

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



KBV 2025 STRUKTUREN BEDARFSGERECHT ANPASSEN – DIGITALISIERUNG SINNVOLL NUTZEN

EIN KONZEPT DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG
UND DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

17. SEPTEMBER 2021

INHALT

1	VORBEMERKUNG	3
<hr/>		
2	BEDARFSGERECHTE STRUKTUR DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG	4
2.1	Anpassung stationärer Strukturen – Ausbau ambulanter Strukturen	4
2.2	Einführung einer ärztlichen/psychotherapeutischen Koordinierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	5
2.3	Ausbau der Weiterbildung im ambulanten Versorgungsbereich	5
2.4	Neue Definition von Delegation und Substitution ärztlicher/psychotherapeutischer Leistungen	6
<hr/>		
3	SICHERSTELLUNGSaufTRAG ZUKUNFTSFÄHIG ERFÜLLEN – DER WEG ZUR DIGITALEN SERVICE-PLATTFORM	8
3.1	KV-System entwickelt sich digital weiter	8
3.2	Grundsatz der Kostenneutralität gesetzlich bedingter Aufwände für die Digitalisierung	9
3.3	Unser Ziel: eine Plattform für alle Services	9
3.4	den Arzt in der Versorgung digital unterstützen	9
3.5	Digitale Dienste zum Nutzen der Patienten und Ärzte Entwickeln	10
3.6	KV-System als Initiator und Treiber der Versorgungsforschung	10
<hr/>		
4	STABILITÄT DES SICHERSTELLUNGSaufTRAGS – AUCH IN KRISENZEITEN	11
4.1	Sicherstellungsauftrag und Selbstverwaltung	11
4.2	Maßnahmen der Sicherstellung in der Coronakrise – und für die Zukunft	11
4.3	Fernbehandlung auf der Basis der neuen berufsrechtlichen Möglichkeiten	12
4.4	Vergütungsstruktur telemedizinischer Leistungen	13
4.5	Weiterentwicklung Telekonsilien	13
4.6	Zukunft der telemedizinischen Versorgung als Teil des Sicherstellungsauftrags	13
<hr/>		
5	ANLAGE: INVESTORENBETRIEBENE MVZ	14

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

1 VORBEMERKUNG

Im Konzept „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“ haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits im Jahr 2016 deutlich auf die aktuellen Herausforderungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland hingewiesen. Die Situation hat sich nicht grundlegend geändert. Dies betrifft zunächst die bekannten Phänomene der sogenannten Landflucht und die damit einhergehende Verstädterung. Der demographischen Entwicklung der Bevölkerung entspricht auch die demographische Entwicklung der Niedergelassenen – ein Phänomen, welches in Kürze mit dem Erreichen des ruhestandsfähigen Alters vieler niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu erheblichen Versorgungsproblemen führen wird.

Mangelnder ärztlicher Nachwuchs, eine verstärkte Betonung der „Work-Life-Balance“ bei den meist jüngeren Niedergelassenen und Niederlassungswilligen sowie eine weitere Differenzierung der Fachgebiete, die den Bedarf an Ärzten zusätzlich erhöht, führen zu einem zunehmenden Rückgang der letztlich zur Verfügung stehenden Arztzeit.

Selbst unverzüglich beginnende Maßnahmen zur Erhöhung der Zahlen der Medizinstudierenden brächten kurzfristig keine Abhilfe. Denn die Latenz bis zur Wirksamkeit solcher Maßnahmen beträgt etwa 12 Jahre, nämlich vom Beginn des Medizinstudiums bis zum Abschluss der Weiterbildung zum Facharzt. Tatsächlich sind solche Maßnahmen – von einzelnen Initiativen abgesehen – derzeit nicht einmal im Ansatz erkennbar. Der daraus resultierende Personalmangel bei Ärzten ist schon lange erkennbar; auch bei fast allen nicht-ärztlichen Heilberufen.

Ebenfalls unverändert ist die zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen („Sofortismus“), welche in Verbindung mit dem derzeit immer noch weitestgehend ungesteuerten Zugang zur medizinischen Versorgung und gleichzeitig abnehmender Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu zusätzlichen Kapazitätsproblemen führt.

Schließlich leisten wir uns in Deutschland eine massive Fehlnutzung von Ressourcen, welche sich – angesichts von über 650 Millionen Behandlungsfällen im ambulanten und knapp 20 Millionen im stationären Versorgungsbereich – durch eine untypisch hohe Dichte von Krankenhäusern im Vergleich zu westlichen Industriestaaten widerspiegelt.

Im Konzept „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“ wurde eine Vielzahl an Angeboten für gemeinsam und konstruktiv zu entwickelnde Lösungen vorgeschlagen. Vieles wurde in der gesundheitspolitischen Diskussion aufgegriffen. Dies gilt beispielsweise für die Etablierung einer Struktur, die Patienten hilft, die für ihren Behandlungsbedarf passende Versorgungsebene beziehungsweise richtige Ärztin oder richtigen Arzt zu finden. Die KBV baut gemeinsam mit den KVen das Angebot der 116117 aus und hat ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren entwickelt, das bundesweit zum Einsatz kommt. Auch ein umfänglich durchorganisierter Terminservice in den Praxen der Niedergelassenen zählt dazu.

Dies gilt ebenso für erste Ansätze zur Umstrukturierung von geeigneten Krankenhäusern in ambulante Versorgungsstrukturen und zwar bei – und dies ist wichtig – Erhalt des jeweiligen Standortes.

Weitere Herausforderungen und Chancen, wie die sich rasch entwickelnden Möglichkeiten der Digitalisierung, sind hinzugekommen. Hierzu gehören die Optionen, die sich aus den zwischenzeitlich berufsrechtlich erweiterten Möglichkeiten der Fernbehandlung ergeben. Denn diese erfordern letztendlich auch eine entsprechende Abbildung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, dem EBM. Auch die Covid-19-Pandemie hat zu neuen Erfahrungen und Erkenntnissen im KV-System geführt. Das KV-System hat sich sehr rasch und engagiert auf die Herausforderungen eingestellt und seinen Beitrag geleistet, um die Kliniken in dieser Situation zu entlasten.

Das vorliegende Konzept „KBV 2025: Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen“ baut auf dem Konzept „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“ auf und entwickelt die Vorschläge als Angebote für Lösungen der aktuellen Herausforderungen weiter.

