



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

Berlin, 12.11.2020

Korrespondenzadresse:
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung.....	3
2. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
3. Stellungnahme im Einzelnen.....	5
Zweitmeinungsverfahren.....	5
Zu Artikel 1, Nr. 7: § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V.....	5
Förderung der Koordination in der Hospiz- und Palliativnetzwerken.....	6
Zu Artikel 1, Nr. 12: § 39d SGB V.....	6
Gemeinsamer Bundesausschuss.....	7
Zu Artikel 1, Nr. 25: § 91 Absatz 5 Satz 2 SGB V.....	7
Vertragsärztliche Pflicht zum Unterhalt einer Berufshaftpflichtversicherung.....	7
Artikel 1, Nr. 26: § 95e SGB V-E.....	7
Qualitätsverträge.....	10
Zu Artikel 1, Nr. 28: § 110a SGB V.....	10
Standardisierte Ersteinschätzung.....	11
Zu Artikel 1, Nr. 30: § 120 Absatz 3b SGB V.....	11
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	13
Zu Artikel 1, Nr. 34: § 136a SGB V.....	13
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	14
Zu Artikel 1, Nr. 35: § 136b SGB V.....	14
Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	16
Zu Artikel 1, Nr. 36: § 137 Absatz 2 SGB V.....	16
Pflegepersonalquotienten.....	16
Zu Artikel 1, Nr. 41: § 137j SGB V.....	16
Meldung der Personalausstattung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.....	17
Zu Artikel 5, Nr. 3: § 17d Absatz 9 KHG.....	17
Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen und Vereinbarung auf Bundesebene.....	18
Zu Artikel 6, Nrn. 2 und 4: § 5 Absatz 3b und § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG.....	18

1. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung enthält Änderungen zu unterschiedlichsten Sachverhalten. Die Frist für die Abgabe einer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf beträgt 14 Tage.

Angesichts der für alle im Gesundheitswesen tätigen Organisationen derzeit extrem belastenden und herausfordernden Situation aufgrund der Corona-Pandemie ist diese enge Fristsetzung für die Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Der Referentenentwurf enthält nach Auffassung der Bundesärztekammer auch keine zeitkritischen Inhalte, so dass für die inhaltliche Prüfung und Bewertung der vorgesehenen Änderungen deutlich mehr Zeit hätte eingeräumt werden können. Die Bundesärztekammer erwartet angesichts der aktuellen Herausforderungen die entsprechende Sensibilität, Gesetzesvorhaben mit einer hohen Bedeutung für die Patientenversorgung, die aber nicht zeitkritisch sind, jetzt nicht mit Zeitdruck zu beraten, sondern ausreichend lange Fristen vorzusehen.

Aufgrund der engen Fristsetzung konzentriert sich die Bundesärztekammer auf einige wesentliche Änderungen, ohne dass hiermit ein Einvernehmen mit den weiteren Regelungsvorschlägen einhergeht.

2. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Solange nicht grundsätzlich geklärt ist, nach welchen Regeln die sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Notfallversorgung ausgestaltet werden soll, ist eine solche Detailregelung, mit der vertragsärztliche Vorgaben in den Notaufnahmen der Krankenhäuser eingeführt werden sollen, abzulehnen. Die Einführung eines verbindlichen Ersteinschätzungsinstrumentes im KV-Bereich (z. B. bei Nutzung der Notfallnummer, Portalpraxen, Notdienstpraxen) ist sinnvoll, aber durch die Selbstverwaltung bereits in Realisierung. Es bedarf keiner gesetzlichen Detailregelung, vielmehr würde eine solche der unkomplizierten Weiterentwicklung und Anpassung an den medizinischen Fortschritt entgegenstehen. In den Notaufnahmen sind standardisierte und validierte Instrumente zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit etabliert und gemäß den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c SGB V auch verpflichtend. Hier bedarf es keines zusätzlichen Instrumentes. Die vorgesehene Regelung ist aus Sicht der Bundesärztekammer daher abzulehnen.

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

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

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

3. Stellungnahme im Einzelnen

Zweitmeinungsverfahren

Zu Artikel 1, Nr. 7: § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine Mengenvorgabe, für die es zudem an einer Herleitung fehlt, bedeutet weitere Bürokratie, ohne dass bislang ein Mehrwert der bestehenden Zweitmeinungsverfahren für die Versorgung belegt ist. Die Mengenvorgabe ändert zudem nichts an dem ohnehin

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Förderung der Koordination in der Hospiz- und Palliativnetzwerken

Zu Artikel 1, Nr. 12: § 39d SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

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

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Artikel 1, Nr. 25: § 91 Absatz 5 Satz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Klarstellung wird begrüßt.

