

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GKV – GVWG)



Eine Analyse
& Meinung des BMVZ e.V.
Stand: 17. November 2020

**Bundesverband Medizinische Versorgungszentren –
Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.**

BMVZ e.V.
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Kontakt:

BMVZ-Geschäftsstelle
buero@bmvz.de

Tel.: 030 – 270 159 50
Fax: 030 – 270 159 49
www.bmvz.de

Inhaltsübersicht

Seite 2
Einfügung eines neuen § 95e SGB V
*Berufshaftpflichtversicherung der Ärzte als
Zulassungskriterium*

Seite 4
Änderung § 137 Absatz 2 SGB V
*Ausdehnung der Dokumentationspflicht auf
ambulante Leistungserbringer*

Einfügung eines neuen § 95e SGB V

Berufshaftpflichtversicherung der Ärzte als Zulassungskriterium

Um zu vermeiden, dass in Schadenersatzverfahren aufgrund von Behandlungs- oder Aufklärungsfehlern berechnigte Ansprüche geschädigter Patienten bzw. der Kranken und Pflegekassen aufgrund fehlender Versicherung oder Unterversicherung des Arztes nicht bedient werden können, soll das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes in den vertragsärztlichen Pflichtenkanon aufgenommen werden. Eine Versicherungssumme von drei Millionen Euro je Versicherungsfall soll als Minimum vorgeschrieben werden. Zur Begründung bezieht sich das Bundesgesundheitsministerium auf die Feststellung des Bundesrechnungshofes, dass die Einhaltung der bekanntermaßen im Berufsrecht verankerten Pflicht der Ärzte, sich hinreichend gegen aus ihrer beruflichen Tätigkeit resultierende Haftungsansprüche zu versichern, von den Ärztekammern kaum bis gar nicht geprüft wird.

In der Konsequenz soll diese Aufgabe den Zulassungsausschüssen übertragen werden. Für Krankenhaus- und Privatärzte wird damit keinerlei Regelung getroffen. Vertragsärzte und gleichgestellte Leistungserbringer wie MVZ sollen dagegen künftig bei Beantragung einer Zulassung oder Anstellungsgenehmigung sowie jederzeit auf Verlangen des Zulassungsausschusses eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 VVG vorlegen. Für alle bereits zugelassenen vertragsärztlichen Leistungserbringer soll die Abfrage innerhalb von neun Monaten ab Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen.

Obwohl dem Grundanliegen, sicherzustellen, dass alle Mediziner über eine hinreichende Versicherung verfügen, zuzustimmen ist, sehen wir den Vorschlag, eine zusätzliche Bürokratieebene über die Zulassungsausschüsse einzuführen, kritisch. Dies zum einen, weil Heilberufe-Kammergesetze und Berufsordnungen eine originäre Zuständigkeit der Kammern begründen, die dann in eine Kompetenzkonkurrenz zu den Zulassungsausschüssen geriete. Im Berufsrecht, das sich in der Frage zuletzt bundesweit stark vereinheitlicht hat, ist regelmäßig die Ärztekammer als zuständige Stelle gemäß § 117 Absatz 2 VVG benannt. Der Gesetzesentwurf ordnet dementsprechend diese Funktion dem Zulassungsausschuss zu. Wer weist künftig nach, bzw. meldet den Versicherungsschutz und Änderungen wann an welche Stelle, da ausweislich der Begründung das Kammerrecht von der Neuregelung unberührt bleiben soll? Oder soll das grundsätzlich doppelt erfolgen, wie in der Begründung zu Absatz 3 in einem Nebensatz ausgeführt wird? Was ist bei ärztlichen Tätigkeiten, die sich sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Sektor erstrecken?

Zum anderen entständen durch diese Regelung ganz praktische Probleme im Zulassungsverfahren. Insgesamt wurden den Zulassungsausschüssen in den letzten Jahren immer weiteren Zuständigkeiten und aufwendige Prüfpflichten übertragen, so dass viele der regionalen Ausschüsse bereits jetzt an ihre Belastungsgrenze stoßen. Wenn künftig zusätzlich gemäß des vorgeschlagenen Absatzes 2 des neuen Paragraphen nicht nur bei Antragstellung der Versicherungsschein geprüft werden soll, sondern auch sämtliche Meldungen über *„Änderungen in den Versicherungsverhältnissen, die den Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können“* zu dokumentieren und archivieren sind, entsteht ein nicht unerheblicher zusätzlicher Aufwand.

