

„Facharzt 2020“

Forderungen des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) für eine gute Fachärztliche Versorgung in Klinik und Praxis



Präambel

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vertritt die Interessen der Fachärzte in Deutschland, unabhängig davon, ob diese in der **Praxis oder Klinik** tätig sind, ob sie angestellt oder wirtschaftlich selbständig sind und unabhängig davon, wie spezialisiert oder eher betreuungsintensiv die Ausrichtung der jeweiligen Facharztgruppe ist.

Der SpiFa steht für eine innovative, auf **Erhalt oder Steigerung der Lebensqualität der Patienten** gerichtete, medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland. Die **Teilhabe** an sinnvoller medizinischer Innovation aller Menschen in Deutschland ist für den SpiFa integraler Bestandteil einer humanen Gesellschaft.

Deshalb verfolgt er das unmittelbare, alle Facharztgruppierungen verbindende Ziel, Patient und Arzt sowie die zwischen beiden bestehende Vertrauensbeziehung gleichermaßen vor versorgungs- und medizinfremden Einflüssen zu schützen. Dieses Ziel verfolgt er mit der entsprechenden **Interessensvertretung** inner- und außerhalb der verfassten Ärzteschaft, gegenüber der Öffentlichkeit, den Medien, der Politik und dem Gesetzgeber.

Der SpiFa vertritt 28 fachärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften, welche **rund 150.000 Fachärzte** in Klinik und Praxis repräsentieren. Außerdem hat er weitere freie Verbände als assoziierte Mitglieder und spricht damit für Fachärzte aller Fachrichtungen in Deutschland und auf europäischer Ebene.

Der SpiFa steht zu seiner **Verantwortung** in der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland. Aus dieser Versorgungsverantwortung heraus bekennt er sich zu einem **dualen Versicherungssystem**. Ohne die Schwächen von GKV und PKV zu verleugnen, ist der sich aus dieser Dualität ergebende Wettbewerb für den SpiFa Träger und Ausdruck von Innovationsfreude im Gesundheitswesen. Da wir davon überzeugt sind, dass diese Innovationsoffenheit des Gesundheitssystems in Deutschland der Schlüssel zur Lösung der demographischen Herausforderungen ist, steht der SpiFa auch zu einer dauerhaften wettbewerblichen **Kombination von Kollektivvertrag und Selektivvertrag**. Der Versicherte muss hierbei in die Lage versetzt werden, diskriminierungsfrei zu entscheiden, welche Versicherungs- und Versorgungsart er wählen möchte. Dabei ist die freie Arztwahl der Versicherten für den SpiFa ein hohes

Fachärztliche Versorgung in Klinik und Praxis

Lebensqualität der Menschen als Handlungsmaßstab

SpiFa vertritt 28 Berufsverbände und Fachgesellschaften

SpiFa übernimmt Versorgungsverantwortung

Dualität GKV und PKV

Gut, gleichzeitig sehen wir die Notwendigkeit einer sinnvollen Steuerung der Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzten in Deutschland. Stete Qualitätsförderung, ein Wettbewerb um die beste Versorgung, Steigerung der Lebensqualität sowie Transparenz gegenüber dem Patienten sind neben dem Erhalt der Freiberuflichkeit und der ärztlichen Selbstbestimmung die zentralen Botschaften der Fachärzte in Deutschland.

Agenda für die Fachärzte in Deutschland bis 2020

Der SpiFa stellt als Dachverband fachärztlicher Berufsverbände in Deutschland - die ihrerseits Fachärzte in Klinik und Praxis vertreten - im Rahmen seiner **Agenda 2020** folgende Forderungen auf:

Freiberufliche Tätigkeit und der freie Beruf „Arzt“

- Der SpiFa fordert, die freiberufliche Tätigkeit zu stärken und Kernelemente des freien Berufes zu erhalten.

Der freie Beruf ist durch die ärztliche Berufsordnung geregelt. In erster Linie ist der freie Beruf dem Patienten und in zweiter Linie dem Allgemeinwohl verpflichtet. Der **freie Beruf** und die **freiberufliche Tätigkeit** des Facharztes dienen also dem Patientenschutz, besonders in einer zunehmend digitalisierten und von medizinischen Maschinensystemen begleiteten Medizin, die zuallererst zuwendungsorientiert bleiben muss.

Für die Ausübung des freien Berufes kommt es nicht darauf an, ob der Arzt angestellt oder selbstständig tätig ist. Das insbesondere durch die begrenzt zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel entstehende Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und Allgemeinwohl muss gesamtgesellschaftlich so ausgestaltet werden, dass dieser Konflikt für Arzt und Patient lösbar ist und das Patienten-Arzt-Verhältnis nicht negativ beeinflusst.

