



# BUNDESÄRZTEKAMMER

(ARBEITSGEMEINSCHAFT DER DEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN)

DEUTSCHER ÄRZTETAG

PRÄSIDENT

---

17.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(22)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen:  
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) – BT-Drucks. 15/1525**

## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

## A.

### Allgemeine Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer stellt fest, dass der jetzige Gesetzentwurf im Vergleich zum Entwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) [BT-Drucksache 15/1170] Änderungen enthält, die wichtigen Kritikpunkten der Bundesärztekammer gegenüber dem Vorentwurf Rechnung tragen. Wir hatten den Vorentwurf vor allem im Hinblick auf die Tendenzen zur Staatsmedizin, die Fremdbestimmung der professionellen Angelegenheiten der Ärzteschaft, die Gefährdung einer freiberuflichen fachärztlichen Versorgungsstruktur sowie die implizite Misstrauenskultur durch Korruptionsbeauftragte und ähnliche Verfahrensweisen kritisiert. Auch wenn wir nicht behaupten wollen, dass alle Regelungen, welche jetzt vorgeschlagen worden sind, dem Anspruch einer patientengerechten Versorgung auf der Grundlage ärztlicher Therapiefreiheit gerecht werden, möchte die Bundesärztekammer doch eine grundsätzliche Verbesserung der Ausgangslage anerkennen.

## B.

Die Bundesärztekammer hält jedoch nach wie vor in einigen wesentlichen Punkten eine Änderung oder Ergänzung der Regelungsvorschläge für erforderlich.

### I. **Gemeinsamer Bundesausschuss (Art. 1 Nr. 70 = § 91 SGB V), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Art. 1 Nr. 112 = § 139a bis 139c SGB V)**

#### 1. Anhörungsrecht der Bundesärztekammer im Gemeinsamen Bundesausschuss

Durch die neue Konzeption werden die bisherigen Bundesausschüsse, der bisherige Krankenhausausschuss sowie der Koordinierungsausschuss in einen Gemeinsamen Bundesausschuss übergeführt. Die Bundesärztekammer, welche bisher im Krankenhausausschuss sowie im Koordinierungsausschuss vertreten war, ist in den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht mehr vertreten. Dem wollen wir grundsätzlich nicht widersprechen. Jedoch zeigt sich, dass angesichts der Aufgabenfülle des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Erweiterung seiner

Kompetenzen – insbesondere in Bereichen, die die ärztliche Berufsausübung und hier auch landesgesetzlich geregelte Kompetenzen der Ärztekammern berühren – es weder einem sinnvollen System der Entscheidungsbildung gerecht wird noch der Bewältigung der Schnittstellenproblematik zwischen sozialrechtlichen Regelungen und berufsrechtlichen Bedingungen dienlich ist, wenn der Sachverstand der Bundesärztekammer, gleichermaßen aber auch der anderen Arbeitsgemeinschaften der Heilberufe auf Bundesebene, nicht obligatorisch und institutionalisiert in die Beratungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen werden, sofern sie Sachgegenstände betreffen, welche die ärztliche Berufsausübung berühren. Aus diesem Grunde fordert die Bundesärztekammer, dass in § 91 von Gesetzes wegen ein entsprechendes Anhörungsrecht der Bundesärztekammer – ebenso der übrigen Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene – vorgesehen wird. Eine entsprechende Beteiligungsregelung enthält § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V – neu – im Zusammenhang mit den Beschlüssen über Maßnahmen der Qualitätssicherung (Art. 1 Nr. 104 = § 137 SGB V). Eine solche „Beteiligung“ ist sachgerecht, in anderen Fällen ist sie auf der Grundlage eines Anhörungsrechts geboten. Eine entsprechende Vorschrift könnte wie folgt lauten:

In § 91 wird nach Absatz 8 folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Bei allen Beschlüssen und Richtlinien, welche die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der entsprechenden Heilberufekammern auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.“

2. Professionelle Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses in seiner Zusammensetzung zur Entscheidung von Angelegenheiten des Krankenhauses (Beschlüsse zu § 137 SGB V – Qualitätssicherung – und zu Richtlinien nach § 137c – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus –)

Nach der Regelung des § 91 Abs. 7 wirken bei den vorgenannten Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Leistungserbringerseite neun Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit.

Die Regelungsgegenstände, über welche der Gemeinsame Bundesausschuss in dieser Besetzung zu entscheiden hat, betreffen nachhaltig die Berufsausübung der Krankenhausärzte. Es erscheint deshalb zwingend erforderlich, dass hinsichtlich der Struktur der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft von Gesetzes wegen vorgeschrieben wird, dass zumindest vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft Ärzte sind. Die gesetzliche Regelung stellt eine solche Besetzung nicht zwingend sicher. Um eine Ausgewogenheit in der Entscheidungsfindung über die entsprechenden Sachgegenstände mit Blick auf die gebotene ärztliche Unabhängigkeit zu gewährleisten, erscheint es darüber hinaus zweckmäßig, wenn die entsprechende Zahl von Ärzten aus einer Vorschlagsliste der Bundesärztekammer durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestellt wird.

## **II. Qualitätssicherung in der stationären Versorgung – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 SGB V (Art. 1 Nr. 104 GMG-E)**

Mit dem Regelungsvorschlag wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die bisher in dreiseitigen Verträgen auf Bundesebene zugeordnete Kompetenz zu Maßnahmen der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung übertragen. Es bestehen erhebliche rechtliche Zweifel, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in umfassender Form und insbesondere auch im Hinblick auf die notwendigen Verfahren der Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich, an welchen bisher die Ärztekammern mitgewirkt haben, Maßnahmen treffen kann. Aus der Sicht der Bundesärztekammer ist es daher zwingend erforderlich, klarzustellen, dass nach wie vor – zumindest ergänzende und ausfüllende – vertragliche Regelungen auf Landesebene getroffen werden können und zwar insbesondere unter Beteiligung auch der Ärztekammern. Die bisherigen Prozeduren haben sich bewährt. Entsprechende Einrichtungen, wie z.B. BQS, haben erfolgreiche Arbeit geleistet. Diese Infrastrukturen müssen beibehalten werden können, so dass es einer entsprechenden Wiederherstellung des § 137 Abs. 3 SGB V in der Weise bedarf, dass die Ergänzungen durch entsprechende Verträge auf Landesebene vorgenommen werden müssen.

