



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG), Drs. 19/6337

und zum

zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Thema Heilmittelversorgung, Ausschussdrucksache 19(14)51.4

Berlin, 08.01.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer bewertet den Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) - grundsätzlich als positives Signal für eine bedarfsgerechte und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung.

Sehr kritisch sieht die Ärzteschaft jedoch die deutlichen Eingriffe in die ärztliche Selbstverwaltung und die freiberuflich ärztliche Tätigkeit. Die implizierte Verknüpfung von Versorgungsengpässen mit einer vermeintlich zu geringen Arbeitszeit der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte führt aus Sicht der Ärzteschaft zu einer Beschädigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und stellt eine Missachtung der Arbeitsleistung und des Engagements der Ärzteschaft dar. Die Wurzel des Problems eingeschränkter Versorgungskapazitäten liegt nicht in einer unzureichenden Arbeitsleistung der Ärztinnen und Ärzte, sondern in einem bedrohlichen und zunehmenden Ärztemangel, für den in dem Gesetzentwurf keine Lösungen angeboten werden.

Als positiv wertet die Bundesärztekammer, dass in dem Gesetzentwurf in einem ersten Schritt wesentliche Weichen für die konsequente Umsetzung des von der Ärzteschaft geforderten Konzepts zur sektorenübergreifenden Akut- und Notfallversorgung gestellt werden. Entscheidend wird es hier sein, ob die Terminservicestellen tatsächlich von einer Service- in eine Versorgungsstruktur umgewandelt werden können. Dazu gehört auch die Entwicklung eines bundesweit einheitlichen, validierten Ersteinschätzungsinstruments, das nicht nur die medizinische Dringlichkeit, sondern auch die geeignete Versorgungsebene zu identifizieren vermag. Zudem wird es eine Herausforderung sein, in dem kurzen verfügbaren Zeitrahmen ausreichend qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu schulen, um eine sichere Versorgung von Akutpatienten über die TSS zu gewährleisten.

Als erfreulich wertet die Bundesärztekammer die Vorgabe einer extrabudgetären Vergütung erster ärztlicher Grundleistungen. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass die geplante Beschränkung der extrabudgetären Vergütung auf neue Patienten und Akutpatienten nicht zu einer Schlechterstellung chronisch kranker Patienten führt. Es bleibt zu hoffen, dass eine weitere schrittweise Entbudgetierung angestrebt wird. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass eine konsequente Entbudgetierung auch zu einer Verbesserung des Versorgungsangebotes führen wird.

Für die Umsetzung der neuen gesetzlich vorgesehenen Versorgungsstrukturen „Impfungen durch Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst“ sowie „Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte“ fehlte bislang die gesetzliche Grundlage, insbesondere die Möglichkeit zur Schaffung von Abrechnungsstellen. Dies wird nun durch Ergänzungen in § 295a SGB V vollzogen. Diese Neuregelung begrüßt die Bundesärztekammer ausdrücklich als innovativen Versorgungsweg, um die Durchimpfungsquote zu erhöhen und die präventivmedizinische Versorgung in der Bevölkerung zu stärken.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Neuregelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA), empfiehlt aber dringend, Wahlmöglichkeiten der Versicherten und die Stärkung der Patientensicherheit als wichtige Aspekte mit aufzunehmen. Die Regelungen, dass Abrechnungsdaten der Krankenkassen hinter dem Rücken der Leistungserbringer an Dritte zu unbekanntem Zweck übermittelt werden „sollen“, wird abgelehnt. Zu den Bemühungen, die Versorgung zu verbessern, sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer auch Ärzten der mobile Zugriff auf digitale Gesundheitsdaten (Notfalldaten, ePA) durch ein Zulassungsverfahren (zum Beispiel durch die gematik) ermöglicht werden.

Mit großer Sorge sieht die Bundesärztekammer das Vordringen von Kapitalinvestoren in die ambulante Versorgung. Diese Entwicklung ist in einigen Fachgebieten und Regionen bereits weit fortgeschritten. Daraus ergeben sich Risiken für die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ebenso wie für die Möglichkeit von Ärztinnen und Ärzten, sich niederzulassen oder im Angestelltenverhältnis den Arbeitgeber zu wechseln. Kritisch kann sich dieser Trend auch auf die flächendeckende Versorgung und auf die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen von wirtschaftlichen Anreizen auswirken. Deswegen begrüßt es die Bundesärztekammer, dass der Gesetzentwurf Anpassungen bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vorsieht. Allerdings werden die vorgesehenen punktuellen Neuregelungen der zunehmenden Konzernbildung nur begrenzt entgegenwirken können. Die Bundesärztekammer unterstützt die Forderungen des Bundesrates nach Regelungen, die einem kapitalgetriebenen Missbrauch von MVZ-Strukturen wirksam begegnen, indem sie den gesundheitspolitisch gewünschten Versorgungsbeitrag von MVZ klarer fassen. Dazu gehört die grundsätzliche Bindung von Krankenhaus-MVZ an einen regionalen und fachlichen Bezug ebenso wie die Möglichkeit, eine Fokussierung auf lukrative Leistungsbereiche zu verhindern und sinnvolle Vorgaben zur Größe von MVZ zu machen. Darüber hinaus müssen aus Sicht der Bundesärztekammer Fehlentwicklungen korrigiert werden, die sich aus Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen und aus mangelnder Transparenz über die finanziellen Konditionen beim Übergang von Vertragsarztsitzen ergeben können.

Die im Gesetzentwurf geforderte Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche und die verpflichtenden 5 Stunden als sogenannte „offene Sprechstunden“ lehnt die Bundesärztekammer entschieden ab. Auch wenn positiv hervorgehoben werden muss, dass zumindest ein Teil der Mehrarbeit entsprechend vergütet werden soll, konterkarieren diese Vorgaben das Prinzip der Selbstverwaltung und verkennen die wahre Ursache der eingeschränkten Versorgungskapazitäten und dadurch bedingter Wartezeiten. Die Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten ist bereits heute überdurchschnittlich hoch. Zudem führen der Strukturwandel im Gesundheitswesen mit mehr Ärztinnen und Ärzten in Anstellung, mehr Teilzeitarbeit, die striktere Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeitvorgaben sowie der demografische Wandel zu einer weiteren Arbeitsverdichtung.

Es erstaunt daher, dass in dem Gesetz keine Maßnahmen enthalten sind, die zu einer Behebung des Ärztemangels beitragen könnten. So ist der Masterplan Medizinstudium 2020 weiterhin nicht umgesetzt, zudem müssten die Zulassungsbedingungen zum Medizinstudium verbessert sowie mehr Studienplätze geschaffen werden.

