



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER



Forderungen der Bayerischen Landesärztekammer an die neue Bundesregierung

Stand Februar 2025

Forderungen der Bayerischen Landesärztekammer an die neue Bundesregierung

Für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung in Bayern und Deutschland

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor grundlegenden Herausforderungen, die einer klaren und nachhaltigen Antwort bedürfen. Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) sieht die nächste Legislaturperiode als eine entscheidende Weichenstellung, um die Gesundheitsversorgung in Bayern und ganz Deutschland zukunftsfähig zu gestalten.

Der demografische Wandel – das stetige Anwachsen des Anteils älterer Menschen und der damit verbundene Anstieg des Behandlungsbedarfs – ist eine der größten gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit. Zugleich stehen wir vor der Situation, dass zahlreiche erfahrene Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden werden, was zu einer weiteren Verschärfung der Fachkräftesituation führt.

Die kommenden Jahre erfordern tiefgreifende Reformen, um das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu gestalten. Es muss dringend in die ambulante und stationäre Versorgung investiert, die Niederlassung von Ärzten gefördert und die Freiberuflichkeit als Garant für eine patientenorientierte Versorgung gesichert werden. Der Ausbau der Digitalisierung und die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind ebenso notwendig wie eine klare Präventionsstrategie und die Anpassung des Gesundheitssystems an die Herausforderungen des Klimawandels.

Die BLÄK fordert von der nächsten Bundesregierung, diese Herausforderungen aktiv anzugehen und nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Insbesondere muss die Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger – in Städten und ländlichen Regionen – gesichert werden. Dafür müssen gezielte Maßnahmen in folgenden Bereichen ergriffen werden:

■ **Stärkung der ambulanten Versorgung**

Förderung der Niederlassung von Ärzten, Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen sowie Abbau bürokratischer Hürden, um die ambulante Versorgung zu sichern.

■ **Nachhaltige Krankenhausreform für eine bedarfsgerechte Versorgung**

Abschaffung des DRG-Systems und Einführung einer bedarfsgerechten Finanzierung von Krankenhäusern zur Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung.

■ **Effiziente Patientensteuerung für ein funktionierendes Gesundheitssystem**

Optimierung der Patientensteuerung durch eine verbesserte Koordination zwischen den Versorgungsebenen und Etablierung einer primärärztlichen Versorgung.

■ **Gesundheitskompetenz im Alltag verankern und Klimaschutz in den Fokus rücken**

Förderung der Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen und Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, die den Klimawandel als gesundheitliche Herausforderung mit einbeziehen.

■ **Regulierung von Investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)**

Strengere Regulierung von iMVZ, um die ärztliche Unabhängigkeit zu wahren und monopolartige Strukturen zu verhindern.

■ **Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben**

Koordinierung des Ausbaus der Telematikinfrastruktur und Entwicklung nutzerfreundlicher digitaler Tools zur Verbesserung der Behandlungsqualität und Entlastung der Praxisabläufe.

■ **Bürokratieabbau für mehr Zeit für Patientinnen und Patienten**

Reduzierung bürokratischer Belastungen im Gesundheitswesen, um Ärzten mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung zu geben.

■ **Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe optimieren**

Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch klare Regelungen und gemeinsame Fortbildungsangebote, um die Versorgungsqualität zu steigern.

1. Stärkung der ambulanten Versorgung

Ausgangslage:

