

BESCHLUSSÜBERSICHT DER DELEGIERTENVERSAMMLUNG DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. AM 26. UND 27. SEPTEMBER 2019 IN BERLIN

12 Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit

Die Delegiertenversammlung unterstützt die nachfolgenden 12 Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit und bittet den Geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Hausärzteverbandes, diese Forderungen offensiv und öffentlichkeitswirksam gegenüber Politik, Körperschaften und Kassen in die gesundheitspolitische Diskussion einzubringen und zu vertreten sowie im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren durch entsprechende Anträge und Stellungnahmen auf die Um- und Durchsetzung dieser Forderungen zu drängen.

12 Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit

Die deutsche Gesundheitspolitik wird aktuell weitgehend von dem Prinzip „so viel öffentlichkeitswirksam wie möglich“ geprägt. Und das egal, wie unsinnig die Folgen auch sein werden. Prägnante Beispiele hierfür sind die Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) auf den hausärztlichen Bereich. Ein gutes Gesundheitssystem sollte aber im Kleinen wie im Großen anders funktionieren:

„So wenige Regularien wie möglich, nur so viele wie unbedingt nötig.“

Das ist nicht nur das erfolgversprechendste Wirkprinzip einer umfassenden medizinischen Heilbehandlung, sondern dieses Prinzip muss auch für externe Eingriffe durch Politik und Krankenkassen in die Arzt-Patienten-Beziehung gelten.

Nur durch eine nachhaltige und tief verankerte Umsetzung dieses Prinzips wird die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland den aktuellen und künftigen Anforderungen entsprechend gestaltet werden können und leistungsfähig und finanzierbar bleiben.

Um dies zu erreichen, bedarf es in einigen Punkten dringend eines Umsterns und in anderen Punkten einer viel konsequenteren Umsetzung bekannter und bewährter Ansätze.

Der Deutsche Hausärzteverband will mit seinen 12 Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit eine Diskussion anstoßen, die weg von aktionistischer gesetzgeberischer Effekthascherei hin zu nachhaltigen Verbesserungen für alle im Gesundheitswesen tätigen und handelnden Personen und Gruppen sowie den Patienten führt.



1. Förderung der sprechenden Medizin in der Hausarztpraxis

Die gute und richtige Entscheidungsfindung in der Medizin sowie die Heilbehandlung an sich bedürfen in vielen Fällen insbesondere Zeit und aktiv zuhörende Gespräche. Bisher waren die Aussagen zur Förderung der sprechenden Medizin nur Lippenbekenntnisse. Die **umgehende auch honorartechnische Förderung der sprechenden Medizin in allen Bereichen** muss umgehend und spürbar erfolgen. Dazu gehört auch die **Förderung von „Shared decision making“**.

2. Weiterentwicklung und nachhaltige Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) als freiwilliges Primärarztsystem

Sowohl für chronisch erkrankte Menschen als aber auch für bisher grundsätzlich gesunde Menschen mit einzelnen Symptomen muss die hausärztliche Praxis regelhaft der Ort der medizinischen Versorgung sein. Die Umsetzung dieses Prinzips erfolgt schon jetzt in der **Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)**. **Die HZV als eigenständiger Bereich und freiwilliges Primärarztsystem ist weiter auszubauen und zu stärken, da die HZV – wissenschaftlich belegt - in der Patientensteuerung bereits heute nachweisbare Erfolge aufzuweisen hat.** Folgerichtig müssen weitere Anreize durch ein einfaches und unbürokratisches Bonussystem geschaffen werden. Nur so kann eine sinnvolle, dem Bedarf angepasste und qualitativ hochstehende Patientensteuerung gelingen.

3. Bedarf bestimmt die Versorgungsebene und nicht ein subjektives Bedürfnis

Das Ziel muss sein: Der medizinische Bedarf bestimmt die zu wählende bzw. erforderliche Versorgungsebene und nicht ein subjektives Bedürfnis - dies gilt vor allem für den allgemeinen Bereitschaftsdienst und den sogenannten Notfalldienst. Weder das Bedürfnis von Patienten noch die Kapitalinteressen von Anbietern dürfen die medizinische Versorgung steuern. Dazu bedarf es auch keiner weiterer Partner in der Sicherstellung. Alle Patienten außerhalb der vitalen Notfälle haben ein standardisiertes Triage-System im Bereitschaftsdienst / Notfalldienst zu durchlaufen bzw. sollen an einem „gemeinsamen Tresen“ der entsprechenden Versorgungsebene zugeführt werden. **Wählt der Patient ungesteuert außerhalb der Bereitschaftsdienstzeit den direkten Weg in eine Notfalleinrichtung, soll eine Gebühr von 30 € fällig werden.**

4. Sofortige und nicht nur verbale Stärkung aller bisher im Gesundheitswesen zentralen Berufsbilder durch mehr Honorar und Selbstbestimmung

Dringend erforderlich ist die sofortige und nicht nur verbale Stärkung aller bisher im Gesundheitswesen zentralen Berufsbilder (Ärztinnen und Ärzte, qualifizierten Medizinische Fachangestellte, in der Pflege arbeitende Personen, Heilmittelerbringer etc.) durch eine umfassende Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Gehaltssituation sowie mehr Wertschätzung und Selbstbestimmung. Eine Weiterentwicklung der Arbeitsteilung im hausärztlichen Bereich erfolgt im Delegationsprinzip. Das Entstehen „künstlicher“ neuer Versorgungsbereiche durch



neue Berufsbilder wird lediglich neue Schnittstellenprobleme und damit mehr Probleme schaffen als lösen. Eine Substitution hausärztlicher Tätigkeit ist auszuschließen.

5. Ambulant vor stationär

Dass in weiten Teilen zunehmend verunsicherte und teils auch immer mehr getriebene Patienten im Krankheitsfall auf schnelle Abhilfe im Krankenhaus hoffen, mag sozialpsychologisch erklärbar und emotional verständlich sein, aber sinnvoll ist es außer in schweren Notfällen sicherlich nicht. Gleichzeitig werden die Herausforderungen im Gesundheitswesen durch den zunehmenden Fachkräftemangel und sinkende Ressourcen immer größer. Die Zunahme multiresistenter Keime ist hierzu ein signifikantes Beispiel. **Deshalb muss das individualisierte Drängen in Kliniken ein Ende haben und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ uneingeschränkt gelten.**

6. Terminservicestellen gefährden Versorgung chronisch Kranker

Terminservicestellen konterkarieren die durch die HZV nachgewiesenermaßen leistbare sinnvolle Patientensteuerung und lösen Honorar für Akutfälle aus, das in der Versorgung chronisch Kranker fehlt.

7. Versorgungseinheiten / MVZ müssen begrenzt werden

Kooperative Zusammenarbeit kann medizinische Versorgung unzweifelhaft verbessern und die hausärztliche Tätigkeit für den Nachwuchs attraktiver machen. Es gilt aber auch: Je größer die Versorgungseinheiten / das MVZ, desto größer ist die interne (wirtschaftliche) Fragilität, sowohl für die Kooperation an sich als auch für die entsprechende Versorgungsregion. **Wo das Primat von Kapitalinteressen herrscht, fehlt es systembedingt an der nötigen ärztlichen Fürsorge.** Deshalb müssen Versorgungseinheiten / MVZ in ihrer Größe unabdingbar begrenzt sein. Dabei könnte sich eine Zulassungsbegrenzung von Versorgungseinheiten / MVZ nach der Zeit und nach der Menge der zu behandelnden Patientinnen und Patienten richten. Keinesfalls darf in einer Planungsregion eine Kooperation jedoch Systemrelevanz erreichen. Es muss stets eine besondere Prüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrags erfolgen und Haftung und Pflichten dieser größeren Organisationseinheiten dürfen sich nicht von denen einer Einzelpraxis oder einer BAG unterscheiden.

8. Regresse: nein! Klare, transparente und medizinisch nachvollziehbare Regeln vorab: ja!

Es bleibt weiterhin unabdingbar, versorgungspolitische Anreize zu schaffen und die **medizinische Überversorgung einzugrenzen**. Hierzu bedarf es auch einer engen Kooperation mit den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin.

9. Impfen mehr fördern

Die Förderung der Bereitschaft in der Bevölkerung, sich mehr als aktuell impfen zu lassen, bedarf unbedingt einer **honorierten Impfberatung**, ohne dass diese Beratung im Zusammenhang mit einer Impfung erfolgen muss, um eine Honorierung auszulösen.



**10. Aktives Handeln gegen Lieferengpässe bei Medikamenten und Impfstoffen /
Aufbrechen Entwicklungsverweigerung auf dem Gebiet neuer Antibiotika**

Lieferengpässe bei Medikamenten und Impfstoffen gefährden die Gesundheit vieler Menschen zukünftig weitaus mehr, als etliche der vermeintlichen Probleme, die derzeit diskutiert werden. Die Weigerung fast aller großen Pharmafirmen, weiter in die Entwicklung neuer Antibiotika zu investieren, ist skandalös und muss durch gesetzgeberisches Handeln sanktioniert werden. Erforderlich ist ein aktives Handeln der Politik gegen die zunehmenden Lieferengpässe bei Medikamenten und Impfstoffen sowie ein Aufbrechen der Verweigerungshaltung der Pharmaindustrie bei der Entwicklung neuer Antibiotika. Erforderlich ist eine gesetzliche Regelung zur verpflichtenden Qualitätskontrolle bei der Einfuhr von Wirkstoffen und Fertigarzneimitteln.

11. Rahmenbedingungen für Telemedizin richtig setzen

Telemedizin als Arbeitserleichterung für die hausärztlichen Praxen und zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Patientenversorgung findet unsere explizite Unterstützung und muss den gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes entsprechen. Behandlungssysteme per Künstlicher Intelligenz (KI) und Gesundheits-Apps bedürfen – wie Medikamenten auch - **strengster Regeln in der Zulassung** und müssen, wenn diese eingesetzt werden sollen, vorab einen Wirknachweis erbracht haben. **Für Krankenkassen darf keine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, Gesundheits-Apps zu verordnen.** Für die Entwicklung von Apps und Telemedizin dürfen keine Versichertengelder im Vorweg-Abzug im alleinigen Ermessen der Krankenkassen und ohne Einbeziehung ärztlichen Sachverständs eingesetzt werden. Die Innovationsführerschaft und Versorgungsverantwortung in der digitalen Versorgung darf nicht einzig und allein den Kassen übertragen werden.

12. Faktenboxen schaffen

Für alle Therapien, die durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erstattet werden, müssen verpflichtend sogenannte Faktenboxen etabliert und in allen Leitlinien verpflichtend verankert werden. **Relative Signifikanz bei der Wirkung von Therapien bedeutet oft leider auch relativ wenig an Wirkung.** Deshalb muss die eigentlich von den Therapien zu erwartende Wirkstärke Behandler und Patienten transparent gemacht werden.

HZV als freiwilliges Primärarztssystem funktioniert

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes lehnen den Vorschlag des KBV-Vorstandes ab, die Hausarztzentrierte Versorgung in das Kollektivvertragssystem zu überführen.



Keine Entkopplung der Diagnosen von der Kodierung

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern den Deutschen Bundestag auf, von der Regelung im Fairen Kassenwahlgesetz (FKG)

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig, auch wenn sie vor dem [einsetzen: Tag des Inkrafttretens] zustande gekommen sind; die Pflichten der Leistungserbringer gemäß § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleiben unberührt.“

abzusehen.

Programmkostenpauschale nicht streichen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern den Deutschen Bundestag auf, die Regelung im FKG, dass die Ausgaben der Kassen für die Programmkostenpauschale von DMP nicht mehr ausgleichsfähig im Rahmen des Morbi-RSA sein soll, zu streichen.

Masterplan 2020 endlich umsetzen

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. fordert die schnelle Umsetzung des im März 2017 beschlossenen *Masterplan Medizinstudium 2020*. Der mit den Beschlüssen verbundene Finanzierungsvorbehalt darf die Umsetzung nicht weiter aufhalten, sondern es muss eine politische Entscheidung geben, die den Weg zur Umsetzung freimacht.

Kein Mehraufwand bei der elektronische AU

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern den Deutschen Bundestag auf, bei der Einführung der elektronischen AU darauf zu achten, dass kein, den Praxisalltag belastenden, bürokratischer Mehraufwand für Hausärzte anfällt und eine direkte Anbindung der Arztpraxen an die Krankenkassen ausgeschlossen ist.

Keine Versorgungssteuerung durch Krankenkassen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern den Deutschen Bundestag auf, darauf zu achten, dass innerhalb der Neuregelungen zum Digitalen Versorgungsgesetz (DVG) keine Patientensteuerung über Gesundheitsanwendungen (Apps) durch die Krankenkassen stattfinden wird. Zudem ist es erforderlich, dass Gesundheitsanwendungen nicht die Koordination und Dokumentation in der Hausarztpraxis beeinträchtigen.



Mehrfachverordnungen gefährden Patientensicherheit

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes lehnen die im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken verankerte Erlaubnis zum Ausstellen von „Wiederholungsrezepten“, mit denen sich chronisch-krankte Patienten das Rezept mehrfach in der Apotheke - ohne zwischenzeitlich den Arzt zu sehen - aushändigen lassen können, aus Gründen der Patienten- und Arzneimittelsicherheit ab.

Ablehnung des Physician Assistant im hausärztlichen Bereich

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, ihre Aktivitäten zur Erstellung einer Anlage zum Bundesmantelvertrag, die das Tätigwerden von Physician Assistant (Arztassistent) in der hausärztlichen Versorgung regelt, zu beenden und die Initiative des Deutschen Hausärzterverbandes zu unterstützen, für die VERAHS einen akademischen Abschluss zu etablieren.

Keine Deprofessionalisierung im hausärztlichen Versorgungsbereich

Der Bundesvorstand wird aufgefordert, die im kollektivvertraglichen Bereich zu beobachtende Tendenz, immer neue diagnosespezifische **abrechnungsrelevante Fortbildungsverpflichtungen** einzuführen, zu unterbinden und daraufhin zu wirken, dass der Kompetenzerhalt durch eine strukturierte hausärztliche Fortbildung ersetzt wird (z. B. IHF oder BHAEV).

Die im Kollektivvertrag vorgesehene Fortbildungspflicht von 250 Stunden / 5 a wird in den letzten Jahren zunehmend durch diagnosegebundene Fortbildungspflichten als Abrechnungsvoraussetzung immer mehr sinnfrei zergliedert (z.B. 40h Palliativfortbildung/5a, DMP Asthma 20h/5a, DMP COPD 20h/5a, DMP KHK 20h/5a, DMP Diabetes 20h/5, nun bald DMP Herzinsuffizienz, Rückenschmerzen, Depression, Osteoporose, usw.).

Dies ist zum einen völlig überzogen, zumal es hier etliche Überlappungen gibt. Vor allem aber ist zu befürchten, dass durch diese Regelung in absehbarer Zeit für Fortbildungen in anderen hausarztrelevanten Themenbereichen keine zeitliche Kapazität mehr zur Verfügung steht und uns damit mittelfristig in diesen Bereichen die Kompetenz verloren geht. In Folge ausbleibender Kompetenzerhaltung kann der Generalist nicht mehr seinen Arbeitsauftrag erfüllen.

Förderung von Inhabergeführten Hausarztpraxen

Die Bundesdelegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert eine Förderung von inhabergeführten Praxen mit überwiegend selbstständig arbeitenden Ärzten.

