



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)311(21)
gel VB zur öffentl Anh am
13.04.2021 - GVWG
08.04.2021

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
(BT-Drucksache 19/26822 vom 19.02.2021)

und

den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf
eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
(Ausschussdrucksache 19(14)310 vom 19.03.2021)

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 12.04.2021

Berlin, 08.04.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2.	Stellungnahme im Einzelnen.....	5
	Zweitmeinungsverfahren.....	5
	Zu Artikel 1, Nr. 8: § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V.....	5
	Förderung der Koordination in der Hospiz- und Palliativnetzwerken.....	6
	Zu Artikel 1, Nr. 13: § 39d SGB V.....	6
	Gemeinsamer Bundesausschuss.....	7
	Zu Artikel 1, Nr. 27: § 91 Absatz 5 Satz 2 SGB V.....	7
	Vertragsärztliche Pflicht zum Unterhalt einer Berufshaftpflichtversicherung.....	7
	Artikel 1, Nr. 26: § 95e SGB V-E.....	7
	Qualitätsverträge.....	10
	Zu Artikel 1, Nr. 31: § 110a SGB V.....	10
	Standardisierte Ersteinschätzung.....	11
	Zu Artikel 1, Nr. 33: § 120 Absatz 3b SGB V.....	11
	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	13
	Zu Artikel 1, Nr. 40: § 136a SGB V.....	13
	Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	15
	Zu Artikel 1, Nr. 41: § 136b SGB V.....	15
	Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	16
	Zu Artikel 1, Nr. 42: § 137 Absatz 2 SGB V.....	16
	Pflegepersonalquotienten.....	17
	Zu Artikel 1, Nr. 49: § 137j SGB V.....	17
	Meldung der Personalausstattung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.....	18
	Zu Artikel 5, Nr. 3: § 17d Absatz 9 KHG.....	18
	Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen und Vereinbarung auf Bundesebene.....	19
	Zu Artikel 6, Nrn. 2 und 4: § 5 Absatz 3b und § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG.....	19
3.	Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD.....	20
	Änderungsantrag 3: Modellvorhaben Genomsequenzierung.....	20
	Zu Artikel 1, Nr. 18a - neu -, 68: §§ 64d, 295 SGB V.....	20
	Zu Artikel 15a, neu: § 3 der Datentransparenzverordnung.....	20

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs

Zu den erklärten Zielen des Gesetzentwurfs zählt die Steigerung von Qualität und Transparenz in der Versorgung. Hierzu werden verschiedene Maßnahmen vorgesehen bzw. bereits bestehende Maßnahmen modifiziert, deren Ursprünge zumindest teilweise auf das zum 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) zurückgehen.

Letzteres gilt etwa für die Möglichkeit der Erprobung von Qualitätsverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Die bisherige Resonanz auf diese Option war eher verhalten, weshalb die Anzahl von Qualitätsverträgen durch verbindlichere Vorgaben für die Krankenkassen gesteigert werden soll. Die gleichfalls mit dem KHSKG eingeführte Regelung zur Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen soll hingegen ersatzlos gestrichen werden. Die mit dem KHSKG eingeleitete Erhöhung des Verbindlichkeitsgrads von Mindestmengen für die Krankenhäuser und deren Durchsetzungsmöglichkeiten für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sollen hingegen weiter vorangetrieben werden. Auch der gesetzliche Anspruch der Versicherten auf eine ärztliche Zweitmeinung soll durch neue Vorgaben der jährlich vom G-BA zu verabschiedenden Leistungen stetig ausgeweitet werden.

Den Stichworten „Qualität“ und „Transparenz“ ist auch ein Konzept zur Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche – zusätzlich zu den bereits seit langem existierenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser und dem noch im Aufbau befindlichen Qualitätsportal des G-BA – zuzurechnen. Das Besondere dabei ist unter anderem die Ausdehnung der vergleichenden Darstellungen auf den vertragsärztlichen Sektor.

Ebenfalls noch unter Qualitätssicherung zu subsummieren ist eine geplante Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zugunsten einer Anpassung der Maßnahmen, die der Förderung von klinischen Sektionen dienen sollen. Hier sollen die auf Bundesebene vertraglich festgelegten Rahmenbedingungen, die bisher das Ziel der Förderung von klinischen Sektionen klar verfehlt haben, korrigiert werden.

Die Bundesärztekammer bewertet die Änderung der Maßnahmen zur Förderung von **klinischen Sektionen** positiv. Gleiches gilt für die **Streichung der Regelungen für Qualitätszu- und -abschläge**, denen es stets an tragfähiger Evidenz gemangelt hatte.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer hingegen die Ausweitung und Verschärfung der **Mindestmengenregelung**, insbesondere wenn dies unter den Schlagworten „Qualität“ und „Transparenz“ geschieht und Mindestmengen nicht als ordnungspolitische Setzungen eingeordnet werden. Sinnvoller als Mindestmengen sind aus Sicht der Bundesärztekammer Vorgaben zur Strukturqualität auf wissenschaftlicher Grundlage, weil diese ohne aufwändige Bürokratie umgesetzt und nachgewiesen werden können. Zugleich führen wissenschaftlich begründete Vorgaben zur Strukturqualität zur Verbesserung der Ergebnisqualität der betroffenen Bereiche und bieten valide, transparente und rechtssichere Kriterien für die Teilnahme an der (Krankenhaus-)Versorgung.

Kritikwürdig ist aber insbesondere die in dieser Form neue Argumentationskette im Zusammenhang mit den geplanten Regelungen zur Information der Öffentlichkeit über die Erfüllung von Qualitätskriterien durch **einrichtungsbezogene Vergleiche**. Diese lautet sinngemäß, dass vergleichende Veröffentlichungen quasi automatisch zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung führten und dass die Informationsfreiheit und das Recht auf körperliche Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten das Interesse der Krankenhäuser und Vertragsärzte hinsichtlich Berufsfreiheit, informationeller Selbstbestimmung und Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen überwögen. Die Rechte und Belange der Ärzte, medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser etc. werden an einer Stelle der Begründung gar als „Erwerbsinteressen“ zusammengefasst und plakativ

den „schützenswerten Interessen der Patientinnen und Patienten auf körperliche Unversehrtheit“ gegenübergestellt.

Abgesehen von solchen Vereinfachungen, die einer ausgewogenen Interessenabwägung entgegenstehen und massivsten sozialrechtlichen Eingriffen in die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten Tür und Tor öffnen, bestehen erhebliche Zweifel am methodischen Fundament der beabsichtigten Vergleiche. Mit der Ausdehnung der Vergleiche auf den vertragsärztlichen Bereich wird sich zudem das Potenzial methodischen Scheiterns, wie man es zuletzt am Versuch der Verwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für einige wenige Krankenhausleistungen beobachten konnte, potenzieren. Völlig außer Acht gelassen wird zudem, dass nur ein auf Vertrauen basierendes Patienten-Arzt-Verhältnis die Basis für eine erfolgreiche Behandlung ist. Wenn Grundannahmen im Gesetzentwurf dies negieren bzw. in Frage stellen, sind Übergriffe und Eingriffe in dieses Vertrauensverhältnis die Folge. Hier droht dann eine weitere Erosion der Patientenrechte, statt diese zu stärken. Dabei wären doch zunächst die Lehren aus den immer deutlicher werdenden ökonomisch oder gar kommerziell geprägten Fehlanreizen des DRG-Systems zu ziehen, durch das ebenfalls die vertrauensvolle, mit ausreichend Zuwendungszeit ausgestattete Patienten-Arzt-Beziehung systematisch vernachlässigt wird.

