



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 23.07.2018

Berlin, 16.08.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs

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

Insbesondere für die konsequente Umsetzung des von der Ärzteschaft geforderten Konzepts zur sektorenübergreifenden Akut- und Notfallversorgung werden hier in einem ersten Schritt wesentliche Weichen gestellt.

Als erfreulich wertet die Bundesärztekammer auch die Vorgabe einer extrabudgetären Vergütung erster ärztlicher Grundleistungen. Hier bleibt zu hoffen, dass eine weitere schrittweise Entbudgetierung angestrebt wird.

Für die Umsetzung der neuen Versorgungsstruktur „Impfungen durch Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst“ fehlte bislang die gesetzliche Grundlage, insbesondere die Möglichkeit zur Schaffung von Abrechnungsstellen. Dies soll nun durch Ergänzung in § 295a SGB V vollzogen werden. Diese gesetzliche Regelung begrüßt die Bundesärztekammer ausdrücklich.

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Neuregelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA), empfiehlt aber dringend, Wahlmöglichkeiten der Versicherten und die Stärkung der Patientensicherheit als wichtige Aspekte mit aufzunehmen. Zu den Bemühungen, die Versorgung zu verbessern, sollte nach Auffassung der Bundesärztekammer auch Ärzten der mobile Zugriff auf digitale Gesundheitsdaten (Notfalldaten, ePA) durch ein Zulassungsverfahren (zum Beispiel durch die gematik) ermöglicht werden.

Als verbesserungsbedürftig sieht die Bundesärztekammer unter anderem die vorgelegten Gesetzesänderungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an. Trotz positiver Ansätze ist es mehr als fraglich, ob durch die vorgesehene Neuregelung einer zunehmenden Konzernbildung wirksam entgegengewirkt werden kann.

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

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

Bei der Bedarfsplanung bleiben die Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Grundlage des in Auftrag gegebenen Gutachtens sowie die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung und das damit verbundene Konzept einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung abzuwarten. Die Bundesärztekammer spricht sich ausdrücklich für eine sektorenübergreifende Perspektive der Bedarfsplanung mit einer patientenorientierten Flexibilisierung der Planungsbereiche und Regionalisierung der Versorgung aus. Die sektorenübergreifende Expertise, die neutrale Position und die Definitionskompetenz der ärztlichen Weiterbildungsinhalte der

Bundesärztekammer und der Landesärztekammern sollten genutzt werden, indem sie in die Weiterentwicklung und, im Rahmen sektorübergreifender Landesgremien, Ausgestaltung der Bedarfsplanung einbezogen werden.

## **2. Vorbemerkung**

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

Unter (4.) werden zusätzliche Gesetzesänderungen vorgeschlagen, die aus Sicht der Bundesärztekammer in den Entwurf des TSVG mit aufgenommen werden sollten.

## **3. Stellungnahme im Einzelnen**

### **3.1 Präexpositionsprophylaxe**

#### ***Zu Nummer 10 (§ 20j SGB V neu)***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

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

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

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

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In Teil B (Besonderer Teil) der Begründung zum Gesetzentwurf sollte unter „Zu Nummer 10 (§ 20j)“ der vorletzte Satz wie folgt gefasst werden:

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

### **3.2 Kryokonservierung bei Krebserkrankung**

#### ***Zu Nummer 11 (§ 27a Absatz 4 (neu) SGB V – Künstliche Befruchtung)***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtungen soll um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen erweitert werden in Fällen, in denen eine Krebserkrankung zum Fertilitätsverlust führen könnte und eine Kryokonservierung erforderlich ist, um nach der Genesung eine Wiederherstellung der Fertilität bzw. künstliche Befruchtung ermöglichen zu können.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

### **3.3 Terminservicestellen**

#### ***Zu Nummer 35 (§ 75 SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung)***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

- Ab dem 1. April 2019 erweiterte Erreichbarkeit der Servicestellen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117, über 24 Stunden, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr.
- Ab dem 1. April 2019 Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung im Notfall auf Grundlage einer „Priorisierung“ auch während der Sprechstundenzeiten, rund um die Uhr. Die Vermittlung soll entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder in eine Notaufnahme erfolgen. Bei lebensbedrohlichen Notfällen soll der Anrufer an die 112 weitergeleitet werden.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt das hier vorgestellte Konzept einer neuen Servicestelle als wichtigen ersten Schritt zur Umsetzung eines sektorenübergreifenden Konzepts der Notfall- und Akutversorgung sowie zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Der Gesetzentwurf greift wichtige Punkte auf, die sich in den Konzepten der

Bundesärztekammer, des Marburger Bundes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Sachverständigenrates zu diesem Thema wiederfinden.

Zu bedenken ist allerdings, dass die neuen Servicestellen eine gänzlich neue Personalstruktur erfordern, da die TSS von einer rein administrativen Tätigkeit der Terminvermittlung in eine Funktion im Rahmen der Patientenversorgung überführt werden sollen, bei der eine Einschätzung von Behandlungsdringlichkeit und geeigneter Versorgungseinrichtung vorgenommen wird. Für diese Aufgabe muss gewährleistet sein, dass innerhalb des engen Zeitrahmens (bis 01.04.2019) ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht.

Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts ist ein standardisiertes, validiertes Ersteinschätzungsinstrument, das insbesondere zur Identifikation potentiell lebensbedrohlicher Situationen geeignet ist, sodass keine Patientengefährdungen entstehen. Hier ist die Abstimmung der an der Versorgung der ambulanten Notfallpatienten beteiligten Akteure, insbesondere auch der Krankenhäuser von großer Bedeutung, um ein einheitliches Vorgehen in allen Versorgungsstrukturen zu gewährleisten.

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

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

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

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Einfügung einer neuen Nummer 35 Buchstabe a Doppelbuchstabe nn:

nn) Nach Satz 16 wird folgender Satz 17 eingefügt:

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

### **3.4 Fehlverhaltensbekämpfungsstellen**

#### **Zu Nummer 38 und 73 (§ 81a Absatz 3b und § 197a Absatz 3b): Informationsaustausch zwischen „Fehlverhaltensbekämpfungsstellen“ und Ärztokammern**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit § 81a Absatz 3b und § 197a Absatz 3b SGB V-E sollen Rechtsgrundlagen für den Datenaustausch zwischen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen und ihrer Landesverbände mit anderen Stellen geschaffen werden bzw. eine gesetzliche Klarstellung erfolgen (Begründung zum RefE, S. 96 f., 123 f.). Diese Fehlverhaltensstellen dürfen nach den Neuregelungen personenbezogene Daten an die Zulassungsausschüsse sowie an die für die Abrechnungsprüfung und die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zuständigen Stellen bzw. an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist ein zentrales Anliegen der Landesärztekammern und Gegenstand ihrer Tätigkeit. Die Landesärztekammern erlangen im Rahmen der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben Anhaltspunkte zu Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Anlässlich einer berufsrechtlichen Würdigung können sich Indizien z. B. aufgrund von Hinweisen an die Landesärztekammern über etwaige Verstöße ergeben. Rechtlich sind z. B. die ähnlich ausgestalteten Regelungen des Berufsrechts zur Korruption im Gesundheitswesen (vgl. § 30 ff. MBO-Ä einerseits und §§ 299a/b StGB andererseits) betroffen. Im Rahmen der ihr gesetzlich übertragenen Verantwortung, die Einhaltung berufsrechtlicher Vorschriften zu überwachen, haben die Landesärztekammern mithin – ebenso wie die in § 81a Abs. 3b S. 1 und § 197a Abs. 3b S. 1 SGB V-E genannten Stellen – Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten und die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen anzustreben. Wegen ihrer Aufgaben sind die berufsständischen Kammern im Übrigen auch an den jeweiligen Erfahrungsaustauschen gem. § 81a Abs. 3 SGB V sowie § 197a Abs. 3 SGB V zu beteiligen.

Daher ist zwischen den „Fehlverhaltensstellen“ und den Landesärztekammern ebenfalls ein sinnvoller Informationsaustausch geboten, denn ohne eine valide Datengrundlage und ohne die Möglichkeit des Austausches von Erkenntnissen besteht die Gefahr, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen infolge von Informationsdefiziten unentdeckt bleibt und eine berufsrechtliche Ahndung nicht erfolgen kann. Informationen, welche die „Fehlverhaltensstellen“ erlangen, sind damit für die Erfüllung der Aufgaben der Kammern von Bedeutung. Durch Ermöglichung des Informationsaustauschs mit den Landesärztekammern werden entsprechend dem gesetzgeberischen Anliegen „alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern“ (Begründung zum RefE, S. 123) genutzt.

Aus „besonderen Vorschriften zu anderen Stellen“ oder den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-DSGVO in Verbindung mit §§ 67d ff. SGB X ergeben sich solche Befugnisse zum Datenaustausch mit den Landesärztekammern nicht, sodass es einer Regelung bedarf.

##### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

In § 81a Abs. 3b S. 1 SGB V-E sollte nach den Worten „Vertragsärzten obliegenden“ die Worte „und den berufsrechtlichen“ eingefügt werden.

In § 197a Abs. 3b S. 1 SGB V-E sollte nach den Worten „Leistungen zuständigen Stellen“ die Worte „und die berufsständischen Kammern“ eingefügt werden.

### **3.5 Extrabudgetäre Vergütung**

#### ***Zu Nummer 41 (§ 87a SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Folgende Leistungen sollen zukünftig extrabudgetär vergütet werden:

- Nach Vermittlung durch die Terminservicestellen erbrachte Leistungen, allerdings nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und „weiteren vergleichbaren Fällen“
- Vermittlung eines Behandlungstermins beim Facharzt durch Hausärzte
- Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten
- Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für neue Patienten
- Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hatte die Politik bereits aufgefordert, in einem ersten Schritt die extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Grundleistungen im ambulanten Bereich zu realisieren, um sukzessive zu einem entbudgetierten System mit festen sowie kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen zu kommen. Insbesondere auch die extrabudgetäre Vergütung ambulanter Notfallleistungen als Baustein eines sektorenübergreifenden Gesamtkonzeptes ist von großer Bedeutung und wird hier, wie vom Ärztetag gefordert, in einem ersten Schritt realisiert.

### **3.6 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**

#### ***Zu Nummer 47 (§ 95 SGB V)***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

Nach § 95 Absatz 1a können MVZ derzeit von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, von gemeinnützigen Trägern oder von Kommunen gegründet werden. Die Gründung von MVZ durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen soll auf fachbezogene MVZ beschränkt werden.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Mit den Regelungen zu einer Beschränkung nichtärztlicher Dialyseleistungen auf fachbezogene MVZ wird punktuell einer versorgungspolitisch unerwünschten Entwicklung entgegengewirkt. Bei MVZs bilden sich verstärkt konzernartige Strukturen, häufig in der Hand renditeorientierter Unternehmen. Dies birgt die Gefahr, dass nicht mehr die allein unter

medizinischen Gesichtspunkten bestmögliche Versorgung von Patienten im Vordergrund steht, sondern die Gewinnmaximierung der hinter MVZs stehenden Konzerne.

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

Es ist positiv zu bewerten, dass der Entwurf diese Entwicklung zur Kenntnis nimmt und ihr punktuell entgegenwirkt. Die Beschränkung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen wird jedoch die mit der Renditeorientierung der Kapitalgeber verbundenen Risiken für die Versorgung nicht beseitigen und die beschriebene Entwicklung weder aufhalten noch rückgängig machen. Dies wird perspektivisch eine Rückbesinnung auf den eigentlichen Zweck von MVZ und die dazu notwendigen Strukturen erfordern: Eine Verbesserung der Versorgung von Patienten durch den Zusammenschluss von Ärzten (vor allem auch unterschiedlicher Fachrichtungen), die dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet sind. Es werden Regelungen zu prüfen sein, um die Anzahl von Ärzten in MVZ und damit ihre Größe auf ein sinnvolles Maß zu beschränken und um den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug durch Vorgaben zu Geschäftsanteilen und Stimmrechten zu begrenzen. Eine zeitliche Begrenzung der Zulassung von MVZ und die Versorgungsnotwendigkeit sowie der Erhalt der Versorgungsvielfalt als Zulassungsvoraussetzung für MVZs sind dabei wichtige Aspekte. Ebenso stellt sich die Frage, wie verhindert werden kann, dass sich MVZ freie Sitze durch überhöhte Kaufpreise sichern können.

Um den Gesetzgeber in die Lage zu versetzen, diese Entscheidungen auf einer fundierten Tatsachengrundlage zu treffen, schlägt die Bundesärztekammer eine wissenschaftliche Analyse der (wirtschaftlichen) Strukturen von MVZ vor, insbesondere zur Frage, wer wirtschaftlich von den MVZ profitiert und wie sich diese Strukturen auf die Versorgung auswirken.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer schlägt folgende neue Nummer 47 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 95 Absatz 1b SGB V) vor:

cc) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit untersucht bis zum 31.12.2019 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards die Strukturen der Medizinischen Versorgungszentren, insbesondere unter Berücksichtigung der auch mittelbaren wirtschaftlichen Beteiligungen daran und des tatsächlich erbrachten Leitungsspektrums, sowie deren Auswirkungen auf die Versorgung und auf andere Leistungserbringer.“



### **3.7 Zulassungsausschüsse, Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen**

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

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

###### *§ 96 Zulassungsausschüsse*

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Landesbehörden ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen erhalten, das dem Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen nach §90 entspricht, dabei jedoch um das Recht ergänzt wird, zusätzliche Zulassungen in ländlichen Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen zu beantragen.

###### *§ 101 Bedarfsplanung*

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

###### *§ 103 Zulassungsbeschränkungen*

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

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

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

###### *Zu den Änderungen in § 101 SGB V:*

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 15. Februar 2018, in Kraft getreten am 12. Mai 2018, wird in § 6 Absatz 1 Bezug auf das Weiterbildungsrecht genommen. Demnach erfolgt die Bestimmung der Arztgruppen nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO).

In der MWBO wird ausweislich § 2 Absatz 1 Satz 1 ein Gebiet als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. Der Begriff „Fachrichtung“ hat damit einen übergreifenden Bezug. In der Systematik der MWBO erfolgt eine Gliederung in Gebiete und innerhalb der Gebiete ggf. in die jeweiligen Facharzt- bzw. Schwerpunktkompetenzen. Dieser Grundsystematik entsprechen auch die Heilberufe- und Kammergesetze sowie die daran angelehnten Weiterbildungsordnungen der Länder.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Es wird angeregt, die Verwendung des Begriffes „Fachrichtungen“ im Änderungsvorschlag für § 101 Absatz 1 SGB V mit der Systematik der MWBO abzugleichen und folgende alternative Formulierung zu verwenden:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festlegen.“

## **3.8 Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

### **Zu Nummer 51 Buchstabe c (§ 105 Absatz 1b)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Patienten dienen, zukünftig *„auch in Form [von] mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnliche[n] Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden“* können.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Formulierung erreicht auf der Ebene des Gesetzestextes eine Detailtiefe, die üblicherweise erst in der Gesetzesbegründung zur Anwendung kommt. So sind Begriffe wie „mobile Praxen“ oder „Patientenbusse“ eher als Beispiele in der Begründung geeignet. Darüber hinaus werden eher der Umgangssprache entlehnte Begriffe – teilweise abweichend von den sonst vom Gesetzgeber gewählten Begriffen – verwendet. So spricht beispielsweise § 27b Absatz 2 Satz 4 SGB V von der „telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung“, § 87 SGB V mehrfach von „telemedizinischen Leistungen“.

Es wird daher empfohlen, statt des umgangssprachlichen Wortes „digital“ das Wort „telemedizinisch“ zu verwenden. Inhaltlich ist die Formulierung widersprüchlich. Einerseits ist die Anforderung an die Einrichtung, dass sie der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Patienten dienen muss, andererseits soll sie in bestimmten Formen erbracht werden können, bei denen es zweifelhaft erscheint, ob diese vom Begriff „unmittelbare medizinische Versorgung“ erfasst werden. Allein das Bereitstellen eines Patientenbusses, der die Patienten zum Arzt bringt, als Form einer Einrichtung zu verstehen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Patienten dient, ist zu hinterfragen. Der Gehalt der Regelung zu KV-eigenen Einrichtungen für die Durchführung digitaler Sprechstunden ist in dieser Form unklar. Soweit eine KV-eigene Einrichtung Videosprechstunden telemedizinisch erbringt (§ 87 Absatz 2a Satz 17), kann sie das wie Vertragsärzte auch, ohne dass es einer Regelung bedarf. Allein das Bereitstellen der (digitalen) Infrastruktur durch die KV dient hingegen kaum der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Patienten. Die Regelung ist allenfalls deklaratorisch, soweit sie sich darauf beschränkt, Leistungen von KV-Einrichtungen aufzuzählen, die diese ohnehin erbringen dürfen. Wenn es hingegen der KV ermöglicht werden soll, die Versorgung von Patienten nicht selbst zu übernehmen, sondern Angebote zu schaffen und organisatorisch-strukturelle Maßnahmen zu ergreifen, die diese Versorgung erst ermöglichen, muss das im Gesetzestext zum Ausdruck kommen. So sollte es der KV auch möglich sein, den Transport von Patienten zu einem Vertragsarzt zu organisieren, ohne dass sie bzw. ihre Einrichtung den Patienten unmittelbar medizinisch versorgt.

Es sollte zudem bereits auf Gesetzesebene klargestellt werden, dass die berufsrechtlichen Regelungen zu den Versorgungsangeboten zu beachten sind.

### C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer schlägt vor, § 105 Absatz 1b SGB V-E wie folgt zu fassen:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können **auch durch Kooperationen oder gemeinsam mit Krankenhäusern** Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. ~~Einrichtungen können auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form mobiler Praxen, Patientenbussen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden.~~ **Sie können die Versorgung unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorgaben durch mobile oder telemedizinische Angebote oder organisatorisch-strukturelle Maßnahmen unterstützen.** In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 getroffen hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen **nach Satz 1 oder zu Angeboten oder Maßnahmen nach Satz 2** verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen nach den §§ 87 bis 87c anzuwenden.“

Die Begründung sollte entsprechend angepasst werden:

„... Einrichtungen können auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern betrieben werden. ~~Zur Flexibilisierung wird klargelegt, dass Einrichtungen auch durch mobile oder digitale Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können.~~ **Ergänzend zum Betreiben eigener Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, wird für die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit geschaffen, mobile oder telemedizinische Angebote zu schaffen oder organisatorisch-strukturelle Maßnahmen zu ergreifen. Sie können dabei die Versorgung, auch soweit dies nicht im Rahmen eigener Einrichtungen geschieht, insbesondere durch das Bereitstellen der Infrastruktur für mobile Praxen oder für digitale Sprechstunden, für Sprechstunden an verschiedenen Orten oder durch Patientenbusse unterstützen. Voraussetzung ist, dass sie dabei die berufsrechtlichen Vorgaben, insbesondere zur Fernbehandlung, beachten.** In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Einrichtungen zu betreiben die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, **mobile oder telemedizinische Angebote bereitzustellen oder organisatorisch-strukturelle Maßnahmen durchzuführen.**“

### 3.9 Elektronische Patientenakte

#### **Zu Nummer 83 (§ 291a SGB V Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur)**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

1. Das elektronische Patientenfach (ePF) wird mit der elektronischen Patientenakte (ePA) begrifflich zusammengeführt
2. Vereinfachung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen (unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung – DSGVO)
3. mobiler Zugriff auf medizinische Daten der ePA auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mittels Smartphone oder Tablet

4. Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen und darüber zu informieren

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

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

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

Dass dieses auch mittels Smartphone oder Tablet des Versicherten (mobiler Zugriff) ermöglicht werden soll, wird positiv eingeschätzt. Ein Verzicht auf ein Kartenlesegerät erhöht die Nutzerfreundlichkeit.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass nach wie vor der Zugriff auf die ePA in einer Leistungserbringerinstitution mittels des Institutionenausweises bzw. des Heilberufsausweises und der eGK des Versicherten erfolgen wird. Ein Nebeneinander verschiedener Authentifizierungsverfahren hätte zu Beeinträchtigungen bei Interoperabilität und Kompatibilität geführt und somit die Akzeptanz, insbesondere für die tagtägliche Nutzung im ärztlichen Alltag, verringert.

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

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

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

Dass Krankenkassen jedoch die einzigen Anbieter sein sollen, ist in einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesen nicht adäquat und schränkt Wahlrechte des Versicherten in einem nicht zu akzeptierendem Maße ein. Der Gesetzgeber sollte daher dem Versicherten einen Rechtsanspruch auf eine ePA gemäß § 291a SGB V gegenüber seiner Kasse garantieren. Dieser Rechtsanspruch sollte dabei die Wahlmöglichkeit für Versicherte umfassen, sich für einen ePA-Anbieter ihrer Wahl (z. B. Krankenkasse, Ärztenetz oder eines

anderen Anbieters) zu entscheiden. Dieses Wahlrecht kann nur dann wirksam werden, wenn die Nutzung der Akte der Krankenkasse wie die Akte eines dritten Anbieters für den Versicherten kostenfrei ist; d. h. das Wahlrecht des Versicherten muss ökonomisch diskriminierungsfrei sein. Diese zur Wahl stehenden Angebote müssen darüber hinaus technisch und organisatorisch für die Patientinnen und Patienten diskriminierungsfrei sein, bis hin zum Datenerhalt bei einem späteren Kassenwechsel. Ziel sollte es sein, dass der Versicherte sich den Anbieter seines Vertrauens aussuchen kann und nicht die ePA seiner Krankenkasse für ihn alternativlos ist.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

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

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

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

## **3.10 Elektronische Patientenakte**

### ***Zu Nummer 84 (§ 291b SGB V Gesellschaft für Telematik)***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

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

### **3.11 Allgemeine Impfungen durch Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Zu Nummer 33 (§ 73a SGB V – hausarztzentrierte Versorgung – Betriebsärzte)**

**Zu Nummer 70 (§ 140a SGB V – besondere Versorgung – Betriebsärzte)**

**Zu Nummer 87 (§ 295a SGB V – Abrechnungsstellen – Betriebsärzte)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

Mit der Neuregelung wird ermöglicht, dass für die Abrechnung von im Rahmen der Verträge der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten, deren Gemeinschaften oder Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e) erbrachte Leistungen das für die hausarztzentrierte (§ 73b) und die besondere Versorgung (§ 140a) etablierte Abrechnungsverfahren angewendet werden kann. Damit wird auch für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 132e mit Einwilligung der betroffenen Versicherten die Möglichkeit der Einschaltung einer zentralen Abrechnungsstelle auf Leistungserbringerseite eröffnet. Dies erleichtert die Umsetzung dieser Verträge, weil die Abwicklung über eine zentrale Stelle weniger aufwendig und wirtschaftlicher ist, als eine Abrechnung der einzelnen Ärzte mit jeder der beteiligten Krankenkassen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

§ 132e SGB V besagt, dass präventiv tätige Ärztinnen und Ärzte, wie Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, zusätzlich zu den Hausärzten, allgemeine Schutzimpfungen auf Kosten der GKV durchführen können. Für die Umsetzung dieser neuen Versorgungsstruktur „Impfungen durch Betriebsärzte und Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst“ fehlte bislang die gesetzliche Grundlage, insbesondere die Möglichkeit zur Schaffung von Abrechnungsstellen. Hintergrund ist die vom Gesetzgeber gewünschte Erhöhung der Durchimpfungsquote in der Bevölkerung. Dies wird nun durch die Ergänzung in § 295a SGB V mit dem TSVG (Punkt 33, 70 und 87) vollzogen.

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

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

*§ 132f SGB V (Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte)*

Darüber hinaus weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass die Lebens- und Arbeitswelt in den Betrieben und den Unternehmen das größte Präventionssetting sowohl für Maßnahmen im Rahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention darstellt. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund sind mit dem Präventionsgesetz die Betriebsärzte auch im SGB V zu wichtigen Akteuren der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention geworden. Die Bundesärztekammer hat zuletzt im Rahmen ihrer Stellungnahme zur Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nachdrücklich gebeten, Betriebsärzte in die GU-RL gemäß neuer Gesetzeslage (§ 132f SGB V) aufzunehmen und so eine Kostenerstattung der erbrachten

Leistung durch die GKV zu ermöglichen. § 132 f SGB V enthält eine in Bezug auf die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Absatz 1 sowie in Bezug auf Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Präventionsempfehlungen, Empfehlungen medizinischer Vorsorgeleistungen und die Heilmittelversorgung § 132e SGB V entsprechende Regelung. Damit eine Kostenerstattung effizient mit Hilfe externer Dienstleister abgerechnet werden kann, ist es konsequent, nicht nur § 132e SGB V, sondern ebenfalls § 132f SGB V redaktionell in den Text von § 295a aufzunehmen.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

*Zu § 132e SGB V*

Die Bundesärztekammer schlägt folgende Fassung von Nummer 87 des Entwurfs vor:

87. § 20i SGB V wird wie folgt geändert:

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

*Zu § 132f SGB V*

Die Bundesärztekammer schlägt folgende Fassung von Nummer 87 des Entwurfs vor:

87. § 295a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.

b) Im Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.

## **3.12 Qualitätssicherungsdaten**

### **Zu Nummer 88 (§ 299 Absatz 1 SGB V)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 299 Absatz 1 wird ein Satz angefügt, nach dem Leistungserbringer ihnen zum Zweck der Qualitätssicherung übermittelte versichertenbezogene Daten mit den ihnen bereits vorliegenden Daten unter Herstellung des Versichertenbezugs zusammenführen dürfen, sofern dies in den entsprechenden Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA vorgesehen ist.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der Änderung wird zugestimmt.

Mit der sektorenübergreifenden Erhebung von Qualitätssicherungsdaten soll es ermöglicht werden, die Ergebnisqualität der Versorgung auch über größere Zeiträume zu erfassen. Dazu werden versichertenbezogene Daten aus unterschiedlichen Quellen, z. B. von einem vorbehandelnden Leistungserbringer einerseits und einem nachbehandelnden Leistungserbringer bzw. von der zuständigen Krankenkasse andererseits zusammengeführt.

Bislang war es dem vorbehandelnden Leistungserbringer nicht möglich, Einsicht in die Ergebnisdaten der Behandlungen seiner Patienten zu erhalten und diese im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu nutzen. Mit der Ergänzung wird diese bedeutende Regelungslücke geschlossen.

### **3.13 Elektronische Patientenakte**

#### **Zu Nummer 89 (§ 305 SGB V – Auskünfte an Versicherte)**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Sozialdatenschutz (z. B. bei der ePA): Befugnis zur Übermittlung von Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Krankenkassen an Dritte (z. B. für eine elektronische Patientenakte) auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgeschlagene Regelung ab.

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

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

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

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

Grundsätzlich mahnt die Bundesärztekammer an, dass nicht die Quantität digitaler Patientendaten für eine Verbesserung der Versorgung ausschlaggebend ist, sondern deren Qualität und Validität. Für die medizinische Behandlung nicht relevante, nicht aktuelle oder irreführende Daten in einer ePA sind ein Risiko für die Akzeptanz der ePA bei Ärzten und Patienten.

##### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die Regelung zu streichen.

### **3.14 Änderung des Transfusionsgesetzes**

#### **Zu Artikel 11, Nummer 2, Buchstabe a (§ 18 TFG-E)**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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



## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Den redaktionellen Anpassungen wird zugestimmt, weil sie die langjährig geübte und bewährte Praxis der angemessenen Beteiligung von Sachverständigen bei der Erarbeitung der Hämotherapierichtlinien zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik abbilden und die rechtlichen Regelungen zur Richtlinienerstellung durch die Bundesärztekammer in diesem Schritt vereinheitlichen.

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

### **3.15 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte: Sprechstunden Zu Artikel 13 (§ 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

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

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

##### *Mindestsprechstundenzeiten*

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

[https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper\\_13-2018\\_OEfnungs-und\\_Betriebszeiten.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_13-2018_OEfnungs-und_Betriebszeiten.pdf)

[http://www.kbv.de/media/sp/infas\\_Tabellenband\\_Aerztemonitor2016\\_Haus\\_u\\_Fachaerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Haus_u_Fachaerzte.pdf)

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

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

Praxisnetzen, Dokumentationspflichten, Praxismanagement und die Ausbildung medizinischer Fachangestellter und von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung.

#### *Offene Sprechstunden*

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

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

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

## **4. Ergänzender Änderungsbedarf**

### **4.1 Erstattung von Medikamenten zur Tabakentwöhnung durch die gesetzliche Krankenversicherung**

#### **Zu § 34 Absatz 1 Satz 7 und 8 SGB V**

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

#### **A) Begründung für eine Erstattung durch die GKV**

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

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

#### **B) Ergänzungsvorschlag**

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

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

## **4.2 Harmonisierung von Arzneimittelinformationen**

### **A) Begründung**

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

### **B) Ergänzungsvorschlag**

Die Bundesärztekammer schlägt vor, die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit Informationen zu Arzneimitteln von pharmazeutischen Herstellern, den Bundesoberbehörden und von den Datenbankanbietern einheitlich angeboten und gepflegt werden. Dies betrifft insbesondere einen einheitlichen Wirkstoffnamen, eine einheitliche Definition zur Wirkstärkenangabe und eine eindeutige Wirkstoffnummer für die Wirkstoffverordnung.

## **4.3 Gesetzliche Grundlage für eine „vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit“ („Teilarbeitsunfähigkeit“)**

### **A) Ergänzungsvorschlag**

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

### **B) Begründung**

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

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

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

In Skandinavien wird das Modell der Teilarbeitsunfähigkeit bereits seit Jahren sehr erfolgreich angewandt. In einem Gutachten dazu kommt das IGES zu dem Ergebnis: „Vor dem Hintergrund der geschilderten positiven Erfahrungen der vier nordeuropäischen Länder empfiehlt sich auch für Deutschland bzw. die GKV ein grundlegender Perspektivwechsel, weg von der Arbeitsunfähigkeit als Entweder-Oder-Entscheidung, hin zur Konzentration auf die verbliebene Arbeitsfähigkeit“ (IGES, Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld – Erfahrungen skandinavischer Länder und deren mögliche Übertragbarkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, 2018,

Seite 159f.: [https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e22767/e22769/e22771/attr\\_objs23192/IGES\\_Teilkrankengeld\\_012018\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e22767/e22769/e22771/attr_objs23192/IGES_Teilkrankengeld_012018_ger.pdf)).

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl bereits 2015: „Vergleichbar [zu Schweden] sollte es auch in Deutschland ermöglicht werden, die im Rahmen einer Krankschreibung festgestellte Arbeitsunfähigkeit prozentual zu differenzieren“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten, Sondergutachten 2015, Empfehlung 1, Seite 243, [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/SVR\\_Sondergutachten\\_2015\\_Krankengeld\\_Druckfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/GA2015/SVR_Sondergutachten_2015_Krankengeld_Druckfassung.pdf)).