



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung“ Bundestagsdrucksache 17/6906

(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

der Stellungnahme des Bundesrates (Bundesratsdrucksache 456/11
Beschluss)

den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen (Ausschussdrucksache
17(14)0190)

Berlin, 13.10.2011

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

A.	Vorbemerkungen	4
B.	Stellungnahme zu einzelnen Vorschriften	6
	<i>Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</i>	<i>6</i>
	Nr. 1: § 2 Abs. 1a neu SGB V (Leistungen).....	6
	Nr. 4 = § 28 Abs. 1 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)	6
	Nr. 8 = § 39 Abs. 1 SGB V (Krankenhausbehandlung)	7
	Nr. 28 = § 90a neu SGB V (Gemeinsames Landesgremium)	8
	Nr. 29 = § 91 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss).....	9
	Nr. 31 = § 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung).....	12
	Nr. 34 = § 99 SGB V (Bedarfsplan)	12
	Nr. 35 = § 101 Abs.2 Satz 2 SGB V (Überversorgung)	12
	Nr. 44 = § 116b SGB V (Ambulante spezialärztliche Versorgung)	13
	Nr. 54 = § 137c SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus).....	16
	Nr. 56 = § 137e SGB V neu (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).....	16
	Nr. 57 = § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)	17
	Nr. 66 = § 217 f SGBV (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse).....	18
	Nr. 83 = §§ 303a bis 303e SGB V neu (Zweiter Titel - Datentransparenz).....	18
	<i>Artikel 6 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</i>	<i>21</i>
	<i>Artikel 7 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</i>	<i>21</i>
	<i>Artikel 8 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung</i>	<i>21</i>
	<i>Artikel 9 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte</i>	<i>21</i>
	Nr. 4: § 18 Absatz 2, Nr. 5	21
	Nr. 7: § 21	22
C.	Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht der Bundesärztekammer, der derzeit noch nicht im Regierungsentwurf des GKV-VStG berücksichtigt worden ist.....	23
	Änderungsvorschlag zu § 28 Abs. 3 SGB V (Legaldefinition Psychotherapie).....	23
	Änderungsvorschlag zu § 73 Abs. 1 SGB V (Kassenärztliche Versorgung).....	23
	Änderungsvorschlag zu § 63 Abs. 3c SGB V (Modellvorhaben)	24
	Änderungsvorschlag zu § 95d, Abs. 2 SGB V	24
	Änderungsvorschlag zu § 135 Abs. 2 SGB V sowie weiteren Regelungen (Herstellung einer Definitionskompetenz der Bundesärztekammer bei der Bestimmung von Fachkunden)	25
	Änderungsvorschlag zu Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes.....	26

D.	Stellungnahme zu Änderungsvorschlägen des Bundesrates und der Regierungsfractionen	28
	<i>Stellungnahme des Bundesrates, Nr. 32 (Bundesratsdrucksache 456/11 Beschluss)</i>	28
	<i>Änderungsantrag der Regierungsfractionen, Nr. 31 Ausschussdrucksache. 17(14)1090</i>	29

A. Vorbemerkungen

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) wie folgt Stellung:

Die mit dem Gesetz beabsichtigten Ziele, wie die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung, die Verbesserung der Verzahnung der Leistungsbereiche sowie die Sicherstellung eines schnellen Zugangs zu Innovationen, werden von der Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt.

In der einleitenden Darstellung verkennt bzw. bagatellisiert der Gesetzgeber jedoch das Ausmaß des derzeitigen Ärztemangels, der in Deutschland besteht. Der Mangel betrifft sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung in vielen Regionen und ist für die Patientinnen und Patienten direkt spürbar.

Die Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung darf nicht zu einer Überregulierung durch den G-BA führen, stattdessen müssen eine patientenzentrierte Flexibilisierung der Planungsbereiche und die Regionalisierung der Versorgung im Vordergrund stehen. Hierin müssen die Akteure der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene ebenso wie die Landesärztekammern einbezogen werden.

Eine Möglichkeit, die Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Ärztemangels zu optimieren und sicherzustellen, liegt aus Sicht der Bundesärztekammer in der Überwindung der Sektorisierung des deutschen Gesundheitswesens. Die jeweils sektorspezifische Bedarfsplanung muss daher zwingend um eine sektorenübergreifende Perspektive ergänzt werden, indem ein sektorenübergreifendes Landesgremium, und zwar unter direkter Einbeziehung der Landesärztekammern, eingerichtet wird. Die Landesärztekammern verfügen über sektorenübergreifende Expertisen und nehmen aufgrund ihrer Nichtbeteiligung an den jeweiligen Versorgungsverträgen eine neutrale Position ein. Sie verfügen über die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte und steuern hierüber maßgeblich das Versorgungsangebot mit. Dabei ist die den Ärztekammern zugewiesene Verantwortung für die ärztliche Weiterbildung nur in Versorgungsverantwortung zu begreifen und wahrzunehmen.

Ein entscheidendes Potential zur Optimierung der Versorgung liegt in einer besseren sektorenübergreifenden Verzahnung der fachärztlichen Versorgung. Der Gesetzentwurf zu § 116b SGB V greift dies auf, allerdings fehlen konkrete Ansätze und Anreize zu einer tatsächlichen Förderung transsektoraler Verzahnung und Kooperation. Vielmehr steht zu befürchten, dass von der Schaffung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung und somit einer neuen Versorgungssäule, kontraproduktive, der beabsichtigten besseren Verzahnung der Versorgung gegenläufige Effekte ausgehen.

Nach Ansicht der Bundesärztekammer lässt sich die angestrebte sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung zielgerichteter und die oben beschriebenen Risiken minimierend über eine Vertragslösung der Selbstverwaltungspartner erreichen. Über eine Vertragslösung anstelle der Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches durch den G-BA kann es deutlich besser und voraussichtlich auch schneller gelingen, die Versorgungsangebote der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung für die einbezogenen Krankheitsbilder zu koordinieren und einen Einstieg in einen tatsächlich sektorenverbindenden Versorgungsbereich zu schaffen. Notwendig ist hierfür jedoch eine Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches in vierseitigen Verträgen zwischen dem GKV-SV, der KBV, der DKG und der Bundesärztekammer.

Sofern daran festgehalten wird, die Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung über eine Richtlinie des G-BA zu regeln, ist diese Aufgabe ohne Beteiligung der Ärztekammern nicht leistbar. Daher ist eine Strukturänderung des G-BA notwendig.

Die Bundesärztekammer fordert einen stimmberechtigten Mitgliedsstatus im Plenum des G-BA und in den die ärztliche Berufsausübung betreffenden Unterausschüssen des G-BA. Sollten die vorgeschlagenen Änderungen zum G-BA hinsichtlich der Novellierung der stetigen Autorisierung des Unparteiischen des G-BA durch den Ausschuss für Gesundheit und das Bundesministerium für Gesundheit Wirklichkeit werden, so weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass dies eine Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung bedeuten würde. Die hierdurch zunehmende Verschmelzung der unabhängigen Selbstverwaltung und der Exekutive wird daher kritisch eingeschätzt.

Der Zugang zu Routinedaten sollte insbesondere auch den Ärztekammern ermöglicht werden, um neben Aufgaben der Bedarfsplanung auch die Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen oder die Evaluation der Weiterbildung effektiv leisten zu können. Die Bundesärztekammer weist zudem daraufhin, dass die vorgesehenen Änderungen zu Gunsten einer neuen Datenbasis zur Analyse des Versorgungsgeschehens hinter den derzeitigen technischen Möglichkeiten sowie den notwendigen inhaltlichen Regelungen zurück bleiben.

In den Bundesmantelverträgen sollen beispielhaft die Tätigkeiten festgelegt werden, in denen Angehörige medizinischer Assistenzberufe ärztliche Leistungen erbringen können. Hier fordert die Bundesärztekammer zwingend eine gleichberechtigte Beteiligung bei der Festlegung der delegierbaren Leistungen, um die Kompatibilität mit dem ärztlichen Berufsrecht zu gewährleisten.

Die Bundesärztekammer begrüßt den generellen Ansatz im Gesetzesentwurf, den Zugang von Patienten und/oder Anwendern zu Innovationen auch künftig gewährleisten zu wollen. Jedoch sollte die Nichtverfügbarkeit von Studien höchster Evidenzklasse nicht automatisch zu einem Leistungsausschluss bzw. zur befristeten und dabei möglicherweise lokal eng begrenzten Zulassung randomisierter Studienbedingungen führen. Denn das Vorhandensein von Studien der Evidenzklasse I erleichtert zwar die Nutzenbewertung, ist jedoch keineswegs eine Garantie für eine bedarfsgerechte Entscheidung. Auch hier wird deutlich, dass die Einbeziehung der klinischen Expertise der Ärzteschaft in die Entscheidungen des G-BA unverzichtbar ist.