Vertragsärztliche Pflicht zum Unterhalt einer Berufshaftpflichtversicherung

Artikel 1, Nr. 26: § 95e SGB V-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Regelung sollen Vertragsärzte sozialrechtlich verpflichtet werden, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Die Mindestversicherungssumme soll drei Millionen Euro pro Versicherungsfall betragen und auf das Dreifache der Mindestversicherungssumme im Jahr für alle Leistungen eines Versicherungsnehmers begrenzt werden können. Diese Pflicht soll im gleichen Umfang für medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten gelten. Vertragsärzte sollen verpflichtet werden, das Bestehen des Versicherungsschutzes gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, der zuständige Stelle nach § 117 Absatz 2 VVG werden soll.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

Eine zusätzliche vertragsärztliche Verpflichtung und die damit verbundene zusätzliche Nachweispflicht würde zu einem Mehraufwand für Ärzte und Versicherungen und zu einer Doppelzuständigkeit auf Verwaltungsebene führen, die im Versicherungsvertragsgesetz nicht angelegt ist. Denn das Versicherungsvertragsgesetz sieht eine Nachhaftung nur vor, wenn die Beendigung des Versicherungsverhältnisses „der hierfür zuständigen Stelle“ nicht mitgeteilt wurde. Mehrere zuständige Stellen sind nicht vorgesehen; eine Änderung des § 117 VVG sieht der Referentenentwurf nicht vor. Daher dürften die von den Bundesländern getroffenen Zuständigkeitsregelungen nach Art. 31 GG verdrängt werden.

Mit der Vorgabe des VVG, die zuständige Stelle zu bestimmen, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass das deutsche Recht eine klare Verwaltungszuständigkeit erfordert. So führt

das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 07.10.2014 – 2 BvR 1641/11 aus, dass die Anforderungen des Demokratieprinzips sich insoweit mit dem Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit berühren, als dieser mit Blick auf die Verwaltungsräume von Bund und Ländern und im Interesse eines effektiven Rechtsschutzes eine klare und auf Vollständigkeit angelegte Zuordnung von Kompetenzen der handelnden Staatsorgane gebietet. Auch das Rechtsstaatsprinzip verlangt mit Blick auf die maßgebliche Sicht des Bürgers zuallererst Klarheit der Kompetenzordnung.

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

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

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

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

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass die Regelung – wie übrigens auch im anwaltlichen Berufsrecht – nicht eindeutig ist. Sie lässt es einerseits zu, dass eine Versicherung abgeschlossen wird, die einen Versicherungsfall im Jahr mit einer Versicherungssumme von 9 Millionen Euro absichert und andererseits eine Versicherung, die drei Versicherungsfälle mit einer Versicherungssumme von jeweils 3 Millionen Euro abdeckt. Es wird davon ausgegangen, dass letzteres Verständnis im Referentenentwurf zum Ausdruck gebracht werden sollte.

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

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Artikel 1 Nummer 26 wird wie folgt gefasst:

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

„95e Haftpflichtversicherung von medizinischen Versorgungszentren

- (1) Medizinische Versorgungszentren, in denen nicht nur Vertragsärzte tätig sind, sind verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus dem Versorgungsauftrag ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.
- (2) Die Mindestversicherungssumme beträgt drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen bei bis zu drei vollen Versorgungsaufträgen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden, wobei die Versicherung für mindestens drei Versicherungsfälle eintreten muss. Verfügt das medizinische Versorgungszentrum über bis zu sechs Versorgungsaufträge, verdoppelt sich der in Satz 2 genannte Betrag; werden mehr als sechs Versorgungsaufträge wahrgenommen, ist der erste Halbsatz entsprechend anzuwenden.
- (3) Der Träger des medizinischen Versorgungszentrums hat bei Stellung des Antrags auf Zulassung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses diesem gegenüber das Bestehen eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nachzuweisen. Er ist verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss das Nichtbestehen, die Beendigung sowie Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können, unverzüglich anzuzeigen. Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.
- (4) Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Haftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Träger des medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz auf. Kommt dieser der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich, im Falle der bevorstehenden Beendigung des Haftpflichtversicherungsschutzes nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses, nach, hat

der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz zu beschließen. Der Träger des medizinischen Versorgungszentrums ist zuvor auf die Folge des Ruhens der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs des Bescheides des Zulassungsausschusses bei dem Träger des medizinischen Versorgungszentrums, mit dem das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes festgestellt wird.

