



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Betrifft: Versorgungsgesetz: Neuregelungen im SGB V brauchen Dialog mit der Ärzteschaft

Entschließung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Gitter (Drucksache I - 01a) und Frau Dr. Blessing, Frau Bartels und Herrn Grauduszus (Drucksache I - 01c) fasst der 114. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Die zunehmenden Versorgungsgpässe dulden keinen Aufschub bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit. Noch in diesem Jahr soll ein ganzes Bündel von Neuregelungen im SGB V in Kraft treten. Hierbei müssen folgende Gesichtspunkte beachtet werden, die nur im Dialog mit der Ärzteschaft zu bearbeiten sind:

1. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: Die Richtlinienkompetenz des G-BA auf eine Rahmenplanung beschränken

Die im Versorgungsgesetz geplante Flexibilisierung der Planungsbereiche ist zu befürworten. Dabei müssen ausreichende regionale Gestaltungsspielräume geschaffen werden, die Richtlinienkompetenz des G-BA muss sich auf eine Rahmenplanung begrenzen. Die zukünftige Bedarfsanalyse muss patientenorientiert Demografie und Morbidität berücksichtigen. Die derzeit noch streng sektoral getrennte Bedarfsplanung muss stufenweise zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung unter Beteiligung der Ärztekammern weiterentwickelt werden.

2. Sicherstellung der Versorgung: Versorgung sektorenübergreifend koordinieren und Ärztekammern beteiligen

Zahlreiche Eckpunkte des geplanten Versorgungsgesetzes machen den steigenden Koordinierungsbedarf zwischen den Sektoren überdeutlich, so zum Beispiel die geplante Einbeziehung von Krankenhausärzten in die ambulante Bedarfsplanung. In alle Fragen ärztlicher Versorgung von sektorübergreifendem Belang müssen die Ärztekammern regelhaft einbezogen werden. Die Ärztekammer ist das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung, da sie als einzige Institution den Berufsweg der Ärztinnen und Ärzte lebenslang und sektorenübergreifend begleitet.

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



3. Ärztliche Nachwuchsförderung: Ärztliche Selbstverwaltung konsequent einbinden, Praxisorientierung des Medizinstudiums fördern, Mitarbeiterorientierung in den Versorgungseinrichtungen einfordern

Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass im Versorgungsgesetz zahlreiche von der Ärzteschaft entwickelte Vorschläge zur Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit und zur Förderung der Allgemeinmedizin aufgegriffen werden. Der Deutsche Ärztetag vermisst jedoch eine konsequente Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung in die Umsetzung der Maßnahmen. Insbesondere die Ärztekammern müssen eingebunden werden. Aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Weiterbildung stellen die Ärztekammern die zentralen Koordinatoren der Weiterbildung einschließlich Verbundweiterbildung und Evaluation der Weiterbildung dar. Dies gilt nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern für alle Gebiete ärztlicher Weiterbildung.

Ärztliche Versorgung ist Dienst am Menschen mit Menschen. Das Medizinstudium muss neben wissenschaftlichen Inhalten deshalb zusätzlich kommunikative und soziale Kompetenzen vermitteln. Es muss die Studenten auch früher an die reale Versorgungssituation heranbringen, z. B. durch verstärkte Studienanteile in Praxen und nichtuniversitären Krankenhäusern. Die Unternehmensführung in den Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen muss den besonderen Ansprüchen an die medizinische Versorgung durch eine entsprechende Patienten- und insbesondere auch Mitarbeiterorientierung entsprechen. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz, Zwang zu Arzt und Patienten gefährdenden Arbeitszeiten und Zwang zur Übernahme fachgebietsfremder Bereitschaftsdienste in Klinik und Praxis sind intolerabel.

4. Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe: Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zur Arztunterstützung im Rahmen der Delegation nutzen

Im Interesse von Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Rechtssicherheit muss der Arztvorbehalt für medizinische Diagnostik und Therapie aufrecht erhalten bleiben. Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine medizinische Versorgung nach Facharztstandard.

Der Deutsche Ärztetag plädiert für eine qualifikationsgebundene Ausschöpfung von Delegationsmöglichkeiten. Es bietet sich die Chance, die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V hierzu – im Einklang mit der Ärzteschaft – zu nutzen. Eine etwaige Ausgestaltung der Modellvorhaben mit dem Ziel, eine neue nichtärztliche Versorger-Ebene zu etablieren, wird vom Deutschen Ärztetag strikt abgelehnt.

5. Ambulante fachärztliche Spezialversorgung: „Jeder, der kann, der darf“ – Wettbewerbswildwuchs zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten verhindern

Mit dem Versorgungsgesetz ist eine dritte, eigenständige Versorgungssäule für die sog.



ambulante spezialärztliche Versorgung (besser: ambulante fachärztliche Spezialversorgung) unter Einschluss der ambulanten Operationen und §-116b-Leistungen geplant. Dies bietet Chancen, aber auch Risiken.

Das Motto „Jeder, der kann, der darf“ darf nicht zu Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierter Mengenausweitung zulasten der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung führen. Strikte Qualitätskriterien müssen aufgestellt und ihre Einhaltung regelmäßig überwacht werden. Der Deutsche Ärztetag befürwortet deshalb den Vorschlag der Einrichtung einer „neutralen Stelle“ auf regionaler Ebene. Die neutrale Stelle sollte unter Beteiligung der Ärztekammer über die Zulassung von Krankenhausfachärztinnen und -ärzten zur ambulanten fachärztlichen Spezialversorgung entscheiden; und zwar außerhalb der Bedarfsplanung, aber nicht „freihändig“, sondern unter obligatorischer Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation.

6. Qualifikationsanforderungen: Primat des Weiterbildungsrechts beachten

Der Deutsche Ärztetag stellt klar, dass sich Anforderungen an die ärztliche Qualifikation im Rahmen von Strukturqualitätsvereinbarungen, besonderen Versorgungsformen u. ä. nach SGB V oder im Zusammenhang mit der geplanten ambulanten fachärztlichen Spezialversorgung sowie für Selektivverträge sich prioritär aus der Weiterbildungsordnung für Ärzte ergeben.

7. Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen und Neuregelung der MVZ: Den freien Arztberuf stärken

Ohne flexible Berufsausübungsmöglichkeiten wird die ärztliche Versorgung in der Fläche nicht aufrechterhalten werden können. Der Deutsche Ärztetag befürwortet den Ausbau mobiler Versorgungskonzepte. Die geplanten Flexibilisierungen müssen im Einklang mit ärztlichem Berufsrecht stehen.

Das für die freien Berufe geltende Prinzip der persönlichen Leistungserbringung dient einer vertrauensvoll-individuellen Patientenversorgung. Diese muss auch in Zukunft möglich sein. Der Deutsche Ärztetag begrüßt die geplanten Neuregelungen zu Medizinischen Versorgungszentren, wonach eine Verdrängung ärztlicher Träger durch Kapitalgesellschaften ausgeschlossen werden soll. Die Mehrheit der Geschäftsanteile eines MVZ muss bei den in den MVZ tätigen Ärzten liegen.

8. Krankenkassen-Wettbewerb: Risikoselektion unter den GKV-Versicherten vermeiden

Die Regierungskoalition hat Zusatzbeiträge eingeführt, die einen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen fördern sollen. Allerdings fehlt immer noch ein überzeugender ordnungspolitischer Rahmen für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Bei der durch den Morbi-RSA bedingten Risiko-Entmischung kommt es offensichtlich zu einer weder morbiditätsadäquaten noch finanziell ausreichenden Finanzierung, um die



medizinisch notwendige Versorgung der sog. schlechten Risiken, i. e. der chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten, zu refinanzieren.

Es muss ausgeschlossen werden, dass als Folge des Krankenkassen-Wettbewerbs die chronisch Kranken und Multimorbiden zu Patienten zweiter Klasse oder gar zu unversicherbaren Risiken werden. Außerdem müssen die Fehlanreize des Morbi-RSA beseitigt werden.

9. Gemeinsame Selbstverwaltung: Struktur des G-BA weiterentwickeln

Die Konfliktrichtigkeit der Entscheidungen des höchsten Beschlussorgans in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist nicht länger tragbar. Zurzeit ist die Ärzteschaft in Fragen der stationären Versorgung nur im Rahmen einer nicht stimmberechtigten Beteiligung vertreten. Die Beschlussfassung des G-BA wird durch den geschlossenen Block auf der Krankenkassenseite dominiert. Um der Expertise der Ärzteschaft mehr Gehör zu verschaffen, fordert der Deutsche Ärztetag eine stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Plenum des G-BA.

10. Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Voraussetzungen für wertebasierte (Kosten-)Nutzen-Bewertung und transparente Prioritätensetzung für die Gesundheitsversorgung schaffen

Nutzenbewertung und Kosten-Nutzen-Bewertung sind grundsätzlich sinnvolle Instrumente zur Optimierung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Allerdings sind die damit verbundenen Fragestellungen nicht allein durch methodenorientierte Evidenzbasierung zu lösen. Fragen zu chancengleichem Zugang zu Innovationen und allgemein zur Verteilungsgerechtigkeit unter Rahmenbedingungen der Mittelknappheit implizieren Werteentscheidungen. Diese Werteentscheidungen allein zu treffen ist der Gemeinsame Bundesausschuss weder legitimiert noch hinreichend kompetent.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte nehmen die Rolle des von der Politik mit den Einzelfallentscheidungen „alleingelassenen“ Leistungsbegrenzers am Krankenbett nicht länger hin. Der Deutsche Ärztetag lehnt heimliche Rationierung ab und fordert die Etablierung eines transparenten Diskurses über die zugrundeliegenden Werte und die Prioritäten in der Gesundheitsversorgung unter Einbindung von Politik, Ärzteschaft und Patientenvertretern.