

BESCHLUSSÜBERSICHT DER DELEGIERTENVERSAMMLUNG DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. AM 17. UND 18. SEPTEMBER 2020 IN BERLIN

Weitere gemeinsame Anstrengungen in der Bekämpfung der Corona-Pandemie erforderlich – dringend zu schaffende Rahmenbedingungen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes fordern den Gesetzgeber, die Körperschaften und die Krankenkassen auf, die notwendigen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Bekämpfung der Corona-Pandemie auch im ambulanten Bereich erfolgreich weiter fortgeführt werden kann.

Zu den zu schaffenden Rahmenbedingungen gehören unabdingbar:

1. Endlich eine **Vereinfachung der Testbürokratie, der Zugriff auf zuverlässige Laborkapazitäten, eine unbürokratische und angemessene Honorierung – insbesondere auch für die Testung von infektiösen Patientinnen und Patienten**, denn diese bedürfen unserer intensiven und in Pandemiezeiten besonders aufwendigen Behandlung.
2. Eine **Priorisierung der Tests in den hausärztlichen Praxen** in folgender Reihenfolge
 - a. **Symptomatische Patientinnen und Patienten** - die Behandlung erkrankter Menschen ist und bleibt Kern unserer ärztlichen Tätigkeit. Alle folgenden Konstellationen können bzw. sollten, sofern die eigene Praxis ausgelastet ist oder das Labor keine Kapazitäten mehr zur Verfügung stellt, an die regionalen Teststrecken verwiesen werden.
 - b. **Kontaktpersonen von positiv getesteten Personen** - sofern die Gesundheitsämter vor Ort dies nicht eigenständig sicherstellen.
 - c. **Personal und Bewohner*innen von Heimen, Pflege- und medizinischen Einrichtungen** - diese Menschen bedürfen unsere besondere Zuwendung und sind in der Vergangenheit leider immer wieder vernachlässigt worden.
 - d. **Menschen, die aus Risikogebieten kommen.**
 - e. Darüber hinaus können Testungen im Einzelfall sinnvoll sein. Diese dürfen aber nicht dazu führen, dass o.g. Prioritäten vernachlässigt werden.
3. Die Umsetzung eines **Bonus für unsere MFAs / VERAHs** wie bei den Pflegekräften.
4. Die **telefonische Fernbehandlung „leichter Infekte“ mit einer Isolierung bzw. Krankschreibung für 5 bis 7 Tagen muss wieder ermöglicht werden**. Ggf. müssen - je nach Infektzahlen - die Testzentren auch für diese Patienten (wieder) geöffnet werden.
5. Der **zentrale Bezug von Schutzausrüstung** durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach bestimmten Versorgungskriterien muss gesichert sein.
6. **Multiplex-Testungen zu Lasten der Krankenkassen** müssen - bei entsprechender klinischer Symptomatik - ermöglicht werden (z.B. Influenza und CoVID-19 Test in einem Abstrich).

7. Je mehr das öffentliche Leben in diesem Herbst wieder in die Innenräume wandert, umso konsequenter sollten die **AHA-Regeln** weiter beachtet und die Bürgerinnen und Bürger durch entsprechende Informationskampagne daran erinnert werden.

Corona-Sonderbonus MFA

Die besonderen Leistungen von Mitarbeitenden in Hausarztpraxen während der Corona-Pandemie ist analog dem Corona-Sonderbonus in der Altenpflege mit einem angemessenen finanziellen Bonus zu würdigen. Dieser ist aus Steuermittel zu finanzieren.

Nationale Teststrategie

Die Bundesregierung wird aufgefordert, die nationale Teststrategie zu ergänzen. Die nationale Teststrategie soll um die Möglichkeit kostenfreier SARS-COV-2-Tests für medizinische Fachangestellte ergänzt werden. Medizinische Fachangestellte als Hochrisikogruppe im ambulanten Bereich sollen in der nationalen Teststrategie SARS-COV-2 Berücksichtigung finden.

Prävalenzerhebung

Die Delegiertenversammlung fordert die Bundesregierung auf, endlich repräsentative Stichproben zur Prävalenz von Sars-Cov-2-Infektionen in Deutschland zu erheben.

Keine Zwangsverpflichtung

Die Delegiertenversammlung weist die Bundesregierung darauf hin, dass unsere hausärztliche Aufgabe die Versorgung von Kranken ist. Wir wehren uns gegen jede Zwangsverpflichtung zur Pandemieabwehr, wenn dies zu Lasten der Versorgung der uns anvertrauten und vertrauenden Patient:innen geschehen müsste.

Zweite Versorgungsebene in Pandemiezeiten neben der Regelversorgung - Pandemie meistern heißt Hausärzte schützen

Der Deutsche Hausärzterverband fordert den Gesetzgeber auf, den Nationalen Pandemieplan (NPP) zu aktualisieren, finanzielle Mittel in ausreichendem Maße bereitzustellen und beim Aufbau der Logistik und Schutzmaßnahmen den Sachverstand der Hausärzte aus der Regelversorgung einzubinden.

Corona-Abstriche

Der Hausärzterverband möge das RKI, das BMG und die DEGAM auffordern, die Kriterien für die Corona-Abstrich-Indikation so zu modifizieren, dass eine Überlastung der ausführenden Hausarztpraxen ausgeschlossen wird.

Wir schlagen eine Testreduktion auf begründete Verdachtsfälle oder ärztlich begründete Indikationen vor (z. B. Arbeiten im medizinischen Bereich, Rückkehr aus Risikogebiet).

Außerdem fordert der Hausärzterverband die o. g. Institutionen auf, die wissenschaftliche Evidenz der Teststrategie zu überprüfen.

Telefon AU ohne weitere Bürokratie

Der verantwortungsvolle Umgang mit der Telefon AU durch Hausärzte und Patienten ist in der Pandemie-Situation mittlerweile bewiesen. Täglich wechselnde und regional aufsetzende Bestimmungen, wie sie sich der G-BA vorstellt und beschlossen hat, sind im Praxisalltag gerade bei der arbeitsrechtlich wichtigen Begutachtung nicht einzuhalten.

Die Telefon AU ist aus Sicht der Hausärzte wieder uneingeschränkt und dauerhaft zu ermöglichen.

IT-Sicherheitsrichtlinie für (Haus-) Arztpraxen

Der Vorstand des Deutschen Hausärzterverbandes wird beauftragt, Kontakt zur Bundesregierung aufzunehmen, um Einfluss auf die geplanten staatlichen Vorgaben zur Digitalisierung und zum Datenschutz in den Praxen zu nehmen.

Derzeit befinden sich die geplante IT-Sicherheitsrichtlinie sowie die Vorgaben zur Telematikinfrastruktur noch in Abstimmung zwischen BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) und KBV.

Feststellung der Fristverletzung gemäß § 291f SGB V

Die Delegiertenversammlung hat festgestellt, dass die sicheren Kommunikationsdienste nach § 291b Abs. 1e SGB V rechtzeitig für die Arztpraxen zur Verfügung stehen müssen. Der Vorstand der KBV wird aufgefordert, die Gematik aufzufordern, eine verbindliche Aussage zur Verfügbarkeit der KIM-Dienste zu treffen.

e-Health-Konnektor

Um der seitens der Industrie verschuldeten zeitlichen Verschiebung Rechnung zu tragen, muss der Zuschlag (60 EUR) zur Pauschale zur Finanzierung des Konnektor-Updates auf den eHealth-Konnektor analog der Einführung der eAU bis zum 30.09.2021 verlängert werden.

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern alle Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Hausärzterverbandes in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf, durch entsprechende Antragsverfahren und Beschlussvorlagen z.B. in Vertreterversammlungen, Hauptausschüssen, Beratenden Fachausschüssen usw. sich für die Verlängerung einzusetzen.

Der Geschäftsführende Vorstand wird gebeten, diese Linie bei EBM-Regelungen gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen öffentlich zu kommunizieren und Änderungen einzufordern.

Vollständige Kostenerstattung für IT-Sicherheit

Die DV fordert die vollumfängliche Erstattung aller mit der IT-Sicherheit verbundenen Kosten aufgrund von Sicherheitsvorgaben. Außerdem wird eine praxistaugliche Definition der IT-Sicherheitsrichtlinien eingefordert, die einerseits die Sicherheit angemessen darstellt, andererseits den Aufwand auch für kleinere und mittlere Praxisstrukturen abbildbar macht.

Förderung der Finanzierung der Digitalisierung und IT Sicherheit bei Hausärzt*innen

Der Deutsche Hausärzterverband fordert den Gesetzgeber auf, dass die Digitalisierung der Hausarztpraxen in vergleichbarer Höhe gefördert wird wie in Krankenhäuser. Wer Digitalisierung will, der soll auch die Kosten für die Folgetechnologie bereitstellen und diese nicht der Patientenversorgung entziehen.

Finanzierung zusätzlicher stationärer Kartenterminals

Die TI-Finanzierungsvereinbarung zwischen KBV und GKV-SV sieht vor, dass zusätzliche stationäre Kartenterminals in den Arztpraxen finanziert werden. Dabei richtet sich die Zahl der finanzierten Terminals je Arztpraxis richtigerweise nach der Zahl der Behandlungsfälle und schafft somit für Praxen mit mehr Patient*innen die Möglichkeit, zusätzliche Terminals zu finanzieren. Allerdings werden zur Ermittlung der Fallzahlen die Quartale 3 und 4 des Jahres 2016 und die Quartale 1 und 2 des Jahres 2017 der jeweiligen Praxen herangezogen. Für Neupraxen gilt der Fachgruppendurchschnitt dieser Quartale.

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern alle Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Hausärzterverbandes in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf, durch entsprechende Antragsverfahren und Beschlussvorlagen z.B. in Vertreterversammlungen, Hauptausschüssen, Beratenden Fachausschüssen usw. eine Anpassung der Regelung zur Finanzierung von zusätzlichen stationären Kartenterminals aus der TI-Finanzierungsvereinbarung auf Basis des jeweils aktuell vorliegenden Quartals bei der Ermittlung der Fallzahlen einzufordern. Dabei sollen auch die HZV-Patienten bei der Fallzahlzählung berücksichtigt werden und die Corona-Quartale nicht mit in den Vorjahresquartalsbezug eingerechnet werden.

Der Geschäftsführende Vorstand wird gebeten, diese Linie bei EBM-Regelungen gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen öffentlich zu kommunizieren und Änderungen einzufordern.

Sicherung der Patientenversorgung durch Ersatzverfahren

Die Einführung neuer elektronischer Übermittlungsverfahren ist mit Unwägbarkeiten durchsetzt und mit fehlenden Sicherheitsrollbackoptionen gekennzeichnet, die - wie kurz nach Markteinführung bereits erlebt - zu einem Komplettausfall führen können. Um die Patientenversorgung jederzeit lückenlos gewährleisten zu können, fordert die Delegiertenversammlung zu jedem elektronischen Übertragungsformat ein Ersatzverfahren, das alternativ, sanktionsfrei und dauerhaft genutzt werden kann.

Mängel am Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)

Die Delegierten fordern den Bundesvorstand auf, die Umsetzung des PDSG zu beobachten und eventuellen Fehlentwicklungen entgegenzusteuern.

Verkauf von Arztsitzen an Firmen oder Finanzinvestoren

Der Vorstand des Deutschen Hausärzterverbandes wird beauftragt, durch geeignete Maßnahmen daraufhin zu wirken, dass der Verkauf von Arztsitzen an Firmen oder Finanzinvestoren bundesweit weiter eingeschränkt wird.