- (5) Die Zulassungsausschüsse fordern die Träger der in ihrem Zuständigkeitsbereich zugelassenen medizinischen Versorgungszentren bis zum [neun Monate nach Inkrafttreten] erstmalig dazu auf, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetzes innerhalb einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen sie der Aufforderung nicht nach, gilt Absatz 4 entsprechend.“

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

Qualitätsverträge

Zu Artikel 1, Nr. 28: § 110a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Anzahl der zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern abgeschlossenen Qualitätsverträge zu steigern, soll die Verbindlichkeit der gesetzlichen Vorgaben erhöht werden. Aus der Soll-Regelung wird eine Pflicht für die Krankenkassen, Qualitätsverträge zu erproben. Eine Verlängerung der Vertragslaufzeiten soll das Verhältnis zum Implementierungsaufwand und Evaluationsmöglichkeiten verbessern. Krankenkassen, die bei der Erprobung von Qualitätsverträgen wenig Engagement zeigen, sollen die dafür nicht aufgewendeten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abführen müssen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

Covid-19-Pandemie extrem herausfordernden und belastenden Situation für die Krankenhäuser der mit der Erprobung der Qualitätsverträge einhergehende Aufwand tatsächlich erforderlich ist. Vor einer weiteren Ausweitung der Qualitätsverträge sollte die bereits bei Einführung geplante Evaluation der Wirksamkeit abgewartet werden. Zu warnen ist ausdrücklich vor weiteren bürokratischen Belastungen der patientenversorgenden Berufsgruppen.

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

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

Standardisierte Ersteinschätzung

Zu Artikel 1, Nr. 30: § 120 Absatz 3b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Willen des Gesetzgebers soll als Abrechnungsvoraussetzung und zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit eine standardisierte Ersteinschätzung in den „Notfallambulanzen“ der Krankenhäuser durchgeführt werden. Für diese Ersteinschätzung soll die KBV im Benehmen mit der DKG und dem GKV-SV bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen aufstellen. Diese Vorgaben sollen auch das Nähere zu einem Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung zum Zwecke der Abrechnung und gegenüber der Terminservicestelle (da diese Patienten für eine Terminvergabe bei einem Facharzt keine Überweisung benötigen sollen) beinhalten.

Mit diesen Regelungen soll zum einen die bereits nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geltende Vergütung ambulanter Notfalleistungen im Krankenhaus in die Rechtsnorm übernommen werden. Zum anderen soll die Vergütung unter die Bedingung gestellt werden, dass im Krankenhaus eine Ersteinschätzung nach Vorgaben der KBV durchgeführt wurde. Ziel sei eine bessere Koordination, mit der vermieden werden solle, dass Behandlungskapazitäten am Krankenhaus gebunden werden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt. Das Verfahren soll in die Verantwortung der KBV gelegt werden, da das Regelungsziel sei, die vertragsärztlich zu versorgenden Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuführen. Aus Sicht des Gesetzgebers würde durch das Ersteinschätzungsverfahren „eindeutig und für alle Beteiligten verbindlich festgestellt, dass es sich um einen ambulant zu behandelnden Notfall nach § 76 Absatz 1 Satz 2 gehandelt hat. Hilfesuchende, die keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, können aufgrund des durch die Software vorgegebenen Umfangs der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit schneller identifiziert und haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Abweisung ausgeräumt werden.“

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Da in der Notaufnahme zumeist mehr Patienten auf eine Behandlung warten, als sofort ärztlich versorgt werden können, wird die Behandlungsdringlichkeit der Patienten in den Notaufnahmen der meisten Krankenhäuser bereits regelhaft anhand standardisierter Ersteinschätzungsverfahren zur Behandlungsdringlichkeit festgelegt und dokumentiert. Nach den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V muss in Krankenhäusern, die die

Voraussetzungen für das Stufenkonzept erfüllen, bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten ein strukturiertes und validiertes System zur Anwendung kommen, mit dem spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität vorgenommen wird. Die Behandlungspriorität bezieht sich dabei auf den Zeitpunkt des Erstkontaktes mit einem Arzt bzw. einer Ärztin.

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

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

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine bundesweit einheitliche und standardisierte Ersteinschätzung für die an Notaufnahmen angegliederten Portalpraxen/Notdienstpraxen wünschenswert, die Validität eines solchen Systems sollte nachgewiesen sein. Es ist aus den genannten Gründen jedoch nicht sachgerecht, in den Notaufnahmen der Krankenhäuser eine die für dieses Notfallversorgungssetting geltende Ersteinschätzung zusätzlich einzuführen. Dies würde den administrativen und personellen Aufwand erhöhen, ohne den Patientinnen und Patienten einen Versorgungsvorteil zu bieten. Im Gegenteil würde der Verzicht auf ein Ersteinschätzungsinstrument, das den Anforderungen der Krankenhausnotaufnahme entspricht, zu Gunsten des für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich entwickelten Instrumentes die Gefahr von Fehleinschätzungen erhöhen. Die Regelung verkennt zudem, dass eine ex-ante Zuordnung von Patienten in „ambulant“ und „stationär“ in vielen Fällen nicht möglich ist. Die verpflichtende Einführung einer von vertragsärztlicher Seite konzipierten, zusätzlichen Ersteinschätzung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu Abrechnungszwecken ist eine unnötige bürokratische Hürde, gefährdet durch die zeitliche Verzögerung und die potenzielle Fehleinschätzung die Patientensicherheit und trägt nicht zu einem kooperierenden Miteinander der Sektoren bei.

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

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Zu Artikel 1, Nr. 34: § 136a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen, soll der G-BA beauftragt werden, für seine Richtlinien zur Qualitätssicherung einheitliche Regelungen zur Information der Öffentlichkeit, insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche über die Erfüllung von Qualitätskriterien, vorzugeben. Die Regelung betrifft zugelassene Krankenhäuser, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen. Bestehende Regelungsaufträge wie die Qualitätsberichte nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie das geplante Qualitätsportal nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 sollen dadurch ergänzt werden. Grundlage der vergleichenden Darstellung sollen sämtliche Daten sein, die für die Richtlinien des G-BA nach der Maßgabe von § 299 SGB V für Zwecke der Qualitätssicherung erhoben werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

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

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Zu Artikel 1, Nr. 35: § 136b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Qualitätsverträge:

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

Mindestmengen:

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

Qualitätszu- und -abschläge:

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu Qualitätsverträgen:

Der bislang zögerlichen Realisierung von Qualitätsverträgen mit einer bloßen Erweiterung der Zahl der Leistungsbereiche zu begegnen, wird als nicht zielführend erachtet. Vielmehr wäre zunächst zu eruieren und - im Sinne der Transparenz - offenzulegen, in welchen

Bereichen und welcher Anzahl bislang Qualitätsverträge geschlossen wurden und welche Barrieren der Umsetzung sich gezeigt haben. Auf Basis dieser Erkenntnisse sollte über das weitere Vorgehen entschieden werden.

zu Mindestmengen:

Die Ausweitung und Verschärfung der bestehenden Mindestmengenregelungen werden ebenfalls kritisch gesehen. Einerseits hat die zugrundeliegende Wahrnehmung, wonach die Regelungen der Bundesebene in den Ländern eher uneinheitlich zur Anwendung kamen, eine gewisse Berechtigung. Insofern wäre den Klarstellungen zugunsten einheitlichen Handelns und damit auch mehr Orientierungssicherheit für Patientinnen und Patienten zuzustimmen. Dies setzte aber voraus, dass Mindestmengen ein anerkanntes Instrument der Qualitätsförderung wären, und die Anwendung eine überwiegend positive Bilanz mit Blick auf erzielte Qualitätsverbesserungen resultieren ließe. Dies ist aber bekanntlich nicht der Fall, zumindest nicht in der gewünschten Eindeutigkeit der Evidenz. Entsprechend herrscht hierzu auch kein Konsens; und dies nicht nur aus (erwartbarer) Sicht der Krankenhausträger. Die Verpflichtung der Krankenkassen, im Zweifel die Prognosen der Krankenhäuser zu widerlegen, wird eher zur Steigerung einer Misstrauenskultur beitragen. Das Antragsrecht des BMG bestätigt nicht nur die nachrangige Rolle wissenschaftlicher Evidenz gegenüber ordnungspolitischer Gestaltungsmacht, sondern bedeutet ein weiteres Vordringen des Staates in die Obliegenheiten der Selbstverwaltung. Mit dem Argument der Abwägung bestehender Evidenz für die Festlegung einer Mindestmenge gegen den Schutz des Grundrechts der Patientinnen und Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit ließe sich universell jedweder staatliche Eingriff auf Kosten der Evidenz legitimieren. Dies ist eine sehr bedenkliche Entwicklung. Zusätzlich muss bedacht werden, dass derartige Regelungen immer weiter in die Planungshoheit der Länder eingreifen. Dabei haben die Länder bei ihre Krankenhausplanung die regionalen Gegebenheiten und die Notwendigkeit einer gestuften wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung zu beachten. Völlig außer Acht gelassen werden die weiter an Bedeutung zunehmenden Möglichkeiten der Telekonsile und der digitalen Vernetzungsmöglichkeiten, die althergebrachte und vereinfachende Annahmen zu Mindestmengen weiter verändern werden. Auch hier bietet sich an, Ressourcen eher in den Ausbau solcher Möglichkeiten zum Nutzen einer hochwertigen flächendeckenden Versorgung zu lenken.

