

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung des Beschlusses vom 16. April 2020 über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL):

Änderungen im § 2 des Eingriffs 4 im Besonderen Teil der Richtlinie

Vom 18. März 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	6
4.	Verfahrensablauf.....	6
5.	Fazit	6
6.	Literaturverzeichnis	6
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	7

1. Rechtsgrundlage

Mit dem zum 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) haben Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, mit § 27b Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) einen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten. Gemäß § 27b Absatz 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung nach § 27b SGB V besteht. Es obliegt ihm ferner, indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung sowie an die Erbringer einer Zweitmeinung festzulegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA hat mit Beschluss vom 16. April 2020 als vierten Eingriff die „Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom“ in den Besonderen Teil der Richtlinie aufgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit Schreiben vom 19. Juni 2020 im Rahmen der Prüfung des Beschlusses nach § 94 Absatz 1 SGB V den G-BA um Stellungnahme insbesondere zu den Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung gebeten. Der G-BA hat die Fragen des BMG zum Anlass genommen, die entsprechenden Regelungen in seinem Beschluss vom 16. April 2020 wie folgt weiterzuentwickeln:

Zu § 2 des Eingriffs 4 des Besonderen Teils

Zu Absatz 1

Der G-BA hatte in seinem Beschluss vom 16. April 2020 folgende Facharztkompetenzen als für die Erbringung der Zweitmeinung beim Eingriff Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS) berechtigt vorgesehen:

- Innere Medizin und Angiologie,
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Gefäßchirurgie,
- Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie,
- Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie.

Entsprechend den Tragenden Gründen zu dem Beschluss vom 16. April 2020 wurde die Einbeziehung dieser Facharztkompetenzen darauf gestützt, dass sie in der Regel die Indikation für den Eingriff stellen. Für die Diabetologinnen und Diabetologen sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit diabetologischer Zusatzbezeichnung wurde dies insbesondere auf die koordinierende Funktion der interdisziplinären Behandlung des DFS gestützt; für die Facharztkompetenzen Gefäßchirurgie sowie Innere Medizin und Angiologie wurde dies auf die Kompetenz für die Diagnostik und Therapie von Gefäßproblemen, die generell einer der wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung eines Krankheitszustandes, der zur Indikationsstellung Amputation geführt hat, gestützt. An der Feststellung der Maßgeblichkeit dieser Facharztkompetenzen für die Indikationsstellung für eine Amputation bei DFS hält der G-BA fest, so dass diese Facharztkompetenzen in diesem Änderungsbeschluss weiter als für die Erbringung der Zweitmeinung berechtigt festgelegt werden. Diese Entscheidung wird zusätzlich darauf gestützt, dass nach der Muster-Weiterbildungsordnung der

Bundesärztekammer in der Fassung vom 12./13. November 2020 (Muster-WBO) die Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms einschließlich Schulung, Wundversorgung, Schuhversorgung, Prothetik Weiterbildungsinhalt der Zusatzweiterbildung Diabetologie [1, S. 313] und damit auch integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie [1, S.313] sind. Weiterbildungsinhalt der Facharztkompetenz Innere Medizin und Angiologie ist u.a. die konservative Wundbehandlung ischämisch, entzündlich und venös bedingter Gewebedefekte und des diabetischen Fußsyndroms [1, S. 125]; Weiterbildungsinhalt in der Facharztkompetenz Gefäßchirurgie sind u.a. Gliedmaßen- und Grenzzonenamputation, operative Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und operative Ulkusbehandlung einschließlich Defektdeckung sowie Indikationsstellung zur kausalen und lokalen Therapie sowie Management vaskulär verursachter Wunden einschließlich des diabetischen Fußsyndroms [1, S.51, 53].

Zusätzlich zu den im Beschluss vom 16. April 2020 berücksichtigten vorgenannten Facharztkompetenzen hat der G-BA aufgrund von fachlichen Rückmeldungen die für die Indikation zum Eingriff maßgeblichen Fachgebiete erneut geprüft und nach Beratung die folgenden Facharztkompetenzen als für die Erbringung der Zweitmeinung zum Eingriff Amputation bei DFS berechtigt aufgenommen:

- Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie,
- Allgemeinchirurgie,
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie.

Der G-BA stützt diese Entscheidung darauf, dass die Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie einschließlich der Facharztbezeichnungen nach altem Weiterbildungsrecht (Orthopädie sowie Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie), die Facharztkompetenz Allgemeinchirurgie und die Facharztkompetenz Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ebenfalls maßgeblich für die Indikationsstellung für den Eingriff sind. Diese Facharztkompetenzen sind sowohl bei der Diagnostik und Therapie des DFS einbezogen als auch maßgebliche Fachgebiete für die Durchführung von Amputationen bei DFS. Therapeutische Maßnahmen zur Vermeidung einer Amputation bei DFS sind neben der Verbesserung der Durchblutung auch die Wundbehandlung und Druckentlastung sowie die Behandlung von Infektionen. Die Druckentlastung kann u.a. auch durch Orthesen oder durch Operationen zur Korrektur von Fehlstellungen erfolgen [2]. Die Wundbehandlung und die Infektionsbehandlung bei DFS können neben der klassischen Wundversorgung auch die Entfernung entzündeter Teile von Knochen und anderem Gewebe sowie Haut- oder Gewebetransplantationen umfassen. Für diese bei der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms relevanten therapeutischen Maßnahmen und damit für etwaige Therapiealternativen zur Amputation sind auch die Facharztkompetenzen Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie maßgeblich. So umfassen die Weiterbildungsinhalte für die Facharztkompetenz Allgemeinchirurgie u.a. folgende für die Behandlung des DFS relevanten Kompetenzen, Erfahrungen und Fertigkeiten [1, S.45 ff]:

- Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundaufgaben, Unterdruck- und Kompressionstherapie,
- Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden,
- Weichteileingriffe, z. B. an Sehnen, Bändern, Muskeln, Haut, Weichteiltumoren,
- Operative Therapie bei Infektionen an Weichteilen, Knochen oder Gelenken.

Die Weiterbildungsinhalte für die Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie umfassen u. a. folgende für die Behandlung des DFS relevanten Kompetenzen [1, S. 64 ff]:

- Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie,
- Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden,
- Indikation, Gebrauchsschulung und Überwachung von Hilfsmitteln an den Stütz- und Bewegungsorganen, insbesondere bei Einlagen, Orthesen und Prothesen,
- Osteotomien an der unteren Extremität,
- Operative Therapie bei Infektionen an Weichteilen, Knochen oder Gelenken.

Die Weiterbildungsinhalte für die Facharztkompetenz Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie umfassen u.a. folgende für die Behandlung des DFS relevante Kompetenzen [1, S. 64 ff]:

- Wiederherstellung von Knorpel- und Knochenstrukturen an den Extremitäten --- Rekonstruktiv-plastische Eingriffe am Fuß einschließlich Korrekturen am knöchernen Skelett
- Therapieoptionen bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschließlich Kompartmentsyndrom sowie erworbener Erkrankungen und Verletzungen von funktionellen Strukturen
- freie mikrovaskulär angeschlossene Lappenplastiken / mikrovaskulär gestielte Lappenplastiken / lokale Lappenplastiken einschließlich gefäßgestielter Lappenplastiken bei rekonstruktiven Eingriffen an den Extremitäten.

Auch die Durchführung der Amputation bei DFS ist Inhalt der Facharztkompetenzen Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie und Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Die Kompetenz zur Durchführung des Eingriffs umfasst immer auch die Kompetenz zur Indikationsstellung für den Eingriff. Die vorgenannten Facharztkompetenzen wurden als für die Durchführung des Eingriffs maßgebliche Facharztkompetenzen auch vor diesem Hintergrund bei der Berechtigung zur Erteilung der Zweitmeinung berücksichtigt.

Damit werden - auch dem multidisziplinären Ansatz in der Behandlung des DFS folgend - die für die Erteilung der Zweitmeinung berechtigten Fachgebiete in Absatz 1 um weitere an der Behandlung des DFS maßgeblich beteiligte chirurgische Facharztkompetenzen erweitert. Zur Sicherung der für die Indikationsstellung zur Amputation bei DFS notwendigen interdisziplinären Kompetenz werden zugleich in Absatz 3 zusätzliche Anforderungen an die spezifische Behandlungserfahrung und die Möglichkeiten zum multidisziplinären Austausch mit anderen Facharztkompetenzen geregelt.

Zu Absatz 2

Zusätzlich zu den ärztlichen Fachgruppen gemäß Abs. 1 wurde gemäß § 8 Absatz 3 AT festgelegt, dass Angehörige folgender nichtärztlicher Fachberufe zur Beratung optional hinzugezogen werden können: Podologin/Podologe oder Medizinische Fußpflegerin/Medizinischer Fußpfleger, Orthopädieschuhmacherin/Orthopädieschuhmacher, Orthopädietechnik-Mechanikerin/Orthopädietechnik-Mechaniker oder Orthopädiemechanikerin und

Bandagistin/Orthopädiemechaniker und Bandagist. Angehörige dieser Berufsgruppen wirken ggf. in der Behandlung mit, so dass die optionale Hinzuziehung zur Klärung von Fragen im Rahmen der Zweitmeinung sinnvoll erscheint.

