



**Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes**

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung**
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 12. November 2020

I. Vorbemerkung

Qualität und Transparenz in der Versorgung steigern

Die Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern, wird als ein Ziel des Referentenentwurfes genannt.

Aus Sicht des Marburger Bundes mangelt es unserem Gesundheitssystem nicht an Vorgaben und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Vielmehr erfordern die zahlreichen Maßnahmen der im Jahr 2016 gestarteten Qualitätsoffensive grundlegende Kurskorrekturen. Wesentliche Elemente der Qualitätsoffensive tendieren in die falsche Richtung und helfen nicht der Verbesserung der Versorgungsqualität.

Sinnvoll wäre daher, statt hektischer Einzelmaßnahmen eine Gesamtevaluation der zahlreichen, unübersichtlichen und bürokratisch ausufernden Regelungen vorzunehmen.

Unabhängig davon ist die im Referentenentwurf vorgesehene Aufhebung der mit dem KHSG eingeführten Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen samt Folgeregelungen zu begrüßen.

Ebenfalls begrüßt wird die Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung.

Kritisch bis ablehnend steht der Marburger Bund hingegen einer geplanten Ausweitung von Qualitätsverträgen gegenüber, da diese Ausweitung von Anwendungsbereichen für Qualitätsverträge die dringend notwendige Evaluation eher erschwert. Auch die Ausweitung der Mindestmengenregelungen sowie die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen halten wir nicht für sinnvoll.

Ersteinschätzungsverfahren Notfallversorgung

Der Marburger Bund lehnt die geplanten Regelungen zur Notfallversorgung entschieden ab. Sie sind rechtlich nicht haltbar und systematisch verfehlt.

Zur Reform der ambulanten Notfallversorgung wurde Anfang des Jahres 2020 ein Referentenentwurf vorgelegt, der auf Grund der Corona-Pandemie seit der Verbändehörungsanhörung im Februar nicht weiter verfolgt worden ist. Systematisch unverständlich ist, warum anstelle eines schlüssigen Gesamtkonzeptes nunmehr das Ersteinschätzungsverfahren als ein zentraler Baustein im Alleingang herausgelöst aus einem Gesamtkonzept geregelt werden soll. Damit werden Pflöcke eingeschlagen und die Chance auf ein notwendiges integratives Gesamtkonzept vertan.

Inhaltlich widerspricht die vorgesehene Regelung einer integrativen Notfallversorgung. Rechtlich problematisch sehen wir Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung für

Krankenhäuser, die lediglich im Benehmen mit den Vertretern der Krankenhausträger erfolgen sollen.

Der Marburger Bund plädiert grundsätzlich für ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren in der ambulanten Notfallversorgung. Ein solches macht im Krankenhaus aber nur Sinn an einem gemeinsamen Tresen, wie wir es im Konzept gemeinsam mit der KBV skizziert haben.

Insgesamt würde die Umsetzung dieser Gesetzesinitiative in vielen Bereichen der Versorgung zu einer weiteren Ausweitung der Datenerfassung und Dokumentation führen, ohne dass Belege für die Wirksamkeit dieser Maßnahmen vorliegen.

II. Zu den Regelungskomplexen im Einzelnen (gegliedert nach geplantem Ablauf der Verbändeanhörung)

Regelungen zur Verbesserung der Qualität und Transparenz

a) Mindestmengen

Art. 1, Nr. 35 - § 136b Abs. 3 und 4 SGB V

Die Festlegung weiterer Mindestmengen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) soll durch ergänzende Verfahrensregelungen gefördert werden.

Bereits nach der geltenden Regelung hat der Gesetzgeber dem G-BA in §136b Abs. 3 Satz 3 SGBV die möglichst zeitnahe Evaluation der Auswirkungen der festgelegten Mindestmengen aufgegeben. Es sollte im Zuge dieser – bislang nicht vorliegenden - Evaluation beurteilt werden, wie die Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung erfolgen sollte.

Ein Antragsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit, dass der G-BA die Festlegung einer Mindestmenge für bestimmte Leistungen prüft, sehen wir kritisch.

b) Zweitmeinungsverfahren

Art. 1, Nr. 5 (§ 27b SGB V) - Zweitmeinung

Grundsätzlich wird die Intention der Neuregelung, künftig mehr Verfahren in den Besonderen Teil der Richtlinie aufzunehmen, begrüßt. Bisher stehen seit Inkrafttreten der Regelung im Jahr 2015 nur die drei aktuell im Besonderen Teil der Richtlinie des G-BA aufgeführten Eingriffe für Zweitmeinungsverfahren zur Verfügung. Es ist daher grundsätzlich nachvollziehbar, wenn der Gesetzgeber den Anspruch der Patienten stärken möchte. Allerdings geben Ausgestaltung und Umsetzung der aktuellen Fassung des § 27b SGB V Anlass zu einigen Anmerkungen.

Der Marburger Bund hatte sich bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-VSG positiv zur Einführung des ärztlichen Zweitmeinungsverfahrens geäußert, soweit das Verfahren praktikabel ist und für den Patienten keine zusätzliche Belastung darstellt. Er erneuert seine damalige Kritik allerdings insofern, als nicht verständlich ist, warum Versicherte nur für vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegende „mengenanfällige“ Indikationen

einen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung haben sollen. Auch bei anderen planbaren Eingriffen möchten sich Patienten gegebenenfalls eine breitere Entscheidungsgrundlage verschaffen. Die Regelung scheint nach wie vor mehr von der Absicht der Mengensteuerung und Kosteneinsparung als von der Orientierung an Patienteninteressen getragen zu sein. Es wäre daher besser, andere Kriterien wie etwa die Komplexität der Indikationsstellung oder die Möglichkeit der Wahl einer oder mehrerer Alternativtherapien anstelle der Fallmenge zugrunde zu legen.

Der Marburger Bund merkt weiterhin erneut an, dass es sinnvoller wäre, in Absatz 5 von einer Informationspflicht statt einer Aufklärungspflicht zu sprechen. Eine Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Versicherten über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung ist mit Blick auf die im Patientenrechtegesetz normierte Aufklärungspflicht (§ 630e BGB) irreführend. Zu Recht ist im Patientenmerkblatt des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren von einer „Information des Arztes“ die Rede.

Auch ist der in § 27b Absatz 5 SGB V normierte Zeitraum von 10 Tagen vor einem geplanten Eingriff zur Einholung einer Zweitmeinung weder sinnvoll noch praktikabel. Sinnvoll kann das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung doch nur vor der Terminierung eines Eingriffs sein und nicht erst, wenn der Termin für den Eingriff bereits feststeht. Konsequenterweise stellt zumindest das Patientenmerkblatt des G-BA hinsichtlich der Entstehung des Anspruchs auf den Zeitpunkt der Empfehlung des Eingriffs ab und nicht dessen Terminierung.

In diesem Zusammenhang ist auch fragwürdig, wie § 6 Abs. 3 der Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren umgesetzt wird. Dort ist festgelegt, dass der „aufklärende“ Arzt auf das vom G-BA veröffentlichte Patientenmerkblatt über das Zweitmeinungsverfahren, auf die durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des G-BA entwickelte eingriffsspezifische Entscheidungshilfe sowie gegebenenfalls weitere evidenzbasierte Informationen hinzuweisen hat.

Sowohl in dem Patientenmerkblatt selbst als auch in der Entscheidungshilfe des IQWiG wird auf die Liste der hierfür zur Verfügung stehenden Spezialisten, bzw. Zweitmeiner auf die Arztsuche der KBV <https://www.116117.de/de/zweitmeinung.php> verwiesen. Diese enthält aber zum einen nur die beiden Indikationen Gebärmutterentfernung und Mandeloperation, nicht jedoch die Schulterarthroskopie, die bereits im Besonderen Teil der G-BA-Richtlinie enthalten ist. Zum anderen finden sich in dieser Arztsuche auf den ersten Blick keine Hinweise auf die anderen, neben Vertragsärzten zur Erbringung einer Zweitmeinung Berechtigten nach § 27b Abs. 3 SGB V wie beispielsweise Krankenhäuser, bzw. dort tätige Ärzte, und es ist auch keine entsprechende Filterfunktion nach Leistungserbringern vorhanden.

Der § 27b Abs. 4 SGB V, nach dem die Kassenärztliche Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften inhaltlich abgestimmt über die Zweitmeiner informieren sollen, läuft aus diesseitiger Sicht völlig leer. Zudem stellt sich die Frage, wie schnell das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung angesichts der begrenzten Anzahl der hierfür zur Verfügung stehenden Ärzte überhaupt möglich und sinnvoll ist.

Die Vorschrift des § 27b SGB V sollte daher aus Sicht des Marburger Bundes zunächst in ihrer bisherigen Ausgestaltung und Umsetzung evaluiert werden, bevor eine Aufstockung der Verfahren normiert wird.

c) Patientenbefragungen

Art. 1, Nr. 37 - § 137a SGB V - Zu Absatz 3 – Anpassungen bei Patientenbefragungen

Der Marburger Bund begrüßt, dass bei der Entwicklung von Patientenbefragungen vorhandene national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigt werden sollen.

d) Stärkung der Qualitätsverträge

Art. 1, Nr. 27 - § 110a SGB V und Nr. 35 - § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Abs. 8 SGB V