Im Sinne dieser Freiberuflichkeit spricht sich der SpiFa für eine geregelte Delegation von Leistungen aus, die nicht den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit betreffen. So ist eine Substitution ärztlicher Leistung grundsätzlich abzulehnen, da die ärztliche Verantwortung im Interesse der Versorgungsqualität nicht teilbar ist. Für eine rechtssichere Delegation ist eine konkrete Beschreibung der Tätigkeit ebenso wie ein dazu passender Fähigkeitsnachweis des nicht ärztlichen Personals notwendig. Dies kann durchaus durch die Einführung neuer, nicht ärztlicher Berufsbilder erreicht werden. Bei der Delegation bleibt der Arzt verantwortlich.“

Niederlassungsfreiheit für Fachärzte

- Der SpiFa fordert niederlassungsfeindliche Instrumente, wie die Bedarfsplanung im ambulanten niedergelassenen Versorgungsbereich, zur Stärkung des freien Berufes sowie zu

Gunsten der Niederlassungsfreiheit für alle Fachärzte abzuschaffen.

Instrumente wie die Bedarfsplanung erfüllen nicht die beabsichtigten Ziele einer Sicherstellung ausreichender medizinischer Versorgung der Bevölkerung in allen Teilen Deutschlands. Sie führt neben bürokratischen Hürden für eine freiberufliche Niederlassung von Fachärzten zusätzlich zu Demotivation und Unverständnis bei niederlassungswilligen Fachärzten sowie der Abwertung des freien Berufes des Arztes. Die Freiheit zur eigenständigen Entscheidung über Niederlassungsort und -zeitpunkt (Niederlassungsfreiheit) stärkt zusätzlich die unternehmerische Kompetenz der niedergelassenen Fachärzte.

Bekennnis zur gemeinsamen fachärztlichen Versorgung im gestuften Versorgungssystem

- Der SpiFa fordert von Politik und Gesetzgeber ein Bekenntnis zu dem in Deutschland bestehenden gestuften und arbeitsteiligen Versorgungssystem mit einer Verankerung der „**gemeinsamen Facharztschiene**“ in der präventiven, ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung, insbesondere in Form einer Legaldefinition des fachärztlichen Versorgungsauftrages im SGB V.

Deutschland hat im internationalen Vergleich nicht zu viele Fachärzte. Sie sind über die Versorgungsstruktur hinweg im Sinne einer sinnvollen Arbeitsteilung verteilt. Daher ist der politisch und ideologisch häufig missbrauchte Begriff der „doppelten“ Facharztschiene falsch. „Gemeinsam“ bedeutet eine verantwortungsvolle sektorenübergreifende Verteilung fachärztlicher Ressourcen mit unterschiedlichen Aufgaben. Der SpiFa erkennt gerade in dieser gemeinsamen Facharztschiene die Chance der Überwindung der sektoralen Abgrenzung in der gemeinsamen fachärztlichen Versorgung. Gleichzeitig fordert der SpiFa eine neue Beschreibung der Zugänge zu den verschiedenen Leistungsebenen und eine neue Antwort auf die Frage, wie ambulante **Grundversorgung** wohnortnah in Deutschland gestaltet und in welcher Qualität sie erbracht wird. Grundversorgung wird bereits heute sowohl von Haus- als auch von Fachärzten erbracht. Um diese gemeinsame hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung zu stärken, bedarf es einer Ausbudgetierung sämtlicher grundversorgenden Leistungen.

Ende der Budgetierung/feste Preise im Kollektiv- und Selektivvertragssystem

- Die Budgetierung ist ein wesentlicher Teil unseres Gesundheitswesens. Dies hat unter anderem auch zu der überzogenen Sektorierung der Versorgung in Deutschland beigetragen, wobei auch das Prinzip der Selbstverwaltung für die Umsetzung dieser Vorgaben regelrecht missbraucht wird. Vertragsärzte wie Krankenhäuser geraten immer stärker unter einen Kostendruck, was in den verschiedenen Versorgungsebenen zu Qualitätsverlusten und zu einer verdeckten Rationierung von Gesundheitsleistungen führt. Die Umsetzung macht immer neue Gesetze und Verordnungen erforderlich, sodass ein bürokratischer Overkill droht.

Das System muss wieder zu festen betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen zurückkehren, um die Kalkulations- und Rechtssicherheit wiederherzustellen. In Zukunft darf das Morbiditätsrisiko der Versorgung der Bevölkerung und die Kosten des medizinischen Fortschrittes nicht mehr bei Ärzten und Krankenhäusern abgeladen werden.

Für die Patienten würden feste Preise wieder mehr Transparenz im System bedeuten und das Kostenbewusstsein schärfen. Der SpiFa fordert deshalb die politischen Verantwortlichen auf, sich von den strikten Budgetvorgaben des derzeitigen Systems zu verabschieden und feste Preise mit einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Vergütung und einem freien Arztberuf angemessenen Honorar einzuführen.

