



**Stellungnahme  
des Marburger Bund Bundesverbandes**

zu dem

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung**  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG, Stand 23.7.2018)

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Tel. 030 746846 – 0  
Fax 030 746846 – 16  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 17.08.2018

## **Einführung**

Der Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) des Bundesministeriums für Gesundheit regelt eine Vielzahl von Einzelthemen, die der besseren Versorgung aller Patienten in Deutschland dienen soll. Spezielle Verbesserungen, auf die einzelne Patientengruppen bereits seit längerer Zeit warten, werden nun normiert.

Der Marburger Bund begrüßt diese Schritte zur Neugestaltung und Verbesserung der ambulanten Versorgungslandschaft mit dem Ziel, dem gesellschaftlichen und demographischen Wandel so frühzeitig Rechnung zu tragen, dass keine dauerhaften strukturellen Defizite entstehen.

Dabei ist es aus Sicht des Marburger Bundes wichtig, insbesondere sektorübergreifende sowie kooperative Ansätze, flankiert von innovativen digitalen Anwendungen, weiter zu festigen und auszubauen. Nur so kann man langfristig den Bedürfnissen der nachwachsenden Mediziner- und Patientengenerationen gerecht werden und eine flächendeckende medizinische Versorgung auch im ländlichen Raum für die Zukunft sicherstellen.

Besonders begrüßt der Marburger Bund die Absicht des Bundesministeriums, die Attraktivität der Medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und dadurch für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und Selbständigkeit im vertragsärztlichen Bereich zu sorgen. Er greift damit eine der zentralen Forderungen des Marburger Bundes auf, dem Wunsch junger Ärztinnen und Ärzte nach einer angestellten Tätigkeit in kooperativen Strukturen Rechnung zu tragen.

Der Marburger Bund weist in diesem Zusammenhang allerdings auch darauf hin, dass sich in einigen Bereichen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Strukturen bilden, die einer Kommerzialisierung und Monopolbildung zunehmend Vorschub leisten. Hier muss eine Balance zwischen gewünschter Flexibilisierung und Eindämmung des Einflusses rein renditeorientierter Investoren gewahrt werden. In manchen Regionen, überwiegend städtischen Ballungszentren, sind bereits jetzt viele Arztsitze desselben Fachgebietes bei einem bestimmten Konzern angesiedelt. Konzentrationsprozesse lassen sich beispielsweise bei Nephrologen, Laborärzten, Radiologen und Strahlentherapeuten, aber zunehmend auch bei Orthopäden, Internisten und Augenärzten beobachten.

Diese Entwicklung erschwert nicht nur die selbständige Niederlassung für den ärztlichen Nachwuchs, sondern macht es insbesondere auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte problematisch, bei einem gewünschten Verbleib in der Region den Arbeitgeber zu wechseln. Auch Patienten sind dadurch in ihrer Wahlfreiheit beschränkt und sehen sich möglicherweise Therapievorschlügen gegenüber, die vornehmlich Umsatz- und Renditeerwägungen folgen. Diesem gefährlichen Trend gilt es durch geeignete Regelungen, auch im SGB V, Einhalt zu gebieten.

## Zu den Regelungen im Einzelnen

### I. Terminservicestellen § 75 Abs. 1a Satz 2 und 3 SGB V

Der Marburger Bund begrüßt die gesundheitspolitische Zielsetzung der Koalition, die Organisation der Notfallversorgung zu verbessern. Er hält eine Neustrukturierung der Notfallversorgung im Sinne einer werteorientierten Patientenversorgung für unabdingbar. Eine solche Strukturreform sollte dem Grundgedanken einer sektorenunabhängigen Herangehensweise folgen. Ein wesentliches Ziel muss es sein, die Notaufnahmen der Krankenhäuser so zu entlasten, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sich um die Patienten kümmern können, die einer raschen Behandlung durch das Krankenhaus auch tatsächlich bedürfen.

Dazu hat der Marburger Bund im Mai 2017 Lösungsansätze aus ärztlicher Sicht vorgestellt und arbeitet derzeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an der Ausgestaltung eines gemeinsamen Konzepts, das Wege zu einer Neuordnung aufzeigt. Deren Eckpunkte wurden im September 2017 veröffentlicht.