2. Vorbemerkung

Im Folgenden werden unter (3.) einzelne Punkte des Gesetzentwurfes, sortiert nach der im Gesetzentwurf vorgegebenen Nummerierung und in chronologischer Reihenfolge, kommentiert. Konkrete Änderungsvorschläge sind den jeweiligen Punkten zugeordnet.

Unter (4.) wird zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Thema Heilmittelversorgung Stellung genommen.

Unter (5.) werden zusätzliche Gesetzesänderungen vorgeschlagen, die aus Sicht der Bundesärztekammer in den Entwurf des TSVG mit aufgenommen werden sollten.

3. Stellungnahme im Einzelnen

3.1 Präexpositionsprophylaxe

Zu Nummer 9 (§ 20j SGB V neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für HIV-negative Personen mit substantiellem Risiko einer HIV-Infektion soll die antiretrovirale Präexpositionsprophylaxe (PrEP) als Leistung der GKV eingeführt werden. Die Kostenübernahme soll die antiretrovirale Medikation und deren Verordnung sowie die ärztliche Beratung und die erforderlichen Begleituntersuchungen umfassen. Die Maßnahme soll vom Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aufgrund der derzeit nicht-standardisierten Nutzung der PrEP in Deutschland und den damit verbundenen Risiken sowie aufgrund des Potentials der PrEP auf Individual- und Populationsebene befürwortet die Bundesärztekammer die Aufnahme der PrEP in den Leistungskatalog der GKV.

Die Bundesärztekammer unterstützt die Maßnahme, Hochrisiko-Personen, die bislang einer Prävention nicht zugänglich sind, sowie Hochrisiko-Personen, die eine PrEP zwar durch Beschaffung der Medikation über das Internet nutzen, jedoch bislang nicht in das medizinische System eingebunden sind, durch eine Kostenübernahme der PrEP in das Gesundheitssystem zu integrieren und einer ärztlichen Betreuung, Beratung und regelmäßigen Testung zuzuführen. Dies gilt vor allem auch vor dem Hintergrund, dass jede HIV-infizierte Person zu einer Neuinfektion mehrerer weiterer Personen beitragen kann, weshalb aus Populationssicht mit allen geeigneten Maßnahmen weitere HIV-Infektionen verhindert werden sollten.

Die im Gesetzentwurf angeführte Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner, den konkreten Kreis der Anspruchsberechtigten und die zur Ausführung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zu vereinbaren und sich dabei an den aktuellen deutsch-österreichischen Leitlinien der Deutschen AIDS-Gesellschaft zu orientieren, wird begrüßt.

Vor dem Hintergrund der eingeschränkten Datenlage zu den Auswirkungen und Risiken der PrEP hält die Bundesärztekammer jedoch eine erweiterte Evaluation der PrEP für erforderlich und empfiehlt eine Ausweitung der zu erfassenden Endpunkte, um insbesondere auch die Auswirkungen auf die zu befürchtende Zunahme der Inzidenz anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen zu erfassen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In Teil B (Besonderer Teil) der Begründung zum Gesetzentwurf sollte unter „Zu Nummer 9 (§ 20j)“ der vorletzte Satz wie folgt gefasst werden:

„Die Evaluation soll **im Rahmen einer wissenschaftlichen Versorgungsforschungsstudie durchgeführt werden** und insbesondere Daten zu den HIV-Neuinfektionen, **den Neuinfektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen, der Entwicklung von Resistenzen bei HIV-positiven Personen** und die Anzahl der Verordnungen der PrEP **sowie die Risikomerkmale des betroffenen Personenkreises** erheben, um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit **und die Auswirkungen, sowie die Inanspruchnahme** der getroffenen Regelung ziehen zu können.“

3.2 Kryokonservierung

Zu Nummer 10 (§ 27a Absatz 4 (neu) SGB V – Künstliche Befruchtung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtungen soll um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen erweitert werden in Fällen, in denen eine Erkrankung oder die Behandlung einer Erkrankung mittels einer keimzellschädigenden Therapie zum Fertilitätsverlust führen könnten und eine Kryokonservierung erforderlich ist, um nach der Genesung eine Wiederherstellung der Fertilität bzw. künstliche Befruchtung ermöglichen zu können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Regelung, die Patienten mit durch eine Erkrankung oder deren Therapie bedingtem Fertilitätsverlust vorausschauend die Möglichkeit auf eigene Kinder nach überstandener Krankheit bietet.

3.3 Terminservicestellen

Zu Nummer 36 (§ 75 SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung, Absatz 1a)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Terminservicestellen (TSS) sollen zu einer neuen Servicestelle mit erweiterten Aufgaben weiterentwickelt werden. Die folgenden zusätzlichen Aufgaben und Angebote sind unter anderem vorgesehen:

- Erweiterte Erreichbarkeit der Servicestellen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117, über 24 Stunden, 7 Tage die Woche (ab dem Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats). Die TSS können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.
- Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in die medizinisch gebotene Versorgungsebene in Akutfällen auf Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auch während der Sprechstundenzeiten, rund um die Uhr. Die Vermittlung soll entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz erfolgen. Bei lebensbedrohlichen Notfällen soll der Anrufer an die 112 weitergeleitet werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer erkennt in dem hier vorgestellten Konzept einer neuen Servicestelle einen wichtigen ersten Schritt zur Umsetzung eines sektorenübergreifenden Konzepts der Notfall- und Akutversorgung. Der Gesetzentwurf greift wichtige Punkte auf, die sich in den Konzepten der Bundesärztekammer, des Marburger Bundes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Sachverständigenrates zu diesem Thema wiederfinden. Längerfristig muss das neue Konzept der Terminservicestellen in ein Gesamtkonzept zur Neustrukturierung einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung eingebettet werden.

Zu bedenken ist, dass die neuen Servicestellen eine gänzlich neue Personalstruktur erfordern, da die TSS von einer rein administrativen Tätigkeit der Terminvermittlung in eine Einrichtung der Patientenversorgung überführt werden sollen, bei der eine Einschätzung von Behandlungsdringlichkeit und geeigneter Versorgungseinrichtung vorgenommen wird. Für diese Aufgabe muss gewährleistet sein, dass innerhalb des engen Zeitrahmens ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht. Eine Differenzierung der Qualifikation von Mitarbeitern für die Notfallversorgung und für die bloße Terminservicestelle muss erhalten bleiben.

Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts ist die Entwicklung eines standardisierten, validierten Ersteinschätzungsinstruments, das insbesondere zur Identifikation potentiell lebensbedrohlicher Situationen geeignet ist, um Patientengefährdungen zu verhindern. Hier ist die Abstimmung der an der Versorgung der ambulanten Notfallpatienten beteiligten Akteure, insbesondere auch der Krankenhäuser von großer Bedeutung, um ein einheitliches Vorgehen in allen Versorgungsstrukturen zu gewährleisten.

Das neue Konzept der TSS steht und fällt mit der Inanspruchnahme durch ratsuchende Patienten. Um mit den TSS eine signifikante Verbesserung der Versorgung im Sinne einer verstärkten Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung über die TSS und eine verringerte Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser erzielen zu können, ist eine umfassende und nachhaltige Information der Bürgerinnen und Bürger zu dem neuen Konzept unerlässlich.

Gleichzeitig sollte eine Evaluation der TSS erfolgen, in der die Auswirkungen auf die Versorgung in den Praxen und auf die Praxispräsenzzeiten sowie auf die Inanspruchnahme von Akut- und Notfalleistungen bei den Vertragsärzten und der finanzielle Aufwand für die TSS erfasst werden. Ebenso sollten die Inanspruchnahme der TSS sowie die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen (Weiterleitung an die verschiedenen Versorgungsstrukturen, Fehlleitung von Patienten, Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser) evaluiert werden. Diese Evaluation sollte im Rahmen einer wissenschaftlichen Versorgungsforschungsstudie durchgeführt werden.

In den neuen Servicestellen werden Vorhaltekosten entstehen, die über die Leistungsvergütung der Krankenkassen nicht abgedeckt sind. Die erforderlichen Finanzmittel sind daher nicht nur aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch durch ergänzende Investitionen aus Steuermitteln zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügung einer neuen Nummer 36 Buchstabe a Doppelbuchstabe nn:

nn) Nach Satz 16 wird folgender Satz 17 eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Inanspruchnahme der Terminservicestelle und die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen, insbesondere in Bezug auf die Weiterleitung an die verschiedenen Versorgungseinrichtungen, die Fehlleitung von Patienten und die Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser bis Ende 2021 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.“

Zu Gliederungspunkt a) ii) bbb)

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die richtige Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ lautet (Kinder- und Jugendarzt/Kinder- und Jugendärztin).

3.4 Extrabudgetäre Vergütung

Zu Nummer 44 (§ 87a SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgende Leistungen sollen zukünftig extrabudgetär vergütet werden:

- Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
- Zuschläge nach **§ 87 Absatz 2b Satz 3** (hausärztlichen Versorgung: 1. ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale, für den Fall, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden und 2. Ein Zuschlag von in Höhe von mindestens fünf Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins beim Facharzt) **und Absatz 2c Satz 3 und 4** (fachärztliche Versorgung: 1. der gleiche Zuschlag für neue Patienten wie in der hausärztlichen Versorgung sowie 2. ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für Leistungen in der offenen Sprechstunde)
- Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen erbracht werden
- Leistungen im Behandlungsfall, bei Weiterbehandlung eines Patienten beim Facharzt nach Vermittlung durch einen Hausarzt

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt den mit der Einführung einer extrabudgetären Vergütung wichtiger grundversorgender Leistungen eingeleiteten Einstieg in eine Entbudgetierung.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hatte die Politik bereits aufgefordert, in einem ersten Schritt die extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Grundleistungen im ambulanten Bereich zu realisieren, um sukzessive zu einem entbudgetierten System mit festen sowie kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen zu kommen. Insbesondere auch die extrabudgetäre Vergütung ambulanter Notfallleistungen als Baustein eines sektorenübergreifenden Gesamtkonzeptes ist von großer Bedeutung und wird hier, wie vom Ärztetag gefordert, in einem ersten Schritt realisiert. Die Bundesärztekammer gibt jedoch zu bedenken, dass die Konzentration einer extrabudgetären Vergütung auf neue und akut erkrankte Patienten zu einer Benachteiligung chronisch Kranker führen und Fehlanreize für häufigere Arztwechsel setzen kann. Auch im Sinne einer Ausschöpfung der ärztlichen Kapazitäten sollte die Entbudgetierung auch für weitere grundversorgende Leistungen schnellstmöglich vorangetrieben werden.

3.5 Gestufte psychotherapeutische Versorgung

Zu Nummer 51 (§ 92 Absatz 6a Psychotherapie-Richtlinie)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen (einschließlich Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen

Psychotherapeuten). Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Wenngleich die Bundesärztekammer anerkennt, dass die Versorgungssituation bestimmter Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen unbefriedigend ist, stellt die vorgeschlagene Regelung, nach der Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zusätzliche Prüfung ihres Behandlungsbedarfs nicht durch ihren Arzt bzw. Psychologischen Psychotherapeuten, sondern durch eine spezielle „Steuerungspraxis“ vornehmen lassen müssen, nicht den richtigen Weg dar.

Vielmehr beschränkt die gesteuerte Zuweisung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu definierten Behandlungsformen die Patienten in ihrem Recht auf eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich verschiedener Behandlungsformen. Die Einführung einer solchen gesteuerten Zuweisung speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann zudem als Diskriminierung dieser Patientengruppe wahrgenommen werden. Die Bundesärztekammer spricht sich daher dafür aus, gezielt auf der Grundlage erster Auswertungen der Effekte der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie 2017 Lösungsideen für die Verbesserung der Versorgung von besonders hilfebedürftigen psychisch kranken Menschen zu entwickeln.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die geplanten Regelungen zur gestuften und gesteuerten psychotherapeutischen Versorgung werden abgelehnt.

3.6 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Zu Nummer 52 (§ 95 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung):