Realisiert werden kann dies auch ohne zusätzliche Beitragsbelastungen der Versicherten, wie das Zusammenspiel von Hausarzt- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg zeigt. Dort verzichtet man seit fast 10 Jahren auf eine Budgetierung bei gleichzeitiger Beitragssatzneutralität. Realisiert wird das durch Effizienzsteigerung und bessere Koordinierung der Inanspruchnahme des Systems durch die Patienten.

Wahlfreiheit für den Versicherten durch Dualität

- Der SpiFa fordert eine Stärkung der Wahlfreiheit des Versicherten hinsichtlich der Versicherungs- als auch der Versorgungsart im gesamten Gesundheitssystem. Der SpiFa fordert gleichzeitig von GKV und PKV, mehr als bisher die demographische Herausforderung anzugehen.

Der SpiFa erkennt seine Verantwortung in allen Segmenten der medizinischen Versorgung für die in Deutschland lebenden Menschen an. Aus dieser **Versorgungsverantwortung**

heraus unterstützt er ein duales Versicherungssystem. Eine die Wahlfreiheit des Versicherten einschränkende Einheitsversicherung ohne Wettbewerbselemente auf der Versorgungsseite wird abgelehnt. Das duale Versicherungssystem muss allerdings reformiert werden, um Innovationshemmnisse weiter abzubauen und Elemente der persönlichen Verantwortung des Patienten zu implementieren. Es gibt zu dieser Dualität und den sich daraus ergebenden Impulsen für das Gesamtsystem keine Alternative, die die demographische Herausforderung besser lösen könnte.

Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen zur Versorgungsverbesserung

- Der SpiFa bekennt sich zu einer **Kombination von Kollektiv- und Selektivvertrag** dann, wenn der Versicherte diskriminierungsfrei entscheiden kann, welcher Versorgungsart er den Vorzug geben möchte. Die Kombination beider Säulen einer Versorgung, Chancengleichheit und Sicherheit im Kollektivvertrag einerseits und Innovationsdynamik durch den Selektivvertrag andererseits, sichert Fortschritt in und Stabilität der gesamten Versorgung.

Eine gemeinsame fachärztliche Versorgung des Patienten durch Selektivverträge orientiert sich dabei zwingend an der Versorgungsverbesserung, verstanden als messbarer Erhalt oder Verbesserung von Lebensqualität des Patienten.

Die neben dem Kollektivvertragssystem aufgebauten Selektivverträge zeigen, dass ein System mit festen betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen – ohne die in der budgetierten Regelversorgung notwendigen Regresse – bei der Behandlungs- und Verordnungsweise möglich ist. Noch immer sind jedoch die rechtlichen Rahmenbedingungen für die selektiven Versorgungsformen nicht optimal. Der SpiFa fordert daher eine Verpflichtung fachärztlicher Versorgungsverträge nach § 140 SGB V, zumindest jedoch Anreize für den Abschluss solcher Verträge. In einem ersten Schritt könnte ein Bonusmodell für Kassen eingeführt werden, die Facharztverträge als Vollversorgungsverträge anbieten. Die derzeit noch bestehenden rechtlichen Hindernisse und die Finanzierungsprobleme im Rahmen des Morbi-RSA müssen konsequent beseitigt werden.

Zur Finanzierung der verpflichtenden Haus- und Facharztverträge nach § 140 SGB V sollte es im SGB V eine gesetzliche Regelung analog zu den DMP-Programmpauschalen geben, die vorsieht, dass die Krankenkasse für einen in die Selektivversorgung eingeschriebenen Versicherten eine

Programmpauschale für die Initial- und Transaktionskosten in Höhe eines Beitrages erhält.

Etablierung einer liberalen Wettbewerbsordnung

- Der SpiFa fordert einen wesentlich liberaleren Gestaltungsrahmen für die Organisation ärztlicher Tätigkeit in Deutschland.

Ständige Qualitätsförderung und **Wettbewerb um die beste Versorgung** zu Gunsten des Patienten sowie Transparenz gegenüber dem Patienten sind für die Fachärzte in Deutschland selbstverständlich.

Stärkung einer sektorenübergreifenden Verbundweiterbildung

- Der SpiFa fordert den konsequenten Ausbau der Förderung der sektorenübergreifenden Verbundweiterbildung im niedergelassenen ambulanten Versorgungsbereich. Die Finanzierung dieser Verbundweiterbildung ist unabhängig von der Weiterbildungsstätte in gleicher Weise durch die gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen.

