



Deutscher Facharztverband

www.deutscher-facharztverband.de

Wahlprüfsteine 2009 der niedergelassenen Fachärzte Deutscher Facharztverband e.V./Potsdamer Runde e.V.

Wie halten es die Politiker mit...

Wahlprüfstein 1

Wohnortnahe, flächendeckende ambulante Facharztmedizin

Die Politik der letzten Jahre erweckt den Eindruck, den niedergelassenen Facharzt abschaffen zu wollen. Die niedergelassenen Fachärzte müssen davon ausgehen, dass den Gesundheitspolitikern der Parteien die Bedeutung der Fachärzte für eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung nicht klar ist. Oder: Dass es ideologisch geprägte Vorstellungen eines Gesundheitssystems gibt, das sich in Richtung Staatsmedizin mit Klinikzentrierung bewegen. Und die so die Versorgungsrealität willkürlich ignoriert.

Folgende Indizien sind zu nennen:

- Die ambulant tätigen Fachärzte kommen im Sozialgesetzbuch V nicht vor.
- Explizit sind die Kassen gefordert, Hausarztverträge abzuschließen, aber keine ähnlich gelagerten mit Fachärzten.
- Die aktuellen Hausarztverträge schließen teils den direkten, freien Zugang zum Facharzt aus.

Fakt ist:

- 95 Prozent der medizinischen Versorgung erfolgt in Fach- und Hausarztpraxen;
- Rund zwei Drittel der der Fälle werden in Praxen der niedergelassenen Fachärzte behandelt;
- ambulante Facharztmedizin ist in Qualität und Leistung der des Krankenhauses ebenbürtig, wenn nicht überlegen;
- leistungsfähige ambulante Operationseinrichtungen, die kostengünstiger als Kliniken arbeiten;
- Verlagerungen in großem Umfang von stationär zu ambulant – aber ohne, dass Kassen die niedergelassenen Fachärzte daran teilhaben lassen.

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Wie halten Sie es mit der wohnortnahen, flächendeckenden ambulanten Facharztmedizin?

Wahlprüfstein 2

Freie Arztwahl

Die Patienten stimmen mit den Füßen ab. Der direkte Gang zum Facharzt ist für die Patienten in Deutschland selbstverständlich. Die Kassengebühr hat nur kurzfristig als Korrektiv funktioniert.



Deutscher Facharztverband

www.deutscher-facharztverband.de

Die freie Arztwahl ist auch ein Element des Wettbewerbs: Der Patient hat die Wahl – er kann wechseln.

Freie Arztwahl darf nicht mit dem auch von Fachärzten kritisierten „Ärztehopping“ verwechselt werden. Die freie Arztwahl, richtig angewendet, verkürzt Behandlungswege, erspart Wartezeiten und führt in den meisten Fällen zu rascher Gesundung.

Aber auch im Verständnis gegenüber der freien Arztwahl gibt es Defizite.

Folgende Indizien sind zu nennen:

- Kassengebühr, die beim Facharzt dann entfällt, wenn der Patient eine Überweisung durch den Hausarzt vorlegen kann;
- Hausarztmodelle beinhalten immer Elemente der Festlegung auf einen Hausarzt und bauen vor der Praxistür des Facharztes Barrieren auf – der freie Zugang zu ihm soll möglichst beschränkt werden.

Fakt ist:

- sowohl das RKI (Robert-Koch-Institut) wie auch die Bertelsmann-Stiftung stellen Hausarztmodellen ein schlechtes Zeugnis aus;

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Wie halten Sie es mit der freien Arztwahl, dem freien Zugang zum Versorgerfacharzt?

Wahlprüfstein 3

Gesetzliche Verankerung der Fachärzte im Sozialgesetzbuch V

Die ambulante Facharztmedizin kommt im Sozialgesetzbuch V nicht vor – von niedergelassenen Fachärzten ist dort nicht die Rede. Warum soll sich das ändern – was hat eine Facharztpraxis im Bayerischen Wald davon? Umgekehrt: Was interessiert das Bundesgesundheitsministerium die Facharztpraxis im Bayerischen Wald? Genau das ist das Problem: In Berlin wird die große Linie festgezurr – in Form von Gesetzen. Und die sind von einer „Facharztvergessenheit“ sondergleich geprägt. Das bekommen die Fachärzte gerade zu spüren – das bekommt auch die Facharztpraxis im Bayerischen Wald zu spüren.

Das können niedergelassene Fachärzte nur ändern, in dem sie den §73e fordern – „§73e – Facharztbasierte ambulante Versorgung“. Sie sind in vielen Krankheitsbildern Versorgerfachärzte, und auch in ländlichen und entlegenen Regionen gerade deshalb umso wichtiger.

Folgende Indizien sind zu nennen:

- Der Gesetzgeber sieht bislang keine konkrete Ebene von Verträgen oder Versorgung im SGB V vor;
- Mit der Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung über die jüngsten Reformen wird sogar ein negativer Akzent gegenüber der ambulanten Facharztmedizin gesetzt.



