäßigen Herzrhythmusstörungen.

Diese Übergangsproblematik besteht unabhängig von der Länge der Entscheidungsverfahren, wird durch diese allerdings noch verschärft.

Es bedarf daher der gesetzlichen Klarstellung, dass für die Dauer der Entscheidungsverfahren des G-BA oder des Bewertungsausschusses die stationäre Abrechnungsmöglichkeit erhalten bleibt.

Klarstellend sollte daher ein neuer § 39 Absatz 5 SGB V eingefügt werden:

„Ist für eine in der stationären Versorgung eingeführte Leistung ein Antrag auf Aufnahme dieser Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab gestellt worden, so kann diese Leistung weiterhin in der stationären Versorgung zulasten der Gesetzlichen Krankenkassen ohne Kürzung der notwendigen Verweildauer erbracht werden, solange kein Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Absatz 3 SGB V vorliegt. Gleiches gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Beurteilung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V noch nicht abgeschlossen ist.“

Begründung:

Der Änderungsvorschlag stellt Rechtssicherheit zum Leistungsanspruch der Versicherten her. Gleichermaßen erhalten Leistungserbringer, Krankenkassen und MDK eine dringend benötigte Klarstellung der Abrechnungssicherheit. Unnötiger administrativer Aufwand, beispielsweise durch Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V, wird vermieden.

2. Zu Artikel 1, Nr. 40 e des Referentenentwurfes

Zu § 87 Abs. 2c Satz 1 und 2

Wir bewerten die Regelung und dortige Ausführungen zu telemedizinischen Leistungen im EBM grundsätzlich als positiv.

Sie können jedoch aus unserer Sicht nur einen Einstieg in eine Regelung bedeuten, die auch die Aufnahme von datenbasierter Behandlung bzw. von Versorgungsmethoden die auf Telemonitoring beruhen, in den EBM und damit in die ambulante Versorgung, sicherstellt.

Zu § 87 Abs. 3e SGB V

Schnelle Entscheidung des Bewertungsausschusses über telemedizinische Leistungen

Der § 87 Abs. 3e SGB V sollte folgt ergänzt werden:

2. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) eine Verfahrensordnung, 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 insbesondere solcher neuer telemedizinischer Leistungen regelt, die sich auf die Auswertung der Daten eines im Krankenaus implantierten Medizinproduktes 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.

Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden zu Nummern 3 und 4.

Begründung:

Für bisher stationär erbrachte Leistungen, für welche auf der Basis anerkannter Struktur- und Prozess-Änderungen eine ambulante Versorgung möglich und eine Aufnahme in den EBM beantragt ist, haben sich in der Vergangenheit überlange Verfahrenszeiten zur Aufnahme in den EBM ergeben.

Versorgungsmethoden, die auf Telemonitoring beruhen und datenbasiert sind, basieren 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 Grade schwere kardiologische Ereignisse verhindert werden. Dazu müssen die Daten von medizinischem Fachpersonal regelmäßig überprüft werden, um beispielsweise die Therapie anzupassen. Diese Sensoren werden zumeist im Krankenhaus implantiert.

Leistungserbringer und Hersteller von Medizinprodukten werden im Übergang damit konfrontiert, dass die stationäre Vergütung schneller entfällt als die ambulante eingeführt wird. Versorgungslücken für Patientinnen und Patienten sind die Folge. Die regelmäßige Kontrolle der Daten sollte aus rechtlichen sowie aus Kostengründen jedoch durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen. Hier ist es bislang kaum oder nur unter erheblichen Zeitverzögerungen möglich, zu einer Aufnahme in die ambulante Regelversorgung zu kommen, da die Krankenkassen für die Kontrolle der Daten eine Methodenbewertung verlangen, selbst 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 könnte sein, dass in einem solchen Fall die Methodenbewertung für den ambulanten Bereich entfällt, wenn diese schon im stationären Bereich etabliert ist.

