

Positionspapier

Patientensteuerung in der Regel- sowie Akut- und Notfallversorgung

Beschlussfassung des Vorstands des Spitzenverbands Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) vom 24. April 2025

Koalitionsvertrag

Die Parteien CDU, CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vereinbart, die ambulante Versorgung gezielt zu verbessern, indem sie Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten. Sie setzen zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen sollen bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie gelten. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung will die Koalition geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 sollen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin und den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) festlegen. Die KVen sollen verpflichtet werden, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, muss der Facharztzugang im Krankenhaus für diese Patientinnen und Patienten ambulant ermöglicht werden. Darüber hinaus ist geplant, flächendeckend eine strukturierte Ersteinschätzung über digitale Zugangswege in Verbindung mit telemedizinischen Angeboten zu etablieren, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Zudem haben die Koalitionspartner vereinbart, eine Reform des Notfall- und Rettungsdienstes auf den Weg zu bringen.

Ausgangslage

Das im Wesentlichen beitragsfinanzierte deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch einen sehr niedrigschwelligen Zugang für die Patientinnen und Patienten zu ärztlichen Leistungen der Fachärztinnen und Fachärzte, zur Krankenhausbehandlung sowie zu anderen Gesundheitsleistungen aus

In diesem Gesundheitswesen geben täglich über 55.500 Hausärztinnen und Hausärzte (Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, hausärztlich tätige Internisten) sowie etwa 99.000 Fachärztinnen und Fachärzte in der ambulanten Versorgung sowie über 221.900 Ärztinnen und Ärzte (davon etwas über 123.000 Fachärztinnen und Fachärzte) in der stationären Versorgung in Krankenhäusern ihr Bestes zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Das Gesundheitswesen ist sektoral gegliedert, Fachärztinnen und Fachärzte gehen dabei unterschiedlichen Schwerpunkten in der ambulanten bzw. stationären Versorgung nach. Eine doppelte Facharztschiene gibt es in diesem Sinne nicht. Es gilt das Primat ambulante Versorgung vor stationärer Versorgung und die freie Arztwahl durch den mündigen Patienten. Die ambulante fachärztliche Versorgung ist bundesweit streng budgetiert. Die demografische Entwicklung führt einerseits zu einem erhöhten Bedarf der Bevölkerung an medizinischer Versorgung und andererseits zu einer Ausdünnung der ärztlichen Versorgung durch den Eintritt der geburtenstarken Ärztegenerationen in den Ruhestand. Dies führt zunehmend zu Kapazitäts- und Ressourcenproblemen. Patientinnen und Patienten beklagen Schwierigkeiten, zeitnah Termine zu bekommen, insbesondere bei den Fachärztinnen und Fachärzten, und aggressives Verhalten gegenüber Ärztinnen und Ärzten sowie ihren nichtärztlichen Mitarbeitenden nimmt zu.

Konsequenzen

Wir begrüßen daher grundsätzlich die Bestrebungen seitens der Politik und insbesondere der Koalitionäre aus CDU, CSU und SPD, die ambulante Regelversorgung sowie die Akut- und Notfallversorgung mit Leitgedanken einer möglichst zielgerichteten und bedarfsgerechten Versorgung grundlegend zu reformieren.

Wir setzen uns für eine strukturierte, kooperierende und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung durch Ärztinnen und Ärzte ein. Statt der bisherigen ungeordneten und unstrukturierten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die Patientinnen und Patienten braucht es ein strukturiertes Miteinander bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das gilt für das Verhältnis zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten, wie auch im Verhältnis zwischen der niedergelassenen ärztlichen Versorgung zur Krankenhausversorgung.

Daher setzen wir uns für eine stärkere Patientensteuerung sowohl in der Regelversorgung als auch in der Akut- und Notfallversorgung ein. Um dies zu erreichen, sind in der 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages grundlegende politische Weichenstellungen erforderlich – ohne dass föderale Zuständigkeitsdebatten den Fortschritt behindern.