Ferner begrüßt die Bundesärztekammer insbesondere das Engagement der Bundesregierung zur Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung, insbesondere in Flächenregionen. Durch die vorgesehenen Maßnahmen wird nicht nur eine Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung in der Fläche, sondern auch eine deutliche Steigerung des ländlichen Raums als attraktiver Standort für die Bevölkerung, klein- und mittelständische Unternehmen und als Gesundheitsregion erreicht werden. Diese Entwicklung unterstützt somit weitreichende Initiativen der Kommunen sowie des Bundes und der Länder. In vielen Regionen werden Projekte des Bundesministeriums für Wirtschaft im Bereich Gesundheit sowie durch das Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz zur Stärkung des ländlichen Raumes durchgeführt. Vergleichbares erfolgt zunehmend durch Länderministerien. Die Bundesärztekammer sieht daher die Bedenken des Bundesministeriums der Finanzen mit Sorge, da die Kostenauswirkungen nicht nur auf den Gesundheitsbereich beschränkt wahrgenommen werden dürfen. Die Sicherung der zukünftigen ärztlichen Versorgung in der Fläche hat eine Fülle von positiven Auswirkungen, die für die Regionen gerade in Zeiten des wachsenden Fachkräftemangels auch wirtschaftliche Vorteile bedeuten.

B. Stellungnahme zu einzelnen Vorschriften

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1: § 2 Abs. 1a neu SGB V (Leistungen)

Geplante Neufassung

Leistungsrechtliche Klarstellung des sog. Nikolausbeschlusses des BVerfG, wonach die Leistungspflicht der Krankenkassen in Fällen lebensbedrohlicher und vergleichbarer Erkrankungen ausnahmsweise auch dann gilt, wenn der medizinische Nutzen der gewünschten Behandlung nicht nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse nachgewiesen ist.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt die generelle Intention, den „Nikolausbeschluss“ vom 06.12.2005 mit der Aufnahme dieses Absatzes klarzustellen. Die unterschiedlichen Interpretationen in den letzten Jahren haben zu erheblichen Verunsicherungen der Beteiligten geführt. Umso mehr gilt es, die Intention der Klarstellung zu unterstützen. Letztlich soll klargestellt werden, dass der Anspruch gemäß des Urteils vom 06.12.2005 als eine Ausnahme vom § 2 Abs.1 Satz 3 SGB V im Leistungskatalog der GKV gilt. Inwiefern die Neuformulierung dem generellen Ansatz in der praktischen Umsetzung Rechnung tragen wird, bleibt abzuwarten. Sollte dies nicht zu einer deutlichen Rechtsklarheit zum Wohle und zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich endenden Erkrankung verbunden sein, müsste eine weitere Nachjustierung erfolgen. Daher sollte nach angemessener Zeit eine Evaluation erwogen werden, mit deren Hilfe dieses Ziel erreicht werden kann.

Nr. 4 = § 28 Abs. 1 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

Geplante Neufassung

In Bundesmantelverträgen sollen beispielhaft die Tätigkeiten festgelegt werden, bei denen Angehörige medizinischer Assistenzberufe ärztliche Leistungen erbringen können sollen und welche Anforderungen dabei zu stellen sind. Die Bundesärztekammer soll ein Stellungnahmerecht erhalten.

Stellungnahme

Der steigende Versorgungsbedarf legt eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe nahe. Die Bundesärztekammer befürwortet die arztunterstützende bzw. arztentlastende Delegation von Tätigkeiten an entsprechend qualifiziertes Praxispersonal, eine exemplarische oder gar abschließende Auflistung delegierbarer ärztlicher Leistungen wird allerdings problematisch gesehen. Angesichts der Vielzahl delegationsfähiger Leistungen, der Vielzahl unterschiedlicher Qualifikationen und der Vielzahl unterschiedlicher Konstellationen in der Praxis entzieht sich dieses Thema nach Einschätzung der Bundesärztekammer weitgehend einer verbindlichen und zugleich konsensfähigen Regulierung. Zudem besteht die Gefahr, dass durch flächendeckende Entscheidungen über delegierbare und nicht delegierbare Leistungen oder nur an bestimmte Personen delegierbare oder nur unter bestimmten Voraussetzungen delegierbare Leistungen der Spielraum für im Einzelfall verantwortbare eingeengt wird. Angesichts der dynamischen Fortschritte in der Medizin müsste zudem eine solche Liste, auch wenn sie nur beispielhaft

wäre, regelmäßig aktualisiert werden. Kommt es mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz dennoch zu einer solchen Regelung, muss sichergestellt sein, dass die konkrete Ausgestaltung der Regelungen zur Delegation und eines eventuellen Delegationskataloges mit dem ärztlichen Berufsrecht kompatibel sind. Das ärztliche Berufsrecht, in dem sich auch das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung widerspiegelt, dient auch der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung und damit immer dem Patientenschutz.

Daher fordert die Bundesärztekammer neben den Partnern der Bundesmantelverträge zwingend eine gleichberechtigte Beteiligung der BÄK bei der Festlegung der delegierbaren Leistungen, da für das ärztliche Berufsrecht die Ärztekammern zuständig sind.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Änderung zur Ergänzung zum § 28 Absatz 1:

„Die Partner der Bundesmantelverträge **und die Bundesärztekammer** legen bis zum (6 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 12 Absatz 1) für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. ~~Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.~~“

Nr. 8 = § 39 Abs. 1 SGB V (Krankenhausbehandlung)

(in Verbindung mit Nr. 2 = § 11 Abs. 4 und Nr. 41 = § 112 Abs. 2)

Geplante Neufassung

Das Entlassmanagement wird generell als Teil des Anspruchs der Versicherten auf Krankenhausbehandlung ausgestaltet.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt das prinzipielle Anliegen im Rahmen der weiteren Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung. Insbesondere bei der demographiebedingt zu erwartenden Steigerung des Durchschnittsalters und der Morbidität der Patientinnen und Patienten sowie der deutlich geänderten Familienstrukturen kommt der verbesserten und zeitnahen Überleitung aus dem stationären Sektor in die weitere (ärztliche) Versorgung ein wichtiger Stellenwert zu. Aus Sicht der Bundesärztekammer kommt in diesem Zusammenhang der Abstimmung mit den weiter betreuenden Ärztinnen und Ärzten eine entscheidende Bedeutung zu. Zudem sollte bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden, dass diese mit einem Minimum an bürokratischen Zusatzaufwand verbunden ist und im Falle der Notwendigkeit einer verzögerten Entlassung, wegen z. B. noch nicht ausreichender Nachsorgevakanz, den Patienten und der medizinischen Einrichtung keine finanziellen Nachteile entstehen.

Durch die Streichung der Möglichkeiten dreiseitiger Verträge nach § 115 zu Gunsten ausschließlich zweiseitiger Verträge sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig ausgeschlossen.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Präzisierung der Zielrichtung in der Begründung zum § 39 SGB V

Nr. 28 = § 90a neu SGB V (Gemeinsames Landesgremium)

Geplante Neufassung

Im Sinne einer Förderung sektorenübergreifender Versorgung soll zukünftig den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen einzurichten.

In diesem Gremium sollen laut Entwurf neben dem jeweiligen Bundesland die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, die Landeskrankenhausgesellschaft sowie weitere Beteiligte für den Bereich des Landes vertreten sein. Ziel ist es, entsprechende landesrechtliche Regelungen zur besseren Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedürfnisse in Abstimmung vornehmen zu können. Daher soll die nähere Ausgestaltung und Besetzung sich nach jeweiligem Landesrecht richten.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums, um hierüber die sektorübergreifende Versorgung, den Dialog auf Landesebene und die bessere Berücksichtigung regionaler Spezifitäten zu stärken. Kritisch wird in diesem Kontext die vorgesehene Beteiligung der Landesärztekammern als lediglich mögliche „weitere Beteiligte“ eingeschätzt. Im Gegensatz zu anderen direkt beteiligten Verbänden verfügt die jeweilige Landesärztekammer über eine Fülle sektorenübergreifender Expertisen (z. B. Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte, Verantwortung für die Qualitätssicherung auf Grundlage des Berufsrechts) sowie eine einmalige, neutrale Position durch Nichtbeteiligung an den jeweiligen Versorgungsverträgen. Zu den sektorenübergreifenden Versorgungsfragen, die in diesem Gremium beraten werden können, gehören auch Fragen im Zusammenhang mit der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V. Auch dieser Aspekt zeigt die Notwendigkeit der Einbeziehung der Landesärztekammern als zwingend auf.

Die Bundesärztekammer fordert daher den Gesetzgeber nachdrücklich auf, nicht nur die Einrichtung der gemeinsamen Landesgremien sicherzustellen, sondern auch die jeweilige Landesärztekammer als direktes unmittelbares Mitglied ausdrücklich vorzusehen. Der Einwand, die Zusammensetzung des Gremiums sei Sache der Landesebene, überzeugt nicht, da gegenüber anderen Teilnehmern (nämlich den im Gesetzentwurf explizit genannten) eine solche Zurückhaltung offensichtlich nicht besteht.

Vorschlag der Bundesärztekammer

„§ 90a

Gemeinsames Landesgremium

(1) ~~Nach Maßgabe~~ **Unter Beachtung** der landesrechtlichen Bestimmungen ~~kann~~ **wird** für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, ~~und~~ der Landeskrankenhausgesellschaft, **und der Landesärztekammer** sowie weiteren Beteiligten gebildet ~~werden~~. Das gemeinsame Landesgremium **gibt** Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen **ab**.