2 BEDARFSGERECHTE STRUKTUR DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

2.1 ANPASSUNG STATIONÄRER STRUKTUREN – AUSBAU AMBULANTER STRUKTUREN

Rund 1,1 Milliarden Arzt-Patienten-Kontakte werden jedes Jahr in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland gezählt. Die Zahl der Behandlungsfälle liegt mittlerweile bei etwa 650 Millionen – mit deutlich steigender Tendenz. Von den knapp 20 Millionen Fällen, die jährlich in den Krankenhäusern versorgt werden, könnten laut AOK-Krankenhausreport etwa ein Viertel ambulant behandelt werden. Zudem führt der medizinisch-technische Fortschritt dazu, dass immer mehr Krankheiten ambulant therapierbar sind, die bisher stationär behandelt werden mussten.

Konzentration auf spezialisierte Kliniken

Die damit verbundene Verschiebung des gesamten Behandlungsspektrums vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich (Ambulantisierung der Medizin) erfordert eine konsequente Entlastung der Kliniken von eigentlich ambulant möglichen Behandlungen. Hierdurch freiwerdende stationäre Kapazitäten sollten durch bedarfsgerechte ambulante Versorgungsangebote ersetzt und die stationäre Versorgung auf hochqualifizierte spezialisierte Kliniken konzentriert werden.

Stationäre Strukturen in ambulante Angebote umwandeln

Zunächst müssen Krankenhausstandorte identifiziert werden, die sich für eine (Teil-)Umstrukturierung in ambulante Versorgungsstrukturen eignen („erweiterte ambulante Versorgung“ mit Übernachtungsmöglichkeiten für Patienten), und zwar nach Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit, der Qualität und des medizinischen Behandlungsbedarfs. Bei der Standortauswahl ist zu beachten, dass diese nicht dauerhaft defizitär sein dürfen, die KV also nicht als „bad bank“ für nicht wirtschaftliche Krankenhäuser erhalten muss. Es dürfen keine Fachkliniken und Kliniken sein, die aus Unterversorgungsgründen oder Gründen der Aufrechterhaltung der Notfallversorgung qualitativ hochwertig und wirtschaftlich effizient sind und zudem bedarfsgerecht versorgen (nach dem IGZ-Gutachten der Uni Bayreuth).

Soweit hierfür geeignete Häuser für eine Umstrukturierung in ambulante Versorgungsstrukturen identifiziert sind, sollte die Erhaltung des Standortes für die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Vordergrund stehen. Denn allein diese Maxime wird es insbesondere der Kommunalpolitik überhaupt erst ermöglichen, dem Gedanken einer Umstrukturierung näher zu treten und idealerweise proaktiv zu begleiten.

Aufbau von Intersektoralen Gesundheitszentren

Die KVen sollten solche Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) als Eigeneinrichtungen, entweder zur Sicherstellung oder zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung, initial betreiben dürfen – dies jedoch lediglich subsidiär. Denn soweit die IGZ-Struktur funktioniert, sollten sich die KVen zugunsten der daran Beteiligten, die sodann „übernehmen“, zurückziehen. Ziel ist, dass die IGZ durch selbstständig tätige Ärzte betrieben werden.

Das Betreiben solcher Einrichtungen erfordert einen geeigneten Finanzierungsrahmen, der im Sinne der erweiterten ambulanten Versorgung auch Übernachtungsleistungen sowie die Vergütung anderer Gesundheitsberufe wie die Pflege umfasst. Die Einbindung bestehender Formen der intersektoralen Versorgung, zum Beispiel der belegärztlichen oder praxisklinischen Versorgung, ist vorzusehen. Zudem sollte geprüft werden, ob eine politische Forderung eingebracht wird, nach der der Betrieb eines IGZ durch die KV (subsidiär) auch als MVZ ermöglicht werden sollte.

Das KV-System leistet damit einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung als Teilmenge der sozioökonomischen Strukturen in der betreffenden Region und steuert damit einen wichtigen Teil der Problemlösung, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, bei. Die enge Kooperation gerade mit den kommunalen Gebietskörperschaften bezogen auf die Erhaltung und gegebenenfalls die Ent-

wicklung infrastruktureller Gegebenheiten (Verkehrsanbindung, Schulen, Kitas, Einkaufsmöglichkeiten, kulturelle Angebote usw.) wird für die KVen im Zusammenhang mit ihrer Aufgabe der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung wichtiger denn je.

Die Politik wird aufgefordert, diese Bemühungen um die Nachwuchsgewinnung für den Arztberuf noch stärker zu unterstützen, insbesondere durch eine substanzielle Erhöhung der Studienplätze sowie eine deutliche Erhöhung und Förderung ambulanter Ausbildungsanteile im Medizinstudium. Hierzu gehört eine gezielte Förderung von Famulaturen, dem Praktischen Jahr (PJ) und anderen Aus- und Weiterbildungsabschnitten, vor allem in ländlichen Räumen. Von entscheidender Bedeutung ist nach wie vor eine deutliche Verbesserung der Niederlassungsbedingungen überhaupt.

2.2 EINFÜHRUNG EINER ÄRZTLICHEN/PSYCHOTHERAPEUTISCHEN KOORDINIERUNG DER INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Die Anpassung der Versorgungsstrukturen an den Behandlungsbedarf der Menschen in Deutschland muss einhergehen mit Lösungsansätzen, die dem Problem des derzeit ungesteuerten und jederzeit beliebigen Zugangs der Versicherten zur medizinischen Versorgung und der immer knapper werdenden Ressource Arzt bei stetig abnehmender Arztzeit und bei gleichzeitig weiterbestehender Endlichkeit der finanziellen Ressourcen Rechnung tragen.

Wir bekennen uns zu einer Ausweitung ärztlicher/psychotherapeutischer Steuerungselemente der Versorgung und folgen den gesundheitsökonomischen Überlegungen zu den möglichen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Es versteht sich aber von selbst, dass diese systemische Weiterentwicklung der Versorgung Ärzte und Psychotherapeuten ausschließlich besser und nicht schlechter stellen darf.

Die Vertragsärzte- und -psychotherapeuten-schaft bietet an, gemeinsam mit der Politik Lösungsansätze zu entwickeln, die es ermöglichen, dass der Patient unmittelbar in die Versorgungsebene gesteuert wird beziehungsweise zu dem Hausarzt oder Facharzt begleitet wird, der seinem konkreten Behandlungsbedarf passgenau entspricht.

2.3 AUSBAU DER WEITERBILDUNG IM AMBULANTEN VERSORGBEREICH

Die Ambulantisierung der Medizin hat zur Folge, dass jungen Ärzten in der Weiterbildung im Krankenhaus ein erheblicher Anteil an Behandlungskompetenzen nicht mehr vermittelt werden kann, weil die Behandlung praktisch nur noch im ambulanten Versorgungsbereich stattfindet. Dies gilt neben der Allgemeinmedizin insbesondere für die Gebiete Augenheilkunde, Dermatologie, HNO-Heilkunde und Orthopädie.

