

Bundesministerium für Gesundheit

Per E-Mail: 215@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, 4. Juni 2019
mpm/Kl/Win/JP
☎ 030 246 255 -11/-23
E-Mail: winkler@bvmed.de

**BVMed-Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängige
Prüfungen – MDK-Reformgesetz**

Der BVMed nimmt zum Referentenentwurf nur insoweit Stellung, wie dieser seine Mitgliedsunternehmen betrifft.

I. Zusammenfassung

Der Bundesverband Medizintechnologie, BVMed, hält es für erforderlich, dass die Medizinprodukte-Industrie bei der Begutachtung von stationären Leistungen mit Medizinprodukten durch die Medizinischen Dienste (MDB/MD) stärker eingebunden wird. Zur Bildung einer adäquaten Informationsgrundlage muss es einen strukturierten Dialog zwischen dem Medizinischen Dienst, den Anwendern und den Herstellern geben. Neben der erforderlichen Anpassung der Prozesse fordern die Industrieexperten mehr Transparenz der Verfahren und eine bessere Qualifizierung der Gutachter (Facharztstandard) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund (MDB) und des Medizinischen Dienstes (MD).

Dringend erforderlich ist die Stärkung der fachlichen Kompetenz von MD und MDB. Denn die Erfahrungen mit den stationären Prüfverfahren haben gezeigt, dass die notwendige Informationsgrundlage zur Begutachtung von Einzelfällen fachlich oftmals unzureichend und unvollständig ist, die notwendigen spezifischen Sachkenntnisse nicht flächendeckend zur Verfügung stünden und keine Verfahrenstransparenz gewährleistet werde. Dies kann zu ungerechtfertigten Leistungseinschränkungen bis hin zur vollständigen Leistungsverweigerung für medizinisch notwendige Behandlungsmethoden im Krankenhaus führen. Um das zu lösen, schlagen wir ein gesetzlich vorgegebenes Qualitätssicherungsverfahren vor.

Die derzeitige Begutachtungspraxis und -qualität sowie die Systemeffizienz sollten durch folgende Änderungen an den bestehenden MD-/MDB-Strukturen wesentlich verbessert werden:

- > Schaffung der Möglichkeit zur Stellungnahme als Beteiligte im Verfahren zur Erstellung von allen Begutachtungsrichtlinien und Grundsatzgutachten durch die relevanten Fachgesellschaften und betroffenen Medizinprodukteunternehmen
- > Schaffung einer gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung für gutachterlich beschäftigte Ärzte beim MD zur Qualitätsabsicherung der Gutachtenqualität
- > Regionsübergreifender bundesweiter Einsatz fachspezifischer Ressourcen zur Gewährleistung einer einheitlichen Begutachtungsqualität und zur Vermeidung regionaler Ungleichheiten in der Patientenversorgung (Wechsel von regionalem zu disziplinärem Bezug)
- > Verankerung der Prüfung vor Ort als Grundlage für einen verpflichtend qualifizierten Falldialog im Rahmen der Prüfungen gem. § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V bei Leistungen nach § 39 SGB V

Zu erstellende Gutachten des MD aus Prüfungen gem. § 275 Absatz 1c SGB V sollen einvernehmlicher Bestandteil des verpflichtenden Falldialogs werden. Das Einvernehmen ist vor Gutachtenüberstellung an die beauftragende Krankenkasse herzustellen.

Mit der Änderung des § 115b SGB V wird der Zugang der Patientinnen und Patienten zum ambulanten Operieren erleichtert und der Vorrang „ambulant vor stationär“ besser umgesetzt. Allerdings ist das Grundproblem des Übergangs einer Leistung bzw. einer Methode aus dem stationären in den ambulanten Sektor bzw. in einen Zwischensektor zwischen stationär und ambulant nicht gelöst. Denn mit Offenlegung, dass eine Methode oder eine Leistung ambulant erbringbar ist – etwa durch einen Vorschlag eines Berufsverbandes an den Bewertungsausschuss nach §87 SGB V bzw. einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des künftigen Katalogs nach § 115 b SGB V NEU oder im Laufe der Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode – wird der MD regelmäßig die Frage stellen, warum eine Leistung stationär abgerechnet wird (primäre Fehlbelegung). In der Zeit zwischen der Offenlegung der Möglichkeit zur ambulanten Erbringung und einer Entscheidung durch die zuständigen Gremien kann es zu Versorgungslücken zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten kommen. Dies ist nur durch eine gesetzliche Klarstellung zu lösen.

