



TOP V Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär

Entschließungsantrag

Von: Vorstand der Bundesärztekammer

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHEIDUNG FASSEN:

Positionen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung

1. Strukturierte Facharztversorgung als Stärke des deutschen Gesundheitswesens

Historisch gewachsen fächert sich die fachärztliche Versorgung in Deutschland in eine ambulante wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung, in eine ambulante zentrumsnahe (hoch-)spezialisierte Versorgung sowie in die stationäre Versorgung der Patienten auf. Die strukturierte Facharztversorgung mit niedergelassenen Fachärzten und stationär tätigen Fachärzten trägt maßgeblich zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens bei. Ambulante fachärztliche Versorgung und stationäre Versorgung stellen sich ergänzende Versorgungsbereiche dar. Gesundheitssysteme mit Konzentration der fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus, wie zum Beispiel in den Niederlanden, sind der strukturierten Facharztversorgung in Deutschland weder im Hinblick auf Qualitätsniveau noch Kosteneffektivität überlegen, die Erreichbarkeit der fachärztlichen Versorgung ist sogar schlechter. Darüber hinaus ist die in der hausärztlichen Versorgung angestrebte Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung auch in der fachärztlichen Versorgung in der Regel ein hohes Gut, das wesentlich zu einer guten Patientenversorgung insbesondere der chronisch Kranken beiträgt. Neuregelungen im Zuge der letzten Gesundheitsreformen haben die Konkurrenz zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern verschärft.

Die Rahmenbedingungen müssen so umgestaltet werden, dass anstelle eines kontraproduktiven Wettbewerbs zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausfachärzten eine konstruktive Zusammenarbeit und Synergieeffekte im Interesse der Patientenversorgung ermöglicht werden. Dabei sollte insbesondere die Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung und die kooperative Gestaltung der Schnittstellen zwischen den fachärztlichen Versorgungsebenen besondere Beachtung finden. Aus der Patientensicht wird hierdurch die Behandlungsführung wesentlich transparenter als bisher mit dem erwartbaren Ergebnis einer erhöhten Akzeptanz.

2. Konfliktvermeidende Neuregelung des § 116b SGB V

Gerade der § 116b SGB V führt in seiner jetzigen Ausgestaltung in vielen Bereichen zu

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



kontraproduktiven Konkurrenzsituationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten, die korrigiert werden müssen. Der § 116b SGB V soll nicht eine breite und undifferenzierte Öffnung der Krankenhäuser für eine zusätzliche Erbringung ambulanter Leistungen bewirken, sondern der Ergänzung der ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Verlauf dienen. Die Planungsbehörden in den Ländern sollen unter Einbindung der Organe der ärztlichen Selbstverwaltung hierzu die bestehende Versorgungssituation analysieren und Einvernehmen mit dem für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Zulassungsausschuss herstellen. Die institutionelle Öffnung eines Krankenhauses für Leistungen nach § 116b SGB V sollte nur dann vorgesehen werden, wenn die Möglichkeit der persönlichen Ermächtigung eines dazu geeigneten Krankenhausarztes ausscheidet. Bei der persönlichen Ermächtigung sollte der Ermächtigungsumfang und -zeitraum für die ermächtigten Ärzte planungssicher ausgestaltet werden.

Bei der institutionellen Öffnung muss das Krankenhaus in regelmäßigen Abständen nachweisen, dass es die zur Erbringung der §116b-Leistungen erforderliche Facharztkompetenz kontinuierlich vorhält und die für die Leistungserbringung vorgegebenen allgemeinen und personengebundenen Qualitätsvorgaben vorliegen und eingehalten werden.

Der Katalog der ambulant erbringbaren Leistungen nach § 116b SGB V muss im Konsens der Vertreter der niedergelassenen Fachärzte und der Vertreter der Krankenhäuser im G-BA festgelegt werden. Eine regelmäßige Überprüfung des § 116b-Katalogs muss nicht nur im Hinblick auf die Aufnahme, sondern auch in Hinsicht auf den Verbleib von Leistungen erfolgen.

Allen Versuchen, an dieser Stelle die Ärzteschaft durch einen ungeordneten Wettbewerb aufzuspalten, wird eine klare Absage erteilt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass auf diesem Wege die sektorenüberschreitende Zusammenarbeit der Ärzte im Hinblick auf eine verbesserte Patientenversorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen im Mittelpunkt steht.

3. Steigende Bedeutung der ambulanten Versorgung

Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht es, dass zunehmend mehr medizinische Leistungen ambulant erbracht werden. Diese Entwicklung kommt dem sich wandelnden Versorgungsbedarf mit immer mehr älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten entgegen, die auf eine wohnortnahe oder in der häuslichen Umgebung stattfindende medizinische Versorgung angewiesen sind und einer kontinuierlichen fachärztlichen Arzt-Patient-Beziehung bedürfen. Eine Hospitalisation bei nicht schwerwiegenden Erkrankungen wird im Unterschied zu früher als unnötige Belastung wahrgenommen. Eine wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung sollte insbesondere auch für Bevölkerungsgruppen vorgehalten werden, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Gesundheitsförderung und Prävention stellen Versorgungsziele von gesamtgesellschaftlichem Interesse dar und setzen eine gute Erreichbarkeit sowie einen niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen



voraus. All dies spricht dafür, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht aufzugeben, sondern vielmehr auszubauen.

4. Fachärztliche Versorgung durch Kooperation und Vernetzung attraktiv und zukunftssicher machen

Das entscheidende Optimierungspotential für die Versorgung der Zukunft liegt in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. Die Koordination sollte medizinisch begründbaren Regularien folgen, die zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. Hochtechnisierte Diagnostik und Therapie und multimodale Behandlungskonzepte machen bereits jetzt eine stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, anderen Gesundheitsberufen und Krankenhäusern lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck besser beherrschen und die eigene Berufszufriedenheit steigern. Die Schaffung bzw. Einführung neuer Versorgungsebenen würde demgegenüber neue Schnittstellenprobleme verursachen und Abgrenzung statt Integration fördern. Mit der Novellierung des ärztlichen Berufsrechts und des Vertragsarztrechts wurden Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen, worunter im Hinblick auf die Schnittstelle ambulant-stationär u. a. die Gründung von Praxen am Krankenhaus sowie die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt hervorzuheben sind. Eine bessere Ausschöpfung der vorhandenen Kooperationsmöglichkeiten oder der Nutzung von Anstellungsmöglichkeiten kann maßgeblich zur Steigerung der eigenen Berufszufriedenheit beitragen. Die Wettbewerbsfähigkeit des in wirtschaftlicher Selbstständigkeit tätigen Facharztes wird langfristig nur durch proaktive Kooperationsbereitschaft gesichert werden können. Mit dem Ziel, die Freiberuflichkeit ärztlicher Tätigkeit nicht einzuschränken, begrüßt der Deutsche Ärztetag darüber hinaus, dass laut Koalitionsvereinbarung die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte in einem Medizinischen Versorgungszentrum zukünftig Ärzten zustehen soll. Aus Sicht der Ärzteschaft ist zudem zu fordern, dass diese Ärzte in dem Medizinischen Versorgungszentrum auch beruflich tätig sind. Die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die niedergelassenen Ärzte bei einer rechtssicheren Umsetzung der vorhandenen Kooperationsmöglichkeiten sowie bei der Fortbildung in den dazu erforderlichen neuen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Unternehmenssteuerungsaufgaben.

5. Koordination statt Einschränkung der freien Arztwahl

Ein weiteres Optimierungspotential stellt eine gezieltere Inanspruchnahme der Versorgung dar, die sich am ehesten durch eine verbesserte Koordination der Versorgung erreichen lässt. Praxisgebühr oder ein verpflichtendes Primärarztssystem stellen demgegenüber rigide Instrumente der Patientensteuerung dar, ohne dass sich hierdurch ein nachhaltiger (wie bei der Praxisgebühr) oder ein überzeugender Steuerungseffekt hätte nachweisen lassen.



Die Rolle des Koordinators übernimmt in der Regel der Hausarzt. Die Übernahme der medizinischen Case Manager-Funktion ist bei Erkrankungen, die eine regelmäßige, engmaschige fachärztliche Versorgung erfordern, oder auf Patientenwunsch grundsätzlich auch für einen Facharzt möglich. Durch eine kontinuierliche Begleitung des Patienten in Form einer nahtlosen haus- und fachärztlichen Versorgung kann den zukünftigen Herausforderungen bei einer Zunahme chronischer und polymorbider Patienten begegnet werden. Die Koordination hat nach patientenzentrierten, medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen. Ausschließlich von ökonomischen Motiven getriebene Managed Care-Programme werden von der deutschen Ärzteschaft strikt abgelehnt.

Für ein umfassendes ärztliches Versorgungsmanagement muss eine Refinanzierung sichergestellt werden, die dem erhöhten Koordinierungsaufwand entlang der gesamten Versorgungskette adäquat ist und die neben der ärztlichen Behandlungssteuerung auch das organisatorische Case Management mit abdeckt.

6. Belegarztwesen erhalten und fördern

Im Unterschied zu der ansonsten immer noch starken sektoralen Abgrenzung im deutschen Gesundheitswesen stellt das Belegarztwesen traditionell eine effektive Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Speziell das sogenannte kooperative Belegarztwesen, das sich in den letzten zwanzig Jahren entwickelt hat, ermöglicht eine nahtlose vorstationäre, stationäre, nachstationäre und ambulante Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärzte. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die neue Regierungskoalition das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beibehalten und stärken will. Die Auswirkungen der Wahloption, nach der ein Belegarzt auch direkt vom Krankenhaus vergütet werden kann, wie es mit dem Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) ermöglicht wurde, müssen sorgfältig beobachtet werden, da hiermit ein einseitiges Wahlrecht für die Krankenhausträger geschaffen wurde und der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Belegarzt entfällt. Darüber hinaus bestehen Unklarheiten bei belegärztlichen Honorarverträgen sowie hinsichtlich der Rückkehrmöglichkeiten. Negativfolgen für das Belegarztwesen müssen im Interesse am Erhalt der Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit sowie speziell im Hinblick auf die Attraktivität fachärztlicher Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbständigkeit ausgeschlossen werden.

7. Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung fördern

Die sinkende Attraktivität fachärztlicher Weiterbildung in den deutschen Krankenhäusern und die zunehmende Relevanz ambulanter Versorgung bei allgemeinem Ärztemangel machen Überlegungen zur Anpassung der Facharzt-Weiterbildung an die geänderten Rahmenbedingungen erforderlich. Förderung und Evaluation der Weiterbildung stellen hoheitliche Aufgaben der Ärztekammern dar, die zukünftig verstärkt auch Verbundweiterbildung nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern auch für andere Fachgebiete unter Einbeziehung weiterbildungsbereiter und hierzu befugter niedergelassener Fachärzte koordinieren werden. Die Vernetzung von ambulanter und



stationärer Weiterbildung über die Verbundweiterbildung ist geeignet, das persönliche Verhältnis von Weiterbilder zu Weiterzubildenden nachhaltig zu verbessern. Die MWBO stellt ausdrücklich fest, dass die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgen kann, sofern für die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildung nichts anderes bestimmt ist. Um niedergelassenen Fachärzten, die weiterzubildende Ärzte anstellen, die Refinanzierung eines den arzt-spezifischen Tarifverträgen entsprechenden Gehalts für den Weiterzubildenden zu ermöglichen, müssen gesonderte Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden.

8. Zugang zu Innovationen ermöglichen

Die Implementierung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen ist derzeit unterschiedlich für den stationären und den ambulanten Sektor geregelt. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, für neue, ambulant erbringbare Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angemessene Zulassungskriterien für die fachärztliche Versorgung zu schaffen.

9. Regionale Versorgungsengpässe gemeinsam bewältigen

Versorgungsengpässe in der Fläche sind nicht mehr nur in der hausärztlichen Versorgung, sondern zunehmend auch in der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie in der stationären Versorgung zu beobachten. Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen stellt ein sektorenübergreifendes Problem dar, das nur durch eine konzertierte Aktion von Planungsbehörden der Länder, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften, Landesverbänden der Krankenkassen und Kommunen bewältigt werden kann. Die Ärztekammern bringen die sektorenübergreifende Perspektive der Ärzteschaft ein.

Der Deutsche Ärztetag befürwortet die aktive (stimm-berechtigte) Beteiligung der Ärztekammern an der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung auf Landesebene. Der Deutsche Ärztetag begrüßt darüber hinaus die Entwicklung von Instrumenten und Methoden zur sektorenübergreifenden Bedarfsanalyse und transsektoralen Qualitätssicherung der Versorgung durch die Bundesärztekammer. Diese sollen als Modelle der Ärzteschaft zur Unterstützung der Beratungen in den zuständigen Landesgremien und vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss im Zusammenhang mit den Gestaltungsproblemen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und überfälligen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eingebracht werden.