Das Bekenntnis der Fachärzte zu ihrer Versorgungsverantwortung bedeutet, dass wir, um auch in Zukunft ausreichend **Fachärzte in Klinik und Praxis** zu haben, die Nachwuchsförderung noch stärker in den Fokus rücken müssen. Dazu wird der SpiFa mit Politik und Gesetzgeber alle Anstrengungen unternehmen, um für ausreichend ärztlichen Nachwuchs zu sorgen. Der SpiFa fordert darum eine sektorenübergreifende Verbundweiterbildung für alle Fachärzte, damit diese ihren Versorgungsauftrag zukünftig noch erfüllen und junge Ärztinnen und Ärzte für die Tätigkeit in beiden Sektoren interessiert und befähigt werden können. Hierfür sind insbesondere auch für kleinere fachärztliche Fachgruppen mehr Weiterbildungsstätten vorzusehen bzw. zu fördern. Der Arztberuf muss für den Nachwuchs wieder attraktiv werden, indem ärztliche Arbeit in Klinik und Praxis angemessen honoriert wird, etwa durch feste Preise im ambulanten Bereich, eine Entbudgetierung beschlossen wird und Kooperationen, z.B. in Ärztenetzen oder in MVZ, gefördert werden.

Sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

- Der SpiFa fordert eine **sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme** der hausärztlichen, der fachärztlich-ambulant und der fachärztlich-stationären Versorgung einerseits, sowie an den Ergebnissen, wie beispielsweise der Steigerung oder den Erhalt von **Lebensqualität der Patienten** orientierte und sich daran ausrichtende Gesundheitspolitik. Die bisher vorherrschende ausgabenorientierte Gesundheitspolitik in der Patientenversorgung in Deutschland greift zu kurz.

Stets beschränkte Ressourcen rechtfertigen kein von den gesetzlichen Krankenversicherungen aber auch der Politik gern gegebenes unbegrenztes Leistungsversprechen gegenüber dem Patienten zu Lasten der Ärzteschaft. Der SpiFa fordert darum eine gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten nicht nur für die solidarische Finanzierung, sondern auch für eine dementsprechende **solidarische Inanspruchnahme des Gesundheitssystems** durch den Patienten. Eine Steuerung darf dabei jedoch keinesfalls das direkte Patienten-Arzt-Verhältnis belasten.

Dem Versicherten ist für die eigenverantwortliche Entscheidung über seine Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen eine geeignete Tarifvielfalt anzubieten.

Neuordnung der Sektorengrenzen im Gesundheitswesen

- Der SpiFa fordert, dass die fachärztliche Regelversorgung grundsätzlich durch zur ambulanten Versorgung zugelassene Vertragsärzte und nicht durch Krankenhäuser zu erfolgen hat. Die Inanspruchnahme spezieller ambulanter fachärztlicher Versorgung erfolgt dabei nach fachärztlicher Überweisung des Patienten.

Der SpiFa lehnt eine institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ab. Es macht keinen Sinn, mit einer auf stationäre Behandlung ausgerichteten Infra- und Kostenstruktur Patienten ambulant zu betreuen. Dies ist weder kostengünstig noch patientengerecht. Deutschland benötigt einen vollständig **permeablen Übergang an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung**. Dies muss sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt zu gleichen Rahmenbedingungen ausgestaltet sein. Durchgängige Qualitäts-, Zulassungs- und Vergütungssysteme müssen unmittelbar geschaffen werden, und zwar in weitaus bürokratieärmeren Strukturen als es beispielsweise die ambulante spezialfachärztliche

Versorgung (§ 116b SGB V - ASV) darstellt. Die ASV war und ist ein richtiger Schritt des Gesetzgebers, aber dieser Schritt war nicht mutig genug. Der SpiFa fordert die Weiterentwicklung dieser Strukturen unter Beibehaltung des Facharztstatus sowie der Schaffung gleicher Bedingungen aller beteiligten Fachärzte.

Das **Belegarztsystem** ist in besonderer Weise in der Lage, systemkonform die sektorale Abgrenzung zu überwinden. Der Belegarzt ist das ideale Bindeglied zwischen der ambulanten und vollstationären Leistungserbringung. Daher müssen die hier wesentlichen Hindernisse im ärztlichen Vergütungssystem von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen und vom Gesetzgeber beseitigt werden. Mittelfristig muss ein durchgängiges und nach den tatsächlichen Erfordernissen vor Ort strukturiertes Belegarztsystem etabliert werden, um so die sektorale Abgrenzung zu überwinden und langfristig die Facharztdichte in den stationären Strukturen, insbesondere in der Flächenversorgung, zu erhalten. Auch die klassische Hauptabteilung im Krankenhaus muss mittelfristig durch Elemente der belegärztlichen Versorgung ergänzt werden.