Zu Absatz 3

Entsprechend dem interdisziplinären Ansatz bei der Behandlung des DFS ist auch bei der Bewertung der Indikationsstellung eine interdisziplinäre Abstimmung geboten. Der G-BA legt deshalb auf Grundlage von § 27b Absatz 2 Satz 4 und 5 SGB V und gemäß § 7 Abs. 4 AT weitere eingriffsspezifische Anforderungen an die Erfahrung der Zweitmeiner und an die Möglichkeit zur Nutzung der Expertise anderer Fachgebiete bei der Abgabe der Zweitmeinung fest.

Nach Satz 1 Buchstabe a müssen die Zweitmeiner für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms besonders qualifiziert sein. Als besonders qualifiziert in diesem Sinne gelten gemäß Satz 2 Fachärztinnen und Fachärzte, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom behandelt haben. Für die Behandlung von Patienten mit diabetischem Fuß erfordert der EBM den Nachweis der Behandlung von mindestens 100 Patienten pro Quartal im Jahr vor der Antragstellung auf eine Genehmigung zur Versorgung der Patienten. Die Inzidenz für diabetische Fußkomplikationen liegt gemäß dem Gesundheitsbericht 2019 der DDG bei bis zu 6%, die Prävalenz liegt bei bis zu 10% [3]. Ausgehend von dieser 10%-Prävalenz kann man erwarten, dass in der diabetologischen Versorgung typischerweise durchschnittlich 10 Patienten pro Quartal mit Fußproblemen versorgt werden. Da es für die Versorgung der Patienten mit Fußproblemen bei der Frage einer möglichen Amputation auf eine multidisziplinäre Einschätzung der Situation und eine koordinierte multidisziplinäre Behandlung in besonderem Maße ankommt [3, S. 72], wird daher der Nachweis einer Behandlung von mindestens 30 Patienten in einem multidisziplinären Setting p.a. als zur Sicherung einer besonderen Expertise zur Zweitmeinungserbringung geeignet, erforderlich und angemessen¹ angesehen.

Für die Fachärzte gemäß Absatz 1 gelten somit die Anforderungen an die besondere Expertise gemäß AT und zusätzlich als Anforderung der Nachweis, dass sie pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten p. a. mit diabetischem Fußsyndrom in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung (mit-) behandelt haben. Der Begriff der Behandlung ist dabei weit gefasst und bezieht u.a. (Mit-) Behandlungen, Beratungen, Konsile oder Gutachten mit ein. Eine solche Mitbehandlung findet sowohl regelhaft z. B. in spezialisierten Fußzentren oder diabetologischen Fußambulanzen, als auch in der Kooperation und Zusammenarbeit verschiedener Ärzte in der Betreuung der diese Richtlinie betreffenden Patienten statt.

Die gemäß Satz 1 Buchstabe b) geforderte Zusammenarbeit, die über die Abgabe einer Erklärung zu einer bestehenden, schriftlich fixierten Kooperationsvereinbarung nachzuweisen ist, bezieht sich dabei auf eine multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Betreuung der Patienten. Dass ein Rückgriff auf bestehende Kooperationen möglich ist, stellt aufgrund der interdisziplinären Behandlung bzw. der Beteiligung mehrerer Fachärztinnen und Fachärzte in der Behandlung insbesondere auch bei der Abgabe der Zweitmeinung einen wichtigen Aspekt der besonderen Qualifikation dar. Insbesondere ist es notwendig, dass hier die Möglichkeit der Kooperation zwischen konservativ und operativ tätigen Fachärztinnen und Fachärzten besteht.

Die Zusammenarbeit kann in direkter Form in einer Einrichtung wie z. B. einer Arztpraxis, einem MVZ, einer Abteilung einer Einrichtung, oder auch indirekt durch (konsiliarische) Mit- und Weiterbehandlungen z.B. im Rahmen von Überweisungen erfolgen.

¹ Nach einer Umfrage des Centrums für Integrierte Diabetesversorgung, CID GmbH, zur Erhebung der Behandlungszahlen des Jahres 2019 gab nur eine von 81 Fußambulanzen eine Behandlungszahl von unter 30 Patienten an, http://cid-direct.de/blog/diabetologische_fussambulanzen_behandlungszahlen/

Der geforderte Nachweis bezieht sich somit vor allem auf die Kooperation mit mindestens einer anderen Facharztgruppe als der des Antragstellers. In einer solchen Kooperationsvereinbarung können relevante Fragen der Versorgung, so z.B. Fragen der Terminvergabe, Umgang mit Notfällen oder akuten Komplikationen, und das Schnittstellenmanagement geregelt sein. Dadurch wird verdeutlicht, dass insbesondere durch eine geregelte, auch regelmäßig erfolgende Zusammenarbeit in der Betreuung der Patienten aktuelle Erkenntnisse in der Behandlung der Fußkomplikationen durch den regelmäßigen Austausch zwischen den beteiligten Fachgebieten vorliegen. Die Kooperationsvereinbarung selbst ist zur Genehmigung nicht vorzulegen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 28.383 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 566.755 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 21. Juli 2020 begann die Arbeitsgruppe Zweitmeinung mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Ein Stellungnahmeverfahren mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Absatz 5a SGB V war nicht erforderlich, da der vorliegende Beschluss keine Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. März 2021 beschlossen, den Beschluss vom 16. April 2020 über eine Änderung der Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

6. Literaturverzeichnis

1. **Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)**. (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018, in der Fassung vom 12./13.11.2020 [online]. Berlin

(GER): BÄK; 2018. [Zugriff: 03.03.2021]. URL:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20201112_13_MWBO-2018.pdf.

2. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Entscheidungshilfe zu Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom; Rapid Report [online]. P20-02. Köln (GER): IQWiG; 27.10.2020. [Zugriff: 03.03.2021]. URL: <https://www.iqwig.de/projekte/p20-02.html>.
3. **Lawall H, Lobmann R.** Das Diabetische Fußsyndrom: Aktuelle Entwicklungen, Therapieziele und Zweitmeinungen. In: Deutscher Gesundheitsbericht: Diabetes 2019. Die Bestandsaufnahme [online]. Berlin (GER): Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG); diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe; 2019. [Zugriff: 03.03.2021]. URL: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/06_Gesundheitspolitik/03_Veroeffentlichungen/05_Gesundheitsbericht/gesundheitsbericht_2019.pdf.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Berlin, den 18. März 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Aufnahme des Eingriffs Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Die nachstehende Bürokratiekostenermittlung bezieht sich ausschließlich auf solche Vorgaben, welche über die vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen in § 27b SGB V hinausgehen bzw. diese durch Beschluss des G-BA konkretisieren.

Mit der Ergänzung des Eingriffs Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom im Besonderen Teil der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren wird das Einholen einer Genehmigung zum Tätigwerden als Zweitmeinungsgeber für Ärztinnen und Ärzte, die bisher nicht am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen, notwendig. Mit dem vorliegenden Beschluss werden gemäß § 2 mit den Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie, Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie sowie den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinchirurgie weitere Facharztgruppen ergänzt, welche bei den Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sind.

Die Anforderungen an die Zweitmeiner, welche im Rahmen eines Nachweisverfahrens gemäß § 7 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren nachgewiesen werden müssen, beziehen sich insbesondere auf die besondere Qualifikation und die Unabhängigkeit der Zweitmeinungsgeber. Für den Nachweis der Unabhängigkeit sind Leistungserbringer zudem verpflichtet, verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht vorliegen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Nachweis der genannten Anforderungen einmalig zu erfolgen hat und hierfür durchschnittlich ein zeitlicher Aufwand von 120 Minuten erforderlich ist. Dieser zeitliche Aufwand setzt sich aus den folgenden Standardaktivitäten zusammen:

Standardaktivität	Zeit in Minuten	Qualifikationsniveau²	Bürokratiekosten je Fall in Euro
Einarbeitung in die Informationspflicht	15	hoch (53,30 €/h)	13,32
Beschaffung der Daten	30	hoch (53,30 €/h)	26,65
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	30	hoch (53,30 €/h)	26,65
Datenübermittlung	10	hoch (53,30 €/h)	8,88 sowie 1,45 Portokosten
Interne Sitzungen	20	hoch (53,30 €/h)	17,76
Kopieren, Archivieren, Verteilen	15	mittel (27,80 Euro/h)	6,95
Gesamt	120		101,66

Ausgehend von diesen Eingriffen und der Maßgabe, dass Zweitmeiner seit wenigstens fünf Jahren nach Erlangung des Facharztstatus in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie

² Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung. Wiesbaden. 2018, S. 55

genannten Gebiet tätig sein müssen, sind potentiell rund 22.300 Leistungserbringer adressiert (11.407 Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, 5.405 Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie, 2.260 Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, 916 Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinchirurgie, 899 Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, 652 Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische Chirurgie sowie 745 Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie)³.

Geht man davon aus, dass sich hiervon ein Anteil von geschätzt 25 Prozent als Zweitmeiner qualifizieren wird, resultiert hieraus eine einmalige Fallzahl von 5.575 Genehmigungsverfahren. Die mit dem Genehmigungsverfahren einhergehenden einmaligen Bürokratiekosten belaufen sich somit auf geschätzt 566.755 Euro (5.575 x 101,66 Euro).

Nimmt man zusätzlich an, dass jährlich neu 5 Prozent der Zweitmeiner (279 Ärztinnen und Ärzte) einen Nachweis erbringen, ergeben sich zudem jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 28.363 Euro (279 x 101,66 Euro).

³ Bundesärztekammer: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019. Bundesgebiet gesamt. Tabelle 3 Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten. Stand: 31.12.2019, S. 12