(2) ~~Soweit das Landesrecht es vorsieht, ist dem~~ Dem gemeinsamen Landesgremium **ist** Gelegenheit zu geben, zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Absatz 1 und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen nach § 99 Absatz 2, § 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 sowie § 103 Absatz 1 Satz 1 Stellung zu nehmen.“

Nr. 29 = § 91 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss)

Geplante Neufassung

- a) Eine Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder des G-BA sowie jeweils zweier Stellvertreter ist nur noch nach Vorlage beim BMG und dortiger Delegation an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zwecks dortiger Entscheidung möglich. Der Personenkreis der zu Berufenden wird durch diverse Ausschlusskriterien beschränkt. Die Amtsperiode der Berufenen wird von 4 auf 6 Jahre verlängert, die Möglichkeit einer zweiten Amtszeit dafür gestrichen.
- b) Die 5 Stimmen der Leistungserbringerseite sollen künftig in Abhängigkeit vom Sektorenbezug anteilig innerhalb der Leistungserbringer übertragen werden können. Der G-BA soll dazu in seiner Geschäftsordnung festlegen, welche Beschlüsse „allein einen oder allein zwei der Leistungssektoren wesentlich betreffen“.
- d) Bei Beschlüssen, die „die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen“, soll dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.
- e) Leistungsausschlüsse sollen künftig einer Mehrheit von 9 Stimmen im Plenum bedürfen.
- g) Schriftlichen Stellungnahmen gegenüber dem G-BA sollen künftig auch mündliche Stellungnahmen folgen dürfen. Der G-BA soll außerdem die bei seinen Beschlüssen zu erwartenden Bürokratiekosten ermitteln und darstellen.

Stellungnahme

Mit der Änderung des § 91 SGB V und weiteren Novellierungen sind für den G-BA eine Fülle von neuen Aufgaben und Delegationen im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es fraglich, ob die demographiebezogenen Versorgungsherausforderungen der Zukunft sowie die notwendigen Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen durch eine stetige Autorisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und somit durch eine indirekte Zentralisierung der Entscheidungen mittel- und langfristig sichergestellt werden kann. Viele der zukünftig notwendigerweise zu findenden Planungs- und Versorgungsansätze leben von der zeitnahen Kompetenz der Beteiligten vor Ort in der Region. Die im § 90 a SGB V zugrundeliegende Berücksichtigung dieser Philosophie wird seitens der Bundesärztekammer im Vergleich zu einer stetigen Zentralisierung durch zunehmende Delegationen von neuen Aufgaben in Richtung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgezogen.

- zu a) Die Regelungen bedeuten einen erheblichen Mehraufwand zur Bestimmung der Unparteiischen, ohne dass zu erwarten ist, dass deren (implizit in Frage gestellte) Unparteilichkeit gesteigert wird. Durch den obligaten Weg über das BMG und den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages wird den Organisationen nach Abs.1 Satz 1 die Möglichkeit einer einvernehmlichen Entscheidung aus der Hand genommen, dies bedeutet eine Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die zunehmende Verquickung von unabhängiger Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und Exekutive wird daher kritisch eingeschätzt. Der tatsächliche Einfluss der Unparteiischen bei den bisherigen Entscheidungen des G-BA darf als überbewertet angesehen werden. Die Regelung, wonach die zu Berufenden während der letzten drei Jahre nicht „in einem Krankenhaus beschäftigt oder selbst als Vertragsarzt, Vertragszahnarzt oder Vertragspsychotherapeut tätig“ gewesen sein dürfen, schließt ärztliche Unparteiische quasi aus und schmälert daher von vornherein die Möglichkeit,

Fachkompetenz und Berufserfahrung in die Entscheidungen des G-BA einfließen lassen zu können. Unparteilichkeit sollte nicht mit Sachferne gleichgesetzt werden.

- zu b) In der derzeitigen Konstruktion des G-BA werden sachgerechte Entscheidungen sehr häufig durch Blockbildung erschwert und konflikträchtige Beschlüsse ohne hinreichende Berücksichtigung der Expertise der Ärzteschaft oder patientenrelevanter Gesichtspunkte gefällt. Zur Unausgewogenheit trägt bei, dass der Seite der Leistungserbringer ein sektorenübergreifendes Bindeglied fehlt, während die Seite der Kostenträger mit dem GKV-Spitzenverband durchweg einen geschlossenen Block bildet – trotz Stimmen-Parität besteht somit faktisch eine Krankenkassen-Dominanz. Die Übertragungsmöglichkeit von Stimmen innerhalb der Bank der sog. Leistungserbringer ist daher grundsätzlich zu begrüßen, löst aber nicht das Problem des Fehlens einer interessenneutralen Vertretung der Ärzteschaft, wie es nur die Ärztekammern bzw. auf Bundesebene die Bundesärztekammer leisten kann. Die Bundesärztekammer fordert daher eine stimmberechtigte Beteiligung im G-BA im Sinne einer G-BA-assoziierten Organisation. Die Bank der Krankenkassen wäre zum Erhalt der Parität um die entsprechende Stimmenzahl aufzustocken (s. u. den Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer).

Der Einwand, der Bundesärztekammer fehle es an unmittelbarer Versorgungsverantwortung im Regelungsbereich des SGB V, ist nicht stichhaltig. Der Gesetzgeber hat die Bundesärztekammer bereits mehrfach in das System der GKV-gestützten Versorgung einbezogen und beleihet auch ansonsten die Bundesärztekammer in anderen Gesetzen mit normativer Verantwortung (es sei verwiesen z. B. auf Regelungen im Transplantationsgesetz oder auf Regelungen im SGB V zur Versichertenkarte und deren organisatorischer Unterstützung in Gestalt der Gematik). Auch das bisherige Stellungnahmerecht der Bundesärztekammer im G-BA zu Richtlinien, die die Berufsausübung der Ärzte betreffen, ist Ausdruck einer anerkannten Mitverantwortung der Ärztekammern für die Ausgestaltung der Versorgung. Das Berufsrecht und insbesondere die Berufsordnungen sind die Unterfütterung der vertragsärztlichen und der von Krankenhausärzten zu erfüllenden Pflichten. Ferner stellt die Verantwortung der Ärztekammern für die Weiterbildung die Grundlage dar, um im Bereich der Sicherstellung der Versorgung den ärztlichen Qualifikationsbedarf zu ermöglichen. Wenn der Gesetzgeber, der G-BA und Landesbehörden in der Versorgungs- und Bedarfsplanung tätig werden, so geschieht dies unter Rückgriff auf eine Ressource einsatzfähiger Ärztinnen und Ärzte, deren hohes Qualifikationsniveau nicht zuletzt Resultat der von den Ärztekammern verantworteten ärztlichen Fort- und Weiterbildung ist. Und schließlich sind die in den letzten Jahren gewachsenen Ansprüche an eine Methodenbewertung durch den G-BA ohne Bezug zu medizinischen Standards, Leitlinien und auch Haftungsverantwortung nicht denkbar. All dies rechtfertigt eine stimmberechtigte Einbeziehung der Bundesärztekammer in den G-BA.

- zu d) Die Berücksichtigung des Datenschutzes ist grundsätzlich zu begrüßen. Insbesondere für den Bereich der Qualitätssicherung wäre die Regelung allerdings gleichbedeutend mit einer permanenten Hinzuziehung des Datenschutzbeauftragten, da hier sehr viele Aktivitäten (und damit Beschlüsse) auf personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten beruhen. Um Beschlussfassungen nicht unabsehbar zu prolongieren, werden enge Zeitvorgaben für die Stellungnahmen unumgänglich sein. Inwiefern der Bundesbeauftragte für den Datenschutz hierbei an Kapazitätsgrenzen stoßen wird, wäre zu beobachten. Bereits jetzt ist insbesondere der allseits gewünschte

Aufbau einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch langwierige, als belastend wahrgenommene Bearbeitungsphasen gekennzeichnet. Dem gesteigerten Aufwand stünden außerdem Ergebnisse von möglicherweise eingeschränktem praktischen Nutzen gegenüber, da sowohl der Datenschutz als auch die Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Landesebene ausgeführt werden, insbesondere aber Datenschutzregelungen länderspezifisch heterogen sind.

- zu e) Eine auf breitere Akzeptanz zielende erhöhte Anforderung für den Ausschluss von GKV-Leistungen ist zu begrüßen. Die dazu notwendige Mehrheit von mindestens 9 Stimmen impliziert, dass hierzu auch mindestens eine Stimme seitens der Bank der Leistungserbringer notwendig würde. Allerdings beschränkt sich dieses Procedere auf Beschlüsse, „die nicht allein einen der Leistungssektoren wesentlich betreffen“. Abgesehen vom Problem der Auslegungsfähigkeit dieser Abgrenzung wären bei mangelnder Einigkeit unter den Leistungserbringern Leistungsausschlüsse nach wie vor möglich. Die Bundesärztekammer könnte hier, sofern ihr ein Stimmrecht eingeräumt werden würde, eine vermittelnde Rolle im Falle dissenter Perspektiven einbringen.
- zu g) Die Gelegenheit, schriftliche Stellungnahme durch mündliche Ausführungen erläutern bzw. ergänzen zu können, ist zu begrüßen. Es sollte in der Geschäftsordnung (nicht in der Verfahrensordnung) des G-BA dann aber auch vorgesehen werden, dass die betroffenen Organisationen in angemessener Personenzahl anwesend sein dürfen (s. u. den Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer). Derzeit sieht die Geschäftsordnung für die Bundesärztekammer, die insbesondere gemäß § 91 Abs. 5 SGB V regelmäßig schriftliche Stellungnahmen abgibt, lediglich einen Vertreter für die Teilnahme am Plenum sowie an Unterausschusssitzungen – soweit diese auf die Vorbereitung von Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V oder zu Regelungen nach § 137 Abs. 3 SGB V gerichtet sind – vor. Eine Hinzuziehung von beratenden Fachexperten für die diversen Beratungsthemen, die in ihrem Detailreichtum oftmals ein hohes Maß klinischer Expertise oder zumindest sehr spezifischer Kenntnisse erfordern, ist bislang für die Beteiligten in den Sitzungen des G-BA nicht vorgesehen – im Gegensatz zu den diesbezüglichen Möglichkeiten der Mitglieder der Unterausschüsse (s. § 19 Abs. 1 Sätze 3 u. 4 der Geschäftsordnung).

Vorschlag der Bundesärztekammer

Im Wesentlichen Beibehaltung des aktuellen Gesetzestexts unter Aufnahme folgender Änderungsvorschläge bzw. Ergänzungsvorschläge zur Novellierung:

- zu b) Änderung des § 91, Abs. 2, Satz 1:
Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung **und der Bundeszahnärztekammer**, jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, **der Bundesärztekammer** und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und **acht** von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern.
- zu g) Änderung des § 91, Abs. 9 (neu):
„Jedem, der berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, ist in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner

Geschäftsordnung ~~Verfahrensordnung~~ vorzusehen, dass die Teilnahme jeweils eines Vertreters einer zu einem Beschlussgegenstand stellungnahmeberechtigten Organisation an den Beratungen zu diesem Gegenstand in dem zuständigen Unterausschuss zugelassen werden kann. **Dabei ist die Teilnahme von Stellvertretern oder Beratern zulässig analog der für die Mitglieder der Unterausschüsse geltenden Regelungen.“**

Nr. 31 = § 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

Geplante Neufassung

Der ärztliche Leiter eines medizinischen Versorgungszentrums muss zukünftig in dem medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein und in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen. Medizinische Versorgungszentren sollen zukünftig nur noch von zugelassenen Ärzten, zugelassenen Krankenhäusern sowie von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden können.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Vorschläge der Ärzteschaft Eingang in den Gesetzesentwurf gefunden haben.

Nr. 34 = § 99 SGB V (Bedarfsplan)

Geplante Neufassung

Der Gestaltungsspielraum für die Bedarfsplanung soll vergrößert werden, um regionale Besonderheiten berücksichtigen zu können. Dabei soll auch die demographische Entwicklung und Morbiditätsstruktur der regionalen Population Niederschlag finden können. Von der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA soll bei regionalem Bedarf abgewichen werden können.

Stellungnahme

Die im Hinblick auf die notwendige Weiterentwicklung der Bedarfsplanung geplante Flexibilisierung der Planungsbereiche ist grundsätzlich zu begrüßen. Regionale Versorgungsengpässe und Besonderheiten können nur durch hinreichend große regionale Gestaltungsspielräume gemeistert werden. Die Richtlinienkompetenz des G-BA muss sich deshalb auf eine Rahmenplanung begrenzen. Im Vordergrund muss eine patientenzentrierte Flexibilisierung der Planungsbereiche und Regionalisierung der Versorgung unter Einbeziehung der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene unter Einbeziehung der Landesärztekammern stehen.

Nr. 35 = § 101 Abs.2 Satz 2 SGB V (Überversorgung)

Geplante Neufassung

Die bisherige Regelung, nach der bei Anpassungen oder Neufestlegungen der Verhältniszahlen die Zahl der Ärzte nach Stand des Vorjahres zugrunde zu legen war, wird ersetzt durch eine Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in der Region.

Stellungnahme

Die Berücksichtigung der demographischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen wird begrüßt. Morbidität bzw. Epidemiologie bleiben allerdings weiterhin unbeachtet. Neben Daten zur demographischen Entwicklung sollten in die aus Sicht der Bundesärztekammer zwingend sektorenübergreifend weiterzuentwickelnde Versorgungsplanung zusätzlich auch die Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung, aus der Epidemiologie und die aus sogenannten Routinedaten ableitbaren Erkenntnisse zur Versorgungslage einfließen. Es wäre nicht vollziehbar, warum die sowohl von Bundesärztekammer als auch vom BMG geförderte Versorgungsforschung im Hinblick auf die notwendige Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ungenutzt bleiben sollte.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Neufassung des § 101 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist ...zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung, dabei **sind** insbesondere die demografische Entwicklung **sowie Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und aus der Epidemiologie** zu berücksichtigen.“

Nr. 44 = § 116b SGB V (Ambulante spezialärztliche Versorgung)

Geplante Neufassung

Der Regierungsentwurf sieht die Einführung einer „ambulanten spezialärztlichen“ Versorgung zwischen wohnortnaher fachärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung vor. Dabei sollen neben Leistungen des bisherigen § 116b SGB V auch bestimmte ambulante Operationen nach § 115b SGB V einbezogen werden. Der G-BA soll in Richtlinien das Leistungsspektrum dieser Spezialversorgung konkretisieren und einheitliche medizinisch-inhaltliche Anforderungen einschließlich besonderer Qualitätssicherungsmaßnahmen festlegen. Bei Erfüllung der Anforderungen sollen niedergelassene Fachärzte, Krankenhäuser oder MVZ grundsätzlich frei (außerhalb der Bedarfsplanung und vorbehaltlich einer gegenteiligen Mitteilung der „zuständigen Landesbehörde“) zur Teilnahme an dieser Versorgungsform berechtigt sein. Die Leistungen der ambulanten fachärztlichen Spezialversorgung sollen vorläufig nach dem EBM, später jedoch nach einer diagnosebezogenen Vergütungssystematik vergütet werden. Die berechtigten Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu melden.

Stellungnahme

Vorbemerkung: Die Bundesärztekammer rät dazu, von dem Begriff „ambulante spezialärztliche Versorgung“ Abstand zu nehmen, um die absehbare Konfusion bei der Unterscheidung zur „fachärztlichen Versorgung“ zu vermeiden. Letztere ist eindeutig definiert durch das ärztliche Weiterbildungsrecht, eine „spezialärztliche Versorgung“ hingegen bedürfte erst noch einer verbindlichen Definition. Sinnvoller wäre ein Begriff wie z. B. „fachärztliche Spezialversorgung“.

Ein entscheidendes Potential zur Optimierung der Versorgung liegt in einer besseren sektorenübergreifenden Verzahnung der fachärztlichen Versorgung. Der Gesetzentwurf zu § 116b SGB V greift dies auf, allerdings fehlen konkrete Ansätze und Anreize zu einer tatsächlichen Förderung transsektoraler Verzahnung und Kooperation. Vielmehr steht zu befürchten, dass von der Schaffung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung und somit einer neuen Versorgungssäule, kontraproduktive, der beabsichtigten besseren

Verzahnung der Versorgung gegenläufige Effekte ausgehen. Der offene Zugang zur neuen Versorgungsform (nach dem Prinzip „wer kann, der darf“) könnte zu einem Wettbewerbswüchswachstum zwischen Krankenhäusern und hochspezialisierten niedergelassenen Fachärzten mit der Negativfolge einer Mengenausweitung zulasten der niedergelassenen Fachärzte führen. Das Fehlversorgungsrisiko könnte durch die geplante Umstellung auf eine diagnosebezogene Pauschalvergütung noch steigen (Konzentration auf wirtschaftlich attraktive Diagnosen bzw. Fallpauschalen). Medizinisch nicht notwendige, durch Wettbewerbs- bzw. ökonomische Fehlanreize bedingte Mengenausweitungen bei den ambulanten spezialärztlichen Leistungen könnten sich – auch wenn die Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer Leistungen nach § 87d Abs. 4 SGB V hierfür aufgehoben werden soll – zulasten der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auswirken, da eine Gesamtdeckelung der Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung bleibt.

Nach Ansicht der Bundesärztekammer lässt sich die angestrebte sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Versorgung zielgerichteter und die oben beschriebenen Risiken minimierend über eine Vertragslösung der Selbstverwaltungspartner erreichen. Über eine Vertragslösung anstelle der Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches durch den G-BA kann es deutlich besser und voraussichtlich auch schneller gelingen, die Versorgungsangebote der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung für die einbezogenen Krankheitsbilder zu koordinieren und einen Einstieg in einen tatsächlich sektorenverbindenden Versorgungsbereich zu schaffen. Notwendig ist hierfür jedoch eine Ausgestaltung dieses Versorgungsbereiches in vierseitigen Verträgen zwischen dem GKV-SV, der KBV, der DKG und der Bundesärztekammer. Die Einbeziehung der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern in die Verträge zur spezialärztlichen Versorgung ist ratsam, da bei diesen die Zuständigkeit für die Weiterbildung ressortiert, und sie die einzigen sektorenübergreifenden Institutionen auf Leistungserbringerseite darstellen.