MVZ-Gründungen – Mehr Transparenz, höhere Beschränkung der Gründungsbefugnis und stärkere Berücksichtigung von niederlassungswilligen Ärzt*innen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes bitten den Geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Hausärzteverbandes, auf den Gesetzgeber dahingehend einzuwirken, dass noch im Jahr 2020 durch entsprechende gesetzliche Regelungen sichergestellt wird, dass

1. ein MVZ – Transparenzregister eingeführt wird,
2. Vertragsärzte über die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ Trägergesellschaft verfügen bzw. alle Entscheidungsstrukturen einer MVZ-Trägergesellschaft in Händen von Vertragsärzten liegen,
3. jedenfalls die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern wie bei den Zahnärzten auch für Ärzte-MVZ beschränkt wird und
4. niederlassungswillige Ärzte gegenüber sog. Konzeptbewerbungen von MVZ vorrangig zu berücksichtigen sind.

DHÄV und Tochtergesellschaften und Maßstäbe an Kooperationspartner

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes fordern den Geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Hausärzteverbandes auf, alle (eigene und die von Tochterorganisationen) Kooperationspartner und -projekte daraufhin zu prüfen, ob diese Kooperationspartner und -projekte Interessen an der Etablierung sektorenübergreifender Wertschöpfung haben bzw. das Eindringen in den hausärztlichen Versorgungsbereich durch Kapitalkonzerne oder privatwirtschaftlich organisierte, nichtärztliche Gesellschaften planen. Solche Kooperationen oder Projektzusammenarbeit soll in keinem Fall stattfinden bzw. bestehende umgehend beendet werden.

Hierfür ist jeweils eine sorgfältige Prüfung in jedem Einzelfall nötig.

Dies gilt auch für Projekte von Krankenkassen, die z.B. den Ausbau / die Etablierung von eigenständigen ärztlichen Behandlungen im Rahmen von 140er-Verträgen anbieten.

Antragsregister

Die Anträge, die bereits in die Delegiertenversammlung eingebracht und abgestimmt wurden, werden in ein Antragsregister übertragen. In diesem wird das Abstimmungsergebnis dokumentiert, der Bearbeitungsstand aktuell gehalten und schließlich das endgültige Ergebnis vermerkt.

Das Antragsregister kann von den Bundesdelegierten online jederzeit eingesehen werden.

Medikamentensicherung

Der Deutsche Hausärzteverband fordert die Bundesregierung auf, jetzt und in Zukunft die Versorgung der Patienten/Bevölkerung mit medizinisch notwendigen lebensnotwendigen Medikamenten sicherzustellen und eine dauerhafte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Aus diesem Grund wird die Bundesregierung aufgefordert, die pharmazeutischen Produktionsstandorte für wichtige Medikamenten in Deutschland und Europa auf ihre Leistungsfähigkeit und ihr Port-

folio zu überprüfen und in einem zweiten Schritt die Produktion und die Standorte so zu unterstützen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Medikamenten langfristig sichergestellt ist.

Rahmenvertrag nach Paragraf 132 d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)+

Der Deutsche Hausärzteverband fordert eine Überarbeitung des vorliegenden Entwurfs eines Rahmenvertrages zur SAPV unter Einbindung des Deutschen Hausärzteverbandes und der hausärztlich tätigen Palliativmediziner.

Keine Mindestvorgaben von Patienten bei Honorierung der NÄPA-Leistungen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes fordern die KBV und den BA auf, die Vorgabe von einer Mindestanzahl von Patienten für die Honorierung der NÄPA-Leistungen auszusetzen und nach Möglichkeit ganz abzuschaffen.

Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa)

Mit der Einführung der Nichtärztlichen Praxisassistenten folgte der EBM dem Vorbild der HZV-Verträge für die Regelversorgung. Dabei fordert der Bundesmantelvertrag jedoch, dass die NÄPas mindestens 20 Wochenstunden in der Arztpraxis angestellt sind. Dieser arbiträre Grenzwert berücksichtigt jedoch nicht die Lebenswirklichkeit vieler Praxisassistent*innen, die oft mit weniger als 20 Wochenstunden tätig werden wollen. Praxen mit solchen MFA können aktuell, trotz ggf. vorliegender aufwändiger Qualifikationen, keine Vergütung für die MFA erhalten und diese nicht in der Versorgung einsetzen.

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes fordern alle Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Hausärzteverbandes in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf, durch entsprechende Antragsverfahren und Beschlussvorlagen z.B. in Vertreterversammlungen, Hauptausschüssen, Beratenden Fachausschüssen usw. eine Anpassung oder gar vollständige Streichung der Vorgaben der Wochenarbeitsstunden der NÄPa zu erwirken.

