

12 Punkte, die die neue Bundesregierung in der Gesundheitspolitik sofort angehen muss . . .





Foto: picture alliance/NurPhoto Achille Abboud

Duldet keinen Aufschub! 12 Punkte, die die neue Bundesregierung in der Gesundheitspolitik sofort angehen muss . . .

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch die Corona-Pandemie vor die größte Herausforderung der letzten Jahrzehnte gestellt worden. Die ambulanten und stationären Strukturen des Gesundheitswesens sowie der beispiellose Einsatz von Ärztinnen und Ärzten aus allen Versorgungsbereichen haben eine Überlastung der Intensivstationen verhindert. Die vergangenen ein- und

zwei Jahre haben aber auch dringenden Reformbedarf in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens offengelegt. Die neue Bundesregierung ist aufgefordert, dringende und nicht länger aufschiebbare Reformen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens unmittelbar nach der Regierungsbildung anzugehen und mit Unterstützung der Ärzteschaft umzusetzen.

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2021

Herausgeber:

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:

Stabsbereich Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer

Satz:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Druck und Bindung:

Warlich-Druck, 53340 Meckenheim

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.



Foto: picture alliance/epa/Sven Hoppe

1. Krankenhausvergütung an Menschen und dem Versorgungsbedarf ausrichten!

Die Vergütungssystematik der Krankenhäuser darf nicht länger ausschließlich auf wirtschaftliche Effizienz eines Krankenhausbetriebes ausgerichtet sein. Vielmehr muss sich die Vergütung vor allem nach dem Versorgungsbedarf und den angemessenen Vorhaltekosten für Personal, Infrastruktur und Technik richten.

Das ist zu tun:

- Ein nationaler Krankenhauspapier unter anderem mit Vertretern der maßgeblichen ärztlichen Verbände und Institutionen ist zur Vorbereitung einer Krankenhausvergütungsreform als Begleitgremium einzuberufen.
- Abkehr vom 100-Prozent-Ansatz des G-DRG-Fallpauschalensystems.
- Die Krankenhausbetriebsmittelfinanzierung ist prioritär an den Kriterien von Personalbedarf, Personalentwicklung, Flächendeckung und Vorhalteleistungen auszurichten.
- Die bereits umgesetzte Ausgliederung der Personalkosten in der Pflege aus dem G-DRG-System ist auch auf Ärztinnen und Ärzte auszudehnen.
- Unterschiede in den Kostenstrukturen der Kliniken sind in der neuen Vergütungssystematik abzubilden.
- Krankenhäuser sind durch einen Mix aus pauschalierten Vergütungskomponenten zur Deckung von fallzahlunabhängigen Vorhaltekosten, einem fallzahlunabhängigen Vergütungsanteil sowie einem Budget zur Strukturqualität finanziell solide aufzustellen.



Foto: Vitzel/stock.adobe.com

2. Krankenhausplanung neu denken – hochwertige stationäre Versorgung überall in Deutschland sichern!

Eine Reform der Krankenhausvergütungssystematik muss zwingend mit einer stärker an die regionalen Bedarfe angepassten Neuorganisation der Krankenhausplanung einhergehen. Dabei muss die Verantwortung für die Krankenhausplanung bei den Bundesländern verbleiben. Aufgabe der Bundesregierung ist es, den Weg für eine bundesweit abgestimmte Krankenhausplanung und mehr länderübergreifende Kooperationen zu ebnen.

Das ist zu tun:

- Der demografie- und morbiditätsbedingte Versorgungsbedarf sowie die dafür erforderlichen Personalressourcen sind prospektiv zu ermitteln und kontinuierlich in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.
- Kooperative Versorgungskonzepte, intersektorale Versorgungsformen, Möglichkeiten der belegärztlichen Versorgung sowie sogenannte Mitversorgereffekte (auch über Landesgrenzen hinweg) sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen.
- Es ist ein funktional und nach einheitlichen Kriterien abgestuftes, subsidiär strukturiertes Netz einander ergänzender Kliniken im Sinne von spezialisierten größeren Zentren in Ballungsräumen und einer gesicherten Grundversorgung in der Fläche zu schaffen.
- Die Krankenhausplanung ist an der ärztlichen Weiterbildungsordnung zu orientieren. Sie spiegelt am besten den Stand des medizinischen Fortschritts und die Versorgungserfordernisse wider.



