SpiFa
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.

Konzept

Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen

Stand: Januar 2021

Ausgangslage

Die Medizin und damit die Versorgung kranker Menschen sind einem ständigen Wandel durch Fortschritt und Innovation unterlegen. Der medizinische Fortschritt hat es möglich gemacht, immer mehr Behandlungen sowohl ambulant, als auch stationär zu erbringen, sodass die Sektorengrenze nicht mehr eindeutig definiert werden kann.

Nach dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist deshalb eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich mit der Neuordnung der Sektorengrenze ambulant/stationär beschäftigt. Das dort erstellte Arbeitspapier der Länder ist Grundlage der Diskussion im SpiFa **mit allen beteiligten Strukturen und Verbänden**. Die Analyse des Arbeitspapiers verknüpft mit den Erfahrungen aus dreiseitigen Verträgen, insbesondere aus § 115b, den Institutsregelungen sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung geben Anlass, einen Vorschlag für die zukünftige Struktur und Vergütung intersektoraler Leistungen zu erstellen:

- Die gesetzlichen, strukturellen und bürokratischen Hürden werden mit dem untenstehenden Vorschlag beseitigt, wobei mit der Verschlankung des vierten Abschnittes des vierten Kapitels des SGB V eine Verbesserung der Patientenversorgung einhergeht.

- Die Einhaltung der Struktur- und Qualitätsanforderungen vorausgesetzt, ist die Augenhöhe zwischen qualifizierten niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gewahrt.

- Eine durch Versorgungsbedarfe charakterisierte gemeinsame Planungssteuerung garantiert die Sicherstellung mit intersektoralen Leistungen.

Das Konzept versteht sich als zielführende Ergänzung des Eckpunktepapiers, indem es insbesondere die fehlenden Regelungen zur Vergütung, Qualität und Zulassung betont.

Zudem soll die vor der „Corona-Krise" im Fokus stehende Diskussion um eine verbesserte Versorgung im Notfall und um den Abbau medizinisch und wirtschaftlich nicht notwendiger stationärer Kapazitäten in Deutschland mit diesem Konzept wieder fortgeführt werden, ohne dass die wichtige Diskussion um eine auf Krisen jeder Art reaktionsfähige medizinische Versorgung negativ auf die vorstehende Strukturdiskussion einwirkt.

Strukturelle Überkapazitäten abbauen
Medizinische Krisenkapazitäten vorhalten

Eckpunkte

1. Mit Hilfe der §§ 115 bis 122 im SGB V sollte bisher die Sektorengrenze ambulant/stationär durchlässiger gemacht werden. Aus verschiedenen Gründen sind all diese Vorgaben mehr oder weniger gescheitert. Es wird der Versuch unternommen, diese Regelungen unter § 115 neu mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen" zusammenzufassen.

Eine intersektorale Leistung wird definiert, wenn sie seither nach den §§ 115, 115 a, 115 b, 115 c, 115 d, 116, 116 a, 116 b, 118, 118 a, 119 c, 120, 121 und 122 abgewickelt wurde.

Zusätzlich sollen alle Krankheiten, die im G-DRG-System mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen aufgeführt sind, auch alternativ intersektoral erbracht werden können. Die Leistung wird auf eine Behandlungsdauer von 4 Wochen entsprechend der DRG-Regelung begrenzt.

Die spezifisch fachliche Nachbereitung des aufgeführten Kataloges ist unmittelbar notwendig und geboten.

Der Katalog wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ständig überprüft und bei Bedarf erweitert; dies gilt auch für die Umsetzung und Qualitätsvorgaben aus der stationären Versorgungsebene. Der Katalog wird über Erkrankungen entsprechend dem DRG-System und nicht über Leistungen definiert.

Die routinemäßige Überprüfung des Kataloges ist notwendig, wobei der Prüfvorbehalt bei den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden der ärztlichen Gebiete liegen soll, die in namhaften Umfang ärztlich intersektorale Leistungen erbringen.

2. Das Prinzip ambulant vor stationär wird konsequent dadurch umgesetzt, dass die Erkrankungen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden müssen. Eine stationäre Behandlung erfordert eine medizinische Begründung entsprechend der allgemeinen Tatbestände, wie sie aus dem jetzigen Katalog nach § 115b bekannt sind. Überprüft wird der Vorgang vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

3. Entsprechend der seitherigen stationären Behandlung gilt für die intersektorale Leistung der Verbotsvorbehalt. Damit wird gesichert, dass die Verschiebung von stationär nach ambulant wegen fehlender Abrechnungsziffern im EBM nicht behindert wird.