Entscheidende Ansatzpunkte sind:

- Zentrierung der Strukturen durch Einrichtung gemeinsamer medizinischer Anlaufstellen durch die Vertrags- und Krankenhausärzteschaft grundsätzlich am Krankenhaus
- Koordinierung der Behandlung durch Vernetzung beider Strukturen auch IT-technisch
- Ersteinschätzung an allen primären Anlaufstellen basierend auf einem einheitlichen System mit medizinisch fachlich geschultem Personal
- Vernetzung aller telefonischen Anlaufstellen
- Angebot der Koordination der über die unmittelbare Notfallbehandlung hinausgehenden, weiteren erforderlichen Versorgung.
- Sicherstellung der erforderlichen Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 jeden Tag rund um die Uhr (24/7) telefonisch und auch online erreichbar sind und in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer offenen Praxis oder einer Notfallambulanz vermitteln.

Der Marburger Bund sieht in dem Ansatz einen wesentlichen Baustein aus dem gemeinsamen Konzept von KBV und MB für eine Neustrukturierung der Notfallversorgung aufgegriffen.

Eine telefonische Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestellen muss aus unserer Sicht allerdings in einem Gesamtkonzept der Neustrukturierung der Notfallversorgung konzipiert und ausgestaltet werden. Vor dem Hintergrund sind die vorgesehenen Regelungen des Referentenentwurfes unzureichend und erfordern zwingend weitere Detailregelungen, um die gewünschte Wirksamkeit zu erreichen:

### **Einheitliche Rufnummer**

Der Referentenentwurf sieht vor, unter der 116117 einen gemeinsamen 24-Stunden-Betrieb für die Notfallversorgung und die Terminservicestelle zu installieren. Auch nach Auffassung des Marburger Bundes sollte es für die ambulante Notfallversorgung nur noch eine telefonische Erstkontaktstelle geben, indem zum Beispiel die bundesweite Bereitschaftsdienstnummer 116117 als zentrale Anlaufstelle ausgebaut wird.

Es wäre allerdings nicht zielführend, die 116117 als neue bundesweit einheitliche Rufnummer für alle Dienste der Terminservicestellen zu installieren. Eine Differenzierung von Notfallversorgung und Terminservicestelle sollte erhalten bleiben und auch für die interne Organisation verpflichtend sein. Es muss erkennbar sein, ob der Anrufer als ein Akutpatient die Terminservicestelle kontaktiert oder die anderen Dienste der Terminservicestelle in Anspruch nehmen möchte. Der Akutpatient darf sich nicht erst an den für ihn richtigen Ansprechpartner der Telefonservicestelle durchfragen müssen. Das kann erreicht werden, indem Anrufe unter 116117 lediglich an die Terminservicestelle und die dort für Akutpatienten zuständigen Mitarbeiter unmittelbar weitergeleitet werden – die Terminservicestelle als solche ihre eigene Nummer hat.

Der Marburger Bund regt eine entsprechende Klarstellung für die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufzustellende Richtlinie zur Umsetzung der einheitlichen Rufnummer an.

### **Verbesserung der zeitlichen Erreichbarkeit**

Der Marburger Bund begrüßt, dass für Akutpatienten die Terminservicestellen für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche erreichbar sein müssen. Durch eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit der Bereitschaftsdienstnummer 116117 kann die Möglichkeit geschaffen werden, Patienten kontinuierlich einen Ansprechpartner in Notsituationen anzubieten. Der Vorschlag des Referentenentwurfes geht – ebenso wie der jüngste Vorstoß des Landes Schleswig-Holstein zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im ärztlichen Notdienst - in die richtige Richtung. Umfragen von Krankenhausgesellschaften legen nahe, dass rund die Hälfte der Patienten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser kommt, wenn Haus- und Fachärzte ihre Sprechstunden abhalten. Die vorgesehene 24/7 Erreichbarkeit der Terminservicestellen trägt daher dazu bei, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten.

## **Übersicht Sprechstundenzeiten**

Die vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte zu informieren, wird begrüßt. Eine solche Übersicht erleichtert eine schnelle Arztfindung im Interesse des Patienten, der ansonsten gegebenenfalls unmittelbar die Notfallambulanz im Krankenhaus aufgesucht hätte.