Foto: Devillae Photography/stock.adobe.com

3. Auf Bundes- sowie Landesebene Verantwortung übernehmen und Klinik-Investitionsstau auflösen!

Allein in den letzten zehn Jahren hat sich ein Investitionsstau in den Krankenhäusern von mehr als 30 Milliarden Euro ergeben. Im Jahr 2019 belief sich der Investitionsbedarf auf 6,2 Milliarden Euro. Stellt man die im Jahr 2019 tatsächlich geleisteten Förderungen gegenüber, ergibt sich eine Differenz von mehr als 50 Prozent.

Das ist zu tun:

- Eine dauerhafte additive Kofinanzierung der Krankenhaus-Investitionsfinanzierung durch den Bund ist unter Wahrung der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Länder umzusetzen.
- Es sind Anreizsysteme für die Länder zu schaffen, zum Beispiel durch Investitionszuschüsse des Bundes bei Erreichen einer festgelegten Investitionsquote durch die Länder.



Foto: Weinhofler Design/stock.adobe.com

4. Notstand in Notaufnahmen beenden!

Bislang steht ein umfassender Reformentwurf für die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Notfallversorgung aus. Mit der Einführung eines einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus wurde lediglich ein umstrittener Teilaspekt der Reform umgesetzt.

Das ist zu tun:

- Statt unzureichender und Patienten gefährdender Einzelregelungen ist eine Reform der Notfallversorgung aus einem Guss erforderlich. Die mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ auf den Weg gebrachten Regelungen für eine isolierte, zusätzliche, verpflichtende standardisierte Ersteinschätzung sind zurückzunehmen. Kranke Menschen erwarten in der Notaufnahme Abklärung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt und keine Ersteinschätzung allein auf Grundlage eines Software-Algorithmus.
- Auf die Planung eines gänzlich neuen Versorgungssektors ist zu verzichten, stattdessen sind die bestehenden Strukturen (Portalpraxen und Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern) weiterzuentwickeln. Dabei sind die Ärztekammern einzubeziehen.
- Die Planungsvorgaben durch den G-BA sind auf ein Mindestmaß zu beschränken.
- Die fachärztliche Weiterbildung ist auch in den neuen Strukturen zu gewährleisten.
- Instrumente zur Ersteinschätzung in den Gemeinsamen Notfallsystemen und Integrierten Notfallzentren sind durch alle betroffenen Akteure gemeinsam zu entwickeln.
- Notaufnahmen und der vertragsärztliche Notdienst müssen auf kurzfristige pflegerische Versorgungsmöglichkeiten, z. B. eine Kurzzeitpflege, zugreifen können und einen Sozialdienst zur Seite gestellt bekommen, der bei Bedarf die weitere Betreuung von Menschen ohne akuten medizinischen Versorgungsbedarf organisiert.
- Eine ausreichende Finanzierung ist sicherzustellen.



Foto: start1/Stock

5. Ärztlichen Nachwuchs fördern, attraktive Arbeitsbedingungen in Kliniken und in wirtschaftlicher Selbstständigkeit schaffen!

In einer der ältesten Gesellschaften der Welt mit steigendem medizinischen Versorgungsbedarf kommt der ärztlichen Nachwuchsförderung besondere Bedeutung zu. Notwendig sind neben einer deutlichen Aufstockung der Zahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin attraktive berufliche Rahmenbedingungen in Kliniken und Praxen, um junge Ärztinnen und Ärzte nach erfolgter Facharztweiterbildung in der kurativen Medizin zu halten.

Das ist zu tun:

- Für den stationären und ambulanten Bereich sind eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sowie die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen und Weiterbildungsstellen unerlässlich.
- Um Ärztinnen und Ärzten den Schritt in die Niederlassung zu erleichtern bzw. Praxen in die Lage zu versetzen, junge Ärztinnen und Ärzte in Anstellung zu beschäftigen, ist in einem ersten Schritt die extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Grundleistungen im ambulanten Bereich ohne Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu realisieren.
- Ziel muss ein entbudgetiertes System mit festen sowie kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen sein.
- Damit Arztpraxen als Arbeitgeber wettbewerbsfähig bleiben, ist die vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen für Medizinische Fachangestellte durch die Krankenkassen erforderlich.
- Um die Chancengleichheit zulassungswilliger junger Ärztinnen und Ärzte bei der Nachbesetzung ausgeschriebener Vertragsarztsitze zu erhöhen, ist das Sozialgesetzbuch V so zu ändern, dass das Approbationsalter sowie die Dauer der ärztlichen Tätigkeit nur noch nachrangig als Kriterien bei der Besetzung eines ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes herangezogen werden können.



Foto: picture alliance/Westend61, zencotraktives

6. Patient vor Profit – Einfluss von Fremdkapitalgebern auf die medizinische Versorgung begrenzen!

Das Gesundheitswesen rückt verstärkt in den Fokus institutioneller Kapitalanleger, die mit ihren Investments zunehmend Gewinnerwartungen auch in der ambulanten Versorgung verbinden. Ärztinnen und Ärzte geraten in einen schwer lösbaren Zielkonflikt, wenn sie einerseits ihren berufsrechtlichen Pflichten genügen wollen, andererseits aber unter Druck gesetzt werden, ihr ärztliches Handeln nicht mehr primär am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten, sondern an den Interessen von Kapitalgebern.

Das ist zu tun:

- Der Versorgungsauftrag von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist zur Wahrung der Trägerpluralität und der freien Arztwahl zu begrenzen.
- MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser sind an einen fachlichen und räumlichen Bezug zu deren Versorgungsauftrag zu koppeln.
- Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung einer Ärztin beziehungsweise eines Arztes im MVZ sind dann zu versagen, wenn der Träger des MVZ dadurch in einer Region eine marktbeherrschende Stellung erlangen würde.
- Gewinnabführungsverträge mit externen Kapitalgebern sind zu begrenzen, da die Gewinne aus Sozialversicherungsbeiträgen generiert werden.
- Es ist ein MVZ-Register zu erstellen, welches mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten über die im Bereich des Sozialgesetzbuch V agierenden Finanzinvestoren schafft.
- Es sind im Sozialrecht beziehungsweise im Zulassungsrecht explizite Regelungen zu verankern, nach denen Träger von Einrichtungen unter Androhung von Sanktionen gewährleisten müssen, dass die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre berufsrechtlichen Vorgaben einhalten können.

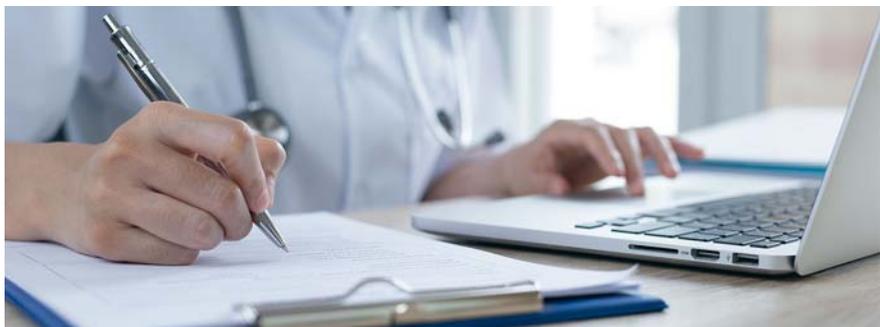


Foto: Tjipapaull/Stock

7. Reform der Gebührenordnung für Ärzte jetzt umsetzen!

Die bisher gültige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 und wurde 1996 lediglich teilnovelliert. Sie ist somit völlig veraltet und bildet weder die Dynamik des ärztlichen Leistungsspektrums noch die aktuelle Kosten- und Preisentwicklung ab. Im Jahr 2010 hat der Verordnungsgeber die Bundesärztekammer und den PKV-Verband aufgefordert, einen gemeinsam erarbeiteten verordnungsreifen Entwurf einer neuen GOÄ vorzulegen. Die Bundesärztekammer hat in den vergangenen Jahren unter Einbeziehung von 165 ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften wesentliche Teilbereiche einer neuen GOÄ mit dem PKV-Verband abgestimmt. Derzeit befinden sich die Abstimmungen des gemeinsamen GOÄ-Vorschlags zwischen BÄK und PKV-Verband in der finalen Phase.

Das ist zu tun:

- Die Reform der Gebührenordnung für Ärzte ist auf Grundlage der dafür geleisteten Vorarbeiten von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe jetzt anzugehen und abzuschließen.



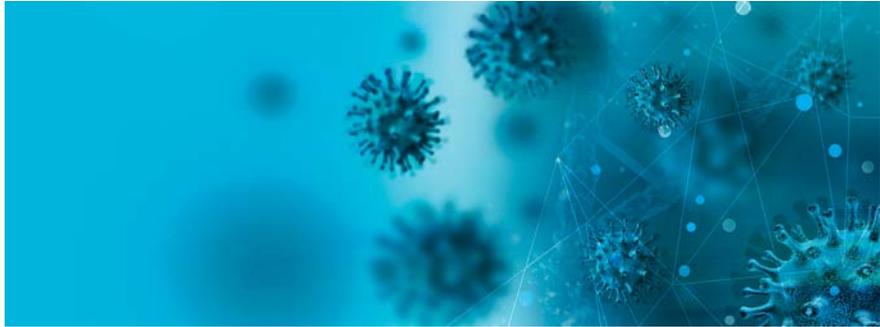
Foto: memius/stock.adobe.com

8. Applaus reicht nicht – Öffentlichen Gesundheitsdienst krisen- und zukunftssicher ausbauen!

In der Corona-Pandemie haben die Gesundheitsämter in Deutschland Herausragendes geleistet. Es wurden aber auch die seit vielen Jahren erkennbaren Defizite in der Struktur sowie bei der personellen und technischen Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) deutlich.

Das ist zu tun:

- Der von Bund und Ländern geschlossene Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist schnellstmöglich umzusetzen – die Expertise der Ärztekammern, insbesondere im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung und der Nachwuchsförderung – ist dabei einzubeziehen.
- Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist in ein Gesamtkonzept von Bund und Ländern für eine Reform des ÖGD einzubetten.
- Es ist eine beim Bund angesiedelte zentrale Stelle zur Koordination der Aktivitäten der einzelnen Gesundheitsämter und zur Entwicklung von technischen sowie inhaltlich-fachlichen Standards zu schaffen. Meldewege sind zügig bundeseinheitlich zu digitalisieren.
- Alle Gesundheitsämter sind mit digitalen Kontaktnachverfolgungssystemen sowie einheitlichen Schnittstellen für eine Anbindung an das Robert Koch-Institut auszustatten.
- Die ärztliche Leitung aller Gesundheitsämter in Deutschland ist – auch in Zukunft – zu gewährleisten und muss gefördert werden.
- Es sind Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, um im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu werden. Eine tariflich gesicherte, arzt spezifische Vergütung aller dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ist hierfür unabdingbar.



9. Pandemiemanagement professionalisieren!

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie verdeutlichen, dass das Krisenmanagement und die Krisenreaktionsfähigkeit in Deutschland im Falle einer pandemischen Lage dringend optimiert werden müssen.

Das ist zu tun:

- Es ist ein ständiger multiprofessioneller Pandemierat mit medizinischer Expertise zu etablieren und in die Beratungen von Bund und Ländern einzubinden.
- Im Infektionsschutzgesetz sind feste Krisenstäbe der Bundesländer unter Einbezug der Ärztekammern mit klar definierten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten zu verankern.
- Die Pandemiepläne von Bund, Ländern, Kommunen und Gesundheitseinrichtungen sind regelmäßig zu aktualisieren. Kontinuierliche Übungen für alle an der Umsetzung der Pläne Beteiligten sind gesetzlich vorzugeben.
- Die Rückverlagerung beziehungsweise Wiederaufbau der Produktion von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten innerhalb der EU sind zu fördern.
- Neben der Impfstoffentwicklung und -produktion ist auch die Förderung der Forschung an Medikamenten zur Behandlung einer COVID-19-Erkrankung zu intensivieren.
- Die Kollateraleffekte von Eindämmungs- und Schutzmaßnahmen im Hinblick auf den Zugang zur medizinischen Akutversorgung und zu Vorsorgeleistungen sowie mögliche psychosoziale Auswirkungen auf die Bevölkerung und bestimmte Risikogruppen sowie Langzeitwirkungen eines Lockdowns sind medizinisch-wissenschaftlich zu evaluieren.



10. Krise als Treiber für Digitalisierung nutzen!

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat das Potential, einen positiven Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung zu leisten. Maßgabe dabei muss sein, die Digitalisierung an den Bedarfen des Gesundheitswesens auszurichten, diese in einem transparenten, nachvollziehbaren Prozess umzusetzen und Anwendungen an ihrem tatsächlichen Nutzen zu messen – nicht zuletzt aufgrund der damit einhergehenden enormen Investitionen.

