

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

E-Mail: anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(13)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.24

08.11.2024

Berlin, den 8. November 2024

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune (GVSG) – Stand 17.06.2024**

(Bearbeitungsstand vom 07.11.2024, 16.45 Uhr)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Mitglieder des Verbandes der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM e.V.)
übermittle ich Ihnen heute eine Stellungnahme zu dem uns vorliegenden Gesetzentwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG).

Bitte sprechen Sie uns im Falle von Rückfragen gerne direkt an.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Michael Müller
1. Vorsitzender
ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

(Bearbeitungsstand vom 07.11.2024, 16.45 Uhr)

Einleitung:

Das Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit, die ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Kommunen stärken zu wollen, ist aus Sicht des ALM e.V. zu begrüßen. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind u.a. folgende Maßnahmen vorgesehen: Um auch zukünftig die hausärztliche Versorgung flächendeckend zu gewährleisten, ist die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung vorgesehen. Zudem werden weitere Reformen in der hausärztlichen Vergütung, die die hausärztlichen Praxen entlasten sollen, vorgenommen. Die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) soll erleichtert werden, um die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen. Zudem ist ein Bürokratieabbau für Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vorgesehen.

Der ALM e.V. spricht sich für eine vollständige Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen aus und begrüßt eine trägerübergreifende, patientenzentrierte und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Regulierung von MVZ. Einen Bürokratieabbau hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung befürwortet der ALM e.V.

Nachfolgend finden Sie die Stellungnahme des ALM e.V. zu konkreten Regelungen des Gesetzentwurfs:

Artikel 1

7. § 87a/ 8. § 87b: Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung

Stellungnahme:

Der ALM e.V. begrüßt grundsätzlich die Entbudgetierung der hausärztlichen sowie kinder- und jugendmedizinischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Jedoch gilt es, die Budgetierung für alle Facharztgruppen vollständig aufzuheben, einschließlich der diagnostischen Fächer. Dabei unterstützt der ALM e.V. ausdrücklich die Forderung des Spitzenverbandes der Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) zur vollständigen Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen. Was für Hausärztinnen und Hausärzte umgesetzt werden soll und für Kinder- und Jugendärzte bereits Realität ist, sollte als eine Selbstverständlichkeit für die gesamte Fachärzteschaft gelten. Haus- und fachärztliche Versorgung greifen ineinander und können nicht voneinander losgelöst betrachtet werden, zumal insbesondere die fachärztliche Labordiagnostik ohne Zweifel zur medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung gehört und daher ohnehin stets mitbetrachtet werden sollte. Wichtig ist daher eine Stärkung der ambulanten Versorgung in allen Leistungsbereichen;

vollständig erbrachte Leistungen müssen auch vom Leistungsbereich unabhängig vollständig vergütet werden. Die Kostensteigerungen sind auch in den ambulanten fachärztlichen Laboren enorm. In den letzten drei Jahren sind die Ausgaben für Löhne und Gehälter, die Energiekosten und damit einhergehend auch die Aufwände für die Probenlogistik sowie die Preise der IVD-Hersteller erheblich gestiegen. Hinzu kommen stetig steigende gesetzliche Anforderungen an die IT-Sicherheit und hier insbesondere aus gesetzlichen Anforderungen, wie z.B. aus dem BSI-Gesetz und der KRITIS-Verordnung. Aus Sicht des ALM e.V. ist es notwendig, die Kostenerstattungen und Vergütungen im EBM regelmäßig zu überprüfen und die Honorare für alle Arztgruppen entsprechend anzupassen. Dazu gehören auch die fachärztlichen diagnostischen Leistungen. Die akkreditierten Labore stehen für eine patientenzentrierte und qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung mit fachärztlicher Labordiagnostik. Diese wird wohnortnah und flächendeckend sichergestellt. Die akkreditierten, fachärztlichen Labore gewährleisten damit einen niedrigschwelligen Zugang zur Diagnostik und die Verfügbarkeit von Diagnostik mit Blick auf die zunehmende Ambulantisierung der Medizin.

11. a) Änderung des § 95 Absatz 2 Satz 6: Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen durch Begrenzung der Höhe der Sicherheitsleistungen durch die Gesellschafter

Stellungnahme:

Die Änderung zielt auf eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen ab. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH. Eine Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen für eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ, die trägerübergreifend gilt, wird vom ALM e.V. begrüßt.

Insgesamt gilt für die akkreditierten Labore, dass Regulierungen des ambulanten Versorgungssektors versorgungsformunabhängig und trägerübergreifend zu erfolgen haben. In der laufenden gesundheitspolitischen Debatte wurde mehrfach gefordert, Beschränkungen für MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern einzuführen (z.B. räumlich auf den Einzugsbereich des Gründungskrankenhauses bezogen oder fachlich auf die dort vertretenen Disziplinen bezogen). Solche Beschränkungen sind aber kontraproduktiv für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Spätestens mit der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten durch (andere) Vertragsärzte sowie der Schaffung der Möglichkeit einer gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt sowie als angestellter Arzt in einem Krankenhaus im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2006 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit untermauert, als Arzt den freien Beruf auch in Anstellung ausüben zu dürfen. Bereits vor 2006 wurde gesellschaftlich nie in Frage gestellt, dass Spitzenmedizin an Universitätskliniken oder Spezialkliniken von dort angestellten Ärzten ausgeübt wird und dies nicht den reinen Marktprinzipien folgt oder reinen ökonomischen Zwängen unterliegt, sondern durchaus gemeinwohlorientiert ist. Die Ausübung des freien ärztlichen Berufes ist zudem rechtlich geschützt, unabhängig davon, in welcher Einrichtung der Arzt seine Tätigkeit ausübt. Das gilt auch für die ärztliche Berufsausübung in einem MVZ. Auch in dieser Versorgungsform, die aktuell wegen der Möglichkeit der Inhaberschaft durch nicht-ärztliche Kapitalgeber in der gesundheits- und berufspolitischen Diskussion ist, sorgen

beispielsweise die (Muster-) Berufsordnung (MBO) für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte und die Zugehörigkeit der ärztlichen Leitung eines MVZ sowie aller angestellten Ärztinnen und Ärzte mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zur KV maßgeblich dafür, dass die Stellung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber nicht-medizinisch-fachlichen Weisungen fremder Dritter oder Einflüssen aufgrund eines rein ökonomischen Interesses besonders gestärkt und rechtlich klar geregelt ist. Eine weitere Stärkung der Position der ärztlichen Leitung kann beinhalten, dass die Leitung durch mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte wahrgenommen werden darf, sie eine ausreichende Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftliche Entscheidungskompetenz erhält, zeitlich auskömmlich im MVZ beschäftigt ist und ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachweisen muss. Weitere Ergänzungen wie beispielsweise der teils geforderte erweiterte Kündigungsschutz sind aus arbeitsrechtlicher Sicht nicht erforderlich und führen eher zu Fehlanreizen in Beschäftigungsverhältnissen. Generell obliegt der ärztlichen Selbstverwaltung auch die eigenverantwortliche Überwachung der Einhaltung der eigenen Berufsordnung und die Sanktionierung von Fehlverhalten. Der Gesetzgeber hat sich auf die Gestaltung der hierfür geltenden Rahmenbedingungen zu beschränken. Es kann daher auf weitergehende gesetzliche Regelungen im SGB V zur freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit verzichtet werden. Eine mögliche Stärkung der ärztlichen Leitung in MVZ kann durch Aufnahme der genannten Aspekte in den § 95 Abs. 1 SGB V bei Bedarf erfolgen.

