



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Berlin, 22.01.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

Vorbemerkung

Zur Stärkung der medizinischen Versorgung in der Fläche und zur Behebung des ärztlichen Nachwuchsmangels sind in den vergangenen Jahren vielfältige Aktivitäten initiiert worden, nicht zuletzt von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Zwar zeigen die Anstrengungen erste Erfolge, sie können aber vor dem Hintergrund des stetig steigenden Versorgungsbedarfs einer alternden Gesellschaft ohne weitergehende strukturpolitische Förderung nicht ausreichen.

Deshalb unterstützt die Bundesärztekammer grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 eingeleiteten Maßnahmen für die Sicherung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden medizinischen Versorgung mit Hilfe gesetzgeberischer Schritte weiterzuentwickeln. Jedoch bedürfen die im Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angelegten Maßnahmen in weiten Teilen dringend einer Überarbeitung, damit das selbstgesteckte Ziel der Koalition, die Rahmenbedingungen der Versorgung an die sich wandelnden gesellschaftlichen Strukturen anzupassen, tatsächlich erreicht werden kann.

So ist grundsätzlich zu hinterfragen, ob die geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen dem deutlichen Bekenntnis des Koalitionsvertrages zur ärztlichen Freiberuflichkeit entsprechen oder dieses in Teilen nicht sogar konterkarieren. Freiberuflichkeit sichert die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses. Sie ist Grundlage von Therapieverantwortung und Therapiefreiheit und begründet damit eines der wichtigsten Patientenrechte. Statt die freiheitliche ärztliche Berufsausübung zu sichern und zu fördern, setzt der Entwurf in vielen Bereichen auf mehr staatliche Regulierung sowie auf eine weitere Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Beispielhaft seien hier die vorgesehene Verschärfung der ärztlichen Zulassungsbeschränkungen, die geplanten Termin-Servicestellen, aber auch die im Gesetz angelegte Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses über Anforderungen an zweitmeinungsberechtigte Leistungserbringer und die Abgabe der Zweitmeinung genannt. Auf diese und weitere Maßnahmen wird im Folgenden näher eingegangen.

Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches

1. Zweitmeinung

Zu Nummer 7: § 27b

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer die Möglichkeit zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung für Patientinnen und Patienten. Allerdings gab es für Patienten schon bisher die Möglichkeit, relativ unkompliziert und unbürokratisch Zweitmeinungen für potentiell belastende Maßnahmen einzuholen.

In Fällen, bei denen mehrere Therapieoptionen denkbar sind und die erforderlichen komplexen Abwägungen die Patientinnen und Patienten verunsichern, kann eine Zweitmeinung dazu beitragen, gemeinsam zu einer informierten Entscheidung über das therapeutische Vorgehen zu gelangen. Zweitmeinungen können aus ärztlicher Sicht ein wichtiges Element der Qualitätssicherung sein, indem sie die Diagnosefindung unterstützen und den interkollegialen Austausch fördern.

Dem konkreten Vorschlag der Einführung eines § 27b SGB V-E liegt jedoch erkennbar die primäre Intention zugrunde, die Patienten durch Einholung einer Zweitmeinung vor möglichen Indikationsausweitungen zu schützen. Auch dies ist zu begrüßen, verweist aber auf Ursachen, die nicht medizinisch-fachlicher Natur sind. Zweitmeinungen als Korrektiv für finanzielle Fehlanreize können insofern lediglich zur Dämpfung derartiger Auswirkungen führen, nicht jedoch die eigentlichen – in verfehlten wettbewerblichen Ansätzen liegenden – Probleme lösen. Dies darf bei der Entwicklung und Pflege eines Zweitmeinungsverfahrens i. S. v. § 27b SGB V-E keinesfalls aus den Augen verloren werden.

