

## Inhalt

1. Digitalisierung .....	1
2. Entbürokratisierung.....	2
3. Delegation und Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen.....	3
4. Ambulant vor stationär .....	3
5. Ambulante Akut- und Bereitschaftsdienstversorgung .....	4
6. Nachwuchssicherung .....	4
7. Verhinderung von iMVZ im ambulanten Bereich.....	5
8. Neugestaltung der ärztlichen und psychotherapeutischen Honorierung.....	6
9. Wirtschaftlichkeitsprüfung und Regresse .....	6

## Präambel

*Die Freie Allianz der Länder-KVen (FALK) wurde im Jahr 2011 von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Bayerns, Baden-Württembergs, Hessens und Mecklenburg-Vorpommerns gegründet. Bis heute haben sich der Allianz vier weitere KVen – Westfalen-Lippe (KVWL), Saarland (KVS), Rheinland-Pfalz (KV RLP) und Nordrhein (KVNo) – angeschlossen.*

*Mit den acht beteiligten KVen vertritt FALK nun mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten – und damit rund 111.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland.*

*FALK ist es ein wichtiges Anliegen, dass bei gesundheitspolitischen Entscheidungen und Maßnahmen auch jeweils die ärztliche sowie die regionale Perspektive mitgedacht wird. Nur wenn es den Praxen gut geht und Maßnahmen in der Realität auch umsetzbar sind, profitiert am Ende auch der Patient.*

*Somit ist FALK ein wichtiges Korrektiv zu bestehenden Zentralisierungstendenzen, damit die Umsetzung bundespolitischer Vorgaben auch in den einzelnen, strukturell oftmals sehr verschiedenen Bundesländern nachhaltig funktionieren kann. FALK agiert demnach zum Wohle der Patienten in Deutschland.*

## 1. Digitalisierung

Die FALK-KVen sowie die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sehen in der verantwortungsvollen Digitalisierung des Gesundheitswesens ein großes Potenzial. Insbesondere die Schaffung anwenderfreundlicher digitaler Verfahren zur besseren Kommunikation zwischen Versorgungsebenen, kann beim Erreichen des Ziels der Entbürokratisierung ärztlicher Arbeit eine große Katalysatorwirkung entfalten. Auch in der Vereinfachung digitaler Dokumentationsverfahren liegt eine große Chance. Dementsprechend offen stehen wir der Digitalisierung des Gesundheitswesens gegenüber. In diesem Prozess muss jedoch die ärztliche Perspektive, vielmehr als bisher, mitgedacht werden. Wir fordern deswegen, dass die Praxen frühzeitig in konkrete Planungen und auch in die Testphasen weitere Digitalisierungsschritte eingebunden

werden, die aber erst dann implementiert werden dürfen, wenn Testphasen erfolgreich abgeschlossen wurden, und Hard- und Software in der ganzen Prozesskette und im Praxis- sowie Patientenalltag funktionieren.

Aufgrund des derzeitigen Unmuts unserer Mitglieder über die mit Strafen eingeführte Digitalisierung sollte der nächste Bundestag ein Umsetzungsmoratorium verhängen. Die Zeit des Moratoriums sollte genutzt werden, um derzeit bestehende technische Fehler zu beheben. Funktionierende Technik wird auch zu Akzeptanz in den Praxen führen.

Denn: Auch für die Ärzteschaft müssen digitale Innovationen und Instrumente einen Nutzen in der Praxis haben und keine zusätzliche Belastung darstellen, wie es im derzeitigen Transformationsprozess der Fall ist. Wenn Mehraufwand in den Praxen entsteht (Bürokratie, technische Voraussetzungen schaffen etc.), muss dieser auch im vollen Umfang adäquat vergütet werden. Wir fordern deswegen einen Digitalpakt Arztpraxis (und Psychotherapeut), der die digitale Transformation unterstützt. Ähnlich wie es im Krankenhausbereich derzeit schon der Fall ist.

Wichtig erscheint darüber hinaus, dass bei der Schaffung und Einführung neuer digitaler Verfahren, wie der elektronischen Patiententakte, Datensicherheit zu jeder Zeit garantiert ist. Bei Gesundheitsdaten handelt es sich um eines der sensibelsten Güter überhaupt – ihr Schutz muss auch im Sinne des persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient gewährleistet sein.

## 2. Entbürokratisierung

Die Bürokratielast bleibt weiterhin ein Problem in der GKV. So belegt der Bürokratieindex, den die KBV jährlich aktualisiert, dass für das Jahr 2020 insgesamt 55,76 Millionen Stunden Bürokratieaufwand für Vertragsärzte und -psychotherapeuten anfielen. Das sind insgesamt rund 715.073 Stunden Bürokratieaufwand mehr als 2019. Damit verschlingt die Bürokratie 61 Arbeitstage pro Jahr und Praxis. Zudem wurde eine Erhöhung der Bürokratiekosten für die Praxen um knapp 31 Millionen Euro festgestellt. Eine Unzahl von Gesetzen, Verordnungen, Normen und Regelungen erschweren den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten die wirksame Patientenversorgung und verantwortungsvolle Berufsausübung. Deswegen fordern wir die neue Bundesregierung auf, inne zu halten und gesetzgeberische Maßnahmen erst einmal wirken zu lassen, bevor man neue Gesetze erlässt. Das hohe Tempo der letzten Jahre hat das Gesundheitswesen extrem unter Stress gesetzt. Diesen gilt es im Sinne einer guten Versorgung zu reduzieren.

In Zeiten des zunehmenden Ärztemangels insbesondere auf dem Land erweist sich die Bürokratie für die neue Generation an Ärzten als einer der größten abschreckenden Faktoren, sich niederzulassen. Viele Verfahren im Bereich Zulassung, Anträgen gegenüber Kassen und KV oder die Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens sind in die Jahre kommen und müssen vereinfacht, entbürokratisiert und entschlackt werden. Bei allem Verständnis für die Wichtigkeit angemessener Maßnahmen zur (sektoren- und einrichtungsübergreifenden) Qualitätssicherung, hier muss die Politik Maßnahmen ergreifen, um unnötige Bürokratie in den Praxen zu reduzieren, damit unvermeidbare administrative Aufgaben leichter bewältigt werden können. Eine Datensammlung ohne konkreten Nutzen ist abzulehnen.

Es braucht deswegen eine neue Vertrauenskultur. Von der Politik, aber auch von den Kassen. Ein Großteil von bürokratischen Maßnahmen fußt auf einem tiefen Misstrauen der Kassen gegenüber allen im Gesundheitswesen tätigen ambulanten Akteuren und bindet so dringend benötigte Arztzeit.

### 3. Delegation und Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen

Die Stärke der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten liegt in der Verantwortung für Diagnose und Therapie, denn nur sie haben in ihrer Ausbildung einen ganzheitlichen Ansatz aller Bereiche der Medizin erlernt. Diese Verantwortung muss unbedingt auch weiterhin in ärztlicher Hand behalten werden – dies entspricht auch dem Wunsch der Patienten. Substitution ärztlicher Leistung, wie Impfungen in Apotheken, gehen immer zu Lasten der Patientensicherheit. Zudem wird die Übernahme ärztlicher Leistungen durch andere medizinische Berufe den Aufbau neuer Strukturen zur Kontrolle von deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erfordern. Substitution hingegen gefährdet demnach nicht nur das Wohl des Patienten, sondern zieht Kosten und Verwaltungsaufwand in erheblichem Maße nach sich.

Einer vermehrten Delegation und engeren Zusammenarbeit mit neuen Gesundheitsberufen stehen wir gleichzeitig offen gegenüber. Viele medizinische Leistungen können künftig – zeitlich begrenzt und auf eine definierte Dauer – in die Hände dieser Gesundheitsberufe übergeben werden. Der Arzt behält dabei jedoch auch weiterhin den gesamten Behandlungsprozess sowie das Gesamtwohl des Patienten im Auge. Die Kernelemente des ärztlichen Handelns – Stellen einer Diagnose, Einleitung der Therapie, Patientenkommunikation, Anstreben des Heilerfolges – werden dabei weiterhin gelebt. Delegation und Zusammenarbeit können ein Schlüssel für eine moderne und effektive Gesundheitsversorgung sein.

### 4. Ambulant vor stationär

In den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten werden immer mehr Patienten versorgt. Ambulante Behandlungen machen demnach einen zunehmend größeren Anteil an der medizinischen Versorgung in Deutschland aus. Auf Grundlage der medizinischen Weiterentwicklung ist es möglich, immer mehr Leistungen ambulant zu erbringen: Rund ein Viertel der knapp 20 Millionen Krankenhausfälle in Deutschland könnten ambulant erfolgen. Dies stützt auch eine Studie der Ludwig-Maximilians-Universität München von Sundmacher et al. (2015): Fast vier Millionen Krankenhausfälle sind ambulantsensitiv.

Das Prinzip „ambulant vor stationär“ muss jedoch in der Realität gelebt werden. Dabei spielt auch die Kooperationen beider Sektoren für eine bessere Allokation der Mittel eine erhöhte Bedeutung. Im Rahmen einer effizienten Versorgung der Patienten und einer vernünftigen Zusammenarbeit der Sektoren setzen wir uns daher nachhaltig für die Beachtung des gesetzgeberischen Prinzips „ambulant vor stationär“ ein.

Zudem befürworten die FALK-KVen eine grundsätzliche Stärkung des Belegarzteswesens, allerdings weist dieses in der derzeit bestehenden Form einige Mängel zu Lasten der niedergelassenen Ärzteschaft auf, die es zuvor zu beheben gilt. Grundsätzlich kann ein effektives Belegarztsystem einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten. Aus Patientensicht bleibt die Möglichkeit der freien Arztwahl durch das Belegarztsystem bestehen, was eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und damit auch eine Kontinuität der Behandlung befördert. Weiterhin werden Doppeluntersuchungen verringert.

Allerdings sind ungleiche Rahmenbedingungen für die Akteure der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gegeben. Während Vertragsärzte mit Krankenhäusern in deren Räumlichkeiten zusammenarbeiten können, muss es ebenfalls ermöglicht werden, ambulante Räumlichkeiten für Krankenhausärzte bereitzustellen. Daher sollte unter

Beachtung des Prinzips „ambulant vor stationär“ und einer kosteneffizienten, wohnortnahen sowie kontinuierlichen Behandlung die Sektorengrenze auch in diese Richtung passierbar sein.

Auch in finanzieller Hinsicht setzen wir uns dafür ein, gleiche Voraussetzungen zu schaffen. Während Krankenhäuser das Belegarztwesen oftmals dafür nutzen, stationäre Fälle zu generieren, die im Anschluss über das DRG-System abgerechnet werden können, müssen Vertragsärzte die Abrechnung über das niedriger vergütete EBM-System vornehmen. Daher fordern wir, dass stationäre Leistungen auch ohne Klinikträger im vertragsärztlichen System abgerechnet werden können. Nur so können die Vorteile, die sich mit Blick auf das Gesundheitswesen durch das Belegarztsystem ergeben, auch wirklich genutzt werden.

Hier sollte ein Mentalitätswechsel stattfinden: „Zusammenarbeit: ja, unfairer Wettbewerb: nein“.

## 5. Ambulante Akut- und Bereitschaftsdienstversorgung

Aus Sicht der FALK-KVen ist eine Reform der ambulanten Akut- sowie Bereitschaftsdienstversorgung zu begrüßen. Jedoch sollten bereits etablierte regionale Strukturen wie der aufsuchende Bereitschaftsdienst nicht auf eine neue organisatorische Grundlage gestellt werden. Bewährte und effektiv funktionierende Abläufe sollten nicht durch tiefgreifende Neuorganisationen in ihrer Funktion beeinträchtigt werden. Konkret würde die Übertragung des Sicherstellungsauftrages für die Notfallversorgung auf die Länder erhebliche Beeinträchtigungen in der Organisation der ambulanten Versorgung zu Lasten der Patienten mit sich bringen – bedenkt man, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag für die gesamte ambulante Versorgung von GKV-Versicherten auch in den sprechstundenfreien Zeiten übernimmt. Demnach sollte der ambulante Sektor hier weiter die Hauptverantwortung tragen. Zudem muss eine Schaffung von Parallelstrukturen – nicht zuletzt zum Wohle des Patienten – tunlichst vermieden werden.

2012 wurde die bundesweit rund um die Uhr verfügbare Rufnummer 116117 eingerichtet. Sie dient zur besseren Orientierung und zum schnelleren Aufsuchen der für die jeweiligen Patientenprobleme richtigen Versorgungsebene (z.B. Bereitschaftsdienstpraxis, niedergelassene Praxis, Krankenhaus). Sie steht allen Versicherten kostenfrei zur Verfügung. Allein im Jahr 2021 wurden bis Juni über 6 Millionen Anrufende registriert. Eine Zusammenlegung der Rufnummern 116117 und 112 erscheint nicht nur aus Versorgungssicht alles andere als sinnvoll. So haben nicht zuletzt die Erfahrungen der Corona-Pandemie, aber auch von Unwetterkatastrophen oder anderen Beispielen der Gefahrenabwehr gezeigt, dass die 112 weiterhin lebensbedrohlichen Notfällen vorbehalten bleiben sollte und nicht durch die ungleich höhere Anzahl von Anrufen in nicht-lebensbedrohlichen Fällen blockiert wird.

## 6. Nachwuchssicherung

Angehende Ärztinnen und Ärzte legen in Zukunft mehr Wert auf eine gute Work-Life-Balance. Sie bevorzugen dementsprechend oftmals kooperative Arbeitsformen, Arbeitsverhältnisse in Anstellung und können sich vermehrt vorstellen, nach ihrem Studium lediglich in Teilzeit tätig zu sein. Für die ambulante Versorgung bedeutet dies konkret, dass es künftig möglicherweise mehrere Ärzte braucht, um einen Vertragsarzt zu ersetzen, der

sich in Vollzeit und oft über die regulären Arbeitsstunden hinaus Zeit für seine Patienten und die Praxisorganisation genommen hat.

Die effektivste Maßnahme, um einen Ärztemangel entgegenzuwirken, ist die Erhöhung der Medizinstudienplätze.

Gerade in ländlichen Regionen ist die Weiterbildung die beste Möglichkeit, Praxisnachfolger zu suchen. Angesichts dessen ist es nicht zielführend, dass auch heute noch Stellen in der ambulanten Weiterbildung nur zahlenmäßig begrenzt gefördert werden können. Im Sinne der Aufrechterhaltung der Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung sollte die Deckelung der förderbaren Weiterbildungsstellen aufgehoben werden.

Zudem steigen die Kosten der KVen für diese Weiterbildungsmaßnahme Jahr für Jahr rapide an. Da es um Daseinsversorgung geht, wäre hier Übernahme staatlicher Verantwortung oder ein Nachdenken über die Ausdehnung des Praxisumfangs bei der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten wichtig.

## 7. Verhinderung von iMVZ im ambulanten Bereich

Seit vielen Jahren bahnen sich immer mehr Investoren ihren Weg in die ambulante medizinische Versorgung. Ziel beispielsweise von 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, richten sie die Behandlung der Patienten vermehrt an ökonomischen Logiken aus. 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.

Aber nicht nur Private-Equity-Gesellschaften bedrohen eine zielgerichtete Patientenversorgung, auch die Monopolbildung anderweitig geführter MVZ in Planungsbereichen sowie monopolisierte Angebotsstrukturen bedrohen die Grundversorgung. Es muss deswegen sichergestellt sein, dass in einem Planungsbereich immer die gesamte Breite einer Fachgruppe abgebildet wird und nicht nur lukrative Behandlungen angeboten werden.

Um diesen Entwicklungen zeitnah entgegenzuwirken, braucht es einen gesetzgeberischen Rahmen mit klaren Regelungen. Es braucht konkrete Maßnahmen der Politik, die die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen und damit den Patienten schützt, investorenbetriebenen 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.

## 8. Neugestaltung der ärztlichen und psychotherapeutischen Honorierung

Budgetierungen und Regresse sind nicht nur leistungsfeindlich, sondern gehen an der Versorgungsrealität vorbei. Gute Versorgungsstrukturen oder ein besonderer Versorgungsaufwand werden nicht belohnt. Auch bleiben patientenindividuelle Faktoren völlig unberücksichtigt, ebenso Leistungen, die der Prävention dienen. Mit der Beendigung der Budgetierung könnten dringend nötige Anreize geschaffen werden, um die wohnortnahe ambulante Versorgung zu stärken. Gleichzeitig braucht es eine grundlegende Reform der Vergütung, die gerade in der primären Versorgungsebene den gestiegenen Aufwand am Patienten und die unterschiedliche Betreuungsintensität einzelner Patienten besser abbildet.

Die FALK-KVen fordern daher eine Kehrtwende, um die Attraktivität des Arztberufes durch eine gerechte und planungssichere Vergütung auch mit Blick auf die nachkommende Ärztegeneration zu steigern. Schließlich ist es im Sinne aller, dass unsere niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten weiterhin bestmöglich behandeln können, und die ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Fachärzte langfristig und flächendeckend sichergestellt ist.

## 9. Wirtschaftlichkeitsprüfung und Regresse

Seit geraumer Zeit überziehen Krankenkassen Arztpraxen bzw. den gesamten ambulanten Sektor mit einer Flut von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In der Realität erweisen sich diese Anträge oftmals als unbegründet. Sowohl in den Praxen als auch in den KVen entstehen durch diese unnützen Maßnahmen hohe bürokratische und finanzielle Aufwände. Diesem Vorgehen muss deshalb ein Riegel vorgeschoben werden. Dieses kann zum einen mit einer Strafgebühr auf nachweislich unbegründete Prüfungen geschehen oder auch mit einer erhöhten Bagatellgrenze.