

Resolution zur medizinischen Versorgung

Einleitung

Die Herausforderungen in der medizinischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, sind längst nicht mehr von der Hand zu weisen. Eine alternde Gesellschaft mit steigendem Versorgungsbedarf bei gleichzeitigem Fachkräftemangel wird die Situation zukünftig weiter verschärfen. Laut Kassenärztlicher Vereinigung Rheinland-Pfalz ist der altersbedingte Nachbesetzungsbedarf bis zum Jahr 2027 in der Großregion Eifel - Mosel - Hunsrück enorm. In den Landkreisen Bernkastel-Wittlich, Bitburg-Prüm, Cochem-Zell und Vulkaneifel sind bis 2027 den Berechnungen zufolge in der hausärztlichen Versorgung zwischen 35% und 57 % der Versorgungsaufträge nachzubesetzen. In der fachärztlichen Versorgung sind es zwischen 62% und 81%, in der psychotherapeutischen Versorgung zwischen 22% und 47%¹. Ähnliche Zahlen liefert eine durch die Kreisverwaltungen der vier Landkreise in Kooperation mit den Kreisärzteschaften durchgeführte Befragung niedergelassener Ärzte² und Psychotherapeuten. Von 160 Ärzten planen 68% in den nächsten 10 Jahren die Tätigkeit niederzulegen, bei den Psychotherapeuten sind es 46%³. Es gilt zusätzlich zu erwähnen, dass es sich ausschließlich um geplante Niederlegungen handelt, nicht aber berücksichtigt werden ungeplante Niederlegungen beispielsweise aufgrund von Krankheit.

Zwar existieren zahlreiche Förderprogramme, die zur Unterstützung der (Versorgungs-)Infrastruktur in strukturschwachen, ländlichen Gebieten beitragen sollen. Regionale Besonderheiten und die damit verbundenen spezifischen Herausforderungen vor allem ländlicher Regionen sollten jedoch auch bereits im Zuge der Verabschiedung von Gesetzen und Richtlinien Berücksichtigung finden und nicht, wie häufig der Fall, mit (sub-)urbanen Zentren mit guter Infrastruktur gleichgesetzt werden. Wenngleich immer wieder auf die Besonderheiten ländlicher Regionen hingewiesen wird⁴, so finden diese unseres Erachtens nicht ausreichend Berücksichtigung in der Planung von Maßnahmen und Gesetzen, sodass die sich zunehmend verschlechternde Versorgungsinfrastruktur vor Ort eine bedrohliche Benachteiligung der Bewohner unserer ländlich geprägten rheinland-pfälzischen Großregion nach sich zieht. Nur auf individuelle Gegebenheiten abgestimmte Rahmenbedingungen können eine fundierte Grundlage für den Erhalt und Ausbau der Versorgungsinfrastruktur für alle Regionen und damit die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse⁵ bilden.

1) Bedarfsplanung:

¹ Kreisdaten zur vertragsärztlichen Versorgung der Landkreise Bernkastel-Wittlich, Bitburg-Prüm, Cochem-Zell und Vulkaneifel der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, Stand 31.12.2022

² um den Umfang dieses Schreibens so gering wie möglich zu halten, wird nachfolgend ausschließlich das generische Maskulinum verwendet. Es sind jedoch alle Geschlechteridentitäten gleichermaßen gemeint.

³ Befragung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten der Landkreise Bernkastel-Wittlich, Bitburg-Prüm, Cochem-Zell und Vulkaneifel im Zeitraum vom 25.01. bis 15.05.2023, N = 297 (Rücklaufquote 54,5%)

⁴ Rind, E., Reime, B. & Weidmann, C. (2022). Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i133-2.0>

⁵ Raumordnungsgesetz vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2986), Zuletzt geändert durch Art. 1 G v 22.3.2023 I Nr.88, § 2 Grundsätze der Raumordnung, Abs. 2

Wo sich Mediziner und Psychotherapeuten niederlassen können, hängt u.a. von der Bedarfsplanung ab. Sie regelt, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten einer Fachrichtung sich in einer Region niederlassen dürfen und wie sie verteilt sind.