Durch die Änderung in § 136b SGB V soll der G-BA den Auftrag erhalten, in den Jahren 2021 bis 2023 vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, bei denen Qualitätsverträge nach § 110a erprobt werden sollen. Dies sei erforderlich, weil die Erprobung bisher sehr zögerlich verlaufen sei und die bis dato geschlossenen Verträge sich überwiegend auf einen der vom G-BA festgelegten Leistungsbereiche beziehen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum vier weitere Leistungen/Leistungsbereiche entwickelt werden sollen, wenn bereits zu bestehenden Leistungsbereichen keine nennenswerten Qualitätsverträge abgeschlossen worden sind. Eine Verdoppelung der Leistungsbereiche würde zu einer weiteren Diversifizierung führen und wäre wenig hilfreich. Deshalb legen wir nahe, zunächst die bestehenden Qualitätsverträge nach dem vierjährigen Erprobungszeitraum zu evaluieren und deren Ergebnisse auszuwerten. Erste Verträge sind ab Ende 2019 abgeschlossen worden. Die Erprobung dieser wird demnach frühestens Ende des Jahres 2023 abgeschlossen sein.

Für eine aussagekräftige Evaluation ist eine bestimmte Anzahl von Qualitätsverträgen erforderlich. Hier Anreize für eine höhere Anzahl zu setzen ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings erachten wir den in § 110a SGB V dazu vorgesehenen Weg nicht als richtig. Hier sollen finanzielle Ressourcen in Qualitätsverträge fließen, die der Regelversorgung letztlich entzogen werden.

Um den Abschluss von Qualitätsverträgen für eine möglichst breite Erprobung attraktiv zu machen, muss vor allem sichergestellt sein, dass ihre Umsetzung in den Krankenhäusern nicht zu einem erheblichen Mehr an Bürokratie führt. Die Sorge, dass Qualitätsverträge in einem Bereich der Versorgung dazu führen kann, dass gerade in diesem Bereich personelle Ressourcen gebunden werden, die dann in anderen Leistungsbereichen fehlen, bleibt gleichwohl bestehen.

Eine Gesamtübersicht geschlossener Qualitätsverträge existiert nicht, ist aus unserer Sicht aber bereits im Patienteninteresse absolut erforderlich. Deshalb wird die geplante Regelung begrüßt, dass der G-BA ab dem Jahr 2021 jährlich eine aktuelle Übersicht veröffentlichen soll, welche Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen Qualitätsverträge geschlossen haben. Die Auflistung soll einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden, erfolgen.

e) Streichung der Qualitätszu- und –Abschläge

Art. 1, Nr. 35 - § 136b SGB V

zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 und Absatz 9 (Aufhebung G-BA Auftrag Kriterien für qualitätsabhängige Zu- und Abschläge) sowie Folgeregelungen im KHG, KHEntgG und BPfIV

Der Marburger Bund begrüßt die geplante Aufhebung der Qualitätszu- und Abschläge sowie die damit verbundenen Folgeänderungen im KHG, KHEntgG und der BPfIV.

Bereits in unserer Stellungnahme zum KHSG haben wir die Auffassung vertreten, dass qualitätsbegründete Zu- und Abschläge auf die Vergütung stationärer Leistungen kein geeignetes Mittel zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität sind, sondern Fehlanreize setzen. Ausweislich der Begründung zeigt sich unsere Position bestätigt.

Erstaunlich ist allerdings, dass offensichtlich erst nach Einführung von gesetzlichen Regelungen geprüft worden ist, ob und wie diese rechtssicher umgesetzt werden können. Laut Begründung haben Entwicklungsaufträge des G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) kein überzeugendes Konzept für eine in den nächsten Jahren umsetzbare Einführung von Qualitätszu- und –abschlägen ergeben.

Es wäre wünschenswert, entsprechende Prüfungen vorab vorzunehmen, um nicht unnötig personelle und finanzielle Ressourcen zu binden, die anderweitig hätten eingesetzt werden können.

f) Verbesserung der Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung

Art. 6, Nrn. 2 und 4 (§ 5 Abs. 3b und § 9 Abs. 1a KHEntgG) – Zuschlag für klinische Sektionen

Um die klinischen 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.

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Refinanzierungsmöglichkeit für klinische Sektionen zur Qualitätssicherung verbessert werden soll. Aus Sicht des Marburger Bundes sind klinische Sektionen ein wichtiges Instrument der medizinischen Qualitätssicherung. Ziel des Gesetzgebers war und ist es, die Obduktionsrate zu erhöhen, damit Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus aus den Erkenntnissen, die aus Obduktionen gewonnen werden, kontinuierlich lernen können. Dieses Ziel konnte bislang aufgrund der für eine Refinanzierung geforderten indikationsbasierten Obduktionsrate von vielen Krankenhäusern nicht erreicht werden. So wird in der Begründung des Referentenentwurfes darauf hingewiesen, dass im Jahr 2019 bundesweit nur 13 Krankenhäuser die erforderliche indikationsbasierte Obduktionsrate erreicht haben, während knapp 300 Krankenhäuser mindestens eine kodierte klinische Sektion durchführten. Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung, die die festgelegten Indikationen nicht erfüllen, werden grundsätzlich nicht refinanziert. Zwei Drittel der kodierten klinischen Sektionen zur Qualitätssicherung hätten somit nicht im Rahmen des Zuschlags refinanziert werden können.

g) Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Vergleichen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie von Rehabilitationseinrichtungen

Art. 1, Nr. 34 (§ 136a Abs. 6 neu)

Mit der Regelung soll der G-BA beauftragt werden, eine Richtlinie zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung zu erlassen, die einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit insbesondere durch Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden festlegt.

Erfasst werden sollen neben den zugelassenen Krankenhäusern sowohl die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte als auch die zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie die ermächtigten Einrichtungen (vgl. § 95 Absatz 1). Mit einrichtungsbezogenen Vergleichen sollen die bestehenden Regelaufträge zu den Qualitätsberichten sowie zur Errichtung eines Qualitätsportals ergänzt werden.

Abgesehen von dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand, stellen wir uns die Frage nach dem Mehrwert von einrichtungsbezogenen Vergleichen. Bereits die Qualitätsberichte stellen für Patientinnen und Patienten eine Herausforderung dar. Zudem erinnern wir an die erheblichen Fehlinterpretationen der Ergebnisse bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die in der Folge zu Fehlinformationen und Verunsicherung der Öffentlichkeit geführt haben.

Wir haben – anders als in der Begründung ausgeführt - insbesondere Zweifel daran, dass die geplante Regelung verhältnismäßig ist. Dort heißt es selbst, dass eine solche Maßnahme die Berufsfreiheit der vertragsärztlichen Leistungserbringenden und ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung sowie den Schutz ihrer Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse berührt. Eine nachvollziehbare Abwägung eines solchen Eingriffs gegenüber dem Interesse der Informationsfreiheit und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten beinhaltet der Referentenentwurf nicht.

Der Marburger Bund regt an, die Regelung zu streichen und stattdessen die rechtlichen Voraussetzungen und den Patientennutzen von einrichtungsbezogenen Vergleichen einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen.

h) Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V

Zur Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern sollen die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten künftig auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei veröffentlicht werden.

Der Gedanke zu mehr Transparenz über den Personaleinsatz in Krankenhäusern wird grundsätzlich begrüßt. Laut Begründung soll durch die vergleichende Veröffentlichung der für jeden Standort eines Krankenhauses errechneten Pflegepersonalquotienten für alle Bürgerinnen und Bürger deutlich werden, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in

seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Diese Information ist aus unserer Sicht eher irreführend. Denn der Pflegepersonalquotient bemisst sich am unzureichenden Ist-Zustand der Personalausstattung. Für die Bürgerinnen und Bürger wäre es aber wichtig zu wissen, welche Personalausstattung für eine gute Versorgung notwendig wäre.

Wir geben zu bedenken, dass angesichts der vorliegenden Schwierigkeiten Pflegepersonal zu rekrutieren, die verpflichtende Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten zur Vermeidung von Krankenhausaufnahmen von stark pflegebedürftigen Patienten führen kann.

Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer

Art. 1, Nr. 35 - § 137 – Dokumentationspflicht und Vergütungsabschläge

Die Regelung bringt zwar für ambulante Leistungserbringer ein Mehr an Dokumentationspflichten und damit Aufwand, ist aber im Sinne einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und der Auswertung ihrer Ergebnisse folgerichtig und sinnvoll.

Verbesserungen für GKV und PKV-Versicherte

j) elektronische Abrufverfahren zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen für Einkommensdaten

Art. 1, Nr. 44 (§ 206a SGB V) – Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung

Der Marburger Bund begrüßt die Einführung des elektronischen Abrufverfahrens als einen weiteren notwendigen Schritt in Richtung Modernisierung und Abbau von Verwaltungsaufwand. Die Widerspruchslösung ist grundsätzlich geeignet, eine freie Entscheidung des Mitglieds, welchen Weg es wählen möchte, zu gewährleisten.

Allerdings muss sichergestellt sein, dass der entsprechende Hinweis durch die Krankenkassen auch tatsächlich erfolgt und über die Möglichkeit des Widerspruchs sowie der Auskunftserteilung und Vorlage von Nachweisen ausreichend informiert wird.

k) Verbesserung für PKV-Versicherte durch Reform des Notlagentarifs

Art. 4 (Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes)

Die Regelungen zur Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer bei Leistungserbringung für Versicherte im Notlagentarif kombiniert mit der Einführung eines Aufrechnungsverbot mit Prämienforderungen sind sinnvoll.

Wenn der Direktanspruch bei einer Leistungserstattung im Basistarif gilt, muss es dieselbe Möglichkeit erst recht bei der Erbringung von Leistungen für Versicherte im Notlagentarif geben, um Forderungsausfälle zu vermeiden.

Übernahme von Regelungsansätzen aus der Notfallversorgung und der Bundesländer AG sektorenübergreifende Versorgung

b) Ambulante Notfallbehandlung

Art. 1, Nr. 30 - §120 (Ersteinschätzung von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, nach bundesweit einheitlichen Vorgaben und Qualitätsanforderungen zu erfolgen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) aufzustellen sind.

Einheitliches Ersteinschätzungsverfahren

Wie in den Vorbemerkungen ausgeführt, macht die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus ohne Gesamtkonzept für eine Reform der Strukturen und Prozesse der ambulanten Notfallversorgung aus unserer Sicht keinen Sinn. Neben der systematischen Kritik sehen wir aber auch inhaltliche Ungenauigkeiten und rechtliche Probleme:

Inhaltlich ist zunächst nicht klar, welches Ziel ein solches Ersteinschätzungsverfahren haben soll. Nach der vorgesehenen Formulierung des Gesetzestextes soll die Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit abgeklärt und bewertet werden. Das wäre eine „klassische“ Triage der Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung. In der Begründung heißt es demgegenüber, dass Ziel der Regelung die bessere Koordination bei der Behandlung ambulanter Notfälle durch ein Instrument ist, mit dem ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten entweder der Behandlung in der Notfallambulanz oder der Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden. Vermieden werden soll, dass Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt und somit die vertragsärztliche Versorgung die sachgerechte Versorgungsebene darstellt. Das wäre aber die Einschätzung der Versorgungsebene und nicht die der Behandlungsdringlichkeit.

Instrumente zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit sind in den Notaufnahmen der Krankenhäuser bereits Standard. Mit Festlegung der G-BA-Kriterien zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sind diese für Notfallkrankenhäuser auch verpflichtend.

Der Marburger Bund plädiert grundsätzlich für ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren in der ambulanten Notfallversorgung und zwar an einer gemeinsamen Anlaufstelle für die Akut- und Notfallversorgung entsprechend unserem gemeinsam mit der KBV entwickelten Konzept für eine integrative Notfallversorgung. Danach sollen Patientinnen und Patienten unabhängig vom Ort des Erstkontaktes (telefonisch 116117 oder an der gemeinsamen medizinischen Anlaufstelle) in die für sie erforderliche medizinische Versorgung weitergeleitet werden. Dabei gilt -wenn immer dies möglich ist - der Grundsatz ambulant vor stationär.

- „Ambulante Akutversorgung“ für alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung akut notwendig ist und die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit den Mitteln der Versorgung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an der Anlaufstelle erbracht werden können.
- „Klinische Notfallversorgung“ für alle Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf, deren Behandlung wegen des Umfangs der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur mit den Mitteln des Krankenhauses erbracht werden kann. Dies bezieht sowohl die Patientinnen und Patienten ein, die nachfolgend stationär verbleiben, als auch diejenigen, die ambulant behandelt werden können.

Rechtlich problematisch dürfte der vorgesehene gesetzliche Auftrag an die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu sehen sein, den Krankenhäusern Vorgaben zur Bewertung der Dringlichkeit von Behandlungsnotwendigkeiten und Vorgaben zu den Qualitätsanforderungen an das Personal zu machen. Denn die Notfallambulanzen und ihr Personal stehen unter der medizinisch fachlichen Leitung des Krankenhauses.

Durch Anwendung des Verfahrens soll nach der Begründung des Referentenentwurfes eindeutig und für alle Beteiligten verbindlich festgestellt werden, dass es sich um einen ambulant zu behandelnden Notfall nach § 76 Absatz 1 Satz 2 gehandelt hat. Hilfesuchende, die keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, könnten aufgrund des durch die Software vorgegebenen Umfangs der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit schneller identifiziert und haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Abweisung ausgeräumt werden.

Zum einen halten wir die haftungsrechtliche Schlussfolgerung – insbesondere ohne weitergehende Erläuterung, wer ein solches Ersteinschätzungsverfahren durchführen soll - für rechtlich nicht haltbar.

Zum anderen stellt § 76 SGB V zwar klar, dass andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer grundsätzlich nur in Notfällen für eine ambulante Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden dürfen. Das berechtigt aber nicht zur Vorgabe eines KBV-Verfahrens, das darüber hinaus noch Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen sein

soll. Damit würde die KBV einseitig und auch nur für die Krankenhausambulanzen den medizinischen Notfall definieren. Das lehnen wir entschieden ab. Hilfreich wäre vielmehr eine Legaldefinition, was unter einem medizinischen Notfall im Sinne des SGB V zu verstehen ist.