Eine reine hausärztliche Primärversorgung, ungeachtet ob diese im Kollektivvertrag oder selektivvertraglich durch die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) erfolgt, greift zu kurz und ist als Instrument zur Gewährleistung einer zielgerichteten und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten allein nicht geeignet. Es ist vielmehr angesichts der enormen Zahl der heute ohne ärztliche Überweisung in die Facharztpraxen strömenden Patientinnen und Patienten schlichtweg unmöglich, dass diese ausschließlich über Hausärztinnen und Hausärzte ihren Zugang zur ärztlichen Versorgung erlangen und gesteuert werden sollen. Die hausärztliche Versorgung mit ihren 55.500 Hausärztinnen und Hausärzten wäre mit diesen ca. 112 Millionen zusätzlichen Arztfällen bereits aus Kapazitätsgründen völlig überfordert. Ein solcher hausärztlicher Flaschenhals wäre ein versorgungspolitischer Supergau.

Sowohl im Rahmen der Kollektivverträge als auch bei selektivvertraglichen Regelungen ist ein gesetzlicher Rahmen für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten mit dem Ziel einer am medizinischen Bedarf der einzelnen Patientinnen und Patienten ausgerichteten gemeinsamen ärztlichen Gesundheitsversorgung erforderlich.

Fachärztlicher Direktzugang in einem Primärarztsystem

Neben einem Direktzugang zur ambulanten Frauen- und Augenheilkunde ist es in einem durch Hausärzte getragenen primärärztlichen System sinnvoll und notwendig in definierten Fällen einen direkten Facharztzugang für Patientengruppen zu gewährleisten. Es geht hierbei um Patienten, die aufgrund ihres individuellen medizinischen Bedarfs regelhaft in fortgesetzter fachärztlicher Versorgung sein müssen:

1. **Patienten mit einer dauerhaften chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen fachärztlichen Betreuung bedarf.**
2. **Patienten mit einer episodenhaften Erkrankung, die einer über drei Monate hinausreichender fachärztlichen Betreuung bedarf.**

Bei diesen Patientengruppen sollte die Fachärztin/der Facharzt die koordinierende Betreuung hinsichtlich dieser Erkrankung mit ggf. erforderlichen weiteren Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern übernehmen. Diese Übernahme der Behandlung erfolgt gemäß eines von den fachärztlichen Fachgruppen festgelegten ICD gestützten Kataloges.

Krankenhauseinweisungen sollen zukünftig bei elektiven Behandlungen ausschließlich unter Einhaltung des Facharztstandards für die Beurteilung der stationären Behandlungsnotwendigkeit durch eine vertragsärztlich tätige Fachärztin/einen Facharzt erfolgen. Auch in Akutfällen sollte die Krankenhauseinweisung durch den Hausarzt grundsätzlich nur nach fachärztlichem (Tele-)Konsil möglich sein.

Im Rahmen von Koordination und Informationsaustausch zur strukturierten, bedarfsgerechten Versorgung sollen die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden (Direktterminvereinbarung Haus- und Facharzt, digitale Arztbriefe, gemeinsame elektronische Fallakte, usw.). In der elektronischen Patientenakte muss für die Patienten in ihrer digitalen Patienten-anwendung transparent dargestellt werden, welche Ärzte sie neben ihrem frei gewählten Hausarzt direkt aufsuchen können.

Notwendige Entbudgetierung bei ärztlich festgestelltem Bedarf

Die auf Grundlage einer Überweisung durch den Primärarzt, die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch ein Integriertes Notfallzentrum erfolgenden fachärztlichen Leistungen müssen zwingend **vollständig entbudgetiert** werden. Wenn die Indikation zur fachärztlichen Behandlung durch einen Hausarzt festgestellt und durch eine gezielte Überweisung auch dokumentiert worden ist, entfällt jede Berechtigung für eine Budgetierung. Die hausärztliche Steuerung hat dann bereits sichergestellt, dass eine klar medizinische begründete Bedarfslage für eine fachärztliche Untersuchung vorliegt - **die Budgetierung eines solchen Bedarfs unterläuft die Logik des Primärarztsystems** folglich konsequent und führt zu einer Fortsetzung der Terminproblematik.