- Nach § 95 Absatz 1a können MVZ derzeit von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, von gemeinnützigen Trägern oder von Kommunen gegründet werden. Die Gründung von MVZ durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen soll auf fachbezogene MVZ beschränkt werden. Für nach dem bisher geltenden Recht zugelassene MVZ soll es einen Bestandsschutz geben.
- Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ wird beschränkt, indem der Zulassungsausschuss bei einer genehmigten Anstellung prüft, ob Bedarf für eine Nachbesetzung besteht.
- Der Zulassungsausschuss soll bei der Bewerbung eines MVZ auf einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots berücksichtigen.
- Die Gründungsvoraussetzung für ein MVZ bleibt beim Ausscheiden der originären Gründer gewahrt, wenn im MVZ angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile übernehmen.
- Es wird klargestellt, dass ein MVZ-Träger auch mehrere MVZ tragen kann.
- Anerkannte Praxisnetze dürfen in unterversorgten und in von Unterversorgung bedrohten Gebieten MVZ gründen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mit großer Sorge sieht die Bundesärztekammer das Vordringen von Kapitalinvestoren in die ambulante Versorgung. Diese Entwicklung ist in einigen Fachgebieten und Regionen bereits weit fortgeschritten. Daraus ergeben sich Risiken für die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ebenso wie für die Möglichkeit von Ärztinnen und Ärzten, sich niederzulassen oder im Angestelltenverhältnis den Arbeitgeber zu wechseln. Kritisch kann sich dieser Trend auch auf die flächendeckende Versorgung und auf die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen von wirtschaftlichen Anreizen auswirken. Deswegen begrüßt es die Bundesärztekammer, dass der Gesetzentwurf Anpassungen bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vorsieht.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 nahm zu dieser Entwicklung Stellung und hielt fest, „dass Konzerne zunehmend Arztsitze aufkaufen. Der Einstieg von Fremdkapitalgebern in die ambulante Versorgung birgt die Gefahr, dass die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in den Hintergrund treten könnten gegenüber den Renditeinteressen von Konzernen, die z. B. auch Medizinprodukte- und Arzneimittelherstellung betreiben oder ausschließlich Renditechancen suchen.“ Zunehmend würden medizinische Versorgungszentren durch den geplanten Aufkauf von Vertragsarztsitzen durch privatwirtschaftlich organisierte Konzerne gegründet. Nicht nur im Laborbereich und bei der Dialyse sei diese Tendenz zur Konzentration zu erkennen, sondern z. B. auch bei der Radiologie und in der Augenheilkunde (Beschluss Ic – 95 des 121. Deutschen Ärztetags).

Es ist positiv zu bewerten, dass der Entwurf diese Entwicklung zur Kenntnis nimmt und ihr punktuell entgegenwirkt. Die Beschränkung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen wird jedoch die mit der Renditeorientierung der Kapitalgeber verbundenen Risiken für die Versorgung nicht beseitigen und die beschriebene Entwicklung weder aufhalten noch rückgängig machen. Dies wird perspektivisch eine Rückbesinnung auf den eigentlichen Zweck von MVZ und die dazu notwendigen Strukturen erfordern: Eine Verbesserung der Versorgung von Patienten durch den Zusammenschluss von Ärzten (vor allem auch unterschiedlicher Fachrichtungen), die dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet sind.

Die Bundesärztekammer unterstützt daher ausdrücklich die Empfehlung des Bundesrates, Krankenhäuser ausschließlich dann zur Gründung eines MVZ zu berechtigen, wenn ein regionaler Bezug gegeben ist oder wenn das MVZ in einem Gebiet liegt, das von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung betroffen ist. Zudem muss das Gründungskrankenhaus nach der Feststellung im Krankenhausplan einen Versorgungsauftrag in den Fachgebieten haben, die im MVZ vertreten sein sollen. In diesen Fachgebieten muss grundsätzlich der gesamte Versorgungsauftrag des jeweiligen Fachgebietes erfüllt werden, soweit der Zulassungsausschuss keine Einschränkung zugelassen hat.

Darüber hinaus schließt die Bundesärztekammer sich den Forderungen aus dem gemeinsamen Arbeitspapier der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein („Beteiligung von Finanzinvestoren an der ambulanten ärztlichen Versorgung: Problembeschreibung und Lösungsansätze mit Blick auf das SGB V“; Gemeinsames Arbeitspapier Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein; 24. November 2018 (www.aekno.de/downloads/aekno/arbeitspapier-konzernbildung-kvno-aekno-2018-11.pdf)) an, in dem konkrete gesetzliche Regelungsvorschläge aufgeführt sind, die den kritischen Entwicklungen Einhalt gebieten und im Interesse der Patientinnen und Patienten den freiberuflichen Charakter der ambulanten Versorgung, auch in eigener Praxis, erhalten sollen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

1. Beschränkung der Gründungsberechtigung von MVZ

§ 95 Abs. 1a S. 1 wird wie folgt formuliert:

„Medizinische Versorgungszentren können von **Kommunen sowie** von zugelassenen Ärzten, zugelassenen Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 und gemeinnützigen Trägern, **die aufgrund einer Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, im Rahmen ihres durch die Zulassung oder Ermächtigung jeweils definierten Versorgungsauftrages im Einzugsbereich ihres Sitzes gegründet werden;...**“

2. Gesetzliche Ermöglichung bundesmantelvertraglicher Anstellungsgrenzen, wie sie über § 32b Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV bereits für "herkömmliche" Vertragsarztpraxen bestehen, auch für MVZ

§ 32b Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV erhält folgende Fassung:

„In den Bundesmantelverträgen sind Regelungen zu treffen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte **durch Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren** unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes **beziehungsweise zur Wahrung der Vielfalt an Versorgungsträgerangeboten in einer Versorgungsregion.**“

3. Stärkung der Zulassungsausschüsse und Begrenzung von Fehlanreizen durch den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug

Nach § 95 Abs. 3 Satz 2 ist folgender Satz einzufügen:

„**Die Teilnahme eines medizinischen Versorgungszentrums an der vertragsärztlichen Versorgung hat grundsätzlich die gesamte Breite des Versorgungsauftrages zu umfassen, soweit nicht der Zulassungsausschuss unter Berücksichtigung der Versorgung eine Einschränkung zugelassen hat.**“

In § 32b Abs. 2 Ärzte-ZV wird folgender S. 2 eingeführt:

„**Der Zulassungsausschuss kann die Genehmigung mit Auflagen verbinden, die der Einhaltung des Versorgungsangebotes der betreffenden Fachrichtung beziehungsweise zum notwendigen Umfang des Versorgungsangebotes bei einer beantragten eingeschränkten Zulassung oder Ermächtigung dienen.**“

4. Begrenzung der freien Preisbildung beim „Verkauf“ von Sitzen

In § 103 Abs. 4 SGB V wird nach Satz 8 folgender Satz angefügt:

Der ausscheidende Vertragsarzt oder sein Erbe bzw. seine Erbengemeinschaft ist verpflichtet, dem Zulassungsausschuss die zur Bewertung des Verkaufspreises notwendigen Angaben zu machen und auf Verlangen die bestehenden Vertragsunterlagen vorzulegen.

5. Gewährleistung der ärztlichen Unabhängigkeit

Nach § 95 Absatz 1a Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„**Die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte muss bei Ärzten liegen, die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte oder als angestellte Ärzte gemäß Abs. 6 Satz 4 tätig sind. Dies gilt nicht, wenn es sich um ein medizinisches Versorgungszentrum handelt, das in dem Planungsbereich liegt, in dem der Gründer seinen Sitz hat oder wenn der Landesausschuss für den Planungsbereich für die jeweilige Fachgruppe eine Unterversorgung festgestellt hat.**“

Erläuterungen zu diesen Vorschlägen sind im Einzelnen dem gemeinsamen Arbeitspapier von Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein zu entnehmen (www.aekno.de/downloads/aekno/arbeitspapier-konzernbildung-kvno-aekno-2018-11.pdf).

3.7 Zulassungsausschüsse, Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen

Zu Nummer 48 (§ 96 SGB V), Nummer 49 (§ 101 SGB V) und Nummer 50 (§ 103 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 96 Zulassungsausschüsse

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Landesbehörden ein umfassendes Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen erhalten.

§ 101 Bedarfsplanung

Der G-BA soll in der Bedarfsplanung „innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen.“

§ 103 Zulassungsbeschränkungen

Es soll eine neue Regelung für ländliche Gebiete eingeführt werden, nach der die obersten Landesbehörden auf Antrag zusätzliche Zulassungen für Niederlassungen erteilen können, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Grundsätzlich wird die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung als notwendig erachtet, da sie derzeit auf historisch gewachsenen Zahlen beruht und den realen Versorgungsbedarf nicht abbildet. Die Erkenntnis, dass die langen Wartezeiten bei den hier erwähnten Facharztgruppen auf einem Mangel dieser Arztgruppen und nicht auf einem reduzierten Sprechstundenangebot beruhen, wird als positiv bewertet. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine den tatsächlichen Bedarf deckende Versorgung eine entsprechende Finanzierung benötigt.

Die Bundesärztekammer gibt zu bedenken, dass die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung auch Vorschläge für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung entwickeln soll. Vor diesem Hintergrund erscheint es wenig sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt Einzelmaßnahmen zu ergreifen, deren Wirksamkeit und Realisierbarkeit im Gesamtkontext der zukünftigen Bedarfsplanung unklar sind.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zu den Änderungen in Nr. 55, § 103 SGB V:

Sowohl im geplanten Gesetzestext als auch in der Begründung wird der Begriff „Fachrichtung“ verwendet. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass nicht eindeutig zuzuordnen ist, welcher Adressatenkreis bzw. welche Adressatengruppe jeweils gemeint ist. Um willkürlichen Interpretationen vorzubeugen, sollte der Gesetzgeber, für den Begriff entweder eine Definition hinterlegen oder einen konkreten Bezug verankern.

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die korrekte Schreibweise „(Muster-)Weiterbildungsordnung“ (anstatt "Musterweiterbildungsordnung") lautet.

3.8 Elektronische Patientenakte

Zu Nummer 96 (§ 291a SGB V Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur)

A) Beabsichtigte Neuregelung

1. Das elektronische Patientenfach (ePF) wird mit der elektronischen Patientenakte (ePA) begrifflich zusammengeführt.
2. Vereinfachung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen (unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung – DSGVO).
3. mobiler Zugriff auf medizinische Daten der ePA auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mittels Smartphone oder Tablet.
4. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen und darüber zu informieren.
5. Die Krankenkassen erhalten das Recht, ihren Versicherten in deren ePA eigene Inhalte oder Anwendungen anzubieten, unter der Voraussetzung, dass diese die nach § 291b Abs. 1a Satz1 zugelassenen ePA nicht beeinträchtigen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu 1.) Eine begriffliche Zusammenführung von ePA und ePF kann dazu dienen, eine höhere Verständlichkeit und Akzeptanz der Anwendung seitens der Versicherten zu erreichen. Die begriffliche Zusammenführung darf jedoch nicht dazu führen, dass eingestellte Dokumente bzw. Daten ohne Kontext, Quellenangabe und Sortiermöglichkeiten nebeneinander liegen und sich möglicherweise in zentralen Punkten widersprechen. Eine Zusammenführung kann aus Sicht der Bundesärztekammer nur unter der Maßgabe erfolgen, dass für den behandelnden Arzt eine Unterscheidung von Leistungserbringer-generierten Dokumenten/Daten, von Patienten-generierten Dokumente/Daten und von Krankenkassen zur Verfügung gestellten Dokumenten/Daten auch weiterhin ermöglicht wird.

Zu 2.) Die Bundesärztekammer begrüßt die Vereinfachung der Regelungen zur Nutzung der medizinischen Anwendungen durch den Versicherten. Diese Vereinfachungen ermöglichen pragmatischere Lösungen für Patienten und Ärzte.

Zu 3.) Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufhebung des 2-Schlüssel-Prinzips für den Zugriff des Versicherten auf die Daten seiner ePatientenakte (ePA); somit wird der Versicherte in die Lage versetzt, ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf seine ePA zuzugreifen.

Dass dieses auch mittels Smartphone oder Tablet des Versicherten (mobiler Zugriff) ermöglicht werden soll, wird positiv eingeschätzt; geht jedoch mit einem deutlichen Verlust an Datensicherheit einher. Der komfortable Zugriff via Smartphone konterkariert das ursprünglich mit dem Aufbau einer Telematikinfrastruktur verbundene Ziel, Gesundheitsdaten vor dem Zugriff unberechtigter Dritte wirksam zu schützen. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, sicher- bzw. klarzustellen, dass ein Zugriff des Patienten auch auf einem höheren Sicherheitsniveau angeboten werden muss als dies mit einem Smartphone zu realisieren ist. Der Zugriff mittels eines Smartphones darf nicht alternativlos für den Versicherten sein. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass nach wie vor der Zugriff auf die ePA in einer Leistungserbringerinstitution mittels des Institutionenausweises bzw. des Heilberufsausweises und der eGK des Versicherten erfolgen wird. Ein Nebeneinander verschiedener Authentifizierungsverfahren hätte zu Beeinträchtigungen bei Interoperabilität und Kompatibilität geführt und somit die Akzeptanz, insbesondere für die tagtägliche Nutzung im ärztlichen Alltag, verringert.

Bei der Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für den Zugriff auf digitale medizinische Daten durch den Versicherten per mobiler Endgeräte sollte auch der Zugriff von Ärzten und Notfallsanitätern auf die Notfalldaten mittels geeigneter Geräte mitgedacht, erprobt und ermöglicht werden, insbesondere in mobilen Einsatzszenarien, wie z. B. im Rettungswagen oder bei einem Besuch einer Pflegeeinrichtung. Bislang können de facto in Ermangelung eines mobilen Kartenlesers keine notfallrelevanten Daten des Patienten in Notfällen eingelesen werden. Hier würde eine kontaktlose eGK (NFC) neue Möglichkeiten eröffnen, auf ein Lesegerät zu verzichten und anstelle dessen ein Smartphone (des Arztes oder des Rettungssanitäters) zu nutzen.