Abrechnungsvoraussetzung für ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus

Voraussetzung für die Vergütung des Krankenhauses für ambulante Notfallbehandlungen soll die Durchführung des von der KBV vorgegebenden Ersteinschätzungsverfahrens sein. Die verpflichtende Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zu Abrechnungszwecken nach Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lehnen wir ab. Hier würde ein zusätzliches Verfahren implementiert werden, das jeder Praxis widerspricht. In der Regel stellt sich erst am Ende eines Notaufnahmeprozesses heraus, ob ein Patient ambulant, stationär oder gar nicht behandlungsbedürftig ist.

Gesundheitsstatistiken

Zu Artikel 15 (Gesundheitsausgaben und –personalstatistikgesetz – GAPSG)

Der Marburger Bund teilt die Auffassung des BMG, dass eine zielgerichtete Gesundheits- und Fiskalpolitik sowie das wichtige Thema der Fachkräftesicherung einer entsprechenden Datenerhebung und –auswertung als Grundlage bedürfen.

Insbesondere könnte die neue Bundesstatistik zum Fachkräftemonitoring in verschiedenen Bereichen einen wichtigen Erkenntnisgewinn liefern.

Dies betrifft angesichts der aktuellen Situation insbesondere die personellen Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu Recht wird in der Begründung des Gesetzentwurfs darauf hingewiesen, dass mit dem Fachkräftemonitoring die Zielsetzung des Koalitionsbeschlusses zur bundesweit einheitlichen Ausweisung des Personals im öffentlichen Gesundheitsdienst auf regionaler Ebene umgesetzt werden könnte. Es wäre nicht nur während der Zeit einer epidemischen Notlage mehr als hilfreich, einen Überblick darüber zu gewinnen, in welchen Gesundheitsämtern und in welchem Ausmaß eine personelle Mangelsituation besteht.

Zudem ist es wichtig, auch in anderen Bereichen über bundesweite Daten zu verfügen, die Auskunft darüber geben, ob ausreichend qualifiziertes medizinisches Personal vorhanden ist und sein wird, um entsprechend planen und die Ressourcen steuern sowie aufbauen zu können.

Dabei sollte das Monitoring aus unserer Sicht nicht schrittweise zunächst nur für Pflegeeinrichtungen erfolgen und erst perspektivisch auf weitere Einrichtungen ausgedehnt werden. Speziell im Gesundheitsbereich besteht der Fachkräftemangel zwar in erster Linie im pflegerischen, aber zunehmend auch im ärztlichen Bereich. Es ist zwar nachvollziehbar, dass man sich Erkenntnisse für die Prozesse des Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen und der Konzentrierten Aktion Pflege erhofft. Man kann aber das Eine tun ohne

das Andere zu lassen. Ein von Anfang an breit aufgestelltes Monitoring, das auch die ärztlichen Fachkräfte umfasst, könnte beispielsweise helfen, die Anerkennungsverfahren für zuwandernde Ärztinnen und Ärzte effizienter und transparenter zu gestalten, indem Schwachstellen wie regionale Engpässe besser erkennbar werden und passgenaue Lösungen entwickelt werden können.

Weitere Regelungen

b) Verpflichtende Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärztinnen und –ärzte

Art. 1, Nr. 26 (§ 95e SGB V) – Berufshaftpflichtversicherung

Der Marburger Bund hatte bereits mit seiner Stellungnahme im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Patientenrechtegesetz den Wunsch nach sachgerechten Vorgaben für die Überprüfung der ärztlichen Haftpflichtpolicen geäußert. Dem hat der Gesetzgeber damals mit der Neuregelung des § 6 Abs. 1 Nr. 5 Bundesärzteordnung nur teilweise Rechnung getragen. Dort ist zwar vorgesehen, dass zumindest „das Ruhen der Approbation angeordnet werden kann, wenn sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder Landesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht“.

Diese Vorschrift hatte für die Praxis aber keine Folgen. Grundsätzlich besteht zwar nach dem jeweiligen Landes- und Berufsrecht aufgrund der Regelungen in den Heilberufe- und Kammergesetzen und den Berufsordnungen der Ärztekammern eine Pflicht des Arztes, sich ausreichend zu versichern. Was ausreichend ist, soll sich aus der Einhaltung der Mindestversicherungssummen nach § 114 VVG ergeben: 250.000 Euro je Versicherungsfall und eine Million Euro für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres. Damit wäre zwar die berufsrechtliche Pflicht erfüllt, der Arzt aber angesichts der steigenden Schadenssummen nicht vollständig abgesichert und der Patient nicht ausreichend geschützt. Daher empfiehlt der Marburger Bund beispielsweise in seinen Musterverträgen für angestellte Ärzte im ambulanten Sektor die Vereinbarung eine Deckungssumme von mindestens 5 Millionen Euro.

Unabhängig von der Problematik der Unterversicherung wird die landes- und berufsrechtlich vorgeschriebene Versicherungspflicht trotz des § 6 Abs. 1 Nr. 5 BÄO weder konsequent kontrolliert noch sanktioniert. Dies liegt zum einen daran, dass der Haftpflichtversicherer der zuständigen Landesärztekammer nur das Ende oder die Änderung einer Versicherung melden muss. Wenn also eine solche nie bestanden hat oder die bestehende nicht geändert wird, läuft die Anzeigepflicht ins Leere. Zum anderen haben die Landesärztekammern keinen Kontrollmechanismus für die berufsrechtliche Pflicht nach § 21 MBO installiert. Da auch die Länder hier untätig geblieben sind, bleibt im Haftungsfall das Risiko der Insolvenz, bzw. ruinöse wirtschaftliche Folgen, und für den nichtsahnenden Patienten die Gefahr, mit seinen Ansprüchen ins Leere zu laufen. Der Marburger Bund begrüßt daher grundsätzlich die gesetzliche Neuregelung in § 95e SGB V.

Allerdings besteht aus unserer Sicht in einigen Aspekten noch Klärungsbedarf:

1. Der Referentenentwurf sieht in § 95e Abs. 2 SGB V eine Mindestversicherungssumme von drei Millionen Euro vor, von der durch Vereinbarung der Bundesärztekammer mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach oben abgewichen werden kann.

Hier stellt sich die Frage, aus welchem sachlichen Grund für die Zukunft unterschiedliche Mindestversicherungssummen auf der einen Seite für den vertragsärztlichen Bereich und auf der anderen Seite für den stationären und privatärztlichen Bereich bestehen sollen. Für diejenigen, die nur den berufs- bzw. landesrechtlichen Regelungen unterfallen, beträgt die Mindestversicherungssumme bei einer Pflichtversicherung nach § 114 VVG lediglich 250 000 Euro je Versicherungsfall. Dies stellt nicht nur eine Ungleichbehandlung für die Ärzte selbst, sondern auch für die betroffenen Patienten dar.

Weiterhin ist nach der gesetzlichen Formulierung nicht klar, ob bei größeren Einheiten wie Medizinischen Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften, in denen neben Vertragsärzten auch angestellte Fachärzte tätig sind, die Mindestversicherungssumme für den Leistungserbringer pro Arzt oder insgesamt zur Verfügung stehen soll.

2. Künftig werden die Zulassungsausschüsse nach § 95e Abs. 3 SGB V neben den Kammern zuständige Stellen nach § 117 Abs. 2 VVG sein. Insbesondere bei Ärzten, die sektorenübergreifend sowohl im vertragsärztlichen als auch im stationären Bereich tätig sind, stellt sich die Frage der Zuständigkeit der Kammern und der Zulassungsausschüsse bei nebeneinander bestehenden landes-, standes- und vertragsärztlichen Versicherungspflichten.

In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, welche Rechtsfolgen aus der Benennung der Zulassungsausschüsse erwachsen können.

Zulassungsausschüsse sind als Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nicht der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung angegliedert, sondern rechtlich und organisatorisch selbständige Behörden, die nun mit vielfältigen weiteren dauerhaften Aufgaben betraut werden sollen. Dies ist insofern bedenklich, als die neuen Aufgaben der Zulassungsausschüsse neben die bisher bestehenden treten und großen bürokratischen Aufwand auslösen werden.

Insbesondere aus einer Verletzung der Pflicht zur Abfrage der Versicherungsnachweise und möglicher Folgen, wie etwa einer unterbliebenen Anordnung des Ruhens der Zulassung, kann sich eine eigene Amtshaftungsproblematik für diejenigen Körperschaften ergeben, die ihre Mitglieder ehrenamtlich in den jeweiligen Ausschuss entsenden.

3. Aus der Begründung ergibt sich, dass ein Haftpflichtversicherungsschutz dann als ausreichend im Sinne von Abs. 1 gelten soll, wenn *aufbauend* auf der jeweiligen Mindestversicherungssumme das *spezifische Haftungsrisiko* des einzelnen „Vertragsarztes“ abgedeckt wird.

Fraglich ist, wie das Merkmal „ausreichend“ im Sinne des Abs. 1 in der praktischen Umsetzung ausgelegt und überprüft wird. In der Begründung zu § 95e Abs. 1 SGB V neu wird zwar darauf hingewiesen, dass Facharztgruppe, Leistungsspektrum, Patientenklientel und ggf. die Hierarchiestufe zu berücksichtigen sein sollen, wobei letzteres Kriterium eher zum stationären Bereich passt.

Wenn aber als Nachweis für das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes lediglich die Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG beim Zulassungsausschuss genügt, wie es Abs. 6 S. 1 suggeriert, ist völlig unklar, wer prüft und sicherstellt, dass der bestehende Versicherungsschutz auch mit dem Umfang der tatsächlichen Tätigkeit übereinstimmt, bzw. ob die genannten Kriterien wie Facharztgruppe, Leistungsumfang etc. berücksichtigt worden sind. Wenn dies die Zulassungsausschüsse nicht in jedem Einzelfall selbst machen und sich statt der Versicherungsbestätigung, in der nur die Versicherungssumme vermerkt ist, die Police selbst vorlegen lassen, können Versicherungslücken weder verhindert noch beseitigt werden. Dies hieße, dass jeder Leistungserbringer, ggf. gemeinsam mit seinem Versicherer für sich entscheidet, welcher Versicherungsschutz ausreichend ist.

Im stationären Bereich führt diese Möglichkeit selbst zu entscheiden dazu, dass viele Krankenhäuser in Zeiten, in denen immer weniger Versicherungsgesellschaften angesichts steigender Haftungssummen und Fallzahlen entsprechende Verträge überhaupt zeichnen wollen und die Prämien bei den wenigen verbleibenden Versicherern steigen, andere Wege suchen bis hin zur sogenannten Selbst-Versicherung, die eigentlich eine Nicht-Versicherung ist, im besten Falle kombiniert mit entsprechender Rückstellungsbildung. Auch für diese Fälle bietet der vorliegende Gesetzentwurf keine Lösung.

Letztlich bleibt die Frage, warum der Gesetzgeber sich nicht entschieden hat, analog beispielsweise der Regelungen im Bereich der Rechtsanwälte als ebenfalls verkammertem Beruf, bereits die Erteilung der Approbation an den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung zu knüpfen.

c) Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung

Art. 1, Nr. 12 (§ 39d SGB V) – Förderung der Kooperation in Hospiz- und Palliativnetzwerken

Der Marburger Bund begrüßt die Stärkung der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Verteilung von Aufbau und Finanzierung der koordinierenden Stellen auf mehrere Verantwortliche einschließlich der Kommunen sowie die vorgesehene Förderung der Netzwerke durch GKV und PKV.

Eine nachhaltige Stärkung von Strukturen in diesem Bereich trägt den Erfordernissen einer alternden Gesellschaft Rechnung und ist auch mit Blick auf eine mögliche Sterbebegleitung unabdingbar.

**d) Medizinischer Dienst (MD):
Regelungen zum Gutachten, Abstimmung der Prüfungen mit den
Heimaufsichten, Mitteilungspflichten an Krankenkassen und
Leistungserbringer und Aufhebung des Verbots zur Drittfinanzierung für
Vertreter der Berufsgruppen im Verwaltungsrat der MD**

Art. 1, Nr. 54, 56 und 57 (§ 275 Abs. 6 SGB V; §§ 276 und 277)

**Formvorschriften bei fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahmen;
Mitteilungspflichten des MD**

Der Marburger Bund erachtet die Regelung des § 275 Abs. 6 SGB V zur Verbesserung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit fallabschließender Stellungnahmen als zielführend.

Bisher gibt es hier bei den MD unterschiedliche Regelungen und Verfahrensweisen. Die Dokumentation der Ergebnisse von Stellungnahmen reichen von "befürwortet/nicht befürwortet" über handschriftliche Notizen bis hin zu kurzen gutachterlichen Stellungnahmen. Mit der nun vorgesehenen Verpflichtung wird eine einheitlichere Regelung angestrebt, die allerdings naturgemäß einen größeren administrativen Aufwand nach sich zieht.

Positiv zu bewerten ist, dass die Vorgabe der Mindestinhalte zu einem einheitlichen Produkt mit definierten Qualitätsmerkmalen führen wird und es weiterhin möglich bleibt, mündlich und ohne bürokratischen Aufwand mit den Krankenkassen zu erörtern, ob ein Vorgang überhaupt zur Begutachtung beauftragt werden soll.

Die in §§ 276 und 277 SGB V neu normierten Mitteilungspflichten dienen in erster Linie der Präzisierung und Klarstellung des bisherigen Vorgehens, ohne dass substantielle Änderungen vorgenommen werden. Die Regelungen sind sinnvoll, da sie dem MD ausreichenden Spielraum lassen und gleichzeitig die Patienteninteressen, insbesondere bei den Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen, ausreichend schützen.

Art. 1, Nr. 58 (§279 Abs. 5 SGB V) – Beschränkung des Finanzierungsverbots

Die Regelung wird von Seiten des Marburger Bundes ausdrücklich begrüßt. Die Zahl der Vertreter, die auf Vorschlag der Landespflegekammern bzw. der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe und der Landesärztekammern benannt werden, ist ohnehin zu gering. Deren Benennung darf nicht noch mit zusätzlichen Hürden wie dem Finanzierungsverbot belastet werden.