Bezüglich der vorgesehenen Definitionshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) insbesondere über Anforderungen an zweitmeinungsberechtigte Leistungserbringer (§ 27b Abs. 2 SGB V-E) verweist die Bundesärztekammer auf die originäre Zuständigkeit der Ärztekammern für die fachliche Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. Daher ist eine enge Abstimmung des G-BA mit den Ärztekammern bzw. der Bundesärztekammer zwingend erforderlich, um eine Kompatibilität zu den Inhalten der ärztlichen Weiterbildung zu gewährleisten. Konsequenterweise sind dann auch die Ärztekammern an den geplanten Informationsangeboten für die Versicherten gemäß § 27b Abs. 4 SGB V-E zu beteiligen, nicht nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften.

Im Zuge der näheren Ausgestaltung des Verfahrens ist darauf zu achten, dass es mit der Beschränkung der Zweitmeinung auf bestimmte Leistungen einerseits und bestimmte Ärzte andererseits für Patientinnen und Patienten nicht zu einer Verschlechterung der bisherigen Situation kommt.

Das Einholen einer Zweitmeinung darf nicht zur Pflicht werden, auch nicht für sogenannte mengenanfällige Indikationen. Das Festlegen einer Liste von planbaren Eingriffen gemäß § 27b Abs. 2 SGB V-E darf auch nicht dazu führen, dass nur noch für diese Leistungen ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht. Ferner ist dafür Sorge zu tragen, dass die ärztliche Zweitmeinung frei von Einflüssen ist, die über medizinisch-fachliche Erwägungen oder das Wohl und die persönliche Lebenssituation der Patienten hinausgehen. Insbesondere der letztgenannte Aspekt unterstreicht die Notwendigkeit, dass eine Zweitmeinung nicht ohne persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient erbracht werden darf.

Die vorgesehene Liste planbarer Eingriffe gemäß § 27b Abs. 2 SGB V-E bedarf außerdem einer kontinuierlichen Beobachtung und regelmäßiger Aktualisierungen durch den G-BA, da die sogenannte Mengenanfälligkeit der Leistungen unmittelbar an den jeweiligen Stand der Vergütungsbestimmungen gekoppelt sein dürfte. Dies steht derzeit noch im Kontrast zu der in der Begründung des Regierungsentwurfs (*siehe unter Abschnitt VI Gesetzesfolgen, Nr. 4 Erfüllungsaufwand, c) Erfüllungsaufwand Verwaltung, aa) Erfüllungsaufwand Bund, S. 83, letzter Absatz*) geäußerten Einschätzung des Gesetzgebers, wonach der Erfüllungsaufwand für die Aktualisierung der Richtlinie als „geringfügig“ einzustufen sei.

Über die Wirkung von Zweitmeinungsverfahren gibt es weder national noch international belastbare Erkenntnisse bezüglich der medizinischen und ökonomischen Folgen. Es wäre daher erforderlich, die Auswirkungen der Regelungen nach § 27b SGB V-E regelhaft zu evaluieren, wenn schon keine zeitlich und/oder regional befristete Pilotstudie vorgesehen ist.

Darüber hinaus ist dafür zu sorgen, dass die durch das gesetzlich vorgesehene Zweitmeinungsverfahren induzierte Leistungsausweitung angemessen vergütet wird, vorzugsweise extrabudgetär oder durch Anhebung der Gesamtvergütung.

Die in § 27b Abs. 5 SGB V-E vorgesehene Verpflichtung der Ärzte, über die Möglichkeit

einer ärztlichen Zweitmeinung „aufzuklären“ und auf entsprechende Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinzuweisen, scheint zudem rechtlich bedenklich. Anders als in der Entwurfsbegründung dargelegt, ist nicht davon auszugehen, dass es zur Förderung der Inanspruchnahme des Rechts auf Zweitmeinung rechtlich erforderlich ist, den Ärzten zusätzliche Informations- und Aufklärungspflichten aufzuerlegen.

Der Begriff "aufklären" muss gestrichen werden, weil er unbeabsichtigt haftungsrechtliche Problemstellungen induzieren und in der Folge zu Rechtsunsicherheit führen kann. Durch das Patientenrechtegesetz wurden die Anforderungen an die Aufklärung eines Patienten über einen indizierten Eingriff in § 630e BGB umfassend normiert. Auch auf § 8 (Muster-)Berufsordnung wird verwiesen. Versäumt es der Arzt, den Patienten umfassend aufzuklären, liegt selbst bei einem lege artis durchgeführten Eingriff eine rechtswidrige Körperverletzung vor. Die mit § 27 Abs. 5 SGB V-E beabsichtigte Förderung der Zweitmeinung zielt nach dem Verständnis der Bundesärztekammer aber lediglich auf einen einfachen Hinweis ab. Der Arzt soll den Patienten über die Möglichkeit einer ärztlichen Zweitmeinung informieren.

Im Fall der Schaffung einer weiteren gesetzlichen Aufklärungspflicht nach § 27 Abs. 5 SGB V-E ergäbe sich zwangsläufig die Frage nach dem Verhältnis zu der Aufklärungspflicht gemäß § 630e BGB. Die Rechtsunsicherheit, ob die Information der Patientinnen und Patienten über ihr Zweitmeinungsrecht die Wirksamkeit seiner Einwilligung in den geplanten Eingriff berührt, muss vermieden werden. Der Gesetzesvorschlag zielt erkennbar auf eine zusätzliche vertragsarztrechtliche Informations- und Aufklärungspflicht ab. Eine Erweiterung des Umfangs der Aufklärung über die Vorgaben gemäß § 630e BGB und § 8 (Muster-)Berufsordnung wird abgelehnt.

Insgesamt muss der vordergründige Nutzen eines hochgradig regulierten Zweitmeinungsverfahrens insbesondere gegen die Frage abgewogen werden, ob der Anlass für die Einführung der Verfahrens, nämlich die beschriebene Mengenausweitung, tatsächlich auf diese Weise wirksam und ressourcenschonend korrigiert werden kann, oder ob Handlungsbedarf nicht eher auf anderer Ebene besteht.

2. Entlassmanagement

Zu Nummer 9: § 39

Nach der Einfügung der Vorschrift des § 39 Abs. 1a SGB V-E umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Positiv zu bewerten sind die hierbei vorgesehenen weiteren Möglichkeiten der Krankenhäuser, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Versorgungsleistungen (s. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Nr. 7 SGB V) für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen zu verordnen. Insbesondere die Ausweitung der Verordnungsmöglichkeit von Arznei- und Heilmitteln kann dazu beitragen, Versorgungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich zu schließen.

Die Bundesärztekammer verweist im Zusammenhang mit hier erforderlichen weiteren Präzisierungen für ein sachgerechtes Entlassmanagement auf die im Jahr 2012 im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelten „Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren“. Die Checklisten sollen im Sinne einer Orientierungshilfe dazu beitragen, den Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus sowie Krankenhaus und Praxis so zu organisieren, dass eine gute individuelle Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet wird. Die Checklisten beinhalten Kriterien für die ambulant-stationäre Nahtstelle zur Umsetzung einer verbesserten Kommunikation, Befundübermittlung und Medikationsüberprüfung.¹

3. Terminservicestellen

Zu Nummer 29: § 75 Abs. 1a

Zur Förderung eines schnelleren Zugangs zum Facharzt sollen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sogenannte Terminservicestellen eingerichtet werden. Die medizinische Notwendigkeit eines Termins muss eine Voraussetzung für die Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von vier Wochen darstellen. Unter Beachtung dieses Kriteriums ist in den meisten Fällen bereits heute ein Facharzttermin erreichbar.

¹ Zu den Checklisten für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren gelangen Sie über den folgenden Link: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf>

Die vorgesehene Vermittlung von Patienten an Krankenhäuser nach Ablauf der Vier-Wochen-Frist kann zu erheblichen Problemen führen, da diese bereits heute die hierfür erforderlichen Kapazitäten kaum noch zur Verfügung haben. Krankenhäuser sind vorrangig auf die Behandlung ihrer stationären Patienten ausgerichtet und sind im Hinblick auf ihre knappe oder unzureichende Personalbesetzung insbesondere im ärztlichen Dienst schon derzeit an ihrer Belastungsgrenze angelangt.