Der neue Begriff der stationärsersetzenden Behandlung ist nicht näher definiert. Wir bitten um Definition bzw. Klarstellung des Begriffes.

II. Änderungsvorschläge

1. Ergänzung zu den Änderungsvorschlägen: Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1.1. § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

Als Lösung schlagen wir **zwei Veränderungen im §39 SGB V** vor:

1.1.a) § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V soll geändert werden wie folgt:

„Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann **oder eine ambulante Versorgung bzw. eine Versorgung nach § 115 b SGB V nicht zur Verfügung steht.**“

1.1.b) § 39 Absatz 5 SGB V:

Als neuer Absatz 5 wird eingefügt:

„Ist für eine in der stationären Versorgung eingeführte Leistung ein Antrag auf Aufnahme dieser Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab oder ein Vorschlag zur Weiterentwicklung des Katalogs nach § 115 b SGB V 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 Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 3 SGB V bzw. eine Vereinbarung nach § 115 b SGB V vorliegt. Gleiches gilt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Beurteilung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V noch nicht abgeschlossen ist.“

Begründung zu 1.1 a und 1.1.b:

Das Grundproblem des Übergangs einer Leistung bzw. einer Methode aus dem stationären in den ambulanten Sektor bzw. in den erweiterten Leistungsbereich des § 115b SGB V NEU nicht gelöst. Denn mit Offenlegung, dass eine Methode oder eine Leistung ambulant erbringbar ist – etwa durch einen Vorschlag eines Berufsverbandes an den Bewertungsausschuss nach §87 SGB V bzw. einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des künftigen Katalogs nach § 115 b SGB V NEU oder im Laufe der Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode – wird der MD regelmäßig die Frage stellen, warum eine Leistung stationär abgerechnet wird (primäre Fehlbelegung). In der Zeit zwischen der Offenlegung der Möglichkeit zur ambulanten Erbringung und einer Entscheidung durch die zuständigen Gremien kann es zu Versorgungslücken zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten kommen. Dies ist nur durch eine gesetzliche Klarstellung zu lösen, die im Zuge der Einführung des neuen § 115 b SGB V erfolgen sollte.

1.2. § 95d SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

1.2.a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

1.2.a.aa) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Absätze 1 bis 3 gelten für gutachterlich tätige Ärzte des Medizinischen Dienstes Bund (MDB) und der Medizinischen Dienste (MD) entsprechend.“

Begründung:

Gutachterlich tätige Ärzte des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste überprüfen medizinische Diagnosen, Indikationen und Behandlungen von ambulant, teilstationär und stationär beantragten oder durchgeführten Sachleistungen. Medizinisch erforderliche Behandlungen folgen dem medizinischen Fortschritt und dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn über den Nutzen und der Qualität, welche nur in ständiger Fortbildung auf dem aktuellen Stand vertieft werden kann. Es obliegt jedem Gutachter, nach einem mindestens vergleichbaren Stand von Wissen und Aktualität ausgehenden Beurteilungsmaß zu beurteilen, welches das ärztliche Handeln bewertet und sich einer Sachleistungsanspruchsprüfung unterzieht.

1.3.) Nummer 3: § 115 b wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe und stationärer ersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte **für ärztliche Leistungen.**

In die Vereinbarung nach Satz 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie darin allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Für die nach Satz 1 Nummer 1 erbringbaren Operationen, Eingriffe und Behandlungen gilt § 137c Absatz 3 SGB V für die Leistungserbringung bei Vertragsärzten entsprechend. Bei der einheitlichen Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren; zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen sind erforderliche Sachmittel und digitale Gesundheitsanwendungen in einer gesonderten Vereinbarung aufwandsbezogen zu regeln. Vor einer Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 2 sind die medizinischen Fachgesellschaften und die Patientenorganisationen gemäß § 140f SGB V anzuhören. Vor einer Vereinbarung nach Satz 4 ist den betroffenen Berufsverbänden und den Verbänden der Medizinproduktehersteller Gelegenheit zur Stellungnahme hinsichtlich der Systematik des Vergütungssystems zu geben.

Begründung:

Die Sachkosten für Medizinprodukte und Arzneimittel müssen außerhalb von Leistungspauschalen vergütet werden, wie es heute schon im EBM und im Vertrag zum ambulanten Operieren im Krankenhaus festgelegt und gelebte Praxis ist. Eine Leistungspauschale für eine ambulante Operation kann den Bedarf an Medizinprodukten und Arzneimitteln nicht pauschal widerspiegeln. Aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen einer Krankheit, unterschiedlicher Patientenanatomien sowie unterschiedlicher therapeutischer Bedürfnisse in einem Krankheitsbild bedarf es ggf. eines differenzierten patientenindividuellen Einsatzes von Medizinprodukten für die operative Leistung und die nachsorgende Therapie. Es muss hierbei die freie medizinische Entscheidung des Arztes bleiben, welche zugelassenen Medizinprodukte und Arzneimittel im Rahmen einer ambulant operativen Leistung und eines dazugehörigen OPS-Kodes gewählt werden.

Zu den separat abrechenbaren Sachkosten bei ambulanten Operationen sollten die derzeit unter Punkt 7.3 des EBM aufgelisteten Kosten bzw. Produktgruppen zählen. Bei Mehrfach-Instrumenten, die eine nach Zulassung fixierte Einsatzhäufigkeit hat, sollen die Sachkosten auch anteilig separat abrechenbar sein.

Um die jeweiligen Kompetenzen und Betroffenheiten im Prozess der Selbstverwaltung widerzuspiegeln, schlagen wir im Blick auf eine transparente und sachgerechte Entscheidungsfindung eine Beteiligung der Patientenvertretung, Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Verbänden von Medizinprodukteherstellern vor.

Schließlich halten wir eine Klarstellung hinsichtlich des § 137c SGB V für erforderlich, um Wertungswidersprüche zwischen §§ 115 b, 135 und § 137c SGB V und folgende rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden. Eine einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulant erbringbaren Operationen erfordert auch eine einheitliche Regelung der anwendbaren Methoden.

1.4) Nummer 7: § 275 wird wie folgt geändert

1.4.a) § 275 Absatz 1c SGB V wird wie folgt geändert

Folgender Satz wird angefügt:

„Die Ergebnisse der Prüfung sind dem Leistungserbringer in einem fallbezogenen Dialog mitzuteilen und mit diesem zu besprechen. Der Falldialog ist Inhalt der Prüfung. Das Verfahren des Falldialogs wird in einer Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Nummer 3 geregelt.“

Begründung:

Prüfungen nach § 275 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 1c SGB V sind in den meisten Fällen einer Vergütungskürzung streitig zwischen den Krankenkassen und dem leistungserbringenden Krankenhaus. In diesen Fällen werden den Leistungserbringern in der Regel die Gründe einer Kürzung nicht offengelegt. Seitens der Kostenträger wird auf die Gutachten des Medizinischen Dienstes verwiesen, die jedoch dem Krankenhaus nicht als Beweis einer Leistung ohne Rechtsgrundlage vorgelegt werden. Der Falldialog würde Transparenz schaffen und erhebliche zu Verfahrens- und Verwaltungsvereinfachung beitragen.

1.4.b) In § 275 Absatz 2 wird Nummer 2 eingefügt:

2. soweit vor Bewilligung eines Hilfsmittels berechtigte Zweifel an der medizinischen oder technischen Notwendigkeit oder der Wirtschaftlichkeit bestehen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

§ 275 Absatz 3 Nummer 1 wird gestrichen:

(3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen ~~1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten;~~

Begründung

Immer wieder verlangen Krankenkassen durch entsprechende Regelungen in Hilfsmittelverträgen nach § 127 SGB V von Leistungserbringern, dass diese im Rahmen der Versorgung (z. B. im Zuge der Kostenvoranschlagsverfahren oder im Rahmen der Abrechnung) medizinische Detaildaten der Versicherten übermitteln.

So sind u. a. Angaben

- > zu Wohnsituation (Größe der Wohnung, Zugang zur Wohnung)
- > zu Körpermaßen (z. B. Gewicht, Gesäßbreite, Sitztiefe, Ober-/Unterschenkellänge)
- > zu Gehfähigkeit
- > zu vorhandenen Funktionseinschränkungen (z. B. Rumpfstabilität, Kopfkontrolle, Spasmen, Hemiplegie, Kontrakturen)
- > zu familiärer Lebenssituation (z. B. Angabe, ob alleinlebend)
- > zu Freizeitverhalten (z. B. Hobbies)
- > zu konkretem Gesundheitszustand (z. B. Ergebnisse einer Blutgas-Analyse, Details zum Zustand einer Wunde/Dekubitus o. Ä.),

oftmals in Verbindung mit Foto- oder Videodokumentationen zu übermitteln. Diese für das Kostenvoranschlagsverfahren erforderlichen zusätzlichen Daten sind oftmals auch in den Hilfsmittelverträgen definiert. Werden diese Informationen nicht mitgeliefert, so erfolgt eine Ablehnung des Kostenvoranschlags.

Im Rahmen des In-Kraft-Tretens der DSGVO im Mai 2018 wurde die Frage erneut diskutiert, ob Krankenkassen personenbezogene Daten i. d. S. erheben dürfen. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz stellt in einem Schreiben an den BVMed vom 11.2.2019 (Az. 13-315/026#0652) Folgendes fest: „Nach Art. 9 Absatz 2 Buchstabe h) DSGVO in Verbindung mit § 284 Absatz 1 Nummer 4 SGB V dürfen Krankenkassen Sozialdaten nur erheben und speichern, sofern diese zur Prüfung ihrer Leistungspflicht sowie zur Leistungserbringung an den Versicherten erforderlich sind. Der Leistungsanspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln setzt nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V voraus, dass diese im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Prüfung, ob ein Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist, obliegt dabei nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 SGB V ausschließlich dem Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die Norm begründet eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK bezüglich der Prüfung der ‚Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung‘. Die hierfür notwendigen medizinischen Unterlagen darf nur der MDK aufgrund eines entsprechenden Gutachterauftrages der Krankenkasse bei den Leistungserbringern erheben und speichern (§ 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V).“

Während die Bundesbeauftragte für den Datenschutz den Krankenkassen mithin Prüfkompetenzen nur für leistungsrechtliche Fragen zuerkennt, vertreten Krankenkassen unter Verweis auf § 284 Absatz 1 Nummer 4, 7, 8, 9, 16a SGB V oftmals die Auffassung, dass diese Norm (§ 284 SGB V) eine Erlaubnisnorm zur Datenerhebung und Prüfung des Leistungsanspruches der Versicherten nach § 33 Absatz 1 SGB V auch in Bezug auf die Frage darstellt, ob eine Versorgung medizinisch erforderlich ist.

Da Krankenkassen aufgrund dieser Rechtsauffassung häufig daran festhalten, dass Leistungserbringer medizinische Detaildaten im Rahmen von Kostenvoranschlägen oder bei der Abrechnung zu übermitteln haben, ist es dringend geboten, Rechtsklarheit darüber zu schaffen, welche Daten durch Krankenkassen erhebungs- und somit durch Hilfsmittelleistungserbringer übermittlungsfähig sind. Dies setzt eine Klarstellung der Prüfkompetenzen der Krankenkassen voraus, die durch o. g. Vorschlag vorgenommen wird: Durch die Regelung wird Klarheit geschaffen, dass die Prüfung von medizinischen oder technischen Fragen ebenso wie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer Versorgung zu erfolgen hat, soweit sich aus den Antragsunterlagen nicht zweifelsfrei ergibt, dass die Versorgung in dem beantragten Umfang erforderlich ist. Im Prüfungsfall ist die Klärung der medizinischen Erforderlichkeit dem Medizinischen Dienst vorbehalten. Aufgrund der klaren Aufgabenzuweisung in § 275 haben Krankenkassen keine Ermächtigung, diese Fragen durch beauftragte Dritte oder eigenes Personal prüfen zu lassen oder zu prüfen.