3. Zu Artikel 1 Nr. 47 Buchstabe a (aa), Buchstabe b

Fachübergreifende Versorgung von Patienten auch durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen langfristig und nachhaltig ermöglichen

§ 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V ist wie folgt zu fassen:

*Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von **zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen** oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.*

Die im Referententwurf vorgesehene Fassung von § 95 Abs. 1a Satz 1 zweiter Halbsatz ist **damit zu streichen.**

Begründung:

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist auf Investitionsmittel angewiesen, um eine gute zeit- und heimatnahe Versorgung der Patienten in allen Regionen zu gewährleisten. Im stationären Sektor wird seit Jahren über die dringend notwendigen Investitionen in die Infrastruktur diskutiert, bei denen die dafür zuständigen Bundesländer kaum hinterherkommen. Der Gesetzentwurf will den Zufluss von notwendigem Investitionskapital in das deutsche Gesundheitssystem ohne Begründung erschweren. Er tut dies auch nicht konsequent, da Krankenhausketten unabhängig von ihrer Trägerstruktur nach wie vor MVZ gründen können. Es stellt sich die Frage, wie Versorgung im ländlichen Bereich zukünftig organisiert werden soll, wenn privatwirtschaftliche Partner, die bereit und in der Lage sind, die damit verbundenen Risiken zu tragen, davon ausgeschlossen werden. Private Investitionen in die Patientenversorgung sollten daher nicht weiter eingeschränkt werden. Zudem sollte die im PpSG (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) entwickelte Stärkung des Pflegepersonals auch für die Gründung von MVZ genutzt und ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen wieder für die Gründung von MVZ legitimiert werden, um auch dort mit privatem Kapital Investitionssicherheit herzustellen.

§ 95 Abs. 1a wird im bisherigen Satz 2 **ergänzt:**

*Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 **und am [einfügen: Datum des Inkrafttretens des Gesetzes]** bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort.“*

Begründung:

Seit der letzten Änderung des § 95 SGB V haben Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen in die fachübergreifende Patientenversorgung investiert. Nephrologische Leistungen wurden z. B. durch kardiologische, diabetologische, urologische und hausärztliche Leistungen in einem MVZ ergänzt und den konkreten Krankheitsbildern angepasst. Eine Einschränkung der Gründungsberechtigung auf fachbezogene MVZ, die einen Entzug der Zulassung nach sich zöge, wäre mit der Eigentumsgarantie des Art. 14 GG möglicherweise nicht

vereinbar. Sollte die geplante Einschränkung der Gründungsberechtigung für Erbringer von nichtärztlichen Dialyseleistungen umgesetzt werden, bedarf es daher einer entsprechenden Regelung zum Bestandsschutz der MVZ, die zum Datum des Inkrafttretens bereits zugelassen sind.

4. Zu Artikel 1 Nr. 50 Buchstaben e (bb) und f (bb)

Der zukunftsorientierte und nachhaltige Betrieb eines MVZ darf nicht durch administrative Hürden bei der Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen gefährdet werden

Die vorgesehene Änderung von § 103 Abs. 4a Satz 3 ist zu streichen.

Die vorgesehene Änderung von § 103 Abs. 4b Satz 3 ist zu streichen.

Begründung:

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Betreiber von MVZ zukünftig Einschränkungen hinsichtlich der Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen unterliegen. Danach können die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen die Nachbesetzung verhindern, wenn bestimmte Versorgungsgründe vorliegen.

Während die Nachbesetzung eines Arztsitzes bei klassischer Zulassung in der Regel nur einmal pro Berufsleben des Arztes erfolgt, findet diese bei angestellten Ärzten viel häufiger statt, die Regelung ist daher nicht auf MVZ übertragbar, sondern würde das vertragsärztliche MVZ als im GKV-Kontext wirtschaftlicher und in der Patientenversorgung sinnvolle Konstruktion grundsätzlich in Frage stellen. Zudem würden durch die Verfahrensdauer Versorgungsengpässe entstehen, da der angestellte Arzt nur an Kündigungsfristen gebunden ist und die Zulassungsausschüsse in vielen Regionen nur einmal im Quartal tagen. Die Neuregelung würde zu weiteren Engpässen bei Sprechstundenzeiten und in der Terminplanung für Patienten führen.

