

Fachärztliche Positionen 2010 zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

10 Forderungen des Deutschen Facharztverbandes ...

1. Gesundheitspolitik für die Menschen!

Die Rationierung durch Budgets zulasten unserer Patienten nehmen wir nicht länger hin! Stattdessen brauchen wir mehr Vertrauen in die Verantwortung der Ärzte. Die Mißtrauenskultur muss endlich ein Ende haben! Im Vordergrund muss das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten stehen.

Wir fordern daher dringend ein Ende der Planwirtschaft und Bürokratur. Zudem fordern wir die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, damit unseren Patienten eine wohnortnahe Versorgung zuteil wird.

2. Sicherstellung der regionalen Versorgung

Die über Jahrzehnte gewachsenen, regionalen Versorgungsstrukturen zur nachhaltigen Verbesserung der fachärztlichen Versorgung der Bürger müssen erhalten bleiben. Sicherstellung einer bewährten und an lokale Bedürfnisse angepassten Versorgung muss das Ziel sein.

3. Spitzenleistung hat ihren Preis!

Man kann nicht auf der einen Seite die Vorzüge des deutschen Krankenversorgungssystems loben und gleichzeitig die Finanzierungsbasis zerstören. Die Motivation zigtausender von fachärztlichen Spitzenmedizinerinnen geht mit dem Preisverfall vor die Hunde.

Wir fordern Preise für fachärztliche Leistungen, die der Verantwortung und Qualität unserer Leistungen gerecht wird.

4. Transparenz und Qualität als Maßstab der Vergütung!

Das gesamte Vergütungssystem muss reformiert werden. Wir fordern: Weg mit den Bonsai-Regelleistungsvolumen! Weg mit den leistungsfeindlichen Zwangspauschalen! Stattdessen brauchen wir eine differenzierte Gebührenordnung auf der Basis von qualitätsgesicherten Einzelleistungen, die die ärztliche Leistung transparent abbildet. Sie muss betriebswirtschaftlich kalkuliert und angemessen sein. Dabei muss auch die Finanzierung für die Bereitstellung der Praxisstrukturen gesichert sein.

5. Sicherung der ambulanten Versorgung kostet Geld!

Wir sichern eine flächendeckende, wohnortnahe fachärztliche Versorgung im Kollektivvertrag. Wir wehren uns gegen eine zentralisierte Gesundheitspolitik, die die Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltung der Ärzte abschafft, um damit mit dem Sicherstellungsauftrag noch mehr Macht in die Hände der Krankenkassen zu legen!

Wir brauchen Sicherheit durch feste, angemessene Preise und keine Verunsicherung durch kurzfristige Selektivverträge.

6. **Begrenzung der ausufernden Bürokratie!**

Im Gesundheitswesen folgt eine Reform der anderen – und jede Reform brachte nur neue Bürokratie und Unruhe. Wir fordern: Weniger Bürokratie – mehr Zeit für unsere Patienten! Das Primat der Medizin muss endlich zum bestimmenden Faktor in der Gesundheitspolitik werden.

7. **Schluss mit der Verschleierung der Finanzierungslücken durch ein sinnloses Reformkarussell!**

Noch immer ist das Versprechen nicht eingelöst, dass das Risiko der Morbidität der Versicherten auf die Krankenkassen übergeht. Mit immer neuen Rechenschritten und Modellen wird vielmehr vorgetäuscht, dass Reformen sinnvoll seien und die Finanzierungslücken im Gesundheitssystem endlich geschlossen würden. Doch das ist nur Augenwischerei! Wir fordern, dass auch Fachärzte aus der Praxis die Zukunft der Gesundheitsversorgung mitgestalten können. Die ärztliche Selbstverwaltung muss wieder den Ärzten zurück gegeben werden.

8. **Der Facharzt ins Gesetz!**

Wir brauchen die Legaldefinition des Facharztes im SGB V. Sonst besteht die Gefahr, dass der ambulante Facharzt aus der Versorgung verschwindet.

9. **Keine Heuschrecken in der ambulanten Versorgung!**

Die fachärztliche Versorgung muss in Hand freiberuflicher, selbständiger Ärzte bleiben! Nur das sichert die hohe Leistungsfähigkeit. Kapitalgesellschaften und Konzerne beuten das System im Interesse Ihrer shareholder ohne Rücksicht auf die Interessen der Patienten aus.

10. **Einheit der Ärzteschaft!**

Die Politik des divide et impera muss aufhören! Wir fordern die Rückkehr zu regionaler Gestaltungsmöglichkeit für die Vertragspartner der Selbstverwaltung um eine Vertretung der Interessen aller Fachgruppen sicherstellen zu können. Die KV muss aus den Fesseln einer detailversessenen Bundesgesetzgebung befreit werden.

... in Kooperation mit:

Berufsverband der Augenärzte Deutschland BVA e.V.

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen Deutschland BNC e.V.

Berufsverband der Deutschen Dermatologen BVDD e.V.

Berufsverband Niedergelassener Diabetologen BVND e.V.

Berufsverband der Frauenärzte Deutschland BVF e.V.

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen
Deutschland bng e.V.

Berufsverband der Hämato - Onkologen Deutschland BNHO e.V.

Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte BVHNO e.V.

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie
und Unfallchirurgie BVOU e.V.

Bundesverband der Pneumologen BdP

Berufsverband der Rheumatologen BDRh e.V.

Inhaltsverzeichnis

10 Forderungen des Deutschen Facharztverbandes ...	2
Vorwort	8
A. Einleitung	10
1. Doppelte Facharztschiene?	10
2. Sind Fachärzte teuer?!	10
3. IGES Gutachten von 2007	11
4. Spitzenmedizin und Leitlinien	11
5. Morbidität bedarf belastbarer Zahlen	12
6. Facharzt ist nicht Facharzt	12
7. Ziele einer Gesundheitsreform	13
B. Qualität und Wettbewerb	14
8. Qualitätsoffensive	14
9. Qualität hängt an der Indikation	14
10. Qualität braucht die Indikation	15
11. Qualität muss steuern	15
12. Indikatoren können helfen	16
13. Daten müssen für die Ärzte arbeiten	16
14. Qualitätsmanagement muss Kür sein	16
15. Gewährleistung von Qualität	17
16. Qualität ist unteilbar	17
17. QS muss schlank sein	18
18. Patientenvertreter sind unabdingbar	18
19. Qualität muss sich lohnen	18
20. Gleicher Preis für gleiche Leistung	19
C. Patientengerechte Strukturen	19
21. Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe	19
22. Effizienz muss der Treiber sein	20
23. Facharztbasierte Versorgung	20
24. Facharzt und SGB V	21
25. Wahl von Hausarztтарifen	21
26. Hausarztverträge nach 73b sind gefährlich	22
27. Einweisungsvorbehalt	22
28. Versorgung im Krankenhaus nach § 116 b	22
29. § 116 b gefährdet den ambulanten Facharzt	23
30. Krankenhäuser können es nicht	24
31. Faire Regeln statt sog. „Wettbewerb“	24
32. Innovationen auch ambulant	24

33. Belegarztsystem als Modell	25
34. Dokumentation und Transparenz	25
35. Jeder hat ein Recht auf seinen Befund	26
36. Individualität statt shareholder value	26
37. Disease-Management-Programme	27
D. Selbstbestimmung und Verantwortung	28
38. Die Würde des Patienten und seines Arztes	28
39. Qualität muss transparent sein!	28
40. Eigenbeteiligung als Steuerungsinstrument	29
41. Prävention hat Vorrang	29
42. Wahlmöglichkeiten	30
43. Transparenz erzeugt Mitverantwortung	30
44. Für eine transparente Kostenerstattung	30
E. Zukunft der Selbstverwaltung	31
45. Sicherstellung ist staatlicher Auftrag	31
46. Freiberuflichkeit ist das Ideal	31
47. Interessenvertretung der Fachärzte	32
48. Wettbewerb entfremdet Arzt und Patient	32
49. Aufteilung erfordert Ausgleich	33
50. Staatsmedizin durch Vereinzelung	33
51. Brauchen wir eine Körperschaft?	34
52. Selektivverträge als Waffe	34
53. Gibt es „gute“ Selektivverträge?	35
54. Brauchen wir Fachärzte eine KV?	35
55. KV muss können!	36
56. Einheitskasse – Nein Danke	36
F. Faires fachärztliches Honorar	37
57. Die Pauschalen müssen weg!	37
58. Betriebswirtschaft ja, aber richtig	37
59. Sicherstellung hat ihren Preis	37
60. Morbidität allein reicht nicht	38
61. Versorgungskorridor statt Schnittstelle	39
62. RLV sind lediglich ein Übergang	39
63. Keine Kannibalisierung der RLV	40
64. Schrittweise Differenzierung	40
65. „P4P“ (Pay für Performance)	41
66. Kostenerstattung zuletzt	41
67. Medizin, nicht der EBM steuert!	42

Vorwort

Seit der ersten Auflage der Positionen des Deutschen Facharztverbandes im Jahr 2003 durch A. und P. Munte und A. Hellmann sind nicht nur sieben Jahre vergangen, es sind auch erhebliche strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem eingetreten. Einen wesentlichen Anteil daran hatte eine Gesundheitsgesetzgebung, die offenbar ein längerfristiges Konzept verfolgt.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass versucht wurde, die ohne Zweifel schwierigen Fragen durch zunehmende Zentralisierung und Professionalisierung in ein staatlich gelenktes Gesundheitssystem zu verwandeln. Die daraus folgende „De-Autonomisierung“ (H. Schirmer) der Selbstverwaltung und die „Durchökonomisierung des Gesundheitswesens“ stellt besonders für die Fachärzte eine existentielle Gefahr dar.

Die ambulante fachärztliche Versorgungsebene ist im Zuge der Gesetzgebung zur Modernisierung des Gesundheitssystems immer mehr unter Druck geraten.