Entgegen vielfacher Ankündigungen hat der Gesetzgeber in der laufenden Wahlperiode keine grundlegende Reform der Notfallversorgung umgesetzt. Mit dem diesem Gesetzentwurf wird versucht, als dringlich empfundene Regelungslücken in der **sektorübergreifenden Zusammenarbeit** bei der Versorgung ambulanter Akut- und Notfallpatienten zu schließen, ohne ein schlüssiges Gesamtkonzept für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung vorzulegen. Dafür soll als Voraussetzung für die Vergütung ambulanter Notfalleistungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser eine verpflichtende, standardisierte Ersteinschätzung eingeführt werden, für die der G-BA die Vorgaben und Qualitätsvorgaben aufstellen soll.

Der vorliegende Gesetzentwurf stellt gegenüber dem Referentenentwurf insofern eine Verbesserung dar, als dass die Erarbeitung von Vorgaben für eine qualifizierte Ersteinschätzung zur Ermittlung der geeigneten Versorgungsebene nunmehr nicht allein durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sondern im G-BA erfolgen soll. Zudem wurde hier erstmals das nicht praxis-gerechte Konzept einer ex-ante Einteilung der Patienten in ambulante und stationäre Patienten verlassen und dem Umstand Rechnung getragen, dass auch die Versorgung ambulanter Patienten in der Notaufnahme des Krankenhauses gerechtfertigt sein kann. Solange jedoch nicht grundsätzlich geklärt ist, nach welchen Regeln die sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Notfallversorgung ausgestaltet werden soll, ist eine solche Detailregelung, mit der zusätzliche Vorgaben in den Notaufnahmen der Krankenhäuser eingeführt werden sollen, abzulehnen. Die Einführung eines verbindlichen Ersteinschätzungsinstrumentes im KV-Bereich (z. B. bei Nutzung der Notfallnummer, Portalpraxen, Notdienstpraxen) ist sinnvoll, aber durch die Selbstverwaltung bereits in Realisierung. Es bedarf keiner gesetzlichen Detailregelung, vielmehr würde eine solche der unkomplizierten Weiterentwicklung und Anpassung an den medizinischen Fortschritt entgegenstehen. In den Notaufnahmen sind standardisierte und validierte Instrumente zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit etabliert und gemäß den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c SGB V auch verpflichtend. Hier bedarf es keines zusätzlichen Instrumentes, zumal vollkommen unklar bleibt, zu welchem Zeitpunkt im Verhältnis zu den anderen Verfahren diese Ersteinschätzung durchgeführt werden soll. Die vorgesehene Regelung ist aus Sicht der Bundesärztekammer daher abzulehnen.

Die Zunahme der – aus Sicht der Patienten – akuten Behandlungsbedarfe muss entsprechend ausfinanziert werden, damit – angepasst an die jeweils regional vorhandenen Ressourcen – mit den Partnern der Selbstverwaltung Versorgungslösungen entwickelt werden können. Entscheidend ist dabei, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser soweit entlastet werden, dass diese die Versorgung der schwerer erkrankten Patientinnen und Patienten, die die Strukturen in den Kliniken benötigen, sicherstellen können.

Positiv sieht die Bundesärztekammer die vorgesehene Förderung der Koordination in **Hospiz- und Palliativnetzwerken** durch die Krankenkassen. Der Gesetzentwurf greift hiermit eine im Rahmen der Nationalen Strategie der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbenden Menschen in Deutschland“ entwickelte Handlungsempfehlung auf. Bereits das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 enthält wesentliche Impulse für die Vernetzung, die Bildung regionaler Netzwerke sowie die Kooperation und Koordination in der hospizlichen und palliativen Versorgung. Allerdings plädiert die Bundesärztekammer für eine deutliche Erhöhung der maximalen Fördersumme für die Netzwerkkoordination und für die Förderung eigener Netzwerkstrukturen für Kinder und Jugendliche.

Als nicht sachgerecht angesehen wird die Aufnahme einer allgemeinen vertragsärztlichen Pflicht zum Unterhalt einer **Berufshaftpflichtversicherung**, da eine entsprechende berufsrechtliche Pflicht für alle Ärztinnen und Ärzte bereits besteht. Eine Regelung dazu sollte auf MVZ und damit auf diejenigen Fälle fokussiert werden, in denen eine Regelungslücke besteht.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zweitmeinungsverfahren

Zu Artikel 1, Nr. 8: § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem G-BA soll vorgegeben werden, ab 2022 jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe in den Besonderen Teil der Richtlinie gemäß § 27b Absatz 2 Satz 1 aufzunehmen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Bislang ist ein Mehrwert der bestehenden Zweitmeinungsregelung nach § 27b SGB V für die Versorgung nicht belegt. Die Ausweitung der bestehenden Indikationen ändert zudem nichts an dem ohnehin bestehenden Rechtsanspruch der Versicherten. Die ärztlichen Berufsordnungen sehen bereits vor, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt den begründeten Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt zuzuziehen oder an eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt überwiesen zu werden, in der Regel nicht ablehnen soll. Der erstbehandelnde Arzt ist zudem gehalten, zur Unterstützung des Patienten alle relevanten Informationen für die zweite Meinung zur Verfügung zu stellen. Einer missbräuchlichen Inanspruchnahme durch Patienten kann nicht durch gesetzliche Beschränkungen entgegengewirkt werden. Vielmehr sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Patienten-Arzt-Verhältnis schützen und die der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt für schwierige Beratungsgespräche ausreichend Zeit einräumen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Förderung der Koordination in der Hospiz- und Palliativnetzwerken

Zu Artikel 1, Nr. 13: § 39d SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken sollen Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse von höchstens 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk zahlen und sich gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken beteiligen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene finanzielle Förderung hat eine grundlegende Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und nachhaltig wirksame Hospiz- und Palliativversorgung und sollte an den jeweiligen Strukturen und regionalen Gegebenheiten ausgerichtet sein. Gerade für die im Gesetzentwurf beschriebenen Aufgaben für einen Netzwerkkoordinator ist die Fördersumme, insbesondere für größere Netzwerke, jedoch nicht auskömmlich. Nach Auffassung der Bundesärztekammer wird für die im Gesetzentwurf beschriebenen Aufgaben gerade bei größeren Netzwerken ein Netzwerkkoordinator in Vollzeit benötigt. Hinzu kommen Kosten für die Büroorganisation, entsprechende Nebenkosten und Fahrtkosten. Daher plädiert die Bundesärztekammer für eine deutliche Erhöhung der maximalen Fördersumme für die Netzwerkkoordination, selbst wenn keine Vollfinanzierung angestrebt wird. Dies würde auch die kontinuierliche Versorgung der schwer kranken und sterbenden Menschen durch die den Patienten bekannten Vertragsärztinnen und -ärzte unterstützen, indem diese von Organisations- und Verwaltungsaufgaben im Netzwerk besser entlastet würden.