## **Priorisierung**

Der Referentenentwurf sieht als eine neue Aufgabe der Terminservicestellen vor, dass diese in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung vermitteln sollen. Die Vermittlung soll auf der Grundlage einer Priorisierung entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz erfolgen. Soweit ein lebensbedrohlicher Notfall vorliegt, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

Leider ist dem Referentenentwurf keine weitere Erläuterung zu entnehmen, was unter Priorisierung zu verstehen ist und von wem ein solches System entwickelt werden soll. Der Referentenentwurf verpflichtet in § 75 Absatz 7 SGB V, Satz 1 Nr. 5 (neu) die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen lediglich, „Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen.“

Die Probleme in der Notfallversorgung lassen sich nur gemeinsam lösen – in ärztlicher Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg. Dreh- und Angelpunkt ist eine bundesweit einheitliche Strukturierung des Ersteinschätzungsverfahrens an allen Anlaufstellen.

Deshalb spricht sich der Marburger Bund für ein Triage-System zur Ersteinschätzung der Patienten nach ihrer Behandlungsdringlichkeit aus, das für Rettungsdienste, Notdienstpraxen, Notaufnahmen und für die Rettungsleitstellen gleich ist. Eine einheitliche, rein auf medizinischen Kriterien beruhende Vorgehensweise bei der Ersteinschätzung (also der Symptomabfrage, der Einordnung der Dringlichkeit und der „Zuweisung“ zu einer „Versorgungsform“) erhöht die Akzeptanz der Patienten, reduziert die Möglichkeiten, das System zu umgehen, verkürzt Wartezeiten und verbessert die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Versorgungsebenen. Das bloße Zurückgreifen auf bereits eingesetzte Triage-Systeme wie zum Beispiel „Manchester-Triage“, wäre daher nicht ausreichend.

Ein Priorisierungsverfahren der Terminservicestellen muss aber nicht nur bundesweit einheitlich, sondern auch in ein künftiges System einer gemeinsamen Notfallversorgung integrierbar sein. Die Ersteinschätzung an allen primären Anlaufstellen basierend auf einem einheitlichen System ist ein Kernelement des gemeinsamen Konzeptes von KBV und MB. Ziel ist es, dass die gleiche Ersteinschätzung langfristig sektorenunabhängig unter der KV-Bereitschaftsdienstnummer 116117 wie auch unter

der Notrufnummer 112 stattfindet und - ergänzt um eine Dringlichkeitseinstufung - auch in der Krankenhausnotaufnahme eingesetzt wird. Durch die Kombination eines Systems einer standardisierten Ersteinschätzung mit Vernetzung von Bereitschaftsdienst- und Rettungsdienstnummern können Patienten in die für sie geeignete Versorgungsform geleitet werden.

Das setzt voraus, dass bei der Ersteinschätzung überall die gleiche Sprache gesprochen wird. Wenn die Terminservicestellen auf Grundlage einer Priorisierung die Akutpatienten telefonisch einordnen sollen, muss vom Gesetzgeber sichergestellt werden, dass bei der Ausgestaltung des dazu erforderlichen Ersteinschätzungssystems einheitliche Standards festgelegt werden, die zu einem gemeinsamen Ersteinschätzungsverfahren für alle Anlaufstellen der Notfallversorgung weiterentwickelt werden können.

Dazu schlägt der Marburger Bund folgende Möglichkeiten vor:

- Auftrag an die Ärzteschaft, Eckpunkte für ein sektorenübergreifendes Ersteinschätzungsverfahren gemeinsam zu entwickeln
- Vorgabe der Rahmenbedingungen für eine verbindliche Anwendung.

### **Qualifiziertes Personal**

Der Referentenentwurf weist den Terminservicestellen die Durchführung einer Priorisierung zu, äußert sich allerdings an keiner Stelle zu Quantität und Qualität des dazu erforderlichen Personals. Die Terminservicestellen sind in ihrer gegenwärtigen Funktion auf die bloße Vermittlung von Terminen ausgerichtet und von den Kassenärztlichen Vereinigungen wie ein Call-Center organisiert. Ein zukünftiges Ankommen von Akutpatienten in der richtigen medizinischen Versorgungsebene kann aber nur erfolgen, wenn die Terminservicestellen auch über entsprechend geschultes Personal im Hinblick auf die Vornahme einer Ersteinschätzung verfügen.

Der Marburger Bund erachtet eine entsprechende gesetzliche Vorgabe zur sicheren Refinanzierung entsprechend qualifizierten Personals für zwingend erforderlich.

### **IT-Unterstützung**

Es muss ein IT-gestütztes Ersteinschätzungssystem entwickelt werden, das nicht nur am Telefon, sondern im gesamten Bereich der Notfallversorgung eingesetzt werden kann. Sinnvoll wäre ein einheitliches IT-gestütztes System, welches die standardisierte Vorgehensweise bei gleichzeitig einheitlicher Dokumentation sicherstellt.

Der Marburger Bund unterstützt die Schaffung der erforderlichen Rechtsgrundlagen zur Entwicklung und zur verbindlichen Einführung eines bundeseinheitlichen, IT-gestützten Ersteinschätzungssystems.

## **Zeitplan 1. April 2019**

Der im Referentenentwurf vorgesehene Zeitplan, bereits ab 1. April 2019 Akutfälle über die Terminservicestellen zu vermitteln, ist vor dem Hintergrund eines erst noch zu entwickelnden Ersteinschätzungsverfahrens sehr ambitioniert und aus unserer Sicht nicht realisierbar.

Der Marburger Bund begrüßt in diesem Zusammenhang auch das Vorhaben, flächendeckend ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement über die Kassenärztlichen Vereinigungen einzuführen, das den Patienten ermöglicht, Termine online zu vereinbaren. Korrespondierend hierzu ist es unabdingbar, die Sprechstundenzeiten auch, wie im Referentenentwurf vorgesehen, im Netz zu veröffentlichen, damit Patienten sich entsprechend informieren können.

## **II. Strukturfonds und Eigeneinrichtungen der KV § 105 SGB V**

Die im TVSG vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung hält der Marburger Bund grundsätzlich für zielführend und notwendig.

Hinsichtlich der Verwendungsvorgaben zu den Mitteln des verpflichtenden Strukturfonds in § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V muss sichergestellt sein, dass Zuschüsse zu den Investitionskosten an alle Leistungserbringer, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beitragen, beispielsweise also auch Medizinische Versorgungszentren, gezahlt werden.

Die Vergabe von Fördergeldern in Form von Stipendien an Medizinstudierende, die sich möglicherweise zu einer späteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichten müssen, hält der Marburger Bund nicht für sinnvoll. Die Attraktivität einer Tätigkeit in ländlichen Regionen hängt von anderen Faktoren wie gute Weiterbildung, flexible Arbeitszeitmodelle und familienfreundliche Arbeitsbedingungen ab.

Der Marburger Bund begrüßt sowohl die erweiterten Möglichkeiten für die Kassenärztlichen Vereinigungen, Eigeneinrichtungen auch in kooperativen Strukturen wie beispielsweise gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in mobiler und digitaler Form zu betreiben, als auch die Verpflichtung zum Vorhalten solcher Einrichtungen bei (drohender) Unterversorgung. Unklar bleibt, welche Folgen, bzw. Sanktionen die Nichteinhaltung dieser Vorgabe nach sich ziehen würde.

Solche Eigeneinrichtungen haben auch den Vorteil, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihr schon 2013 dokumentiertes Vorhaben, im ambulanten Bereich - zumindest für die Weiterzubildenden – Tarifverträge zu schließen und hierfür eine Arbeitgeberorganisation zu gründen, umsetzen könnten (siehe Beschluss IV – 38 neu des 116. Deutschen Ärztetages). Dies würde, wie auch im Pflegebereich, für attraktive Arbeitsbedingungen insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte sorgen und wäre ein wichtiger Baustein im Kampf gegen den Ärztemangel in ländlichen Regionen.