Deutschland läuft damit Gefahr, die im Vergleich mit anderen Nationen noch verbliebenen Vorzüge seines gegliederten Systems, insbesondere die **zeitnahe und umfassende Bereitstellung fachärztlicher Hilfe** für alle gesetzlich Versicherten in der Fläche **zu verlieren**, ohne dass diesem Verlust ein Zugewinn an Qualität oder Kostendämpfung gegenüberstünde.

Der Übergang der Steuerungshoheit auf die Krankenkassen, die selbst durch staatliche Regulierung Spielräume verloren haben und unter vornehmlich ökonomischen Zwängen agieren müssen, erhöht weiter den Druck auf die vermeintlich teure ambulante fachärztliche Versorgungsstruktur.

Für die Mängel unseres Gesundheitssystems sind aber nicht die Gliederung der Versorgung und schon gar nicht die ambulante fachärztliche Versorgungsstruktur verantwortlich zu machen.

Wenn man sich vorstellt, welche medizinischen Innovationen und Behandlungen in den letzten Jahren im ambulanten Bereich Eingang gefunden haben, dann ist es eigentlich erstaunlich, dass es zu keiner Kostensteigerung gekommen ist. Die deutschen Fachärzte haben über Jahrzehnte diesen medizinisch-technischen Fortschritt in die Versorgung getragen, ohne dass die Vergütung Schritt gehalten hätte. Dies sichert noch in Deutschland für die Patienten ein hochwertiges, modernes, leistungsfähiges Versorgungssystem mit **weltweit konkurrenzlos niedriger Zugangsschwelle** für spezialisierte Krankenversorgung.

Die medizinische Versorgung ist ein höchst komplexes System, das praktisch permanent einem ökonomischen Änderungsdruck ausgesetzt ist. Gleichzeitig ist sie aber ein **höchst potenter Wirtschaftszweig**, der Millionen von Menschen Arbeit gibt und die beste Wachstumschancen verspricht. Jede Reform sollte deshalb Weichenstellungen beinhalten, die in einem breiten Konsens über die angestrebten Ziele erarbeitet und dann von allen Beteiligten mitgetragen wird.

Die Versorgungsstrukturen in Deutschland greifen wie ein Räderwerk ineinander. Einzelne Eingriffe können unerwartete Reaktionen an ganz anderer Stelle auslösen. Die Fachärzte in Deutschland erkennen den Reformbedarf an; sie arbeiten mit dieser Veröffentlichung ihrer Positionen konstruktiv an Lösungen mit. Veränderungen müssen aber mit Augenmaß, behutsam und fair für alle Beteiligten sein.

A. Hellmann/Th. Scharmann

A. Einleitung

1. Doppelte Facharztschiene?

Wie das Ungeheuer von Loch Ness taucht aus der Tiefe immer wieder das Schlagwort der „Doppelvorhaltung von Fachärzten“ auf. Es verkennt völlig die **Arbeitsteilung**, die es bereits **zwischen ambulantem und stationärem Bereich** gibt, sowohl **was Indikationen, als auch die zahlenmäßige Bewältigung der Patientenanforderungen betrifft**.

Wird der leistungsstarke und **kosteneffektive ambulante Facharztbereich** abgeschafft, werden wir über kurz oder lang englische oder holländische Verhältnisse bekommen. Angesichts der teilweise katastrophalen Verhältnisse in diesen Ländern, die zunehmend auch in der deutschen Öffentlichkeit wahrgenommen werden, sehen wir Fachärzte es als unsere legitime Aufgabe an, die **Folgen** einer solchen Entwicklung deutlich zu benennen: **Schwerwiegende, mitunter tödliche Verzögerungen durch eine Wartelisten- und echte Zwei-Klassen -Medizin**.

2. Sind Fachärzte teuer?!

Der undifferenzierte Blick auf Lohnnebenkosten und eine hohe Gesamtsumme für medizinische Leistungen verkennt, dass für die gesamte ambulante Behandlung in Deutschland im internationalen Vergleich relativ wenig ausgegeben wird. In einem Vergleich von OECD-Ländern rangiert Deutschland knapp vor Polen, Korea und Kanada auf dem viertletzten Platz. Deutlich mehr geben Frankreich, Norwegen, Österreich, Irland, Dänemark, die Schweiz, Japan, Finnland und Luxemburg aus, von den USA ganz zu schweigen.

Eine Kostendynamik ist nicht festzustellen, ganz im Gegensatz zum stationären Bereich, der auch international wesentlich teurer ist. Auch die Vergütungsreform des Jahres 2009 kehrt diesen Trend nicht um. Der moderate Anstieg der Ausgaben für ärztliche Leistungen in der Vergangenheit (vor allem ambulant) hat zu einer wesentlichen Entlastung der Sozialversicherung beigetragen.

Schon die Frage teuer oder billig geht am Problem vorbei. Die Frage muss lauten, ob das System effizient ist. Hierzu haben sich Bert Rürup und Bertram Häusler im IGES-Gutachten von 2007 eindeutig positioniert.

3. IGES Gutachten von 2007

In dem Gutachten „**Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung**“ zur Entwicklung der fachärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitssystem“ von Dr. Martin Albrecht, Dr. Antje Freytag und Dr. Antje Gottberg in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup ergibt ein Internationaler Input-Vergleich

- relativ hohe Arztdichte (bsd. Fachärzte)
- insgesamt aber moderate Entwicklung der Facharztdichte (Wiedervereinigung!)
- gemessen an Wirtschaftskraft etwas höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf (Wiedervereinigung!)
- moderate Höhe und Entwicklung der Ausgaben pro Kopf für ärztliche Leistungen (vor allem ambulant!)

Die Frage, ob es eine Überversorgung mit niedergelassenen Fachärzten gibt, wird klar verneint. Die Entwicklung von Arztzahlen, Ausgaben, Leistungsmengen, Produktivitätskennziffern und die Verlagerungen von stationär zu ambulant deuten darauf hin, dass unter den gegebenen Angebotsstrukturen fachärztliche Überkapazitäten eher im stationären Sektor zu vermuten sind.

4. Spitzenmedizin und Leitlinien

Wir Fachärzte stehen zu einer rationalen, evidenzbasierten Medizinausübung. Da Leitlinien das Ziel haben, die Qualität der Leistungserbringung zu verbessern, müssen sie bei der individuellen Behandlungsentscheidung des Arztes mitbestimmend sein. Die zunehmende, über die Bestimmung von Leitlinien hinausgehende Verrechtlichung der Medizin stellt dagegen eine Gefährdung der Versorgung dar.

Gleichzeitig sehen wir auch das Problem der Inhomogenität der Patientenversorgung ohne klar prüfbare Qualitätskriterien, die auch für den Patienten transparent sein müssen. Deshalb ist **Qualitätsmanagement und Transparenz** der Leistungserbringung für uns Fachärzte selbstverständlich.

5. Morbidität bedarf belastbarer Zahlen

Ein wesentlicher Mangel aller Reformbemühungen der Vergangenheit bestand darin, dass ein definiertes und festgelegtes Finanzbudget an ein explodierendes Leistungsangebot und eine veränderten Morbidität angepasst werden sollte. Die Unvereinbarkeit von Finanzierungs- mit Versorgungszielen führte sowohl zu einer Entwertung der Vergütung, als auch zu einer unsinnigen Leistungsausweitung, die im Allgemeinen als Hamsterradeffekt bekannt ist.

Beide Entwicklungen stehen im Gegensatz zum Patienteninteresse. Jede Art von Regulierung darf sich nur am Patientenproblem orientieren. Wir unterstützen nachdrücklich die **Intensivierung der Versorgungsforschung** in Deutschland. Nur dann wird es möglich sein, morbiditätsorientierte Versorgungsziele zu definieren.

6. Facharzt ist nicht Facharzt

Zunehmende **Spezialisierung und Professionalisierung** führten zu differenzierenden Entwicklungen im spezialärztlichen Bereich. Man kann Organfachärzte von methodendefinierten Fachärzten trennen und man kann Fachärzte, die sich indikationsbezogen umfassend um eine Erkrankung kümmern, von vorwiegend konsiliarisch tätigen Fachärzten unterscheiden. Der technische und organisatorische Aufwand ist jeweils höchst unterschiedlich.

In der Diskussion um die Versorgungsebenen ist deshalb **der Begriff „Facharzt“ nicht eindeutig** genug, insbesondere wenn es um die Frage geht, wo einem Patienten am besten und am kostengünstigsten geholfen werden kann. Es bedarf also bei der Definition der Rolle des Facharztes einer differenzierten Betrachtung und Aufgabenzuordnung.

7. Ziele einer Gesundheitsreform

Durch die Umsetzung untrennbar miteinander vernetzter Handlungsoptionen, die immer an der Qualität der Leistung ansetzen müssen, können die durch eine Gesundheitsreform aus Sicht der Fachärzte anzustrebenden Ziele erreicht werden:

- **Die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen verbessern**
- **Erhaltung der patientengerechten Versorgungsstrukturen**
- **Dem Patienten Möglichkeiten zu selbst bestimmten und verantwortungsbewussten Entscheidungen in die Hand geben**
- **Die Kosten des Gesundheitswesens zu kontrollieren**

Im Mittelpunkt muss dabei stets das wohlverstandene Eigeninteresse eines jeden Bürgers an einer schnellen, nachhaltigen, möglichst wenig belastenden Gesundung stehen. Dies muss bei geringer Belastung des Einkommens und unter Achtung der für die Menschenwürde wesentlichen Selbstbestimmung geschehen.

B. Qualität und Wettbewerb

8. Qualitätsoffensive

Ohne Zweifel kann die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen verbessert werden. Aber nur wenige Mechanismen wirken systemimmanent auf eine Qualitätsverbesserung hin. Ein Wettbewerb um Qualität findet definitiv nicht statt.