Während die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin schon weitgehend im ambulanten Versorgungsbereich organisiert ist, erfolgt die fachärztliche Weiterbildung noch fast ausschließlich im Krankenhaus mit entsprechenden Defiziten bei den Fachärzten, vornehmlich der genannten Gebiete.

Neues Finanzierungsmodell

Die KBV fordert, dass die fachärztliche Weiterbildung im vertragsärztlichen Versorgungsbereich, also in den Praxen der niedergelassenen Ärzte, ausgebaut wird. Hierzu könnte den Weiterzubildenden zusätzlich zur bisherigen, hälftig von Kassen und Vertragsärzten finanzierten Weiterbildung, in Abhängigkeit von ihrer konkret erworbenen Qualifikation ermöglicht werden, als angestellte Ärzte Leistungen zu erbringen, die die Krankenkassen vollständig und extrabudgetär vergüten.

Zu prüfen wäre dementsprechend, ob der „Facharztstatus“ in der ambulanten Versorgung (dass nur Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung die Patienten behandeln) partiell in Verbindung mit einer laufenden Weiterbildung angepasst werden kann.

Diese Maßnahmen würden die Attraktivität einer Tätigkeit in der Niederlassung erheblich verbessern. Der Wechsel vom angestellten Arzt in Weiterbildung im Krankenhaus würde erleichtert und damit dem Interesse der betreffenden stationären Kollegen an einer Perspektive in der Niederlassung – gerade auch im Zuge des vorstehend skizzierten Rückbaus überflüssiger stationärer Strukturen und deren Umbau in ambulante Praxisstrukturen – Rechnung getragen.

Zusatzweiterbildungen berufsbegleitend erwerben

Medizinischer Fortschritt schlägt sich regelhaft in der Schaffung neuer Zusatzweiterbildungen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung nieder. Damit Vertragsärzte nach Aufnahme ihrer Tätigkeit an dieser Entwicklung im Interesse ihrer Patienten partizipieren können, müssen die Rahmenbedingungen für den Erwerb von Zusatzweiterbildungen für Vertragsärzte verbessert werden. Voraussetzung ist, dass diese berufsbegleitend erworben werden können und klinische Präsenzzeiten auf das notwendige Maß reduziert werden. Hierzu sind entsprechende Regelungen gesetzlich zu verankern.

2.4 NEUE DEFINITION VON DELEGATION UND SUBSTITUTION ÄRZTLICHER/PSYCHOTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN

Die derzeitigen politischen Initiativen der akademischen Weiterentwicklung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe einerseits und die vielfältigen Möglichkeiten des Direktzugangs des Patienten zu verschiedenen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheitsberufen andererseits, erfordern eine Revision der bisherigen Haltung und Positionierung zur dieser Entwicklung. Eine neue Haltung und Positionierung muss sich nach Anpassung und Aktualisierung der Anlage 5 BMV-Ä auf die Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrags niederschlagen.

Die bisher durchgängig kritischen beziehungsweise ablehnenden Positionierungen verhindern die erforderliche aktive und konstruktive Beteiligung der Ärzteschaft an dieser Entwicklung. Dabei wird verkannt, dass eine solche Entwicklung auch Chancen beinhaltet, die insbesondere in der weiteren Qualifizierung, aber auch in einer erhöhten Wertschätzung dieser nichtärztlichen Gesundheitsberufe bestehen.

Ein Direktzugang zu nicht ärztlichen und nicht psychotherapeutischen Gesundheitsberufen kann qualitativ und wirtschaftlich kein Ansatz einer flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung sein.

Die Erkenntnisse der Gesundheitsökonomie dokumentieren weltweit, dass Effektivität, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung – insbesondere chronisch Kranker – nur durch einen Abbau von Schnittstellen und durch eine i. d. R. primärärztliche Steuerung dieses Patientenkreises erreichbar ist.

Nur die Ärzte, vorrangig jene aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich, verfügen durch ihre i. d. R. zwölfjährige Aus- und Weiterbildung über die Kompetenz einer Ganzheitlichen Betrachtung und damit Wertung sämtlicher Faktoren im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Angehörige nicht ärztlicher Gesundheitsberufe sind auch bei hohem teilweise akademischem Qualitäts- und Ausbildungsniveau i. d. R. medizinische Fachberufe in Bezug auf isolierte Organ- oder Funktionsbereiche (z. B. Hebammen, Physiotherapeuten, Diabetesberater, Wundpfleger), sie können daher keine ganzheitliche medizinische Betrachtung leisten.

Im Vordergrund steht hierbei die Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten und Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal mit arztentlastender beziehungsweise arztunterstützender Funktion. Angesichts erhöhter Anforderungen an den gerade auch durch die Ambulantisierung sich wandelnden Versorgungsbedarf wird die Entwicklung ärztlich geleiteter Teams immer dringender, insbesondere bei solchen Patientenkonstellationen, die ein höheres Qualifikationsniveau der Gesundheitsfachkraft erfordern. Dies betrifft die Zusammensetzung von hausärztlich geleiteten Teams genauso wie die gebietspezifische Entlastung in Facharztpraxen. Die Kooperation kann im Rahmen einer Anstellung in einer ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis der Gesundheitsfachkraft oder ärztliche Beauftragung über AIDA (vgl. unten) erfolgen.

Stärkung nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Der Zukunft des ärztlich/psychotherapeutisch geleiteten Teams in der vertragsärztlichen Versorgung ist daher eine hohe Bedeutung zuzumessen. Die Erweiterung der Gesundheitsberufe um eine akademische Komponente (Bachelor) sollte dabei nicht grundständig, sondern als Weiterqualifikation erfolgen und auch in den Gesundheitsberufen, die nicht über ein Abitur verfügen, Aufstiegschancen ermöglichen.

Das ärztlich geleitete Team sollte, je nach bestehenden Erfordernissen, um weitere Gesundheitsfachberufe wie die Pflege sowie unterstützende Berufsbilder wie Fallmanager ergänzt werden können. Erforderliche Vergütungsvoraussetzungen sind zu schaffen.

Modell „AIDA“ = Arzt indizierter Diagnose basierter zeitlich begrenzter Behandlungsauftrag an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe:

AIDA ist ein zeitlich begrenzter Behandlungsauftrag von Teilen der Behandlung (analog z. B. zur Physiotherapie) durch Ärzte an weitere geeignete nichtärztliche Gesundheitsfachberufe. Diese Tätigkeit ist dann durch die nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe eigenverantwortlich durchführbar, mit einer pflichtgemäßen Rückführung an den delegierenden Arzt/Psychotherapeuten und einem Verlaufsbericht verbunden. Dieser Ansatz entspricht den aktuellen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung ohne die Bildung weiterer Schnittstellen einschließlich sogenannter Doppeluntersuchungen und vermeidet damit das Eingehen qualitativer oder wirtschaftlicher Risiken.

Aufbau von ärztlich geleiteten Teams

Mit der hier vorgeschlagenen zeitweisen Übertragung von Teilen der ärztlichen Heilkunde durch Ärzte an geeignete Gesundheitsfachberufe auf dem Wege der Delegation kann eine den aktuellen Herausforderungen gerecht werdende Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, ohne qualitative oder wirtschaftliche Risiken einzugehen. So können durch den Aufbau ärztlich/psychotherapeutisch geleiteter Teams mit entsprechender Übernahme von Versorgungsbedarfen der Bevölkerung die von der Politik teilweise favorisierten direkten Zugangsmöglichkeiten zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen entbehrlich werden. Dieser Prozess muss von der Ärzteschaft, gerade auch vor dem Hintergrund des Arztzeitproblems, konstruktiv mitgestaltet und begleitet werden.

Neue Definition von Delegation und Substitution

Delegation: Der Arzt behält die gesamte Handlungsverantwortung für das Behandlungsgeschehen in der Praxis. Alle – geeigneten und näher zu bestimmenden – ärztlichen Teilleistungen werden durch den Arzt zeitweise an geeignetes und entsprechend qualifiziertes Personal im ärztlich geleiteten Team delegiert. Eine direkte bzw. unmittelbare Leistungserbringung und Abrechnung ist nicht möglich. Dabei bleiben höchstpersönlich zu erbringende Leistungen von einer Delegation ausgenommen (z. B. Indikationsstellung, therapieleitende Entscheidungen, Verordnung von Medikamenten). Von delegierbaren ärztlichen Leistungen abzugrenzen sind solche Leistungen, die von anderen Gesundheitsberufen als Teil ihrer eigenen Heilkundebefugnis erbracht werden.

Substitution: Die medizinische Leistung kann von nichtärztlichen Heilberufen mit direktem Zugang direkt am Patienten erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Kein Arzt ist für die Behandlung zuständig oder verantwortlich. Die berufsrechtliche Verantwortlichkeit einschließlich der Haftung liegt neben der Budgetverantwortlichkeit ausschließlich bei dem Angehörigen des betreffenden Gesundheitsberufs.

Um die Delegation ärztlicher Leistungen sowie den Aufbau von Teams zu stärken, sollte die gemeinsame Anstellung von arztentlastendem oder arztunterstützenden Personal ermöglicht werden. Eine gemeinsame Anstellung realisiert Synergieeffekte und führt zu einem effizienten Einsatz spezialisierten Personals, dessen Beschäftigung, Ausstattung und Fortbildung sich für einzelne Arbeitgeber nicht wirtschaftlich darstellen lässt. Einen solchen Personalpool können auch hierfür durch die KVen anerkannte vertragsärztliche Praxen gemeinsam bilden. Die Leistung rechnet die anfordernde Praxis ab. Die Verantwortung und die Haftung liegen bei den anfordernden und delegierenden Ärztinnen und Ärzten des Zusammenschlusses.

Für diesen Zweck können mehrere einzelne Praxen einen gemeinsamen Personalpool bilden und bei Bedarf auf die dort angestellten Mitarbeiter/innen zurückgreifen. Die dafür gebildeten Gemeinschaften von Arztpraxen/BAG müssen der KV angezeigt werden.

Der steigende ambulante Versorgungsbedarf erfordert eine Weiterentwicklung delegierbarer Leistungen an besonders qualifizierte Hilfsberufe wie den Physician Assistant (PA) oder die akademisierte MFA. Diese akademisierten Assistenzberufe sind im Rahmen eines medizinisch-wissenschaftlichen Studiums speziell für die fachbezogene ambulante Versorgung ausgebildet. Der in Arztpraxen angestellte PA arbeitet unter ärztlicher Leitung und Verantwortung. Eine Delegation an akademisierte Assistenzberufe (PA oder akademisierte MFA) muss zwingend folgende Kriterien erfüllen:

- › Die Ausbildung darf nicht grundständig sein. Eine abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen Beruf (z. B. MFA) soll Voraussetzung sein.
- › Es muss von ärztlicher Seite zuvor klar definiert werden, welche Leistungen rein ärztlich und welche delegationsfähig sind. Hierzu gehört auch eine eindeutige und aktuelle Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrages im Bundesmantelvertrag.
- › Eine Übertragung der so definierten ärztlichen Aufgaben auf die neuen Assistenzberufe ist auszuschließen.

Die Vorteile der neuen Definitionen nach vorstehenden Kriterien bestehen darin, dass Substitution und Delegation zukünftig klar voneinander abgegrenzt werden können. Für die Versicherten und Patienten würde damit deutlich hervortreten, dass der Arzt für Leistungen in Substitution nicht verantwortlich ist.

Die damit verbundene Klarheit in der Diktion kommt der Notwendigkeit zur Ehrlichkeit und Transparenz gegenüber Bürgern und Patienten entgegen, als für diese im Ansatz erkennbar wird, dass sie sich entweder in eine ärztlich verantwortete Behandlung begeben oder eben nicht.

Für die Ärzteschaft bedeutete dies, dass diese sich nicht mehr wie bisher in unfruchtbaren Diskussionen um die Kompetenz nichtärztlicher Berufe für die Erbringung der jeweiligen Leistung verstricken müssten. Es würde zukünftig ausreichen, nur noch herauszustellen, ob eine abschließende ärztliche Gesamtverantwortung besteht oder nicht. Damit hätten Versicherte und Patienten die nötige Transparenz. Sie könnten einschätzen, ob sie eine vom Arzt/Psychotherapeuten verantwortete Versorgung oder eine Art subsidiäre beziehungsweise Ersatzversorgung in Anspruch nehmen und somit eine informierte selbstbestimmte Entscheidung treffen.

3 SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG ZUKUNFTSFÄHIG ERFÜLLEN – DER WEG ZUR DIGITALEN SERVICE-PLATTFORM

3.1 KV-SYSTEM ENTWICKELT SICH DIGITAL WEITER

Die KVen und die KBV sind in der Lage, die ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen auch digital zukunftsorientiert weiterzuentwickeln und patientenorientiert umzusetzen.