Unter dem Motto „Gleiches Honorar bei gleicher Leistung und Qualität“ müssen die rechtlichen Vorgaben der ambulanten und stationären Versorgung angeglichen werden. Es sollte durchweg der Verbotsvorbehalt für den Leistungskatalog gelten, wie dies zurzeit bei der stationären Versorgung üblich ist.

Sicherung der Innovationsfähigkeit im Gesundheitswesen

- Der SpiFa fordert, den Verbotsvorbehalt für alle fachärztlichen Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen.

Der SpiFa ist davon überzeugt, dass in Deutschland die **Herausforderungen der demographischen Entwicklung wesentlich durch einen schnellen Innovationszugang in das System** bewältigt werden können. Aus diesem Grund bedarf es der Etablierung einer Fast-Lane im Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beschleunigung des Innovationszugangs in den gesetzlichen Gesundheitsmarkt.

Ausbau von IT-Strukturen und arztunterstützender digitaler Prozesse

- Der SpiFa begrüßt den sinnvollen Einsatz der Digitalisierung in der Patientenversorgung und fordert, IT-Strukturen im Gesundheitswesen an den **Bedürfnissen der Patienten und**

den Fachärzten in Klinik und Praxis auszurichten sowie eine interoperable, diskriminierungsfreie Vernetzung umzusetzen.

Überbordende Bürokratie durch Verwaltungsprozesse von Krankenkassen oder Organisationen, die Versorgung nicht aktiv gestalten, sind zu vermeiden bzw. auf das nötige Maß zu reduzieren. Hierbei bieten die Fachärzte in Klinik und Praxis ihre aktive Mitgestaltung an.

Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis ist und bleibt von zentraler Bedeutung für die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Idealerweise sollten neue digitale Anwendungen im Gesundheitswesen dieses Vertrauensverhältnis achten, schützen sowie unterstützen und im Konsens und mit Zustimmung der betroffenen Patienten entwickelt werden.

Notwendigkeit einer Referenzgebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

- Der SpiFa fordert eine aus der Ärzteschaft heraus stetig fortentwickelte und auf diese Weise moderne GOÄ. Ärztinnen und Ärzte haben wie alle freien Berufe ein Recht auf eine Vergütungsordnung, die einerseits den Patienten nicht überfordert und andererseits dem Arzt eine gerechte Honorierung sichert und die Bewertung auf diese GOÄ ihm Rechtssicherheit vermittelt.

In der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient muss eine zeitgemäße **Referenzgebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** Verlässlichkeit für beide Seiten gewährleisten.

Das Bundesgesundheitsministerium hat aber die Bundesärztekammer aufgefordert, ihren Vorschlag einer neuen GOÄ mit der privaten Krankenversicherung und der Beihilfe im Vorhinein abzustimmen. Über die dabei vorgesehene Änderung der Bundesärzteordnung und des Paragraphenteils der neuen GOÄ erhalten diese indirekten Einfluss auf dieses Rechtsverhältnis. Die vorgesehenen Regelungen erinnern an Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung und leiten damit eine Konvergenz der beiden Systeme ein. Die Ärzteschaft hat dieser für einen freien Beruf ungewöhnlichen Regelung zugestimmt, damit das duale Versicherungssystem erhalten bleiben kann. Der SpiFa erwartet, dass die Politik die Kompromissbereitschaft der deutschen Ärzte anerkennt.

Reform der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- Der Gesetzgeber muss ein elementares Interesse daran haben, dass die Selbstverwaltung als tragende Säule des Gesundheitssystems auch künftig ihre wichtige Aufgabe – die Sicherstellung der ambulanten Versorgung – verantwortungsvoll wahrnehmen kann.

Der SpiFa fordert den Gesetzgeber auf, das System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu reformieren. Es ist, bei allem Verständnis für den Wunsch nach Transparenz und Erfüllung von Informationspflichten, darauf zu achten, dass die Schwelle für unmittelbare staatliche Eingriffe nicht „gegen Null“ abgesenkt wird.

In der ärztlichen Selbstverwaltung ist die ärztliche Basisvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen konstitutives Element und muss gestärkt werden. Dabei steht im Rahmen der Interessenvertretung nicht das Interesse einer Fachgruppe, sondern das Interesse aller niedergelassenen Ärzte im Vordergrund.

Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ein anderes Rollenverständnis im Rahmen ihrer Interessenvertretung entwickeln. Insbesondere das Verhältnis zwischen der hauptamtlichen Amtsführung als Vorstand sowie der Aufsicht über den Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung ist einzuhalten (vgl. Corporate Governance Kodex). Die Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind auf das Nötigste zu reduzieren.

Forderungen für die 19. Legislaturperiode: Für eine gute Gesundheitsversorgung

Die zunehmende Zersplitterung der fachärztlichen Versorgung in den Versorgungssektoren selbst oder an den Sektorengrenzen macht eine grundsätzliche Neustrukturierung der fachärztlichen Versorgung notwendig.

1. Fachärzte in der Grundversorgung

- Medizinischer Fortschritt mit immer differenzierterer und aufwendigerer Versorgung, Demografie, Morbiditätsverdichtung und der Ärztemangel ist als Herausforderung der unmittelbaren Zukunft von allen Beteiligten im Gesundheitswesen anzuerkennen.
- Der SpiFa fordert, existierende und sich weiter verschärfende Versorgungslücken vorbehaltlos zu analysieren.
- Politische und berufspolitische Befindlichkeiten dürfen Lösungsansätze nicht behindern.
- Case-Management ist für den Patienten von zentraler Bedeutung: Dies ist derzeit Aufgabe des Hausarztes bei multimorbiden Patienten, wobei die zwingende Unterstützung von Fachärzten zu gewährleisten ist. Case-Management ist bei unimorbiden Patienten auch Aufgabe von Fachärzten.
- Das Case-Management hat die wohnortnahe Versorgung von unimorbiden Patienten durch fachärztliche Leistungen in der Grundversorgung zu unterstützen.
- Der SpiFa fordert grundsätzlich feste Preise ohne Mengenbegrenzung für alle ärztlichen Leistungen: Als Einstieg sind alle relevanten Betreuungs- und Koordinationsleistungen sowie die Leistungen, die mit der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung belegt sind, aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) herauszunehmen und in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) zu überführen.
- Ergänzend muss die ambulante Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Case-Management konsequent ausgebaut und finanziert werden.
- Für die Fachärzte mit hohem Anteil an Grundversorgungsleistungen sind entsprechende Kooperationsformen mit allen Heilberufen unerlässlich und zu fördern.

2. Innovationszugang zum deutschen Gesundheitsmarkt: Fast-Lane als Erfolgsoption

- Über eine Willensbildung des Repräsentanten der Wohnbevölkerung durch den deutschen Bundestag wird eine parallele Struktur neben dem G-BA zur Einführung von Innovation gesetzt, die den G-BA nicht ersetzt, aber zusätzliche Möglichkeiten schafft, Innovation ohne die üblichen „Stakeholderinteressen“ einzuführen.
- Dazu ist das SGB V zu ändern und zwar im Rahmen einer anstehenden Gesundheitsreform.
- Der Ausschuss für Gesundheit des deutschen Bundestages (AfG) bildet einen Innovationsausschuss, dem per Gesetz Kompetenzen zugeordnet werden, u.a. legt er dem Bundestag jährlich einen Innovationsbericht vor.
- Der Innovationsausschuss des AfG hat ein Antragsrecht beim IQWiG. IQWiG und IQTiG werden in gemeinnützige Stiftungen überführt mit einem eigenen Haushalt. Für den Haushalt gibt es ein Vetorecht des Innovationsausschusses des AfG.
- Unternehmen können gemäß einer festzulegenden Verfahrensordnung (Rechtsverordnung) Anträge beim Innovationsausschuss des AfG stellen. Diese müssen ein Dossier enthalten, aus dem der medizinische Nutzen der Innovation belegbar hervorgeht.
- In einem Konsensverfahren kann sich der G-BA bereit erklären, diesen Antrag zu übernehmen und eine Entscheidung innerhalb von 12 Monaten herbeiführen, nachdem das IQWiG geprüft hat. Schafft der G-BA dies nicht innerhalb von 12 Monaten, geht der Antrag zurück an den Innovationsausschuss des AfG.
- Der Innovationsausschuss des AfG kann eine Innovation zeitlich und räumlich begrenzt für die Dauer von höchstens 5 Jahren einführen;
- Vertragsform ist der zwingende Selektivvertrag (Einführung einer Programmpause im RSA).
- In dieser Zeit muss eine Evaluation stattfinden, die neben der Prüfung der medizinischen Sinnhaftigkeit auch eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit vornimmt.
- Auf Grundlage dieser Evaluation entscheidet der Innovationsausschuss des AfG, ob die Leistung im Leistungskatalog verbleibt.
- Die Finanzierung erfolgt durch das antragstellende Unternehmen.