Dabei sind die **Grundlagen für einen Qualitätswettbewerb** gegeben: **Leitliniengestützte Therapie orientiert sich an den neuesten wissenschaftlichen Standards.** Sie verhindert durch ihren Bezug auf nachgewiesene Wirkzusammenhänge unnötige Ausgaben, die in einem *trial-and-error*-Verfahren auftreten müssen. Sie **ermöglicht den gezielten Einsatz von Ressourcen und Medikamenten.**

Die Qualifizierung von Leistungserbringern und Qualitätssicherung verwendeter Geräte und Prozesse erreichen schnellere und nachhaltigere, kurz: bessere Behandlungserfolge.

Qualität muss sich aber auch lohnen! Qualitätssicherung ausschließlich zu dem Zweck, in Pauschalen und Budgets einen Minimalstandard zu sichern, lehnen wir ab!

9. Qualität hängt an der Indikation

Der Qualitätsbegriff in der Versorgung umfasst mehr als Struktur- und Prozeßqualität. Qualitätssicherung darf sich nicht auf diese beiden Prozeßschritte begrenzen.

Sie dienen hauptsächlich der Legitimation von Leistungserbringern und der von ihnen angewandten Verfahren. Ohne die Begründung einer Leistung durch das Patientenproblem ist die Qualität einer jeden Leistung aber gleich Null.

Das Patientenproblem wird durch die Indikation (Diagnose) beschrieben. Diese Indikationen sind ebenso einer Qualitätssicherung zu unterwerfen, wie die Struktur und Prozeßschritte.

Beispielhaft mögen hier die in der Risikostrukturausgleichsverordnung definierten Diagnose- und Behandlungsdefinitionen stehen. Leider werden diese im Moment keiner Qualitätskontrolle unterworfen und sind damit für eine Steuerung von Leistungsgeschehen zu unverbindlich.

10. Qualität braucht die Indikation

Die Rechtfertigung einer jeden ärztlichen Leistung speist sich aus dem zu lösenden Patientenproblem. Ohne eine gesicherte und nachprüfbare Diagnose ist die Qualität jedweder ärztlicher Leistung nicht belegbar.

Für die meisten Diagnosen des fachärztlichen Versorgungsbereiches stehen hochwertige Leitlinien zur Verfügung. Deshalb ist es möglich einer jeden Diagnose auch eine leitliniengerechte Leistungsmenge zuzuordnen.

Im hochspezialisierten, krankenhausnahen Versorgungsbereich sollte deshalb eine Vergütung nach diagnose- und indikationsbezogenen Fallpauschalen analog der klinischen DRGs erfolgen. Diese Leistungen sind im Wettbewerb durch ambulante Fachärzte oder durch Krankenhausärzte zu erbringen. Voraussetzung ist aber die Angleichung der Qualitätssicherung, der Bedarfsplanung und der Mengensteuerungsregeln zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, um einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen.

11. Qualität muss steuern

Qualität und deren Darlegung müssen aber ein entscheidendes Werkzeug werden, um die Leistungsmenge zu steuern.

Dem schlichten und ungerichteten Bemühen um eine Reduzierung der Leistungserbringer durch Bedarfsplanung und Budgetierung ist eine Anpassung der angebotenen Leistungen entgegenzusetzen, die nicht unter dem Gesichtspunkt der Rationierung, sondern durch die Konzentration auf das medizinisch gebotene Handeln erfolgt.

Ein pauschalierter Bewertungsmaßstab ist dazu nicht in der Lage. Schon in der Honorarordnung muss das Ziel der Qualitätsverbesserung sichtbar werden. Eine Honorarordnung muss „**qualitätsinhärent**“ sein, das heißt, höhere Qualität muss auch zu Honorarverbesserung führen.

Gleichzeitig dürfen Leistungen unterhalb eines zu bestimmenden Qualitätsstandards nicht mehr zu einer Vergütung führen.

12. Indikatoren können helfen

Indikatoren zur Darstellung der Ergebnisqualität müssen schrittweise Eingang in die Dokumentation fachärztlicher Leistungen finden. Es genügt nicht, medizinische Leistungen sorgfältig und nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu erbringen. Die hohen Kosten und die zunehmenden Möglichkeiten technischer Medizin stellen wesentlich höhere Anforderungen an die Legitimation einer Behandlungsentscheidung.

Fachärztliche Leistungen stehen immer sowohl innerhalb der Versorgungsstrukturen, aber auch gesamtgesellschaftlich im Wettbewerb.

Je besser es gelingt die Kosteneffizienz in der täglichen Praxis darzustellen, desto überzeugender wird die Argumentation, wenn es um Verteilung der Ressourcen geht.

Dazu können ergebnisorientierte Indikatoren beitragen. Diese Indikatoren sollten aus der Routedokumentation elektronisch bereitgestellt werden, zusätzlicher Bürokratieaufwand ist nicht erforderlich.

13. Daten müssen für die Ärzte arbeiten

Dass Dinge geschehen ist nichts, dass sie gewusst werden ist alles!“

Nicht nur der Arzt allein rechtfertigt sein Tun am einzelnen Patienten durch Qualitätssicherung, den gleichen Anspruch hat die gesamte fachärztliche Versorgungsebene. Deshalb müssen Qualitätsdaten zusammengeführt und innerhalb von Versorgungsforschung aufgearbeitet werden.

Ohne Versorgungsforschung ist der Beweis der Überlegenheit und Kosteneffizienz der ambulanten fachärztlichen Struktur nicht zu belegen.

Versorgungsforschung muss aber in der Hand der Ärzte bleiben. Sie ist die Aufgabe der KV als fächerübergreifender Institution im ambulanten Versorgungsbereich.

14. Qualitätsmanagement muss Kür sein

Der Gesetzgeber fordert ein systematisches Qualitätsmanagement für ambulante Praxen verpflichtend einzuführen.

Systematisches Qualitätsmanagement zur Sicherung der Prozessqualität und Darlegung der Ergebnisqualität ist ohne

Zweifel ein geeignetes Mittel zum **Erhalt fachärztlicher Kompetenz** und deren ständige Anpassung an die Herausforderungen der Zukunft.

Bisher fehlt der wissenschaftlich saubere Nachweis, dass durch die (Zwangs-) Einführung von QM tatsächlich klare Endpunkte einer besseren Patientenversorgung erreicht werden.

In einem wettbewerblichen Umfeld der Leistungserbringung wird sich QM von selbst durchsetzen, wenn es denn tatsächlich zu besseren Ergebnissen führt.

15. Gewährleistung von Qualität

Krankenkassen sind nicht in der Lage, Qualitätsnormen festzulegen, mit denen sie in Selektivverträgen Ärzte aussuchen könnten, um mit ihnen die Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten.

Krankenkassen werden auch in Zukunft über die Beitragshöhe (Zusatzbeiträge) miteinander in Konkurrenz gehen müssen. Durch fehlende Qualitätsnormen im Selektivvertragsbereich erliegen manche Kassen schon heute der Versuchung Verträge mit den günstigsten (oder mächtigsten) Anbietern abzuschließen. Betrachtet man aber die derzeitige finanzielle Lage der Praxen, kann ein **Preisdumping nur mit einem Qualitätsverlust** einhergehen.

16. Qualität ist unteilbar

Qualität darf nicht durch ökonomischen Druck in einem sogenannten „Vertragswettbewerb“ geopfert werden.

In Selektivverträgen können die Vorgaben des Kapitels 4 SGB V außer Kraft gesetzt werden. Davon wird in den Verträgen nach § 73 b z.B. in Baden Württemberg auch ausgiebig Gebrauch gemacht.

Somit ist dieser Vertragswettbewerb kein Wettbewerb um die bessere Qualität, sondern ein Ausblenden der Qualitätsansprüche des Kollektivvertrages.

Qualität kann und muss daher im ambulanten Bereich **durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts wie z.B. einer Kassenärztlichen Vereinigung einheitlich** formuliert werden, denn nur sie kann zeitnah praktikable Qualitätsnormen entwickeln **und** deren Umsetzung in den Praxen flächendeckend, **fair und neutral** gewährleisten und überwachen.

17. QS muss schlank sein

Werkzeug für eine schlanke, zielorientierte und flexible Qualitätssicherung ist der § 135 Absatz 2 SGB V, der zweiseitige Vereinbarungen mit den Krankenkassen ermöglicht und damit wesentlich flexibler auf die Herausforderungen des medizinischen Fortschritts reagieren kann, als die Qualitätssicherung durch den gemeinsamen Bundesausschuss.

Auch die Normen des § 135 müssen im ambulanten Bereich gleichermaßen gelten. Externe, neutrale Evaluierung ist dabei unabdingbar.

18. Patientenvertreter sind unabdingbar

Die Diskussion zur Qualitätssicherung ist transparent und offensiv zu führen. Dabei muss die Meinung der Betroffenen Gehör finden.

Patientenvertreter müssen sowohl auf zentraler Ebene bei der Formulierung der Richtlinien nach § 135.2 SGB V, wie auch in den Kommissionen der Umsetzungsebene vertreten sein. Entsprechende Regelungen können bereits jetzt umgesetzt werden, gesetzliche Vorgaben sind anzustreben.

19. Qualität muss sich lohnen

Das Sozialgesetzbuch schreibt die Erbringung der notwendigen und hinreichenden medizinischen Leistungen in der gebotenen Qualität vor. Im Umkehrschluss darf für nicht qualitätsgesicherte Leistungen kein Honoraranspruch mehr bestehen. Eine Gebührenordnung muss dieser Forderung Rechnung tragen. Gleichzeitig können diejenigen Leistungserbringer, die nachweislich höhere Qualität erbringen, eine entsprechende Honorierung erwarten.