Ferner spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die Koordination von Netzwerken in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen neben den allgemeinen Netzwerken zu ermöglichen - und zwar in größeren räumlichen Dimensionen als bei Erwachsenen. Es sollte daher vorgesehen werden, dass für Netzwerke, die der Versorgung von Kindern und Jugendlichen dienen, auch mehrere Kommunen/Gebietskörperschaften gemeinsam den kommunalen Förderanteil tragen.

In der von der Bundesärztekammer gemeinsam mit den beiden anderen Trägern der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, der Deutschen Gesellschaft für Palliativversorgung und dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., abgegebenen Stellungnahme zum GVWG werden diese Forderungen ausführlicher erläutert.

Die Bundesärztekammer unterstützt auch die dort dargelegte Forderung, die Einbindung einer psychosozialen Fachkraft als strukturelle Anforderung an das SAPV-Team in § 37b SGB V vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Erhöhung der in § 39d Absatz 1 Satz 4 genannten maximalen Fördersumme auf 45.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 1, Nr. 27: § 91 Absatz 5 Satz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Änderung des Verweises auf weitere Regelungen wird klargestellt, dass das Recht auf Beteiligung für Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene, also auch der Bundesärztekammer, nach § 136 Absatz 3 und § 136b Absatz 1 Satz 3 in den dort geregelten Fällen auch bei einer Berechtigung zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 bestehen bleibt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Klarstellung wird begrüßt.

Vertragsärztliche Pflicht zum Unterhalt einer Berufshaftpflichtversicherung

Artikel 1, Nr. 26: § 95e SGB V-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Regelung sollen Vertragsärzte sozialrechtlich verpflichtet werden, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Die Mindestversicherungssumme soll drei Millionen Euro pro Versicherungsfall betragen und auf das Zweifache der Mindestversicherungssumme im Jahr für alle Leistungen eines Versicherungsnehmers begrenzt werden können. Diese Pflicht soll im gleichen Umfang mit einer höheren Mindestversicherungssumme von fünf Millionen Euro für medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten gelten. Vertragsärzte sollen verpflichtet werden, das Bestehen des Versicherungsschutzes gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, der zuständige Stelle nach § 117 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) werden soll. Außerdem ist im Entwurf vorgesehen, dass die Zulassungsausschüsse den zuständigen Kammern Verstöße gegen die dort vorgesehene Verpflichtung, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern, melden.

Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme, dass diese Meldung nicht an die Kammern, sondern an die Approbationsbehörden erfolgen soll (BR-Beschlussdrucksache 12/21, S. 4).

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung sollte auf medizinische Versorgungszentren und damit auf diejenigen Fälle fokussiert werden, in denen tatsächlich eine Regelungslücke besteht. Für Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte besteht keine Regelungslücke. Alle Ärzte und damit auch Vertragsärzte sind nämlich in allen Bundesländern verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung zu unterhalten. In der weitaus überwiegenden Mehrheit der Bundesländer sind die (Landes-) Ärztekammern auch zur zuständigen Stelle nach § 117 Absatz 2 VVG bestimmt worden. Insofern ist jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt die dem Entwurf zugrundeliegende Einschätzung des Bundesrechnungshofs nicht mehr zutreffend, wonach dies „lediglich in einigen Kammerbezirken“ der Fall sei (BT-Drs. 19/1800, S. 53 Mitte).

Eine zusätzliche vertragsärztliche Verpflichtung und die damit verbundene zusätzliche Nachweispflicht würde zu einem Mehraufwand für Ärzte und Versicherungen und zu einer Doppelzuständigkeit auf Verwaltungsebene führen, die im VVG nicht angelegt ist. Denn das VVG sieht eine Nachhaftung nur vor, wenn die Beendigung des Versicherungsverhältnisses

„der hierfür zuständigen Stelle“ nicht mitgeteilt wurde. Mehrere zuständige Stellen sind nicht vorgesehen; eine Änderung des § 117 VVG sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Daher dürften die von den Bundesländern getroffenen Zuständigkeitsregelungen nach Art. 31 GG verdrängt werden.

Mit der Vorgabe des VVG, die zuständige Stelle zu bestimmen, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass das deutsche Recht eine klare Verwaltungszuständigkeit erfordert. So führt das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 07.10.2014 – 2 BvR 1641/11 aus, dass die Anforderungen des Demokratieprinzips sich insoweit mit dem Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit berühren, als dieser mit Blick auf die Verwaltungsräume von Bund und Ländern und im Interesse eines effektiven Rechtsschutzes eine klare und auf Vollständigkeit angelegte Zuordnung von Kompetenzen der handelnden Staatsorgane gebietet. Auch das Rechtsstaatsprinzip verlangt mit Blick auf die maßgebliche Sicht des Bürgers zuallererst Klarheit der Kompetenzordnung.

Die Doppelzuständigkeit wirft aber nicht nur verfassungsrechtliche Fragen auf, sondern hat auch praktische Folgen. Ob die Rechtsfolgen des § 117 Absatz 2 VVG eintreten können, wenn zwei zuständige Stellen benannt werden, ist zweifelhaft, so dass der mit der Norm beabsichtigte Schutz der Patienten in Gefahr gerät. Naheliegend ist folgendes Verständnis: Erfolgt nur eine Mitteilung gegenüber dem Zulassungsausschuss und nicht gegenüber der Kammer, könnten sich unterschiedliche Rechtswirkungen hinsichtlich GKV- und Selbstzahlerleistungen ergeben. Eine Haftung der Versicherung hinsichtlich der GKV-Leistungen würde nicht mehr bestehen, weil die Mitteilung gegenüber dem Zulassungsausschuss erfolgt ist, hinsichtlich von Privatleistungen hingegen schon, weil die Mitteilung gegenüber der durch Landesrecht bestimmten Stelle – der (Landes-) Ärztekammer – nicht erfolgt ist. Unterschiedliche Absicherungen hinsichtlich der Leistungen, je nachdem, ob es sich um GKV-Leistungen oder privatärztliche Leistungen handelt, sind nicht nachvollziehbar.

Es sollte daher bei der berufsrechtlichen Verpflichtung für Ärzte bleiben, eine Berufshaftpflichtversicherung zu unterhalten. Ergänzt werden sollte diese jedoch um eine entsprechende Verpflichtung für MVZ, die zwar ebenfalls einer Versicherungspflicht unterliegen, deren Einhaltung aber bisher nicht überprüft wird.

Was das Innehaben einer Berufshaftpflichtversicherung betrifft, bedürfen Gesundheitsdienstleister, die medizinische Behandlungen zusagen, nach den einschlägigen Bestimmungen des Landesrechts – etwa § 4 Hessisches Patientenmobilitätsgesetz, § 4 Sächsisches Patientenmobilitätsgesetz, § 7 Absatz 1 Gesundheitsfachberufegesetz NRW oder § 4 Berliner Patientenmobilitätsrichtlinienumsetzungsgesetz – einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist. Zu den Gesundheitsdienstleistern gehören nach § 2 Absatz 5 Satz 2 des Sächsischen Patientenmobilitätsgesetzes in Verbindung mit der Anlage dazu dort – fälschlich so bezeichnete – „Medizinische Versorgungseinrichtungen (§ 95 SGB V)“. Eine nach § 117 Absatz 2 VVG zuständige Stelle ist nach hiesiger Kenntnis durch die Landesgesetzgeber jedoch in keinem Bundesland bestimmt worden.

Neben der Frage, wer von § 95e SGB V erfasst werden sollte, sind auch die Regelungen zur Mindestversicherungssumme nachbesserungsbedürftig. Bei den Mindestversicherungssummen, vor allem aber die Jahresbegrenzung der Leistungsverpflichtung, müssten bei medizinischen Versorgungszentren deutlich höher angesetzt werden als für einen einzelnen Vertragsarzt. Außerdem stellt sich die Frage, ob eine einheitliche Mindestversicherungssumme für die genannten Berufsgruppen sinnvoll sein kann.

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass die Regelung – wie übrigens auch im anwaltlichen Berufsrecht – nicht eindeutig ist. Sie lässt es einerseits zu, dass eine Versicherung abgeschlossen wird, die einen Versicherungsfall im Jahr mit einer Versicherungssumme von neun Millionen Euro absichert und andererseits eine Versicherung, die drei Versicherungsfälle mit einer Versicherungssumme von jeweils drei Millionen Euro abdeckt. Es wird davon ausgegangen, dass letzteres Verständnis im Gesetzentwurf zum Ausdruck gebracht werden sollte.

Nicht sachgerecht ist es, die Beschränkungsmöglichkeit der jährlichen Leistungen einheitlich für (sehr große) medizinische Versorgungszentren und (sehr kleine) medizinische Versorgungszentren (mit zwei halben Versorgungsaufträgen) vorzusehen.

So muss beispielsweise die jährliche Obergrenze in einem MVZ mit einem Umfang von 20 Versorgungsaufträgen und entsprechendem Leistungsumfang deutlich höher sein als bei einem MVZ, in dem zwei Angestellte mit jeweils halben Versorgungsauftrag tätig sind. Auch die in § 95e Abs. 5 S. 2 SGB V vorgesehene Maßgabe, wonach der Haftpflichtversicherungsschutz für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss, hilft insofern nicht weiter. Dieser bezieht sich sprachlich nicht klar auf die Höhe des Versicherungsschutzes, sondern kann eher inhaltlich in Bezug auf die Tätigkeit verstanden werden. Auch die Begründung erläutert das nicht näher. Die Maßgabe müsste daher so formuliert werden, dass die Höhe des Versicherungsschutzes an der Anzahl und dem Umfang des Versorgungsauftrags auszurichten ist.

Sollte die Regelung nicht auf MVZ beschränkt werden, sollte die Meldung von Verstößen nicht wie vom Bundesrat gefordert allein an die Approbationsbehörden erfolgen, sondern zumindest auch an die zuständigen Kammern. Zwar kann nur die Approbationsbehörde bei (andauernden) fehlendem Versicherungsschutz das Ruhen der Approbation anordnen. Jedoch stellen diese Sachverhalte auch einen grundsätzlich sanktionswürdigen Berufsrechtsverstoß dar. Insbesondere in Fällen, in denen der Versicherungsschutz nur vorübergehend nicht bestand und dann wieder besteht, dürfte eine auf die Zukunft gerichtete Anordnung des Ruhens der Approbation ausscheiden, berufsrechtlich Sanktionen aber durchaus in Betracht kommen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Artikel 1 Nummer 26 wird wie folgt gefasst:

26. Nach § 95d wird folgender § 95e eingefügt:

„95e Haftpflichtversicherung von medizinischen Versorgungszentren

- (1) Medizinische Versorgungszentren, in denen nicht nur Vertragsärzte tätig sind, sind verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus dem Versorgungsauftrag ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.
- (2) Die Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen bei bis zu drei vollen Versorgungsaufträgen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden, wobei die Versicherung für mindestens drei Versicherungsfälle eintreten muss. Verfügt das medizinische Versorgungszentrum über bis zu sechs Versorgungsaufträge, verdoppelt sich der in Satz 2 genannte Betrag; werden mehr als sechs Versorgungsaufträge wahrgenommen, ist der erste Halbsatz entsprechend anzuwenden.

- (3) Der Träger des medizinischen Versorgungszentrums hat bei Stellung des Antrags auf Zulassung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses diesem gegenüber das Bestehen eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nachzuweisen. Er ist verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss das Nichtbestehen, die Beendigung sowie Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können, unverzüglich anzuzeigen. Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.
- (4) Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Haftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Träger des medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz auf. Kommt dieser der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich, im Falle der bevorstehenden Beendigung des Haftpflichtversicherungsschutzes nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses, nach, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz zu beschließen. Der Träger des medizinischen Versorgungszentrums ist zuvor auf die Folge des Ruhens der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs des Bescheides des Zulassungsausschusses bei dem Träger des medizinischen Versorgungszentrums, mit dem das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes festgestellt wird.
- (5) Die Zulassungsausschüsse fordern die Träger der in ihrem Zuständigkeitsbereich zugelassenen medizinischen Versorgungszentren bis zum [neun Monate nach Inkrafttreten] erstmalig dazu auf, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetzes innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen sie der Aufforderung nicht nach, gilt Absatz 4 entsprechend.“

Auch die Regelungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Artikel 13) müssten entsprechend für medizinische Versorgungszentren angepasst werden.

Qualitätsverträge

Zu Artikel 1, Nr. 31: § 110a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Anzahl der zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern abgeschlossenen Qualitätsverträge zu steigern, soll die Verbindlichkeit der gesetzlichen Vorgaben erhöht werden. Aus der Soll-Regelung wird eine Pflicht für die Krankenkassen, Qualitätsverträge zu erproben. Eine Verlängerung der Vertragslaufzeiten soll das Verhältnis zum Implementierungsaufwand und Evaluationsmöglichkeiten verbessern. Krankenkassen, die bei der Erprobung von Qualitätsverträgen kein ausreichendes Engagement zeigen, sollen die

dafür nicht aufgewendeten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abführen müssen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Realisierungsquote von Qualitätsverträgen wird gegenwärtig nicht veröffentlicht, scheint aber nach Angaben des BMG gering zu sein (gemäß Begründung „sehr wenige Qualitätsverträge“). Schon bei der Einführung der Qualitätsverträge durch das KHSG im Jahr 2016 war fraglich, inwieweit dieses Instrument das Ziel einer stärkeren Berücksichtigung von Qualität als ordnungspolitisches Kriterium im Krankenhaussektor zu unterstützen vermag (siehe Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) vom 19.06.2015). Die punktuelle Fokussierung solcher Verträge auf einzelne Leistungsbereiche bildet – wie auch schon die externe Qualitätssicherung mit ihren ausgewählten Leistungsbereichen – bei weitem nicht das Spektrum der Versorgung ab. Eine erzwungene Ausweitung von Qualitätsverträgen birgt das Risiko, dass derartige Verträge vorrangig aus finanziellen Erwägungen abgeschlossen werden. Ob tatsächlich eine Qualitätsverbesserung erreicht wird, von der Patientinnen und Patienten profitieren, wäre dann sekundär. Die selektive Förderung einzelner Leistungsbereiche birgt außerdem das weitere Risiko, dass das übrige Leistungsgeschehen vernachlässigt wird. Zudem stellt sich die Frage, ob angesichts der derzeit aufgrund der Covid-19-Pandemie extrem herausfordernden und belastenden Situation für die Krankenhäuser der mit der Erprobung der Qualitätsverträge einhergehende Aufwand tatsächlich erforderlich ist. Vor einer weiteren Ausweitung der Qualitätsverträge sollte die bereits bei Einführung geplante Evaluation der Wirksamkeit abgewartet werden. Zu warnen ist ausdrücklich vor weiteren bürokratischen Belastungen der patientenversorgenden Berufsgruppen.

Eine Verlängerung der Vertragslaufzeit bei offenbar bzw. nachweislich erfolgreich laufenden Qualitätsverträgen ist hingegen zu unterstützen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelungen nach Doppelbuchstabe aa) (Pflicht zu Qualitätsverträgen) und nach Buchstabe c) (Finanzierungsregelung für die Krankenkassen).

Standardisierte Ersteinschätzung

Zu Artikel 1, Nr. 33: § 120 Absatz 3b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Voraussetzung der Erbringung und Vergütung der ambulanten ärztlichen Notfallbehandlung der Krankenhäuser soll neu geregelt werden. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll als Abrechnungsvoraussetzung und zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit bei „Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 („Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.“) an ein Krankenhaus wenden“, eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung durchgeführt werden. Für diese Ersteinschätzung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Vorgaben und Qualitätsanforderungen aufstellen. Diese Vorgaben sollen auch das Nähere zur Qualifikation des medizinischen Personals, das die Einschätzung vornimmt, zu Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung und zum Nachweis zum

Zwecke der Abrechnung und gegenüber der Terminservicestelle (da diese Patienten für eine Terminvergabe bei einem Facharzt keine Überweisung benötigen sollen) beinhalten. Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen im Krankenhaus soll voraussetzen, dass bei der Ersteinschätzung ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Der ergänzte Bewertungsausschuss soll die sich daraus ergebenden erforderlichen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen beschließen.

Mit diesen Regelungen soll zum einen die bereits nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geltende Vergütung ambulanter Notfalleleistungen im Krankenhaus in die Rechtsnorm übernommen werden. Zum anderen soll die Vergütung unter die Bedingung gestellt werden, dass im Krankenhaus eine Ersteinschätzung nach Vorgaben des G-BA durchgeführt wurde. Ziel sei eine bessere Koordination der ärztlichen Behandlung ambulanter Notfälle durch ein Instrument, mit dem ambulant behandelbare Patienten entweder der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus oder der ärztlichen Behandlung in der ambulanten Praxis zugewiesen werden. Damit solle vermieden werden, dass Behandlungskapazitäten am Krankenhaus gebunden werden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt.

Die Begründung des Gesetzentwurfes führt zudem aus, dass „die Einführung der Ersteinschätzung als Vergütungsvoraussetzung (...) in Anlehnung an Ziffer II.1.2.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (erfolge), wonach nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser bestimmte Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall nur berechnen dürfen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist ein Notfall dann zu bejahen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt. Es muss eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein und der Patientin bzw. dem Patienten darf die Inanspruchnahme eines zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers (vgl. § 95 Absatz 1 Satz 1) nicht zumutbar sein.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Da in der Notaufnahme zumeist mehr Patienten auf eine Behandlung warten, als sofort ärztlich versorgt werden können, wird die Behandlungsdringlichkeit der Patienten in den Notaufnahmen der meisten Krankenhäuser bereits regelhaft anhand standardisierter Ersteinschätzungsverfahren zur Behandlungsdringlichkeit festgelegt und dokumentiert. Nach den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V muss in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für das Stufenkonzept erfüllen, bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten ein strukturiertes und validiertes System zur Anwendung kommen, mit dem spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität vorgenommen wird. Die Behandlungspriorität bezieht sich dabei auf den Zeitpunkt des Erstkontaktes mit einem Arzt bzw. einer Ärztin.

In Deutschland kommen als Ersteinschätzungs-Instrumente vor allem das Manchester Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI) zur Anwendung. Mit diesen Verfahren kann die 10-Minuten-Vorgabe eingehalten werden: 5-Stufen-Triage-Systeme sind valide, verlässliche und durch Studien belegte Methoden, um die Krankheitsschwere von Notfallpatienten mit hoher Reliabilität zügig einzuschätzen.

Für die vertragsärztliche Notfallversorgung wird das Instrument SmED genutzt und derzeit validiert. Die unterschiedlichen Instrumente tragen auch dem Umstand Rechnung, dass die Prävalenz schwerer Erkrankungen in den Strukturen der vertragsärztlichen Notfallversorgung und den Notaufnahmen der Krankenhäuser unterschiedlich ist, so dass Ersteinschätzungssysteme, welche derartige Unterschiede nicht beachten, zu Fehleinschätzungen führen würden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine bundesweit einheitliche und standardisierte Ersteinschätzung für die an Notaufnahmen angegliederten Portalpraxen/Notdienstpraxen wünschenswert, die Validität eines solchen Systems sollte nachgewiesen sein. Es ist aus den genannten Gründen jedoch nicht sachgerecht, in den Notaufnahmen der Krankenhäuser primär für Abrechnungszwecke eine zusätzliche Ersteinschätzung einzuführen. Dies würde den administrativen und personellen Aufwand erhöhen, ohne den Patientinnen und Patienten einen Versorgungsvorteil zu bieten. Vielmehr stellt sie eine unnötige bürokratische Hürde dar und gefährdet durch die zeitliche Verzögerung und die potenzielle Fehleinschätzung die Patientensicherheit.

Unklar bleibt auch, wie mit Patienten verfahren werden soll, die im Ersteinschätzungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgungsebene zugewiesen werden, dann aber aus Sicht des dort tätigen Arztes doch im Bereich der stationären Notaufnahme diagnostiziert werden sollen, weil der klinische Blick des Arztes der Ersteinschätzung widerspricht. Viele Vorstellungen in den Krankenhaus-Notfallaufnahmen erfolgen sogar auf Zuweisung eines Vertragsarztes und bleiben nach weiterer Abklärung in der Notaufnahme dennoch in ambulanter Weiterbehandlung.