Dass von der Regelung „verschiebbare Routineuntersuchungen“ und „Bagatellerkrankungen“ sowie weitere vergleichbare Fälle ausgenommen sein sollen, ändert an dieser Beurteilung im Ergebnis nichts. Zudem sagen die gewählten Formulierungen terminologisch nichts über die medizinische Erforderlichkeit aus. Im Übrigen ist die grundsätzliche Kritik angezeigt, dass mit dem Konstrukt der Servicestellen vermehrter Bürokratie Vorschub geleistet wird. Aufgrund der unterschiedlichen Einschätzung der Relevanz der Problematik „Wartezeiten“ muss durch eine unabhängige Begleitforschung untersucht werden, welches Ausmaß Wartezeiten auf einen Facharzttermin tatsächlich haben, inwieweit es durch Terminservicestellen tatsächlich zu einer signifikanten Reduzierung der Wartezeiten kommt und wie zufrieden die Patientinnen und Patienten mit dieser Regelung sind.²

Geradezu widersprüchlich erscheint zudem die Begründung für die Einrichtung von Terminservicestellen mit Blick auf die vorgesehenen Aufkaufsregelungen von Arztsitzen und die damit einhergehende Reduzierung von Versorgungskapazitäten im ambulanten fachärztlichen Bereich.

Angesichts der unterschiedlichen Einschätzung der Relevanz der Problematik und des mit dem Aufbau und dem Betreiben von Terminservicestellen einhergehenden Aufwandes fordert die Bundesärztekammer die Verankerung einer wissenschaftlichen Begleitforschung in § 75 Abs. 1a SGB.

² Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist in seinem jüngsten Gutachten darauf hin, dass die Wartezeiten in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern kurz sind und es Hinweise darauf gibt, dass sich die Wartezeiten in Deutschland seit 2007 eher verkürzt als verlängert haben (Gutachten 2014, S. 363 und die dort angegebene Literaturhinweise).

4. Notdienst

Zu Nummer 29: § 75 Abs. 1b

Die Regelung sieht ausdrücklich vor, dass die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) keine notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes ist, soweit es das Landesrecht nicht anders bestimmt. Sowohl der Rettungsdienst als auch der vertragsärztliche Notdienst erfüllen weiterhin ihren spezifischen Versorgungsauftrag. Die Intention des Gesetzgebers zur Kooperation zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsleitstellen der Länder greift die jahrzehntelange Forderung der ärztlichen Selbstverwaltung, nach sogenannten integrierten Leitstellen (mindestens Rettungsdienst und Kassenärztlicher Notdienst, gegebenenfalls weitere Dienste) zur besseren Verzahnung der medizinischen Notfallversorgung auf. Hierdurch können Doppelstrukturen vermieden, Synergien und Kompetenzen genutzt sowie Patientenströme zielgerichtet geleitet werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehene stärkere Kooperation zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Leistungserbringern und Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung.

5. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Zu Nummer 30: § 75a

Die vorgesehene gesetzliche Regelung fasst die bisherige Praxis und die in Verträgen geregelte Verfahrensweise der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zusammen und normiert diese nunmehr im Sozialgesetzbuch V. Die Bundesärztekammer begrüßt die erweiterten Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, insbesondere die Erhöhung der Zahl der zu fördernden Stellen, damit sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden können. Befürwortet wird ebenfalls die Vorgabe, dass die Angemessenheit der Höhe des Förderbetrags regelmäßig überprüft und soweit erforderlich anzupassen ist.

Die Bundesärztekammer begrüßt die ausdrückliche Festlegung, dass auch im niedergelassenen Bereich in der Weiterbildung eine Vergütung auf dem Niveau der Tarifverträge im Krankenhaus gezahlt werden soll. Sie vermisst jedoch eine klare

extrabudgetäre Finanzierungsregelung, die sicherstellt, dass die Budgets der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte nicht belastet werden.