Die deutschen Fachärzte wollen nach ihrer Performance bezahlt werden. Deshalb sollen schrittweise entsprechende Honorarmodelle entwickelt werden.

In der Endstrecke muss das Patientenproblem und die daraus zwingend erforderlichen qualitätsgesicherten Leistungen die Vergütung steuern.

Der § 136 Absatz 4 gibt dazu die rechtliche Handhabe, muss aber modifiziert werden, um die beabsichtigte Wirkung einer breiten Qualitätssicherung zu gewährleisten. Entsprechende Verträge sollen von den Berufsverbänden medizinisch definiert und dann von der KV verhandelt werden. Damit ist eine Konzentration von Leistungen auf die Besten möglich.

20. Gleicher Preis für gleiche Leistung

Alle Abschreibungen, laufenden Kosten und Opportunitätskosten finanziert der selbständige Arzt allein aus seinen Honoraren. Schon hierdurch wird eine wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet.

Krankenhäuser haben dagegen aufgrund ihrer dualen Finanzierung eine völlig andere Kalkulationsgrundlage. Wettbewerb kann nur dann funktionieren, wenn diese krasse Ungleichbewertung und -behandlung beseitigt ist.

Bevor diese krasse Wettbewerbsverzerrung nicht beseitigt ist, darf es keine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante medizinische Versorgung geben.

Wir Fachärzte haben kein Problem, mit anderen Leistungserbringern in Wettbewerb zu treten. Ein fairer Wettbewerb besteht aber nur dann, wenn gleiche Preise für gleiche Leistungen, z.B. auf der Basis einer monistischen Finanzierung bezahlt werden.

C. Patientengerechte Strukturen

21. Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich auch dadurch aus, dass jeder Patient zeitnah eine Behandlung seines Leidens, sei es durch den Hausarzt, Facharzt oder im Krankenhaus erfährt. Diese **hohe Verfügbarkeit ärztlicher Hilfe ist im internationalen Vergleich ein seltenes Gut, das zu erhalten ist.**

Es ist deshalb unverantwortlich und bei dem notwendigen ärztlichen Versorgungsangebot höchst unmoralisch, eine der tragenden Säulen der Leistungsanbieter, nämlich die in freier Praxis niedergelassenen Fachärzte, aus dem System drängen zu wollen.

Weder können die Krankenhäuser noch die Hausärzte diese Patienten qualitativ noch quantitativ betreuen. Schon heute ist die **Ausbeutung der Krankenhausärzte**, was deren Arbeitszeiten betrifft, zu beklagen. Gerade die Hausärzte klagen über einen deutlichen Nachwuchsmangel.

Wenn die spezialisierten Gesundheitsleistungen für die Patienten bei hohem wissenschaftlichem Standard nicht rationiert werden sollen, müssen die Fachärzte, die immerhin die Hälfte aller niedergelassenen Ärzte ausmachen, in ihrer Existenz gesichert werden.

22. Effizienz muss der Treiber sein

Auch wenn die Grundstrukturen eines sehr erfolgreichen Gesundheitssystems beibehalten werden sollen, müssen dennoch im Sinne der genannten Maximen einer Qualitätsoffensive die Rollen teilweise neu definiert werden.

Die Fachärzte bekennen sich dabei uneingeschränkt zu dem gemeinsamen Projekt der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung durch freiberufliche Ärzte.

Das gegliederte System Hausarzt – Facharzt – Krankenhaus muss mit **genauer Zuordnung der Kompetenzen** beibehalten werden. Jede Krankheit muss auf der richtigen Versorgungsebene behandelt werden. Es ist Ziel der Fachärzte, dass alle Probleme auf der effektivsten Ebene bearbeitet werden.

23. Facharztbasierte Versorgung

Hausärzte sind vielfach die ersten Ansprechpartner des Patienten. Durch klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten und Definition hausärztlicher Leistungen wird der Versorgungsauftrag abgegrenzt.

Daraus folgt zwingend ein fachärztlicher Versorgungsauftrag. Komplexe Krankheitsverläufe, seltene Krankheiten und schwere Verlaufsformen erfordern **Steuerungshoheit** des Facharztes. In diesen Fällen wählt der Patient den Facharzt als betreuenden Arzt. **Ein freier und ungehinderter Zugang dieser Patienten zu Fachärzten muss dauerhaft möglich sein.** Vorgeschaltete Filter würden keine Akzeptanz bei den Patienten finden und würden in diesen Fällen den effizienten Mitteleinsatz behindern.

Hier ist ein transparentes Case Management aufzubauen, das durch Versorgungsverträge die Ergebnisqualität in zeitlichen Intervallen darlegt.

Ziel der Gesetzgebung muss sein, dass dieser fachärztliche Versorgungsauftrag transparent und nach medizinischen Anforderungen vollzogen wird. In vielen Fällen, in denen eine differenzierte Abwägung notwendig ist, wird auch heute schon so gehandelt, z.B. in regionalen Netzen oder größeren ärztlichen Kooperationen, wie z.B. Ärztehäusern.

24. Facharzt und SGB V

Das SGBV kennt den niedergelassenen Facharzt gar nicht! Im § 73 SGB V wird nur die hausärztliche Versorgungsebene beschrieben. Jegliche andere Versorgungsstruktur wäre dann fachärztlich. Es erfolgt keine Differenzierung in Krankenhaus und Freie Praxis. **Damit ist die ambulante fachärztliche Versorgungsebene im Gesetz nicht adressierbar.**

Gerade für die facharztbasierte ambulante Versorgung muss aber der ambulante Facharzt als Leistungserbringer und als Vertragspartner sichtbar werden. Eine entsprechende Verankerung im Sozialgesetzbuch ist deshalb unbedingt notwendig.

Ohne eine solche Verankerung läuft die ambulante Fachärzteschaft Gefahr, zwischen Hausarzt und Krankenhaus zerrieben zu werden.

25. Wahl von Hausarztтарifen

Unkoordinierte Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen durch Versicherte ist zu vermeiden, sie schadet der Solidargemeinschaft und den Ärzten. Ein Primärärztesystem lehnen wir ab, es gibt keine Hinweise, dass **dadurch Kosten kontrolliert würden, noch, dass sich die Versorgungsqualität verbessern würde.** Die überwiegende Zahl der Versicherten ist in der Lage, den Arzt für ihr Gesundheitsproblem selbst zu wählen.

Schon vor der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung haben sehr viele Patienten zuerst ihren Hausarzt aufgesucht. Dies beweist, dass das System auch ohne Anreize funktioniert

„Inanspruchnahmegebühren“ oder finanzielle Zuwendungen an Versicherte zur Inanspruchnahmesteuerung dagegen sind im Kern nichts anderes als Rationierung. Klare Prozessbeschreibungen, klare Aufgabenstellung, Konzentration auf das Kerngeschäft und Qualitätssicherung, die sich am Patientenproblem orientiert, müssen hier Klarheit bringen.

Daraus resultiert ein gewünschter Qualitätswettbewerb um die Patienten, der sogar Kosten sparen kann. Die bisherigen Erfahrungen mit Hausarztverträgen belegen, dass es nicht zu Qualitätsverbesserungen gekommen ist, hingegen aber Kostensteigerungen aufgetreten sind.

26. Hausarztverträge sind gefährlich

Die Praxis der Hausarztverträge als Vereinbarungen mit freien Verbänden mit Bereinigung der Gesamtvergütung lehnen die Fachärzte ab! Es besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen ihre Marktmacht einsetzen, um Leistungssteuerung vorzunehmen. Nicht hinnehmbar sind somit Vertragsformen, die Hausärzten oder auch Versicherten wirtschaftliche Vorteile bringen, wenn sie keine Überweisung zum Facharzt ausstellen. Die „**Bewirtschaftung**“ **veranlasster Leistungen ist ebenfalls kalte Rationierung. Selbstverständlich müssen alle Verträge – wie alle Prozesse im Gesundheitswesen – regelmäßig evaluiert werden.**

27. Einweisungsvorbehalt

Die Politik setzt, obwohl für das deutsche Gesundheitssystem keine belastbaren Daten zur Effizienz und Ergebnisqualität vorliegen, auf die Steuerungspriorität des Hausarztes.

Diese kann aber nur dann effektiv sein, wenn die Überweisung in das Krankenhaus als nachweislich teuerste Ebene nicht regelhaft am spezialisierten Facharzt vorbei erfolgt. Die Einweisung in das Krankenhaus muss vielmehr - außer in Notfällen – in konzertierter haus- und fachärztlicher Zusammenarbeit (Stichwort Ärztenetze) erfolgen, nachdem alle möglichen und notwendigen Maßnahmen bereits ambulant erbracht worden sind.

Auch Fachärzte sind zu verpflichten, für hochspezialisierte Untersuchungen und Behandlungen, die durch entsprechend qualifizierte niedergelassene Fachärzte ambulant erbracht werden können, **nicht regelhaft an das Krankenhaus zu überweisen**. Damit ergibt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Fachkliniken und Kooperationen werden gefördert.

28. Versorgung im Krankenhaus nach § 116 b

Eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, die über hochspezialisierte Leistungen im prä- und postoperativen Bereich hinausreichen, führt zu **Wettbewerbsverzerrungen**.

Die Regelungen des § 116 b des WSG sind willkürlich und unfair. Die Ambulanzen nach 116 b unterliegen nicht der Bedarfsplanung und nicht der ambulanten Qualitätssicherung. Die Liste der Krankheiten, die nach § 116 b in spezialisierten Krankenhausambulanzen behandelt werden dürfen, ist unsystematisch und unausgewogen mit großem finanziellem Aufwand verbunden.

Der Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses, Verdachtsdiagnosen als Überweisungskriterium zuzulassen, führt zu einer faktischen Vollöffnung der Ambulanzen.

Dabei sind weder Fallzahlbegrenzungen noch Leistungsbegrenzungen vorgesehen. Mit den Indikationen nach § 116 b sind auch alle Komorbiditäten ohne gesonderte Zulassung im Leistungsumfang. Es gibt auch keine Begrenzungen in der Heilmittel- und Arzneimittelversorgung.

Die Aushebelung der Bedarfszulassung und die fehlende Leistungsbegrenzung ermöglicht die Schaffung von Assistenzarzt-geführten Mega-Ambulanzen.

Die Liste der Krankheiten, die dann in spezialisierten Krankenhausambulanzen behandelt werden dürfen, ist unsystematisch und unausgewogen. In der Rheumatologie und Onkologie ist das gesamte spezialisierte Versorgungsspektrum abgebildet.

29. § 116 b gefährdet den ambulanten Facharzt

Die praktisch unbegrenzte Öffnung der Klinikambulanzen widerspricht den Vorgaben des Gesetzgebers §116b Ambulanzen nur für seltene und schwere Erkrankungen zu öffnen.

Eine bundesweite Umsetzung des §116 b kommt für diese Fachgebiete einer Abschaffung der niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsebene gleich. Der Facharztstandard in der niedergelassenen ambulanten Versorgung läuft Gefahr durch eine Versorgung durch Ärzte in Weiterbildung ersetzt werden

Im Interesse der Patienten darf dies nicht die Zukunft unseres Gesundheitswesens werden und der Gesetzgeber ist aufgefordert, dringend Änderungen beim §116 vorzunehmen und bei der Konkretisierung den GBA zu veranlassen, die verhindern, dass über §116 b Ambulanzen gewachsene und von der Bevölkerung geschätzte Versorgungsstrukturen zerstört werden.

30. Krankenhäuser können es nicht

Krankenhäuser verfügen nicht über die personellen fachärztlichen Kapazitäten, um die ambulante Versorgung zu übernehmen. Somit induziert der Gesetzgeber durch Öffnung der Krankenhäuser die sog. „doppelte Facharztschiene“, die es im Moment noch gar nicht gibt.

Unkalkulierbare Kostensteigerungen werden sich aber schon mittelfristig aus der Anwendung des häufigsten diagnostischen und therapeutischen Mittels ergeben - nämlich des Bettes! Es kommt auch dem Sicherheitsbedürfnis der beteiligten Ärztinnen und Ärzten entgegen.

Darüber hinaus würde ein wesentliches Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems, die unmittelbare, personale Inanspruchnahme des Facharztes, beseitigt.

31. Faire Regeln statt sog. „Wettbewerb“

Kein vernünftiger Politiker will einen Wettbewerb nach **klassisch ordoliberalen** marktwirtschaftlichen Bedingungen im Gesundheitssystem. Wettbewerb heißt immer auch Differenzierung, Auswahl und unterschiedliche Behandlung. Ein rein wettbewerbliches System wäre ein Mehrklassensystem, das keiner in Deutschland haben will. **Das hat inzwischen auch die Politik – nach Jahren der undifferenzierten Euphorie - mehrheitlich erkannt. Shareholder value hat im Gesundheitswesen nichts (mehr) verloren.**

Wenn Wettbewerb das Bemühen um die beste Patientenversorgung sein soll, dann müssen faire Spielregeln herrschen. Neben einer vergleichbaren Vergütung muss eine einheitliche Qualitätssicherung bestehen. Sowohl der ambulante, wie der stationäre Sektor müssen gleichwertige Möglichkeiten der Entwicklung haben. Es kann nicht einen Erlaubnisvorbehalt für die ambulante und einen Verbotsvorbehalt für den stationären Sektor geben.

32. Innovationen auch ambulant

Es muss eine für ambulante und stationäre Sektoren gleichermaßen gültige Erprobungsmöglichkeit von innovativen Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten geben.

Die gesetzlichen Vorgaben zum gemeinsamen Bundesausschuss sollten so geändert werden, dass eine fehlende

Anerkennung des Nutzens immer zum gleichzeitigen Leistungsausschluss in beiden Sektoren führen muss, nicht wie jetzt z.B. nur im ambulanten Sektor, weil die Kassen keinen Überprüfungsantrag für den stationären Bereich stellen.

Eine Anerkennung sollte dagegen auch weiterhin sektorgetrennt erfolgen können, da manche Methoden nur im Krankenhaus ausgeführt werden sollten.

33. Belegarztssystem als Modell

Richtig dagegen ist, Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten weiter zu fördern. Bereits bestehende Niederlassungen von Fachärzten an oder in Krankenhäusern zeigen, dass Win-Win-Situationen für beide Seiten möglich sind, denn hier werden teure medizinische Einrichtungen und Geräte sowohl von den Praxen wie vom Krankenhaus genutzt, Dokumentationen schnell weitergegeben und unnötige Untersuchungen vermieden.

Das **kooperative Belegarztssystem** ist ein bewährtes und effektives Modell, um integrierte Versorgung kostengünstig und patientenorientiert umzusetzen. Es muss die gesetzlich festgelegte Förderung erhalten.

Eine Überführung von Hauptabteilungen in Belegabteilungen ohne die finanziellen Ressourcen hierfür bereitzustellen, lehnen wir Fachärzte aber ab.

34. Dokumentation und Transparenz

Fachärztliche Arbeit als Teil einer medizinischen Gesamtleistung legitimiert sich durch eine nachvollziehbare Definition aller diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Deshalb befürworten wir die Einbindung einer **Berichtspflicht** in den obligaten Katalog fachärztlicher Leistungen.

Diese dokumentierten Berichte sind Patienten und Betreuungspartnern bereitzustellen und in ihrer **Qualität zu sichern**. Gleichzeitig muss aber auch die Vergütung dieser Dokumentation die Verantwortung und Kompetenz, die hinter einem fachärztlichen Bericht stehen, abbilden.

Gleichzeitig fordern wir unsere Partner, Krankenhäuser und Hausärzte auf, Schnittstellenprobleme durch **Optimierung der Kommunikation** zusammen mit uns zu beseitigen.

35. Jeder hat ein Recht auf seinen Befund

Um für den Patienten volle Transparenz zu erreichen, befürworten wir eine „**Patientenquittung**“. Jeder Patient soll am Behandlungstag eine Quittung der bei ihm erbrachten Leistungen mit Preisen erhalten. Das setzt aber eine tatsächliche **Gebührenordnung mit festen Preisen** voraus.

Durch die Realisierung vorliegender Entwicklungen einer intelligenten **Patienten-Chipkarte** (oder USB Stick) sind alle Schnittstellenprobleme zur Kommunikation lösbar. Mit der Aufnahme eines Passbildes, der online-Authentifizierung der Versicherung bei der Arztkonsultation und Abbildung der erbrachten Leistungen mit entsprechenden Berichten, Aufnahme der Notfalldaten etc. ist die erforderliche Transparenz garantiert. Der Karteninhaber kann selber die Informationen abrufen. Mit der Umsetzung dieser intelligenten Patienten-Chipkarte kann die Notwendigkeit einer Patienten-Quittung entfallen.

Ob elektronisch oder nicht, jeder Patient sollte auf jeden Fall den Befund über seine Diagnose und Behandlung erhalten können. Technisch und organisatorisch ist es möglich, dass der Patient diesen Befund schon beim Verlassen der Praxis ausgehändigt bekommt.

36. Individualität statt shareholder value

Eine Industrialisierung der gewachsenen, persönlichen Patientenversorgung von selbstständigen, freiberuflichen Ärzten wird abgelehnt. **Nichtmedizinisch gesteuerte Versorgungszentren sind nicht unser Modell einer patientengerechten Versorgungsstruktur.**

Notwendig sind gesetzliche Regelungen zur obligatorischen Mehrheitsstellung von Ärzten als Gesellschafter in medizinischen Versorgungszentren (Kapitalunternehmen dürfen nur eine Minderbeteiligung halten, eine Übergangsregelung für vorhandene Gesellschaften ist vorzusehen).

Die Anforderungen an die Binnenstruktur möglicher Trägergesellschaften soll in Anlehnung an § 23a der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte sowie an die Berufsrechte anderer freier Berufe (Rechtsanwälte, Steuerberater) angeglichen werden.

37. Disease-Management-Programme

Disease-Management-Programme können **möglicherweise die Qualität der Versorgung verbessern**. Bisher gibt es aber keine Evidenz, dass die flächendeckende Umsetzung von Disease-Management-Programmen zu einer anhaltenden Qualitäts- und Effizienzverbesserung in der Versorgung führt.

Es gibt international genügend Beispiele, dass die **Verwaltungskosten** überproportional steigen und damit Geld der Patientenbehandlung entzogen wird.

Eine Chance zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität besteht dann, wenn eine klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten im Rahmen der Struktur- und Prozeßqualität in den Programmen erfolgt. Diese Prozesse müssen fachärztliche Kompetenz zwingend enthalten und deren Ergebnisse müssen **wissenschaftlich neutral evaluiert** werden. Die Qualität der diagnostischen und therapeutischen Standards ist zu prüfen.

D. Selbstbestimmung und Verantwortung

38. Die Würde des Patienten und seines Arztes

Einen immer größerer Teil ihrer Arbeitskraft müssen die in Deutschland tätigen Ärzte auf formale und administrative Aufgaben verwenden. Die bisherigen und auch die anstehenden **Gesetzesinitiativen sind geprägt von Misstrauen und Kontrolle**. Formelle Dokumentation und Begründungsrhetorik lenken zunehmend vom Ziel einer bestmöglichen Patientenversorgung ab.

Wir müssen wieder zurück zu einer humanen, empathischen Beziehung zwischen Arzt und Patient, die nicht dominiert wird von ökonomischen Überlegungen, sondern von der Sorge um den Patienten geprägt ist. Es darf nicht sein, dass der Patient hinter jeder ärztlichen Maßnahme, die nicht seinen Erwartungen entspricht, **Regressabwehr durch seinen behandelnden Arzt vermutet**. Die Vertrauensauflösung zwischen Arzt und Patient ist bereits weit fortgeschritten.

Auch der Arzt verliert in diesem System seine Würde, wenn er als Bote für Restriktionen und Kontrollen benutzt wird, die die Politik meint, dem Patienten zumuten zu müssen.

Je weniger die „Droge Arzt“ wirken kann, umso mehr werden andere, deutliche teurere Drogen eingesetzt.

39. Qualität muss transparent sein!

Der Patient bringt dem Arzt Vertrauen entgegen, das auf seiner eigenen Erfahrung oder auf der Empfehlung anderer Patienten beruht. Außer diesem empirischen Vertrauen haben viele Patienten bislang zu geringe Kompetenz bei der Beurteilung der fachlichen und sachlichen Richtigkeit und Qualität der Behandlung.

Auch deswegen bedarf es der **permanenten Qualitätsüberprüfung der Leistungsanbieter** durch objektive und kompetente ärztliche Selbstverwaltungsinstitutionen. Diese stellen dem Arzt Zertifikate aus, die für den Patienten sichtbar und verständlich sind und Auskunft über die besondere Qualität seines Könnens und seiner Geräte geben.

Verständlich formulierte Behandlungsleitlinien für definierte Krankheiten sind jedem Patienten, z.B. über das Internet, zugänglich zu machen, genauso Listen von Ärzten mit speziellen Qualifikationen, wie es die kassenärztlichen Vereinigungen bereits seit geraumer Zeit anbieten.

Diese Zertifikate sollten mittelfristig in transparente und laienverständliche Qualitätsberichte transformiert werden.

40. Eigenbeteiligung als Steuerungsinstrument

Der Patient muss mehr Verantwortung und Selbstbestimmung in Bezug auf seine Gesundheit übernehmen. Die **Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten** ist dann möglich, wenn er nicht die Befürchtung haben muss, dass notwendige und sinnvolle Leistungen aus ökonomischen Gründen aus dem Leistungskatalog ausgegliedert werden. Deshalb ist eine **sozial abgefederte problemorientierte Selbstbeteiligung** bei einem umfassenden Leistungsangebot anzustreben.

Bei nachgewiesenen Risiken ist diese Selbstbeteiligung gleich am schädigenden Produkt zu realisieren. Auf solche Produkte sollte eine Umsatzsteuer gelegt werden, die die Kosten im Gesundheitssystem deckt.

41. Prävention hat Vorrang

Ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsvorsorge ist die Prävention. Aufklärung über Prävention hat in vielen Ländern zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beigetragen, insbesondere was die so genannten Wohlstandskrankheiten wie Diabetes, Herz - Kreislauferkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates betreffen. In der Förderung der Prävention hat die Bundesrepublik weitgehend versagt.

Jeder Versicherte muss auch über seine Beiträge oder Selbstbehalte zu einer gesunden Lebensführung angehalten werden. Wenn Prävention sich nicht auch finanziell für den Versicherten lohnt, dann wird die Prävention keinen nennenswerten Effekt im Gesundheitssystem induzieren.

42. Wahlmöglichkeiten

Verantwortung und Selbstbestimmung ist dann gegeben, wenn der Patient größere Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen **Versicherungstarifen** erhält. Er muss die Wahl erhalten zwischen Tarifen mit Selbstbehalt, einem Hausarzttarif und Tarifen mit größerer Freiheit bei der Arztwahl.

Daneben stärkt eine (Ab)Staffelung der Versicherungsprämien bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen unter dem Nachweis, dass alle notwendigen Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden, die **Eigenverantwortlichkeit**. Die richtige Kalkulation der Tarife sorgt dafür, dass der GKV dadurch nicht weitere Einnahmen entzogen werden.

43. Transparenz erzeugt Mitverantwortung

Das **Sachleistungsprinzip macht den Patienten blind** für die von ihm veranlassten Kosten. Von „Interessierten“ wird es dazu missbraucht, die Ärzteschaft permanent zu kriminalisieren.

Die Patienten müssen in der Lage sein nachzuvollziehen, welche Leistungen vorgenommen wurden. Von der Möglichkeit einer Übermittlung der Abrechnung an den Patienten wird nicht Gebrauch gemacht.

Deshalb sollte im Regelfall den Patienten der ärztliche Bericht über die Untersuchung zur Verfügung gestellt werden. Diese Transparenz muss selbstverständlich werden und ist unabhängig von einer zugrundeliegenden Gebührenordnung.

44. Für eine transparente Kostenerstattung

Wir niedergelassenen Ärzte haben kein Problem, unsere Leistungen gegenüber dem Patienten zu begründen und die Abrechnung offen zu legen.

Für diese Transparenz ist aber eine klare Preisliste für ärztliche Leistungen notwendig. Erst dann hat der Patient die Chance als Marktteilnehmer ernst genommen zu werden.

Kostenerstattung aber unter Budgetbedingungen ist nicht zielführend. Dies würde nur zu einer neuen Spielart der Risikoverlagerung auf die Leistungsanbieter führen.

Für Kostenerstattung brauchen wir deshalb vorab eine faire, aktuelle Kalkulation der Preise in einem EBM, der Einzelleistungen abbildet. Kostenerstattung für Pauschalen ist nicht sinnvoll, da es nur wieder zu einer erneuten Intransparenz führt.

E. Zukunft der Selbstverwaltung

45. Sicherstellung ist staatlicher Auftrag

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland ist Aufgabe des Staates (Artikel 20 GG, Sozialstaatsprinzip). Der Staat kann dieser seiner Aufgabe in unterschiedlicher Form nachkommen.

Der Staat hätte die Möglichkeit die Gesundheitsversorgung in Eigenregie zu organisieren; auch eine Einbeziehung der Länder, wie vor kurzem in einem Gutachten des Friedrich Ebert Institutes gefordert, wäre denkbar. Auch eine Beauftragung der Krankenkassen oder anderer Managementgesellschaften wäre möglich.

Der Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen war der Sieg eines jahrzehntelangen Kampfs der Ärzteschaft und darf nicht leichtfertig verspielt werden.

46. Freiberuflichkeit ist das Ideal

Bis heute sichert der Kollektivvertrag den einzelnen Arzt vor der Willkür der Krankenkassen. Aber die schrittweise Erosion dieses Kollektivvertrages führt zu einer Schwächung der ärztlichen Position im Gesundheitswesen. (Vor der Willkür des Gesetzgebers sind wir in keinem System geschützt!)

Freiberuflichkeit, Selbstständigkeit und Selbstverwaltung hängen zusammen und bedingen sich gegenseitig. Ohne Selbstverwaltung keine Freiberuflichkeit, keine Selbstständigkeit ohne Freiberuflichkeit, ohne Selbstverwaltung keine Selbstständigkeit.

Der Gesetzgeber hat die Balance, das Gleichgewicht in der Selbstverwaltung zu Lasten der Ärzte aufgekündigt; das ist nicht nur eine Gefährdung für die KV, sondern das ist eine Gefährdung für die Freiberuflichkeit. Wir laufen Gefahr wieder Kassenärzte zu werden, die wir in den zwanziger Jahren waren.

Der Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen macht die Kostenträger zu Gestaltern des Versorgungsauftrages. Diese Art von Monopolisierung gefährdet die Qualität der fachärztlichen Versorgung und die Existenz der freiberuflichen, selbstständigen Praxis.

47. Interessenvertretung der Fachärzte

Den „Facharzt“ gibt es nicht. Auch wenn es dem Operationalisierungsbedürfnis der Politik entgegenkommen würde, so ist der „Facharzt“ als Gegenpol des „Hausarztes“ nicht definierbar. Zu unterschiedlich sind die Versorgungsaufträge der einzelnen Fachgruppen.

Daraus erklärt sich auch das „Verbandsgetümmel“ in der fachärztlichen Szene. Die Heterogenität der Interessen der Fachgruppen, die differenzierte Leistungsstruktur innerhalb der Fachgruppen, der unterschiedliche Organisationsgrad und der persönliche Ehrgeiz einzelner Präsidenten und Vorsitzender erschweren eine gemeinsame Position. Das Scheitern eines „Spitzenverbandes Bund der Fachärzte“ im Jahr 2008 illustriert das Problem.

Der deutsche Facharztverband versucht als einziger bundesweiter fachärztlicher Mitgliederverband, die **Interessen der niedergelassenen, methodenzentrierten und der „patienten-nahen“ Fachgebiete** zu vertreten. Gleichwohl macht es Sinn, dass sich innerhalb der Fachärzteschaft auch einzelne Gruppen artikulieren. Ebenso ist es überlebensentscheidend, dass die Fachärzte sich in einer starken gemeinsamen Vertretung des deutschen Facharztverbandes organisieren.

48. Wettbewerb entfremdet Arzt und Patient

Gerade diese Unterschiedlichkeit der Versorgungsaufträge ist zwar Chance, aber auch Risiko des selbständigen Facharztes. Die „Vereinzelung“ des Facharztes, im Reformgesetz des Jahres 2003 bereits angelegt, konnte damals noch verhindert werden. Trotzdem ist die Politik nicht von ihrem Ziel eines „tripolaren Wettbewerbs“ abgerückt, nur die Zeitschiene hat sich verlängert.

Im tripolaren Wettbewerb versucht die Kasse durch spezielle Angebote für Versicherte im Wettbewerb zu anderen Anbietern Kunden und/oder Morbidität zu gewinnen bzw. zu halten. Dazu schließt die Krankenkasse zielgruppengerichtete Verträge mit Leistungserbringern. **Das Werkzeug ist der Selektivvertrag und damit der schrittweise Übergang der Sicherstellung auf die Krankenkassen.**

Mit Einzelverträgen soll der Kollektivvertrag langsam abgewrackt werden; damit drohen Verhältnisse wie in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts, die dann zur Gründung der KV geführt haben.

Der deutsche Facharztverband steht deshalb für eine starke, **transparente**, erneuerte ärztliche Selbstverwaltung, die in **einem intensiven Austausch mit ihren Mitgliedern** als gleichwertiger Partner der Selbstverwaltung als einzige Institution fachärztliche Interessen in ihrer Gesamtheit vertreten muss und kann.

49. Aufteilung erfordert Ausgleich

Wir gehen davon aus, dass Geld für die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft nicht unbegrenzt zur Verfügung steht. Aus dieser Erkenntnis folgt, dass es auch in Zukunft Verteilungsregeln für Leistungsmenge und Honorar geben wird. Die entscheidende Frage ist somit **nicht das ob, sondern das wie** oder besser, **wer** die Verteilung vornimmt!

Gerade im hochdifferenzierten fachärztlichen Bereich würde der Übergang auf eine Steuerungshoheit durch Kostenträger die Gefahr von Versorgungslücken beinhalten. Schon allein die Patienten- und Arztferne der Entscheidungen durch Krankenkassen induziert Versorgungsdefizite.

Verteilung innerhalb eines endlichen Vergütungsumfanges muss deshalb die ärztliche Selbstverwaltung verantworten, die den Sicherstellungsauftrag ungeteilt erhalten muss. Die Krankenkassen sollten dort keine Entscheidungsbefugnis haben. Die Einvernehmensherstellung mit den Kassen hat nicht zu einer qualitativen Verbesserung der Honorarverteilung geführt und sollte deshalb beendet werden.

50. Staatsmedizin durch Vereinzelung

Es mag paradox klingen, aber die KV und der Kollektivvertrag sichert auch die Existenz der Berufsverbände. **Ein Ausgleich zwischen Einzelinteressen von Ärzten und Arztgruppen würde ohne KV nicht mehr stattfinden. Eine Zerstückelung der Verbände und deren gleichzeitige Marginalisierung wäre die Folge.**

Umgekehrtes gilt für die Krankenkassen. Kassen mit weniger Mitgliedern sind nicht in der Lage Sicherstellung flächendeckend zu leisten. Neben den schon zu beobachtenden Zusammenschlüssen würde Sicherstellung und Qualitätssicherung durch die Kassen letztendlich zur Einheitskasse führen.

Kleine Kassen können nur zusammen mit der KV für ihre Versicherten eine flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung gewährleisten.

Mit jeder weiteren Liberalisierung des Vertragswettbewerbs unter Verdrängung der KV wird der Kurs auf Staatsmedizin beschleunigt und die Abhängigkeit der Ärzteschaft größer.

51. Brauchen wir eine Körperschaft?

Die Pflichtmitgliedschaft in der Körperschaft ist notwendig, um die divergierenden Interessen der Ärzteschaft in toto wahrnehmen zu können.

Ohne Körperschaft KV würde ein Ausgleich zwischen den Fachgruppen nicht mehr stattfinden, die Kostenträger würden über Selektivverträge die Auswahl und auch das Preis-Leistungsverhältnis zwischen den Arztgruppen festlegen. Regelungen zur Honorartrennung wären nicht mehr möglich.

Trotzdem ist der Körperschaftsstatus kein Wert an sich.

Die Körperschaft muss auch ihre Aufgaben wahrnehmen können. Die Salamipolitik zur Zerschlagung der KV unter dem Schlagwort „Mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ muss beendet werden.

52. Selektivverträge als Waffe

Selektivverträge in ihrer aktuellen Form stellen einen deutlichen **Rückschritt gegenüber dem Kollektivvertrag** dar: Eine einheitliche Versorgungsqualität oberhalb der GBA-Normen existiert nicht, Qualitätssicherung kann ausgehebelt werden, Institutionen zur Qualitätssicherung in Selektivverträgen sind gesetzlich nicht normiert: **der Weg in eine Mehrklassenmedizin ist vorgezeichnet.**

Für die Fachärzte birgt die Regelung ein erhebliches Risiko. Eine **Interessenvertretung durch die Berufsverbände wird verunmöglicht, der bürokratische Aufwand steigt, die Transaktionskosten wachsen** erheblich, es drohen Verschlechterung der Vergütung im Preiswettbewerb durch Inkompatibilität und Pauschalierung des EBM, durch Teilnehmerselektion und Befristung der Verträge.

Das Gleichgewicht der checks and balances innerhalb der Selbstverwaltung wird massiv zu Lasten der Leistungserbringer verändert.

53. Gibt es „gute“ Selektivverträge?

Sinnvoll und auch strukturpolitisch unverfänglich sind Verträge, die **Leistungen als „add on“** auf den bestehenden Kollektivvertrag vereinbaren. Dazu könnten medizinisch sinnvolle Zusatzangebote für Versicherte mit besonderen Indikationen gehören oder besondere Qualität von Leistungen. Beispielhaft wären hier z.B. die Tabakentwöhnung, die ambulante rehabilitative Therapie, Patientenschulungen, elektronische Web- Dokumentation oder Indikationsdarlegung zu nennen.

Denkbar sind Verträge zu Zusatzleistungen bei schweren Krankheitsbildern, Hausbesuche etc. Auch die standardisierte Therapiekontrollen zur Besserung der Patientencompliance wäre ggf. über einen Vertrag nach 73 c zu etablieren. Eine Bereinigung wäre damit nicht möglich und notwendig.

Diese Verträge sind über die KVen zu administrieren, damit Organisationskosten minimiert werden. Jede Polemik gegen Managementgesellschaften im Gesundheitssystem wird unglaublich, wenn wir selbst solche Gesellschaften zur Administration von Verträgen beauftragen.

54. Brauchen wir Fachärzte eine KV?

Ohne KV droht den Fachärzten die **Vereinzelung in einem von den Kassen gesteuerten Nachfragesystem**. Wenn es keine KV gäbe, müssten die Fachärzte sich in einer anderen Form organisieren, um der Nachfragemacht ein Anbietergewicht entgegenzusetzen.

Im Prinzip müssten wir wieder eine der KV adäquate Organisationsform schaffen. Da ist es wesentlich sinnvoller, die KV-Struktur zu erhalten und fortzuentwickeln.

Dazu ist es aber notwendig, dass die Entfremdung der ärztlichen (Selbst-) Verwaltung von ihren Mitgliedern durch gesetzliche Eingriffe beendet und wieder zurückgeführt wird.

Die einzelnen Ärzte müssen wieder wahrnehmen können, dass sie Einfluss auf die eigene Organisation haben.

55. KV muss können!

Damit die KV wieder zu einer Interessenvertretung der Fachärzte werden kann, muss die KV-Struktur verändert werden. Die Repräsentanz der Mitglieder in der Selbstverwaltung muss klarer sichtbar sein, **die Institution KV muss wieder an die Ärzte zurückgegeben werden.**

Die Einflussnahme der Aufsicht muss sich wieder zu einer Rechtsaufsicht zurückverwandeln. Im Moment nimmt das BMG seine Aufgabe in einer Detailtiefe wahr, die einer Fachaufsicht entspricht. Gesetzliche Regelungen dürfen nur den Rahmen vorgeben, die Umsetzung im Detail muss wieder in die Selbstverwaltung Kassen und KV verlagert werden.

Der unsinnige Verteilungskampf zwischen Haus- und Fachärzten muss durch eine endgültige Honorartrennung beendet werden. In der Selbstverwaltung muss weitgehende Autonomie der Versorgungsebenen herbeigeführt werden.

56. Einheitskasse – Nein Danke

Vertragswettbewerb erfordert geeignete Vertragspartner. Der Gesundheitsfonds und die dadurch bedingten Regularien führen eher über kurz als lang zu einer dramatischen Reduktion der Zahl der Krankenkassen.

Damit entsteht ein Nachfragemonopol, das kontraproduktiv zu einer differenzierten Vertragslandschaft ist. Die Kassen würden über eine gemeinsame Qualitätssicherung und Sicherstellung einen neuen Kollektivvertrag schaffen, diesmal aber ohne Einflussmöglichkeit der Ärzteschaft.

Differenzierte Vertragsstrukturen erfordern regional handlungsfähige Kassen, die mit der ärztlichen Selbstverwaltung regional angepasst Versorgung organisieren.

Die Einheitskasse ist nichts anderes als getarnte Staatsmedizin.

F. Faires fachärztliches Honorar

57. Die Pauschalen müssen weg!

Pauschalen sind intransparent, leistungsfeindlich und gefährlich für die Versorgungsqualität.

Mag es für Honorarpauschalen auf Arzzebene in einer pauschalierten Gesamtvergütung noch eine Begründung gegeben haben, in einer morbiditätsbezogenen Vergütung haben Pauschalen keine Berechtigung mehr.

Eine pauschalierte Vergütung kann den indikationsbedingten Leistungsbedarf nicht transparent machen. Deshalb muss der **Bewertungsmaßstab wieder zu einer Einzelleistungsgebührenordnung** umgewandelt werden.

58. Betriebswirtschaft ja, aber richtig

Die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM ist veraltet. Eine Kostenbetrachtung müsste durch Veränderungen des Marktes in den letzten 13 Jahren zu einem deutlich höheren Kalkulationspunktwert als die 5,11 Cent des Jahres 1996 führen.

Notwendig ist deshalb eine Neukalkulation des Bewertungsmaßstabes unter Berücksichtigung der aktuellen Kostensituation. Dabei sollte gleichzeitig eine sachgerechte Berücksichtigung regionaler Unterschiede, insbesondere der unterschiedlichen Kosten- und Versorgungsstrukturen in städtischen und ländlichen Gebieten vorgenommen werden.

