

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Aufnahme des Eingriffs Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom in den Besonderen Teil sowie weitere Änderung im Allgemeinen Teil der Richtlinie

Vom 16. April 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Zu den Änderungen im Einzelnen	2
4.	Bürokratiekostenermittlung	6
5.	Verfahrensablauf	6
6.	Fazit	6
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	6

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

Mit dem Änderungsbeschluss wird ein vierter Eingriff „Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom“ in den Besonderen Teil der Richtlinie aufgenommen, für den künftig ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmung in § 27b SGB V sind für das Zweitmeinungsverfahren planbare Eingriffe zu bestimmen, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Bei der Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom (DFS) handelt es sich um einen solchen planbaren Eingriff.

Bei der Auswahl der Eingriffe sollen unter anderem der Nutzen für Patientinnen und Patienten durch eine Unterstützung der informierten Entscheidungsfindung und andere Ziele gemäß § 2 des Allgemeinen Teils, berücksichtigt werden. Bei der Auswahl des Eingriffs wurden als Gesichtspunkte insbesondere Informationen zum Leistungsgeschehen, zu konservativen und weniger invasiven Therapiealternativen, zur Evidenzbasierung und zu anderen Verfahren und Instrumenten der Qualitätssicherung berücksichtigt.

Zusätzlich erfolgt eine Änderung des Allgemeinen Teils der Richtlinie im Hinblick auf die Ermöglichung der telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.

3. Zu den Änderungen im Einzelnen

Zu § 8 Absatz 4 des Allgemeinen Teils der Richtlinie

Zu Satz 1

Mit der Neufassung wird klargestellt, dass die Zweitmeinung im Sinne dieser Richtlinie durch den Zweitmeiner ausnahmslos mündlich abzugeben ist. In Anlehnung an § 630e BGB setzt die Abgabe in formaler Hinsicht somit ein vom Zweitmeiner mündlich zu führendes persönliches Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten voraus.

Zu Satz 2

Satz 2 wurde aufgehoben. Eine telemedizinische Erbringung der Zweitmeinung setzt damit keine eingriffsspezifische Regelung im Besonderen Teil dieser Richtlinie mehr voraus. Auch das Mündlichkeitsprinzip nach Satz 1 schließt die Verwendung von Telekommunikationsmitteln nicht grundsätzlich aus, solange diese den unmittelbaren sprachlichen Austausch zwischen dem Zweitmeiner und der Patientin oder dem Patienten zulassen. Im Rahmen der Vereinbarkeit mit Begriff und (eingriffsspezifischen) Leistungsumfang nach § 3 des Allgemeinen Teils der Richtlinie richtet sich damit die Frage einer zulässigen telemedizinische Erbringung der Zweitmeinung nach den maßgeblichen

berufsrechtlichen und insbesondere vertragsärztlichen Bestimmungen. Hintergrund der Aufhebung ist, dass die Zweitmeinung im Sinne dieser Richtlinie gemäß § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 13 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und der Bewertungsausschuss insbesondere gemäß § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 SGB V gesetzlich beauftragt wurde, Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu treffen, nach der Videosprechstunden in einem weiten Umfang ermöglicht werden.

Zu § 1 des Eingriffs 4 des Besonderen Teils

Zu Absatz 1

In § 1 Absatz 1 wird die Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom als Eingriff 4, bei dem ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht, festgelegt.

Eingriff

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens nach § 27b SGB V sind planbare Amputationen an der unteren Extremität bei Menschen mit Diabetes (ICD 10-GM E10–E 14). Amputationen distal der Knöchel werden oft als Minoramputationen bezeichnet, die darüber als Majoramputationen.

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus mit peripherer Neuropathie und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) tragen durch die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms ein erhöhtes Amputationsrisiko¹. Amputationen sind als therapeutische Maßnahme mit schwerwiegenden Folgen zu charakterisieren. Sie haben Auswirkungen auf die Biomechanik des Gehens und können zu Fehlbelastungen und nachfolgenden Amputationen führen und sich negativ auf die Mobilität, die Selbständigkeit, die Lebensqualität und die Überlebenschancen² der Betroffenen auswirken.

Amputationen bei DFS wurden als Eingriff zur Aufnahme in die Zm-RL ausgewählt, da die Gefahr einer medizinisch nicht begründeten Mengenausweitung als gegeben angesehen wird und in besonderem Maß ein Nutzen für Patientinnen und Patienten durch eine Unterstützung der informierten Entscheidungsfindung zu erwarten ist.

Die Tiefenausdehnung von diabetischen Fußulzera wird oft abhängig von der erreichten Gewebeschicht nach Wagner in Grade 0 bis 5 eingeteilt. In einer in Deutschland gängigen Variante wird diese Klassifikation mit der UT-Klassifikation verbunden und „Wagner-Armstrong-Klassifikation“ genannt. Die Grade werden dazu um einen Buchstaben A-D ergänzt, der für Infektion (B), arterielle Durchblutungsstörung (C) oder beides (D) bzw. Abwesenheit von beidem (A) steht³.

Planbarkeit

Gemäß § 27b SGB V muss es sich bei den Eingriffen, bei denen ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht, um planbare Eingriffe handeln. Mit Ausnahme von Notfallsituationen, wie beispielsweise bei lebensbedrohlicher Sepsis, sind Amputationen bei DFS grundsätzlich als planbare Eingriffe anzusehen.

1 Prompers, L., et al., *Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease*. The EURODIAB Study. *Diabetologia*, 2008. 51(5): p. 747-55.

2 Gurney, J.K., et al., *Risk of lower limb amputation in a national prevalent cohort of patients with diabetes*. *Diabetologia*, 2018. 61(3): p. 626-635.

3 Bauer, H., et al., *Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes-Prävention und Therapie von Fußkomplikationen*. Berlin-Düsseldorf: BÄK,AWMF,KBV.

http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_fuss/pdf/nvl_t2dfuss_lang.pdf, 2006.

Mengenanfälligkeit

Es sind erhebliche regionale Unterschiede bei Majoramputationen zu verzeichnen. So waren 2011 in Hamburg 9,6 von 100.000 Einwohnern von Majoramputationen betroffen, in Sachsen waren es 34,6⁴. Da der Anteil der Menschen mit Diabetes unter den Amputierten mit rund 70 % sehr konstant war⁵, kann davon ausgegangen werden, dass die gefundenen regionalen Unterschiede in gleicher Weise auch Amputationen bei DFS betreffen.

Während die absolute Zahl der Patientinnen und Patienten mit Minoramputationen sinkt⁶, steigt gleichzeitig die Zahl der Minoramputationen pro Patient an⁷.

Insgesamt lässt sich auf Grund der erheblichen regionalen Unterschiede bei Majoramputationen und der gestiegenen Eingriffszahlen bei Minoramputationen die Gefahr einer medizinisch nicht begründeten Mengenausweitung von Amputationen bei DFS nicht ausschließen.

Andere Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Verbesserung und Strukturierung der interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus werden strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) gemäß der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des G-BA angeboten. Die DMP-Anforderungen zu Diabetes mellitus Typ 1 und 2 geben Versorgungspfade für die Behandlung eines DFS auf Basis von Leitlinien-Empfehlungen vor. Bei allen Menschen mit DFS soll die Überweisung in eine dafür geeignete Einrichtung erwogen werden, ab einem jeweils definierten Stadium müssen sie überwiesen werden, soweit die eigene Qualifikation des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Ärztin für die Behandlung der Patientin oder des Patienten nicht ausreicht (DMP-A-RL, Anlage 1, Nr. 1.8.2. für Diabetes Mellitus Typ 2 bzw. Anlage 7, Nr. 182. Für Diabetes Mellitus Typ 2). Es kann jedoch, aufgrund den oben in Bezug auf die Mengenanfälligkeit des Eingriffs geschilderte Situation in Bezug auf Amputationszahlen, bei bereits langjährig verfügbarer DMP-Versorgung, vermutet werden, dass die DMP-Versorgung in Bezug auf die Vermeidung von Amputationen sinnvoll ergänzt werden kann. Darüber hinaus werden nicht alle Patientinnen und Patienten im Rahmen eines DMP versorgt.

Konservative und weniger invasive Therapiealternativen

Konservative und weniger invasive Behandlungsalternativen zu Amputationen sind, neben einer aktiven Beobachtung des Krankheitsverlaufs, insbesondere das chirurgische Debridement, die Druckentlastung, die Behandlung von Infektionen und, wenn notwendig, die chirurgische Rekonstruktion bzw. Revaskularisierung^{8,11} und Kombinationen dieser Maßnahmen. Die jeweils phasenbezogen verfügbaren konservativen und weniger invasiven Behandlungsalternativen sind in der Nationalen Versorgungs-Leitlinie Typ-2-Diabetes, Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen und in einer internationalen Leitlinie 2019⁹ dargestellt.

