

## **Wahlprüfsteine Hausärzterverband Hessen**

### **Arbeitsbedingungen**

#### **1. Medikamenten- und Heilmittelregresse**

**Eines der größten Ärgernisse für die vertragsärztliche Tätigkeit besteht in den Medikamenten und Heilmittelregressen (wobei das Wort „Regress“ ein Euphemismus für das Wort „Strafzahlung“ ist). Bei Umfragen geben junge Kolleginnen und Kollegen diese ständige Bedrohung ihres Privatvermögens als eines der größten Hindernisse für den Schritt in die Selbständigkeit an. Wie sehen Sie die Chance, dass dieses Nachwuchsverhinderungsinstrument abgeschafft wird, z. B. durch den Einsatz einer Positivliste?**

Generell sind Regresse eine Problematik, die es genauer zu betrachten gilt. Wir sind sehr froh, dass zum Beispiel die Regresse für Hausbesuche erst einmal ausgesetzt sind. Für Medikamente und Heilmittel können wir uns dies genauso gut vorstellen, da die Leistungen den Patientinnen und Patienten geholfen haben und sie auf diese angewiesen sind.

#### **2. Selbstständigkeit**

**In der Vergangenheit wurde die vertragsärztliche Tätigkeit durch immer neue Vorschriften erschwert und zunehmend einschränkt. Nicht zuletzt führen auch die überbordenden bürokratischen Rahmenbedingungen dazu, dass sich immer weniger junge Kolleginnen und Kollegen eine Tätigkeit in eigener Praxis vorstellen können. Wie sehen Sie unter diesen Bedingungen die Zukunft der ärztlichen Selbstständigkeit?**

Ziel der auf Bundesebene angestoßenen Reformen im Gesundheitsbereich ist auch eine Entbürokratisierung. Dies umfasst auch vertragsärztliche Tätigkeit und wird von uns ausdrücklich unterstützt. Gleichzeitig plädieren für den Ausbau digitaler Möglichkeiten, die ebenfalls zu einer Vereinfachung wie Zeitersparnis führen können. Wir brauchen endlich flächendeckend die elektronische Patientenakte (ePA) sowie datenschutzsichere Möglichkeiten für Ärzt\*innen und Therapeut\*innen, Dokumente und Befunde zu verschicken und zu verwalten und damit auch mehr Interoperabilität der verschiedenen Gesundheitsbereiche. Das schafft mehr Zeit und mehr Ressourcen für Patient\*innen.

#### **3. Fachkräftemangel beim Praxispersonal**

**Als Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber spüren auch niedergelassene Ärztinnen und**

**Ärzte den Mangel an Fachkräften, denn in den Praxen fehlen immer mehr medizinische Fachangestellte (MFA). Dabei leisten sie einen entscheidenden Beitrag: Sie koordinieren die Terminplanung, geben telefonische Auskünfte, organisieren das Praxismanagement, assistieren bei Diagnostik und Therapie und sie sind eine wichtige Säule in der Prävention und Prophylaxe. Durch den Mangel an MFA kommt es unter anderem zu einer Verlängerung von Prozessen und weniger Terminen für die Patientinnen und Patienten. Eine Online-Umfrage des Verbandes der medizinischen Fachberufe (VMF) im Jahr 2022 hat ergeben, dass rund 46 Prozent der MFA überlegen, den Beruf zu verlassen — auch aufgrund hoher Stressbelastung und fehlender Wertschätzung durch die Verantwortlichen in der Politik. Mit welchen Strategien wollen Sie dem Mangel an Personal in den Gesundheitsberufen in Hessen begegnen?**

Beschäftigte sind das A und das O und verdienen für hochqualifizierte Arbeit auch einen angemessenen Lohn und Wertschätzung. Bei den MFA hängt das Gehalt von sehr vielen verschiedenen Faktoren ab, z. B. vom Arbeitgeber. Bei privaten Einrichtungen muss das Gehalt verhandelt werden. Abgesehen von einer Arztpraxis können medizinische Fachangestellte auch in Krankenhäusern, medizinischen Laboren oder Rehabilitationszentren arbeiten. Die Branche und insbesondere Art der Einrichtung beeinflussen die Höhe des Gehalts. Es wird grundsätzlich zwischen staatlichen, kirchlichen und privaten Einrichtungen unterschieden. Zwischen den verschiedenen Einrichtungen gelten unterschiedliche Tarifverträge. Staatliche Einrichtungen sind in der Regel tarifgebunden und das ist gut so. Grundsätzlich halten wir einen deutlich höheren Mindestlohn für die erwiesenermaßen fachlich hochkompetente Arbeit im Bereich der medizinischen Fachberufe für dringend notwendig.