Die ambulante Versorgung ist das Rückgrat der flächendeckenden, wohnortnahen medizinischen Betreuung in Bayern und Deutschland. Dennoch droht vor allem im ländlichen Raum eine zunehmende Unterversorgung. Viele Ärzte schrecken vor der Niederlassung zurück. Die Gründe sind vielfältig: Finanzielle und administrative Hürden, mangelnde Planungssicherheit, eine hohe Arbeitsverdichtung sowie die fehlende Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Aufwand und Erträge stehen häufig nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis. Junge Medizinerinnen und Mediziner empfinden die Niederlassung daher häufig als unattraktiv, weshalb bestehende Praxen nicht nachbesetzt werden. Demgegenüber nimmt der Trend zur Anstellung und Teilzeittätigkeit zu. So stieg etwa der Anteil der Gruppe „Angestellte Ärzte in einer Praxis“ in den vergangenen fünf Jahren um über 30 Prozent und macht mittlerweile schon 36,6 Prozent aller Ärzte im ambulanten Sektor in Bayern aus. Darüber hinaus zeigt eine Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) aus Dezember 2023, dass über 60 Prozent der niedergelassenen Ärzte den vorzeitigen Ausstieg aus der Versorgung erwägen.

Das ist zu tun:

- **Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen:** Die gegenwärtige Budgetierungssystematik hat sich längst überlebt und schadet der Versorgungssicherheit in Deutschland. Die etablierten und bewährten ambulanten Strukturen geraten immer mehr unter Druck. Alle erbrachten Leistungen müssen auskömmlich und bedarfsgerecht honoriert werden. Dies schafft Planungssicherheit und stärkt die Attraktivität der Niederlassung. Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) ist ein wichtiger erster Schritt. Nun gilt es, diesen Weg in der nächsten Legislaturperiode konsequent auch für die Fachärztinnen und Fachärzte fortzusetzen.
- **Niederlassung attraktiver machen:** Einführung finanzieller Anreize wie Zuschüsse für Praxiseröffnungen, Übernahmen oder Investitionen in Praxisausstattungen sowie nachhaltige Steuererleichterungen. Gleichzeitig müssen Genehmigungsverfahren entschlackt und bürokratische Hürden für die Niederlassung abgebaut werden. Vorrangig vor Einführung neuer Gesundheitsberufe oder digitaler Anwendungen sind die bestehenden Versorgungsebenen zu stärken und weiterzuentwickeln.
- **Attraktivere Rahmenbedingungen:** Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, darunter flexible Arbeitszeitmodelle, einer besseren Planbarkeit des Berufsalltags sowie der Ausbau von Betreuungsangeboten.
- **Erhalt der Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit:** Gesetzliche Sicherung der ärztlichen Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit als Grundpfeiler für Therapiefreiheit und individuelle Patientenbetreuung.
- **Mentoring für Nachwuchs:** Einführung von Mentoringprogrammen, die junge Ärzte auf dem Weg in die Niederlassung begleiten und praktische Unterstützung bieten.
- **Fachkräfte binden:** Reduzierung der Arbeitsverdichtung und Stärkung der Berufszufriedenheit durch Bürokratieabbau und die Förderung teamorientierter Arbeitsmodelle, die den Ärzten wieder mehr Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben geben. Zu nennen ist hier beispielsweise die Teamversorgung in haus-, kinder- und fachärztlichen Praxis, die heute schon etabliert ist.

2. Nachhaltige Krankenhausreform für eine bedarfsgerechte Versorgung

Ausgangslage:

Die Krankenhausreform zielt auf eine stärkere Spezialisierung und eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft ab. Während der Weg einer Spezialisierung grundsätzlich sinnvoll ist, muss sichergestellt werden, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser finanziell abgesichert werden. Die Kombination aus Fallpauschalen und Vorhaltepau-

schalen greift hierbei zu kurz und ändert nichts an der grundsätzlichen Problematik: Solange finanzielle Anreize weiterhin auf der Anzahl der erbrachten Leistungen basieren, bleiben Krankenhäuser dazu gedrängt, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Dass sich zudem die Vorhaltepauschale an den Leistungen der Vorjahre orientieren soll, verstärkt das „Hamsterrad“ der DRGs und stellt keine nachhaltige Lösung dar.