Es sollten Hinweise auf eine Verbesserung der Chancen zu Vorbeugung rezidivierender Ulzera gegeben werden (Durchblutungsverbesserung, Organisation einer ausreichenden Entlastung, Behandlung begleitender Faktoren wie Behebung der Malnutrition, Reduktion von Ödemen oder Verbesserung der Blutzuckereinstellung).

4 Santosa, F., et al., *Decrease in Major Amputations in Germany*. Int Wound J, 2013.

5 Claessen, H., et al., *Lower-extremity amputations in people with and without diabetes in Germany, 2008-2012 - an analysis of more than 30 million inhabitants*. Clin Epidemiol, 2018. **10**: p. 475-488.

6 Claessen, H., et al., *Lower-extremity amputations in people with and without diabetes in Germany, 2008-2012 - an analysis of more than 30 million inhabitants*. Clin Epidemiol, 2018. **10**: p. 475-488.

7 Kroger, K., et al., *Lower Limb Amputation in Germany*. Dtsch Arztebl Int, 2017. **114**(7): p. 130-136.

8 Armstrong et al. 2017. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. N Engl J Med 2017;376:2367-75.

9 Schaper, N., et al. *IWGDF Practical guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease*. 2019 IWGDF Guidelines on the Prevention and Management of Diabetic Foot Disease, 2019.

Die möglichen alternativen Vorgehensweisen zu Amputationen beinhalten neben deren Vermeidung auch die Möglichkeit, distalere und damit weniger verstümmelnde Amputationen ggf. durchzuführen.

Evidenzbasierung

Maßgeblich für das Zweitmeinungsverfahren zu Amputation bei DFS sind Erkenntnisse, die zeigen, dass eine konsequente Nutzung weiterer Therapieoptionen zu einer Reduktion von Amputationen führen kann. Die Erkenntnislage ist hier, insbesondere insofern Maßnahmen über die o. g. konservativen, basistherapeutischen Aspekte hinaus erwogen werden, uneinheitlich und teilweise problematisch¹⁰ jedoch in einer aktuellen Synopse von Leitlinienempfehlungen differenziert dargestellt¹¹.

Zu Absatz 2

Es ist das allgemeine Ziel des Zweitmeinungsverfahrens, die Empfehlung für einen Eingriff im Rahmen der informierten Entscheidungsfindung erneut abzuwägen und die Betroffenen in ihrer Entscheidung und zu Alternativen zum geplanten Vorgehen zu beraten.

Ausgelöst wird die Pflicht zur Mitteilung eines Rechts auf Zweitmeinung durch die Empfehlung einer Amputation entsprechend § 5 des Allgemeinen Teils.

Zu § 2 des Eingriffs 4 des Besonderen Teils

Zu Absatz 1

Die Behandlung des DFS erfolgt interdisziplinär unter anderem durch Ärztinnen und Ärzte aus der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin, Chirurgie mit jeweils diabetologischer bzw. gefäßmedizinischer Spezialisierung oder Neurologen oder Angiologen. Für die Zweitmeinung berücksichtigt wurden die Fachrichtungen, die in der Regel die Indikation zur Amputation stellen wie Diabetologen und Diabetologinnen bzw. Fachärztinnen und Fachärzte mit diabetologischer Zusatz-Qualifikation, da diese in der Regel die interdisziplinäre Behandlung koordinieren, sowie Gefäßchirurgen/-innen und Angiologen/-innen, weil Gefäßprobleme generell einer der wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung eines Krankheitszustandes sind, bei dem Amputationen in Frage kommen.

Zu Absatz 2

Da nur ein Teil der Angehörigen der in Absatz 1 genannten Gruppen von Fachärztinnen bzw. Fachärzten eine hinreichend spezifische Qualifikation und Expertise bei der Behandlung des DFS aufweist, ist es erforderlich, dass Zweitmeiner in einer in Bezug auf die Behandlung des DFS qualifizierten Einrichtung tätig sind oder mit einer solchen kooperieren, um die erforderliche Expertise sicherzustellen; entsprechende eingriffsspezifischer Qualifikationsanforderungen wurden deshalb hier gemäß § 7 Absatz 4 Allgemeiner Teil Zm-RL festgelegt. Die Erfüllung dieser Anforderung ist mit der Antragsstellung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren gemäß § 7 Absatz 1 Allgemeiner Teil Zm-RL nachzuweisen. Als im Hinblick auf die Behandlung des DFS qualifizierte Einrichtung wird auf die DMP-A-RL des G-

10 Game et al. 2016. Effectiveness of interventions to enhance healing of chronic ulcers of the foot in diabetes: a systematic review. Diabetes Metab Res Rev 2016; 32(Suppl. 1): 154–168

11 IQWiG 2019. Leitliniensynopse für das DMP Diabetes mellitus Typ 2. Vorbericht (vorläufige Bewertung) V18-01, Version 1.0, 30.04.2019 (Tabelle 35, S. 141 ff.)

