

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/10440 –**

### **Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Laut dem Bundesgerichtshof (BGH) ist die „Bestechung“ von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten durch die Pharmaindustrie nicht strafbar. Er entschied am 29. März 2012, dass die geltenden Straftatbestände der §§ 299 und 331 ff. des Strafgesetzbuches (StGB) nicht anwendbar sind, wenn Vertragsärztinnen und -ärzte von einem Pharmaunternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln dieses Unternehmens entgegennehmen (BGH, Beschluss vom 29. März 2012, Az. GSSt 2/11).

Nach dem Beschluss des BGH müssen jetzt bundesweit mehr als 3 400 Ermittlungsverfahren gegen Vertragsärzte und Pharmareferenten wegen Bestechlichkeit und Bestechung eingestellt werden (DER SPIEGEL, 26/2012, S. 74). Darunter sind Fälle, in denen einem Vertragsarzt sogar bis zu 500 000 Euro gezahlt wurden (dpa-Meldung vom 4. Juli 2012).

Allerdings wies der BGH die Entscheidung darüber, ob korruptives Verhalten im Gesundheitswesen strafwürdig ist und zukünftig mittels neu zu schaffender Straftatbestände verfolgt werden sollte, ausdrücklich zurück an den Gesetzgeber.

Folgt man der Ansicht der Bundesregierung, gibt es bereits heute im Sozialrecht verschiedene Regelungen, zum Beispiel § 128 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die bei einem Fehlverhalten ein schnelles Reagieren und empfindliche Sanktionen ermöglichten. Dies sei „ebenso wirksam wie die Aufnahme eines neu definierten Straftatbestands in das Strafgesetzbuch“ (vgl. Bundestagsdrucksache 17/9587 vom 9. Mai 2012).

Die Regelung der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und -erbringern auf der einen Seite und Vertragsärztinnen und -ärzten auf der anderen Seite wurde im Jahr 2009 in den § 128 SGB V aufgenommen und seitdem mehrfach geändert. Er betraf ursprünglich die Hilfsmittelversorgung und wurde später auch unter anderem auf die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V ausgeweitet. Der § 128 SGB V wird allerdings schon heute wegen seiner mangelnden Wirksamkeit kritisiert, was vor allem mit fehlenden Ermittlungs- und Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen begründet wird.

So hat der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 13. Oktober 2011 begründet, warum die eigenständige sozialrechtliche Ahndung von Verstößen gemäß § 128 Absatz 3 SGB V aus der Perspektive der insoweit zuständigen Krankenkassen gegenwärtig weitgehend ins Leere läuft. (vgl. Ausschussdrucksache 17(14)0188(59)1 vom 14. Oktober 2011, S. 139 f.).

Aber auch die berufsrechtliche Verfolgung der insoweit korrespondierenden Verstöße gegen die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte weist – entgegen den offiziellen Verlautbarungen der Bundesärztekammer – offensichtlich deutliche Vollzugsdefizite auf. So schlussfolgerte die „Berliner Zeitung“ in dem Beitrag „Bestechende Aussichten für Mediziner“ vom 17. Juli 2012 nach dem Ergebnis von eigener Befragungen bei allen Landesärztekammern zusammenfassend: „Die, die sanktionieren sollen, haben kaum Ermittlungsmöglichkeiten. Und diejenigen, die für Ermittlungen mit schlagkräftigen Instrumentarien ausgestattet wären, dürfen diese nach der Grundsatzentscheidung des BGH zukünftig nicht mehr anwenden.“

Besonders der als effektive Sanktionsmöglichkeit benannte Widerruf der Approbation (§ 5 Absatz 2 der Bundesärztleistungsordnung) komme verwaltungspraktisch fast gar nicht vor. Nur in Bayern sei in den vergangenen fünf Jahren einem Arzt die Approbation entzogen worden. Zur Begründung wird die Gesundheitsbehörde im Bundesland Bremen zitiert: „Die Hürden für den Entzug einer Approbation durch die Gesundheitsbehörde des Landes sind hoch, weil die Maßnahme in die Berufsfreiheit eingreift. Es muss ein Strafbefehl oder ein Strafurteil vorliegen.“ Zu den für den Approbationsentzug nötigen Strafurteilen kommt es aber nur, wenn die Staatsanwaltschaften überhaupt ermitteln. Wo es keine Ermittlungen der Staatsanwaltschaften mehr gibt, gibt es zukünftig also auch keine Strafbefehle oder Strafurteile und damit auch keinen Widerruf der Approbation.