## **III. Medizinische Versorgungszentren (Art. 1 Nr. 74 = § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V)**

Die Bundesärztekammer hatte gegenüber der Vorläuferregelung, welche sogenannte Gesundheitszentren nur mit angestellten Ärzten vorsah, welche von jedweder Person oder Gesellschaft gegründet werden durften, eingewandt, dass solche gesellschafts-

rechtlich organisierten Formen der ambulanten ärztlichen Versorgung nur im Rahmen einer Regelung existieren sollten, welche die Unabhängigkeit der Ärzte in ihrer alleinigen Verantwortung für die Patienten sichert. Den damals angedachten möglichen Gründerkreis, welcher auch gewinnorientierten Unternehmen die Möglichkeit eröffnet hätte, entsprechende Gesundheitszentren zu errichten, haben die nunmehrigen Regelungsvorschläge eingeschränkt. Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist der Kreis der möglichen „Gründer“ (z.B. auch Apotheker, Gesundheitsfachberufe) im Hinblick auf die gebotene Konsistenz von Gesellschaftsorganisation und ärztlichem Versorgungsauftrag zu weitgehend. Gleichwohl ist die Bundesärztekammer nach wie vor der Auffassung, dass im SGB V im Rahmen der zulassungsrechtlichen Regelungen für die gesellschaftsrechtliche Verfassung einer entsprechenden Gesellschaft nicht nur der Kreis der Gründer eingeschränkt werden soll – wie dies geschehen ist – , sondern auch an die innere Struktur der Gesellschaftsverfassung in der Weise Bedingungen gestellt werden müssen, welche die medizinische Unabhängigkeit der angestellten Ärzte durch Ausschluss von gesellschaftsrechtlichen Weisungsbefugnissen entsprechender Gesellschaftsorgane zurückdrängen. Auch müsste vorgesehen werden, um unangemessene Wettbewerbsvorteile gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten zu vermeiden, dass eine entsprechende Heilkundengesellschaft eine Haftpflichtversicherung abzuschließen hat, die zumindest in der Höhe der entspricht, welche auch ein niedergelassener Vertragsarzt oder ein Zusammenschluss von Vertragsärzten in einer Gemeinschaftspraxis abschließen müsste.

Die entsprechenden Regelungen, für die ein Vorbild zum Beispiel die Vorschriften über die Rechtsanwalts-GmbH bilden könnten (vgl. §§ 59c ff. BRAO), könnten rechtstechnisch durch die Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage in der Zulassungsverordnung (§ 98 SGB V) und ihrer Ausfüllung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgenommen werden.

#### **IV. Elektronische Gesundheitskarte (Art. 1 Nr. 162 = § 291a SGB V)**

In § 291a Abs. 5 ist vorgesehen, dass der Zugriff auf elektronische Gesundheitskarten nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis erfolgen darf. Die Bundesärztekammer legt aus Gründen des informationellen Schutzes der Patienten Wert darauf, dass ein entsprechender elektronischer Heilberufsausweis für Ärzte durch Ärztekammern ausgestellt wird und dementsprechend in den Gesetzentwurf zur Klarstellung eingeführt wird, dass die elektronischen Heilberufsausweise solche sind, welche nach landesrechtlichen Vorschriften ausgestellt werden.

## C. Ergänzende Bemerkungen

Zwei ergänzende Bemerkungen sind angezeigt:

1. Die Bundesärztekammer stellt fest, dass durch die jetzigen Regelungsvorschläge die Zuzahlungsregelungen für die Versicherten der GKV ausgebaut werden. Hierzu wird auch das Instrument der Praxisgebühr benutzt. Auch wenn dadurch erhebliche bürokratische Belastungen auf die Arztpraxen zukommen und auch viele Unklarheiten in der verfahrenstechnischen Bewältigung der Praxisgebühr bestehen, welche vermutlich zur Lösung der Selbstverwaltung überantwortet werden, so möchte die Bundesärztekammer anerkennen, dass Zuzahlungen durchaus ein richtiger Weg zur Lösung der Einnahmenprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung sein können. Dennoch enthebt das bisherige Konzept nicht der Anstrengung in einer langfristigen Entwicklung Lösungskonzepte vorzulegen, die die grundsätzliche strukturelle Einnahmeschwäche des heutigen Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung betreffen; diese Einnahmeschwäche ist durch die ausschließliche Anbindung der GKV-Einnahmen an die Lohn- und Gehaltsentwicklung einerseits durch die Zuordnung der finanziellen Basis zu den Arbeitseinkommen und zum anderen durch die demographische Entwicklung begründet.
  
2. Entgegen der in den Vorstadien der jetzigen Gesetzgebungsinitiative von allen Parteien angekündigten Zielsetzung, die Bürokratie in der GKV und im GKV-vermittelten Gesundheitswesen abzubauen, muss die Bundesärztekammer leider feststellen, dass das Gegenteil nunmehr in den jetzigen Regelungsvorschlägen der Fall ist. In mehreren Bereichen (z.B. Prüfungswesen) bedingt der jetzige Gesetzentwurf geradezu einen Bürokratisierungsschub.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe