



---

### **TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen**

**Titel:** Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern

#### **Entschließungsantrag**

**Von:** Vorstand der Bundesärztekammer

---

#### **DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHLIESSUNG FASSEN:**

In seinen „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft“, dem sogenannten Ulmer Papier, hat bereits der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm die Notwendigkeit einer flexiblen Nutzung sektorenübergreifender Kooperationsformen herausgestellt. Das entscheidende Optimierungspotential für die ärztliche Versorgung der Zukunft liegt auch nach weiteren Forderungen Deutscher Ärztetage vor allem in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. Die Koordination, in der Regel Aufgabe des Hausarztes, muss hierbei medizinisch begründbaren Regularien folgen, welche zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. Hochtechnisierte Diagnostik und Therapie sowie multimodale Behandlungskonzepte machen bereits jetzt eine stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und nicht zuletzt die eigene Berufszufriedenheit steigern.

So hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2009 hervorgehoben, dass die hausärztlichen, ambulanten und stationären fachärztlichen sowie pflegerischen Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll zu verzahnen sind.

#### **Förderung innovativer Versorgungskonzepte**

Innovative Formen der Kooperation und Zusammenarbeit sowohl mit der eigenen als auch mit anderen Berufsgruppen resultieren nicht nur aus dem Ärztemangel, sondern entsprechen vielmehr den im Vergleich zu früheren Generationen anders ausgerichteten Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufstätigkeit. Zwar wird sicherlich sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden, insgesamt wird aber das Spektrum möglicher Kooperations- und Berufsausübungsformen deutlich breiter und vielfältiger werden. Haus- und fachärztliche

---

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Gemeinschaftspraxen mit mehreren, zum Teil auch angestellten Ärztinnen und Ärzten werden die Versorgungslandschaft zunehmend prägen. Die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande, erfordert die Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte. Bei Bedarf gehören hierzu auch kommunale Fahr- und Transportmöglichkeiten für Patienten zur ärztlichen Versorgung im Sinne einer Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert daher zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung die Förderung innovativer kooperativer Versorgungskonzepte. Hierzu gehören:

- Gemeinschaftspraxen im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, fachärztliche Satellitenpraxen mit ggf. abwechselnder Besetzung durch unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte, Ärztehäuser oder regionale Versorgungszentren.
- Kooperation in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region, ggf. einschließlich anderer Gesundheitsberufe, möglichst unter Einbeziehung des stationären Bereichs und insbesondere der Regelung des Übergangs zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär/ambulant).
- Intensivierung der Kooperation von Haus- und Fachärzten mit den Pflegekräften im Pflegeheim und mit den ambulanten Pflegediensten.
- Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation, durch Bildung ambulanter Rehabilitationszentren, in welchen die Zusammenarbeit der Ärzte der verschiedenen beteiligten Fachrichtungen mit den zuständigen Gesundheitsberufen erfolgt.
- Ausbau der Prävention durch Einbeziehung aller relevanten Gesundheitsfachberufe sowie anderer Berufe wie Übungsleiter der Sportvereine (z. B. Rezept für Bewegung).
- Ausbau der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und psychiatrischen Tagesstätten.

Mit der Novellierung des ärztlichen Berufsrechts, dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die erforderlichen Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen, wobei im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt hervorzuheben ist. Nicht zuletzt wird eine verstärkte Kooperationsbereitschaft dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit der in wirtschaftlicher Selbständigkeit tätigen Ärztinnen und Ärzte langfristig zu sichern. Einen weiteren wesentlichen Schritt zur Förderung von Praxis- bzw. Ärztenetzen hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit der Anpassung des § 87b SGB V unternommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zusätzliches Honorar für bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen ausweisen oder das Honorar für die medizinische Versorgung einer Region zur Verfügung stellen. Ebenso muss es möglich



sein, im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung die vernetzte Versorgung bestimmter Krankheitsbilder oder einer bestimmten Region zu etablieren und hierfür zusätzliches Honorar zu vereinbaren.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Berufsverbände auf, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten mit einem Beratungsangebot bei der rechtssicheren Umsetzung vorhandener Kooperationsmöglichkeiten sowie bei den hierfür erforderlichen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Steuerungsaufgaben zu unterstützen. Hierzu gehören weiterhin die Einrichtung von Fallkonferenzen, der Ausbau von Qualitätszirkeln und berufsgruppenübergreifende Fortbildungen. Die Weiterentwicklung der Verbundweiterbildung in allen Gebieten der Patientenversorgung trägt zur gebiets- und berufsübergreifenden Kooperation bei.

Entscheidend ist, dass die jetzige Ärztegeneration die Versorgungsstrukturen zukunftsfest macht, damit die nachwachsende Ärztegeneration ihre Vorstellungen umsetzen kann.

### **Förderung des Belegarztwesens, insbesondere in seiner kooperativen Ausprägung**

In Anbetracht der ansonsten immer noch stark ausgeprägten sektoralen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellt das Belegarztwesen schon seit jeher eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen dar. Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, d. h. die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte der gleichen Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Deutsche Ärztetage haben immer wieder hervorgehoben, dass insbesondere die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Ärztinnen und Ärzte in einer belegärztlich geführten Abteilung zu einer Bündelung des medizinischen Sachverstandes führt, die eine Verbesserung der Patientenversorgung bewirkt.

Den im kooperativen Belegarztwesen tätigen Ärztinnen und Ärzten bietet sich vor allem die Möglichkeit der gegenseitigen Beratung und Unterstützung einschließlich der Assistenz bei Eingriffen sowie einer besseren Vertretung für den Fall von Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Erfahrene Belegärzte können die fachlichen Ressourcen des Krankenhauses maßgeblich verstärken und damit die Leistungsfähigkeit, insbesondere kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum, deutlich steigern. Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus einer Versorgung im kooperativen Belegarztwesen wesentliche Vorteile, so z. B. die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als integrierte Versorgung schlechthin. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt daher, dass gemäß der Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2009 die Regierungskoalition das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beibehalten und stärken will. Hierbei muss der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt erhalten, die freiberufliche Ausprägung belegärztlicher Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbständigkeit bewahrt und deren Vergütung



---

den hohen Leistungsanforderungen entsprechend ausgestaltet werden. Ferner muss für den Einsatz innovativer Behandlungen in der stationären Versorgung auch für Belegärzte anstatt des Erlaubnisvorbehaltes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wie auch für Krankenhaus-Hauptabteilungen der Verbotsvorbehalt des G-BA gelten, damit Innovationen in der belegärztlichen Versorgung ermöglicht werden. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert Regierungskoalition und Gesetzgeber nachdrücklich auf, der programmatischen Ankündigung in der Koalitionsvereinbarung nunmehr auch konkrete politische Schritte zur Stärkung des Belegarztwesens folgen zu lassen, und appelliert an die Politik und an die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, Regelungen vorzusehen, die einen fairen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär ermöglichen.