Der Geschäftsführende Vorstand wird gebeten, diese Linie bei EBM-Regelungen gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen öffentlich zu kommunizieren und Änderungen einzufordern.

Budgetierung der Gesprächsziffer 03230

Mit Sorge beobachtet der Hausärzteverband die Entwicklungen des EBM.

Die Stärkung der sprechenden Medizin in der hausärztlichen Versorgung, durch die Einführung der Gesprächsziffer 03230 (Problemorientiertes ärztliches Gespräch), wurde bereits bei ihrer Einführung durch eine Budgetierung dieser Leistung (maximal die Hälfte aller Patient*innen einer Praxis) konterkariert. Mit den neuen Regelungen zur extrabudgetären Vergütung von Fällen auf Vermittlung der Termin-Service-Stellen (TSS-Fälle) sowie von Fällen im Rahmen der Corona-Pandemie werden die Widersprüchlichkeiten jedoch auf die Spitze getrieben. Auch für diese beiden Fallkonstellationen (TSS-

und Corona-Fälle) werden die Ziffern 03230 nur budgetiert angerechnet. Dies widerspricht klar den Anforderungen des Gesetzgebers, diese Fälle vollständig extrabudgetär zu vergüten.

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern alle Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Hausärzterverbandes in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf, durch entsprechende Antragsverfahren und Beschlussvorlagen z.B. in Vertreterversammlungen, Hauptausschüssen, Beratenden Fachausschüssen usw. die vollständige extrabudgetäre Vergütung dieser Fälle zu verhandeln.

Der Geschäftsführende Vorstand wird gebeten, diese Linie bei EBM-Regelungen gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen öffentlich zu kommunizieren und Änderungen einzufordern.

Stärkung der Gesundheitskompetenz

Die Kultusministerkonferenz wird aufgefordert dafür Sorge zu tragen, dass das Fach Gesundheitskompetenz in den Bildungsplänen der jeweiligen Bundesländer verpflichtend verankert wird.

Wir fordern die Bestrebungen zu intensivieren, die darauf abzielen eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung mit Unterstützung der Hausärzteschaft zu erreichen beispielsweise durch Kooperationen mit den Kultus- und Sozialministerien, Modelltage an Schulen und Unterrichtsmodulen und den regionalen Gesundheitskonferenzen.

Gewalt gegen Frauen

Die Bunderegierung wird aufgefordert, endlich einen nationalen Aktionsplan gegen geschlechtsspezifische Gewalt in der Gesellschaft vorzulegen, der für alle betroffenen Ministerien überprüfbare Ziele, Zeitschienen und Verantwortlichkeiten festlegt. Die Istanbul Konvention muss endlich konsequent umgesetzt werden.

Der Hausärzterverband soll über seine Fortbildungsorganisation das IHF niedrigschwellige Fortbildungsangebote für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Teams zum Erkennen, Behandeln, Verhüten und Dokumentieren von häuslicher Gewalt anbieten.

Pflegepersonalstärkungsgesetzes / MFA

Der Vorstand des Hausärzterverbandes wird aufgefordert, die Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes auf die Arbeitsmarktsituation unserer MFAs nicht aus den Augen zu verlieren.

Es gibt deutliche Anzeichen, dass die Krankenhäuser vermehrt MFA beschäftigen, deren Vergütung, da sie als Pflegekräfte eingestuft werden, zu 100% von den Krankenkassen übernommen werden.

Da die MFA Ausbildung im Wesentlichen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte erfolgt, und wir für unseren eigenen Bedarf ausbilden, ist dies im Wettbewerb um angestellte MFAs ein erheblicher Nachteil.

Es wird angeregt, hierzu Daten zu erheben und auf den Gesetzgeber einzuwirken, diese Unwucht im Arbeitsmarkt mit geeigneten Mitteln zu beheben und die niedergelassenen Praxen in die Lage zu versetzen, ihre MFAs besser zu vergüten.