4. Intersektorale ärztliche Leistungen sollen nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht werden. Danach sind intersektorale ärztlichen Leistungen nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen. Für die Behandlung von Versicherten der PKV gilt weiterhin der Facharztstatus.

5. Der Krankheitsbezug der intersektoralen Leistung macht es erforderlich, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Zugelassene Kooperationen sind deshalb eine Voraussetzung zur Erbringung intersektoraler Leistungen. Dabei ist an Praxisnetze, an Berufsausübungsgemeinschaften mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, an Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken und seitherige Belegabteilungen gedacht.

6. Eine vertragliche Regelung zur Kooperation mit stationären Einrichtungen **einerseits und mit niedergelassenen Fachärzten andererseits ist notwendig:**

- **Notfall-, Krisen und Komplikationsmanagement sind unabdingbar notwendige Komponenten einer sektorenübergreifenden und -verbindenden Versorgung. Während in den ersten beiden Fällen der notwendige gesetzgeberische Rahmen aktuell so angepasst werden soll, dass auch die Versorgung mit intersektoralen ärztlichen Leistungen berücksichtigt ist, gerät der fachärztliche Hintergrunddienst für das Komplikationsmanagement auch ärztlich intersektoraler Leistungen in die Situation, dass er nicht mehr mit ausschließlich im stationärem Setting beschäftigten Fachärzten sichergestellt werden kann. Deshalb sollen Fachärzte in diesen Strukturen in der Kooperationsvereinbarung mit einem Krankenhaus sich zum fachärztlichen Hintergrunddienst (Fachärztliche Rufbereitschaft) verpflichten.**
- **Vertraglich muss ein stationäres Notfallmanagement nachgewiesen werden.**

  Zur ausreichenden Vorhaltung medizinischer Krisenkapazitäten verpflichten sich die niedergelassenen Fachärzte in Krisenzeiten, unmittelbar stationäre Patienten in die intersektorale oder belegärztliche Versorgung in dem Umfang zu übernehmen, wie in der gemeinsamen Versorgungsregion Intensivkapazitäten notwendig werden. Hierzu vereinbaren Sie gemeinsame Notfallpläne im Einvernehmen mit dem regionalen Gesundheitsamt, die mindestens einmal jährlich aktualisiert werden. Die Vereinbarung

beinhaltet auch die Bereitschaft niedergelassener Fachärzte stationär tätig zu werden, wenn dadurch der Sicherstellungsauftrag nicht gefährdet ist.

7. **Die Vergütung erfolgt entsprechend dem DRG-System unmittelbar von den gesetzlichen Krankenkassen an die Leistungserbringer, die die Verteilung des Honorars untereinander regeln müssen.** Sie wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach einer einheitlichen Kalkulationssystematik vereinbart.

DRG-Systematik nur übergangsweise als Vergütungsgrundlage!

- **In der 1. Übergangsphase von höchstens 2 Jahren bis zur endgültigen Vergütungsregelung wird die intersektorale Leistungserbringung mit 90 % und bei belegärztlicher Leistungserbringung mit 95 % der seitherigen G-DRG der Hauptabteilung vergütet, jedoch mit der Klarstellung, dass die Vergütung mit dem Bundesbasisfallwert (BBFW) gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG erfolgt.**
- **In Phase 2 soll der generelle Ansatz dahingehend überprüft und ggf. korrigiert werden, dass die verweildauerunabhängigen Hauptleistungen, die in der DRG-Kalkulationssystematik identifiziert sind, zu 100% und die verweildauerabhängigen Leistungen zu 25% der entsprechend gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet werden. Die Sachkosten sind gesondert zu vergüten.**
- **In Phase 3 soll ein zukunftssicheres eigenständiges Vergütungskonzept entstehen, das die Schwächen der DRG-Vergütung behebt und die richtige Kombination ambulanter und stationärer Vergütungsansätze zu Grunde legt.**
- **Die privatärztliche Liquidation bei Versicherten der privaten Krankenversicherung muss so angepasst werden, dass keine Fehlanreize entstehen, wenn PKV-Versicherte an Stelle einer stationären Versorgung eine medizinisch gebotene Versorgung mit ärztlich intersektoralen Leistungen erhalten. Dies gilt insbesondere für auf die stationäre besondere Versorgung ausgerichtete private Zusatzversicherungen von GKV-Versicherten.**

8. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden.

9. In der intersektoralen Vergütung können für die ambulante Leistungserbringung, wie auch bisher geregelt, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt werden.