Solange nicht eine umfassende Reform der Notfallversorgung im Sinne einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung gesetzlich umgesetzt wird, sollte es den Akteuren vor Ort überlassen bleiben, wie sie die Aufteilung der Patienten untereinander sinnvoll regeln. Dies ist von zahlreichen Faktoren abhängig (z. B. Art der Kooperation, Entfernung der Portalpraxis zur Notaufnahme, Einrichtung eines gemeinsamen Tresens).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Zu Artikel 1, Nr. 40: § 136a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen, soll der G-BA beauftragt werden, für seine Richtlinien zur Qualitätssicherung einheitliche Regelungen zur Information der Öffentlichkeit durch einrichtungsbezogene, risikoadjustierte Vergleiche über die Erfüllung von Qualitätskriterien vorzugeben. Die Regelung betrifft zugelassene Krankenhäuser, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen. Bestehende Regelungsaufträge wie die Qualitätsberichte nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie das geplante Qualitätsportal nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 sollen dadurch ergänzt werden. Grundlage der vergleichenden Darstellung sollen sämtliche Daten

sein, die für die Richtlinien des G-BA nach der Maßgabe von § 299 SGB V für Zwecke der Qualitätssicherung erhoben werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das Streben nach mehr Transparenz und weiteren Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung ist nachvollziehbar. Allerdings ist die kausale Verbindung zwischen Transparenz und Qualität nicht so eindeutig, wie es in der Gesetzesbegründung unterstellt wird. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten allein garantiert noch keine Qualitätssteigerung. Es kann der Argumentationskette nicht gefolgt werden, wonach die Förderung der Transparenz nicht nur das Interesse der Informationsfreiheit der Patientinnen und Patienten befriedige, sondern (automatisch) auch zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung führe und deshalb das Recht auf körperliche Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten die schützenswerten Interessen der Krankenhäuser und Vertragsärzte hinsichtlich Berufsfreiheit, informationeller Selbstbestimmung und Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen überwiege. Die Bundesärztekammer kann eine Rechtsgüterabwägung, welche der Qualitätssicherung einen derartigen Vorrang einräumt, nicht nachvollziehen.

Zudem ergeben sich massive methodische Schwierigkeiten. Zwar gibt der Gesetzgeber dem G-BA gleichzeitig die Aufgabe, „einen hohen Maßstab an die Prüfung der Erforderlichkeit der zugrunde zu legenden Daten und die Veröffentlichung von Auswertungsergebnissen anzulegen, so dass die Informationen objektiv und sachlich richtig sind“. Genau dies dürfte in vielen betroffenen bzw. in den Richtlinien adressierten Bereichen methodisch eben nicht oder nicht ausreichend möglich sein. Exemplarisch sei an die wiederholt gescheiterten methodischen Versuche des IQTIG erinnert, mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (planQI) die Qualität einer Fachabteilung adäquat darzustellen. Die Veröffentlichung der planQI-Ergebnisse in der Laienpresse führte bekanntermaßen eher zum gegenteiligen Effekt, nämlich zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten.

Die dem G-BA vorliegenden Daten aus der datengestützten Qualitätssicherung bzw. aus Strukturabfragen aus Richtlinien decken nur einen kleinen Teil der stationären und vertragsärztlichen Versorgung ab. Der Nutzen ihrer Aufarbeitung in laienverständlichen Vergleichen für Patientinnen und Patienten stößt schon deshalb an Grenzen. Aus zahlreichen Studien zur Nutzung der einschlägigen Krankenhausportale der Krankenkassen ist zudem hinlänglich bekannt, dass veröffentlichte Qualitätszahlen für Patientinnen und Patienten in ihrer persönlichen Entscheidungsfindung eine untergeordnete Rolle spielen.

Zusammenfassend fehlen für diese Vorhaben wissenschaftlich valide Grundlagen, stattdessen werden (erneut) erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen gebunden. Besser wäre es deshalb, die vorhandenen Instrumente und Initiativen zum Beispiel zur Förderung der Patientenkompetenz auszubauen und kontinuierlich zu evaluieren. Ebenso sollte die Förderung unabhängiger Versorgungsforschung an den Universitäten ausgebaut werden. Und schließlich erinnert die Bundesärztekammer daran, dass die Ärztinnen und Ärzte - hier vor allem die Hausärztinnen und -ärzte - die geeigneten Lotsen bei einer qualitätsgestützten Auswahl der weiteren ambulanten bzw. stationären Versorgung sind. Gemeinsam mit und unter Beachtung der Wünsche des informierten Patienten müssen hier stets verschiedene Aspekte beachtet werden, so dass es sinnvoll ist, Ressourcen auch in die Finanzierung solcher Beratungsgespräche zu lenken.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung bzw. Zurückstellung der Regelung, bis Erfahrungen mit dem Qualitätsportal nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V vorliegen.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Zu Artikel 1, Nr. 41: § 136b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Qualitätsverträge:

Die Änderungen sehen vor, dass die Erprobung von Qualitätsverträgen von bislang vier auf künftig acht Leistungen bzw. Leistungsbereiche erweitert wird.

Mindestmengen:

Die bestehenden Vorgaben zu Mindestmengen sollen ausgeweitet bzw. verschärft werden, etwa durch den Entfall von Ausnahmetatbeständen, die Koppelung an die Einhaltung weiterer Mindestmengen und weiterer Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Setzung einer Zeitvorgabe für die maximale Beratungsdauer einer neuen Mindestmenge im G-BA. Der G-BA soll dabei den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Festlegung bestehender und weiterer Mindestmengen kontinuierlich prüfen. Das BMG erhält ein Antragsrecht auf Festlegung einer Mindestmenge. Wenn Krankenkassen begründete Zweifel an der Richtigkeit der von den Krankenhäusern übermittelten Prognosen zur Einhaltung von Mindestmengen haben, sollen sie diese anstelle einer optionalen Prüfung künftig immer und ohne Rücksicht auf Rechtsstreitigkeiten widerlegen müssen. Der G-BA soll für begründete Zweifel Beispiele erarbeiten.

Qualitätszu- und -abschläge:

Die mit dem KHSG eingeführte Regelung zur Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen sollen gestrichen werden. Das hiermit beauftragte IQTIG habe kein erfolgversprechendes Konzept vorlegen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zu Qualitätsverträgen:

Der bislang zögerlichen Realisierung von Qualitätsverträgen mit einer bloßen Erweiterung der Zahl der Leistungsbereiche zu begegnen, wird als nicht zielführend erachtet. Vielmehr wäre zunächst zu eruieren und – im Sinne der Transparenz – offenzulegen, in welchen Bereichen und welcher Anzahl bislang Qualitätsverträge geschlossen wurden und welche Barrieren der Umsetzung sich gezeigt haben. Auf Basis dieser Erkenntnisse sollte über das weitere Vorgehen entschieden werden.