Darüber hinaus ermöglicht eine kontaktlose eGK im ärztlichen Alltag neben der höheren Nutzerfreundlichkeit auch die bessere Durchsetzung der Hygieneanforderungen, weil kontaktbehaftete Kartenlesegeräte sehr schlecht desinfiziert werden können und somit nicht in allen stationären oder ambulanten Bereichen eingesetzt werden können.

Zu 4.) Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet werden, ihren Versicherten eine ePA nach § 291a SGB V zur Verfügung zu stellen.

Dass Krankenkassen jedoch die einzigen Anbieter sein sollen, ist in einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesen nicht adäquat und schränkt Wahlrechte des Versicherten in einem nicht zu akzeptierendem Maße ein. Der Gesetzgeber sollte daher dem Versicherten einen Rechtsanspruch auf eine ePA gemäß § 291a SGB V gegenüber seiner Kasse garantieren. Dieser Rechtsanspruch sollte dabei die Wahlmöglichkeit für Versicherte umfassen, sich für einen ePA-Anbieter ihrer Wahl (z. B. Krankenkasse, Ärztenetz oder eines anderen Anbieters) zu entscheiden. Dieses Wahlrecht kann nur dann wirksam werden, wenn die Nutzung der Akte der Krankenkasse wie die Akte eines dritten Anbieters für den Versicherten kostenfrei ist; d. h. das Wahlrecht des Versicherten muss ökonomisch diskriminierungsfrei sein. Diese zur Wahl stehenden Angebote müssen darüber hinaus technisch und organisatorisch für die Patientinnen und Patienten diskriminierungsfrei sein, bis hin zum Datenerhalt bei einem späteren Kassenwechsel. Ziel sollte es sein, dass der Versicherte sich den Anbieter seines Vertrauens aussuchen kann und nicht die ePA seiner Krankenkasse für ihn alternativlos ist.

Zu 5.) Die Bundesärztekammer sieht diese Neuregelung kritisch. Sie bewertet die Neuregelung als Bestandsschutz der Anbieter von §-68-Akten, die bislang keinerlei relevante Verbreitung gefunden haben. Es bleibt völlig unklar, wie die Konditionierung, dass die proprietären Anwendungen die Funktionalität der ePA nicht beeinträchtigen dürfen, kontrolliert und durchgesetzt werden soll. Darüber hinaus stehen proprietäre

Anwendungen einem problemlosen Wechsel des Aktenanbieters bei einem Kassenwechsel entgegen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer plädiert für eine Deklaration der eingestellten Dokumente/Daten nach ihrer Herkunft.

Krankenkassen sollten verpflichtet werden, zukünftig nur noch NFC-fähige eGK's herauszugeben. Der Einsatz der eGK als grundlegendes Authentifizierungsinstrument bei mobilen Zugriffen sollte ermöglicht werden.

Der Versicherte muss Anspruch auf ein technisch und insbesondere ökonomisch diskriminierungsfreies Wahlrecht seines Aktenanbieters als Leistung der GKV haben.

3.9 Elektronische Patientenakte

Zu Nummer 97 (§ 291b SGB V Gesellschaft für Telematik)

A) Beabsichtigte Neuregelung

- Folgeregelung zu § 291a: die Gesellschaft für Telematik hat Voraussetzungen für mobilen Zugriff auf ePA zu schaffen (im Benehmen mit BSI)
- Gematik: die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit über Störungen mit beträchtlichen Auswirkungen auf Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematik-Infrastruktur und über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Folgeregelung zu § 291a SGB V, dass die gematik die Voraussetzungen für den mobilen Zugriff auf ePA durch Versicherte zu schaffen hat, ist notwendig, jedoch nicht hinreichend. Ebenso müssen mobile Zugriffsmöglichkeiten durch Leistungserbringer in einem geordneten Zulassungsverfahren zum Beispiel durch die gematik geschaffen werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer fordert den Gesetzgeber auf, eine analoge Beauftragung der gematik hinsichtlich der Schaffung der Voraussetzungen für den mobilen Zugriff auf Daten der eGK (z. B. Notfalldaten, ePA) durch Ärzte aufzunehmen. Ärzte und Rettungsassistenten werden in Ermangelung einsatzfähiger mobiler Kartenlesegeräte in naher Zukunft mit ihren NFC-fähigen Heilberufsausweisen und ihren Smartphones oder Tablets auf digitale Daten ihrer Patienten zugreifen. Notwendig ist daher ein in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) festgelegtes Zulassungsverfahren.

3.10 Allgemeine Impfungen durch Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

Zu Nummer 100 (§ 295a SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Förderung von Schutzimpfungen durch Betriebsärzte nach § 132e durch Ermöglichung der Vertragsabrechnung über Abrechnungsstellen nach § 295a (wie Hausarzt- und Selektivverträge nach §§ 73b und 140a) auf Grundlage des Präventionsgesetzes.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

§ 132e SGB V (Impfen durch Betriebsärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst)

§ 132e SGB V besagt, dass präventiv tätige Ärztinnen und Ärzte, wie Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, zusätzlich zu den Hausärzten, allgemeine Schutzimpfungen auf Kosten der GKV durchführen können. Für die Umsetzung dieser neuen Versorgungsstruktur „Impfungen durch Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst“ fehlte bislang die gesetzliche Grundlage, insbesondere die Möglichkeit zur Schaffung von Abrechnungsstellen.

Diese Neuregelung in § 295a begrüßt die Bundesärztekammer nachdrücklich als innovativen Versorgungsweg, um die Durchimpfungsquote in der Bevölkerung zu erhöhen.

Die Bundesärztekammer weist ferner darauf hin, dass § 20i SGB V auch die Abrechnungsmodalitäten der Kassen mit den Ländern und Behörden im Hinblick auf Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz regelt. Klarstellend wäre im Hinblick auf weitere Verträge zu Impfungen ein Hinweis in § 20i SGB V auf § 132e SGB V erforderlich (siehe C Änderungsvorschlag).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zu § 132e SGB V

Die Bundesärztekammer schlägt in Bezug auf Nummer 100 des Entwurfs die Ergänzung in § 20i vor:

§ 20i SGB V wird wie folgt geändert:

Am Ende des Absatzes 3 wird der Satz „**Verträge nach § 132e bleiben unberührt.**“ eingefügt.

3.11 Elektronische Patientenakte

Zu Nummer 102 (§ 305 SGB V – Auskünfte an Versicherte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sozialdatenschutz (z. B. bei der ePA): Befugnis zur Übermittlung von Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Krankenkassen in seine ePA oder an von ihm benannte Dritte auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten. Eine Information an die Leistungserbringer, dass der Versicherte für eine Übertragung der Daten in seine Akte oder Dritte entschieden hat, ist nicht zulässig.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgeschlagene Regelung ab.