Um dem Risiko der Konzentration des spezialärztlichen Leistungsangebots in wirtschaftlich attraktiven Ballungsgebieten zulasten der Versorgung in der Fläche und unter Ausdünnung von Versorgungsleistungen ausgerechnet für behandlungsintensive Patienten (Multimorbidität, chronische Erkrankungen, onkologische Erkrankungen) zu begegnen, spricht sich Bundesärztekammer weiterhin dafür aus, die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Spezialversorgung zwar von der Bedarfsplanung auszunehmen (wie derzeit die § 116b-Leistungen), aber an eine Zulassung unter zwingender Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation und allgemein von regional-populationsbezogenen Versorgungsgesichtspunkten zu knüpfen. Es bietet sich an, diese Aufgabe dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a (neu) SGB V zuzuordnen.

Bei der Vergütung sollte an der ärztlichen Gebührenordnung festgehalten werden. Daher ist eine zeitnahe Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte noch in dieser Legislaturperiode umso dringlicher.

Sofern daran festgehalten wird, die Ausgestaltung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung über eine Richtlinie des G-BA zu regeln, ist diese Aufgabe ohne Beteiligung der Ärztekammern nicht leistbar; sie bedingt daher eine Strukturänderung des G-BA (**siehe Ausführungen zu Nr. 29, Seite 9**).

Bezüglich der in der Richtlinie festzulegenden personellen Anforderungen weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass sich diese, soweit sie ärztliche Qualifikationen beinhalten, prioritär aus der Weiterbildungsordnung für Ärzte ergeben. Die Bundesärztekammer lehnt daher die in der Begründung aufgeführten Hinweise zu § 116b Absatz 1 („Es sind besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die deutlich über allgemeine Facharztqualifikationen hinausgehen“) wegen des unzulässigen Eingriffs in das ärztliche Berufs- und Weiterbildungsrecht ab. Die fachliche Qualifikation von Ärzten wird durch die ärztliche Weiterbildungsordnung in Form von Gebieten,

Schwerpunkten und Zusatz-Weiterbildungen umfänglich dargelegt und verbindlich geregelt. Dies gilt unabhängig davon, ob Ärzte im ambulanten oder stationären Bereich tätig sind und ebenso unabhängig davon, ob sie sich innerhalb oder außerhalb des Vertragsarztwesens betätigen. Ärzte, die im ambulanten vertragsärztlichen Bereich tätig sind, werden durch diese Regelungen einseitig und in unangemessener Weise in ihrer ärztlichen Berufsausübung eingeschränkt.

Die Erfahrungen mit der Ausgestaltung des § 116b SGBV i. d. F. des GKV-WSG zeigen einen hohen bürokratischen Aufwand für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Daher gilt es umso mehr dafür Rechnung zu tragen, dass bei der Adaptierung des § 116b SGB V nur ein Minimum an bürokratischer Belastung für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sowie medizinischen Einrichtungen resultiert. Die Anforderungen zu „Strukturqualität, organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen, Anforderungen an das interdisziplinäre Team, einschließlich Notfallsituationen und besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung“, wie in der Begründung ausgeführt, bedeuten einen schwer abgrenzbaren Regelungsbereich für den G-BA, der unausweichlich zu Doppel- bzw. konkurrierenden Regelungen führen wird, etwa im Bereich der Hygiene (siehe etwa das neue Krankenhaushygienegesetz). Andere Schlagworte, wie z. B. „Notfallmanagement“ als Bestandteil einer Aufzählung ärztlicher Fachgebiete, weisen auf eher diffuse Regulierungsbedürfnisse hin; auch hier wird der G-BA vor der Frage stehen, in welcher Detailtiefe er längst anderweitig geregelte Anforderungen neu und überlagernd definieren soll.

Die Bundesärztekammer möchte außerdem erneut die Frage der Berechtigung des Katalogs der aufgelisteten Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen stellen. Eine schlüssige Begründung für die Auswahl des 116b-Katalogs wurde zu keinem Zeitpunkt vorgelegt, eine Untersuchung der Auswirkungen der bisher in Kraft gesetzten Indikationen auf die Versorgung existiert ebenfalls nicht. Die künftige Untergliederung in Erkrankungen mit „besonderen Behandlungsverläufen“ und „seltene“ Erkrankungen erscheint nicht an allen Stellen gelungen.

Konkret fordert die Bundesärztekammer, dass die berechtigten Leistungserbringer ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auch den Landesärztekammern melden.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Neufassung des § 116b Abs. 2 Satz 4:

Nach Satz 3 berechnigte Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, **sowie** der Landeskrankenhausgesellschaft **sowie der Landesärztekammer** zu melden und dabei den Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechnigung erstreckt.

Nr. 54 = § 137c SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)

und

Nr. 56 = § 137e SGB V neu (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

Geplante Neufassung

Der G-BA erhält die Möglichkeit, Methoden mit noch nicht belegtem Nutzen, aber dem „Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative“, erproben zu lassen und seine Bewertung auf diese Weise auszusetzen. Hierzu soll er Indikationen und Anforderungen an die Leistungserbringung festlegen können. Die zu erprobenden Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Es erfolgt eine Begleitung und Auswertung der Erprobung durch eine unabhängige wissenschaftliche Institution. Hersteller von Medizinprodukten bzw. die Anbieter der zu erprobenden Methode sollen sich an den entstehenden Kosten „in angemessenem Umfang“ beteiligen.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt zwar den generellen Ansatz, dass vornehmlich solche Innovationen durch das GKV-System refinanziert werden, für die ein Nutzenvorteil für den Patienten und/oder den Anwender gegeben ist. Die mit der Neueinführung des § 137e vorgesehene Regelung, dass unter Aussetzung des üblichen Bewertungsverfahrens des G-BA Richtlinien zur Erprobung beschlossen werden, um notwendige Erkenntnisse für die Bewertung dieses Nutzens gewinnen zu können, muss jedoch eher ein additives und somit für den begründeten Ausnahmefall anzuwendendes Instrument sein. Dies wird im vorliegenden Entwurf so noch nicht deutlich. Zudem sollte mit diesem neuen Ansatz eine Gesamtevaluation verknüpft werden, die mittelfristig die Überlegenheit dieser „Ausgliederung“ aus dem normalen Bewertungsverfahren belegen kann. Sollte dieses Verfahren quantitativ in größerem Umfang Anwendung finden, wird insbesondere für die aufwendigen innovativen Verfahren eine massive Einschränkung auf wenige, vereinzelte Versorgungseinheiten des Landes (teilweise über Jahre) ausgelöst werden. Dies kann nur sehr bedingt mit der generellen Intention der Gesundheitspolitik in Einklang gebracht werden, Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Zugang zu innovativen Verfahren und Therapiemethoden zu ermöglichen. Gerade das deutsche Gesundheitswesen begründet seinen weltweit guten Ruf nicht zuletzt auf dieser zeitnahen Verfügbarkeit von innovativen Verfahren und einer auch dadurch bedingten guten Expertise der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Die vorgesehenen Regelungen laufen Gefahr, letztlich zu einer nicht unerheblichen Einschränkung des geltenden Verbotsvorbehaltes für den stationären Sektor zu führen. Diese erweiterte Richtlinien-Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Leistungsausschluss kann die Planungssicherheit für Investitionen in den Kliniken und somit auch die zukunftsorientierte Krankenhausplanung nicht unbeträchtlich konterkarieren.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten sollten bei der evidenzbasierten Entscheidungsfindung keine überzogenen Annahmen zugrunde gelegt werden. Die Nicht-Verfügbarkeit von Studien höchster Evidenzklasse darf nicht automatisch zu einem Leistungsausschluss bzw. zur befristeten und dabei möglicherweise lokal eng begrenzten Zulassung unter prospektiven randomisierten Studienbedingungen führen. Die Verfahrensordnung des G-BA sieht bei der Methodenbewertung ausdrücklich die Entscheidungsmöglichkeit auch in Abwesenheit von Studien der Evidenzklasse I vor. Das Vorhandensein von Studien der Evidenzklasse I erleichtert zweifellos die Nutzenbewertung, ist jedoch keineswegs eine Garantie für bedarfsgerechte Entscheidungen. Allein die obligatorische Interpretation von Studien („Critical Appraisal“) wird auch künftig für Entscheidungsbedarf sorgen, d. h. eindeutige Ja-Nein-Aussagen werden auch von randomisierten kontrollierten Studien nicht automatisch

geliefert. Auch aus diesem Grund ist die Einbeziehung der klinischen Expertise der Ärzteschaft in Entscheidungen des G-BA unverzichtbar und würde durch eine adäquate, stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer unterstützt werden.

Ferner spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die zeitlichen Fristen der Rückmeldung durch die beauftragten Institute für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung zeitlich konkreter zu fassen, da es andernfalls durch eine jetzt schon absehbare bundesweit uneinheitliche Handhabung zu Wettbewerbsverzerrungen und ggf. längeren rechtlichen Auseinandersetzungen kommen kann. Bei der Einführung des § 137 e SGB V müssen daher die Rückmeldungsfristen präzisiert werden, um so auch mögliche Nachteile beteiligter Ärzte auszuschließen.

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass den Krankenkassen keine breitflächige Antragsstellung (z. B. insbesondere für teure Innovationen) eingeräumt wird, sondern diese auf besonders begründete Konstellationen beschränkt werden muss. Ebenso muss der Gemeinsame Bundesausschuss für die Bearbeitung der beantragten Verfahren eine Zeitplanung vorlegen, die sicherstellt, dass eine Verzögerung der Bearbeitung über ein Jahr hinaus nicht eintritt und innerhalb diesen Jahres dem Antragssteller bzw. Anbieter zunächst der klassische Innovationsweg offen stehen muss.

Für die Einführung dieser Neuregelungen zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss aus Sicht der Bundesärztekammer eine verpflichtende zeitnahe Evaluation vorgesehen werden.

Nr. 57 = § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Geplante Neufassung

Die Regelungskompetenz für die Inhalte und die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme soll vom BMG unmittelbar auf den G-BA übertragen werden. Die Notwendigkeit einer Wiederezulassung der Programme durch das Bundesversicherungsamt soll entfallen.

Stellungnahme

Da der G-BA bisher ohnehin für die inhaltliche Gestaltung zuständig war (die dann als Empfehlungen an das BMG weitergegeben wurden), stellt die Änderung zunächst eine begrüßenswerte Vereinfachung des Procederes dar.

Insbesondere die Flexibilisierung der Evaluation der Programme, die es dem G-BA ermöglichen soll, Ziele, Inhalte und Verfahren eigenverantwortlich zu evaluieren, sollte allerdings nicht zu entsprechender Beliebigkeit führen. Das große Manko der DMPs, niemals unter kontrollierten Bedingungen gegen die konventionelle Versorgung erprobt worden zu sein, wird mit der Neufassung von § 137f Abs. 2 Nr. 6 nicht beseitigt. Auch knapp 10 Jahre nach Inkraftsetzen der DMPs wird über deren tatsächliche Effekte in regelmäßig widersprüchlichen Bilanzierungen nur spekuliert.

Allgemein sei an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht, dass eine Ausweitung des „bewährten“ DMP-Katalogs chronischer Erkrankungen in Kombination mit einer Ausweitung von Indikationen für die ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b) unweigerlich dazu führen wird, Krankheiten im deutschen GKV-System nur noch durch das Raster einiger hochspezialisierter Paragraphen des Sozialrechts betrachten zu können – inklusive bereits jetzt bestehender Überschneidungen von Anforderungen und Regularien wie etwa bei Brustkrebs oder Herzinsuffizienz. Dass hierdurch der „zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderliche ärztliche

Behandlungsspielraum“ nicht eingeschränkt werden soll (vgl. § 137f Abs. 2 Satz 3), dürfte zumindest in der klinischen Praxis anders wahrgenommen werden.

Nr. 66 = § 217 f SGBV (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse)

Geplante Neufassung

Die durch die Anfügung des Absatzes 6 eingeführte Neuregelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband bei der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Mitgliederübergang der Versicherten Entscheidungen zu treffen hat, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt das generelle Bemühen der Bundesregierung, nach den inakzeptablen Erfahrungen aus der Insolvenz und Abwicklung der City-BKK 2011 durch die vorgesehenen Neuregelungen einen verbesserten Schutz von Patienten bzw. Versicherten im Falle der Kasseninsolvenz sicherstellen zu wollen. Neben dieser vorgesehenen Neuregelung sind jedoch weitergehende Regelungen und Klärungen der Verantwortung für den Fall zukünftiger Insolvenzen von Krankenkassen erforderlich. Die vorgesehenen Regelungen in § 217 f SGB V in Verbindung mit § 271 Abs. 2 SGB V verhindern nach wie vor nicht, dass im Vorfeld einer Insolvenz ggf. Patienten mit „guten Risiken“ einer von Insolvenz bedrohten Krankenkasse motiviert werden, in kassenartengleiche Krankenkassen zu wechseln. Zudem finden sich auch keine Regelungen, dass Patientinnen und Patienten in diesen Übergangsphasen davor geschützt sind, dass betroffene Krankenkassen aus ökonomischen Gründen z. B. Krankenseinweisungen oder auch Satzungsleistungen zeitnah deutlich reduzieren oder auch Rabattvereinbarungen massiv ausweiten.

Ebenso bleibt offen, wie rechtlich sichergestellt werden kann, dass bei einer Insolvenz deutlich größerer Krankenkassen die direkten und indirekten „Abwehrmaßnahmen“ (wie z. B. vorübergehende Schließung von Geschäftsstellen etc.) möglicher Alternativkrankenkassen vermieden werden können. Für die betroffenen Versicherten und die indirekt betroffenen Ärztinnen und Ärzte ist es zukünftig von entscheidender Bedeutung, dass in dem gesamten Übergangsprozess eine zuverlässige Versicherungs- und Versorgungssituation gewährleistet ist. Dies umfasst auch die Sicherstellung der für die medizinische Versorgung notwendigen finanziellen Mittel. Ziel der Neuregelungen muss sein, eine massive Verunsicherung des Vertrauens der Bevölkerung in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu verhindern.

Nr. 83 = §§ 303a bis 303e SGB V neu (Zweiter Titel - Datentransparenz)

Geplante Neufassung

Anstatt die (nicht existente) Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz durch Spitzenverband Bund der Krankenkassen und KBV zu bilden, sollen öffentliche Stellen des Bundes mit den Aufgaben einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle betraut werden. Dies soll per Rechtsverordnung durch das BMG geschehen. Mit den pseudonymisierten Daten des Risikostrukturausgleiches beim Bundesversicherungsamt soll eine Datenbasis entstehen, mit der auch über längere Zeiträume Versorgungsanalysen möglich sein sollen, ohne dass anhand dieser Daten eine Reidentifikation der Versicherten erfolgen kann.

Stellungnahme

Die geplante Neufassung erfordert unabdingbar eine uneingeschränkte Datenzugangsberechtigung auch der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer. Unter dieser Prämisse sind die Änderungen grundsätzlich zu begrüßen, insbesondere wenn dadurch die Nutzung sogenannter Routinedaten zu Zwecken der Versorgungsforschung und -optimierung sowie zur Qualitätssicherung ermöglicht wird.

zu § 303 b (neu):

Dennoch muss festgehalten werden, dass die Daten nach § 268 Abs. 3 nicht ausreichend für die Versorgungsforschung und Weiterentwicklung des GKV-Systems sind, da darin nur Ausschnitte des Versorgungsgeschehens abgebildet werden. So fehlen beispielsweise Informationen zu im Krankenhaus durchgeführten stationären und ambulanten Prozeduren, abgerechneten EBM-Ziffern in der kassenärztlichen Versorgung sowie ein Regionalkennzeichen, das kleinräumige Analysen ermöglicht. Ohne diese Informationen sind Analysen zum Versorgungsbedarf und zu einer möglichen regionalen Über-, Unter- oder Fehlversorgung nicht möglich. Durchgeführte Operationen und andere Eingriffe wären beispielsweise gar nicht auswertbar. Die Bundesärztekammer hat zu dieser Frage mehrere Gutachten in Auftrag gegeben¹. Diese kommen zu dem Ergebnis, dass zur Umsetzung der §§ 303a ff. ein separater, detaillierterer Datensatz durch die gesetzlichen Krankenkassen bereitgestellt werden müsste. Dieser sollte pseudonymisiert versichertenbezogen folgende Informationen enthalten: (vgl. o. g. Gutachten von Mansky/Nimptsch):

- Demographische Daten inkl. ggf. Sterbezeitpunkt und kleinräumigem Regionalkennzeichen aus den Versichertenstammdaten
- Stationäre Falldaten (§ 301 SGB V)
- Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung unter Einschluss der selektivvertraglichen Versorgung und der Teilnahme von Krankenhäusern/Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 295 Abs. 2 SGB V)
- Daten der ambulanten Operationen im Krankenhausbereich und weiterer Bereiche der ambulanten Krankenhausversorgung (§ 301 SGB V)
- Arzneiverordnungsdaten (§ 300 SGB V)
- Pflegestufe aus den Versichertenstammdaten
- Leistungen der stationären Rehabilitation im GKV-Bereich (§ 301 Abs. 4 SGB V)
- Daten der Heil- und Hilfsmittelversorgung (§ 302 SGB V)
- Daten zu AU-Zeiten

Ein Export dieser Daten über eine definierte Schnittstelle an die Vertrauensstelle ist – in Analogie zu dem für Krankenhäuser schon lange übliches Verfahren nach § 21 KHEntgG – technisch jederzeit möglich. Der Export der Daten aus den EDV-Systemen der Krankenkassen ist wegen diverser Unzulänglichkeiten der sektoralen Datenbestände derzeit der einzig mögliche, schnellste und effizienteste Weg zur Darstellung einer bundesweiten Datenbasis.