Im Mittelpunkt einer ärztlichen Behandlung sollte das Wohl der Patientin bzw. des Patienten stehen. Doch immer wieder zeigt sich, dass die Patientenversorgung nicht allein aus medizinischen Gründen erfolgt, sondern auch durch Einkommensanreize bestimmt wird. So haben Behandlungen, deren medizinischer Nutzen nicht belegt ist und die daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden (z. B. die Individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL), in den letzten Jahren deutlich zugenommen und werden vorwiegend besser verdienenden Patientinnen und Patienten angeboten. Kürzere Wartezeiten von privat Versicherten wurden statistisch verifiziert und erklären sich vor allem durch die höhere Vergütung. Ebenso gelangen Berichte über die unzulässige Vermittlung von Spenderorganen oder die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Ärztinnen und Ärzte an die Öffentlichkeit. Diese und andere Berichte lassen Zweifel aufkommen, ob tatsächlich in jedem Fall allein die bestmögliche Versorgung im Mittelpunkt der Behandlung steht.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Große Senat für Strafsachen des Bundesgerichtshofes (BGH) hat in einem am 22. Juni 2012 verkündeten Beschluss vom 29. März 2012 eine Strafbarkeit von Vertragsärztinnen und -ärzten verneint, die von einem Pharma-Unternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln dieses Unternehmens entgegennehmen. Nach Auffassung des BGH handeln niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte bei der Wahrnehmung der ihnen in § 73 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) übertragenen Aufgaben weder als Amtsträgerin bzw. Amtsträger (im Sinne von § 11 Absatz 1 Nummer 2 des Strafgesetzbuchs – StGB) noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen (im Sinne von § 299 StGB). Zur Begründung verweist der BGH u. a. auf die Freiberuflichkeit der Vertragsärztinnen und -ärzte, die weder Angestellte noch Funktionsträger der Krankenkassen seien.

Die Auswirkungen dieser Entscheidung des BGH und insbesondere die Frage, ob und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind, bedürfen einer sorgfältigen Prüfung. Mit dieser Prüfung ist die Bundesregierung derzeit befasst. Auf der Grundlage dieser Prüfung wird zu entscheiden sein, ob die derzeitige Rechtslage als ausreichend angesehen werden kann.

Die Bundesregierung weist in diesem Zusammenhang auf die bestehenden berufs- und sozialrechtlichen Vorschriften, die das zulässige Verhalten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten regeln, sowie auf die Zuständigkeiten zur Überwachung der Einhaltung dieser Vorschriften hin:

Nach § 32 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO) ist es Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile zu fordern, sich versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Nach § 31 MBO ist es Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Diese Verbote wurden in die Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen und sind somit für alle Ärztinnen und Ärzte verbindlich. Die Überwachung der Einhaltung der Berufsordnungen obliegt den Landesärztekammern. Diese können gegen Ärztinnen und Ärzte vorgehen, die ihre Berufspflichten verletzen. Bei einem berufsrechtlichen Fehlverhalten hat der Vorstand der jeweiligen Ärztekammer nach den Vorschriften der Kammer- bzw. Heilberufsgesetze der Länder teilweise ein Rügerecht und regelmäßig ein Antragsrecht auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens. Als Folge berufsunwürdigen Verhaltens kommen folgende berufsgerichtliche Maßnahmen in Betracht: eine Warnung, ein Verweis, eine Geldbuße (bis zu 50 000 Euro), die Aberkennung der Mitgliedschaft in den Organen der Kammer sowie in deren Unterorganisationen, die Aberkennung des Wahlrechts und der Wählbarkeit im Rahmen der Kammer-Selbstverwaltung bis zur Dauer von fünf Jahren.

Der Widerruf der Approbation hat gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 der Bundesärzterordnung (BÄO) durch die zuständige Landesgesundheitsbehörde zu erfolgen, wenn sich die Ärztin oder der Arzt eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit ergibt.

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt für Vertragsärztinnen und -ärzte mit Wirkung zum 1. Januar 2012 auch im Sozialrecht verankert. Nach § 73 Absatz 7 SGB V ist es Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Bereits mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde ein neuer § 128 in das SGB V aufgenommen, mit dem der Gesetzgeber auf die zunehmend thematisierten fragwürdigen Praktiken in der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich reagiert hat. § 128 Absatz 1 SGB V verbietet die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten. § 128 Absatz 2 SGB V verbietet die Gewährung wirtschaftlicher Vorteile (Bar- und Sachleistungen) in Zusammenhang mit der Durchführung der Hilfsmittelversorgung und der Verordnung von Hilfsmitteln. Die Regelungen wurden mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 (15. AMG-Novelle) noch weiter präzisiert und stringenter gefasst. Auch die Versorgung mit Arzneimitteln und

Medizinprodukten wurde einbezogen. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde § 128 SGB V erneut weiterentwickelt und verschärft. Es wurde ausdrücklich geregelt, dass die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen sowie auch eine Beeinflussung von Versicherten zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Kassenleistung Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten darstellen. Weiterhin wurde klargestellt, dass zu den unzulässigen Zuwendungen auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern zählen, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- und/oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Schließlich wurden das Zuwendungsverbot und weitere Regelungen auf die Versorgung mit Heilmitteln ausgedehnt.

Mit seiner Zulassung ist die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet; damit sind für sie bzw. ihn auch die o. g. Vorschriften verbindlich. Die Überwachung der Einhaltung dieser Vorschriften ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Sie haben die Vertragsärzteschaft – soweit notwendig – unter Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Disziplinarmaßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten. § 81 Absatz 5 SGB V bestimmt, dass die KVen eine Disziplinarordnung zu erlassen haben, in welcher Voraussetzungen und Maßnahmen zur Verhängung von Disziplinarmaßnahmen geregelt sind, wenn Ärztinnen und Ärzte ihre vertragsärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Je nach Schwere der Verfehlung nennt das Gesetz als mögliche Sanktionen „Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu zwei Jahren“. Das Höchstmaß der Geldbuße beträgt 10 000 Euro.

Der (paritätisch mit Vertretern der KVen und der gesetzlichen Krankenkassen besetzte) zuständige Zulassungsausschuss nach § 95 Absatz 6 Satz 1 SGB V hat die Zulassung u. a. dann zu entziehen, wenn eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt vertragsärztliche Pflichten gröblich verletzt.

Die Krankenkassen haben vertraglich sicherzustellen, dass Verstöße gegen § 128 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V angemessen geahndet werden. Entsprechende Regelungen müssten in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart werden. Gegenstand solcher Vereinbarungen können Regelungen zum Schadensausgleich sowie Vertragsstrafen sein. Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sind die Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband, gegebenenfalls auch die Landesverbände einer Kassenart, die K(Z)Ven sowie die K(Z)BV mit Wirkung vom 1. Januar 2004 an verpflichtet worden, organisatorische Einheiten zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten, die Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der GKV hindeuten. Zur rechtlichen Absicherung der Zusammenarbeitsverpflichtung dieser Einrichtungen ist im GKV-VStG klargestellt worden, dass zum Zweck der Fehlverhaltensbekämpfung auch personenbezogene Daten übermittelt werden dürfen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prüft die Wirksamkeit der dargestellten berufs- und sozialrechtlichen Vorschriften. In diesem Zusammenhang wird eine Abfrage bei den für die Umsetzung dieser Vorschriften zuständigen Institutionen und Verbänden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und GKV-Spitzenverband) durchgeführt, um Informationen über Fallzahlen und praktische Probleme zu erhalten. Das Ergebnis dieser Abfrage wird in die Prüfung der Auswirkungen des BGH-Beschlusses vom 29. März 2012 einbezogen werden.

1. Welche Vorfälle waren Anlass für die Formulierung des § 128 SGB V „Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten“ in der Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008?

Welche politische Intention wurde verfolgt?

2. Welche Vorfälle waren Anlass für die Änderung des § 128 SGB V in der Fassung der 15. Arzneimittelgesetz-Novelle vom 17. Juli 2009?

Welche Vorfälle waren insbesondere Anlass für die Formulierung des Absatzes 6?

Welche politische Intention wurde verfolgt?

3. Welche Vorfälle waren Anlass für die Änderung des § 128 SGB V in der Fassung des GKV-VStG vom 22. Dezember 2011?

Welche politische Intention wurde verfolgt?

Die Fragen 1 bis 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Anlass für die Regelungen waren entsprechende Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen nichtärztlichen Leistungserbringern und Vertragsärztinnen und -ärzten. Die Regelungen sind in den jeweiligen Gesetzgebungsverfahren ausführlich begründet worden. Auf die Bundestagsdrucksachen 16/10609, 16/12256 und 16/13428 sowie 17/6906 und 17/8005 wird verwiesen.

4. Welche Wirkung hat der § 128 SGB V nach Ansicht der Bundesregierung seit 2009 entfaltet?

Wie hat sich insbesondere das Verhältnis der pharmazeutischen Unternehmer zu niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten verändert (bitte mit Zahlen belegen)?

Nach Einschätzung der Bundesregierung, die auf Angaben der Verbände der Leistungserbringer beruht, hat § 128 SGB V im Hilfsmittelbereich zu einem deutlichen Rückgang korruptiver Praktiken geführt. Die Auswirkungen im Heilmittelbereich können noch nicht beurteilt werden.

Informationen zum Arzneimittelbereich liegen nicht vor. Entsprechende Informationen werden im Rahmen der in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten Abfrage eingeholt.

5. Welche sozialgesetzlichen Konsequenzen sind möglich, wenn Vertragsärztinnen und -ärzte von einem nichtärztlichen Leistungserbringer oder Pharmaunternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln bzw. Leistungen entgegennehmen?

Auf die umfassende Darstellung in der Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

6. Wie häufig wurden den Krankenkassen Verstöße gegen die Absätze 2 und 6 des § 128 SGB V seit 2009 bekannt (bitte jeweils nach Jahren aufschlüsseln)?
7. Wie häufig wurden nichtärztliche Leistungserbringerinnen und -erbringer von der Versorgung der Versicherten durch die Kassen im Sinne des § 128 Absatz 3 Satz 2 SGB V ausgeschlossen (bitte jeweils Berufsgruppe, Jahr und Art des Verstoßes angeben)?
8. Wie oft wurden andere Sanktionen gemäß § 128 Absatz 3 SGB V verhängt (bitte nach Art der Sanktion, Jahr und Art des Verstoßes aufschlüsseln)?

Die Fragen 6 bis 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Entsprechende Informationen werden im Rahmen der in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten Abfrage beim GKV-Spitzenverband eingeholt.

9. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus dem genannten BGH-Beschluss vom 29. März 2012?

Stimmt die Bundesregierung mit dem Großen Senat des BGH überein, der „die grundsätzliche Berechtigung des Anliegens, Missständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“, anerkennt?

Die Bundesregierung prüft derzeit sorgfältig, welche Auswirkungen der Beschluss des BGH hat und welche Konsequenzen aus diesem Beschluss zu ziehen sind. Auf der Grundlage dieser Prüfung wird zu entscheiden sein, ob die derzeitige Rechtslage als ausreichend angesehen werden kann.

10. Sieht die Bundesregierung die Vorteilsannahme durch Vertragsärztinnen und -ärzte als Gegenleistung für die Verordnung von bestimmten Arzneimitteln als strafwürdig an?

Falls ja, plant sie eine entsprechende Gesetzesinitiative?

Auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen.

11. Sieht die Bundesregierung die Vorteilsgewährung durch die Pharmaindustrie und andere Unternehmen als Gegenleistung für die Verordnung von bestimmten Arzneimitteln als strafwürdig an?

Falls ja, plant sie eine entsprechende Gesetzesinitiative?

Auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen.

12. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass § 128 Absatz 3 SGB V nur zur Sanktionierung nichtärztlicher Leistungserbringer herangezogen werden kann und Ärztinnen und Ärzte insbesondere durch die in den Absätzen 1, 2, 5, 5a, 5b und 6 genannten korruptiven Verhaltensweisen nicht nach Absatz 3 belangt werden können?

§ 128 Absatz 3 SGB V bezieht sich auch nach Auffassung der Bundesregierung auf nichtärztliche Leistungserbringer. Die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte kann jedoch auf der Grundlage des § 128 Absatz 5a und Absatz 6 SGB V ebenfalls sanktioniert werden. Auch § 73 Absatz 7 SGB V kann insoweit einschlägig sein.

13. Wie viele und welche Verträge nach § 128 Absatz 6 SGB V in Verbindung mit Absatz 3 wurden abgeschlossen?

Entsprechende Informationen werden im Rahmen der in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten Abfrage eingeholt.

14. Welche tatsächlichen Ermittlungskompetenzen haben die bei allen Krankenkassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 197a SGB V, um einen Verdacht des Verstoßes gegen § 128 SGB V wirksam zu verfolgen?

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V haben die im allgemeinem Sozial- und Verwaltungsrecht geregelten Befugnisse. Darüber hinaus dürfen sie nach § 197a Absatz 3a SGB V untereinander und an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 81a SGB V unter bestimmten Voraussetzungen personenbezogene Daten übermitteln, verarbeiten und nutzen.

15. Welche tatsächlichen Ermittlungskompetenzen haben die bei allen kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gemäß § 81a SGB V, um einem Verdacht des korruptiven Verhaltens niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte nachzugehen?

Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 81a SGB V haben die im allgemeinen Sozial- und Verwaltungsrecht geregelten Befugnisse. Darüber hinaus dürfen sie nach § 81a Absatz 3a SGB V untereinander und an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V unter bestimmten Voraussetzungen personenbezogene Daten übermitteln, verarbeiten und nutzen.

16. Welche Vorfälle waren Anlass für die Einführung des § 73 Absatz 7 SGB V in der Fassung des GKV-VStG vom 22. Dezember 2011 angesichts der Tatsache, dass es bereits seit vielen Jahren das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt in § 31 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte gibt?

Welche politische Intention wurde verfolgt?

§ 73 Absatz 7 SGB V, der durch das GKV-VStG mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eingeführt wurde, hat zum Ziel, die therapeutische Unabhängigkeit der Behandlung gesetzlich Versicherter durch Vertragsärzte zu sichern und orientiert sich an den entsprechenden berufsrechtlichen Verbotsnorm in § 31 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Durch eine (auch) sozialrechtliche Verankerung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt als Bestandteil der vertragsärztlichen Pflichten wird es ermöglicht, etwaige Verstöße gegen dieses Verbot – unabhängig von berufsrechtlichen Konsequenzen – auch sozialrechtlich zu sanktionieren (vgl. hierzu die Ausführungen in der Vorbemerkung der Bundesregierung).

17. Wie häufig wurde Ärztinnen und Ärzten aufgrund von Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten die Zulassung gemäß § 95 Absatz 6 SGB V in den letzten fünf Jahren entzogen (bitte jeweils nach Bundesland aufschlüsseln)?

Zuständig für den Entzug einer vertragsärztlichen Zulassung nach § 95 Absatz 6 SGB V sind die auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen gebildeten Zulassungsausschüsse. Dem BMG selbst liegen konkrete Erkenntnisse zur Anzahl von Zulassungsentziehungen nicht vor. Hierzu wird auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnte Prüfung hingewiesen, die noch nicht abgeschlossen ist.

18. Welche berufsrechtlichen Konsequenzen sind nach Kenntnis der Bundesregierung möglich, wenn Vertragsärztinnen und -ärzte von einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer oder Pharma-Unternehmen Vorteile als Gegenleistung für die Verordnung von Arzneimitteln dieses Unternehmens entgegennehmen?

Berufsrechtliche Konsequenzen hängen von der Beurteilung des konkreten Einzelfalls ab.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

19. Wie oft wurden nach Kenntnis der Bundesregierung durch die zuständigen Landesärztekammern eigenständig berufsrechtliche Verfahren wegen Verstoßes gegen den §§ 31 und 34 Absatz 5 der (Muster-)Berufsordnung eingeleitet (bitte jeweils nach Bundesland für die letzten fünf Jahre aufschlüsseln)?

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Zahlen angesichts der Tatsache, dass allein im Zusammenhang mit dem sog. Ratiopharm-Skandal bundesweit Ermittlungsverfahren gegen 3 000 Vertragsärzte eingeleitet wurden?

20. Wie oft wurden nach Kenntnis der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Ratiopharm-Skandal von den zuständigen Landesärztekammern berufsrechtliche Sanktionen wegen Verstößen gegen die §§ 31 und 34 Absatz 5 der (Muster-)Berufsordnung verhängt (bitte jeweils nach Bundesland für die letzten 5 Jahre aufschlüsseln)?
21. Welche tatsächlichen Ermittlungskompetenzen haben die zuständigen Landesärztekammern, um einen Verstoß gegen §§ 31, 34 Absatz 5 der (Muster-)Berufsordnung wirksam zu verfolgen?
22. Sind berufsrechtliche Sanktionen bei korruptivem Verhalten von Vertragsärzten nach Ansicht der Bundesregierung angemessen und sachgerecht, wenn „ein nennenswerter Teil der Ärzte, nämlich nicht nur einige wenige Prozente, sagen, sie kennen diese Berufsordnung auch gar nicht in dieser Hinsicht und es interessiert sie eigentlich auch nicht, was drin steht“ (Zitat: Prof. Dr. Kai Bussmann in „REPORT MAINZ“, 3. Juli 2012, unter Hinweis auf die veröffentlichten wesentlichen Ergebnisse seiner vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Studie)?

Die Fragen 19 bis 22 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hierzu wird auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnte Prüfung hingewiesen, die noch nicht abgeschlossen ist.

23. Unter welchen Voraussetzungen kommt es nach Kenntnis der Bundesregierung bei einem Verstoß gegen die §§ 31 und 34 Absatz 5 der (Muster-)Berufsordnung zu einem Widerruf der Approbation durch die zuständige Landesbehörde?

Hierzu wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung hingewiesen.

24. Welche Ermittlungsmöglichkeiten haben die zuständigen Landesbehörden, um einem möglichen Verstoß gegen die §§ 31 und 34 Absatz 5 der (Muster-)Berufsordnung nachzugehen?

Die Ermittlungsbefugnisse richten sich nach dem Landesrecht, insbesondere nach den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder sowie den auf deren Grundlage erlassenen weiteren Rechtsvorschriften wie beispielsweise den Berufsgerichtsordnungen. Im Übrigen wird auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung angesprochene Abfrage verwiesen.

25. Wie häufig ist nach Kenntnis der Bundesregierung eine Approbation in den letzten fünf Jahren tatsächlich widerrufen worden (bitte nach Bundesland und Jahren aufschlüsseln)?

Auf die Antwort zu Frage 23 wird verwiesen.

26. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein für einen Entzug der Kassenzulassung gemäß § 95 Absatz 6 SGB V durch den zuständigen Zulassungsausschuss?

Nach § 95 Absatz 6 SGB V ist die vertragsärztliche Zulassung unter anderem zu entziehen, wenn die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt ihre bzw. seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts setzt eine gröbliche Pflichtverletzung voraus, dass der Pflichtverstoß so schwer wiegt, dass seinetwegen die Zulassungsentziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Dies ist anzunehmen, wenn hierdurch das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten bzw. in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit der Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt nicht zugemutet werden kann (vgl. Urteil vom 24. November 1993 – 6 RKa 70/91). Wann diese Voraussetzungen zu bejahen sind, hängt von den Umständen des jeweiligen Einzelfalls ab.

27. Wie häufig ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Kassenzulassung in den letzten fünf Jahren tatsächlich entzogen worden (bitte aufschlüsseln nach Bundesland und Jahren)?

Auf die Antwort zu Frage 17 wird verwiesen.

28. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass nach den Berufsordnungen die Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren (entspricht § 30 der (Muster-)Berufsordnung)?

Die entsprechende Vorschrift ist zutreffend wiedergegeben.

29. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass Pharmaunternehmen vor allem deshalb Vorteile gewähren, weil sie dadurch eine häufigere Verschreibung ihrer Präparate erreichen wollen?
30. Welche Auswirkungen auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen sind nach Kenntnis der Bundesregierung zu erwarten, wenn Ärztinnen und Ärzte Vorteile von der Pharmaindustrie entgegennehmen?

Die Fragen 29 und 30 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gesetzlichen Regelungen sollen derartige Vorgehensweisen ausschließen.

31. Welches Schutzgut rechtfertigt das Verbot der Vorteilsannahme bzw. Vorteilsgewährung bei Amtsträgern und Amtsträgerinnen?  
Ist dieses Schutzgut nach Ansicht der Bundesregierung höher zu werten als die Behandlungsqualität oder die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen?

Die Strafvorschriften des § 331 ff. StGB schützen die Lauterkeit des öffentlichen Dienstes und das Vertrauen der Öffentlichkeit in diese Lauterkeit (vgl. Bundestagsdrucksache 13/5584, Seite 16). Diese Strafzwecke sind unabhängig von der Behandlungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen.

32. Haben nach Ansicht der Bundesregierung niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gegenüber den Krankenkassen eine finanzielle Verantwortung?  
Falls ja, worin drückt sich diese Verantwortung aus, und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Im Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern regelt, ist die für die Krankenkassen und die Leistungserbringer, und damit auch für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verbindliche Vorgabe enthalten, wonach die Versorgung der Versicherten insbesondere das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und wirtschaftlich erbracht werden muss. Die Einhaltung dieser Vorgabe wird bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durch die Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfungen sichergestellt, die an nicht rechtmäßiges, implausibles sowie unwirtschaftliches Verhalten entsprechende Konsequenzen knüpft. Hierin kommt auch eine finanzielle Verantwortung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gegenüber den Krankenkassen zum Ausdruck.

33. Wie groß ist der Anteil der ärztlichen Fortbildungen, die nach Einschätzung der Bundesregierung von der Pharma- oder Medizinprodukteindustrie ganz oder teilweise bezahlt werden?
34. Hält die Bundesregierung die fachliche Unabhängigkeit von Fortbildungsveranstaltungen für prinzipiell gefährdet, wenn diese von der Industrie bezahlt werden?

Die Fragen 33 und 34 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung verfügt über keine konkreten Informationen zum Anteil der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Pharma- oder Medizin-

produkteindustrie ganz oder teilweise bezahlt werden. Nach § 95d Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V und berufsrechtlichen Vorgaben müssen die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Die Beurteilung, ob und inwieweit die Unabhängigkeit einer Fortbildungsveranstaltung durch eine Kostenbeteiligung der Industrie gefährdet wird, hängt von den Umständen des konkreten Einzelfalls ab.

35. Wie bewertet die Bundesregierung die Information von Ärztinnen und Ärzten über Arzneimittel durch Pharmareferentinnen und -referenten der Industrie nach ihrer Kenntnis hinsichtlich der Qualität und Vollständigkeit (unerwünschte Wirkungen, Behandlungsalternativen)?

In § 75 des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist festgelegt, dass nur Personen, die die erforderliche Sachkenntnis besitzen, von pharmazeutischen Unternehmern beauftragt werden dürfen, hauptberuflich Angehörige von Heilberufen aufzusuchen, um diese fachlich über Arzneimittel zu informieren. Die Voraussetzungen für die erforderliche Sachkenntnis sind in § 75 Absatz 2 AMG geregelt. Des Weiteren sind in § 76 AMG die Pflichten des Pharmaberaters näher festgelegt, insbesondere worüber informiert werden und was schriftlich aufgezeichnet werden muss. Damit ist ein Regelungsrahmen für eine ordnungsgemäße fachliche Information über Arzneimittel gegeben. Die Überwachung dieser Vorschriften obliegt den zuständigen Landesbehörden.

36. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus Untersuchungen, denen zufolge die Verzerrung von medizinischen Informationen mit der Höhe des Industriesponsorings an einer Fortbildungsveranstaltung zunimmt (vgl. Archives of Internal Medicine 2011; 171:840-46)?

Auf die Antwort zu den Fragen 33 und 34 wird verwiesen.

37. Sind der Bundesregierung die Regelungen zur Transparenz im Verhältnis zwischen Industrie und Ärztinnen sowie Ärzten bekannt, die mit der US-amerikanischen Gesundheitsreform 2009 eingeführt wurden?

Was beinhalten diese Regelungen, und welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung aus diesen?

Inwieweit sind die Transparenzberichte über Zuwendungen von der Industrie, die in den USA demnächst veröffentlicht werden müssen, auch in Deutschland einführbar?

Über die US-amerikanischen Regelungen liegen der Bundesregierung keine näheren Informationen vor.

38. Welche Maßnahmen aus anderen Staaten sind der Bundesregierungen bekannt, die das Marketing durch Pharmareferentinnen und -referenten einschränken oder verhindern sollen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

39. Sind der Bundesregierung Studien oder Befragungen bekannt, in denen untersucht wurde, wie groß der Anteil der Industrie am vermittelten Wissen an Ärztinnen und Ärzten über neue Arzneimittel ist?

Falls ja, welches sind die Ergebnisse, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Es ist nicht Aufgabe der Bundesregierung, entsprechende Studien zu bewerten.

40. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin, bei dem Transparency International Deutschland e.V. die Herausgabe der bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesammelten Daten über die verschriebenen Medikamente, die Anzahl der betroffenen Patienten, die Anzahl der verschreibenden Ärzte und die Höhe der an sie gezahlten Honorare erstritten hat (VG Berlin, Urteil vom 1. Juni 2012, Az. VG 2 K 177.11)?

Das Urteil zeigt, dass für Informationen zu Anwendungsbeobachtungen, die bei den in § 67 Absatz 6 AMG genannten Stellen vorhanden sind, eine Transparenz auf der Grundlage des Informationsfreiheitsgesetzes gegeben ist.

41. Wie viel Geld haben Ärztinnen und Ärzte nach Kenntnis der Bundesregierung für die Durchführung von Anwendungsbeobachtungsstudien in den letzten fünf Jahren erhalten?

Entsprechende Informationen sollen im Rahmen der in der Vorbemerkung der Bundesregierung genannten Abfrage eingeholt werden.

42. Gelten die Vorschriften des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bezüglich der Registrierung und Veröffentlichung von Studien auch für Anwendungsbeobachtungsstudien?

Falls nein, warum wurden die entsprechenden Vorschriften nicht auch darauf erstreckt, und plant die Bundesregierung eine diesbezügliche Gesetzesänderung?

43. Welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung aus Vorwürfen, denen zufolge Anwendungsbeobachtungsstudien „eine Form legalisierter Korruption“ seien und „nur Marketingzwecken dienen“ (siehe Pressemitteilung Transparency International vom 11. Juni 2012)?

Die Fragen 42 und 43 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Anwendungsbeobachtungen sind geeignet, Erkenntnisse über zugelassene oder registrierte Arzneimittel zu gewinnen. Ziel von Anwendungsbeobachtungen ist die Beobachtung von Behandlungsmaßnahmen in der routinemäßigen Anwendung durch Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Um die Qualität solcher Untersuchungen zu verbessern, aber auch um Missbrauch zu Marketingzwecken entgegenzuwirken, sind in § 67 Absatz 6 AMG verbindliche Vorgaben getroffen und umfassende Informationspflichten begründet worden.

Anwendungsbeobachtungen sind nichtinterventionelle Prüfungen. Für nicht-interventionelle Unbedenklichkeitsstudien sieht die Pharmakovigilanzrichtlinie 2010/84/EU weitere Regelungen vor, die mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Bundestagsdrucksache 17/10156) ins AMG umgesetzt werden (vgl. insbesondere § 63f AMG – neu). Es wird ausdrücklich bestimmt, dass keine Studien mit „Werbecharakter“

durchgeführt werden und kein Anreiz für eine besondere Verschreibung oder Empfehlung für ein bestimmtes Arzneimittel entstehen darf.

Die mit dem AMNOG eingeführten Veröffentlichungspflichten nach § 42b AMG gelten nicht für Anwendungsbeobachtungen. Allerdings können alle bei der zuständigen Bundesoberbehörde, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorhandenen Dokumente nach dem Informationsfreiheitsgesetz eingesehen werden.

§ 7 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) verbietet Zuwendungen oder sonstige Werbegaben, sei es Waren oder Dienstleistungen anzubieten, anzukündigen oder zu gewähren oder als Angehöriger der Heilberufe anzunehmen. Diese bußgeldbewehrte Regelung zielt darauf ab, eine Korrumpierung der Entscheidungsfreiheit – insbesondere der Therapiefreiheit – von Personen zu verhindern, die Heilmittel verschreiben, empfehlen oder anwenden.

Die bestehenden Regelungen zu Anwendungsbeobachtungen einschließlich der anstehenden Änderungen sowie die heilmittelwerberechtlichen Vorschriften bieten damit einen Regelungsrahmen, der Transparenz gewährleistet und Missbrauch entgegenwirkt.

44. Inwiefern hält es die Bundesregierung für wünschenswert, die Einflussnahme z. B. der Pharmaindustrie auf das Ordnungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten weitestmöglich zu begrenzen?

45. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um diese Beschränkung der Einflussnahme zu gewährleisten?

Sind insbesondere Beschränkungen der Werbemöglichkeiten für Arzneimittel bei Fachkreisen, Beschränkungen bei Pharmareferentinnen und -referenten, die weitgehende Beschränkung von Anwendungsbeobachtungsstudien und Vorgaben zur Transparenz bei Veranstaltungssponsoring geplant?

Die Fragen 44 und 45 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufgrund berufs- und sozialrechtlicher Vorschriften sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, ihre Entscheidungen aufgrund ihrer Ordnungsentscheidungen nach Maßgabe der medizinischen Erkenntnisse und somit frei von sachfremden Erwägungen zu treffen. Die Bundesregierung erwartet von den Beteiligten eine konsequente Anwendung der gesetzlichen Regelungen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 42 und 43 verwiesen.

46. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse über den Geldbetrag der Vorteile und Vergünstigungen, die insgesamt in Deutschland für die Verordnung von bestimmten Arzneimitteln gewährt und entgegengenommen werden?

Wenn ja, wie hoch beziffert sie diesen?

Darüber liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

47. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Ärztinnen und Ärzte oder ihre Familienangehörigen stille Beteiligungen an Unternehmen anderer Leistungserbringerinnen und -erbringer halten und so an der ärztlichen Überweisung mitverdienen?

Falls ja, wie beurteilt die Bundesregierung dies, und hält sie die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen dadurch für gefährdet?

48. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Ärztinnen und Ärzte oder ihre Familienangehörigen aktive Beteiligungen an Unternehmen anderer Leistungserbringerinnen und -erbringer halten und so an der ärztlichen Überweisung mitverdienen?

Falls ja, wie beurteilt die Bundesregierung dies, und hält sie die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidungen dadurch für gefährdet?

Die Fragen 47 und 48 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung sind Einzelfälle solcher Beteiligungen bekannt. Wegen der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder für das ärztliche Berufsrecht enthält sich die Bundesregierung jedoch einer Bewertung dieser Fälle. Im Übrigen gilt, dass ein entscheidendes Kriterium der berufsrechtlichen Zulässigkeit die Frage ist, ob die Auswahlentscheidung der Ärztin oder des Arztes durch eigene finanzielle Interessen überlagert wird. Dies wäre nach § 31 MBO verboten (vgl. Vorbemerkung der Bundesregierung). Ärztinnen und Ärzten ist es aber gestattet, sich an einem Leistungserbringer – wie an jedem anderen Unternehmen auch – finanziell zu beteiligen und hieraus einen gewissen Unternehmergewinn zu erzielen. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Ärztin oder dem Arzt als Gesellschafter(in) Gewinne verursachungsgerecht nach der Zahl der von ihr oder ihm veranlassten Untersuchungen oder Verordnungen zugeteilt würden. Eine solche Gewinnverteilung verstößt gegen § 31 MBO. Auch nach § 128 SGB V wären Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärztinnen oder -ärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, unzulässige Zuwendungen.

49. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte von anderen Leistungserbringerinnen und -erbringern (zum Beispiel von Ergo- bzw. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden) materielle Zuwendungen für ausgestellte Rezepte einfordern oder angeboten bekommen?

Von welchen Leistungserbringerinnen und -erbringern ist das bekannt, und wie bewertet die Bundesregierung dieses Verhalten?

50. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte von anderen Unternehmen (Labore, medizinisch-technisches Handwerk etc.) materielle Zuwendungen oder Vergünstigungen für Aufträge einfordern oder angeboten bekommen?

Von welchen Unternehmen ist das der Bundesregierung bekannt, und wie bewertet die Bundesregierung dieses Verhalten?

Die Fragen 49 und 50 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Solche Forderungen oder Angebote hält die Bundesregierung für nicht akzeptabel, führt dazu aber keine systematische Erfassung von Einzelfällen durch. Ein entsprechendes Verhalten von Vertragsärztinnen und -ärzten verstößt gegen das Berufsrecht. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung, die auch die Leistungen der meisten Gesundheitshandwerke umfasst, wird dies durch § 128 SGB V unter-

sagt. Um entsprechenden Praktiken auch im Heilmittelbereich, über die von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände in allgemeiner Form berichtet wurde, entgegenzuwirken, sind mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz das Zuwendungsverbot und weitere Regelungen auf die Heilmittelversorgung ausgedehnt worden.

51. In welchen Fällen dürfen Ärztinnen und Ärzte Empfehlungen für andere Leistungserbringerinnen und -erbringer abgeben?

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob und in welchem Maße diese Vorgaben eingehalten oder missachtet werden?

Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen (vgl. § 31 Absatz 2 MBO). Was als hinreichender Grund gilt, bestimmt sich nach den Besonderheiten des Einzelfalls. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