Unklar ist zudem welche Prüftiefe von den Zulassungsausschüssen erwartet wird: Geht es um eine reine Sichtprüfung des Versicherungsscheins? Oder wird eine qualifizierte Prüfung angestrebt, ob Auskünfte und tatsächliche Gegebenheiten übereinstimmen? Welche

Änderungen sind meldepflichtig, welche nicht? Bedenken bestehen auch hinsichtlich des Zeitpunktes der Vorlage des Versicherungsnachweises. Dieser ist im Gesetzesentwurf mit ‚*bei Stellung des Antrages*‘ angegeben. Zu einem Zeitpunkt also, der je nach Routine in den KVen mehrere Wochen bis Monate vom Zeitpunkt der Antragsgenehmigung entfernt liegt und insgesamt dem Vorbehalt unterliegt, dass dem Antrag überhaupt stattgegeben wird.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass Ärzte, die sich auf einen Vertragsarztsitz bewerben aufgrund der alle Ärzte erfassenden berufsrechtlichen Vorschriften, bereits über eine Berufshaftpflichtversicherung verfügen, ergibt sich ein offensichtlicher Widerspruch, wenn man bedenkt, dass sich in Zulassungsverfahren regelmäßig mehrere Ärzte und MVZ bewerben. Dieser besteht insbesondere auch bei Anstellungsgenehmigungsverfahren. Das MVZ, die BAG oder der Arzt als Arbeitgeber soll künftig bereits bei Antragstellung einen Versicherungsnachweis für den künftigen angestellten Arzt vorlegen, mit dem Kostenverpflichtungen gegenüber der Versicherung eingegangen werden, obwohl eine Genehmigung noch nicht erteilt oder sogar fraglich ist. Zwar könnte diese prämieneutral unter die aufschiebende Bedingung der tatsächlichen Genehmigung gestellt werden. Nicht wegzudiskutieren ist jedoch der vorsorgliche bürokratische Aufwand, der beim Leistungserbringer sowie beim Versicherer entsteht.

Insgesamt muss im Falle von MVZ, BAG und anderen Praxiskonstrukten, die Ärzte anstellen, in jeder Hinsicht bei der konkreten Gesetzesformulierung darauf geachtet werden, dass der Versicherungsnachweis in Form einer Betriebshaftpflichtversicherung erfolgen kann. Soweit hier im Entwurf in Absatz 5 die Rede davon ist, dass die Absätze 1 bis 4 mit der Maßgabe gelten, dass der Haftpflichtversicherungsschutz in ausreichender Höhe für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche Tätigkeit bestehen muss, ist unseres Erachtens jedoch nicht eindeutig klargelegt, dass MVZ und andere ärztliche Arbeitgeber – wo sinnvoll – auch Versicherungen abschließen können, die ohne Nennung der einzelnen Arztnamen die komplette Tätigkeit des MVZ, bzw. der Praxis abdecken und auch über Arztwechsel hinweg wirksam bleiben.

Unklar ist vor diesem Hintergrund, weshalb in Absatz 5 eine gezielte Ausnahme für ermächtigte Ärzte gemacht werden soll, für die die neue Regelung unter der Maßgabe gelten soll, dass „*kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht*.“ Diese Einschränkung ist sinnvoll, allerdings nicht nur für ermächtigte Ärzte. Zusätzlich stellt sich die Frage, wann ein ausreichender Versicherungsschutz vorliegt. Hier besteht mit der im Entwurf gewählten Formulierung zu viel Freiraum, der von den Zulassungsausschüssen in der ein oder anderen Richtung interpretativ ausgelegt werden könnte. Anzustreben wäre jedoch, wenn ein neues Zulassungskriterium eingeführt werden soll, eine für alle Seiten verbindliche und planbare Vorgabe.