zu Qualitätszu- und -abschlägen:

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Änderungsvorhaben zu § 136b Absatz 4.

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

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

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zu Artikel 1, Nr. 36: § 137 Absatz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die 100-prozentige Dokumentationspflicht für Krankenhäuser ist von jeher Ausdruck des Misstrauens und Teil der Kontrollbürokratie. Die Ausdehnung auf den vertragsärztlichen Bereich steigert diese Auswüchse. An dieser Stelle bedeutet die sektorenübergreifende Qualitätssicherung keinen Fortschritt. Zudem haben die nun mehrjährigen Erfahrungen mit der Regelung in der externen stationären Qualitätssicherung gezeigt, dass eine 100-prozentige Vollständigkeit der Dokumentation in der Versorgungspraxis gar nicht realisierbar ist und der jeweils geforderte Nachweis, dass ein Krankenhaus im Einzelfall kein Verschulden an einer Unterdokumentation trägt, zu erheblichem administrativen Aufwand führt. Eine Ausdehnung dieser Regelung auf den vertragsärztlichen Bereich verbietet sich, da der Aufwand wegen der hohen Zahl ambulanter Besuche noch aufwändiger und methodisch komplizierter wäre.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Pflegepersonalquotienten

Zu Artikel 1, Nr. 41: § 137j SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Krankenversicherung erstmals für das Jahr 2020 Sanktionen (Vergütungsabschläge oder Fallzahlverringerungen) vereinbaren.

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

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

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

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

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

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der neuen Sätze 9 und 10.

Meldung der Personalausstattung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtet werden, die Daten zum insgesamt beschäftigten Pflegepersonal und zum unmittelbar in der Patientenversorgung beschäftigten Pflegepersonal (Pflege am Bett) gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zu erfassen und an das InEK zu

übermitteln, nachdem die zusätzliche Übermittlung der Behandlungsbereiche nach PsychPV gestrichen wird. Diese Daten würden vom InEK für die Ermittlung des Pflegepersonalquotienten gemäß § 137j SGB V erfasst. Diese Vorschrift stammt aus dem Geltungsbereich des KHEntgG bzw. somatischer Fachabteilungen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

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

Auch und gerade für die Versorgung von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen wäre die Entwicklung von Personalanzahlzahlen, die sich am Versorgungsbedarf der Patienten orientieren und welche alle beteiligten Berufsgruppen umfassen, sinnvoll. Die Bundesärztekammer weist an dieser Stelle erneut auf das sogenannte Plattformmodell hin, das berufsgruppenübergreifend unter Federführung der DGPPN entwickelt wird und zeigt, dass ein solches Vorhaben gelingen kann.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

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

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um klinische Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken und die Zahl der Krankenhäuser, die klinische Sektionen durchführen, zu erhöhen, soll die bisher geltende vertragliche Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle in der bestehenden Obduktionsvereinbarung aufgehoben werden. Den Vertragsparteien der Obduktionsvereinbarung wird eine entsprechende Änderung kurzfristig aufgegeben.

Die Vertragsparteien haben ferner die durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für den jeweils maßgeblichen Zeitraum kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen, um eine angemessene Refinanzierung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung zu gewährleisten und die Planungssicherheit für Krankenhäuser zu verbessern.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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