Das ist zu tun:

- **Finanzielle Absicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und Abkehr vom Leistungsdruck der Fallpauschalen:** Krankenhäuser, die für die Grundversorgung unerlässlich sind, müssen durch ein stabiles Finanzierungsmodell gesichert werden, unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen, im Sinne einer echten Vorhaltefinanzierung.
- **Gezielte Krankenhausbereinigung:** Eine bedarfsorientierte Anpassung der Krankenhausstrukturen ist notwendig, wobei sowohl spezialisierte Kliniken als auch Grundversorger erhalten bleiben müssen.
- **Angemessene Personalausstattung:** Es bedarf einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung in Kliniken. Dazu liegt ein von der Bundeärztekammer entwickeltes Personalbemessungssystem (ÄPSBÄK) vor.
- **Finanzierung tariflicher Anpassungen:** Damit Tarifsteigerungen der angestellten Ärzte nicht zulasten der Personaldecke der Krankenhäuser gehen, ist hier eine echte Refinanzierung erforderlich.
- **Notfallreform:** Künftig sind Krankenhaus- und Notfallreform gemeinsam zu entwickeln, auch unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungsstrukturen.

3. Effiziente Patientensteuerung für ein funktionierendes Gesundheitssystem

Ausgangslage:

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einem weitgehend ungesteuerten Zugang und einer unstrukturierten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Dies führt zu Überlastungen in der Akut- und Notfallversorgung sowie zu einer ineffizienten Nutzung von Ressourcen in der Regelversorgung. Die Zahl der Behandlungen in klinischen Notaufnahmen ist 2023 auf das Rekordniveau von 12,4 Millionen Fällen gestiegen. Im Durchschnitt sind täglich 34.000 Menschen in der Notaufnahme eines Krankenhauses versorgt worden. Deutschland liegt mit durchschnittlich 9,6 Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr im internationalen Spitzenfeld, was das System an seine finanziellen und personellen Grenzen bringt.

Das ist zu tun:

- **Primärärztliche Versorgung in der Regelversorgung stärken:** Das deutsche Gesundheitswesen braucht wirksame Formen der Patientensteuerung und Koordination. Dies konstatierte der 128. Deutsche Ärztetag im Mai 2024 in einem mit großer Mehrheit gefassten Beschluss. Patienten in Deutschland sollten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung demnach eine Arztpraxis verbindlich wählen. Dieser „erste Anlaufpunkt“ übernimmt für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen. Die primärärztliche Versorgung erfolgt durch einen Hausarzt. Das SGB V ermöglicht schon heute die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten fördert. Dies hat sich bewährt und ist weiter auszubauen. Dabei bleibt zum Beispiel in der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten. Bei Patienten mit einer besonders im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankung, die eine intensive und kontinuierliche fachärztliche Versorgung erfordert, kann die Behandlungskoordination durch den behandelnden Facharzt erfolgen. Die freie Arztwahl bleibt im Rahmen dieser Vorgaben erhalten. Leistungen, die in der primärärztlichen Versorgung erbracht werden, müssen sowohl im hausärztlichen wie auch konsekutiv auf Überweisung im fachärztlichen Bereich entbudgetiert werden.

- **Standardisierte Ersteinschätzung in der Notfallversorgung:** Die Einführung einer validierten und standardisierten Ersteinschätzung von Akut- und Notfallpatientinnen und -patienten ermöglicht eine verbindliche Zuweisung in die geeignete Versorgungsebene. Dies entlastet Notaufnahmen und stellt sicher, dass Notfallressourcen gezielt eingesetzt werden.
- **Digital unterstützte Koordination:** Die Patientensteuerung kann durch digitale Lösungen flankiert werden, um einen schnellen und sicheren Datenaustausch zwischen Versorgungsbereichen sicherzustellen. Einheitliche Standards und eine hohe Systemkompatibilität sind hierfür essenziell.
- **Gesundheitskompetenz fördern:** Flächendeckende Informationskampagnen sind notwendig, um die Bevölkerung für den richtigen Umgang mit medizinischen Angeboten und Versorgungspfaden zu sensibilisieren.

4. Gesundheitskompetenz im Alltag verankern und Klimaschutz in den Fokus rücken

Ausgangslage:

Chronische Erkrankungen, Übergewicht und psychische Belastungen nehmen in Deutschland kontinuierlich zu. Besonders bei Kindern und Jugendlichen besteht dringender Handlungsbedarf, um Grundlagen für ein gesundes Leben zu schaffen. Gleichzeitig bleibt der Klimawandel eine der langfristig größten Bedrohungen für die Gesundheit. Hitze, Extremwetterereignisse und vektorübertragene Infektionskrankheiten wirken sich erheblich auf die Bevölkerung aus.

Das ist zu tun:

1. Gesundheitskompetenz in Bildung verankern und Prävention intensivieren

- **Gesundheit in Lehrplänen:** Gesundheitskompetenz muss verpflichtend in die Lehrpläne und Curricula von Schulen und Berufsbildungseinrichtungen integriert werden.
- **Regulierung:** Einführung strikter Regelungen gegen Werbung für gesundheitsschädigende Produkte, insbesondere solche, die sich direkt an Kinder und Jugendliche richten sowie Einführung einer Herstellerabgabe auf gezuckerte Getränke und höhere Steuern auf Alkohol, Tabak und Nikotinprodukte, deren Erlöse gezielt in Gesundheitsförderung und Prävention fließen.
- **Frühe Prävention:** Programme zur Bewegungsförderung, Ernährungsbildung und gesunden Lebensweisen sollten bereits in Kindertagesstätten etabliert werden.

2. Klimaschutz und Klimaanpassung fördern:

- **Hitzeschutz:** Verbindliche rechtliche Vorgaben auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, um Hitzeschutz als Pflichtaufgabe zu etablieren.
- **Nachhaltige Produktion:** Förderung nachhaltiger Herstellungsverfahren in der Arzneimittelproduktion und Ausbau europäischer Produktionskapazitäten.
- **Klimafreundliches Gesundheitssystem:** Transformation des Gesundheitswesens hin zu einem klimaresilienten und klimaneutralen System.
- **Health in All Policies:** Gesundheitsziele systematisch in allen relevanten Politikbereichen berücksichtigen, um gesellschaftliche Synergien zu fördern.

5. Regulierung von Investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)

Ausgangslage:

Private-Equity-Gesellschaften dominieren zunehmend die ambulante Versorgung, indem sie Arztpraxen zu Ketten zusammenfügen. Dies führt in einigen Regionen zu monopolartigen Strukturen und beeinträchtigt die Patientenversorgung. Besonders in ländlichen Gebieten profitieren diese Versorgungszentren kaum von ihrer angeblichen Versorgungskapazität. Zudem erhöhen Investoren den Druck auf angestellte Ärzte, lukrative Behandlungen durchzuführen.

Das ist zu tun:

- **Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen:** Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass MVZ künftig nur noch dann gegründet werden dürfen, wenn sich die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägergesellschaft in Händen von Ärzten befindet. Zudem muss der Aufgaben- und Verantwortungsbereich des ärztlichen Leiters eines MVZ konkretisiert werden.
- **Transparenz der nachgelagerten Inhaberstrukturen eines MVZ:** Die Gründer eines MVZ sind vom Gesetzgeber zu verpflichten, nicht nur die rechtlichen Eigentümer der jeweiligen MVZ-Trägergesellschaft, sondern auch sämtliche an dieser Gesellschaft wirtschaftlich Berechtigten in einem speziellen neu einzurichtenden MVZ-Transparenzregister zu veröffentlichen. Auch eine Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber von MVZ auf dem Praxisschild („Schilderpflicht“ für MVZ) ist verpflichtend einzuführen.
- **Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz:** Um monopolartigen Strukturen entgegenzuwirken, sind Gesetzesänderungen zur räumlichen Begrenzung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für MVZ nötig. Zudem ist eine planungsbereichsbezogene Begrenzung des Versorgungsanteils von MVZ, die von demselben Träger gegründet wurden, einzuführen. Weiterhin sollte eine Obergrenze für die in einem MVZ tätigen Ärzte eingeführt und der planungsbereichsübergreifende Erwerb von Arztstellen abgeschafft werden.
- **Stärkung der Freiberuflichkeit:** Eine vorrangige Berücksichtigung von niederlassungswilligen Ärzten bei Praxisausschreibungsverfahren ist gesetzlich zu implementieren. Zudem ist die Möglichkeit des Verzichts auf die Zulassung zum Zwecke der Anstellung in einem MVZ aus dem Gesetz ersatzlos zu streichen. Weiterhin sind Gesetzesänderungen, mit der die Möglichkeit einer „Konzeptbewerbung“ wieder abgeschafft wird, notwendig.
- **Prüfung der Geeignetheit der MVZ durch die Zulassungsausschüsse:** Ähnlich wie bei Vertragsärzten sollte eine Eignungsprüfung für MVZ eingeführt werden, durch die geprüft wird, ob zulassungswillige MVZ eine ordnungsgemäße vertragsärztliche Versorgung gewährleisten können.
- **Disziplinarmaßnahmen auch gegen MVZ:** Disziplinarmaßnahmen sollen künftig auch gegen MVZ verhängt werden können. Zudem ist einem MVZ die Zulassung zu entziehen, wenn das MVZ durch entsprechende Maßnahmen nicht sicherstellt, dass MVZ-Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen.

6. Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben

Ausgangslage:

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet weiter voran. Wichtige Anwendungen wie die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) sind jedoch noch nicht flächendeckend eingeführt. Dies führt zu Medienbrüchen und ineffizienten Arbeitsprozessen.

Das ist zu tun:

- **Verpflichtende Anbindung:** Sicherstellung, dass alle Krankenhäuser und Arztpraxen an die Telematikinfrastruktur angebunden sind.
- **Finanzierung:** Stärkere finanzielle Unterstützung der Praxen auf dem Weg der Digitalisierung.
- **Innovative Anwendungen:** Entwicklung nutzerfreundlicher Tools, die den Datenaustausch zwischen allen Akteuren erleichtern und die Behandlungsqualität verbessern.
- **Datensicherheit:** Strikte Einhaltung höchster Datenschutzstandards, um das Vertrauen der Patienten zu gewährleisten.

7. Bürokratieabbau für mehr Zeit für Patientinnen und Patienten

Ausgangslage:

Ärzte klagen zunehmend über die Bürokratielast, die wertvolle Zeit bindet und die Patientenversorgung erschwert. Zahlreiche Dokumentationspflichten bieten keinen erkennbaren Mehrwert und führen zu Frustration im Berufsalltag.

Das ist zu tun:

- **Taskforce Entbürokratisierung:** Einrichtung einer Expertengruppe unter Einbezug der Ärzteschaft, um praxisnahe Lösungen zu erarbeiten.
- **Effiziente Verfahren:** Harmonisierung von IT-Systemen, Vereinheitlichung von Formularen und Abschaffung überflüssiger Dokumentationspflichten.
- **Bürokratiefolgenabschätzung:** Systematische Prüfung neuer Regelungen auf ihre Auswirkungen auf die administrative Belastung.

8. Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe optimieren

Ausgangslage:

Der steigende Versorgungsbedarf erfordert eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Dabei dürfen jedoch keine Kompromisse bei der Versorgungsqualität gemacht werden. Insbesondere der ärztliche Vorbehalt bei medizinischen Entscheidungen muss gewahrt bleiben.

Das ist zu tun:

- **Klare Regelungen:** Sicherstellung des ärztlichen Vorbehalts bei medizinischen Kernaufgaben, um die Patientensicherheit zu garantieren.
- **Kooperationsmodelle:** Entwicklung praxisnaher Konzepte, die Rollen und Verantwortlichkeiten klar definieren und die Zusammenarbeit erleichtern.