Zu Mindestmengen:

Die Ausweitung und Verschärfung der bestehenden Mindestmengenregelungen werden ebenfalls kritisch gesehen. Einerseits hat die zugrundeliegende Wahrnehmung, wonach die Regelungen der Bundesebene in den Ländern eher uneinheitlich zur Anwendung kamen, eine gewisse Berechtigung. Insofern wäre den Klarstellungen zugunsten einheitlichen Handelns und damit auch mehr Orientierungssicherheit für Patientinnen und Patienten zuzustimmen. Dies setzte aber voraus, dass Mindestmengen ein anerkanntes Instrument der Qualitätsförderung wären und die Anwendung eine überwiegend positive Bilanz mit Blick auf erzielte Qualitätsverbesserungen resultieren ließe. Dies ist aber bekanntlich nicht der Fall, zumindest nicht in der gewünschten Eindeutigkeit der Evidenz. Entsprechend herrscht hierzu auch kein Konsens; und dies nicht nur aus (erwartbarer) Sicht der Krankenhausträger. Die Verpflichtung der Krankenkassen, im Zweifel die Prognosen der Krankenhäuser zu widerlegen, wird eher zur Steigerung einer Misstrauenskultur beitragen. Das Antragsrecht des BMG bestätigt nicht nur die nachrangige Rolle wissenschaftlicher

Evidenz gegenüber ordnungspolitischer Gestaltungsmacht, sondern bedeutet ein weiteres Vordringen des Staates in die Obliegenheiten der Selbstverwaltung. Mit dem Argument der Abwägung bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge gegen den Schutz des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit ließe sich universell jedweder staatliche Eingriff auf Kosten der Evidenz legitimieren. Dies ist eine sehr bedenkliche Entwicklung. Zusätzlich muss bedacht werden, dass derartige Regelungen immer weiter in die Planungshoheit der Länder eingreifen. Dabei haben die Länder bei ihrer Krankenhausplanung die regionalen Gegebenheiten und die Notwendigkeit einer gestuften wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung zu beachten. Völlig außer Acht gelassen werden die weiter an Bedeutung zunehmenden Möglichkeiten der Telekonsile und der digitalen Vernetzungsmöglichkeiten, die althergebrachte und vereinfachende Annahmen zu Mindestmengen weiter verändern werden. Auch hier bietet sich an, Ressourcen eher in den Ausbau solcher Möglichkeiten zum Nutzen einer hochwertigen flächendeckenden Versorgung zu lenken.

Zu Qualitätszu- und -abschlägen:

Die Streichung der Regelung zur Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen ist konsequent. Die Evidenz für Pay-for-performance-Ansätze ist bis zuletzt widersprüchlich geblieben, das Risiko unerwünschter Fehlsteuerung und Nebenwirkungen zulasten von Patientinnen und Patienten ist groß. Insofern ist das IQTIG mit dem Auftrag eines Konzepts zur Umsetzung von vornherein überfordert gewesen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Änderungsvorhaben zu § 136b Absatz 4.

Streichung der Änderungsvorhaben zu § 136b Absatz 3 bis 5 (Ausweitung und Verschärfung der bestehenden Mindestmengenregelungen).

Die Änderung von § 136b Absatz 9 (Qualitätszu- und -abschläge) hingegen wird ausdrücklich unterstützt.

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zu Artikel 1, Nr. 42: § 137 Absatz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher nur für Krankenhäuser geltende 100-prozentige Dokumentationspflicht im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung soll auch auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ausgeweitet werden. Dies wird mit einem Gleichlauf der Regelungen für die Leistungserbringer zur Förderung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung begründet.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die 100-prozentige Dokumentationspflicht für Krankenhäuser ist von jeher Ausdruck des Misstrauens und Teil der Kontrollbürokratie. Die Ausdehnung auf den vertragsärztlichen Bereich steigert diese Auswüchse. An dieser Stelle bedeutet die sektorenübergreifende Qualitätssicherung keinen Fortschritt. Zudem haben die nun mehrjährigen Erfahrungen mit der Regelung in der externen stationären Qualitätssicherung gezeigt, dass eine 100-prozentige Vollständigkeit der Dokumentation in der Versorgungspraxis gar nicht realisierbar ist und der jeweils geforderte Nachweis, dass ein Krankenhaus im Einzelfall

kein Verschulden an einer Unterdokumentation trägt, zu erheblichem administrativen Aufwand führt. Eine Ausdehnung dieser Regelung auf den vertragsärztlichen Bereich verbietet sich, da der Aufwand wegen der hohen Zahl ambulanter Besuche noch aufwändiger und methodisch komplizierter wäre.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Pflegepersonalquotienten

Zu Artikel 1, Nr. 49: § 137j SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 137i SGB V (eingeführt mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz) ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich, erstmals zum 31.05.2020, für jedes zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands wurde das InEK beauftragt, bis zum 31.05.2020 einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands zu erarbeiten, mit dem tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar sind. Für jeden Standort eines Krankenhauses sollte dann aus der Summe seiner Bewertungsrelationen der Pflegeaufwand ermittelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wurde ermächtigt, auf der Grundlage der ermittelten Pflegepersonalquotienten durch Rechtsverordnung „eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist“. Für den Fall, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die festgelegte Untergrenze unterschreitet, sollten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung erstmals für das Jahr 2020 Sanktionen (Vergütungsabschläge oder Fallzahlverringeringen) vereinbaren.

Der aktuelle Gesetzesentwurf sieht vor, dass die ermittelten Personalquotienten künftig bis zum 31. August eines Jahres auf der Internetseite des InEK veröffentlicht werden, um den Bürgerinnen und Bürgern eine vergleichende Information über die Personalausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen.

Die Sanktionierung bei Unterschreiten der Untergrenze für das Jahr 2020 soll ausgesetzt werden. Der Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung soll zeitgleich mit der Festlegung der Pflegequotienten-Untergrenze in Form einer Rechtsverordnung festgelegt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es fraglich, ob die Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten für die Bürgerinnen und Bürger eine hilfreiche Information darstellt. Der Bedarf an Pflegepersonal ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, die hier nicht berücksichtigt werden (z. B. Erkrankungsschwere der Patienten, Spezialisierung des Krankenhauses, Logistik und Wegezeiten, Anzahl an Assistenzpersonal, Digitalisierungsgrad des Krankenhauses). Ein fairer Vergleich allein aufgrund einer Verhältniszahl ist somit schwierig.

Die Bundesärztekammer unterstützt das Aussetzen einer Sanktionierung für das Jahr 2020 und sieht generell finanzielle Abschläge als Sanktionsmaßnahme für eine Nichteinhaltung von Personaluntergrenzen weiterhin kritisch. Die Konsequenzen im Falle einer Nichteinhaltung der Untergrenzen erfordern eine sorgsame Diskussion, an der die maßgeblichen Berufsgruppen beziehungsweise deren Vertreterorganisationen beteiligt werden müssen. Denkbar ist auch ein Vergütungszuschlag bei sehr guter Pflegepersonalausstattung. Die Bundesärztekammer unterstützt die Erwägungen des Bundesrats zum Pflegepersonalstärkungsgesetz, zusätzlich zu einer Untergrenze des Quotienten auch einen Wert für eine durchschnittliche (bzw. noch besser eine angemessene) Personalausstattung anzugeben, um der Gefahr vorzubeugen, dass Untergrenzen sich als Standard der Personalausstattung etablieren. Um Kliniken die Möglichkeit zu geben, mehr Pflegepersonal einzustellen, bedarf es zusätzlicher Bemühungen für eine Ausbildungsoffensive.