1.5) § 275 c: Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Hinweis zum Absatz 2:

In § 275 c Absatz 2 wird ab 2021 eine Prüfquote je Krankenhaus definiert, deren Höhe sich danach richtet, wie groß der „Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen“ ist. Es bedarf zum einen der Klarstellung, welche (inhaltliche oder formale) Prüfung gemeint ist. Wichtig ist, dass bei der inhaltlichen Prüfung bei weitem nicht alle Fälle durch die Kassen geprüft werden und eine Begrenzung der Prüfmenge dazu führen wird, dass je Krankenhaus nur noch Fälle mit der größten Rechenkungskürzungswahrscheinlichkeit in die Prüfung gehen werden. Dies wird bei allen Krankenhäusern potentiell zu einer sehr hohen Beanstandungsquote führen und damit in der Folge zur höchsten Prüfquote, was die beabsichtigte Differenzierung von auffälligen und nicht auffälligen Krankenhäusern ins Leere laufen ließe.

Vorschlag:

Wir empfehlen daher eine Änderung der Bezugsgröße auf alle Krankenhausfälle.

1.6.) § 278 SGB V Medizinischer Dienst

1.6.a) Absatz 4 wird wie folgt geändert

(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund ~~jährlich~~ ~~zweijährlich~~ zum 1. April über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a bis § 275d,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8.

Begründung

Eine Jährliche Berichtspflicht sorgt für mehr Transparenz und Vertrauen sowie eine zeitnahe Reflektion der Ergebnisse.

1.7.) § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

„(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen und trägt Sorge für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung. Er berät den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesem zugewiesenen Aufgaben.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten,
2. zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung ~~mit fachärztlichem und pflegefachlichem Fallbezug, sowie methodenübergreifende Beurteilungs- und Beratungsvorlagen nach anerkannten wissenschaftlichen Standards,~~
3. über die regelmäßigen Begutachtungen ~~nach § 275 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 1c und~~ zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und die Anforderungen bei der Durchführung der Begutachtung durch andere Gutachterdienste nach § 275d Absatz 1; diese Richtlinie ist erstmals bis zum 30. April 2020 zu erlassen und bei Bedarf anzupassen,
4. zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihm übertragenen Aufgaben, ~~sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtungspraxis der medizinischen Dienste, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie Stichprobenprüfungen oder Begutachtung durch Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet umfassen,~~

5. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter durch die Medizinischen Dienste für die ihnen übertragenen Aufgaben,
6. zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste,
7. zur statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals,
8. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung sowie
9. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Der Medizinische Dienst Bund hat

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. der Bundesärztekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene,
3. den Vereinigungen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
4. den maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene und
5. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei Richtlinien, die die Verarbeitung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen,

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit diese von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind, und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 innerhalb von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des § 328 Absatz 5 Satz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4 zu erlassen. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Übrigen kann der Medizinische Dienst Bund Empfehlungen abgeben, **das Stimmnahmeverfahren nach Absatz 2 Satz 2 ist entsprechend anzuwenden**. Das Nähere zum Verfahren regelt die Satzung nach § 282 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Richtlinien und Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 282 Absatz 2 Satz 3 und 4 der bis zum [...] geltenden Fassung erlassen und abgegeben hat, gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fort.

- (3) Der Medizinische Dienst Bund nimmt auch die ihm nach § 53d des Elften Buches zugewiesenen Aufgaben wahr. Insoweit richten sich die Verfahren nach den Vorschriften des Elften Buches.
- (4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit **jährlich zweijährlich** zum 1. Juni vor und veröffentlicht ihn **jährlich zweijährlich** zum 1. September. Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.
- (5) Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.“

Begründung:

Derzeit existiert nur im Vertragsarztbereich eine gesetzlich verankerte Fortbildungspflicht, die bei Nichteinhaltung mit Sanktionen belegt ist (§ 95d SGB V). Die Ärztekammern haben daher ein Fortbildungszertifikat geschaffen, das beim Nachweis von mindestens 250 Punkten in einem Zeitraum von 5 Jahren ausgestellt wird. Auch wenn die Ärztinnen und Ärzte im MD dieser Zertifizierung nicht unterliegen, so kann das System doch als Orientierung für den Nachweis einer angemessenen Fortbildung herangezogen werden, sowohl was den Umfang als auch die Art des Nachweises betrifft.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.



Dr. Marc-Pierre Möll
Geschäftsführer