Wichtige Elemente hat das KV-System bereits angestoßen: So gibt es auf der Grundlage des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) seit dem 1. Januar 2020 ein voll vernetztes bundesweites digitales Buchungssystem für Arzttermine – den elektronischen Terminservice (eTSS). Die 116117 ist flächendeckend und 24/7 auf allen Medienkanälen erreichbar: telefonisch, im Internet und via App. Daneben kommt bundesweit einheitlich eine Software zur medizinischen Ersteinschätzung zum Einsatz (SmED). Sie hilft, Patienten mit akuten Beschwerden in die richtige Versorgungsebene zu lenken.

3.2 GRUNDSATZ DER KOSTENNEUTRALITÄT GESETZLICH BEDINGTER AUFWÄNDE FÜR DIE DIGITALISIERUNG

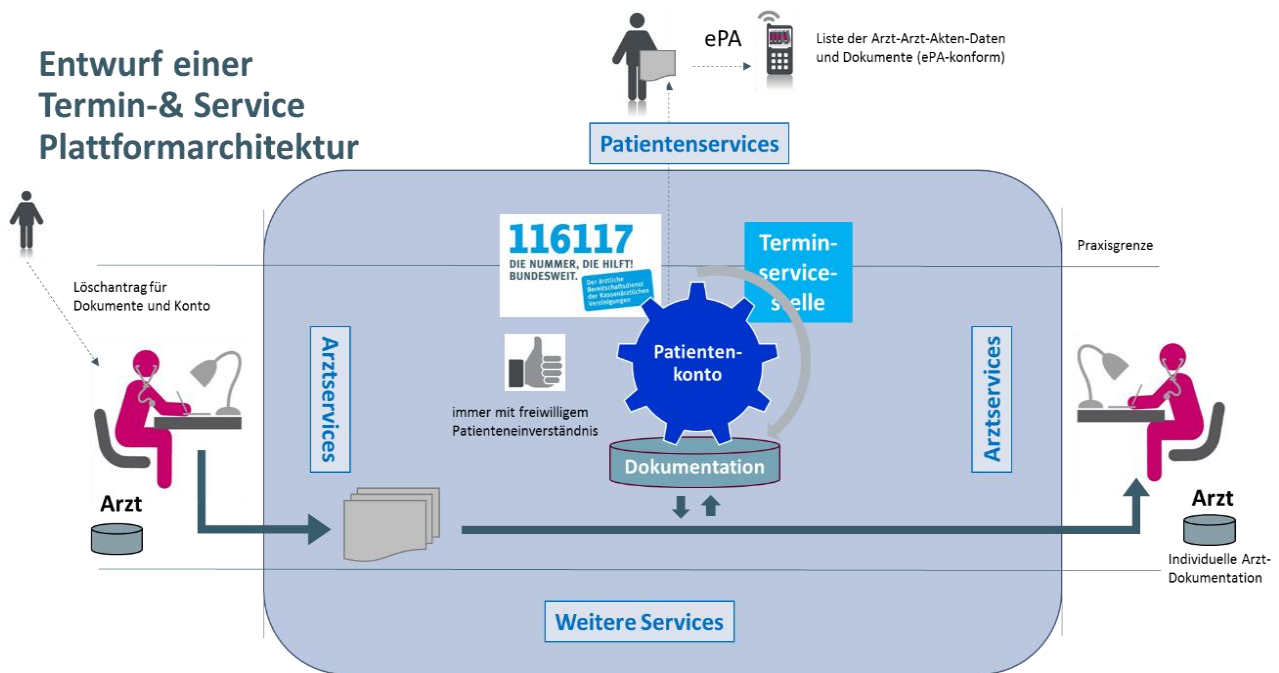
Die Aufwände für die Implementierung und für das Betreiben digitalisierter Prozesse verursachen Kosten in erheblichem Umfang. Dies ist insbesondere kostenaufwändigen technischen Umständen in gleicher Weise geschuldet wie notwendigen Voraussetzungen des sicheren Datenschutzes.

Solche gesetzlich umzusetzenden Maßnahmen der Digitalisierung werden nur Erfolg haben, wenn sie nicht zu Mehrkosten in den Praxen der Niedergelassenen führen. Im Sinne der für solche Maßnahmen erforderlichen Akzeptanz ist es zwingend erforderlich, wenn alle hierdurch entstehenden Aufwände in vollem Umfang erstattet werden.

3.3 UNSER ZIEL: EINE PLATTFORM FÜR ALLE SERVICES

KBV und KVen werden ihre digitale Kompetenz zum Nutzen der Ärzte und Patienten erweitern und die bisherigen Dienste der Termin- und Serviceplattform 116117 weiter ausbauen. Ziel ist eine umfassende, auch sektorenübergreifend nutzbare Plattform, die es unter anderem ermöglichen soll, ePA-Dokumente für Patienten bürokratiarm verfügbar zu machen. Es werden zudem patientenorientierte Dienstleistungen entwickelt, welche die Arzt-Patienten-Kommunikation und laufende Versorgungsprozesse mit modernen Mitteln steuern und unterstützen.

Hierzu fand ein Workshop der KV-Vorstände statt, in dem die Anforderungen für eine solche Plattform erarbeitet und formuliert wurden. Auf dieser Grundlage ist die Konzeptionierung der Plattform Gegenstand eines Ausschreibungsverfahrens, danach folgt die Umsetzung.



3.4 DEN ARZT IN DER VERSORGUNG DIGITAL UNTERSTÜTZEN

Nicht alle Patienten werden von der gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch machen, eine eigene elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen. Falls sie dies tun, gibt es als Folge der Wahlmöglichkeit, ob und welche Informationen sie dort einstellen, keine Gewähr dafür, dass die Informationen für den Behandler vollständig und ausgewogen sind. Aus ärztlicher Sicht ist eine fallbezogene, vollständige Sammlung aller behandlungsrelevanten Informationen hilfreich, trägt zu einem bestmöglichen Behandlungsergebnis und letztlich auch zu einem optimierten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen bei.

Das KV-System setzt sich daher dafür ein, zukunftsfähige Instrumente und Strukturen, die den Behandlungsprozess mit digitalen Informationen unterstützen, zu entwickeln. Hierzu gehören elektronisch gestützte ärztliche Kommunikationslösungen und weitere von den Ärzten benötigte Anwendungen. Ziel des

Engagements ist es, dass Ärzte untereinander eine behandlungsfall- und patientenbezogene Zusammenführung von behandlungsrelevanten Informationen für den raschen und unmittelbaren Austausch durchführen können, die mit der ePA des Patienten kompatibel ist und mit der Struktur und den Prozessen der Plattform unterstützt werden kann.