## **Honorar**

### **1. „Angemessene Vergütung“**

**Im § 72 SGB V wird eine angemessene Vergütung für ärztliche Leistungen gesetzlich vorgeschrieben. Ein Hausbesuch, der mit An- und Abreise zwischen 20 und 40 Minuten Zeit benötigt, wird derzeit mit 24,36 € (zzgl. 3,07€ Anreisepauschale) vergütet. Entsprechen die derzeitigen Honorarhöhen generell aus Ihrer Sicht dieser gesetzlichen Weisung?**

Nein, die Honorarhöhen entsprechen nicht mehr der generellen Weisung und müssen an die heutige Preisentwicklung und die erbrachten Leistungen angespannt werden.

### **2. Honorarsteigerung im EBM**

**Der Orientierungspunktwert, das heißt die Honorarsteigerung im Rahmen des so genannten einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM, Gebührenordnung für Kassenpatienten), ist in den vergangenen fünf Jahren um folgende Prozentzahlen gestiegen: 2019: 1,58%, 2020: 1,52%, 2021: 1,25%, 2022: 1,275%, 2023: 2,00%. Die Krankenkassen verhandeln sogar jährlich über eine 0%-„Anpassung“ des Honorars. Halten Sie diese niedrigen Steigerungsraten angesichts massiv gestiegener Praxiskosten für angemessen?**

Nein, die Steigerungsraten sind ebenso wie die Honorarhöhen nicht mehr angemessen und müssen an die heutige Preisentwicklung und die erbrachten Leistungen angespannt werden.

### **3. Gebührenordnung für Ärzte**

**Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), das ist die Abrechnungsordnung für privatärztliche Leistungen, ist seit dem Jahr 1996 nicht mehr erhöht worden. Sämtliche Leistungen für Privatpatienten stehen also weiter auf dem Honorarstand von 1996. Bei der GOÄ handelt es sich um eine Rechtsverordnung, deren Änderung nur durch die Politik beschlossen werden kann. Wie stehen Sie dazu und inwiefern sind Sie bereit, diesem Zustand Abhilfe zu schaffen?**

Nach unserem Kenntnisstand prüft man im Gesundheitsministerium die neu vorgelegte GOÄ und deren Umsetzung noch in dieser Legislatur. Die Gebühren- bzw. Abrechnungsordnung müssen harmonisiert werden! Grundsätzlich ist aus unserer Sicht jedoch eine Reform, mit der wir die Zwei-Klassen-Medizin zwischen privat und gesetzlich Versicherten abbauen können, zielführender.

## **Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung**

### **1. Nachbesetzung von Praxen**

**Die Bevölkerung altert, die Gesamtmorbidität hat zugenommen, Gleichzeitig ist die junge Ärztegeneration mit Blick auf die „work-life-balance“ nicht mehr bereit, sich in dem Maße wie es früher üblich war, selbst auszubeuten. Das bedeutet, die zukünftige Versorgung ist nur mit mehr Ärztinnen und Ärzten zu sichern. Wie wollen Sie dafür sorgen, genügend Nachfolgerinnen und Nachfolger für die bestehenden Arztpraxen zu finden, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass ca. 50% aller hessischen Hausärztinnen und Hausärzte in den kommenden 10 Jahren in Rente gehen werden?**

Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Aufgabe, die ambulante Versorgung mit Haus- und Fachärzt\*innen, insbesondere mit Kinderärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sicherzustellen. Das fordern wir konsequent ein und erwarten, dass sie attraktive Bedingungen für die Niederlassung von Hausärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen etc. in den ländlichen Regionen schafft. Zudem braucht es eine kleinräumige Bedarfsplanung. Zudem benötigt es mehr Medizinstudienplätze, um den Nachwuchs für die in Zukunft vakanten Stellen, generieren zu können. Diesbezüglich hat die SPD-Landtagsfraktion bereits in den vergangenen Jahren in allen Haushaltsdebatten Gelder zur Verfügung stellen wollen, um dieser Prognose Rechnung zu tragen. Leider bekamen die Vorschläge keine Mehrheit. Wir werden uns weiter dafür einsetzen, dass genügend Nachwuchskräfte ausgebildet werden, damit auch in Zukunft die Versorgung sichergestellt werden kann.