Perspektivisch sinnvoll wäre die Entwicklung von Personalanhaltszahlen, die sich am Versorgungsbedarf der Patienten in Bezug auf die Versorgungsleistung des jeweiligen Krankenhauses orientieren. Dafür müssen die beteiligten Berufsgruppen insgesamt einbezogen werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der neuen Sätze 9 und 10.

Meldung der Personalausstattung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Zu Artikel 5, Nr. 3: § 17d Absatz 9 KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtet werden, die Daten zum insgesamt beschäftigten Pflegepersonal und zum unmittelbar in der Patientenversorgung beschäftigten Pflegepersonal (Pflege am Bett) gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zu erfassen und an das InEK zu übermitteln, nachdem die zusätzliche Übermittlung der Behandlungsbereiche nach PsychPV gestrichen wird. Diese Daten würden vom InEK für die Ermittlung des Pflegepersonalquotienten gemäß § 137j SGB V erfasst. Diese Vorschrift stammt aus dem Geltungsbereich des KHEntgG bzw. somatischer Fachabteilungen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Personalausstattung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV wird dagegen gemäß § 136 Absatz 2 SGB V im Rahmen der PPP-RL umfassend für alle therapeutischen und pflegerisch tätigen Berufsgruppen geregelt, so auch für die Pflege. Die zusätzliche Übermittlung ist somit systemfremd und wäre eine Doppelerhebung.

Auch die Erläuterung in der Begründung, dass die Daten zum Pflegepersonal anstelle der PsychPV-Einstufung zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems genutzt werden sollen, wie seinerzeit die Behandlungsbereiche der PsychPV, ist nicht nachvollziehbar.

Auch und gerade für die Versorgung von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen wäre die Entwicklung von Personalanhaltszahlen, die sich am Versorgungsbedarf der Patienten orientieren und welche alle beteiligten

Berufsgruppen umfassen, sinnvoll. Die Bundesärztekammer weist an dieser Stelle erneut auf das sogenannte Plattformmodell hin, das berufsgruppenübergreifend unter Federführung der DGPPN entwickelt wird und zeigt, dass ein solches Vorhaben gelingen kann.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen und Vereinbarung auf Bundesebene

Zu Artikel 6, Nrn. 2 und 4: § 5 Absatz 3b und § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um klinische Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken, soll künftig eine größere Anzahl an Krankenhäusern die klinischen Sektionen, die zum Zweck der Qualitätssicherung durchgeführt wurden, über den Zuschlag nach § 5 Absatz 3b refinanzieren können. Zudem soll Planungssicherheit für die Krankenhäuser dahingehend geschaffen werden, dass jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt und nicht anderweitig finanziert wird, über den Zuschlag für klinische Sektionen refinanziert werden kann. Zu diesem Zweck werden die Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle aufgehoben. Die bereits bestehende Obduktionsvereinbarung ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend kurzfristig anzupassen. Dabei sollen die Festlegung von detaillierten Mindestanforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die Vorgaben zur Ermittlung und Berechnung des Zuschlags beibehalten werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt das Ziel einer Förderung klinischer Sektionen ausdrücklich. Die Bedeutung von Obduktionen wird durch die Covid-19-Pandemie anschaulich unterstrichen. Aber auch unabhängig davon entspricht das Bemühen um eine ernsthafte Förderung von Obduktionen als klassisches Instrument medizinischer Qualitätssicherung einer langjährigen Forderung der deutschen Ärzteschaft.

Die verlässliche Gewähr einer Refinanzierung der durchgeführten klinischen Sektion sollte daher klar zum Ausdruck kommen, um die in Aussicht gestellte Planungssicherheit für die Krankenhäuser auch tatsächlich zu erreichen. In diesem Sinne bedeutet die im Besonderen Teil des Gesetzentwurfs formulierte Kann-Option der Refinanzierung eine Relativierung, die nicht zum eindeutigen Bekenntnis einer verlässlichen Förderung klinischer Sektionen passt.

Auch die Aufforderung an die Vertragsparteien, „detaillierte“ Mindestanforderungen an die Durchführung der Sektionen festzulegen, birgt das Risiko, das berechtigte Ziel der Förderung klinischer Sektionen erneut durch unnötig ausufernde Vorgaben, die weniger mit Qualitätssicherung als vielmehr mit bürokratischen Hemmnissen zu tun haben, zu erschweren.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Kann-Option zur Refinanzierung durchgeführter klinischer Sektionen im Besonderen Teil des Gesetzentwurfs zu Artikel Nr. 6 Nr. 4 wie folgt:

„Zudem soll Planungssicherheit für die Krankenhäuser dahingehend geschaffen werden, dass jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt und nicht anderweitig finanziert wird, über den Zuschlag für klinische Sektionen **zu refinanzieren ist** ~~refinanziert werden kann.~~“

Streichung des Zusatzes zur Beschreibung der Mindestanforderungen wie folgt:

„Dabei sollen die Festlegung von ~~detaillierten~~ Mindestanforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die Vorgaben zur Ermittlung und Berechnung des Zuschlags beibehalten werden.“

3. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 3: Modellvorhaben Genomsequenzierung

Zu Artikel 1, Nr. 18a - neu -, 68: §§ 64d, 295 SGB V

Zu Artikel 15a, neu: § 3 der Datentransparenzverordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist die Einführung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen. Grundlage des Modellvorhabens ist die umfangreiche Genomsequenzierung im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs und die darauf aufbauende Datenzusammenführung von klinischen und genomischen Daten in einer gemeinsamen Dateninfrastruktur. Ziel soll sein, bei seltenen und onkologischen Erkrankungen mittels Genomsequenzierung zur Diagnosestellung und zielgerichteten Therapieentscheidung beizutragen und mittels der Dateninfrastruktur die Analyse der gewonnenen Daten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erleichtern.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Insbesondere in der Onkologie dürfen die Untersuchungen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften zur Durchführung der Gewebediagnostik ausschließlich von Instituten für Pathologie mit qualifizierter Molekularpathologie durchgeführt werden, daher ist eine entsprechende Ergänzung um ärztliche Leistungserbringer der Pathologie/Molekularpathologie notwendig.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ergänzung in § 64d Absatz 3 Satz 1 wie folgt:

„[...], (3) Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben berechnigte Leistungserbringer sind Krankenhäuser, insbesondere Hochschulkliniken, die über ein Zentrum für seltene Erkrankungen oder über ein Zentrum für onkologische Erkrankungen, welches die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V erfüllt, verfügen, das auch aus einem Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser oder eines Krankenhauses mit Fakultäten bestehen kann, oder sonstige ärztliche Leistungserbringer der Humangenetik **und Pathologie/Molekularpathologie**, die die Aufgabe nach Absatz 2 wahrnehmen können.“