Die vorgeschlagene Regelung entspricht der Überführung der bisherigen analogen „Patientenquittung“ in die digitale Welt. Seit Jahren besteht bereits ein Anspruch der Versicherten, dass ihm seine Krankenkasse mitteilt, welche medizinischen Leistungen er in der zurückliegenden Zeit in Anspruch genommen hat. Die Neuregelung des Referentenwurfs hat das Ziel, dass diese Daten nicht nur dem Versicherten direkt sondern auch dem Betreiber seiner ePatientenakte übermittelt werden können. Sollte eine digitale Verfügbarmachung dieser Daten in der ePA des Patienten damit zu einer weiteren Grundlage ärztlichen Handelns werden, ist dies aus Sicht der Bundesärztekammer mit Nachteilen für die Versorgung verbunden.

Den Krankenkassen liegen Daten aus dem Abrechnungskontext im ambulanten und stationären Bereich vor. Abrechnungsdaten spiegeln primär erbrachte Leistungen wider; geben aber nur einen unzureichenden Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten.

Die Aufnahme solcher unzureichender Daten in eine ePA stellt eine potentielle Fehlerquelle für die ärztliche Weiterbehandlung und somit eine Patientengefährdung dar.

Weiterhin ist anzuführen, dass die Abrechnungsdaten erst mit einer zeitlichen Verzögerung, zum Beispiel durch die KVen, den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden können, um diese dann in die ePA des Versicherten zu überführen. Im Bereich der ambulanten Versorgung vergehen i. d. R. drei Quartale, im Arznei-, Hilfs- und Heilmittelbereich ein Quartal, bis Abrechnungsdaten bei den Kostenträgern zur Verfügung stehen. Eine adäquate aktuelle Versorgungsunterstützung ist mit diesem zeitlichen Verzug nicht zu erreichen.

Grundsätzlich mahnt die Bundesärztekammer an, dass nicht die Quantität digitaler Patientendaten für eine Verbesserung der Versorgung ausschlaggebend ist, sondern deren Qualität und Validität. Für die medizinische Behandlung nicht relevante, nicht aktuelle oder irreführende Daten in einer ePA sind ein Risiko für die Akzeptanz der ePA bei Ärzten und Patienten. Dass der Gesetzgeber ausdrücklich eine Information der Leistungserbringer unterbindet, trägt nicht zur Verbesserung positiver Rahmenbedingungen für ein vertrauensvolles Patient-Arzt-Verhältnis bei.

Dass die im Abrechnungskontext angefallenen Sozialdaten auch für unbekannte Zwecke Dritter genutzt werden können, wird seitens der Bundesärztekammer abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die Regelung zu streichen.

3.12 Änderung des Transfusionsgesetzes

Zu Artikel 13, Nummer 2, Buchstabe a (§ 18 TFG-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung der Formulierungen zu den Richtlinienkompetenzen der Bundesärztekammer an entsprechende Formulierungen in § 12a Abs.1 TFG sowie § 16 Abs. 2 TPG und § 16b Abs. 1 TPG.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Den redaktionellen Anpassungen wird zugestimmt, weil sie die langjährig geübte und bewährte Praxis der angemessenen Beteiligung von Sachverständigen bei der Erarbeitung der Hämotherapierichtlinien zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der

Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik abbilden und die rechtlichen Regelungen zur Richtlinienerstellung durch die Bundesärztekammer in diesem Schritt vereinheitlichen.

Zu bedauern ist, dass andere inkongruente, die Richtlinienerstellung durch die Bundesärztekammer betreffende Regelungen im TFG und TPG nicht im Zuge dieses Gesetzgebungsverfahrens ebenfalls harmonisiert werden sollen.

3.13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: Sprechstunden

Zu Artikel 15 (§ 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten sollen von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht werden. Hausbesuchszeiten sollen auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet werden.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z. B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten. Offene Sprechstunden sollen unter bestimmten Voraussetzungen extrabudgetär vergütet werden und insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung erleichtern. Nicht in die Regelung zu offenen Sprechstunden einbezogen sind Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte.

Die Ärzte sind verpflichtet, zusätzlich zu den offenen Sprechstunden mindestens weitere 20 Stunden Sprechzeiten anzubieten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mindestsprechstundenzeiten

Die Bundesärztekammer lehnt eine Erhöhung sowie die Festlegung von Mindestsprechstundenzeiten durch den Gesetzgeber entschieden ab. Die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten konterkariert das Prinzip der Selbstverwaltung und verkennt die Tatsache, dass die durchschnittlichen Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte in Deutschland bereits deutlich über dem geforderten Niveau liegen und die Wochenarbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte die durchschnittlichen Arbeitszeiten in Deutschland übersteigen.

(https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_13-2018_OEfnungs-und_Betriebszeiten.pdf)

(http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Haus_u_Fachaerzte.pdf)

Die Festlegung von Mindestsprechstundenzeiten gehört in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung. Wenn eine solche Regelung notwendig sein sollte, muss sie flexibel genug sein, um Besonderheiten in der Versorgung berücksichtigen zu können. Eine Ausweitung der Sprechstundenzeiten müsste zudem entsprechend gegenfinanziert werden.

Insgesamt muss bedacht werden, dass die ärztliche Tätigkeit viele andere Aufgaben und Leistungen umfasst, so die Bereitschaftsdienste, fachspezifische Untersuchungen und Operationen, den Besuch von Fortbildungen, das Engagement in Qualitätszirkeln und Praxisnetzen, Dokumentationspflichten, Praxismanagement und die Ausbildung

medizinischer Fachangestellter und von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Die zu erwartende Zunahme des bürokratischen Aufwands zur Umsetzung dieser Regelung konterkariert zusätzlich ihre eigentliche Zielstellung ein mehr an ärztlicher Versorgung für GKV-Patienten zu schaffen.