Entsprechende Daten der Privaten Krankenversicherungen sollten in einem zweiten Schritt integriert werden, ebenso Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie der Gesetzlichen Unfallversicherung.

¹ Robra et al, Mansky et al: www.baek.de/downloads/Datenzugang-1.pdf und www.baek.de/downloads/Datenzugang-2.pdf

zu § 303e (neu):

Die Bundesärztekammer sowie die Landesärztekammern müssen in § 303e namentlich aufgenommen werden und – ebenso wie die Spitzenverbände der Kostenträger – Zugang zu den Daten nach § 303 b u. a. für Aufgaben der Fort- und Weiterbildung der Qualitätssicherung sowie der Versorgungsforschung erhalten.

Die Bundesärztekammer fördert seit 2005 im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung Projekte zur Versorgungsforschung zur Optimierung der ärztlichen Versorgung. Der 114. Deutsche Ärztetag hat beschlossen, diese Aktivitäten weiterzuführen.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Ergänzung des § 268 Abs. 3 entsprechend der Stellungnahme.

Änderungsvorschlag zu § 303 e (neu):

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. **der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern,**
65. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene,
76. den Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder,
87. den Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung,
98. den Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen,
109. dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
1140. dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
1244. dem Institut des Bewertungsausschusses,
1342. der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
1443. den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
1544. der Institution nach § 137a Absatz 1 Satz 1,
1645. dem Institut nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (DRG-Institut),
1746. den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen und den übrigen obersten Bundesbehörden.

Artikel 6 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Geplante Neufassung

Die Neuregelungen sehen eine Verbesserung der Vertraulichkeit für die am DRG-Kalkulationsverfahren teilnehmenden Kliniken vor.

Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Sicherung der Vertraulichkeit der teilnehmenden Kliniken werden begrüßt. Nach wie vor ist es ein nicht unbeträchtliches Problem, die Kontinuität der teilnehmenden Kalkulationskliniken zu sichern. Die umfängliche Gewährleistung der Vertraulichkeit der Daten wird als wichtiger Schritt zur Verbesserung dieser wesentlichen Grundlage gesehen.

Artikel 7 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

in Verbindung mit

Artikel 8 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Geplante Neufassung

Die Neuregelungen sieht neben der Mitnahme einer Begleitperson des Patienten, welche aus medizinischen Gründen notwendig ist, nunmehr auch die Mitnahme einer Pflegekraft vor.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Neuregelung als sinnvolle Ergänzung der bisher schon vorgesehenen Möglichkeit der Mitnahme einer Begleitperson.

Artikel 9 – Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Nr. 4: § 18 Absatz 2, Nr. 5

Geplante Neufassung

Die Neufassung beinhaltet eine Aktualisierung der Begrifflichkeiten.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer erachtet den vorliegenden Regelungsvorschlag als nicht ausreichend, da er die Möglichkeit einer inzwischen erfolgreich abgeschlossenen Therapiemaßnahme bzw. die Teilnahme an einem Interventionsprogramm der Ärztekammern unberücksichtigt lässt.

Vorschlag der Bundesärztekammer

5. soll wie folgt ergänzt werden:

5. eine Erklärung des Arztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre ~~einer Entziehungskur~~ **eine qualifizierte Entwöhnungsmaßnahme** wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit **oder ein strukturiertes Interventionsprogramm der Ärztekammer abgeschlossen** hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.“

Nr. 7: § 21

Geplante Neufassung

Die Neufassung sieht eine veränderte Regelung der Ungeeignetheit eines Arztes für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer erachtet die vorliegende Regelung für die Zulassungsausschüsse für nicht praktikabel, da mit der Neuregelung zwei unabhängige Begutachtungsebenen – 1. ein vom Zulassungsausschuss bestimmter Arzt, 2. Einschaltung eines Amtsarztes – vorgesehen werden, ohne dass Hinweise darauf gegeben werden, wann und durch wen die Einschaltung des Amtsarztes erfolgen soll, welche Kompetenzen von diesem erwartet werden können, welche Rolle er im Verfahren einnehmen soll und auf welcher Grundlage er eine klinische Beobachtung des Antragstellers für erforderlich erachten kann. Zudem werden die inzwischen in der Mehrzahl der Ärztekammern geschaffenen Begutachtungs- und Interventionsstrukturen bei einer Suchterkrankung mit der Regelung nicht genutzt und bürokratische Parallelstrukturen geschaffen.

Vorschlag der Bundesärztekammer

§ 21 Satz 4 der Ärzte-ZV soll folgendermaßen geändert werden:

Das Gutachten muss auf einer Untersuchung und, ~~wenn dies ein Amtsarzt für erforderlich hält, auch auf~~ einer klinischen Beobachtung des Betroffenen beruhen.
Befindet sich der Arzt in einer qualifizierten Entwöhnungsmaßnahme oder in einem strukturierten Interventionsprogramm einer Ärztekammer oder hat ein solches erfolgreich durchlaufen, soll auf die entsprechenden Gutachten dieser Einrichtungen zurückgegriffen bzw. sollen entsprechende Stellungnahmen von diesen angefordert werden.“

C. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht der Bundesärztekammer, der derzeit noch nicht im Regierungsentwurf des GKV-VStG berücksichtigt worden ist

Änderungsvorschlag zu § 28 Abs. 3 SGB V (Legaldefinition Psychotherapie)

Derzeitige Gesetzeslage

„Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) ... sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt.“

Stellungnahme

Die derzeitige Definition der psychotherapeutischen Behandlung kann als Ausgrenzung der ärztlichen Psychotherapeuten missverstanden werden und muss neu formuliert werden muss. Durch die Streichung des Klammerzusatzes „(Psychotherapeuten)“ wird klar gestellt, dass unter Psychotherapeuten nicht ausschließlich Behandler mit psychologischer Ausbildung, sondern auch psychotherapeutisch tätige Ärzte zu verstehen sind.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Änderung des § 28 Absatz 3 Satz 1 wie folgt:

Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und **Psychologische** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (**Psychotherapeuten**), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt.

Änderungsvorschlag zu § 73 Abs. 1 SGB V (Kassenärztliche Versorgung)

Derzeitige Gesetzeslage

§ 73 SGB V beinhaltet die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung und eine Legaldefinition für die hausärztliche Versorgung.

Stellungnahme

Es hat sich als notwendig erwiesen, im Vergleich und in Abgrenzung zum hausärztlichen Versorgungsauftrag auch den fachärztlichen Versorgungsauftrag zu definieren.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Nach § 73 Abs. 1b wird folgender Absatz **neu** eingefügt:

„(1c) Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst die fachärztliche Grundversorgung. Sie besteht in der patientenunmittelbaren Versorgung in der Diagnostik und Therapie innerhalb des Fachgebietes mit ärztlicher Hilfe im Akutfall und der Betreuung bei fachgebietsbezogenen Krankheiten sowie der Koordination ärztlicher, ggf. ergänzender Leistungen durch Verordnungen, Veranlassung oder

Delegation; in der mittelbaren Patientenversorgung besteht der fachärztliche Versorgungsauftrag in der konsiliarischen Diagnostik oder Auftragsdiagnostik. Die fachärztliche Grundversorgung wird von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzten erbracht. Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst auch die spezialisierte fachärztliche Versorgung als fallbezogene Versorgung vorwiegend im Leistungsbereich von Schwerpunkten im Fachgebiet. Sie setzt insoweit voraus, dass der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung führt oder eine für eine spezialisierte fachärztliche Versorgung vorgeschriebene Qualifikation nachweisen kann; die spezialisierte fachärztliche Versorgung umfasst darüber hinaus die konsiliarische Diagnostik nicht-organbezogener und methodisch definierter Fachgebiete, ggf. mit spezieller Qualifikation des Arztes. Für den Versorgungsauftrag in der Psychotherapie gilt § 28 Abs. 3 Satz 1.“

Änderungsvorschlag zu § 63 Abs. 3c SGB V (Modellvorhaben)

Derzeitige Gesetzeslage

Der Absatz 3c eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, Modellvorhaben durchzuführen, in denen ärztliche Tätigkeiten zur selbständigen Ausübung von Heilkunde auf die Angehörigen der im Kranken- und Altenpflegegesetz geregelten Berufe übertragen werden.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer lehnt im Interesse von Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Rechtssicherheit die Substitution ärztlicher Tätigkeiten und die Lockerung des Arztvorbehaltes für Diagnostik und Therapie strikt ab, plädiert jedoch – unter Voraussetzung der entsprechenden Qualifikation – für eine Ausschöpfung arztentlastender und -unterstützender Delegationsmöglichkeiten und eine Förderung interprofessioneller Kooperation auf Basis vorhandener Kompetenzen. Die Einführung einer neuen Versorgungsebene durch nichtärztliche Gesundheitsberufe würde eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft, die Schaffung neuer Schnittstellen, den Verlust von Informationen und einen gestiegenen Bedarf an Koordination bedeuten. Erfolgversprechender sind die Förderung der interprofessionellen Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen und die Integration unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen in ein gemeinsames Team.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Ersatzlose Streichung des Absatzes 3c des § 63.

Änderungsvorschlag zu § 95d, Abs. 2 SGB V

Derzeitige Gesetzeslage

Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die derzeitige „Kann“-Formulierung im Fortbildungsnachweis durch eine „Ist“-Formulierung zu ersetzen, d. h. gesetzlich zu verankern, dass der Nachweis über die Fortbildung ausschließlich durch Fortbildungszertifikate der Landesärztekammern erbracht werden kann. Durch die

berufsrechtliche Anbindung ist die Ärztekammer der Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Fortbildung.

Vorschlag der Bundesärztekammer

Änderungsvorschlag § 95d, Abs. 2 SGB V:

Der Nachweis über die Fortbildung **wird** durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Ärzte, der Zahnärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. ~~Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.~~

Änderungsvorschlag zu § 135 Abs. 2 SGB V sowie weiteren Regelungen (Herstellung einer Definitionskompetenz der Bundesärztekammer bei der Bestimmung von Fachkunden)

Derzeitige Gesetzeslage

Gemäß § 135 Abs. 2 SGB V können für ärztliche Leistungen, die wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besondere Kenntnisse und Erfahrungen erfordern, von den Partnern der Bundesmantelverträge Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbart werden (Fachkundenachweise).

Stellungnahme

Bei den Regelung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V handelt es sich um eine Berufsausübungsregelung auf sozialrechtlicher Grundlage, nicht um eine sozialrechtlich begründete Weiterbildung oder Fortbildungsregelung. Sie dient auch dazu, Einschränkungen für die Teilnahme von Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung zu regeln, wenngleich auf der Grundlage von Qualitätsanforderungen. § 135 Abs. 1 sowie allgemein Richtlinien zur Qualitätssicherung nach § 92 SGB V enthalten vergleichbare Regelungen über die Bestimmung von funktional ebenfalls als Berufsausübungsregelung zu verstehenden Qualifikationen, jedoch gerichtet an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Für die Bundesärztekammer besteht im Hinblick auf Berufsausübungsregelungen bisher nur die Möglichkeit, im Rahmen ihres Stellungnahmerechts nach § 91 Abs. 5 SGB V Äußerungen dazu abzugeben.

Zur Bestimmung eines einheitlichen Qualitätsniveaus erscheint es notwendig, die sozialrechtlich geprägten Qualifikationsvoraussetzungen der Fachkunde aus den sozialrechtlichen Definitionskompetenzen der Vertragspartner des Bundesmantelvertrages sowie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bundesärztekammer zu verlagern. Dabei soll maßgeblich sein, dass die Qualifikation von der Bundesärztekammer selbst außerhalb eines Normsetzungsverfahrens nach der Art der Muster-Weiterbildungsordnung bestimmt wird und es sich nicht um eine Verweisung auf entsprechende weiterbildungsrechtliche Regelungen in Kammerbereichen handelt. Zwar können weiterbildungsrechtliche Regelungen Grundlage für entsprechende Definitionen von Fachkundenachweisen sein, wegen der gebotenen Einheitlichkeit und der Eigenständigkeit des Verfahrens der Festlegung einer Berufsausübungsregelung sollen sie von der Bundesärztekammer

außerhalb ihrer Zuständigkeit für das Weiterbildungsrecht, aber auf der Grundlage der satzungsrechtlichen Aufgabe der Herstellung der Einheitlichkeit der Berufsausübung selbst bestimmt werden. Dazu soll eine gesetzliche Beleihung dienen.

Vorschlag der Bundesärztekammer

- Änderung und Ergänzung des § 135 SGB V

Es wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für Bestimmungen zur Qualifikation der Ärzte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 sowie Fachkunden nach Absatz 2 legt die Bundesärztekammer bundeseinheitliche Vorgaben fest. Sie können sich an entsprechende weiterbildungsrechtliche Qualifikationen anlehnen. Bei erstmaliger Festlegung von Qualifikationen bestimmt die Bundesärztekammer auch bundeseinheitliche Übergangsregelungen. Die Bundesärztekammer wird auf Anforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn dieser entsprechende Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 zu fassen beabsichtigt, oder auf Anforderung der Vertragspartner des Bundesmantelvertrages, wenn diese Fachkunden nach Absatz 2 Satz 1 einzuführen beabsichtigen, tätig. Die Vorgaben der Bundesärztekammer sind für den Gemeinsamen Bundesausschuss bei entsprechender Beschlussfassung und für die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages verbindlich. Soweit Vorgaben für die Qualifikation von Ärzten auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Erbringung von Leistungen der Psychotherapie gelten sollen, hat die Bundesärztekammer die Bundespsychotherapeutenkammer bei der Entwicklung der Vorgaben zu beteiligen.“

- Ergänzung des § 137 Abs. 1

In § 137 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit Bestimmungen nach Absatz 1 Satz 1 Mindestanforderungen an die Strukturqualität oder die Qualifikation von Ärzten enthalten sollen, gilt § 135 Abs. 3 entsprechend.“

- Ergänzung des § 92 Abs. 1 Satz 2 erhält Nr. 13 folgende Fassung:

„13. Qualitätssicherung; § 135 Abs. 4 gilt entsprechend;“

Änderungsvorschlag zu Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

Derzeitige Gesetzeslage

Gemäß Artikel 8 Abs. 2 vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen. Dabei ist das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen.

Stellungnahme

Aufgrund der Verantwortlichkeit der Ärztekammern für die ärztliche Weiterbildung sind die Bundesärztekammer auf Bundesebene und die Landesärztekammer auf Landesebene zwingend an dem Förderprogramm Allgemeinmedizin zu beteiligen. Die derzeitige Rechtslage hat in einigen Ländern zu einer Ausgrenzung der Landesärztekammern aus den neu geschaffenen Strukturen (Koordinierungsstellen) geführt und stellt insgesamt eine Beteiligung „2. Klasse“ dar.

Vorschlag der Bundesärztekammer

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, ~~und~~ der Deutschen Krankenhausgesellschaft ~~und der Bundesärztekammer~~ das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen. ~~Dabei ist das Benehmen mit der Bundesärztekammer herzustellen.~~“

D. Stellungnahme zu Änderungsvorschlägen des Bundesrates und der Regierungsfractionen

Stellungnahme des Bundesrates, Nr. 32 (Bundesratsdrucksache 456/11 Beschluss)

Geplante Neufassung

Der Bundesrat schlägt vor, die Mindestquote für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte in § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V ersatzlos zu streichen.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen eine Absenkung dieser Quote aus. Eine weitere Absenkung der zuletzt 2009 abgesenkten und zum 31.12 2013 ohnehin auslaufenden Quote für die o. g. Ärztinnen und Ärzte wird seitens der Bundesärztekammer abgelehnt. Diese Quote trägt bis zur grundsätzlichen Neuordnung der Versorgungsplanung zum Erhalt eines breiten psychotherapeutischen Versorgungsangebotes für die betroffenen Patienten bei.

Vor dem Hintergrund der großen Heterogenität der zu behandelnden psychisch kranken Patientinnen und Patienten und deren Komorbidität ist es notwendig, den betroffenen Patientinnen und Patienten auch weiterhin ein psychotherapeutisches Behandlungsangebot durch Therapeuten mit einer somatischen und psychotherapeutischen Doppelqualifikation anzubieten. Dies kann nur dadurch gewährleistet werden, dass überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte in der Versorgungsrealität auch zahlenmäßig angemessen Berücksichtigung finden.

Die Streichung der Quote kann bei dem aktuellen Ärztemangel nicht dadurch begründet werden, dass derzeit nicht mehr Ärzte zur psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen. Ein aktuell bestehender geringer Versorgungsanteil an ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten darf bei der Zielsetzung einer angemessenen und möglichst vielfältigen psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung nicht zum Anlass genommen werden, eine bestehende Mangelsituation auf Dauer zu zementieren. Zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen ist es notwendig, die entsprechenden Niederlassungsmöglichkeiten für psychotherapeutisch tätige Ärzte langfristig zur Verfügung zu stellen.

Die Bundesregierung lehnte im Rahmen ihrer Gegenäußerung im Ergebnis den Vorschlag des Bundesrates ab.

Änderungsantrag der Regierungsfractionen, Nr. 31 **Ausschussdrucksache 17(14)1090**

Geplante Neufassung

Laut Änderungsantrag Nr. 31, Artikel 1 Nummer 50a – neu- von CDU/CSU und FDP soll der Regelungsinhalt von § 135 Abs. 2 SGB V dahingehend erweitert werden, dass die Partner der Bundesmantelverträge im Zusammenhang mit der Bewertung (i. e. Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung) allgemein „Anforderungen an die Versorgungsqualität“ vereinbaren können.

Stellungnahme

Die Bundesärztekammer plädiert dafür, es bei der ursprünglichen Formulierung in § 135 Abs. 2 Satz 1 zu belassen („Anforderungen an die Strukturqualität“). Der Änderungsantrag klingt zwar plausibel, es ist jedoch nicht erkennbar, ob, und wenn wie, umfassendere, d. h. Prozess- und Ergebnisqualität einschließende Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V mit den übrigen Qualitätssicherungs-Richtlinien und –Verfahren, insbesondere nach den §§ 137 und 137a SGB V, harmonisiert werden sollen. Eine Überregulierung muss ausgeschlossen werden.