### **III. Medizinische Versorgungszentren §§ 95, 103 SGB V**

Ebenso wie die Bundesregierung ist auch der Marburger Bund der Auffassung, dass Medizinische Versorgungszentren seit vielen Jahren insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte aus einer Vielzahl von Gründen attraktive Arbeitgeber sind, die es weiter zu fördern gilt. In diesem Zusammenhang wird nur zur Klarstellung darauf hingewiesen, dass auch angestellte Mediziner freiberuflich tätig sind, nur eben nicht als Selbständige in einer Niederlassung.

Aus Sicht des Marburger Bundes sinnvolle Klarstellungen sind die neuen Regelungen zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebotes im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren, die Möglichkeit des Zulassungsverzichts zugunsten eines in einem Planungsbereich gelegenen MVZ bei bedarfsplanungsneutraler bisheriger Tätigkeit in dessen Zweigpraxis und die Feststellung, dass eine Trägergesellschaft auch mehrere MVZ tragen kann.

Gleiches gilt für die Klarstellung, dass bei der Zulassung eines MVZ als GmbH selbstschuldnerische Bürgschaft und Sicherheitsleistungen gleichberechtigt nebeneinanderstehen. Diese Klärung führt gleichzeitig nochmals zur Verdeutlichung, dass die Forderung einiger Kassenärztlicher Vereinigungen nach Abgabe von Bürgschaftserklärungen oder Erbringung anderer Sicherheiten bei der Gründung von MVZ in einer anderen Rechtsform als der GmbH nicht zulässig ist. Insofern sorgt der Passus doppelt für Rechtssicherheit.

Die Begründung des Referentenentwurfs weist bereits zu Recht darauf hin, dass sich die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen in den Gründerkreis eines MVZ nicht bewährt hat, da immer mehr Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Leistungserbringer nach § 126 Abs. 3 SGB V aufkaufen. Um dieses Einfallstor zu schließen, reicht es jedoch nicht aus, die Gründungsmöglichkeit nur auf fachbezogene MVZ zu beschränken, wie es der Referentenentwurf vorsieht. Vielmehr ist diesen Investoren die Gründungsberechtigung vollständig zu entziehen und der Passus „von Erbringern nichtärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 3“ in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V ganz zu streichen.

Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob der Einfluss von Trägern, hinter denen Kapitalinvestoren stehen, durch eine weitere Regelung zurückgedrängt werden könnte. So bestünde die Möglichkeit, in § 95 SGB V zu normieren, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte in nicht gesperrten Planungsbereichen bei denjenigen Ärzten liegen muss, die in dem MVZ als Vertragsärzte oder angestellte Ärzte tätig sind.

Besonders begrüßt der Marburger Bund die für § 95 Abs. 6 SGB V vorgesehene Neufassung, nach der die Gründungsvoraussetzungen künftig auch dann vorliegen sollen, wenn im MVZ angestellte Ärztinnen und Ärzte Gesellschafteranteile übernehmen.



An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Marburger Bund in einem Beschluss seiner letzten Hauptversammlung (133. HV, Beschluss Nr. 7: Ausgleich rechtlicher Nachteile für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung) den Gesetzgeber nicht nur aufgefordert hat, die Gründereigenschaft auch auf Angestellte auszudehnen, so wie es jetzt geschehen soll. Er hat angesichts der tragenden Rolle dieser Angestellten in der Leistungserbringung auch darum gebeten, rechtliche Nachteile gegenüber Vertragsärztinnen und –ärzten überall dort zu beseitigen, wo eine Ungleichbehandlung sachlich nicht gerechtfertigt ist.

Dies gilt beispielsweise auch bei der Besetzung der Kammern der Sozialgerichte in Angelegenheiten des Vertragsarztrechtes, bei denen nach dem Sozialgerichtsgesetz als ehrenamtliche Richter nur Vertragsärzte, nicht aber angestellte Ärzte mitwirken dürfen. Auch hier wäre eine Novellierung sinnvoll.

Der Marburger Bund regt zudem an, eine Regelung im SGB V zu verankern, nach der angestellten Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten vertragsärztlichen Leistungserbringung Gelegenheit gegeben wird, ihre persönlichen Abrechnungsdaten einzusehen. Im Unterschied zu den Vertragsärztinnen und -ärzten erhalten Angestellte keinen Einblick in ihre Zahlen, da diese nur im Verhältnis zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und zugelassenem Leistungserbringer offengelegt werden. Damit können Angestellte weder die Richtigkeit der Abrechnung noch ihre eigene Leistung überprüfen. Mehr Transparenz würde zudem dazu beitragen, das gemeinsame Verantwortungsgefühl in kooperativen Strukturen zu stärken.

Kritisch zu bewerten ist die im Referentenentwurf vorgesehene Beschränkung der Möglichkeiten zur Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen in § 103 Abs. 4a Satz 3 SGB. Grundsätzlich ist zwar der Ansatz nachvollziehbar, dass dem Zulassungsausschuss in gesperrten Planungsbereichen eine Bedarfsprüfung möglich sein soll. Die Analogie zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes geht aber insofern fehl, dass die beiden Sachverhalte nicht vollständig vergleichbar sind. Die Situation, dass ein angestellter Arzt seine Stelle wechselt, tritt insbesondere angesichts der derzeitigen hohen Angebotssituation auf dem Arbeitsmarkt viel häufiger ein als der Wechsel der Besetzung eines Vertragsarztsitzes, den Ärztinnen und Ärzte häufig ein ganzes Berufsleben innehaben. Gleiches gilt für die Parallelregelung in § 103 Abs. 4b SGB V.

Angesichts dieser fehlenden Vergleichbarkeit mit der Nachbesetzung von Arztsitzen muss es zumindest, will man überhaupt an der Neuregelung festhalten, Mechanismen geben, die sicherstellen, dass nicht jeder Angestelltenwechsel für MVZ oder Vertragsärztinnen und –ärzte zur betriebswirtschaftlich relevanten Hängepartie mit ungewissem Ausgang wird. Dies könnte beispielsweise durch genau definierte Kriterien für die Bedarfsprüfung, Fristen für dieses spezielle Prüfverfahren des Zulassungsausschusses und Entschädigungszahlungen analog § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V geschehen. Derartige Maßnahmen würden auch die Zulassungsausschüsse von dieser voraussichtlich nicht unbedeutenden Mehrarbeit entlasten.

#### **IV. Bedarfsplanung §§ 96 Abs. 2, 103 Abs. 3 SGB V**

Der Marburger Bund hat sich immer für die Aufhebung der Bedarfsplanung und Wiederherstellung der Niederlassungsfreiheit ausgesprochen. Das Entfallen von Zulassungssperren in ländlichen Gebieten ist ein Schritt in die richtige Richtung und geeignet, wieder mehr Interesse an einer selbständigen Tätigkeit als Vertragsärztin oder –arzt in unterversorgten Gebieten zu wecken. Die Zulassungssperren sollten daher dauerhaft entfallen. Auch das vorgesehene Mitberatungs- und Antragsrecht der Länder wird für mehr Flexibilität sowie gemeinsame Gestaltung der Versorgungslandschaft sorgen.

Die bisherige Bedarfsplanung sollte nicht nur kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet werden, sondern auch die Parameter, die Angebot und Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen beeinflussen, berücksichtigen.

Hierzu gehören nach Ansicht des Marburger Bundes insbesondere das Alter der Vertragsärzte und -ärztinnen bzw. ihr Ausscheiden aus der Versorgung, aber auch die Entwicklung im Bereich der angestellten Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf deren Tätigkeitsumfang. Alles andere würde über einen in naher Zukunft sich einstellenden Ärztemangel hinwegtäuschen. Außerdem bedarf es einer stärkeren Differenzierung der Planung, etwa durch die Berücksichtigung der einzelnen Schwerpunkte und Spezialisierungen bei der Versorgung durch Internisten.

#### **V. Digitalisierung §§ 291a Abs. 5, 305 Abs. 1 SGB V**

Der Marburger Bund unterstützt die Festlegungen des Referentenentwurfes zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden elektronischen Patientenakte (ePA) für alle Versicherten und die dort gesetzten Rahmenbedingungen, insbesondere die Abstufung der Sicherheitsanforderungen mit dem Ziel, für den Zugriff auch mobile Endgeräte auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte nutzbar zu machen, wenn sie bestimmte Sicherheitsstandards erfüllen.

Insgesamt muss sichergestellt sein, dass Patienten auf ein geschütztes Kommunikationsnetz vertrauen können, einheitliche Standards zur Anwendung kommen und eine Weitergabe von personalisierten Patientendaten an Krankenkassen, Arbeitgeber und andere Dritte ausgeschlossen ist.

Der Marburger Bund setzt sich für den zügigen Ausbau einer sicheren Telematik-Infrastruktur ein, damit nutzerorientierte Anwendungen wie der elektronische Arztbrief, der Notfalldatensatz, der elektronische Medikationsplan und schließlich auch die elektronische Patientenakte in der Fläche zum Einsatz kommen können. Grundlage dafür sind einheitliche Standards, die eine Interoperabilität zwischen den verschiedenen Informationssystemen gewährleisten. Schnittstellen zu bestehenden Systemen müssen so konzipiert sein, dass Behandlungsabläufe in der ambulanten und stationären Versorgung durch den Einsatz einer elektronischen Patientenakte unterstützt und verbessert werden.

Ohne ein einheitliches digitales Kommunikationsnetz, das Datensicherheit im ambulanten wie stationären Bereich gewährleistet, besteht die Gefahr, isolierte Insellösungen zu bekommen, die miteinander nicht kompatibel sind und zusätzliche Schnittstellenprobleme aufwerfen.

Die Einführung der elektronischen Patientenakte spätestens ab dem 1. Januar 2021 kann eine gezieltere Diagnostik und Therapie unterstützen, den vertrauensvollen Austausch und die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patienten und Ärzten stärken, überflüssige Untersuchungen und Informationsverluste an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vermeiden helfen und die Medizin insgesamt sicherer gestalten. Daher ist die elektronische Patientenakte, auch gerade mit der Möglichkeit einer nutzerfreundlichen Lösung über mobile Endgeräte der Patienten, eine wegweisende Verbesserung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Einführung neuer digitaler Patientenakten der Krankenkassen darf jedoch nicht dazu führen, dass Sicherheitsstandards unterlaufen werden, das Arztgeheimnis in Gefahr gerät, das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten unterminiert und das Ziel einer einheitlichen „Datenautobahn“ für das Gesundheitswesen konterkariert wird. Aus der Sicht des Marburger Bundes müssen deshalb insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Der Datenschutz und die Datensicherheit sind auch bei einer von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten persönlichen elektronischen Patientenakte am neuesten Stand der Technik auszurichten. Absolut unabdingbar sind eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung unter Kontrolle der Patienten sowie sichere, starke kryptographische Verschlüsselungsverfahren, die jeweils den aktuellen Erfordernissen entsprechen.
- Die Nutzung elektronischer Gesundheitsakten der Krankenkassen muss für Patienten freiwillig sein und die Speicherung der Daten – oder lediglich von Teilen davon – muss unter der vollen Hoheit ausschließlich der Patienten stehen. Dies wird durch die Einwilligung, bzw. Erklärung nach entsprechender Information durch die Krankenkassen gewährleistet. Deshalb ist ein Rechtsanspruch auf ärztliche Beratung bei der Einrichtung und Nutzung der ePA bei entsprechender Vergütung zu normieren.
- Die Zulassung der Patientenakte durch die Gesellschaft für Telematik muss sicherstellen, dass alle Einzellösungen der Krankenkassen einheitlichen technischen Standards folgen, um Insellösungen zu vermeiden und die Interoperabilität zu gewährleisten.

Der Marburger Bund sieht auch die Änderung von § 301 Abs. 1 SGB V kritisch und plädiert gegen die geplante Neuregelung. Seit Jahren besteht bereits ein Anspruch des Versicherten, dass ihm seine Krankenkasse „analog“ mitteilt, welche Leistungen er in der zurückliegenden Zeit in Anspruch genommen hat. Diese Daten sollen nun auch dem Betreiber seiner ePA übermittelt werden können, was eine mögliche Fehlerquelle für ärztliche Behandlungen und damit die Patientenversorgung darstellt, da

Abrechnungsdaten zwar primär erbrachte Leistungen wiedergeben, aber keine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Patienten zulassen.