Digitalisierung

In einer zweiten Ausbaustufe könnte die Digitalisierung das Primärarztsystem einschließlich eines fachärztlichen Direktzugang weiter vereinfachen und optimieren. Idealerweise würde jeder Patient in das Gesundheitssystem digital einchecken, notwendige Formulare und Fragen bereits digital beantworten, mit einem an SmeD angegliederten System vor-evaluiert werden und dann digital der richtige Versorgungsebene einschließlich einer Terminzuweisung zugeführt werden. Der Katalog für den fachärztlichen Direktzugang wäre dann bereits in der elektronischen Patientenakte des Patienten oder im Erstevaluations-system hinterlegt.

Notfallreform

Im Rahmen einer Reform der Akut- und Notfallversorgung müssen jederzeit unter den Rufnummern 112 und 116117 sowie über eine digitale Anwendung erreichbare Integrierte Notfallleitstellen (INL) eine zentrale Lotsenfunktion übernehmen. Bundeseinheitliche Standards für Rettungsleitstellen sollen dabei die organisatorische und technische Kopplung der Leitstellen des Rettungsdienstes im gesamten Bundesgebiet sowie des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes ermöglichen. Mit der bundeseinheitliche medizinische Ersteinschätzung SmeD wird sichergestellt, dass Patienten eine individuell bedarfsge-rechte medizinische Versorgung erhalten und im Bedarfsfall Behandlungen in der ambu-lanten vertragsärztlichen Versorgung vermittelt werden (beispielsweise direkter Zugang in chirurgische Praxis).

Die Schaffung Integrierter Notfallzentren (INZ) als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung an geeigneten Krankenhausstandorten bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Notfallreform. Die INZ müssen von den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen errichtet und unter Leitungsverantwortung hinreichend fachlich qualifizierter ärztlicher Kräfte der Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben und dabei strukturell derart an ein Krankenhaus angebunden werden, dass sie als erste Anlaufstelle von Hilfesuchenden im Notfall wahrgenommen werden. In den INZ leisten bei Eintreffen der Hilfesuchenden vom Krankenhausträger weisungsunabhängige Kräfte eine qualifizierte und SmED gestützte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs und veranlassen entsprechend des festgestellten medizinischen Bedarfs die unmittelbar erforderliche ambulante oder eine stationäre Versorgung. Die akutversorgenden Leistungen im INZ sind durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte, unmittelbar bei der Kassenärztlichen Vereinigung angestellte Ärztinnen und Ärzte oder durch Krankenhausärztinnen und -ärzte zu erbringen – jedoch ausschließlich außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten und nur, wenn keine Bereitschaftspraxis in zumutbarer Nähe verfügbar ist. Dadurch wird sichergestellt, dass über das INZ keine reguläre medizinische Regelversorgung erfolgt. Die Finanzierung dieser Notfallstrukturen muss einheitlich und sektorenübergreifend über eine monistische, unbudgetierte Vergütung erfolgen. Ergänzend kann – insbesondere zur Absicherung der Versorgung in strukturschwächeren Regionen – die Gewährung steuerfinanzierter Sicherstellungszuschläge vorgesehen werden.

Der Betrieb von Notaufnahmen ohne INZ ist durch die Länder konsequenterweise einzustellen. Krankenhäuser, die keine Integrierten Notfallzentren (INZ) vorhalten, sollten konsequenterweise von einer Teilnahme an der Notfallversorgung ausgeschlossen werden. Zudem darf eine Vergütung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Verordnung zur Krankenhausbehandlung oder ohne Überleitung durch ein anderes Krankenhaus mit INZ konsequenterweise nicht erfolgen. Damit wird klargestellt: Eine qualitätsgesicherte, koordinierte und strukturierte Notfallversorgung ist künftig an das Vorhandensein eines INZ gebunden.