59. Sicherstellung hat ihren Preis

Wenn eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung auch in Zukunft das Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems sein soll, dann muss diese Struktur auch entsprechende finanzielle Ressourcen erhalten.

Die Bereitstellung fachärztlicher Strukturen in der Fläche muss durch eine „**versorgungsbereichsspezifische Strukturvergütung**“ erfolgen. Damit wird fallbezogen der Versorgerfacharzt in der Fläche gestützt.

Über Jahrzehnte ist der Vergütungszuwachs im fachärztlichen Bereich hauptsächlich durch Einführung neuer Leistungen finanziert worden und hat damit auch zu einer nachhaltigen

Zunahme der Zahl der Fachärzte geführt. Ähnlich wirkt die kontinuierlich steigende psychotherapeutische Leistungsanforderung.

Nach der Trennung der Gesamtvergütung in Haus- und Fachärzte haben die Fachärzte diese Entwicklung allein zu tragen gehabt. Dies führte zu einem kontinuierlichen Rückgang des Vergütungsniveaus des einzelnen Facharztes.

Die Fachärztliche Grundversorgung wurde immer weiter abgewertet. Diese Abwärtsspirale muss gestoppt werden, da sonst die fachärztliche Flächenversorgung ausdörrt. Dies hätte für die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland fatale Folgen.

60. Morbidität allein reicht nicht

Eine Vereinheitlichung des Behandlungsbedarfes auf der Basis der Morbidität ist nur dann zu akzeptieren, wenn der Morbidität auch ein einheitliches Behandlungsangebot gegenübersteht.

Das gegenwärtige Behandlungsangebot ist aber ein Ergebnis des Finanzierungs- und Leistungsniveaus der Vergangenheit und keineswegs das Ergebnis eines patientengerechten Optimierungsprozesses.

Morbiditätsbegründete Honorarverschiebungen ohne Angleichung der Behandlungsqualität führt nur zu einer Verschlechterung der Qualität in den besser versorgten Regionen, ohne diese in den schlechter versorgten Regionen zu verbessern.

Die Angleichung des Versorgungsniveaus in der Bundesrepublik kann deshalb nicht durch Umverteilung im System, sondern durch zusätzliche Finanzierung des Leistungsniveaus erfolgen.

Alles andere würde letztendlich zu einem Absinken der durchschnittlichen Versorgungsqualität führen. Die Wettbewerbsfähigkeit der ambulanten Fachärzte würde dadurch massiv gefährdet.

61. Versorgungskorridor statt Schnittstelle

Der Trend, stationäre Leistungen ambulant zu erbringen, wird anhalten. In Deutschland besteht im Verhältnis zu anderen Industrieländern immer noch ein erheblicher Überhang an stationären Betten.

Diese Schnittstelle ist keine festgefügte Grenze, sondern durch eine hohe Dynamik der Behandlungsprozesse geprägt. Die notwendige Angleichung der Vergütungssysteme erfordert deshalb einen für Vertragsärzte und Krankenhäuser einheitlichen Versorgungsbereichs- und Leistungskatalog für die „spezialisierte ambulante, teil- und kurzstationäre fachärztliche Versorgung“ gemäß § 115b SGB V „Neu“.

Dabei muss es zu einer Neustrukturierung und Angleichung der Vergütung für stationäre Behandlungen in Beleg- und Hauptabteilungen kommen.

62. RLV sind lediglich ein Übergang

Die Überwindung der nachgelagerten Budgetierung mit Anpassung des Punktwertes an die Leistungsmenge war ein viele Jahre verfolgtes Ziel der Ärzteschaft.

Um feste Preise zu erreichen, musste eine rigide Budgetierung akzeptiert werden, damit die Angst der Kassen vor einer unbegründeten Leistungsmehrung beschwichtigt werden konnte.

Diese Regelungen zur Berechnung der RLV hatten aber in der Republik je nach Fachgruppe und Bundesland andere, teilweise konträr gegenläufige Auswirkungen. So konnte es passieren, dass eine Fachgruppe, die in dem allermeisten Bundesländern zu den Gewinnern gehört, in einem Bundesland vehement abgestürzt ist.

Regelleistungsvolumina zusammen mit einem weitgehend pauschalierten EBM führen deshalb zu einer Vereinheitlichung auf niedrigstem Niveau. Diese Art von Budgetierung gefährdet hochspezialisierte Facharztmedizin, führt zu Verlagerung zu teureren Versorgungsstrukturen des Krankenhauses und beinhaltet die Gefahr einer impliziten Rationierung.

63. Keine Kannibalisierung der RLV

Ein Konstruktionsfehler der Honorarreform 2009 ist die (willkürlich anmutende) Aufteilung einer definierten Gesamtvergütung in einen budgetierten Teil (RLV) und einen unbudgetierten Teil (freie Leistungen).

Es kann keine Lösung sein, immer mehr Leistungen aus den RLV auszugliedern und damit das Mengenrisiko allen fachärztlichen Gruppen aufzubürden.

Tatsächlich ist aber die fachärztliche Versorgungsstruktur nicht so uniform, dass Fachgruppen-RLV tatsächlich den Regelversorgungsbedarf darstellen würden. **In vielen RLV führt diese Budgetierung zu einer Fokussierung auf die leistungsdeterminierenden einfachsten Leistungen.** Es besteht die Gefahr, dass fachärztliche Kompetenz verschwindet oder ins Krankenhaus abwandert.

Deshalb muss, solange das Konzept von Regelleistungsvolumina besteht, verhindert werden, dass die freien Leistungen die RLV minimieren. **Dies ist dadurch zu erreichen, dass freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung analog der Koloskopie platziert werden.** Dies gilt für diejenigen Leistungen, die jeweils nur von einem Bruchteil einer Fachgruppe erbracht werden.

64. Schrittweise Differenzierung

Auch nach Ausgliederung von Spezialleistungen außerhalb der Gesamtvergütung stellen die RLV nur den durchschnittlichen Behandlungsbedarf dar. Steigende Morbidität, sinkende Arztzahlen und wegfallende Verdünnerfälle aufgrund von hausarztzentrierter Versorgung führen zu einer **Morbiditätsverdichtung** in den fachärztlichen Praxen, die mit einem durchschnittlichen RLV nicht mehr gedeckt werden kann.

Eine schrittweise Ausdifferenzierung der RLV nach Behandlungsbedarf ist deshalb unumgänglich. Dies kann in einem ersten Schritt durch die Aufteilung in Alt- und Neupatienten geschehen, im Folgenden dann durch entsprechend prüfbare Indikationen oder Diagnosen.

Diese Form der Vergütungsaufteilung ist ebenfalls unumgänglich zur Etablierung einer facharztbasierten Versorgung. Diese Art von Honorarverteilung ist die folgerichtige Antwort auf eine jetzt morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

65. „P4P“ (Pay für Performance)

Grundsätzlich stehen wir Fachärzte einem Vergütungssystem, das die „Performance“ als Grundlage wählt, positiv gegenüber.

Die bisherigen pay-for-performance-Projekte, z.B. innerhalb der Strukturverträge, waren hilfreich und haben die Versorgung nachhaltig verbessert.

Diese Form der Vergütung hat noch erheblichen Forschungsbedarf. Es kann am Anfang sinnvoll sein, nur zu dokumentieren, auch wenn es albern erscheinen mag, dass es etwas mit Qualität zu tun hat, wenn einem Hypertoniker der Blutdruck gemessen wird oder einem Asthmapatienten die Lungenfunktion.

Wir dürfen den Begriff pay for performance nicht entwerten und uns selbst zum Gespött der Öffentlichkeit machen.

Am Ende könnten Versorgungsverträge stehen, die wir mit unseren Patienten vereinbaren und deren Zielerreichung Auswirkungen auf die Vergütung haben kann.

Trotzdem kann P4P nur immer einen kleinen Bereich der Vergütung umfassen, da viele Abläufe nicht ärztlicherseits steuerbar sind. Eine Risikoselektion durch P4P wollen wir nicht.

66. Kostenerstattung zuletzt

Erst wenn der Übergang in eine angemessene Honorierung der Einzelleistungen vollzogen ist und wenn die Transparenz der Leistungserbringung hergestellt ist, kann Kostenerstattung erwogen werden.

Kostenerstattung birgt eine Vielzahl von unkalkulierbaren Risiken für die bestehende Versorgungsstruktur. Deshalb kann der Weg dorthin nur behutsam und schrittweise erfolgen. Sonst besteht die Gefahr, dass der Organisationsaufwand jedweden Vorteil in der Honorierung auffrisst.

Bis dahin wird auch noch viel Überzeugungsarbeit in der Politik notwendig sein, da bisher keine politische Partei ernsthaft über Kostenerstattung nachdenkt.

Der DFV hat deshalb schon früh in den entsprechenden Anhörungen im Bundestag vorgeschlagen, als ersten Schritt die Kostenerstattung als Parallelabrechnung in Modellregionen in den alten und neuen Bundesländern einzuführen.

67. Medizin, nicht der EBM steuert!

Wir müssen als Ärzte wieder medizinisch denken lernen, nicht die Wirtschaftlichkeit, die Anforderungen des Risikostrukturausgleichs oder die richtige Codierung dürfen Honorare auslösen, sondern die menschliche Zuwendung zum Patienten.

Dabei sind die von den niedergelassenen Fachärzten erbrachten technischen Leistungen die Basis, auf der wir sprechende Medizin praktizieren.

Auf diesem Fundament wollen wir uns um unsere Patienten kümmern können, ohne von Regressen und Reformen bedroht zu werden.

**Wir wollen unsere Würde als Ärztinnen
und Ärzte wieder zurückgewinnen.**



Deutscher Facharztverband e.V. – Steinstrasse 85 – 81667 München