BA verwiesen. Die Konkretisierung in Bezug auf die Qualifizierung der Einrichtungen erfolgt im Rahmen der DMP länder- bzw. KV-spezifisch (z. B. KV Nordrhein¹²).

4. 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 6.913 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 136.936 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

5. Verfahrensablauf

In seiner Sitzung am 10. Oktober 2018 hat der Unterausschuss die AG Zweitmeinung mit der Ausarbeitung des planbaren Eingriffs „Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom“ beauftragt. Am 22. November 2018 begann die AG mit den Beratungen zu diesem vierten Eingriff für den Besonderen Teil der Richtlinie.

In insgesamt dreizehn Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet, im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten und mit der Empfehlung zur Beschlussfassung an das Plenum weitergeleitet.

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.

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. April 2020 beschlossen, die Zweitmeinungsrichtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung tragen den Beschluss mit.

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

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

12 https://www.kvno.de/downloads/vertraege/dmp/dmp_diab2_vertrag.pdf, Anlage 4, Download vom 20.10.2019

Berlin, den 16. April 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1

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

Vorbemerkung

Ergänzend zu § 6 Zm-RL wird in § 3 geregelt, dass der indikationsstellende Arzt für die Zweitmeinungsberatung benötigte Befunde möglichst in elektronischer Form an den Zweitmeiner sendet und § 4 regelt, dass der indikationsstellende Arzt dem Patienten für die Zweitmeinungsberatung die vorliegenden Befunde der neurologischen Basisuntersuchung und der Erhebung des Gefäßstatus aushändigen soll. Der daraus resultierende Aufwand des indikationsstellenden Arztes für die Beratung des Patienten durch den Zweitmeiner wird nicht zu den Informationspflichten im Sinne des Standardkosten-Modells gezählt, sondern entspricht in erster Linie einem aus inhaltlichen Vorgaben resultierenden Erfüllungsaufwand, welcher an dieser Stelle vom G-BA nicht zu quantifizieren ist.

Zu den Bürokratiekosten:

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 Beschlussentwürfen 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. Gemäß der § 2 Eingriffsspezifischen Anforderungen an den Zweitmeiner sind zur Erbringung der Zweitmeinung Ärztinnen und Ärzte der Innere Medizin und Angiologie, Ärztinnen und Ärzte der Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Ärztinnen und Ärzte der Gefäßchirurgie, Allgemeinmedizinerin und Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung Diabetologie und Ärztinnen und Ärzte der Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie berechtigt.

Die Anforderungen an die Zweitmeiner, welche im Rahmen eines Nachweisverfahrens gemäß § 7 Allgemeiner Teil 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	Qualifikationsniveau <small>¹³</small>	Bürokratiekosten je Fall in Euro
--------------------------	------------------------	---	---

¹³ Quelle: Statistisches Bundesamt 2018, Lohnkostentabelle

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 genannten Gebiet tätig sein müssen, sind potentiell rund 5.388 Leistungserbringer adressiert (786 Ärztinnen/Ärzte der Innere Medizin und Angiologie, 410 Ärztinnen/Ärzte der Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, 1.792 Ärztinnen/Ärzte der Gefäßchirurgie, 653 Allgemeinmediziner/in mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, 1.747 Ärztinnen/Ärzte der Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie¹⁴).

Geht man davon aus, dass sich hiervon ein Anteil von geschätzt 25% als Zweitmeiner qualifizieren wird, resultiert hieraus eine einmalige Fallzahl von 1.347 Genehmigungsverfahren. Die mit dem Genehmigungsverfahren einhergehenden einmaligen Bürokratiekosten belaufen sich somit auf geschätzt 136.936 Euro (1.347 x 101,66 Euro).

Nimmt man zusätzlich an, dass jährlich neu 5% der Ärztinnen und Ärzte (68 Ärztinnen und Ärzte) einen Antrag auf Genehmigung als Zweitmeiner stellen, ergeben sich zudem jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 6.913 Euro (68 x 101,66 Euro).

¹⁴ Bundesärztestatistik 2018 (Tabelle 4, Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, Stand: 31.12.2018)