Nicht zu akzeptieren ist, dass der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern in Anbetracht ihrer bestehenden Einbindung in die in Verträgen geregelte Verfahrensweise zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf Bundes- und Landesebene nur ein Benehmens- und kein Einvernehmensrecht eingeräumt wird. Das bestehende Förderprogramm wird maßgeblich auch von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern entsprechend ihrer originären Zuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung getragen. Das Programm beinhaltet nicht nur die finanzielle Förderung, sondern ebenfalls qualitative Aspekte der Weiterbildung (z. B. Verbundweiterbildung). So ist in mehreren Bundesländern die das Förderprogramm auf Landesebene umsetzende und weiterentwickelnde Koordinierungsstelle bei der Landesärztekammer angesiedelt.

Zudem ist es auch in anderen Fachgebieten zunehmend problematisch, die zum Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte ausschließlich im stationären Bereich zu vermitteln. Von daher besteht die Notwendigkeit zur Förderung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern auch für weitere in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Facharzttrichtungen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Bundesärztekammer die Ausweitung der Förderung der im ambulanten Bereich stattfindenden Weiterbildung auch auf andere Facharzttrichtungen für dringend erforderlich hält. Ferner fordert die Bundesärztekammer, dass § 75a Abs. 4 Satz 3 so abgeändert wird, dass mit der Bundesärztekammer das Einvernehmen herzustellen ist.

6. EBM-Bewertung: Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen

Zu Nummer 34: § 87

Die mit der Neufassung der Vorschrift des § 87 Abs. 2a SGB V vorgesehene verbesserte EBM-Bewertung des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, wird ausdrücklich begrüßt.

Die Bundesärztekammer lehnt allerdings eine nach der Begründung des Gesetzentwurfes angestrebte Beseitigung des vorherigen persönlichen Patienten-Arzt-Kontaktes als aus ihrer Sicht unabdingbare Voraussetzung für eine Delegation ärztlicher Leistungen strikt ab.

7. Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen, Innovationsfonds und -ausschuss

Zu Nummer 40: § 92a, § 92b

Mit der Einfügung der gesetzlichen Vorschriften der §§ 92 a und b SGB V-E wird das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel umgesetzt, zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung in den Jahren 2016 bis 2019 einen Innovationsfonds mit einer Fördersumme von insgesamt 300 Mio. Euro jährlich einzurichten.

Dies wurde bereits von der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes als grundsätzlich sinnvoll erachtet und begrüßt. Der Deutsche Ärztetag, die Landesärztekammern sowie die Bundesärztekammer fordern den Ausbau der Versorgungsforschung seit Jahren und haben nicht zuletzt durch ihre Initiative zur Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag zur Förderung dieses Forschungszweiges geleistet. Die Ärztekammern sind die einzige sektorenübergreifende Interessenvertretung aller Ärzte in Deutschland. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf ihre langjährige Expertise im Bereich Versorgungsforschung ist zu fordern, dass der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern die Möglichkeit zur Antragseinreichung eingeräumt wird.

Gemäß der Regelungen des § 92 SGB V-E sollen jedoch ausschließlich universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen, Krankenkassen und ihre Verbände, Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen und Patientenorganisationen nach § 140f SGB V-E sowie – im Vergleich zum Referentenentwurf neu im Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen – nun auch pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten antragsberechtigt sein. Angesichts der von den Ärztekammern bereits in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhobenen Forderung bleibt unverständlich, warum pharmazeutische Unternehmer und Hersteller von Medizinprodukten als Antragsberechtigte neu aufgenommen wurden, während die

Ärztékammern weiterhin nicht berechtigt sein sollen, eine Förderung aus diesem Innovationsfonds zu beantragen. Blicke es bei dieser Regelung, würde die Perspektive der Ärzteschaft somit nicht gesamtheitlich und sektorenübergreifend, sondern ausschließlich durch die jeweiligen antragberechtigten Subgruppen und deren Partikularinteressen vertreten werden. Nur durch eine Öffnung des Antragsverfahrens für eine Förderung durch den Innovationsfonds auch für die Ärztekammern können die Impulse und Perspektiven aller Ärzte in Deutschland sowohl in der Versorgungsforschung wie auch in der Entwicklung neuer sektorenübergreifender Versorgungsformen Berücksichtigung finden.

Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich die im Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Einrichtung eines Expertenbeirats, durch den wissenschaftlicher und versorgungspraktischer Sachverstand in das Beratungsverfahren des Innovationsausschusses eingebracht und eine unabhängige Begutachtung und Bewertung der Fördervorhaben gewährleistet werden soll. Die Bundesärztekammer fordert jedoch ausdrücklich eine Berücksichtigung der Empfehlungen dieses Gremiums durch den Innovationsausschuss; die im Regierungsentwurf vorgesehene Einbeziehung erscheint zur Vermeidung von möglichen wissenschaftlichen und/oder strukturellen Fehlentwicklungen nicht ausreichend.

Der Arbeitskreis Versorgungsforschung der Bundesärztekammer, der im Rahmen der Initiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer eingerichtet wurde, begutachtet und bewertet seit vielen Jahren Fördervorhaben im Bereich Versorgungsforschung und ist insofern mit den für den Expertenbeirat vorgesehenen Aufgaben vertraut. Angesichts dessen ist die Bundesärztekammer gern bereit, die innerhalb dieses Arbeitskreises erworbenen Fachkenntnisse im Bereich der Bewertung und Förderung von Versorgungsforschung in dieses Expertengremium einzubringen.

8. Zulassungsbeschränkungen

Zu Nummer 44: § 103

Die vorgesehenen Regelungen zum Zwangseinzug von Vertragsarztsitzen können weder den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen wesentlich und nachhaltig kompensieren noch den ärztlichen Nachwuchs zur Niederlassung motivieren. Zudem bleibt das räumliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten unberücksichtigt. Studien belegen, dass Ärzte in städtischen Mittel- und Oberzentren oft in bedeutendem

Maße Patienten aus den umliegenden Landkreisen mitversorgen. Überdies wird der Ärztemangel in unterversorgten Gebieten durch den Abbau von Arztsitzen in bedarfsplanerisch überversorgten Gebieten nicht behoben. Dies betrifft insbesondere die fachärztliche Versorgung.

Nach dem Gesundheitsreport 2014 des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen stammen beispielsweise in Darmstadt über die Hälfte der Facharztpatienten (58,2%) aus der Umgebung. In Frankfurt erbringen Fachärzte fast ein Drittel (31,8%) ihrer Leistungen für Patienten aus dem Umland. Ähnliche Ergebnisse liefern Untersuchungen für andere Regionen. Wenn Arztsitze wegen rechnerischer Überversorgung zwangsweise abgebaut werden, gefährdet dies die Mitversorgung von Berufspendlern und mobilen Bürgern aus ländlichen Regionen.

Auch die im Vergleich zum Referentenentwurf nunmehr vorgesehenen weiteren Ausnahmetatbestände für die entsprechenden Entscheidungen der Zulassungsausschüsse im Hinblick auf Versorgungserfordernisse entkräften die Kritik der Bundesärztekammer an dieser gesetzlichen Vorschrift nicht.

9. Medizinische Behandlungszentren

Zu Nummer 55: § 119c

Mit der Regelung in § 119c SGB V-E wird eine neue Versorgungsmöglichkeit von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in medizinischen Behandlungszentren eingeführt. Diese neue Versorgungsform stellt einen begrüßenswerten Beitrag zur weiteren Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der daraus abgeleiteten nationalen gesetzlichen Vorschriften dar.

10. Haftungsbefreiung freiberuflich tätiger Hebammen

Zu Nummer 61: § 134a

Nach der geänderten Vorschrift des § 134a SGB V kann ein Ersatzanspruch nach § 116 Abs. 1 SGB X (Ansprüche gegen Schadensersatzpflichtige) aufgrund von Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe von Kranken- und Pflegekassen gegenüber

freiberuflich tätigen Hebammen nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Schaden wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.

Die vorgesehene Haftungsbefreiung ist eine Sonderhaftungsregelung für freiberuflich tätige Hebammen. Die in der Geburtshilfe tätigen Belegärzte und Kliniken mit Geburtsabteilung bleiben bisher unberücksichtigt. Hier muss zwingend eine vergleichbare Regelung greifen.

Anstelle der vorgesehenen Sonderregelung für Hebammen wird eine Absicherung des Haftungsrisikos „Geburtsschaden“ für alle in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen durch Einrichtung eines Staatshaftungsfonds vorgeschlagen, über den Geburtsschäden in Analogie zum sog. „Impfschadenmodell“ reguliert werden könnten.

11. Medizinprodukte: Nutzenbewertung der Untersuchungs- oder Behandlungsmethode

Zu Nummer 66: § 137h

Der Ansatz, der Anwendung von Medizinprodukten hoher Risikoklassen im Zusammenhang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verstärkte methodisch-wissenschaftliche Aufmerksamkeit zu widmen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die vorgesehene Einführung einer frühen Nutzenbewertung durch den G-BA ist dabei nicht auf die Medizinprodukte selbst, sondern auf die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, in deren Zusammenhang sie verwendet werden sollen, ausgerichtet. Ob die Nutzenbewertung einer solchen Methode tatsächlich vollständig von einer – zumindest impliziten – Nutzenbewertung des verwendeten Medizinprodukts zu trennen ist, wird der G-BA bei der Umsetzung des Verfahrens zu beachten haben. Absehbar anspruchsvoll dürfte dabei die für den G-BA handlungsleitende Eingrenzung sein, was unter „neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzepten“ zu verstehen ist. Vor diesem Hintergrund ist der im Regierungsentwurf mit § 137h Abs. 2 SGB V-E vorgenommene Präziserungsansatz sinnvoll.

Zu Artikel 9: Änderung des Krankenpflegegesetzes

Aus- und Fortbildungscurricula für Gesundheitsfachberufe durch den G-BA

Zu den Nummern 1 und 2: § 4

Mit den hier vorgesehenen Änderungen des § 4 des Krankenpflegegesetzes wird zum einen dem G-BA die Möglichkeit eröffnet, für Tätigkeiten, die er in der Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V festgelegt hat, standardisierte Module für die zusätzliche Ausbildung zu entwickeln, welche vom Bundesministerium für Gesundheit ohne ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V genehmigt werden können. Zum anderen sollen Qualifizierungsmaßnahmen für diese Tätigkeiten zukünftig auch als Fortbildung bereits Berufstätiger durchgeführt werden können. Diese von der Bundesärztekammer ausdrücklich abgelehnte Erweiterung der rechtlichen, organisatorischen und zeitlichen Vorgaben der Richtlinie des G-BA für Modellvorhaben stellt eine sehr weitgehende Öffnung der Umsetzungsmöglichkeiten dar. Die Bundesärztekammer lehnt diese Ausweitung der Zuständigkeit des G-BA für Aus- und Fortbildungscurricula für Gesundheitsfachberufe – unabhängig von dem ihr nun im Regierungsentwurf hierzu eingeräumten Stellungnahmerecht – strikt ab.

Zu Artikel 10: Änderung des Altenpflegegesetzes

Aus- und Fortbildungscurricula für Gesundheitsfachberufe durch den G-BA

Zu den Nummern 1 und 2: § 4

Hier gilt gleiches wie zu Artikel 9.

Weiterer Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer zu § 136a SGB: Leistungsbezogene Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten (§ 136a SGB V): Novellierungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die mit dem am 9. April 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz in das Sozialgesetzbuch V aufgenommene Vorschrift des § 136a SGB V hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft verpflichtet, in ihrem Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens zum 30. April 2013 im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, welche auf finanzielle Anreize bei Einzelleistungen abstellen, ausgeschlossen sind. Solche im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer erarbeitete Empfehlungen konnten nach Zustimmung durch den Vorstand der Bundesärztekammer fristgerecht bis Ende 2013 vereinbart werden.