3. Eine starke Gesundheitsversorgung mit einer arztunterstützten E-Health

- Das Fernbehandlungsverbot den Bedürfnissen einer arztgesteuerten E-Health unter Berücksichtigung der "Grundlagen für den Einsatz von E-Health im deutschen Gesundheits- und Versorgungssystem" des SpiFa anpassen!
- Die Haftungssituation in der Anwendung telemedizinischer Verfahren rechtlich verdeutlichen!
- Finanzierungs- und Fördermodelle gezielt für Innovationen im E-Health-Bereich entwickeln!
- Fast Lane zur Einführung von Innovationen im GKV-System schaffen und eine nachhaltige Versorgung garantieren!
- Wirtschaftlich sinnvolle Anreize zur Einführung von ärztlichen Innovationen im Telekommunikationsbereich setzen!
- Kriterien für sichere und sinnvolle M-Health-Anwendungen entwickeln!
- Big Data ermöglichen und Gesundheitsdaten nutzbar machen!
- Das Schriftlichkeitserfordernis für Selektivverträge abschaffen!
- Die elektronische Gesundheitskarte zügig einführen!
- Vernetzung im Gesundheitssystem ermöglichen und Interoperabilität garantieren!
- Rechtssicherheit schaffen und die EU-Datenschutzgrundverordnung zügig umsetzen!
- Datenschutz international harmonisieren!
- Eine sichere, digitale Dokumentation ermöglichen!
- Digitalisierung in der medizinischen Ausbildung stärker fokussieren!

4. Belegarztwesen: Grundlage einer patientenzentrierten übersektoralen Versorgung

- Der Spitzenverband der Fachärzte sieht in der inhabergeführten Facharztpraxis eine optimale Struktur für eine effiziente und effektive Versorgungsstruktur insbesondere über die Schnittstelle ambulant/stationär hinweg.
- Die freie Arztwahl ist ein Pfeiler und hohes Gut des deutschen Gesundheitssystems. Eine Stärkung des Belegarztwesens festigt die in Deutschland geltende freie Arztwahl als wesentliches und entscheidendes Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung.
- Die Stellung des Belegarztes als Vertragsarzt ist die Voraussetzung für die freie Arztwahl und stellt optimale Transparenz gegenüber den Patienten, den Kostenträgern und den Qualitätssicherungsstellen her.
- Ein fairer Wettbewerb um die Qualität der medizinischen Versorgung ist nur möglich bei einer Angleichung der Vergütung, unabhängig davon, ob die Leistungen von Vertragsärzten in Praxiskliniken, von Belegärzten oder von angestellten Ärzten erbracht werden.
- Der Verbotsvorbehalt des (Hauptabteilungs-) Krankenhauses ist auf die belegärztliche Tätigkeit auszudehnen. Qualitätssicherung ist sektorenübergreifend zu organisieren, muss aber deren bestehende strukturelle und organisatorische Unterschiede berücksichtigen.

Zur Lösung dieser Herausforderung fordert der SpiFa deshalb vom Gesetzgeber

- Ausdehnung des Verbotsvorbehalts auf die belegärztliche Tätigkeit.
- Gesetzliche Legaldefinition des im stationären Bereich tätigen Facharztes.
- Änderung des § 121 Abs. 3 SGB V mit dem Ziel einer nicht budgetierten belegärztlichen Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sämtlicher belegärztlicher Leistungen.
- Die Aussetzung der Genehmigung der Landesbehörde nach § 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V für den Abschluss eines Versorgungsvertrages für Belegbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V.
- Anwendung der Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen bei Belegärzten: Sie darf nicht nur mit angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses möglich sein (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG).
- Vereinfachung der Umwandlung von Haupt- in Belegabteilungen, so wie 2007 mit dem GKV-VÄndG die Umwandlung von Belegabteilungen in Hauptabteilungen vereinfacht wurde.
- Herstellung der Eindeutigkeit im Rahmen des sog. Antikorruptionsgesetzes hinsichtlich der Angemessenheit ärztlicher Vergütung innerhalb von medizinischen Kooperationen.

- Einbeziehung geeigneter Praxiskliniken um u.a. hochbetagte, multimorbide und alleine lebende Patienten wohnortnah versorgen zu können, insbesondere in unterversorgten Gebieten.
- Abschluss des seit 2009 in § 122 SGB V geforderten Rahmenvertrages über einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant oder stationär durchführbaren Behandlungen und die entsprechenden Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.
- Ergänzung des Rahmenvertrages um eine Vergütungsregelung außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für die im Katalog definierten Behandlungen.
- Einsetzung der KBV als Vertragspartner des GKV-Spitzenverbandes, die im Einvernehmen mit der Spitzenorganisation der Praxiskliniken agiert. Zulassung und Bedarfsplanung werden angepasst 12
- Etablierung eines Schiedsverfahrens nach § 89 SGB V für den Fall einer Nichteinigung nach einer Frist von sechs Monaten.
- Förderung der Praxiskliniken durch Eingliederung in zweiseitiger Verträge der §§ 82 bis 87 SGB V. Eine Beteiligung der Krankenhausgesellschaften ist systemisch nicht angezeigt.
- Ausweisung einer Mindestmenge an in Krankenhäusern zu führender Belegbetten im Bettenbedarfsplan der Bundesländer.