„Die Bedarfsplanung ist ein Instrument der Kassenärztlichen Vereinigung und zielt auf die Sicherstellung der ambulanten Versorgung ab. Die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Fehlversorgung zu vermeiden ist in erster Linie Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).“⁶

Ärzte oder Psychotherapeuten, die gesetzlich Versicherte ambulant behandeln möchten, benötigen einen freien Kassensitz. Es ist für sie von Bedeutung, ob der für sie in Frage kommende Planungsbereich „offen“ oder „gesperrt“ ist. Relevant hierfür ist der Versorgungsgrad einer Fachgruppe in einer Planungsregion (grundsätzlich wird ein Planungsbereich ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gesperrt). Der Versorgungsgrad einer Region wird ermittelt, indem zwischen dem Ist-Niveau des tatsächlichen Verhältnisses von Einwohnern zu Arzt oder Psychotherapeut und dem Soll-Niveau der Verhältniszahl verglichen wird. Der Versorgungsgrad wird in Prozent ausgedrückt und genutzt, um die Versorgung in einer Region zu bewerten. Ärzte und Psychotherapeuten, die sich in einem offenen Planungsgebiet niederlassen möchten, müssen nicht auf eine freiwerdende Praxis warten, um eine Zulassung zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu erhalten. Sie können sowohl eine neue Praxis gründen als auch eine alte übernehmen oder in eine Gemeinschaftspraxis einsteigen. In einem gesperrten Planungsbereich können sich Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich nur dann neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn ein anderer Arzt oder Psychotherapeut seine Zulassung zurückgibt und damit ein Kassensitz in der Fachgruppe frei wird⁷.

Forderung 1a – Berücksichtigung regionaler Abweichungsmöglichkeiten und mehr Flexibilität bei Bedarfsplanung der KV: Regionale Abweichungsmöglichkeiten werden bei der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht ausreichend einkalkuliert. Die demographischen Gegebenheiten, sowie die Morbiditäts-, und Sozialstrukturen der Region müssen bei der Vergabe von Kassensitzen wesentlich stärker berücksichtigt werden. Änderungen der vorgenannten Faktoren müssen zügig in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Die Quote, die sich aus der Anzahl der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu der Anzahl der Einwohner berechnet, gibt bestenfalls einen statistischen Wert wieder und muss genauer hinterfragt und durchleuchtet werden. Insbesondere muss die konträre Entwicklung zwischen der Zunahme von Untersuchungen, sei es aufgrund vermehrt durchgeführter Vorsorgeuntersuchungen oder der steigenden Zahl von Untersuchungen aufgrund der höheren Altersmorbidity, einerseits und der Rückgang der ausübenden niedergelassenen Ärzte, vor allem aufgrund des Renteneintritts der Ärzte der Babyboomer-Generation, andererseits berücksichtigt werden. Statt die Versorgungsstruktur als statische Momentaufnahme zu betrachten, muss ihre Dynamik vorausschauend in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. So müssen beispielsweise Neugründungen von Praxen ermöglicht werden, obwohl die Bedarfsplanung einen Planungsbereich als gesperrt

⁶ KBV, Bedarfsplanung, <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, 21.08.2023, 09:36 Uhr

⁷ ebenda

einstuft, wenn in den kommenden Jahren mit altersbedingten Abgaben der bereits belegten Kassensitze zu rechnen ist.

Forderung 1b – Anpassung der Bedarfsplanung an gestiegenen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf: Dass laut Bundespsychotherapeutenkammer fast jeder zweite psychisch kranke Mensch drei bis neun Monate auf den Beginn einer Behandlung warten muss, ist nicht zumutbar⁸. Wir fordern die Anpassung der Bedarfsplanung an den, aufgrund jüngster Krisen und allgemein zunehmender gesellschaftlicher und sozialer Belastungen, gestiegenen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf. Dies vor allem durch mehr Zulassungen im vertragspsychotherapeutischen Bereich, insbesondere auch der Kinder- und Jugendpsychotherapie.

2) Ambulantisierung

Ambulantisierung beschreibt die Auslagerung von medizinischen Prozessen aus dem stationären Krankenhausbereich in ambulante Versorgungsformen. Gemäß dem Grundsatz ambulant vor stationär, sollen möglichst viele Behandlungen ambulant vorgenommen werden um (Personal-) Kosten einzusparen⁹. Es gilt, dass die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Behandlung hat, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für den Patienten mit den Mitteln der ambulanten Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann¹⁰. Die Abwendung der Kosten und der Belastungen aus dem stationären Versorgungsbereich bedeutet für die niedergelassenen Ärzte einen zusätzlichen Druck. Durch die Ambulantisierung ergibt sich eine Verschiebung des Kostendrucks zu Lasten der niedergelassenen Ärzte, insbesondere der Hausärzte im ambulanten Versorgungssektor, die bereits jetzt einen immensen Anteil an der allgemeinen medizinischen Nachsorge übernehmen. Der Standpunkt, dass durch die Ambulantisierung Personalprobleme gelöst, Kosten rapide gesenkt und blutige Entlassungen bzw. Wiederkehrer vermieden werden können, ist nicht zwangsläufig zutreffend. Insbesondere in Hinblick auf die anstehende Krankenhausreform wird die Ambulantisierung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hier gilt es, einerseits qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die ohnehin begrenzten (Personal-) Ressourcen richtig einzusetzen¹¹.

Forderung 2 – Entbürokratisierung und Entlastung bei administrativen Prozessen: Wir fordern eine Entbürokratisierung sowie eine Entlastung bei administrativen Prozessen und eine umfassende Digitalisierung der Behandlungsprozesse sowie die Förderung und der Ausbau einer kontinuierlichen, lückenlosen und sektorenübergreifenden Versorgung. Unabdingbar ist auch eine Unterstützung in den unterschiedlichsten Kategorien, wie beispielsweise der apparativen Ausstattung, der finanziellen Unterstützung und der Koordination der Komplexversorgung.

⁸ Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), 2021, Pressemitteilung BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen, <https://bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>

⁹ BiVA-Pflegeschatz, Ambulantisierung in der Pflege, <https://www.biva.de/deutsches-pflegesystem/grundsätze/ambulant-vor-stationaer/pflegesystem/grundsätze/ambulant-vor-stationaer/>, 21.08.2023, 10:40 Uhr

¹⁰ § 39 Abs. 1 SGB V

¹¹ KBV, Die normative Kraft des Faktischen ist nicht aufzuhalten, https://www.kbv.de/html/2023_62625.php, 21.08.2023, 10:59 Uhr

3) Regresse

In der medizinischen Versorgung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V. Demnach sollen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen¹².

Wenn Ärzte gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, droht ihnen ein Regress. Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen¹³. Die Vertragspartner können die Prüfungsstelle mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung beauftragen und tragen die Kosten. Die Krankenkassen oder die Rezeptprüfstelle Duderstadt¹⁴ übermitteln der Prüfungsstelle die Daten, die eine unwirtschaftliches Verhalten der in der ambulanten Versorgung darstellen, wie bspw. die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen.

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch 1.: arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a und 2. durch: arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b. Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c gemäß § 296 Absatz 1, 2 und 4 sowie § 297 Absatz 2 übermittelt werden. Geprüft wird u.a. die Einhaltung der Arzneimittelrichtlinie, die Einhaltung der Vereinbarung zum Sprechstundenbedarf sowie die Einhaltung der Vereinbarung zu Heilmittelverordnungen¹⁵.

Das Aussprechen von Regressen und die Angst vor Prüfungen auf Wirtschaftlichkeit ist ein zentraler Grund für junge Mediziner, sich nicht niederzulassen¹⁶. Selbst wenn es in den meisten Fällen letztendlich nicht zu einem Regress kommt, ist die enorme Mehrarbeit, die sich daraus ergibt, dass Stellungnahmen abgegeben werden müssen, nicht sinnvoll und zielführend. Nicht selten stellt sich zum Abschluss eines Verfahrens heraus, dass überprüfte Verordnungen zu Recht getätigt wurden. Dann wurden jedoch schon sämtliche Instanzen und Anhörungen bis zum Vorsprechen beim Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen durchlaufen. So blieben den Krankenkassen ebenso sämtliche unnötigen Prüfvorgänge erspart.

