

Stellungnahme des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein

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

Stand 16.08.2018

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., ein auf Bundesebene organisierter Verband mit föderalen Strukturen im operativen und politischen Geschäft, ist der einzige freie Verband, der die beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen aller Ärzte, Zahnärzte und Medizinstudierenden in Deutschland vertritt. Unabhängig vom Fachgebiet – ob niedergelassen, angestellt oder im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig – bietet er jedem angehenden oder praktizierenden Arzt eine starke Interessenvertretung.

Anders als die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, die als Körperschaften öffentlichen Rechts zur Umsetzung gesetzlicher Vorgaben im Berufsstand verpflichtet sind, nimmt der Hartmannbund seine standespolitische Interessenvertretung völlig unabhängig wahr.

In diesem Kontext positioniert sich der Hartmannbund zu einschlägigen Regelungen des TSVG wie folgt:

Versorgungsauftrag

Mindestsprechstundenregelung

Die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes bzw. der Präsenzpflcht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von GKV-Patientinnen und Patienten von 20 auf 25 Stunden wird durch den Hartmannbund zunächst als sachgerecht im Hinblick auf die Sicherung der Patientenversorgung gewertet. Positiv zu sehen ist insbesondere die Verbindlichkeit der Regelung, die durch ihre bundeseinheitliche Vorgabe die KVen zu einer bundeseinheitlichen Umsetzung, z.B. auch in Fragen der Anrechnung von Hausbesuchen, verpflichtet. Dies schafft Rechtssicherheit für Vertragsärzte. Zudem bestärkt die Regelung den Großteil der Vertragsärzte, die heute bereits 25 und mehr Stunden pro Woche für ihre Patienten da sind. Es muss aber ausdrücklich gewarnt werden, die Mindestpräsenz (wie von den Krankenkassen gefordert) über 25 Stunden hinaus weiter zu erhöhen, da im Praxisalltag neben Sprechstunden und Hausbesuchen weitere die Behandlung begleitende, dokumentatorische und organisatorische Tätigkeiten anfallen, ebenso wie andere verpflichtende Vorgaben. Diese könnten, abhängig von der konkreten Situation der Praxis, bei einer weiteren zeitlichen Verpflichtung der Vertragsärzte u.U. nicht mehr ausreichend bedient werden. Zudem würde die Niederlassungswilligkeit bei jungen Ärzten durch die zurückgehende Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei immer weitergehenden Eingriffen in die wirtschaftliche Selbstständigkeit Schaden nehmen.

Art. 13
(§ 19a
Ärzte-ZV)

Dabei wird positiv bewertet, dass einer Erhöhung der Sprechstundenzeit auch eine Mehrvergütung folgen soll [siehe unten]. Dies ist bereits dadurch geboten, dass eine Erhöhung der Sprechstundenzahl auch eine Erhöhung der Praxis- und Personalkosten nach sich zieht. Sinnvoller als eine teilentbudgetierte Honorierung wäre aus Sicht des Hartmannbundes allerdings eine (weitgehende) Entbudgetierung, die Anreize für, soweit möglich, zusätzliche Sprechstunden geben würde und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in die Lage versetzen könnte, zusätzlich erforderliche Personalkapazitäten und Praxiskosten tragen zu können. [siehe unten]

Zudem kollidiert die Erhöhung bzw. gesetzliche Vorgabe der Mindestsprechstundenzeit durchaus mit § 87b Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V, nach dem eine „übermäßige Ausdehnung“ der vertragsärztlichen Tätigkeit verhindert werden soll. Konsequenterweise wäre diese Regelung dann zu modifizieren.

Offene, nicht termingebundene Sprechstunden für Ärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung hält der Hartmannbund als Instrument, der Terminknappheit zu begegnen, für einen guten Ansatz, sofern dafür eine unbudgetierte Vergütung gewährleistet wird.

Um Irritationen vorzubeugen sollten allerdings die offenen Sprechstunden zur Klarstellung nicht nur in § 87 Abs. 2g (neu) Satz 2 SGB V, sondern auch in § 19a Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV (neu) klar als Bestandteil der Mindeststundenzahl definiert werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verschärfung bei der Überwachung der Präsenzpflicht wird durch den Hartmannbund ausdrücklich abgelehnt. Dies ist bereits jetzt als immanenter Bestandteil der Aufgabe der KVen gem. § 75 Abs. 2 SGB V ausreichend gesetzlich geregelt. Insoweit ist die neue Regelung obsolet. Es ist Aufgabe der Länderaufsichtsbehörden, die Einhaltung dieser Pflichten der KVen zu gewährleisten und zu überprüfen. Jährliche Ergebnisberichte an Landes- und Zulassungsausschüsse sowie Aufsichtsbehörden sieht der Hartmannbund als überflüssige bürokratische Verschärfung der Berichtspflichten, die zusätzliche zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen der Verwaltungskostenhaushalte der KVen fordern werden, welche letztlich aus Versichertengeldern resultieren, ohne die Versorgung zu verbessern. Darüber hinaus lehnt der Hartmannbund eine Prüfung der Präsenzpflicht anhand der abgerechneten Fälle und Gebührenordnungspositionen des EBM entschieden ab. Derartige überwachungsstaatliche Methoden kollidieren mit rechtsstaatlichen Grundsätzen. Zudem stehen Normsetzungen für ärztliche Leistungen im Widerspruch zum Charakter des freien Berufes und der Heilkunst. Sie benachteiligen die sprechende Medizin und befördern das ohnehin bereits bestehende Gefühl der Patienten, der Arzt nehme sich zu wenig Zeit.

Art. 1
Nr. 47
(§ 95
Abs. 3
SGB V)

Terminservicestellen (TSS)

Die Ausweitung der Aufgaben der TSS und Entwicklung zu Servicestellen mit umfassenden Aufgaben wird als Schritt zur Fortentwicklung des Systems mit dem Ziel einer integrierten Notfallversorgung sowie zur Bereinigung diverser, zum Teil konkurrierender oder gegenläufig wirkender, Anlaufstellen im Sinne der Klarheit für den Versicherten begrüßt. Dies betrifft auch die Eignung der neuen Strukturen für die Einbindung in ein künftiges System gemeinsamer Notfallleitstellen unter einer einheitlichen Rufnummer, welches vom Hartmannbund ausdrücklich befürwortet wird. Problematisch wird aus Sicht des Hartmannbundes die Akquirierung qualifizierten Personals werden, wie es für die Betreibung einer Bereitschaftsdienstzentrale rund um die Uhr erforderlich ist. Dies ist nicht mit geringer qualifiziertem Servicepersonal zu leisten, welches bisher überwiegend in den Terminservicestellen respektive in Callcentern eingesetzt ist.

Art. 1
Nr. 32
(§ 73
SGB V)
Nr. 35
(§ 75
SGB V)

Zudem hält es der Hartmannbund für unverzichtbar, die organisatorische Umgestaltung der Notfallversorgung durch eine finanzielle Neustrukturierung zu flankieren und die Vergütung aus einem sektorübergreifenden, nicht budgetierten (dritten) „Honorartopf“ einzuführen, um eine sinnvolle Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu fördern und Anreize für Leistungsverlagerungen auszuräumen. Die erweiterten extrabudgetären Abrechnungsmöglichkeiten von Notfällen sowie von durch die TSS vermittelten Akutfällen auch während der Sprechstundenzeiten [siehe unten] können nur ein erster Schritt dahin sein.

Vergütungsregelungen

Vergütungsanreize Vertragsärzte

Der Hartmannbund bewertet die verbindliche Vorgabe einer extrabudgetären (zum Teil zusätzlichen und/oder höheren) Vergütung für

- die erfolgreiche Vermittlung dringender Facharzttermine durch Hausärzte,
- von der Terminservicestelle vermittelte dringende Fälle,
- Versicherten- und Grundpauschalen bei der Behandlung neuer Patientinnen und Patienten sowie in der offenen Sprechstunde (z.T. überweisungsgebunden), sowie
- die extrabudgetäre Abrechenbarkeit von Akutfällen auf Vermittlung der TSS- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten

als einen ersten kleinen Schritt zur Korrektur des vertragsärztlichen Vergütungssystems, hin zur Entbudgetierung. Undifferenzierte Budgets, Obergrenzen oder eine weitgehende Pauschalierung von Leistungen zwingen nicht nur Ärzte in ein Korsett, sondern wirken sich in erster Linie negativ auf die Patientenversorgung aus. Allerdings muss aus Sicht des Hartmannbundes die oben genannte Entbudgetierung auf weitere Bereiche, insbesondere auf alle Versicherten- und Grundpauschalen sowie Gesprächsleistungen, ausgedehnt werden, um Leistungsverlagerungen innerhalb der Praxen zu verhindern. Ebenso erforderlich sind sachgerechte Definitionen für Akut- und Notfälle, um eine möglichst eindeutige Abgrenzung zu ermöglichen.

Rationalisierungsreserven zugunsten der „zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen“

Der Hartmannbund begrüßt die Absicht zur besseren Vergütung der „zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen“. Ungeachtet der Notwendigkeit dessen, auch vor dem Hintergrund eines wachsenden Bedürfnisses der Patienten nach mehr Zeit für ihre Belange, darf dies jedoch nicht zu Lasten notwendiger technischer Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts gehen. Moderne Geräte sind vielfach Voraussetzung für eine sachgerechte Diagnostik und Therapie und müssen sich aus der vertragsärztlichen Vergütung finanzieren. Dass dies bereits bei der bisherigen Leistungsbewertung nicht in ausreichendem Maße gelingt, wie die vertragsärztlichen Investitionsquoten zeigen, sollte zur Vorsicht gemahnen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung spricht in seiner Fachinformation zur Investitionslage und zum Investitionsverhalten in Vertragsarztpraxen vom 30.08.2017 von einer zurückgehenden Investitionstätigkeit in den zurückliegenden drei Jahren (<https://www.zi-pp.de/pdf/Fachinformation%20Investitionsverhalten.pdf>). Zudem muss davon ausgegangen werden, dass die Investitionszwänge im Zuge der zunehmenden Digitalisierung und der gesetzlich vorgegebenen Einrichtung einer Telematik-Infrastruktur zu Lasten der Medizintechnik gehen könnten.

Art. 1
Nr. 40
(§ 87
SGB V)
Nr. 41
(§ 87a
SGB V)

Art. 1
Nr. 40
(§ 87
SGB V)

Punktwertdegression Vertragszahnärzte

Der Hartmannbund begrüßt es, dass auch bei der zahnärztlichen Versorgung Probleme in ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten in Angriff genommen werden und folgerichtig die Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen aufgehoben werden soll. Dies ist ein erstes Signal, nicht nur bei jungen Zahnärzten die Bereitschaft zu erhöhen, sich in Gebieten mit niedriger Versorgungsdichte niederzulassen, sondern auch bereits praktizierenden Zahnärzten mit überproportional hoher Patientenzahl eine angemessene Vergütung aller Leistungen in Aussicht zu stellen, um die Versorgung ihrer Patienten angemessen gewährleisten zu können.

Art. 1
Nr. 39
(§ 85
SGB V)

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Förderung von Hausbesuchen in Landarztpraxen durch Festlegung entsprechender Praxisbesonderheiten, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind, wird vom Hartmannbund uneingeschränkt positiv bewertet.

Art. 1
Nr. 52
(§ 106a
SGB V)

Sicherstellung der Versorgung

Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Die Bündelung und Strukturierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung sowie die größere Verbindlichkeit der Vorgaben sind zunächst zu begrüßen, ebenso die Aufstockung des Förderumfangs. Allerdings haben diverse, zum Teil auch ohne Krankenkassen von den KVen ergriffene Fördermaßnahmen, ebenso wie Förderprogramme in Ländern, Kreisen und Kommunen, bisher nicht die erhofften Wirkungen gezeigt. Viele der bereitstehenden Fördermittel werden nicht abgerufen. Aus diesem Grund bezweifelt der Hartmannbund die Wirksamkeit der Maßnahmen, können diese doch ein aus unserer Sicht infrastrukturelles und gesellschaftliches Problem nicht aus dem Zusammenhang gerissen beheben. Daher fordert der Hartmannbund, dass zur Behebung der Sicherstellungsprobleme verstärkt Steuermittel eingesetzt werden, um Finanzmittel der KVen und der Krankenkassen sinnvoller zur Finanzierung der Patientenversorgung zu nutzen.

Art. 1
Nr. 51
(§ 105
SGB V)

Regionale Zuschläge

Die obligatorische Zahlung regionaler Zuschläge in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird grundsätzlich begrüßt, ebenso wie die Übertragung der diesbezüglichen Entscheidung auf die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Allerdings sollte dies durch zusätzliche Mittel und nicht aus dem Strukturfonds erfolgen, da es sich hierbei um Gelder handelt, die der Gesamtvergütung und damit der unmittelbaren Patientenversorgung entzogen werden.

Art. 1
Nr. 51
(§ 105
Abs. 4
SGB V)

Hingegen stellt die Orientierung der Dauer der Zahlung am Fortbestehen von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gegenüber der bisher geltenden Begrenzung der Förderung kaum einen Fortschritt dar. Der Zustand der (drohenden) Unterversorgung kann sich gerade bei zahlenmäßig kleinen Fachgruppen kurzfristig ändern, so dass für die betroffenen Vertragsärzte keine Planungssicherheit gegeben wäre. Bereits im Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR) von 2014 (https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [S. 374]) wird empfohlen, diese Zuschläge für jeweils 10 Jahre zu garantieren und auf diese Weise Planungssicherheit zu gewährleisten.

Zudem ist die Bindung von Fördermaßnahmen an die Feststellung der Unterversorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht akzeptabel, so lange Unterversorgung erst bei 75 % (Hausärzte) bzw. 50 % (Fachärzte) des in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarfes eintritt (§ 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Hier ist im Rahmen der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie dringend eine Korrektur bei Orientierung an der tatsächlichen Nachfrage notwendig. Alternativ könnten, abweichend von der Definition von Unterversorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie, als Kriterium für die Zahlung von Landarztzuschlägen bewusst höhere Grenzwerte zugrunde gelegt werden. Entsprechende Vorschläge finden sich ebenfalls bereits im Gutachten des SVR Gesundheit von 2014.

Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Der Hartmannbund spricht sich gegen eine Verpflichtung der KVen zum Betreiben von eigeneinrichtungen in unterversorgten Gebieten aus.

Es bedeutet einen strukturellen Bruch, wenn KVen als Körperschaften öffentlichen Rechts verpflichtend Einrichtungen betreiben und gleichzeitig für die Überwachung der Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten und die Honorarverteilung in ihren eigenen Einrichtungen und für die eigenen (dort) Angestellten zuständig sind.

Die bisher betriebenen eigeneinrichtungen von KVen werden mit großer Professionalität und Seriosität betrieben; und doch führen solche (scheinbaren) Interessenskonflikte nicht zu einer besseren Akzeptanz der Selbstverwaltung. Darüber hinaus finanzieren Vertragsärzte mit ihren eigenen KV-Beiträgen ihre eigene Konkurrenz, was sicherlich im Ausnahmefall und nach Abwägung aller Umstände von der jeweiligen Vertreterversammlung gebilligt werden kann, nicht jedoch verpflichtend.

Art. 1
Nr. 51
(§ 105
Abs. 1b
SGB V)

MVZ-Gründungen durch Praxisnetze in unterversorgten Gebieten

Anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V die Möglichkeit der MVZ-Gründung nach § 95 Abs. 1a SGB V zuzugestehen, ist eine Forderung des Hartmannbundes. Insoweit begrüßt der Verband die, wenn auch nur teilweise, Erfüllung dieser Forderung für Netze in unterversorgten Gebieten.

Allerdings werden damit zugelassene Ärzte, die sich in nicht unterversorgten Bereichen oder planungsbereichsübergreifend in Netzen zusammengeschlossen haben, nach wie vor gegenüber zugelassenen Ärzten und institutionellen Anbietern benachteiligt, ebenso wie gegenüber Netzen in unterversorgten Regionen. Dies führt dazu, dass benachteiligte Netze z.B. keine Ärzte anstellen und entsprechend für andere Leistungserbringer zugängliche Verträge eingehen können. Damit werden wichtige Potenziale zur Verbesserung der Versorgung und insbesondere zur Schließung von Versorgungslücken und Vermeidung künftiger Unterversorgung vergeben.

Darüber hinaus birgt die auf unterversorgte Gebiete begrenzte Berechtigung zur MVZ-Gründung durch Praxisnetze absehbare Umsetzungsprobleme: Praxisnetze sind nahezu immer fachübergreifend und oft planungsbereichsübergreifend organisiert, während Unterversorgung je Bedarfsplanungsgruppe und Planungsbereich festgestellt wird. Zudem ist Unterversorgung häufig, insbesondere bei zahlenmäßig kleinen Bedarfsplanungsgruppen nur temporär oder aber je Bedarfsplanungsgruppe wechselnd, so dass sowohl für die Praxisnetze als auch für Kassenärztliche Vereinigung (Honorarverteilung) und Zulassungsausschuss keine Planungssicherheit bestünde. *[siehe auch „Regionale Zuschläge“]*. Der Hartmannbund spricht sich daher für die uneingeschränkte Möglichkeit der MVZ-Gründung durch Praxisnetze aus.

Art. 1
Nr. 47
(§ 95
SGB V)

Bedarfsplanung

Die Übertragung der für ärztliche Psychotherapeuten geltenden Quotenregelung auf andere Arztgruppen zur Sicherstellung spezifischer Versorgungsbedarfe wertet der Hartmannbund als einen Versuch, die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Ärzteschaft bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Dies ist jedoch kein geeignetes Mittel zur Behebung der Nachbesetzungsproblematik. Bei zurückgehendem Interesse an Praxisübernahmen, gleichbleibenden Absolventenzahlen und zunehmender Spezialisierung innerhalb der Weiterbildungsabschlüsse sind in erster Linie zunächst Anreize zu schaffen, damit sich junge Fachärzte dort niederlassen, wo sie gebraucht werden [siehe auch „Terminservicestellen“ bzw. „Vergütungsregelungen“]. Dies gilt auch für die zeitweise Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Neuzulassungen bei Rheumatologen, Psychiatern und Kinderärzten (die in den fünf Jahren vorher nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben), bis der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie umgesetzt ist: Eine Freigabe der Zulassung, bevor die Grundlagen der Planung und die Planungszahlen überprüft sind, dürfte zunächst nur den ohnehin stärker nachgefragten Planungsbereichen zugutekommen. Für Planungsregionen mit Nachbesetzungsproblemen hingegen ist sie nicht hilfreich. Dass diese Gefahr den Autoren des Gesetzes bewusst ist, zeigt die Eingrenzung auf Ärzte, die sich neu niederlassen wollen, um Sogwirkungen zu vermeiden. Insgesamt steht jedoch zu befürchten, dass derart kleinteilige Maßnahmen das hochkomplexe System der Bedarfsplanung und Zulassung noch anfälliger für verschiedenste Einflüsse machen, so dass dringend eine völlige Neukonzeption der Bedarfsplanung angemahnt wird.

Der Wegfall der Zulassungssperren für die Neuniederlassung in – von den Ländern zu definierenden – ländlichen Gebieten auf Antrag der Landesbehörden löst aus Sicht des Hartmannbundes nicht die Probleme bei der Nachbesetzung von Arztsitzen, ebenso wenig wie die Schaffung zusätzlicher Arztsitze in den genannten Regionen sowie das Mitberatungs- und Antragsrecht für die Länder in den Zulassungsausschüssen. Diese Regelungen suggerieren eine (zumindest teilweise) Unfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen. Tatsächlich macht sich aber auch bei der ambulanten ärztlichen Versorgung ein zunehmender Fachkräftemangel – verbunden mit bundesweiten demoskopischen Entwicklungen und geänderten Lebensentwürfen potenzieller Praxisnachfolger – bemerkbar. Diese Probleme sind einerseits nur gesamtgesellschaftlich, andererseits mit einer grundlegenden Neustrukturierung der Bedarfsplanung zu beheben.

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Der Hartmannbund begrüßt die systematische Überarbeitung, Zusammenführung und Neustrukturierung der Regelungen zum Schiedswesen und die dadurch entstandene deutlich übersichtlichere einheitliche Systematik. Insbesondere die Einführung eines neuen sektorübergreifenden Schiedsgremiums ist als positiv im Hinblick auf die Vervielfachung sektorübergreifender bzw. dreiseitiger Vertragskonstrukte zu sehen, da Konfliktlösungen durch die bisherigen Schiedsregelungen aufgrund unterschiedlicher Grundprinzipien in der ambulanten und stationären Versorgung nur schwer zu erzielen waren. Insofern besteht Anlass zu der Hoffnung, dass neue, vereinfachte und einheitliche Schiedsregeln dem dringend erforderlichen Ausbau sektorübergreifender Versorgungsformen einen weiteren Impuls geben könnten. Ungeachtet dessen bleiben viele nicht kompatible Vorgaben für den ambulanten und stationären

Art. 1
Nr. 49
(§ 101
SGB V)
Nr. 50
(§ 103
SGB V)
Nr. 48
(§ 96
SGB V)

Art. 1
Nr. 45
(§ 89
SGB V)
Nr. 4
(§ 89a
SGB V)

ren Sektor bestehen, die die sektorübergreifende Versorgung weiter erschweren. Ausdrücklich begrüßt wird die Möglichkeit, Streitigkeiten bei der Umsetzung der (bisher nicht schiedsfähigen) Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a SGB V künftig durch das neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V lösen zu lassen.

*Art. 1
Nr. 36
(§ 75a
SGB V)*

Impfstoffe

Die Verpflichtung der Krankenkassen, neben denen des günstigsten Herstellers auch die Kosten für die Impfstoffe des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen, wird im Sinne der Versorgungssicherheit und der Erhöhung der Impfquoten ausdrücklich positiv bewertet. Allerdings reicht das aus Sicht des Hartmannbundes nicht aus, Versorgungsengpässe aufgrund von Lieferschwierigkeiten eines Herstellers auszuschließen. Konsequenterweise sollte im Zuge der Abschaffung von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Impfstoffherstellern auf einem so sensiblen gesundheitspolitischen Feld auch die Kostenübernahme ohne Einschränkungen gegeben sein.

*Art. 1
Nr. 63
(§ 129
SGB V)*

Digitalisierung

Neben der Zusammenführung des elektronischen Patientenfalls mit der elektronischen Patientenakte und der verbesserten Zugriffsmöglichkeit für den Versicherten ist es dringend erforderlich, die einrichtungs- und sektorübergreifende elektronische Zusammenarbeit voranzutreiben. E-Health muss einen Mehrwert für die Verbesserung der Versorgung der Patienten haben. Zurzeit fehlt es allerdings noch an der notwendigen Daten-Geschwindigkeit und einer stringenten Strategie, um die dazu notwendige intersektorale Kommunikation langfristig erfolgreich zu gewährleisten. Bis heute sind noch nicht alle Akteure im Gesundheitswesen in ausreichendem Maße vernetzt, um eine integrierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die elektronische Kommunikation zwischen den an der Behandlung der Patienten Beteiligten weist drei wesentliche Mängel auf: die fehlende Interoperabilität und Inkompatibilität der IT-Systeme der Beteiligten, ein nicht immer lückenlos zur Verfügung stehendes Internet sowie die fehlende Speichermöglichkeit der erhobenen Daten, verbunden mit dem unkomplizierten Zugriff für Befugte auf Leistungserbringerseite. Daher müssen die gesetzlichen, infrastrukturellen und finanziellen Grundlagen dafür geschaffen werden, dass die Digitalisierung im Gesundheitssystem sinnvoll eingeführt werden kann. Dazu gehören zwingend

*Art. 1
Nr. 83
(§ 291a
SGB V)*

- eine Verpflichtung der Industrie zur Kompatibilität der von Ärzten bei der Behandlung von Patienten genutzten Systeme, ggf. mit den nötigen Schnittstellen ausgestattet, sowie zur Interoperabilität der Programme untereinander,
- eine garantierte, funktionierende, leistungsfähige Netzinfrastruktur, gerade in der Fläche,
- die Einführung einer sicheren, staatlich verantworteten und finanzierten Cloud-Lösung.

Dass einheitliche – auch staatliche – Lösungen möglich sind, zeigen Länder wie Estland oder auch die von der Industrie umgesetzten Standards wie die einheitliche USB-Schnittstelle. Zwar existieren bundesweit viele Einzellösungen: Solange aber die geforderten Voraussetzungen nicht geschaffen werden, bleibt die aus Qualitätsgründen notwendige Zusammenführung der Patientendaten bei gleichzeitiger sparsamer Daten- und Befunderhebung nur Wunschdenken.

Abschließend sei hervorgehoben, dass der Hartmannbund die in dem Gesetzentwurf enthaltenen lange überfälligen redaktionellen Rechtsbereinigungen im SGB V begrüßt, wiewohl immer noch diverse weitere Regelungen den Gesetzesumfang insbesondere des SGB V vergrößern, die infolge gegenstandslos gewordener Fristvorgaben resp. zeitlich begrenzter Regelungen oder aber veränderter Begrifflichkeiten zwischenzeitlich obsolet sind. Hier wäre es wünschenswert, und würde der deutlichen Verringerung des Umfangs vor allem des SGB V dienen, wenn diese zumindest nach und nach bereinigt würden.