Das ist zu tun:

- Bereits erprobte Anwendungen der Telematikinfrastruktur, wie der Notfalldatensatz und der Medikationsplan, sind zügig in den Versorgungsalltag einzuführen, um den konkreten Nutzen der Telematik erfahrbar zu machen.
- Alle relevanten Stakeholder des Gesundheitswesens sind an der Erstellung einer versorgungsorientierten Digitalisierungsstrategie zu beteiligen. Der Fokus muss dabei auf der Verbesserung der Versorgung vulnerabler Gruppen (z. B. chronisch Kranke, ambulant und stationär Pflegebedürftige) liegen. Die technische Umsetzung digitaler Anwendungen ist an klar definierten Versorgungszielen auszurichten.
- Es ist eine dauerhafte Pilotregion zur Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und zur Testung digitaler Anwendungen einzurichten. In die Versorgung flächendeckend eingeführte digitale Anwendungen sind hinsichtlich ihres Verbreitungsgrades und ihrer Akzeptanz fortlaufend zu evaluieren.
- Die Fachexpertise und Erfahrung der ärztlichen Selbstverwaltung sind bei der Einführung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur sehr viel stärker als bislang einzubeziehen.



Foto: ieffimages/stock.adobe.com

11. Die Klimakrise macht krank – Gesundheitswesen auf Folgen der Erderwärmung vorbereiten!

Die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels sind keine ferne Bedrohung mehr, sie sind weltweit Realität. Immer häufiger kommt es auch in Deutschland zu Hitzewellen, die vor allem für ältere Menschen oder solche mit Vorerkrankungen tödlich verlaufen können. Hinzu kommen weitere Gesundheitsgefahren durch Extremwetter oder neuartige Krankheitserreger. Die vielfältigen Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit müssen deutlich stärker als bisher in der Klimapolitik von Bund und Ländern berücksichtigt werden.

Das ist zu tun:

- Die Einhaltung der Pariser Klimaschutzziele ist unerlässlich. Unabhängig davon sind Sofortmaßnahmen von Bund und Ländern notwendig, die die Gesundheitseinrichtungen in die Lage versetzen, neue und zusätzliche Aufgaben in der Patientenversorgung aufgrund der Erderwärmung zu bewältigen.
- Gesundheitseinrichtungen müssen durch ausreichend Personal und räumliche Ressourcen auf Extremwetterereignisse vorbereitet werden.
- Neben einem nationalen Hitzeschutzplan sind konkrete Maßnahmenpläne für Kliniken, Not- und Rettungsdienste sowie Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung auf Hitzeereignisse verpflichtend zu erstellen.
- Erforderlich ist eine nationale Strategie für eine klimafreundliche Gesundheitsversorgung in Deutschland, die auch den notwendigen Investitionsbedarf zum Beispiel für den Bau (beziehungsweise Umbau) klimaneutraler Krankenhäuser sowie die Nutzung klimaneutralen Stroms im Gesundheitsbereich berücksichtigt.



Foto: Sven Prießmann G-BA

12. Echte Mitbestimmung der Ärzteschaft im Gemeinsamen Bundesausschuss!

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein zentrales Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene und bestimmt nicht nur maßgeblich den GKV-Leistungskatalog, sondern greift auch massiv in die Gestaltung der Versorgungsprozesse in Arztpraxen und Krankenhäusern ein, etwa durch Qualitätssicherungsaufgaben und Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse, darunter auch an das ärztliche Personal. Gleichwohl ist die Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung und berufspolitische Interessenvertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nicht im G-BA vertreten. Der BÄK wird lediglich ein eng umschriebenes Beteiligungsrecht mit beratendem Charakter eingeräumt, nicht jedoch ein Stimmrecht.

Das ist zu tun:

- Es muss mehr Sachverstand der ärztlichen Selbstverwaltung unmittelbar im G-BA verankert werden. Dieser darf nicht nur durch Stellungnahmeverfahren und Anhörungen lediglich indirekt und unverbindlich zur Kenntnis genommen werden.
- Die Bundesärztekammer ist durch Änderung der Vorgaben im SGB V im G-BA mit Stimm- und Antragsrecht auszustatten. Die Parität zu den Stimmen der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen soll dabei nicht in Frage gestellt werden und kann durch entsprechende Umgruppierung der jeweiligen Stimmanteile hergestellt werden.



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de