Forderung 3 – Abschaffung von Prüfverfahren, die allein auf statistischen Berechnungen beruhen: Wir fordern die Abschaffung zumindest derjenigen Prüfverfahren, die allein auf statistischen Berechnungen beruhen. Vielmehr sollte der Fokus auf einem verantwortungsvollen, eigenverantwortlichen Handeln der Ärzte, auch in ihrem eigenen wirtschaftlichen Interesse, liegen. Da Nachwuchsmediziner aufgrund der Angst vor Regressen

¹² §12 SGB V

¹³ Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Themenseite "Wirtschaftlichkeitsgebot/-prüfung" der KVB-Website, 21.08.2023, 11:48

¹⁴ Rezeptprüfstelle Duderstadt, <https://www.rpd.de/leistungen/pruefung/>, 21.08.2023, 12:07 Uhr

¹⁵ §106 SGB V

¹⁶ Mediverbund, <https://www.medi-verbund.de/2022/05/pm-einzelfallpruefung/>, 21.08.2023, 12:03 Uhr

häufig vor einer Niederlassung zurückschrecken, wäre dies insbesondere vor dem Hintergrund einer Attraktivitätssteigerung der Niederlassung wünschenswert.

4) Budgetierung

Wesentliche Grundlage der Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen gesetzlich Versicherter ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM)¹⁷. Jeder Leistung ist eine Gebührenordnungsposition (GOP) und eine Punktzahl zugeordnet. Das Honorar für eine vertragsärztliche Leistung ergibt sich aus der Multiplikation des Punktwertes (11,49152 €) mit der Punktzahl¹⁸. Die im EBM bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert und den Versicherten als Sachleistung gewährt (Sachleistungsprinzip)¹⁹. Die Leistungserbringer rechnen die nach dem EBM erbrachten Leistungen nicht direkt, sondern mit der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), ab. Die Krankenkasse zahlt der zuständigen KV eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten²⁰. Wie hoch diese Gesamtvergütung ausfällt, hängt von der Morbiditätsstruktur in dem Zuständigkeitsgebiet der KV ab. Demnach erhält eine Kassenärztliche Vereinigung eine höhere Gesamtvergütung, je mehr kranke und alte Menschen in ihrem jeweiligen Bereich wohnen und krankenversichert sind (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)). Die MGV wird wiederum von der KV mittels des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) an die Kassenärzte verteilt²¹. Jedoch ist die MGV gedeckelt und die Ärzte erhalten für schätzungsweise 10 Prozent der erbrachten ärztlichen Leistungen keine Entlohnung²².

Forderung 4 – Ablösung morbiditätsbedingter Vergütung durch extrabudgetäre Gesamtvergütung: Wir fordern die Ablösung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die nicht gedeckelte extrabudgetäre Gesamtvergütung, um sicherzustellen, dass erbrachte ärztliche Leistungen über jede Fachgruppe hinweg fair entlohnt werden.

5) Nachwuchs- und Fortbildungsförderung

Bei steigendem Versorgungsbedarf der Bevölkerung und dem demografischen Wandel, der in ländlichen Gebieten stärker ausgeprägt ist als im urbanen Raum, ist der enorme Bedarf an medizinischem und psychotherapeutischem Nachwuchs nicht von der Hand zu weisen. Auch aufgrund sich verändernder Arbeitsmodelle wird der Bedarf mithilfe der aktuell verfügbaren Maßnahmen nicht annähernd zu decken sein²³. Da die aktuell einzige medizinische Fakultät

¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit, Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen, Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen (bundesgesundheitsministerium.de), 21.08.2023, 13:47 Uhr

¹⁸ KVBW, Einheitlicher Bewertungsmaß: GKV-Gebührenordnung, EBM & regionale Gebührensätze | KVBW (kvbwue.de) 21.08.2023, 13:10 Uhr

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit, Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/aerztliche-verguetung.html>, 21.08.2023, 13:16 Uhr

²⁰ ebenda

²¹ AOK-Bundesverband, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, https://www.aok-bv.de/lexikon/m/index_01997.htmlesverband (aok-bv.de), 21.08.2023, 13:55 Uhr

²² <https://abrechnungsstelle.com/lexikon/mgv/>, 21.08.2023, 14:02 Uhr

²³ Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, 11.05.2023, *Arztzahlstatistik zeigt: Jede/r zweite berufstätige Ärztin/Arzt ist 50 Jahre und älter*, <http://www.laek-rlp.de/presse/>, 22.08.2023, 08:07 Uhr

in Rheinland-Pfalz in Mainz verortet ist, reicht die Strahlkraft der Universität und das Einzugsgebiet bei der Ausbildung von Studierenden häufig nicht bis in ländliche Regionen.

Forderung 5a – Abschaffung des Numerus Clausus für das Medizinstudium: Da die Abiturnote weder als verlässliches noch objektives Auswahlkriterium gesehen werden kann, fordern wir die Abschaffung bzw. zeitweise Aussetzung des Numerus Clausus für das Studium der Humanmedizin und stattdessen ein an der Eignung als Mediziner orientiertes Auswahlverfahren. Als zusätzliches Auswahlkriterium könnten Empfehlungsschreiben, beispielsweise aufgrund eines absolvierten Praktikums in einschlägigen medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, eingeführt werden.

Forderung 5b – Ausbau studienbezogener Kapazitäten: Ein Verharren bei der Tatsache, dass die Universität Mainz eine der größten medizinischen Fakultäten Deutschlands ist, ist nicht zielführend. Wir fordern den kontinuierlichen Ausbau der Anzahl an Studienplätzen sowie die Ausweitung des Humanmedizinstudiums auf weitere rheinland-pfälzische Studienstandorte wie beispielsweise Trier und Koblenz.

Forderung 5c – Umsetzung des Masterplan Medizinstudium 2020: Wir fordern die zügige und uneingeschränkte Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020. Dieser zielt darauf ab, sowohl die Struktur des Medizinstudiums als auch die während der Ausbildung vermittelten Inhalte an „künftige Herausforderungen“ anzupassen, um so eine „gute Patientenversorgung“ flächendeckend – gerade auch in ländlichen Regionen – sicherzustellen.²⁴

Forderung 5d – Entwicklung von Lehrkrankenhäusern im ländlichen Raum: Krankenhäuser in ländlichen Regionen sind wichtige Einrichtungen der flächendeckenden Versorgung und praktizieren unter anderem aufgrund weiter Distanzen zu Maximalversorgern sehr gute Medizin und bilden ein breites medizinisches Spektrum ab. Aufgrund geringerer Größe ist dies ein optimales Umfeld für Nachwuchsmediziner, eng am Patienten und von den verantwortlichen Lehrpersonen lernen zu können. Wir fordern, dass Krankenhäuser in ländlichen Regionen bei Erfüllung der Voraussetzungen oder durch Kooperationen mit anderen Kliniken, medizinischen Nachwuchs ausbilden und sich als akademische Lehrkrankenhäuser qualifizieren können, ohne aufgrund ihrer regionalen Verortung in ländlichen Regionen systematisch benachteiligt zu werden.

6) Delegation

Erfreulicherweise ermöglicht die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V²⁵ die eigenverantwortliche Mitarbeit nichtärztlichen Praxispersonals in der Patientenversorgung und führt damit nicht nur zur Entlastung von Ärzten, sondern gleichzeitig auch zu einer Aufwertung der Berufsgruppe Medizinischer Fachangestellter. Darüber hinaus

²⁴ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Masterplan Medizinstudium 2020, <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html>, 22.08. 2023, 14:01 Uhr

²⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, *Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) vom 1. Oktober 2013*, Stand: 1. Januar 2015

finden auch Studiengänge wie „Physician Assistance“ und „Advanced Nursing Practice“ zunehmend Anklang in Deutschland. Die Delegation originär ärztlicher Tätigkeiten und auch die Schaffung neuer Berufsfelder ist essenziell für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.

Forderung 6a – Verbesserung von Sensibilisierung und Informationsbereitstellung zum Thema Delegation: Wir fordern eine bessere Sensibilisierung und Informationsbereitstellung rund um das Thema Delegation und neue medizinische Berufsbilder sowohl für Ärzte als auch für nicht-ärztliches Praxispersonal sowie die Schaffung attraktiver Anstellungsperspektiven mit angemessener Vergütung für eben jene Berufsbilder.

Forderung 6b – Kontinuierliche Weiterentwicklung der Delegationsvereinbarung: Wir fordern die stetige Weiterentwicklung der Delegationsvereinbarung sowie eine verbesserte Vergütung und Schaffung von Anreizen für Weiterbildungen zur VERAH/NäPa für das nicht-ärztliche Praxispersonal als auch für Praxisinhaber. Zudem sollten der Einsatz von Personen mit entsprechender Zusatzweiterbildung sowie der Einsatz neuartiger Berufsbilder wie Physician Assistance oder Advanced Practice Nursing attraktiv und fair vergütet werden.