### **2. Medizinstudium**

**In den vergangenen 30 Jahren ist die bundesweite Zahl der Medizinstudienplätze von ca. 16.000 auf ca. 11.000 reduziert worden. In Hessen standen im Wintersemester 2022/23 an den Standorten Marburg, Gießen und Frankfurt 1149**

**Plätze für Erstsemester zur Verfügung. Die Studienkapazitäten im Fach Humanmedizin an den hessischen Universitäten sollten erweitert werden. Denn es müssen deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, um die Kolleginnen und Kollegen zu ersetzen, die in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen werden. Wie stehen Sie zu einer Ausweitung der Zahl der Medizinstudienplätze?**

Alle Prognosen zeigten, dass die Zahl der Studienplätze in Hessen nicht ausreicht, um die ärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Die derzeit vorhandenen Plätze werden dem Ersatz- sowie dem Erweiterungsbedarf nicht gerecht. Das Interesse am Medizinstudium bleibt jedoch anhaltend hoch. Die Anzahl der Bewerbungen übersteigt die Anzahl der zur Verfügung stehenden Studienplätze regelmäßig deutlich. Wir haben die Landesregierung zuletzt bei den Haushaltsberatungen aufgefordert, mehr Medizinstudienplätze zu schaffen, um dem Mangel in verschiedenen Fachdisziplinen wie u.a. der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendmedizin und im Öffentlichen Gesundheitsdienst wirksam entgegenwirken zu können.

**Halten Sie es für sinnvoll, den Zugang zum Medizinstudium niedrighschwelliger anzusetzen, als dies mit der alleinigen Ausrichtung am Numerus Clausus der Fall ist?**

Ja, das halten wir für sinnvoll. Insbesondere sollen Fähigkeiten und Kompetenzen, die für die Ausübung des Berufes wesentlich sind, hier mehr in den Blick genommen und in eine Bewertung zur Aufnahme eines Studiums integriert werden.

**Könnten Sie sich vorstellen, die Universitäten zu veranlassen, Anwärter zum Medizinstudium künftig auch über eine Eignungsprüfung auszuwählen?**

Auch eine Eignungsprüfung ist nicht auszuschließen, um jene zum Studium zuzulassen, die für das Berufsfeld die besten Voraussetzungen mitbringen.

### **3. Notaufnahmen**

**Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden zunehmend mit Bagatell-Fällen (z. B. Ohrschmalz, Rückenschmerz seit vier Wochen etc.) geflutet. Und das obwohl tagsüber die Praxen geöffnet haben und nachts der ärztliche Bereitschaftsdienst zur Verfügung steht. Wie wollen Sie versuchen, derart missbräuchlicher Ressourcenbindung Einhalt zu gebieten?**

Die Notaufnahmen und Rettungsdienste brauchen dringend eine nachhaltige Entlastung, damit sie mehr Zeit für Patientinnen und Patienten mit schweren Krankheitsbildern haben. Deshalb müssen die Fälle besser gesteuert und vorhandene Versorgungsmöglichkeiten gezielter genutzt werden. Wir brauchen in Hessen endlich eine flächendeckende ambulante Notfallversorgung. Dies würde entscheidend zur Entlastung der Notaufnahmen beitragen.

Das SaN-Projekt zeigt wie eine „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ funktionieren kann. Sektorenübergreifend, orientiert an den für die Behandlung passendsten Ressourcen und durch konsequente Digitalisierung in Echtzeit verfügbar

Leistungen sollen entsprechend zu Verfügung gestellt werden. Eine flächendeckende Ausrollung von SaN wird daher von uns befürwortet.

**Wie stehen Sie insbesondere zur Einführung einer durch die Patienten bei Aufsuchen einer Notaufnahme zu bezahlenden Unzeitpauschale?**

Dies ist sicher nicht zielführend und würde nur noch verstärken, dass Gesundheit mit den jeweils individuellen finanziellen Möglichkeiten verknüpft wird. Hinzu kommt, dass wir sicher niemanden bestrafen wollen, der in einer – wenn möglicherweise auch rein subjektiven – Notfallsituation nicht weiß, an wen er sich sonst wenden soll. Sinnvoller ist, wie oben beschrieben, die Patientensteuerung zu forcieren, so dass die Patienten nicht mehr aus Ohnmacht oder Unwissenheit zu Unzeiten die Notaufnahme aufsuchen, sollte das Aufsuchen dieser nicht notwendig sein.

#### **4. Notfallversorgung**

**Die Vorschläge, mit der Reform von Notaufnahmen und Rettungsdiensten Integrierte Notfallzentren zu schaffen, sind inakzeptabel. Es ist unpraktikabel, neben der bestehenden Primärversorgung zusätzliche, rund um die Uhr erreichbare Bereitschaftsdienste und Notfallzentralen zu schaffen. Zudem ist es völlig inakzeptabel, dass die Arbeit in diesen Zentren von Hausärztinnen und Hausärzten erledigt werden sollten – zusätzlich zu ihrer eigentlichen Tätigkeit in ihren Praxen und im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Wie stehen Sie zu den Plänen, Integrierte Notfallzentren zu schaffen?**

Im Notfall muss es schnell gehen – das geht nur mit klarer Struktur. Es braucht eine Stärkung statt Kürzung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD). Der Aufbau von Integrierten Notfallzentren an Krankenhäusern sowie die Zusammenführung der Notrufnummer 112 und der Servicenummer 116117 in integrierten Leitstellen vor. Das sogenannte Ein-Tresen-Modell in Notfallzentren – wie wir es in Frankfurt-Höchst bereits haben – ermöglicht eine frühzeitige Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene. Je nach Schweregrad des Notfalls erhalten Hilfesuchende vor Ort so schneller die jeweils passende Versorgung. Gleiches gilt für die integrierten Leitstellen, in denen Hilfeersuchen zentral entgegengenommen und an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Rettungsdienst weitergeleitet werden. Darüber hinaus müssen die Rahmenbedingungen für die ärztliche Bereitschaft verbessert werden, indem sich die ambulanten und stationären Sektoren stärker bei der Erstellung von Dienstplänen abstimmen und somit Ärztinnen und Ärzte auf beiden Seiten entlastet werden.

#### **5. Patientensteuerung**

**Nicht wenige Patientinnen und Patienten nutzen ihre Versicherungskarte als Freifahrtschein, mit dem sie unbegrenzt fachärztliche Kolleginnen und Kollegen frequentieren können. Dabei kommt es aufgrund naturgemäß mangelnder Kompetenz immer wieder zu Fehlsteuerungen und Doppeltuntersuchungen. Wie stehen Sie zur Einführung eines Primärarztsystems, bei dem die jeweilige hausärztliche Praxis die Patientensteuerung übernimmt?**

Eine Hausarztzentrierte bzw. primärarztzentrierte Versorgung kommt Patienten zugute, da die Gesundheitsversorgung aus einer Hand – von dem Hausarzt des Vertrauens – kommt. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung ist der Hausarzt/die Hausärztin die erste Anlaufstelle in Gesundheitsfragen. Er oder sie koordiniert die Behandlung und bindet bei Bedarf weitere Professionen mit ein.

## **6. Investorengeführte MVZ**

**In immer mehr Bereichen der ambulanten Medizin werden Praxen durch investorengeführte medizinische Versorgungszentren (MVZ) aufgekauft, deren primäres Geschäftsziel in der Gewinnerzielung ihrer Anteilseigner besteht. Das bedeutet, dass Dritte – nicht an der medizinischen Versorgung teilnehmende Kapitalanleger – Geld aus den Sozialkassen ziehen. Halten Sie Fortsetzung dieser Entwicklung für wünschenswert? Wie stehen Sie zum Verbot investorenbetriebener medizinischer Einrichtungen?**

Das Verbot befürworten wir. Gesundheit ist ein Grundrecht und kein Geschäft, das von wirtschaftlichen Aspekten dominiert werden darf. Sollten jedoch MVZs oder Praxen investorengeführt sein, muss dies transparent gemacht werden. Wir fordern, dass diesbezüglich ein Transparenzregister eingeführt wird.