Hinweisen möchten wir auch auf eine mit der geplanten Regelung neu entstehende Haftungsproblematik der Zulassungsausschüsse, soweit in diesen Ärzte als Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen tätig werden. Zu beachten ist hier die Zusammensetzung und Rechtsstellung der Ausschüsse, bzw. der Ausschussmitglieder, da diese künftig im konkreten Einzelfall aus der unterlassenen Abfrage bzw. fehlerhaften Prüfung der Versicherungsnachweise nach § 113 Absatz 2 VVG, bzw. unterbliebener Folgen (*bspw. Zwangsrufen der Zulassung*) eine Haftung treffen könnte. Zulassungsausschüsse sind rechtlich und organisatorisch selbständig, also nicht Teil der KV, sondern Behörden im Sinne von § 1 SGB X. Vor diesem Hintergrund gelten die Grundsätze der Amtshaftung, womit Regresse im Zusammenhang mit der Tätigkeit Ausschuss denkbar sind, die nicht von der Berufshaftpflichtversicherung der Ärzte abgedeckt werden. Hier besteht also, wenn die

Zulassungsausschüsse zuständige Stelle gemäß § 117 Absatz 2 VVG werden sollen, ein gesonderter Absicherungsbedarf für Schadensersatzansprüche öffentlich-rechtlichen Inhalts und gegen Regresse aus Pflichtverletzungen.

Losgelöst von den angeführten Umsetzungsaspekten sehen wir einen sachlichen Grund für die doppelte Versicherungspflicht auch deshalb *nicht* gegeben, weil ihre Einführung im Wesentlichen damit begründet wird, dass die primär zuständigen Kammern schlichtweg ihrer Prüfpflicht nicht nachkommen. Es drängt sich hier die Frage auf, weshalb nicht im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer ein Weg gesucht wurde, das entsprechende Recht und seine Durchsetzbarkeit gegenüber den Kammermitgliedern nachzujustieren, anstatt diese Funktion für die Teilmenge der Vertragsärzte parallel den Zulassungsausschüssen zu übertragen.

Nicht zuletzt ist zu hinterfragen, weshalb hier allein der Gruppe der Vertragsärzte besondere Pflichten auferlegt werden, während es rein privatärztlichen tätigen Medizinerinnen und in Kliniken beschäftigten Ärzten aufgrund der nicht stattfindenden Prüfung durch die Landesärztekammern weiter möglich sein soll, die berufsrechtliche Pflicht zur ausreichenden Versicherung zu unterlaufen. Insbesondere aus der Perspektive der betroffenen Patienten ist diese Unterscheidung nicht nachzuvollziehen.

Insgesamt wirkt die vorgeschlagene Regelung – unabhängig von der nachvollziehbaren Regelungsabsicht – unausgegoren und im Detail unüberlegt.

Änderung § 137 Absatz 2 SGB V Ausdehnung der Dokumentationspflicht im Rahmen der Qualitätssicherung auf ambulante Leistungserbringer

Mit der Anpassung des § 137 SGB V soll der Kreis der Adressaten der vom GBA festzulegenden *Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung* sowie der Anspruch der 100-prozentigen Dokumentationspflicht von den Krankenhäusern auch auf ambulante Leistungserbringer erstreckt werden. Benanntes Ziel ist, eine sektorübergreifende Qualitätssicherung zu fördern.

Dem Grundanliegen ist zuzustimmen. Es muss jedoch für alle zukünftige Vorgaben des GBA zwingend klargestellt werden, dass Dokumentationsanforderungen zu den in Anlage 1 der Richtlinie angeführten einbezogenen Leistungen (*soweit sie überhaupt ambulant erbracht werden können*) insbesondere mit Blick auf die ambulanten Leistungserbringer verhältnismäßig sein müssen.

Qualitätssicherung ist wesentlich. Dennoch ist sicherzustellen, dass gerade die ambulanten Leistungserbringer zeitlich und tatsächlich bei Dokumentations- und Veröffentlichungsanforderungen zum einrichtungsübergreifenden Leistungsvergleich nicht überfordert werden, da hier im Verhältnis zum Krankenhaus deutlich weniger Ressourcen zur Verfügung stehen.

Wenn man tatsächlich bei dem Änderungsentwurf von § 137 Abs. 2 SGB V bleiben will, muss zudem gleichzeitig gewährleistet werden, dass auch die vertragsärztlichen Leistungserbringer einen entsprechenden Qualitätssicherungszuschlag erhalten, wie er den Krankenhäusern gezahlt wird (*Vgl. § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V; § 17b Abs. 1a KHG*). Dieser Zuschlag ist außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu zahlen.