Zur Lösung dieser Herausforderung fordert der SpiFa deshalb von KBV und Partnern der Selbstverwaltung

- Herstellung einer strukturell gleichen Erlössituation wie bei Hauptabteilungen im DRG System
- Entkoppelung und Vereinheitlichung der Leistungsbewertung ärztlicher Leistungen von der Art der nichtärztlichen Versorgungsstruktur der Patienten (ambulant, belegärztlich, praxisklinisch, hauptamtlich)
- Kalkulation und transparente Darstellung sämtlicher ärztlicher Leistungen an der Schnittstelle mit Morbiditätszuschlag, unter Berücksichtigung aller ärztliche Overheadkosten (u.a. Versicherungsschutz, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Leistungen der Qualitätssicherung, Sekretariat etc.). (siehe auch obiger Spiegelstrich unter 8.)
- Kalkulation von Fallpauschalen durch das IneK, die die spezielle Kosten- und Vergütungsstruktur des Belegarztwesens berücksichtigt
- Aufhebung der Koppelung der Kapitel 31 und 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes.
- Vereinheitlichung des OPS-Katalog für Haupt- und Belegabteilungen.

- Prüfung bestehender dreiseitiger Verträge zur Förderung des Belegarztwesens nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Ziff.1 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, ggf. Kündigung.
- Bürokratie- und regelungsarme Einführung aller zu treffenden Neuregelungen, um Belegärzte von administrativer Tätigkeit zu entlasten.

5. Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV): Innovationsorientierte, sektorenübergreifende Ver- sorgung

- Es muss eine verpflichtende Kooperation zwischen den Sektoren geben. Umgehungstatbestände, wie etwa Kooperationen mit eigenen Krankeneinrichtungen, wie bspw. MVZ, müssen konsequent ausgeschlossen werden.
- An der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung müssen in jedem Fall niedergelassene Vertragsärzte beteiligt sein, die auch die wohnortnahe Versorgung des Patienten sichern. Kliniken können teilnehmen, um eine wohnortnahe Versorgung zu sichern.
- In die ASV müssen Belegärzte im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung einbezogen werden.
- Es muss verpflichtende Integration der Versorgungsforschung in die ASV geben. Der Austausch der Behandlungsdaten mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie die elektronische Patientenakte sind zwingend erforderlich.
- Das Antragsverfahren muss nachhaltig vereinfacht, überbordende bürokratische Anforderungen abgebaut werden.
- Der Katalog der Indikationen für ASV-Behandlungen muss stark vereinfacht und an die Versorgungsrealität sowie -erfordernisse angepasst werden.
- Die gemeinsame Selbstverwaltung muss funktionsfähige und effiziente Abrechnungswege etablieren. Direktabrechnungen können nicht gelebt werden, da Krankenkassen nicht flächendeckend technisch und organisatorisch entsprechende Vorbereitung zur Abwicklung von ASV-Abrechnungen getroffen haben. Damit blockieren die Etablierung der ASV nachhaltig. Deshalb ist der §116 b SGB V zurückzuführen in die Fassung vom 11.01.2006.
- Die ASV muss zu für die teilnehmenden Fachärzte nachvollziehbaren und kalkulierbaren Vorteilen führen. Bislange bedeutet ASV vor allem Aufwand, bei dem unklar ist, ob und wie sich dieser für den teilnehmenden Arzt refinanziert, insbesondere für die hinzugezogenen Ärzte. Deshalb sind alle auf die ASV und die Behandlung des Patienten bezogenen ärztlichen und delegierbaren nicht-ärztlichen Leistungen außerhalb der Gesamtvergütungen zu festen aufwandgerechten Preisen zu vergüten. Insbesondere muss auch Koordinationsfunktion des Teamleiters adäquat vergütet werden.
- Die digitale Ausgestaltung der ASV ist zwingend erforderlich.
- Nach wie vor muss im Sinne der Gleichgestaltung der ambulanten und stationären ärztlichen Tätigkeit der Verbotsvorbehalt gelten. Das deutsche Gesundheitswesen ist in den Teilen, die in der Verantwortung der korporatistischen Selbstverwaltung liegen, über das Sinnvolle hinaus „durchsektoriert“. Innovationen sind in einem bestimmten Umfang dem Sektorendenken gefolgt. Entweder war es möglich, sie zunächst stationär und dann ambulant einzuführen oder man konnte sie eindeutig

dem ärztlichen diagnostischen und therapeutischen Sektor oder dem der veranlassten Leistungen zuordnen. Ein notwendiger Innovationsprozess kann jedoch nur sektorenübergreifend vollzogen werden.

- Im Sinne einer hohen qualitativen Ausgestaltung der ASV müssen alle Facetten der Qualitätssicherung und -förderung gleichermaßen für stationäre und ambulante Einrichtungen gelten.