



Informationsbrief Deutscher Facharztverband / Potsdamer Runde
www.deutscher-facharztverband.de

Inhalt

- I. Termine
- II. Gesundheitspolitische Initiativen (Kurzartikel f. Ihre Verbandsmedien)
- III. Originalbriefe als Argumentationsgrundlagen

Termine des Vorstandes Deutscher Facharztverband e.V. / Potsdamer Runde e.V.

- 30.09.2010 Berlin – Politik: Lars Lindemann, FDP; Martina Bunge, Die Linke; Prof. Karl Lauterbach, SPD (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich/Dr. A. Gassen)
- 06.10.2010 DFV / PoRu-Gutachten: Prof. Dr. Eberhard Wille (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich/Dr. A. Gassen)
- 23.11.2010 Berlin – Presse: Andreas Mihm, FAZ (Dr. Th. Scharmann/J. Stier)
- 20.01.2011 Politik: Dr. Markus Söder, CSU (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich)
- 21.01.2011 Fachärzte-Forum (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich)
- 11.02.2011 Berlin – Presse: Gelber Dienst/vincentz network (Dr. Th. Scharmann/J. Stier)
- 28.02.2011 Berlin – Presse: Ärzte Zeitung (Dr. Th. Scharmann/J. Stier)
- 13.04.2011 Berlin – Politik:- Steffen-Claudio Lemme, SPD, Facharztbeauftragter (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich)
- Rudolf Henke, CDU, Vors. Marburger Bund (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich)
- 11.05.2011 Berlin – Politik: Max Straubinger, CSU, (Dr. Th. Scharmann/Dr. D. Heinrich)

I. Gesundheitspolitische Initiativen – DFV e.V. / Potsdamer Runde e.V. (Kurztexte als Artikelvorlagen für Ihre Verbandsmedien zur freien Redaktion)

Versorgungsgesetz: Bewertung und Verbesserungshinweise

Berlin, Mai 2011 – „Insgesamt bewertet DFV / Potsdamer Runde das Versorgungsgesetz als richtigen Schritt: „Die Politik arbeitet intensiv am Versorgungsgesetz“, kommentierte Dr. Dirk Heinrich, stellvertretender Vorsitzender der Potsdamer Runde und Vorsitzender des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte und des NAV-Virchowbundes. Das Versorgungsgesetz ist seit langem ein Projekt, das Sektorengrenzen wirksam aufbrechen und die fachärztliche Versorgungsebene stärken kann – „kann“, weil der gute Wille zwar merkbar ist, aber der Beweis der guten Tat noch aussteht.

DFV / Potsdamer Runde machen sich dafür stark, dass die Wertigkeit der ambulanten **wohn-nahen haus- und fachärztlichen Versorgung bereits zu Beginn des Referentenentwurfes und dann des Versorgungsgesetzes selbst** wiederfinden. „Denn die regionale orthopädische, urologische, augenärztliche usw. Versorgung vor Ort ist genauso unverzichtbar wie die hausärztliche“, betonten Dr. Thomas Scharmann, Vorsitzender DFV / Potsdamer Runde, und sein Stellvertreter in der Potsdamer Runde, Dr. Dirk Heinrich, in einem Schreiben, dass u.a. den Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler, seine Staatssekretäre Bahr und Widmann-Mauz wie an die Mitglieder des Bundesgesundheitsausschusses ging.

Darin schlugen sie eine Neuformulierung des § 73c im Sozialgesetzbuch V vor – im Wortlaut:

*Der **fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst die fachärztliche Grundversorgung**. Sie besteht in der patientenunmittelbaren Versorgung in der Diagnostik und Therapie innerhalb des Fachgebietes mit ärztlicher Hilfe im Akutfall und der Betreuung bei fachgebietsbezogenen Krankheiten sowie die der Koordination ärztlicher, gegebenenfalls ergänzender Leistungen durch Verordnungen, Veranlassung oder Dele-*

*gation; in der mittelbaren Patientenversorgung besteht der fachärztliche Versorgungsauftrag in der konsiliarischen Diagnostik oder Auftragsdiagnostik. Die fachärztliche Grundversorgung wird von **an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzten erbracht. Der fachärztliche Versorgungsauftrag umfasst auch die spezialisierte fachärztliche Versorgung** als fallbezogene Versorgung vorwiegend im Leistungsbereich von Schwerpunkten im Fachgebiet. Sie setzt insoweit voraus, dass der teilnehmende Arzt eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung führt.*

Bis jetzt hat sich der Facharzt **n i c h t** im SGB V wiedergefunden. Mit dieser Neuformulierung erreichen Sie dreierlei:

1. Den Erhalt des niederschweligen Zugangs zur Facharztmedizin für die Patienten
2. Die unmittelbare Adressierung der Patienten und ihrer Krankheiten an den richtigen Facharzt
3. Die Verankerung des fachärztlichen Versorgungsauftrages im SGB V für die Zukunft.

(DFV/js)

Versorgungsgesetz: Mehr als nur ein Wortspiel

Berlin, Mai 2011 – DFV / Potsdamer Runde plädiert dringend dafür, im kommenden Versorgungsgesetz durchgehend von einer **spezialfachärztlichen Versorgung** – und nicht von einer „spezialärztlichen“ – **zu sprechen**, weil sonst der Eindruck entsteht, dass der Gesetzgeber neben der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene eine dritte, zusätzliche Ebene etablieren will.

Positiv sieht DFV / Potsdamer Runde, dass die spezialfachärztliche und auch die zahnärztliche Versorgungsebene ohne Mengenbegrenzung und Budgets arbeiten werden. „Wir sehen dies als einen ersten Versuch, die unselige Budgetierung endgültig aufzugeben“, erläutert Dr. Thomas Scharmman, Vorsitzender DFV / Potsdamer Runde. Als Vorschlag möchten der Verbund der Politik eine weitere, nächste Gruppe vorschlagen, die ebenfalls bei überschaubarem Risiko ohne Budgets und Mengenbegrenzungen arbeiten könnte: Die Facharztgruppen, die Auftragsleistungen erbringen, also z.B. die ambulanten Operateure. Dabei darf es jedoch zu keiner internen Umverteilung zulasten der Haus- oder anderen Fachärzte kommen! (DFV/js)

Versorgungsgesetz: Meldungssplitter

- **Berlin, Mai 2011 – Lebenslange Arztnummer** – DFV / Potsdamer Runde fordert die Anwendung der ‚Lebenslangen Arztnummer‘ im Zusammenhang mit dem § 116b SGB V – egal, ob Niedergelassener oder Klinikarzt – zur Sicherung der gleichen Anforderungsprofile. (DFV/js)
 - **Berlin, Mai 2011 – Praxisnetze** – DFV / Potsdamer Runde bewertet die Praxisnetze positiv. Sie können nach Einschätzung von Dr. Dirk Heinrich, stellvertretender Vorsitzender der Potsdamer Runde, jedoch nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn sie auch für Krankenkassen als Vertragspartner in Frage kommen. Hierbei sind insbesondere Verträge nach §140 SGB V gefragt. Insbesondere müssen Praxisnetze einen Leistungserbringerstatus erhalten. Nur dies gewährleistet, dass Vertragsmanagement erfolgreich gestaltet werden kann. (DFV/js)
 - **Berlin, Mai 2011 – Eigener Honorartopf Psychotherapeuten** – DFV / Potsdamer Runde fordert dringend, dass für die Psychotherapie ein eigener Honorartopf geschaffen wird, in den die Krankenkassen entsprechendes Geld auch einzahlen. Sollten sich Steigerungen in diesem Topf ergeben durch die Genehmigungen, die die Krankenkassen dann selbst zu verantworten haben, müssen sie diese auch tragen können. Dr. Thomas Scharmman: „Es ist nicht hinnehmbar, dass Augenärzte oder Lungenfachärzte oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzte mit ihrem Honorar für die von den Krankenkassen genehmigten Leistungen aufkommen.“ (DFV/js)
-

II. Langfassung – Argumentationsgrundlagen

1. Versorgung ländlicher bzw. strukturschwacher Räume

Seit Monaten ein politischer Dauerbrenner – die Versorgung in ländlichen bzw. in strukturschwachen Räumen. Dr. Thomas Scharmann als Vorsitzender des DFV / PoRu konnte bei der Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz Kritisches zur Diskussion anmerken (Tagung der GRPG am 08.04.2011 in Berlin). Gemeinsam mit seinem RoRu-Stellvertreter Dr. Dirk Heinrich fasste er dies in einem Schreiben an die Politikerin zusammen. Hier einige Auszüge:

- Bei einer allfälligen Umschichtung von Honoraranteilen aus den städtischen Regionen muss – um nicht genauso mittel- und langfristige in die umgekehrte Situation der Unterversorgung der städtischen Regionen zu gelangen – die Versorger- und Leistungsqualität der Praxen angesehen werden. **Die leistungsstarken Großstadtpraxen sind gerade in den struktur- und sozialschwachen Teilen der Großstädte angesiedelt und weisen einen echten Anteil an der Versorgung der Bevölkerung auf.** Vielfach sind diese Praxen auch personell, räumlich und technisch stärker aufgestellt. Bei einem „Großstadtabschlag“ würden diese Praxen – die ohnedies schon höhere Kosten als die ländlichen Praxen haben – überproportional verlieren. Im Idealfall gilt es diese Praxen nicht nur zu erhalten, sondern sogar zu fördern und auch eine spätere Übergabe an einen –oder mehrere -Übernehmer positiv zu sehen.
- **Es hat keinen Sinn** – auch mit hohen Zuschlägen etc. – **jemand zur Niederlassung anzuregen, wenn sich in einem überschaubaren Zeitraum in der Region die Patientenzahl deutlich vermindern oder gar halbieren wird.**
- Eine „**Zulassung auf Zeit**“ ist sehr kritisch zu sehen, weil niemand mehr dann bereit sein wird, irgendwelche Investitionen in die Praxen durchzuführen.
- Von Seiten der Ländräte und Bürgermeister werden vielfach Niederlassungen von Fachärzten gewünscht, auch wenn die Region an sich gut versorgt ist bzw. eine ökonomisch sinnvolle Niederlassung nicht darstellbar ist. Hier schlagen wir vor, dass in einem **Facharztzentrum** die gewünschten **Fachärzte tageweise vor Ort die Bevölkerung versorgen.** Für Räumlichkeiten, Equipment usw. und den Transport der Fachärzte müsste dann die Region aus Steuermitteln aufkommen. Umgekehrt ist auch zu überlegen, mittels spezieller, fest etablierter Shuttle-Dienste die Patienten zu den Fachärzten zu bringen. Keinesfalls aber dürfen die entstehenden Kosten etwa aus der ärztlichen Gesamtvergütung erfolgen.

2. An alle Gesundheitspolitiker – Deutscher Facharztverband / Potsdamer Runde nehmen zu den Eckpunkten des Versorgungsgesetzes (08.04.2011) Stellung

In einem Brief formulieren die Vorsitzenden Deutscher Facharztverband /Potsdamer Runde, Dr. Thomas Scharmann und Dr. Dirk Heinrich, die Positionen der Fachärzte zu den Eckpunkten des kommenden Versorgungsgesetzes.

- Wir sehen positiv, dass der sich entwickelnde Haus- und Facharztmangel in strukturschwachen ländlichen, aber auch städtischen Regionen von Ihnen sehr genau zur Kenntnis genommen wird. Unseres Erachtens sollte sich die Wertigkeit der ambulanten

ten **wohnortnahe haus- und fachärztlichen Versorgung bereits zu Beginn des Referentenentwurfes und dann des Versorgungsgesetzes** wiederfinden. Denn die regionale orthopädische, urologische, augenärztliche usw. Versorgung vor Ort ist genauso unverzichtbar wie die hausärztliche.

- Wir schlagen deshalb für den Referentenentwurf eine **partielle Neuformulierung des § 73** vor, die wie folgt lauten könnte:

Neuformulierung: § 73 Abs. 1 c

Der FÄ Versorgungsauftrag umfasst die fä Grundversorgung. Sie besteht in der patientenunmittelbaren Versorgung in der Diagnostik und Therapie innerhalb des Fachgebietes mit ärztlicher Hilfe im Akutfall und der Betreuung bei fachgebietsbezogenen Krankheiten sowie die der Koordination ärztlicher, gegebenenfalls ergänzender Leistungen durch Verordnungen, Veranlassung oder Delegation; in der mittelbaren Patientenversorgung besteht der fachärztliche Versorgungsauftrag in der konsiliarischen Diagnostik oder Auftragsdiagnostik. Die fachärztliche Grundversorgung wird von an der fä Versorgung teilnehmenden Fachärzten erbracht. Der fä Versorgungsauftrag umfasst auch die spezialisierte fä Versorgung als fallbezogene Versorgung vorwiegend im Leistungsbereich von Schwerpunkten im Fachgebiet. Sie setzt insoweit voraus, dass der teilnehmende Arzt eine entsprechende Schwerpunktbezeichnung führt.

Bis jetzt hat sich der Facharzt **n i c h t** im SGB V wiedergefunden. Mit dieser Neuformulierung erreichen Sie dreierlei:

4. Den Erhalt des niederschweligen Zugangs zur Facharztmedizin für die Patienten
 5. Die unmittelbare Adressierung der Patienten und ihrer Krankheiten an den richtigen Facharzt
 6. Die Verankerung des fachärztlichen Versorgungsauftrages im SGB V für die Zukunft.
- Wir plädieren dringend dafür, durchgehend von einer **spezialfachärztlichen Versorgung** – und nicht von einer „spezialärztlichen“ – **zu sprechen**, weil sonst der Eindruck entsteht, dass der Gesetzgeber neben der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene eine dritte, zusätzliche Ebene etablieren will.
 - Positiv sehen wir, dass die spezialfachärztliche und auch die zahnärztliche Versorgungsebene ohne Mengenbegrenzung und Budgets arbeiten werden. Wir sehen dies als einen ersten Versuch, die unselige Budgetierung endgültig aufzugeben. Als Vorschlag möchten wir Ihnen als eine weitere, nächste Gruppe vorschlagen, die ebenfalls bei überschaubarem Risiko ohne Budgets und Mengenbegrenzungen arbeiten könnte: Die Facharztgruppen, die Auftragsleistungen erbringen, also z.B. die ambulanten Operateure. **Dabei darf es jedoch zu keiner internen Umverteilung zulasten der Haus- oder anderen Fachärzte kommen!**
 - Zum Thema **§ 116b** habe wir Ihnen einen eigenen Brief geschrieben und die u.a. die Anwendung der **Lebenslangen Arztnummer (LANR) für alle** – egal ob Niedergelassener oder Klinikarzt – zur Sicherung der gleichen Anforderungsprofile vorgeschlagen.
 - **Praxisnetze**
Praxisnetze stellen eine ausgezeichnete Möglichkeit dar, selbständig niedergelassene Arztpraxen insbesondere für den ärztlichen Nachwuchs wieder attraktiv zu gestalten. Gerade die Elemente, die junge Ärztinnen von der Niederlassung abhalten, können durch Praxisnetze aufgefangen werden. Zentrale Netzbüros übernehmen vielfältige Aufgaben, die gerade in der Niederlassung Schwierigkeiten bereiten, wie Vertragsmanagement, Mietverträge, Arbeitsverträge, Personalpool, Einführungsveran-

staltungen usw. Praxisnetze können jedoch nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn sie auch für Krankenkassen als Vertragspartner in Frage kommen. Hierbei sind insbesondere Verträge nach §140 SGB V gefragt. Insbesondere müssen Praxisnetze einen Leistungserbringerstatus erhalten. Nur dies gewährleistet, dass Vertragsmanagement erfolgreich gestaltet werden kann. Wir verweisen in diesem Punkt auf das **entsprechende Konzeptpapier des NAV-Virchowbundes**, der hier ein gutes und gängiges Konzept dargelegt hat.

- **Eigener Honorartopf Psychotherapeuten**

Antrags- und genehmigungspflichtige Richtlinien-Psychotherapie wird von den Krankenkassen im Einzelfall genehmigt. Daher müssen auch die Krankenkassen für diese genehmigten Leistungen aufkommen. Es ist nicht hinnehmbar, dass unbegrenzt diese Leistungen genehmigt werden und aufgrund von Gerichtsurteilen auch in einer bestimmten Art und Weise bezahlt werden müssen und dies zu Lasten des fachärztlichen Honorartopfs geht. Daher fordern die Fachärzte dringend, dass für die Psychotherapie ein eigener Honorartopf geschaffen wird, in den die Krankenkassen entsprechendes Geld auch einzahlen. Sollten sich Steigerungen in diesem Topf ergeben durch die Genehmigungen, die die Krankenkassen dann selbst zu verantworten haben, müssen sie dies auch tragen können. Es ist nicht hinnehmbar, dass Augenärzte oder Lungenfachärzte oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzte mit ihrem Honorar für die von den Krankenkassen genehmigten Leistungen aufkommen.

- **Zuweisung gegen Entgelt**

Zuweisung gegen Entgelt verstößt gegen das Berufsrecht. Die fachärztlichen Berufsverbände lehnen Zuweisung gegen Entgelt ab. In der vorgelegten Formulierung jedoch wird nicht die Zuweisung gegen Entgelt strafbewehrt, sondern die Beteiligung an Unternehmen der Hilfsmittelbranche. Die Beteiligung alleine stellt noch keine Zuwiderhandlung gegen das Berufsrecht dar. Sie sollte es auch nicht, denn Beteiligungen an Unternehmen stellen normales Geschäftsgebaren dar, das auch jedem Arzt wie jedem anderen Bürger offen stehen muss. **Das Gesetz muss darauf abheben, dass es die Zuweisung ist, die gegen Entgelt geleistet wird, die aus einer Beteiligung ein Fehlverhalten werden lässt.** Das Gesetz muss herausarbeiten, dass nicht die Beteiligung, sondern die Zuweisung das Fehlverhalten darstellt. Die Beteiligung selbst kann nicht unter Strafe gestellt werden, denn es gibt vielfältige Möglichkeiten, Beteiligungen zu verschleiern. Aber auch in diesen Fällen bleibt die Zuweisung dann das Aufgreifkriterium, wirksam Korruption an dieser Stelle zu unterbinden. Die geplante Regelung wird auch für Partnerschaftsgesellschaften, Genossenschaften und andere Formen ärztlicher Zusammenarbeit zum Problem. Auch in einem MVZ würde die gegenseitige Zuweisung von Patienten zum Problem, wenn die Ärzte auch Gesellschafter sind und somit beteiligt sind.