So kann folgende Ergänzung des § 95 Abs. 1 SGB V nach Satz 3 erfolgen: *„Zur Sicherstellung der Weisungsfreiheit ist die ärztliche Leitung mit einer ausreichenden Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftlicher Entscheidungskompetenz auszustatten, sie ist zeitlich auskömmlich im MVZ zu beschäftigen und hat ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachzuweisen. Die ärztliche Leitung kann von mehreren natürlichen Personen gleichzeitig wahrgenommen werden.“*

Insgesamt plädiert der ALM e.V. für die nachfolgende Konkretisierung der Regulierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Sie sollte trägerübergreifend für alle an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten (Einzelpraxen, BAG, MVZ und alle weiteren zugelassenen Versorgungsformen) zu gelten hat:

1. **Förderung der Transparenz:** Insgesamt unstrittig ist es, die Transparenz der Inhaber- und Trägerschaft von Leistungserbringerstrukturen weiter zu verbessern und die den Zulassungsausschüssen bekannten Informationen, sofern dem keine Regelungen entgegenstehen, zu veröffentlichen. Hierfür ist eine entsprechende Regulierung sinnvoll, die in der Zulassungsverordnung gefasst werden kann.

Es gibt bereits gesetzliche Regelungen zur Prüfung der Einhaltung des Versorgungsumfanges sowie der Abrechnung, die für alle vertragsärztlich zugelassenen Einzel- und Gemeinschaftspraxen oder MVZ gelten, z.B. Prüfung der Einhaltung der dem Arzt/MVZ übertragenen Versorgungsaufträge (§ 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Übermittlung der Ergebnisse und einer Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGB V an die Landes- und Zulassungsausschüsse sowie die für die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres. Weiterhin zu beachten sind die Regularien zu

Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere nach § 106a SGB V, § 106b SGB V sowie § 106d SGB V. In den veröffentlichten Honorar- und Qualitätsberichten sind keine Auffälligkeiten zu finden, insbesondere nicht in Bezug zur vertragsärztlichen Tätigkeit von MVZ. Auch ist nicht bekannt, ob die jeweiligen Aufsichtsbehörden in den ihnen gem. § 95 übermittelten Daten Auffälligkeiten feststellen können. KVen und Krankenkassen sind daher zur Abgabe einer Erläuterung hinsichtlich der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Versorgungsauftragsumfangs- und -inhaltsprüfung sowie zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich daraus abgeleiteter Maßnahmen und deren Wirksamkeitskontrollen aufzufordern. Zur Verbesserung künftiger Berichte ist die Herstellung einer vollständigen Transparenz über die Inhaber- und Trägerschaft aller ambulanten ärztlich geleiteten Versorgungseinrichtungen herzustellen (Einzelpraxis, BAG oder MVZ). Das dient insbesondere der Förderung des „Patient Empowerment“.

Da die Durchführung der Vorschrift nach § 95 Absatz 3 Satz 4 nicht flächendeckend wahrnehmbar eingehalten wird, schlagen wir die Ergänzung des letzten Satzes um die nachfolgenden Wörter vor: *„und veröffentlichen die Zusammenfassung jährlich im jeweiligen Qualitätsbericht.“*

2. **Träger- und einrichtungsunabhängige Qualitätssicherung:** Die fachärztliche Labordiagnostik ist bereits heute durch das Medizinprodukterecht und die sich hieraus ableitende Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Regelungen im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä, hier § 25) sowie aus der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Anlage 3 zum BMV-Ä) bereits umfassend geregelt. Die Honorarzahungen sind gemäß § 25 Abs. 7 BMV-Ä vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung abhängig. In diesem Zusammenhang sind auch die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) zu sehen. Die KVen sind zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben verpflichtet (§ 135b Abs. 2 Satz 1). Die Grundlage dafür schafft die Richtlinie des G-BA zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Ausbau und Anwendung von Richtlinien zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung sind daher sachgerecht und im Sinne einer bestmöglichen Patientensicherheit erforderlich. Sie sollten daher trägerübergreifend Teil einer patienten- und qualitätsorientierten Regulierung sein. Die Qualität der Versorgung wird dadurch transparenter, kann dann besser erfasst und evidenzbasiert bewertet werden. Insofern sollte der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen Auftrag zur Entwicklung einer Qualitätssicherungs-Richtlinie für die ambulante vertragsärztliche Versorgung erteilen. Dies ist auch im Zusammenhang mit der immer stärker ambulant möglichen Behandlung sinnvoll.
3. **Gründungsbeschränkungen für MVZ aufheben:** Die seit 2012 eingeführten Beschränkungen für die Gründung von MVZ (§ 95 Abs. 1a SGB V) haben dazu geführt, dass aufgrund der dadurch künstlich erhöhten Investitionshürden für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung vor allem große Kapitalgeberstrukturen bevorzugt wurden. Das bewirkte eine Verzerrung des Wettbewerbs, insbesondere auch zugunsten größerer Krankenhausketten. Diese aus der Sicht der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung weder notwendigen noch zielführenden und ebenso nicht sachgerechten Hürden gilt es wirksam abzubauen. Die verfügbaren

Finanzmittel sollten stattdessen primär zum Wohle der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung eingesetzt werden. Dies würde auch vor allem kleineren, eher regional verankerten Strukturen eine bessere Teilnahme an der Patientenversorgung ermöglichen. Daher ist der Rechtsrahmen zur Gründungsberechtigung von MVZ auf den Stand von 2004 zurückzuführen.

So kann folgende Änderung des § 95 Abs. 1a SGB V Satz 1 erfolgen: *„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten sowie allen weiteren zugelassenen Leistungserbringern i.S.d. SGB V, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden.“*

4. **Prüfauftrag an Selbstverwaltung zu den Auswirkungen von § 95 Abs. 1b SGB V:** Aus wettbewerbstheoretischer Sicht sowie im Sinne des Patientenschutzes sind Konzentrationen sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite problematisch und grundsätzlich Gegenstand des Wettbewerbs- bzw. des Kartellrechts. Empirisch lassen sich aber wohl keine Anhaltspunkte in der ambulanten ärztlichen Versorgung finden, die für eine Anbieterkonzentration oder gar eine Monopolisierung des Angebots zu Gunsten von MVZ sprechen. Dies hat das Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen im Jahre 2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit untermauert. Im Sinne einer patientenorientierten Regulierung ist es daher, dass die Selbstverwaltung mittels Datenerhebung die Auswirkungen der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V auf die zahnmedizinische Versorgung mit besonderem Augenmerk auf die Qualität der Patientenversorgung prüft. Hierzu sollte ein Prüfauftrag an die Selbstverwaltung erfolgen.

Demnach ist § 95 Abs. 1b SGB V nach Satz 6 zu ergänzen: *„Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden mit einer Evaluierung der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Qualität der Patientenversorgung bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres und der Übermittlung der Ergebnisse an die jeweilige Aufsichtsbehörde im Anschluss beauftragt.“*

Bisher ist weder seitens des Bundesministeriums für Gesundheit noch seitens des Bundestags eine weitergehende Regulierung für MVZ vorgesehen, weshalb sich keine entsprechenden Vorschläge im Referentenentwurf wiederfinden. Daher bringt der ALM e.V. zur Ergänzung von § 95 Abs. 1 SGB V nach Satz 3 sowie mit den vier oben ausgeführten Empfehlungen für eine weiterführende trägerübergreifenden Regulierung aller Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens ein, der sich an einer patientenzentrierten und qualitätsorientierten bestmöglichen Versorgung orientiert.

11. b) bb) Ergänzung des § 95 Absatz 3 Satz 5: Überprüfung der Einhaltung des Umfangs der jeweiligen Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Stellungnahme:

Die vorgesehene Überprüfung bzw. Schärfung der Einhaltung des Umfangs der jeweiligen Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen

und Vertragspsychotherapeuten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird begrüßt, da es die Einhaltung bestehender Regelungen fördert, statt neue Regulierungen einzuführen.

14. § 106b Absatz 2 Satz 2: Einführung einer Bagatellgrenze für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Stellungnahme:

Für Ärztinnen und Ärzte soll Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden. Eine solche „Bagatellgrenze“ wird im Sinne des Bürokratieabbaus vom ALM e.V. unterstützt. Hierbei sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese Grenze weiter angehoben werden kann.

Weiterführende Anmerkungen:

Mit Blick auf die in Punkt 14 des Gesetzentwurfs vorgesehene „Bagatellgrenze“ für Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit dem Ziel einer Entlastung sowie Entbürokratisierung der Versorgung bitten wir um eine Entlastung der vertragsärztlich tätigen akkreditierten Labore durch die Möglichkeit für KVen auf Verzicht der Vorlage von Laborüberweisungsscheinen bei Nutzung eines Order-Entry-Systems durch ein Labor.