Diese gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 136a SGB V stellen klar, dass Chefarzte in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalles unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen sind sowie finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden dürfen, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern. Demgegenüber sind Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefarzten mit ökonomischen Inhalten nach diesen Empfehlungen grundsätzlich dann legitim, wenn diese im Einklang mit den berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 MBO) abgeschlossen werden. Damit wird klargestellt, dass die Zulässigkeit von Zielvereinbarungen mit ökonomischen Inhalten an den jeweils gültigen berufsrechtlichen Vorgaben zu messen ist. Die Empfehlungen stellen darüber hinaus klar, dass nur solche Ziele vereinbart werden dürfen, deren Erreichung durch den Chefarzt selbst maßgeblich beeinflussbar sind.

Auch als Ausfüllung der Empfehlungen gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen haben die Bundesärztekammer und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands ihre schon zuvor konstituierte Gemeinsame Koordinierungsstelle zur Meldung und Bewertung fragwürdiger Zielvereinbarungen oder Bonusregelungen in Chefarztverträgen aufrechterhalten. Diese Koordinierungsstelle hat nach Abschluss der Empfehlungen nach § 136a SGB V seit Sommer 2013 ca. 50 bei ihr eingegangene Meldungen beraten und bewertet. Diese Bewertungen sind gemäß Beschlussfassung des Vorstandes der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt

veröffentlicht worden. Die vorgenommenen Bewertungen dieser Zielvereinbarungen haben gezeigt, dass viele Krankenhausträger weiterhin Arbeitsverträge mit Ärzten abschließen, die den Empfehlungen nach § 136a SGB V nicht gerecht werdende Anreize setzen. Zu beobachten ist ferner auch, dass Krankenhäuser zunehmend hierbei nicht auf die Erbringung einzelner Leistungen, insbesondere Operationen und Eingriffe abstellen, sondern sich an Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen hierfür orientieren, die zumindest der Intention der Vorschrift des § 136a SGB V widersprechen und damit letztlich das Gesetzesziel unterlaufen.

Die bisherige Praxis, aber auch diese Neuausrichtung im Rahmen von Zielvereinbarungen war Gegenstand eines nicht öffentlichen Expertengesprächs am 2. April 2014 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, zu welchem neben der Bundesärztekammer auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands sowie Transparency International Deutschland eingeladen waren. Im Rahmen dieses Austausches hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft – Forderungen von Ärzteschaft und Politik entsprechend – zugesagt, die Empfehlungen gemäß § 136a SGB V zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer zeitnah zu überarbeiten und dabei "nachzuschärfen", um ökonomisch orientierte Fehlanreize zukünftig sicher auszuschließen.

In einer Verhandlungsrunde am 14. Juli 2014 haben daraufhin die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer unter Mitwirkung des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands aus ihrer jeweiligen Sicht erforderliche Ergänzungen und Änderungen zu den Empfehlungen nach § 136a SGB V erörtert. Eine diese Änderungen und Ergänzungen aufgreifende Neufassung der Empfehlungen haben zwischenzeitlich der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 22. August 2014 und der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft in seiner Sitzung am 17. September 2014 beschlossen. Die Bundesärztekammer und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands erachten diese Neufassung als einen im Ergebnis akzeptablen Kompromiss zwischen den Interessen der Krankenhausträger einerseits sowie der Ärzteschaft andererseits.

Vor dem Hintergrund der neugefassten Empfehlungen hält die Bundesärztekammer – gemeinsam mit dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands – aus rechtlichen Erwägungen eine diese Änderungen und Ergänzungen der Empfehlungen aufgreifende Änderung der gesetzlichen Vorschrift des § 136a SGB V selbst als

erforderlich. Die Erweiterung der gesetzlichen Regelung auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür, wie z. B. Case-Mix-Volumina oder Summen von Bewertungsrelationen, trägt der seitherigen Entwicklung in notwendigem Maße Rechnung und stellt somit eine notwendige Voraussetzung für die vom Gesetzgeber angestrebte Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Anreizen dar.

Die Bundesärztekammer schlägt daher die folgende Änderung des § 136a SGB V vor:

Bisherige Fassung:

§ 136a SGB V

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens zum 30. April 2013 im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.

Vorgeschlagene Neufassung:

§ 136a SGB V

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens zum ... (drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen oder bei Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen hierfür abstellen, ausgeschlossen sind. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.