Damit MVZ zuverlässig den ärztlichen und nicht-ärztlichen Betrieb sicherstellen können, benötigen sie Planungssicherheit und eindeutige verlässliche Vorgaben.

5. Zu Artikel 1 Nr. 83

Sinnvolle Anforderungen an digitale Patientenakte für medienbruchfreie Nutzbarkeit

Nach § 291 Abs. 5 S. 2 SGB V sollte ergänzt werden:

Des Weiteren sind die technischen Voraussetzungen zu schaffen für die Integrierbarkeit von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 in Anwendungen nach Absatz 5c (neu) durch Zugriffsberechtigte nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, soweit durch den Versicherten autorisiert.

Begründung:

Die Digitalisierung der Gesundheit über die Einführung der Telematikinfrastruktur und die hierauf aufsetzenden Anwendungen sollen zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Versorgung beitragen.

Dies erfordert eine medienbruchfreie Anwendbarkeit der Anwendungen wie bspw. der elektronischen Patientenakte: Erst die ganzheitliche Integrierbarkeit von Informationen und damit der Datenaustausch – unter der Voraussetzung der Datenfreigabe des Versicherten – sichert eine neue Qualität in der Versorgung der Versicherten und lässt die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Behandlungsprozess möglich werden. Im Zuge der ambulanten Versorgung mit Hilfsmitteln, Verbandmitteln oder enteraler Ernährung bedeutete dies bspw. die Bereitstellung von Informationen über die Durchführung der verordneten Versorgung, so eine Rückmeldung über die Art des Hilfsmittels, Begleitinformationen über Behandlungsziele und Dokumentationen über Komplikationen an den behandelnden Arzt. Von besonderer Relevanz ist diese Information bspw. bei multimorbiden Patienten mit vielfachem Hilfsmittelbedarf sowie bei Patienten, die enterale Ernährung erhalten.

Oben genannte. Konkretisierung hinsichtlich der Einbindung der sonstigen Leistungserbringer ist auch mit Blick auf die bevorstehenden Spezifikationen zur Einführung der digitalen Patientenakte durch die Gematik dringend erforderlich. Hier bestanden bislang Unklarheiten.

Nach § 291 Abs. 5d S. 3 SGB V sollte ergänzt werden:

Die Voraussetzungen zur Ausgabe der elektronischen Heilberufs- und Berufsausweise sind bis zum 31. Dezember 2019 zu schaffen.

Begründung:

Die medienbruchfreie Gesundheitsversorgung – unter Verwendung von ePA und ggf. einer künftigen digitalen Verordnung – setzt die rechtzeitige technische Einbindung aller relevanten Akteure voraus.

§ 291a Abs. 5d sieht die Bestimmung von Stellen vor, die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufsausweise zuständig sind, bzw. die Zugriffsberechtigung anderweitig zu bestätigen haben.

Dies trifft zu auf die sonstigen Leistungserbringer nach § 126 SGB V, die in die Telematikinfrastruktur einzubinden sind gemäß § 291a Abs. 4 S. 1 Nr. e SGB V.

Da auch nach mehrjährigem Wirken der Länder der vorgesehene Aufbau des elektronischen Gesundheitsberuferegisters zur Ausgabe der elektronischen Heilberufsausweise (eHBA) an nicht-approbierte Gesundheitsberufe keine wesentlichen Fortschritte hervorgebracht hat, andererseits jedoch mit einer zeitnahen Einführung zentraler Anwendungen zu rechnen ist, schlagen wir die Einführung einer angemessenen Frist für die Ausgabe dieser Ausweise vor. Dies ist nicht allein wünschenswert im Sinne einer reibungslosen Versorgung, sondern erforderlich, um Versorgungsbrüche und Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.

Darüber hinaus halten wir eine Interimslösung, bspw. die Authentifizierbarkeit über Freigabe durch den Versicherten, für notwendig.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.



Joachim M. Schmitt
Geschäftsführer
Mitglied des Vorstands