## **7. Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten**

**Der wirtschaftliche Druck auf inhabergeführte Arztpraxen führt dazu, dass immer größere Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren entstehen. Dies wird zwangsläufig zu einer Verminderung der Standorte führen, was wiederum die Versorgung in ländlichen Gebieten weiter verschlechtern wird. Wie würden Sie diesem Versorgungsengpass entgegenwirken?**

Der Versorgungsbedarf in den einzelnen Kommunen muss besser abgebildet werden, um eine realistische Planung zu ermöglichen. Dafür wollen wir eine Beratungsstelle für Kommunen zur ärztlichen Versorgung gründen. Mit unserem Landesgesundheitsplan (Bedarfserhebung, Bedarfsplanung, Umsetzung wohnortnaher Strukturen) wollen wir dafür Sorge tragen, dass alle Patienten rundum gut versorgt werden können.

## **8. Gesundheitskioske**

**Der Bund will mit rund 1.000 neuen Gesundheitskiosken die gesundheitliche Versorgung in sozial benachteiligten Gebieten verbessern und Menschen in prekären Lebenssituationen sozialmedizinische Hilfe und medizinische Beratung zukommen lassen. Diesen Bedarf sehen wir grundsätzlich auch und es gibt dafür schon langjährige und erfolgreiche Lösungen, wie z. B. die Sozialberatung in Arztpraxen. Nur mit der Einrichtung von Gesundheitskiosken werden die eigentlichen Versorgungsprobleme aber nicht gelöst. Hier wird eine teure Parallelstruktur aufgebaut, die von den eigentlichen Herausforderungen ablenken soll – es ist zu befürchten, dass Gelder aus der medizinischen Versorgung abgezogen werden, um die Gesundheitskioske zu finanzieren. Abgesehen davon gibt es schon jetzt zu wenig medizinisches und pflegerisches Personal. Wie stehen Sie zur Einrichtung von Gesundheitskiosken?**

Beim Gesundheitskiosk handelt es sich um ein Projekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von benachteiligten Gruppen. Konkret heißt das, dass die Bürger\*innen Unterstützung bekommen, den passenden Arzt zu finden, Arztbriefe zu verstehen oder aber auch Informationen erhalten zu Themen wie z.B. Schwangerschaft, psychologische Beratung, Pflege, Impfungen und Vorsorge. Auch weitere Leistungen können später integriert werden. Diese medizinische Versorgungsgrundlage für alle Bürger\*innen zu schaffen, halten wir für wichtig und unterstützen wir. Sicherlich müssen die Kioske gut integriert werden, Parallelstrukturen wollen wir vermeiden. Durch eine gute Gesundheitsplanung muss aufgezeigt werden, wer was macht und wer für was zuständig ist. Gesundheitskioske, Pflegeberatung, Pflegestützpunkte, Gemeindefachstellen, Projekte wie PORT können Patienten durch den Gesundheitsdschungel leiten und steuern. Diese Projekte müssen verzahnt werden, sollen aber nicht die gleichen Leistungen erbringen, sondern sich ergänzen bzw. Schnittstellenproblematiken vermeiden.

## **9. Gesetzliche Krankenversicherung**

**Derzeit gibt es 96 gesetzliche Krankenkassen in Deutschland.**

**Halten Sie diese hohe Zahl von Parallelstrukturen angesichts eines gesetzlich vorgeschriebenen identischen Leistungsumfangs und einer ebenfalls weitestgehend gesetzlich vorgeschriebenen Beitragshöhe für erforderlich? Würde eine deutlich niedrigere Zahl nicht zu einer finanziellen Entlastung des Gesundheitswesens ohne Qualitätsverlust für die Bevölkerung führen? Wie stehen Sie zu der Einrichtung einer Einheitskrankenkasse?**

Wir setzen uns auf allen Ebenen für die Einführung der solidarischen Bürgerversicherung ein und wollen die Zwei-Klassen-Medizin überwinden. Damit gäbe es auch keine unzähligen Parallelstrukturen oder Leistungsunterschiede seitens der Kostenträger. Durch die Einführung einer Bürgerversicherung soll nicht nur soziale Gerechtigkeit hergestellt werden, sondern auch mehr Effizienz und letztendlich Kostenersparnisse. Wären alle Bundesbürger gesetzlich versichert, „würde die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich ein finanzielles Plus in Höhe von rund neun Milliarden Euro erzielen“, so ein zentrales Ergebnis der Studie, die vom Berliner IGES Institut (2021) durchgeführt wurde.