10. **Weiterbildung generell und insbesondere ärztliche Weiterbildung erfordert eine ständige Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts. Die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die davon abgeleiteten Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berücksichtigen die zunehmende „Ambulantisierung" ärztlicher und medizinischer Prozesse. Um der Weiterbildungsnotwendigkeit für ärztlich intersektorale Leistungen nachzukommen, soll auch eine Weiterbildungsverpflichtung der weiterbildungsbefugten Fachärzte in ambulanten Strukturen vorgesehen werden. § 75 a Abs. 4, Nr. 5 SGB V ist dahingehend anzupassen.**

11. **Nachdem das Konzept keinen neuen Versorgungssektor definiert, ist es geeignet, eine Wettbewerbsstruktur um beste Versorgungsqualität zu initiieren, vergleichbar mit den Versorgungszielen um Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V, allerdings mit dem Vorteil kassenübergreifender Versorgungsangebote (siehe aktuelle Reformvorschläge). Deshalb sollten und wollen auch alle stationären Einrichtungen an dieser Versorgungsform teilnehmen, so dass die Einschränkung auf nach § 108 zugelassene Krankenhäuser erweitert werden soll um staatlich anerkannte Krankenhäuser und insbesondere Hochschulkliniken, wobei der Inhalt von § 117 SGB V dadurch nicht eingeschränkt wird.**

12. Der Landesausschuss gemäß § 90 SGB V prüft und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

13. **Niedergelassene Vertragsärzte, die zurzeit kurativ-stationäre Behandlungen (belegärztliche Versorgung) durchführen, scheiterten seither am Erlaubnisvorbehalt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), nach dem die ärztliche Leistung vergütet wird.**

Durch die Neuordnung des § 115 SGB V als intersektorale Leistung finden Belegärzte wieder eine gesicherte Arbeits- und Vergütungsgrundlage in diesem Teil ihrer Tätigkeit. Die geplante Neuordnung regelt aber nicht die Versorgung der auch in Zukunft weiter stationär zu behandelnden Fällen durch am Krankenhaus tätige Vertragsärzte. Auch dafür muss in Zukunft eine rechtssichere Lösung gefunden werden, die sich bei der Vergütung ärztlicher Leistungen am Verbotsvorbehalt orientiert.

Unsere Forderungen

1. Neubenennung und Neuordnung des vierten Kapitels, vierter Abschnitt des SGB V:

Vierter Abschnitt: Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten, Intersektorale Leistungen, Integrierte Notfallzentren.

2. Streichen der §§ 115, 115a, 115b, 115c,115d, 116, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122. (Streichung erfolgt ab dem Zeitpunkt des In-Krafttretens von Ziffer 3. (§ 115 neu).

3. Neufassung des § 115.

§ 115 - Intersektorale Leistungen

(1) Die intersektorale fachärztliche Versorgung umfasst die ambulant oder belegärztlich erbringbare Behandlung und Diagnostik von Krankheiten, die nur bei Vorliegen allgemeiner Tatbestände stationär erbracht werden können. Hierzu gehören nach Maßgabe von Absatz 3 insbesondere:

1. Alle Leistungen, die bisher für die Krankheitsversorgung in den §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122 geregelt sind und

2. Alle Krankheiten, die im G-DRG - System eine mittlere Verweildauer von weniger als 4 Krankenhaustagen haben,

wenn die Behandlung für diese Erkrankung mit diesen Leistungen innerhalb von vier Wochen voraussichtlich erfolgreich abgeschlossen ist.

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine vollstationäre Durchführung der in der Regel intersektoral durchzuführenden Leistungen erforderlich ist, sind der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG (mit Ausnahme des Kriteriums C) zu entnehmen. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der intersektoralen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, nach § 108 zugelassene Krankenhäuser, staatlich anerkannte Krankenhäuser und Hochschulkliniken sind – unbeschadet von § 117 SGB V – zugelassen, intersektorale Leistungen nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96).

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ergänzend nach In-Kraft-Treten in einer Richtlinie bis zum xx.xx.xxxx das Nähere zur Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen für Absatz 1, Nr. 1. und 2. nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang innerhalb der genannten Behandlungsdauer von vier Wochen. In der Richtlinie sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f. Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die zur Wahrnehmung der Interessen der Vertragsärzte maßgeblichen Berufsverbände, die in namhaften Umfang ärztlich intersektorale Leistungen erbringen, sind zu den Inhalten der Sätze 2-4 dieses Absatzes zu hören. Zudem hat der Gemeinsame Bundesauschuss für die Versorgung nach Absatz 1 in der Richtlinie nach Satz 1 eine Regelung zu treffen, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer intersektorale Leistungen nur in einem anerkannten Praxisnetz gemäß § 87 Absatz 4, in einer geeigneten (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, in einem medizinischen Versorgungszentrum, Praxisklinik gemäß § 122 oder in einer Belegabteilung erbringen können. Zudem hat er Regelungen zu Vereinbarungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 zwingend vorsehen. In der Vereinbarung ist zu regeln, dass die fachärztliche Rufbereitschaft für das Notfall-, Krisen- und Komplikationsmanagement gemeinsam sichergestellt wird und gemeinsame Notfallpläne für die Schaffung regional und zeitlich adäquater Intensivkapazitäten durch Entlastung der stationären Belegung geschaffen werden. Das Krankenhaus kann für die intersektorale (auch belegärztliche) Leistungserbringung auch ausdrücklich niedergelassene Vertragsärzte beauftragen; dies gilt auch für die substitutive Präsenz niedergelassener Vertragsärzte im Krankenhaus solange der Sicherstellungsauftrag nicht gefährdet ist. Der Landesausschuss gemäß § 90 prüft und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen

mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

(4) Intersektorale Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse an das Krankenhaus, die Hochschulklinik, an das Praxisnetz, die Praxisklinik, das Medizinische Versorgungszentrum oder an die gemeinsame Betriebstätte vergütet. Bis zu einer weiteren endgültigen Vereinbarung zur Vergütung werden für die intersektorale Leistungserbringung für den Zeitraum von höchsten 2 Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung 90 von 100, in Form der belegärztlichen Leistungserbringung 95 von 100 der zutreffenden Vergütungshöhe der entsprechenden gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet. Für die weitere Vereinbarung zur Vergütung intersektoraler Leistungen vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich in einer weiteren Übergangsphase die Korrektur der Vergütungsregelung in Satz 2 in der Form, dass die verweildauerunabhängigen Hauptleistungen, die in der DRG-Kalkulationssystematik identifiziert sind, zu 100 Prozent und die verweildauerabhängigen Leistungen zu 25 Prozent der entsprechend gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet werden. Spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung soll eine eigenständige Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro in einen abschließenden Gebührenkatalog vereinbart werden. Die Sachkosten sind gesondert zu vergüten. Kommt eine Vereinbarung nach den Sätzen 3, 4 und 5 nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a innerhalb von drei Monaten festgesetzt. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien vereinbart. Die Prüfung der Qualität erfolgt durch die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzt hierzu die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 i. V. m. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die intersektoralen Leistungen, die innerhalb des Zeitraumes nach Absatz 1 erbracht werden, zu bereinigen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(5) Die Die intersektorale Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 14 ein. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 4 zu regeln.

Impressum

Herausgeber
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Ehrenpräsident
Dr. med. Andreas Köhler

Vorstand
Dr. med. Dirk Heinrich (Vorsitzender)
Dr. med. Axel Schroeder
Dr. med. Christian Albring
Dr. med. Hans-Friedrich Spies
Dr. med. Helmut Weinhart

Hauptgeschäftsführer
Lars F. Lindemann

Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31
F +49 (0)30 40 00 96 32

info@spifa.de
www.spifa.de
www.fachärztetag.de
Twitter: SpiFa_eV

Vereinsregister
AG Charlottenburg
VR 29131 B

Produktion:
Laserline Berlin
Scheringstraße 1, 13355 Berlin

Bildrechte:
Bild 1: Photo by JC Gellidon on Unsplash, Bild 2: Photo by Martha Dominguez de Gouveia on Unsplash, Bild 3: Adobe Stock Standard Lizenz

Stand:
06.01.2020, 2. Auflage

Hinweis zur Nutzung dieser Publikation:
Diese Publikation ist ein Informationsangebot des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa). Die Publikation ist kostenlos erhältlich und nicht zum Verkauf bestimmt.

SpiFa
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.

Über uns:

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) ist als Facharztverband ein Dachverband, in dessen Rahmen sich die angeschlossenen Berufsverbände über die Anliegen der Fachärzte austauschen und gemeinsam die Interessenwahrnehmung organisieren.

Der SpiFa e.V. repräsentiert mit seinen 32 Mitgliedsverbänden über 160.000 Fachärzte in Klinik und Praxis. Damit ist er Deutschlands größter Facharztdachverband.

Ziel des SpiFa ist die Darstellung und Vertretung der übergeordneten Interessen der Fachärzte in Klinik und Praxis, sowie deren politische Durchsetzung auf Bundes- und auch auf Landesebene ebenso wie die Darstellung in der Öffentlichkeit. Er bündelt die fachärztlichen Interessen und vertritt diese gegenüber Politik, Selbstverwaltung und anderen freien ärztlichen Verbänden.

Alle Infos auf www.spifa.de

SpiFa
Fachärztetag

www.fachärztetag.de