Bei den vom KV-System betreuten elektronischen Lösungen werden Ärzte und Psychotherapeuten durch begleitende, qualitätsgesicherte Services und Dienstleistungen, auch zum Abbau von administrativen Aufgaben, unterstützt:

- › Hinweise auf Medikationsunverträglichkeiten und -interaktionen,
- › Hinweise auf erforderliche Kontrolluntersuchungen,
- › Impfpfehlungen, die auf Basis der Analyse der elektronischen Lösungen generiert werden können,
- › weitere Anwendungen wie z. B. KI-gestützte Diagnose- und Entscheidungsassistenzsysteme.

Ziel des Engagements ist, dass die erhobenen Daten aus der Akut- und Notfallversorgung weiterverwendet werden können und eine medienbruchfreie Übergabe bereits erhobener und zur Mit- und Weiterbehandlung erforderlicher Daten, egal von welchem Erstkontakt, möglich ist. Apotheken, Krankenhäuser, Rettungsdienste etc. müssen diskriminierungsfrei angebunden werden können.

3.5 DIGITALE DIENSTE ZUM NUTZEN DER PATIENTEN UND ÄRZTE ENTWICKELN

Patienten erwarten heute wie in allen Lebensbereichen auch in der Gesundheitsversorgung digitale Dienstleistungsangebote. Daher werden die KBV und die KVen, aufbauend auf den Erfahrungen der Einrichtung von Terminservicestellen, im Rahmen der weiteren strategischen Ausrichtungen künftig auch weitere digitale Dienstleistungen entwickeln, beispielsweise:

- › Terminübersichten und Terminorganisation (Vermittlung von Einzel- oder Komplexterminen, z. B. zur konzertierten Abklärung durch mehrere Fachgruppen, Terminverschiebungen, Realtime Wartezeiteninformation, Terminabsagen),
- › Erinnerungen für Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen oder Impfungen.

Diese und weitere sinnvolle Angebote sollen auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden können, wenn der Patient hierzu sein Einverständnis erklärt.

Dabei werden gerade im Gesundheitsbereich kompetente Treuhänder gebraucht, die weder Daten kaufen oder verkaufen, noch gewinnorientierte Gebühren erheben oder Werbung schalten. Eine solche, von kommerziellen Interessen freie Treuhänder-Funktion will das KV-System gewährleisten. Übergeordnetes Ziel ist es, eine rein durch wirtschaftliche Interessen – ohne Rücksicht auf den Nutzen für den Patienten oder den Arzt – gesteuerte Umsetzung durch profitorientierte Unternehmen zu verhindern und dem Patienten eine vertrauenswürdige Informationsbasis für digitale Gesundheitsdienste zu schaffen.

Im Rahmen seiner hoheitlichen Aufgabenstellung – und auf Basis seiner umfassenden Expertise in der Digitalisierung von Abrechnungs- und Verordnungsprozessen – entwickelt das KV-System digitale Dienste und Strukturen für Ärzte und Patienten. Dabei bildet auch im digitalen Zeitalter das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis und dessen Schutz die Basis der ärztlichen Versorgung.

3.6 KV-SYSTEM ALS INITIATOR UND TREIBER DER VERSORGUNGSFORSCHUNG

Das KV-System sieht sich durch sein Know-how in der Lage, aktiv an einer stetigen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems mitzuarbeiten und dabei auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu übernehmen. Ziel ist es, aus den verschiedenen digitalen Anwendungen rechtssichere, qualitätsgesicherte Datengrundlagen aufzubauen und zu pflegen und sie anonymisiert für Forschungs-, Entwicklungs- und Prüfzwecke zur Verfügung zu stellen. Forschungsergebnisse und KI-Anwendungen können mithilfe der KVen und der KBV gegen die Echtdaten geprüft und bewertet werden. KBV und KVen bieten an, im hoheitlichen Auftrag die Versorgungsforschung von Anwendungen, basierend auf den gesammelten und geprüften gesundheitsbezogenen Daten, zu ermöglichen.

4 STABILITÄT DES SICHERSTELLUNGS-AUFTRAGS – AUCH IN KRISENZEITEN

4.1 SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG UND SELBSTVERWALTUNG

Der Sicherstellungsauftrag der KBV und der KVen für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland hat sich gerade auch in der COVID-19-Pandemie eindrucksvoll bewährt. 6 von 7 an COVID-19 erkrankten Menschen konnten ambulant behandelt werden. Das bedeutet, nur etwa ein Siebtel dieser Patienten bedurfte der stationären – und dann häufig auch einer intensivmedizinischen – Behandlung.

Mit der Behandlung dieses Anteils von COVID-19-Patienten in ambulanten Versorgungsstrukturen konnte erreicht werden, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser in Deutschland nicht an ihre Grenzen gelangten und keinem Patienten die Behandlung wegen Überlastung der stationären Strukturen verweigert werden musste. Die ambulante Ärzteschaft agierte als Schutzwall der Kliniken.

Ermöglicht wurde dies durch das anerkannt hochleistungsfähige deutsche Gesundheitssystem, auf dessen Basis eine funktionierende Selbstverwaltung rasch die Versorgungsstrukturen auf die Herausforderungen der Coronakrise ausrichten konnte. Im ambulanten Versorgungsbereich geschah dies insbesondere durch:

- › Extrabudgetäre Vergütung für alle COVID-19-Leistungen,
- › sofortige Etablierung separater Strukturen für die Durchführung von SARS-CoV-2-Testungen und Behandlung von COVID-19-Patienten,
- › eine mit dem Rückgang der Zahl der Neuinfektionen und mit der Ausstattung der Praxen mit ausreichender persönlicher Schutzausrüstung verbundene Rückführung dieser Strukturen in eine separate Behandlungsorganisation in den Praxen (Infekt-/bzw. Coronasprechstunden),
- › schneller Aufbau von Testkapazitäten im ambulanten Bereich mit einer weltweit deutlich höchsten Anzahl von SARS-CoV-2-Testungen,
- › engmaschiges Monitoring von COVID-19-Patienten.

4.2 MAßNAHMEN DER SICHERSTELLUNG IN DER CORONAKRISE – UND FÜR DIE ZUKUNFT

Das erfolgreiche Behandlungsmanagement in der Coronakrise beinhaltete die temporäre Veranlassung der Patienten, auf verschiebbare Behandlungen in Zeiten der rasanten Infektionsentwicklung zu verzichten. Temporär wurde mit den gesetzlichen Krankenkassen die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf telefonischem Weg für Patienten mit Atemwegserkrankungen ermöglicht. Gleichzeitig erfuhr die Videosprechstunde eine signifikante Steigerung des Angebots und der Inanspruchnahme. Beides diente dazu, die Praxen vorübergehend von Patientenbesuchen zu entlasten und Infektionsrisiken zu minimieren. Zwischenzeitlich konnten separate Versorgungsstrukturen für die Trennung von COVID-19-(Verdachts-)Fällen und Patienten der Regelversorgung aufgebaut sowie ausreichend persönliche Schutzausrüstung für die Praxen organisiert werden.

Zudem wurde die bundeseinheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 in einem erheblich stärkeren Umfang angewählt und dies auch zu Zwecken zunächst der Information und später des Corona-Behandlungsmanagements, für die sie eigentlich nicht ausgelegt war. Um diesem Informationsbedürfnis gerecht zu werden, wurde die Anzahl an Mitarbeitern in den Callcentern erhöht, ein Chatbot eingeführt und das Informationsangebot per Bandansage und im Internet verstärkt.

Insbesondere mit dem oben beschriebenen Ziel, dass sich die Arztpraxen und Versicherte schrittweise auf die Wiederherstellung der Normalsituation einstellen konnten, wurden weitere befristete Maßnahmen der Sicherstellung in der Coronakrise getroffen, wie z. B.:

- › Ausweitung der Abrechnungsmöglichkeiten für Beratungen per Video und Telefon,
- › Aussetzung der persönlichen Kontrolluntersuchungen und Schulungen von DMP-Patienten,
- › Aussetzung von Untersuchungsterminen beim Mammographie-Screening sowie Verlängerungen der Untersuchungszeiträume bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen,

- › Aussetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- › Sonderregelungen bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie weiteren veranlassten Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt,
- › Änderung der STIKO-Handlungsempfehlungen bezüglich der Pneumokokken-Impfung,
- › Verlängerung der ärztlichen Nachweispflicht für die fachliche Fortbildung um ein Quartal,
- › Erleichterungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Substitutionstherapien.

Die KBV wird einige dieser Maßnahmen evaluieren im Hinblick auf deren Effizienz und insbesondere auf eventuelle Verzichtbarkeiten der geltenden Regelungen. Dies wird sich vor allem auf bestehende Regelungen im Hinblick auf Bürokratie und unnötige Kontrollen beziehen.

Grundsätzlich – und bestätigt durch die Erfahrungen in der Coronakrise – hat sich die telemedizinische Versorgung als wichtiger Bestandteil der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung bewährt. Die Grundsätze der telemedizinischen Versorgung müssen daher in ihrer medizinischen Bedeutung sowie ihrer tragenden Funktion im Gefüge des Sicherstellungsauftrags vertiefend betrachtet werden.

4.3 FERNBEHANDLUNG AUF DER BASIS DER NEUEN BERUFSRECHTLICHEN MÖGLICHKEITEN

Die Telemedizin erlaubt neue Wege der Ferndiagnostik und -behandlung, die weit über die Videosprechstunde hinausgehen. Die berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Fernbehandlung wurden geschaffen. Der 121. Deutsche Ärztetag im Mai 2018 hat das ärztliche Fernbehandlungsverbot in der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte gelockert. Nach Umsetzung des Beschlusses durch die Kammern in die jeweilige Berufsordnung kann eine Fernbehandlung nun berufsrechtlich in Einzelfällen auch bei unbekanntem Patienten durchgeführt werden. Auch die Möglichkeiten zur psychotherapeutischen Fernbehandlung wurden in der Musterweiterbildungsordnung für Psychotherapeuten erweitert, beschlossen vom 33. Deutschen Psychotherapeutentag im November 2018. Eine psychotherapeutische Fernbehandlung kann demnach berufsrechtlich grundsätzlich durchgeführt werden, jedoch nur bei bekannten Patienten und, soweit der Beschluss durch die jeweiligen Kammern umgesetzt worden ist.

Dennoch nutzen bislang vergleichsweise wenige Praxen die Möglichkeiten der Telemedizin. Um die Videosprechstunde als eine wichtige Variante der Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren, wurden entsprechende Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner gefasst. Telemedizinische Leistungen umfassen jedoch künftig ein deutlich weiteres Spektrum der Ferndiagnose und -behandlung als ausschließlich die Videosprechstunde.

Priorität des persönlichen ärztlichen Ermessens

Dabei ist auch für neue, derzeit in Entwicklung befindliche Verfahren Voraussetzung, dass die Regelungen für die Durchführung der telemedizinischen Behandlung oder Diagnostik das persönliche Ermessen des Arztes bei der Einschätzung stärken, ob im Einzelfall eine ärztliche Untersuchung ausschließlich oder unterstützend telemedizinisch durchgeführt werden kann. Damit ist die Fernbehandlung unmittelbar mit der ärztlichen Einschätzung des zu untersuchenden Einzelfalls verbunden und muss durch eine vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Praxis durchgeführt werden. Gleichzeitig wird hierdurch der medizinischen Notwendigkeit Rechnung getragen, eine begonnene Fernbehandlung mittels persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt fortzusetzen.

Ausnahmen, bei denen die Fernbehandlung für bestimmte spezifische Untersuchungen und Behandlungen nicht durchgeführt werden kann, sind explizit zu benennen.

Die Praxisorganisation aufgrund des Angebotes von telemedizinischen Untersuchungen und Behandlungen muss weiterhin im Ermessen des Vertragsarztes beziehungsweise des Vertragspsychotherapeuten liegen, wobei ausschließlich telemedizinische Leistungen in der Praxisstruktur nicht überwiegen dürfen.

Das ärztliche Praxispersonal soll Formen der telemedizinischen Leistungsdurchführung in Abstimmung mit dem Arzt in geeigneter Weise unterstützen, z. B. über Videofallkonferenzen beim Hausbesuch eines Patienten durch einen nichtärztlichen Praxisassistenten.

Kein Erlaubnisvorbehalt für neue telemedizinische Leistungen

Neue telemedizinische Leistungen sollten nicht dem generellen Erlaubnisvorbehalt der vertragsärztlichen Versorgung unterliegen, sondern durch geeignete Verfahren schneller in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden können. Nur so kann der medizinische Fortschritt auch GKV-Versicherten ohne unnötigen Zeitverzug zugänglich gemacht werden.

4.4 VERGÜTUNGSSTRUKTUR TELEMEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Das KV-System begrüßt, dass per ärztlicher Fernbehandlung im Einzelfall ein ortsungebundener Patientenkontakt ermöglicht wird. Das KV-System stellt jedoch auch fest, dass nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt das komplette ärztliche Behandlungsspektrum durchgeführt werden kann. Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt wird daher „Goldstandard“ der ärztlichen Behandlung bleiben. Dies sollte sich auch in der Vergütung widerspiegeln.

Die Vergütungsstruktur telemedizinischer Diagnostik und Therapie hat zu gewährleisten, dass einerseits der „Goldstandard“ im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt bei Untersuchungen und Behandlungen abgebildet wird und andererseits ein ausreichender Anreiz gesetzt wird, das Angebot zur Fernbehandlung und Ferndiagnostik in der Patientenversorgung vorzuhalten und auszuweiten. Ist eine Leistung neben dem persönlichen Kontakt vollumfänglich telemedizinisch durchführbar, gilt der Grundsatz, dass für die gleiche ärztliche Leistung die gleiche Vergütung sachgerecht ist.

Im Hinblick auf die Versorgungssituation in ländlich geprägten Räumen, ist insbesondere die kombinierte Untersuchung und Behandlung per persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt und telemedizinischem Verfahren zu fördern.

Auch eine längerfristige ausschließliche Fernbehandlung nach Klärung des Krankheitsbildes ist durch die Vergütungsstruktur adäquat abzubilden. Hierfür ist eine Orientierung an der Vergütungssystematik, wie sie mit den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen im EBM abgebildet und unter Berücksichtigung der fachgebietspezifischen Behandlungsnotwendigkeiten für die Behandlung im Rahmen der Videosprechstunde bereits umgesetzt ist, anzustreben. Zusätzlicher Aufwand bei der Einführung und dem Betrieb künftiger telemedizinischer Verfahren in der Praxisorganisation ist zusätzlich zu vergüten und durch Anschubfinanzierungen zu fördern.

Die Berücksichtigung telemedizinischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ist fortlaufend zu prüfen und deren Vergütung weiterzuentwickeln.

4.5 WEITERENTWICKLUNG TELEKONSILIEN

Das KV-System begrüßt die Ausweitung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Ärzten im Rahmen von Telekonsilien. Die Rahmenvorgaben müssen die Datensicherheit und Qualität der Kommunikation innerhalb eines Sektors sowie sektorenübergreifend gewährleisten. Insbesondere die Anbindung von Kliniken wird in Befragungen immer noch als unzureichend herausgestellt und muss verbessert werden.

Die Vergütungsstruktur von Telekonsilien muss den ärztlichen, organisatorischen und technischen Aufwand der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten adäquat abbilden und die sektorenübergreifende Kooperation im Sinne des Patienten befördern.

4.6 ZUKUNFT DER TELEMEDIZINISCHEN VERSORGUNG ALS TEIL DES SICHERSTELLUNGS-AUFTRAGS

Die zwischenzeitlich definierten Leistungen und deren Vergütung können nur der Einstieg in eine eigenständige Vergütungsstruktur sein, die weiterentwickelt werden muss.

Die KBV und die KVen fordern, dass dieser Leistungsbereich als Teil der vertragsärztlichen Versorgung weiterentwickelt wird und damit dauerhaft Teil des Sicherstellungsauftrags des KV-Systems für die ambulante medizinische Versorgung bleibt.

5 ANLAGE: INVESTORENBETRIEBENE MVZ¹

Seit vielen Jahren bahnen sich immer mehr Investoren ihren Weg in die ambulante medizinische Versorgung. Ziel der Private-Equity-Gesellschaften ist es, durch den Kauf, die Restrukturierung und den Wiederverkauf von Einrichtungen der Patientenversorgung kapitalmarktgerechte Gewinne zu erwirtschaften. Um dies zu gewährleisten sind sie gezwungen, die Behandlung der Patienten vermehrt an ökonomischen Parametern auszurichten. Auch die Freiberuflichkeit als wesentlicher Grundpfeiler unseres Gesundheitssystems gerät durch diese Tendenz in Gefahr. Dies gilt umso mehr, da niederlassungswillige Ärzte mit den Praxisverkaufspreisen, die Investoren zu zahlen bereit sind, nicht mithalten können. Diese Kommerzialisierung bringt das Grundgerüst eines solidar-gemeinschaftlich organisierten Gesundheitswesens ins Wanken. Um diesen Entwicklungen zeitnah entgegenzuwirken, braucht es einen gesetzgeberischen Rahmen mit klaren Regelungen. Es braucht konkrete Maßnahmen der Politik, die die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen schützt, investorenbetriebene MVZ zur größtmöglichen Transparenz verpflichtet, deren marktbeherrschende Stellung verhindert und die ärztliche Freiberuflichkeit stärkt. Diese Maßnahmen sind unausweichlich, will man einerseits den unbestreitbaren Nutzen von MVZ sichern sowie andererseits den angesprochenen Gefahren, die von investorenbetriebenen MVZ für die Versorgung ausgehen können, effektiv begegnen. Wir fordern deshalb:

- › **„Transparenzpflicht“ eines MVZ:**
Dies kann durch ein neu zu schaffendes „MVZ-Transparenzregister“ bewerkstelligt werden und/oder eine entsprechende Anpassung der bereits von den KVen geführten Arztregister.
- › **Prüfung der Geeignetheit von MVZ durch die Zulassungsausschüsse**
- › **Verhinderung einer marktbeherrschenden Stellung investorenbetriebener MVZ:**
Dies bedeutet, dass auch im vertragsärztlichen Bereich die von Krankenhäusern gegründeten MVZ in einem Planungsbereich nur über einen bestimmten Prozentsatz der für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Arztsitze verfügen dürfen.
Zusätzlich bedarf es aber auch einer Beschränkung der MVZ-Gründungsbefugnis von Krankenhäusern in räumlicher Hinsicht. Neben planungsbereichsbezogenen Beschränkungen kommt es darüber hinaus genauso darauf an, die für MVZ bestehende Möglichkeit eines planungsbereichsübergreifenden Erwerbs von Arztstellen zu streichen und gleichzeitig sicherzustellen, dass ein MVZ nur in räumlicher Nähe befindliche Arztsitze erwerben darf. Schließlich ist eine Obergrenze für die Zahl der in einem MVZ tätigen angestellten Ärzte einzuführen.
- › **Stärkung der Freiberuflichkeit:**
Hier bedarf es einer vorrangigen Berücksichtigung niederlassungswilliger Ärzte in einem Praxisausschreibungsverfahren gegenüber allen übrigen Mitbewerbern, insbesondere MVZ, die Streichung der Möglichkeit für Vertragsärzte, auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung im MVZ verzichten zu können sowie die Streichung der Möglichkeit einer sogenannten „Konzeptbewerbung“ eines MVZ.

¹ aufgrund der hohen Relevanz für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und des KV-Systems wurde das Thema iMVZ nach Beschluss der Vertreterversammlung vom 17.09.2021 in das Papier KBV 2025 aufgenommen

Ihre Ansprechpartner:

Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Tel.: 030 4005-1060

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 170.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.