Im Übrigen können diese Abrechnungsdaten auch erst mit einer zeitlichen Verzögerung von bis zu drei Quartalen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung den Krankenkassen zur Einstellung in die ePA übermittelt werden, was für eine zeitnahe Behandlungsunterstützung wenig hilfreich ist. Wichtig für Fortschritte in der Versorgungsrealität ist aber nicht die Quantität digitaler Patientendaten, sondern deren Qualität, Aktualität und Relevanz.

## **VI. Leistungsrecht**

Der Marburger Bund begrüßt es, dass im Referentenentwurf auch bereits lange angestrebte Verbesserungen im Leistungsrecht enthalten sind. Hier sind insbesondere zwei Neuerungen zu nennen:

### **Präexpositionsprophylaxe § 20j SGB V**

Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko erhalten einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die PrEP wird als weiterer Baustein einer effektiven Präventionsstrategie verstanden, die zum Ziel hat, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland wirksam einzudämmen und die Zahl der Menschen, die an AIDS erkranken, zu senken.

### **Kryokonservierung § 27a Abs. 3 SGB V**

Des Weiteren wird der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V um die Möglichkeit der Kryokonservierung erweitert, wenn aufgrund einer akuten Krebserkrankung und deren Behandlungsfolgen die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe erforderlich ist, um eine zukünftige künstliche Befruchtung mit Hilfe der kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder des kryokonservierten Keimzellgewebes zu ermöglichen. Diese Maßnahmen haben – von den Patienten selbst oder über Stiftungen finanziert – bereits vielfach Erfolg gehabt und erfolgreich behandelten Krebspatienten zu einer Familie mit eigenen Kindern verholfen. Die neue Regelung ist ein wichtiger Schritt, da sie die Abhängigkeit an Krebs erkrankter Patienten von der eigenen Kaufkraft bei der künstlichen Befruchtung in vollem Umfang beseitigt.

### **Raucher-Entwöhnung**

Der Marburger Bund sieht aber an anderer Stelle noch Raum für bisher ausgebliebene Verbesserungen. Es gibt beispielsweise keinen Grund dafür, selbst im Rahmen von Disease Management Programmen den von schwerer KHK, COPD oder metabolischem Syndrom etwa im Rahmen von Diabetes betroffenen Patienten eine Raucher-Entwöhnung zu verweigern. Bei diesen schwer kranken Patienten ist dies nicht zu rechtfertigen und sollte in diesem Sinne gesetzlich geregelt werden.

## **Arbeitsminderung**

Sinnvoll wäre es weiterhin, eine gesetzliche Grundlage für eine „Arbeitsminderung“ im Sinne einer vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit als Pendant zur Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung zu schaffen, die dafür sorgt, dass Patienten für eine begrenzte Zeit weniger arbeiten können.

Speziell bei psychischen Störungen, insbesondere Depressionen, aber auch bei physischen Erkrankungen gibt es immer wieder das Problem, dass eine vollständige Krankschreibung wegen Arbeitsunfähigkeit eher zu einer Verstärkung der Symptomatik führt und für die Heilung kontraproduktiv ist. Oft kommt auch die Angst um den Arbeitsplatz hinzu. Dem könnte mit einer „Möglichkeit zur Arbeitsminderung“ begegnet werden, indem Tagesstruktur und sozialer Kontakt durch die zeitweise Anwesenheit am Arbeitsplatz erhalten blieben.

## **VII. Sozialdatenschutz**

### **Förderung von Schutzimpfungen durch Betriebsärzte sowie Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst § 295a SGB V**

Der Marburger Bund begrüßt ausdrücklich die Förderung von Schutzimpfungen durch Betriebsärzte und Ärzte im ÖGD durch Ermöglichung der Vertragsabrechnung über Abrechnungsstellen nach § 295a SGB V. Damit wird auch für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach § 132e SGB V mit Einwilligung der betroffenen Versicherten die Möglichkeit der Einschaltung einer gemeinsamen Abrechnungsstelle auf Leistungserbringerseite eröffnet. Durch die einfachere und wirtschaftlichere Abwicklung der Verträge über eine zentrale Stelle können diese besser umgesetzt werden als über die bisherige Einzelabrechnung. Die Ergänzung in § 295a SGB V sorgt für einen neuen Weg, um die gewünschte Durchimpfungsquote in der Bevölkerung zu erhöhen.