Offene Sprechstunden

Die Einführung verpflichtender offener Sprechstunden durch den Gesetzgeber wird von der Bundesärztekammer ebenfalls ausdrücklich abgelehnt. Eine Verpflichtung, mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anzubieten, führt konsekutiv zu weniger Kapazitäten für Terminsprechstunden, was die Wartezeiten auf einen regulären Termin sogar verlängern kann. Zusätzlich kann die Maßnahme auch zu einer Verlängerung der Wartezeiten in der Praxis führen, da die Inanspruchnahme der offenen Sprechstunden nicht planbar ist.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Regelungen zur Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten und zu den offenen Sprechstunden müssen aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

4. Stellungnahme zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD zur Heilmittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht insbesondere die Einführung einer Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung vor, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hat bereits die Einführung von Modellvorhaben zur Erprobung der sogenannten Blankoverordnung als einen geeigneten Weg angesehen. Vor diesem Hintergrund wird auch bei ausgewählten Indikationen die regelhafte Übertragung einer erweiterten Versorgungsverantwortung für die Heilmittelversorgung auf die Heilmittelerbringer befürwortet. Dabei sind wie gehabt die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer muss es dem Arzt aber möglich sein, in begründeten Fällen auch bei den Indikationen, bei denen zukünftig eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist, selbst über die Art, Dauer und Frequenz der Therapie zu entscheiden. Ein entsprechender Grundsatz findet sich bisher nur in der Gesetzesbegründung; die Klarstellung in der gesetzlichen Vorschrift ist noch zu verankern.

Ferner spricht sich die Bundesärztekammer nachdrücklich dafür aus, die Ärzteschaft an der Festlegung der Indikationen, bei denen eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist, verbindlich zu beteiligen. Die vorgesehene Möglichkeit, zu einem von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erarbeiteten Vereinbarungsentwurf Stellung nehmen zu können, wird als nicht ausreichend angesehen.

5. Ergänzender Änderungsbedarf

5.1 Erstattung von Medikamenten zur Tabakentwöhnung durch die gesetzliche Krankenversicherung

Zu § 34 Absatz 1 Satz 7 und 8 SGB V

Nach § 34 Abs. 1 Satz 7 sind von der Erstattung durch die Gesetzliche Krankenversicherung auch solche Arzneimittel ausgeschlossen, „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“. Unter diese werden in Satz 8 auch solche Arzneimittel subsummiert, die der Raucherentwöhnung dienen.

A) Begründung für eine Erstattung durch die GKV

Bei einer diagnostizierten Tabakabhängigkeit nach ICD-10 - F17.2 handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Erkrankung, für die auf ihre Wirksamkeit hin geprüfte Medikamente zur Verfügung stehen. Entsprechend empfiehlt die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ in der Tabakentwöhnung auch den Einsatz entsprechender Medikamente (AWMF-Register Nr. 076-006 - Stand: 09.02.2015 - Kapitel 4.4.3.: Schlüsselempfehlungen).

Ein Großteil der Raucher erfüllt die Kriterien einer Tabakabhängigkeit im Sinne der Diagnose F17.2 ICD 10. Durch eine medikamentös begleitete Entwöhnung können die Entstehung tabakbedingter Folgeerkrankungen wie insbesondere chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Bronchialkarzinome und Koronare Herzerkrankungen (KHK) frühzeitig verhindert und deren Behandlung wirksam begleitet werden.

B) Ergänzungsvorschlag

In §34 Abs. 1 Satz 8 ist folgende Passage zu streichen.

„Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, ~~zur Raucherentwöhnung~~, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.“

5.2 Harmonisierung von Arzneimittelinformationen

A) Begründung

Die Anwendung eMedikationsplan/AMTS soll zu einer Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit führen. Die hierzu notwendigen Informationen über Arzneimittel stammen aus Arzneimitteldatenbanken. Diese Arzneimitteldatenbanken werden privatwirtschaftlich angeboten, obwohl die Informationen zum Teil auch schon bei der Zulassung von Arzneimitteln von den Bundesoberbehörden erhoben werden. Da es unterschiedliche Anbieter am Markt gibt, liegen die Arzneimittelinformationen nicht einheitlich und in unterschiedlicher Qualität vor. Dies führt zu einer Gefährdung der Patientensicherheit.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit Informationen zu Arzneimitteln von pharmazeutischen Herstellern, den Bundesoberbehörden und von den Datenbankanbietern einheitlich angeboten und gepflegt

werden. Dies betrifft insbesondere einen einheitlichen Wirkstoffnamen, eine einheitliche Definition zur Wirkstärkenangabe und eine eindeutige Wirkstoffnummer für die Wirkstoffverordnung.

5.3 Gesetzliche Grundlage für eine „vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit“ („Teilarbeitsunfähigkeit“)

A) Ergänzungsvorschlag

Es sollte eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, um eine „vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit“ („Teilarbeitsunfähigkeit“) bei entsprechenden Grunderkrankungen, wie eine endogene Depression möglich zu machen. Dies erfordert auch gesetzliche Regelungen zur Teilentgeltfortzahlung und zum Anspruch auf einen krankheitsbedingten Teilzeitarbeitsplatz.

B) Begründung

Speziell bei psychischen Störungen, insbesondere den Depressionen, gibt es wiederholt das Problem, dass eine Krankschreibung (Arbeitsunfähigkeit = AU) eher zu einer Verstärkung der Symptomatik führt und bezüglich der Heilung kontraproduktiv ist. Oft kommt auch die Angst um den Arbeitsplatz dazu.

Dem kann mit einer neu geschaffenen „vorübergehenden Arbeitsminderung“ begegnet werden. Tagesstruktur und sozialer Kontakt bleiben erhalten, ebenso fehlt die Abwesenheit vom Arbeitsplatz.

Auch in anderen Fachgebieten sind Situationen häufig, in denen bereits zu Beginn der Behandlung statt einer Krankschreibung eine vorübergehende reduzierte Arbeitszeit sinnvoll ist.

In Skandinavien wird das Modell der Teilarbeitsunfähigkeit bereits seit Jahren sehr erfolgreich angewandt. In einem Gutachten dazu kommt das IGES zu dem Ergebnis: „Vor dem Hintergrund der geschilderten positiven Erfahrungen der vier nordeuropäischen Länder empfiehlt sich auch für Deutschland bzw. die GKV ein grundlegender Perspektivwechsel, weg von der Arbeitsunfähigkeit als Entweder-Oder-Entscheidung, hin zur Konzentration auf die verbliebene Arbeitsfähigkeit“ (IGES, Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld – Erfahrungen skandinavischer Länder und deren mögliche Übertragbarkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, 2018, Seite 159f.: https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e22767/e22769/e22771/attr_objs23192/IGES_Teilkrankengeld_012018_ger.pdf).

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl bereits 2015: „Vergleichbar [zu Schweden] sollte es auch in Deutschland ermöglicht werden, die im Rahmen einer Krankschreibung festgestellte Arbeitsunfähigkeit prozentual zu differenzieren“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten, Sondergutachten 2015, Empfehlung 1, Seite 243, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/SVR_Sondergutachten_2015_Krankengeld_Druckfassung.pdf)