Deutscher Facharztverband

www.deutscher-facharztverband.de

- Der Prozess der Stationsersetzenden Leistungen stockt.

Fakt ist:

- Die niedergelassenen Fachärzte liegen im toten Winkel des Gesetzgebers – für die Kliniken und Hausärzte, im Gesetz erwähnt, gibt es auch entsprechende Umsetzungen. Also: wer im Gesetz steht, kann auf Beachtung hoffen; wer nicht, hat es in der Versorgungslandschaft der Zukunft schwer.

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Wie halten Sie es mit der gesetzliche Verankerung der niedergelassenen Fachärzte im Sozialgesetzbuch V? Unterstützen Sie die Forderung nach dem §73e?

Wahlprüfstein 4

Gleich lange Spieße – gleicher Preis für gleiche Leistung

Das Krankenhaus ist nach wie vor quersubventioniert – selbst Ulla Schmidt stößt bei Reformen in diese Richtung auf Widerstand. Und die Klinik ist dem Regional- und Lokalpolitiker näher als der niedergelassene Facharzt (was ein Irrtum ist, aber die Vorstellungen von der Versorgungswirklichkeit sind verzerrt – s. Wahlprüfstein 1). Der niedergelassene Facharzt hat dagegen ohne Subventionen auszukommen; im Gegenteil: massive Honorarverluste in der Vergangenheit und in Zukunft pflastern seinen Weg. Die duale Finanzierung im Krankenhausbereich und die monistische Finanzierung im niedergelassenen Facharztbereich lassen keinen geordneten Wettbewerb zu. Die derzeitige Struktur ist eine klare Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der niedergelassenen Fachärzte.

„Gleich lange Spieße“ bedeutet für den stationären und ambulanten Versorgungsbereich eine einheitliche Vergütung für Leistungen, die im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden können – z.B. DRG-basiert (Diagnose-Related Groups).

Richtiger Wettbewerb setzt erst dann ein, wenn Effizienzreserven gehoben werden; aber nicht, wie immer automatisch angenommen, im ambulanten Sektor, sondern durch den Wettbewerb zwischen Klinik und Facharztpraxis. Die Sektorierung der beiden Bereiche – stationär und ambulant muss fallen. Der Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“ muss endlich umgesetzt werden.

Folgende Indizien belegen die Ungleichheiten durch die Sektorierung:

- fordern die niedergelassenen Fachärzte mehr Geld zum Ausgleich des Honorarverzichts über Jahre, heißt es: Forderungen und Aktionen würden auf dem Rücken der Patienten ausgetragen;
- fordern dagegen die Kliniken mehr Gelder, ist die Öffentlichkeit von verdi bis zum Landrat einer Meinung: Mehr Gelder müssen her.



Deutscher Facharztverband

www.deutscher-facharztverband.de

Fakt ist:

- zahlreiche Studien fordern die Krankenhäuser auf, endlich die notwendigen wirtschaftlichen Anpassungen vorzunehmen;
- IGES-Gutachten: massive Verlagerungen von stationär zu ambulant zeugen von der Leistungsfähigkeit niedergelassener Facharztmedizin.

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Gleich lange Spieße – gleicher Preis für gleiche Leistung: Wann wird dies Wirklichkeit?

Wahlprüfstein 5

Wirtschaftliche Existenzsicherung: Notwendigkeit einer Sicherung der qualitätsgestützten und patientenorientierten Versorgung. Nein zu Dumpingpreisen.

Die niedergelassenen Fachärzte stellen sich dem Qualitätsnachweis, denn sie haben erkannt, dass Qualität Trumpf ist. Qualität, die allerdings auch ihren Preis erzielen müsste. Die wirtschaftliche Existenzsicherung ist nicht gewährleistet. Im Gegenteil: Mit jeder neuen Honorarreform wächst auch die Verunsicherung unter den Fachärzten – der wirtschaftliche Abstieg ist eingeleitet. Bis zur heutigen Entwicklung, in der Praxen, die nahezu ausschließlich auf das Regelleistungsvolumen (RLV) angewiesen sind, ums Überleben kämpfen müssen.

Folgende Indizien:

- mehr Gelder gibt es nicht, aber eine Anpassung des Leistungskatalogs durch die Politik gibt es auch nicht. Sinkende Mittel stehen also einem gleich bleibenden oder sogar wachsenden Leistungsanspruch gegenüber.
- die Politik setzt auf Hausarztmodelle, deren Leistungen durch Pauschalierungen intransparent sind;

Fakt ist:

- IGES-Gutachten: ambulante Facharztmedizin in Deutschland ist, im internationalen Vergleich, kein Preistreiber;
- seit Jahren wird den Fachärzten ein Drittel ihrer Leistung nicht vergütet.
- mittlerweile ist der Anteil der ambulanten Medizin an den GKV-Ausgaben auf unter 20 Prozent gerutscht. Kliniken beanspruchen über 30 Prozent und auch die Ausgaben für Arzneimittel liegen deutlich höher;
- Fachärzte beschäftigen im Schnitt drei Arzthelferinnen – es gibt rund 60.000 niedergelassene Fachärzte in Deutschland: Das macht mindestens 180.000 Arbeitsplätze – mit den Ärzten sind es 240.000. Das ist schon nicht mehr Mittelstand. Von den Arztpraxen hängt die Zukunft vieler hoch qualifizierter Arbeitsplätze ab.



Deutscher Facharztverband

www.deutscher-facharztverband.de

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Was wollen Sie tun, um die wirtschaftliche Existenz der niedergelassenen Fachärzte zu sichern?

Wahlprüfstein 6

Medizinische Versorgungszentren (MVZs) und die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen sind zwei Seiten einer Medaille: Zurückdrängung der niedergelassenen Fachärzte als selbstständige Versorger.

Generell muss aus niedergelassener Sicht darauf bestanden werden, dass MVZs aus eigener finanzieller Kraft heraus bestehen. Subventionierungen gleich welcher Art müssen unterbunden werden. Für MVZs in Hand von Kliniken bedeutet dies, keine Unterstützung auf dem Wege der dualen Finanzierung. Auch dürfen sie nicht unwirtschaftlichem Verhalten Vorschub leisten – etwa, in dem sie mehr Klinikeinweisungen generieren.

MVZ können, entsprechend groß aufgebaut, medizinische Versorgung an einem Ort verdichten – die Anfahrtswege für Patienten werden länger. Eine Verlagerung von Arztsitzen in die Städte darf daher nicht forciert werden. Wohnortnähe muss Priorität haben. Auch kann die Kapitalorientierung eine Konzentration auf bestimmte Leistungen erzwingen. MVZs, im Besitz von Krankenkassen, sind der Einstieg in die NHO-Medizin, einer Variante der Staatsmedizin.

Dass auch hier Verständnisdefizite bestehen, belegen folgende Indizien:

- eine klare Beschränkung des Inhaberkreises von MVZs erfolgt bislang nicht;
- die Politik der einseitigen Stärkung der Kliniken und Klinikketten wird fortgesetzt – entgegen allen Erkenntnissen, dass die ambulante Facharztmedizin mit freiberuflichen Ärzten nicht nur finanziell günstiger, sondern qualitativ mindestens ebenbürtig ist;

Fakt ist:

- Durch Groß-MVZs, mehr Klinikmedizin und Poliklinik ähnlichen Strukturen wird Medizin zu einem Beruf – und nicht mehr zu einer Berufung mit Arbeitszeiten von 50 Stunden und mehr;
- die Öffnung der Kliniken soll das wirtschaftliche Überleben derselben absichern – ein völlig unwirtschaftlicher Gedanke. Medizinische Leistung wird zu überbeuerten Preisen eingekauft – in der Folge steht für die Leistungsabfrage durch Patienten immer weniger Geld zur Verfügung: Dies ist ebenfalls eine kalt geführte Rationierungsdiskussion.
- Es besteht die Gefahr, dass sich MVZs immer stärker an der Gewinnorientierung ausrichten, sich zu stark an den Interessen der Kapitalgeber und Aktionäre orientieren. Auch ist davor zu warnen, dass künftig ambulante Facharztmedizin eher von Ökonomen als von Fachärzten selbst gelenkt wird.



Deutscher Facharztverband

www.deutscher-facharztverband.de

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Was wollen Sie tun, um die ambulante Facharztmedizin nicht Groß-MVZs in Kassen-, Klinik oder Investorenhand auszuliefern?

Wahlprüfstein 7

Die Gesundheitsversorgung darf nicht Gegenstand eines ökonomischen Wettbewerbs werden. Eine medizinische Leistungserbringung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren hat, muss stets qualitativ hochwertig und gleich bleibend für alle erbracht werden.

Der Patient muss Gewissheit haben, jederzeit und an jedem Ort in Deutschland eine weitestgehend gleiche, leitliniengerechte Gesundheitsversorgung zu bekommen. Die Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung darf in ihrer Qualität nicht von im Wettbewerb zueinander stehenden Anbietern abhängen – und, schlimmer noch, von Wettbewerbern, die primär an der Gewinnorientierung ausgerichtet sind.

95 Prozent der Fallbetreuung werden im ambulanten Sektor von Fach- und Hausärzten erbracht. Dank modernster Operationstechniken (minimal invasiv) finden auch immer mehr chirurgische Eingriffe beim niedergelassenen Facharzt statt. Dies spart den Kassen Millionen. Deshalb: Die ambulante Versorgungsebene soll daher die Orientierungslinie bilden, an denen sich Kostenstandards ausrichten. (s. auch Wahlprüfstein 4: Gleich lange Spieße – gleicher Preis für gleiche Leistung)

Deshalb erwarten die niedergelassenen Fachärzte eine Antwort, die die oben genannten Aspekte berücksichtigt, auf die Frage:

Wie wollen Sie sicherstellen, dass der Patient nicht einem Wettbewerb ausgeliefert wird, der die medizinische Leistungserbringung rein betriebswirtschaftlichem Denken aussetzt?

Stand: Juni 2009