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: § 82 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Gesamtverträge nach Absatz 1 haben vorzusehen, dass bei festgestellter oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich Versicherte Leistungen der In-vitro-Labordiagnostik auch direkt bei den diese Leistung auf Überweisung tätigen Fachgruppen direkt in Anspruch nehmen können.“

Stellungnahme:

Die Aufhebung des Arztvorbehaltes zur Durchführung von Schnelltests zum Nachweis von Erregern meldepflichtiger Infektionserkrankungen oder zur Durchführung von Laboruntersuchungen in der Präventionsdiagnostik stellt eine inakzeptable Benachteiligung der Fachgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung, die nur auf Überweisung tätig werden dürfen, dar. Sie führt nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung, da insbesondere die diagnostische Qualität und damit Effizienz der dort eingesetzten labordiagnostischen IVD-Produkte nicht ausreichend sind. Beides kann durch die vorgeschlagene Aufnahme von Absatz 5 in § 82 SGB V aufgehoben werden, wodurch die Partner der Gesamtverträge dazu verpflichtet sind, bei festgestellter bzw. drohender Unterversorgung die direkte Inanspruchnahme der Labore durch Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Damit erhalten die Versicherten auch einen direkten Zugang zu der in der vertragsärztlichen Versorgung bereits etablierten qualitätsgesicherten In-vitro-Labordiagnostik. Der Anspruch der Versicherten auf eine Versorgung auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und dem Stand der Technik ist damit gewährleistet. Die Aufhebung des Arztvorbehaltes im Infektionsschutzgesetz erübrigt sich damit.

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: § 87 b, Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

“...; veranlasste und von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachte In-vitro-diagnostische Leistungen werden als versorgungsbereichsübergreifende Leistungen entsprechend des Anteils an der Veranlassung aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet.

Stellungnahme:

Aufgrund der zentralen Bedeutung der In-vitro-labor diagnostischen Medizin in den Fachgebieten der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie (inklusive Virologie und Infektionsepidemiologie), Humangenetik, Transfusionsmedizin und Pathologie, die meist nach Überweisung von Haus- und Fachärzten von Fachärztinnen und Fachärzten erbracht und abgerechnet werden, ist hier eine Anpassung an die heutige Versorgungsrealität dahingehend sachgerecht, dass diese Leistungen im Sinne einer notwendigen Grundversorgung der Bevölkerung als versorgungsbereichsübergreifend verstanden werden und daher von beiden Versorgungsbereichen entsprechend des Anteils an der Veranlassung mitfinanziert wird. Hier bedarf es einer entsprechenden Klarstellung im Gesetzestext.

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: §§ 334 Absatz 1 Nr. 6 i.V.m. § 360 SGB:

§ 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur

(1) Die Anwendungen der Telematikinfrastruktur dienen der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, der Qualität und der Transparenz der Versorgung. Anwendungen sind:

- 1. die elektronische Patientenakte nach § 341,*
- 2. Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende,*
- 3. Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen nach § 1827 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,*
- 4. der Medikationsplan nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (elektronischer Medikationsplan),*
- 5. medizinische Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind (elektronische Notfalldaten),*
- 6. elektronische Verordnungen,*
- 7. die elektronische Patientenkurzakte nach § 358 und*
- 8. die elektronische Rechnung nach § 359a.*

§ 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

(1) Sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, ist für die elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln, einschließlich Betäubungsmitteln, sowie von sonstigen in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Leistungen die Telematikinfrastruktur zu nutzen."

Stellungnahme:

Hier ist eine Ergänzung dergestalt notwendig, dass für die digitale Auftrags- und Befundkommunikation bei (labor-)diagnostischen Leistungen auch zugelassene Softwareprodukte eingesetzt werden dürfen, bei denen dann die digitale Übermittlung der Verordnung (hier der Überweisungsschein Labor) entfallen kann.