7) Digitalisierung

Die Digitalisierung bietet Chancen und Potenziale bereits bestehende Versorgungsstrukturen zu ergänzen, wegbrechende Strukturen aufzufangen und flächendeckende Versorgung zu verbessern. Kaum ausgereifte und nicht praxiserprobte Gesetze führten sowohl unter Leistungserbringenden als auch Patienten zu Verwirrung, Gegenwehr und Misstrauen gegenüber der Digitalisierung. Wenngleich Digitalisierungsstrategien²⁶ existieren, mangelt es an klaren Vorgaben, einer entsprechenden Infrastruktur, dem nötigen Vertrauen und an Unterstützung bei der Umsetzung in den Praxen. Nichtsdestotrotz sind insbesondere telemedizinische Anwendungen zukunftsweisend, um Versorgung in ländlichen Regionen vor allem unter Berücksichtigung der Überbrückung großer Distanzen sicherzustellen.

Forderung 7a – Implementierung telemedizinischer Anwendungen in Medizin und Psychotherapie: Wir fordern die über Pilotprojekte hinausgehende, flächendeckende Implementierung telemedizinischer Anwendungen in Medizin und Psychotherapie, die in der Umsetzung zumindest kostenneutral für Praxen sind. Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass eine pauschale „one size fits all“-Lösung als allgemeingültiges Modell nicht zielführend ist, sondern die Implementierung der Telemedizin von unterschiedlichen Faktoren, wie beispielsweise dem Alter der Praxisinhaber und Patienten sowie der Fachdisziplin, abhängig gemacht werden sollte. Zudem sollten entsprechende Abrechnungsziffern zur Vergütung telemedizinischer Leistungen sowie telefonischer Beratungs- und Aufklärungsleistungen zügig eingeführt und dieser Mehraufwand für Praxen entsprechend fair entlohnt werden.

Forderung 7b – Implementierung transparenter Informationsangebote zur Telematik und telemedizinischen Anwendungen: Wir fordern bessere und transparentere Informationsangebote rund um die Telematik, um Vorbehalte abzubauen und die Infrastruktur schnellstmöglich flächendeckend in den Praxen zu etablieren. Zudem fordern wir ausreichende Schulungsangebote zur Umsetzung telemedizinischer Anwendungen, um insbesondere auch Praxisinhaber im fortgeschrittenen Alter im Umgang mit Digitalisierung zu stärken.

²⁶ Bundesministerium für Gesundheit, (2023), *Gemeinsam Digital: Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege*

8) Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist außerhalb der regulären Sprechstunden niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung zuständig. Nach dem fünften Sozialgesetzbuch haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Dies gilt auch für die vertragsärztliche Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)²⁷. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz regelt den organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Rheinland-Pfalz. Am 24.10.2023 hat das Bundessozialgericht ein Urteil ausgesprochen, welches dazu führt, dass sogenannte Poolärzte, die bislang vermehrt Dienste in Bereitschaftsdienstzentralen ausüben, einer Sozialversicherungspflicht unterliegen. Dieses Urteil führt dazu, dass sich immer weniger Ärzte freiwillig als Poolärzte aufstellen lassen werden und die ambulante medizinische Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten von Praxen in der Niederlassung in Gefahr ist. Während zum 01.01.2024 sieben rheinland-pfälzische Bereitschaftspraxen geschlossen werden sollen, werden zudem in allen rheinland-pfälzischen Bereitschaftspraxen die Öffnungszeiten stark reduziert. Die Notaufnahmen sowie die Niedergelassenen, die ohnehin schon am Rande der Belastungsgrenzen arbeiten, werden dadurch zusätzlich stark in Anspruch genommen.

Forderung 8 – flächendeckende Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Wir fordern die flächendeckende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst über alternative Finanzierungs- und/oder sektorenübergreifende Modelle, die kassenärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte nicht zusätzlich über steigende Umlagebeiträge finanziell belasten. Darüber hinaus fordern wir eine zügige gesetzliche Regelung für sogenannte Poolärzte, analog zur Regelung der Notärzte nach § 23c Abs. 2 SGB IV.

²⁷ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung