

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 18. April 2019

zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform für eine faire Kassenwahl in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) vom 25. März 2019

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Postfach 12 11 47, 10605 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Axel Schroeder, Dr. med. Christian Albring, Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: RA Lars. F. Lindemann, Verbandsgeschäftsführer: Robert Schneider, M.A.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
(BDA)



Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V.
(BDNukl)



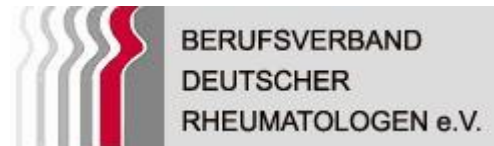
Bundesverband der Pneumologen (BdP)



Bundesverband Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.
(BDRh)



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.
(BNC)



Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener Gynäkologi-
scher Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Bundesverband Reproduktionsmedizinischer
Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Oh-
renärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
e.V. (BVA)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen
e.V. (BVDD)



Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.
(BvDU)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.
(BVDH)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen
e.V. (BVND)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen
e.V. (BNK)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie
e.V. (BVOU)



Berufsverband der Rehabilitationsärzte
Deutschlands e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für
Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)



Assoziierte Mitglieder

MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)

NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)



INHALT

| | |
|--|----|
| I. Vorbemerkungen..... | 7 |
| II. Erfüllungsaufwand..... | 8 |
| III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen | 9 |
| Artikel 4 – Änderungen des SGB V | 9 |
| Nr. 5: § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung | 9 |
| Nr. 10: § 140a SGB V – Besondere Versorgung | 10 |
| Nr. 11: Sechstes Kapitel – Erster Abschnitt – Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen | 12 |
| Nr. 12: § 173 SGB V – Allgemeine Wahlrechte | 12 |
| Nr. 13: § 217b SGB V – Organe | 12 |
| Nr. 22: § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben | 13 |
| Artikel 5 – Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung | 15 |
| Nr. 19: § 38 RSAV– Zuweisung für Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen (alt „Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009“)..... | 15 |

I. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf für ein Gesetz zur Reform für eine faire Kassenwahl in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vor allem die dringend notwendige Reform des Risikostrukturausgleichs sowie das Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenkassen anzupassen.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) begrüßt grundsätzlich das Vorhaben des BMG. Insbesondere die Anpassungen am Risikostrukturausgleich hin zu einer Krankheits-Vollmodell-Betrachtung werden positiv gesehen. Die Streichung der Programmkostenpauschale in den Disease-Management-Programmen (DMP) wird hingegen kritisch bewertet.

Der SpiFa befürwortet ausdrücklich die Weiterentwicklung des Organisationsrechts der Krankenkassen, insbesondere durch die bundesweite Öffnung der Krankenkassen. In diesem Zusammenhang wird die Erneuerung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes kritisch gesehen. Durch die Bildung eines neuen Verwaltungsrates im GKV-Spitzenverband, der nicht mehr aus ehrenamtlichen Mitgliedern besteht, sondern durch die hauptamtlichen Vorstände der Krankenkassen gebildet werden soll, wird das Organisationsproblem in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, welche ebenfalls aus den hauptamtlichen Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen (und weiteren ehrenamtlichen Mitgliedern) gebildet wird, kopiert.

II. Erfüllungsaufwand

Keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Die Stellungnahme der Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen bezieht sich ausschließlich auf die Neuregelungen des Referentenentwurfs, die Relevanz für die Fachärzte in Klinik und Praxis haben. Hierbei wird ausschließlich auf Artikel 4 und Artikel 5 des Gesetzesentwurfs Bezug genommen.

Artikel 4 – Änderungen des SGB V

Nr. 5: § 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung

Absatz 5 wird durch eine Formulierung ergänzt, die vorsieht, dass *„[...] Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind zulässig [...]“*.

Die Begründung des Entwurfs des Gesetzes erläutert die Formulierungen unter § 73b Absatz 5 SGB V (neu) wie folgt:

„Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Verträge, die insoweit anzupassen sind. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.“

SpiFa

Der SpiFa begrüßt grundsätzlich eine Klarstellung, dass eine Vergütung in Sonderverträgen nicht nach dem Muster „Vergütung nach Kodierung“ erfolgen darf, da solche Vereinbarungen die Gefahr mit sich bringen, dass diese ausschließlich als Instrument des Abschöpfens von Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung fokussieren.

Die im Entwurf des Gesetzes gewählte Formulierung, insbesondere in Kombination mit der Begründung des Gesetzes, wird zukünftig jedoch jedwede Form von Sonderverträgen neben der Versorgung durch den Kollektivvertrag behindern, wenn nicht sogar verhindern.

Neben dem Kollektivvertrag sind Sonderverträge derzeit die einzige Möglichkeit, Innovationen schnell und effektiv in die Gesundheitsversorgung in Deutschland einzubringen. Gleichzeitig können Sonderverträge als Blaupause für den Kollektivvertrag fungieren und später in die Regelversorgung übernommen werden.

Sonderverträge müssen daher immer auch einen Aufsatzzpunkt für Vergütungen von ärztlichen Leistungen definieren, welche vorliegen müssen, bevor eine Vergütung gezahlt werden kann. Eine Vergütung einer medizinischen Behandlung und Versorgung geht daher vor Abklärung, ob ein Patient in einem Sondervertrag „besser“ als im Kollektivvertrag versorgt ist, eine Feststellung einer Erkrankung und/oder Diagnose sowie einer sich daran anschließende ärztliche Leistung voraus. Ohne Diagnose kann daher auch keine Vergütung erfolgen.

Der SpiFa schlägt daher vor, den in Absatz 5 ergänzten Satz wie folgt zu ergänzen: „Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als alleinige Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig [...]“

Nr. 10: § 140a SGB V – Besondere Versorgung

Absatz 2 wird durch eine Formulierung ergänzt, die vorsieht, dass „[...] Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind zulässig [...]“.

Die Begründung des Entwurfs des Gesetzes erläutert die Formulierungen unter § 140a Absatz 2 SGB V (neu) wie folgt:

„Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von bestimmten Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen beziehungsweise an deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen. Das Verbot bezieht sich auch auf bereits geschlossene Verträge sowie auf sogenannte Altverträge nach den früheren §§ 73a, 73c und 140a a.F., die nach § 140a Absatz 1 Satz 3 fortgelten. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an die Kapitel- oder Obergruppengliederung nach ICD-10 oder einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff

anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.

Dass die Vertragspartner die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsausprägungen definieren, ist weiterhin möglich. Ausgeschlossen ist jedoch eine Vielzahl an Einzel-Verträgen, die das Verbot der Diagnose-Listen umgehen sollen.“

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt grundsätzlich eine Klarstellung, dass eine Vergütung in Sonderverträgen nicht nach dem Muster „Vergütung nach Kodierung“ erfolgen darf, da solche Vereinbarungen die Gefahr mit sich bringen, dass diese ausschließlich als Instrument des Abschöpfens von Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung fokussieren.

Die im Entwurf des Gesetzes gewählte Formulierung, insbesondere in Kombination mit der Begründung des Gesetzes, wird zukünftig jedoch jedwede Form von Sonderverträgen neben der Versorgung durch den Kollektivvertrag behindern, wenn nicht sogar verhindern.

Neben dem Kollektivvertrag sind Sonderverträge derzeit die einzige Möglichkeit, Innovationen schnell und effektiv in die Gesundheitsversorgung in Deutschland einzubringen. Gleichzeitig können Sonderverträge als Blaupause für den Kollektivvertrag fungieren und später in die Regelversorgung übernommen werden.

Sonderverträge müssen daher immer auch einen Aufsatzzpunkt für Vergütungen von ärztlichen Leistungen definieren, welche vorliegen müssen, bevor eine Vergütung gezahlt werden kann. Eine Vergütung einer medizinischen Behandlung und Versorgung geht daher vor Abklärung, ob ein Patient in einem Sondervertrag „besser“ als im Kollektivvertrag versorgt ist, eine Feststellung einer Erkrankung und/oder Diagnose sowie eine sich daran anschließende ärztliche Leistung voraus. Ohne Diagnose kann daher auch keine Vergütung erfolgen.

Der SpiFa schlägt daher vor, den in Absatz 2 ergänzten Satz wie folgt zu ergänzen: „Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als alleinige Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig [...]“

Nr. 11: Sechstes Kapitel – Erster Abschnitt – Errichtung, Vereinigung und Beendigung von Krankenkassen

Durch die Neufassung der §§ 143, 144 145, 146, 147 und 148 SGB V werden die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit geöffnet.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Neufassung der oben genannten §§ ausdrücklich.

Nr. 12: § 173 SGB V – Allgemeine Wahlrechte

Durch die Neufassung des § 173 SGB V erhalten die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ein bundesweites Wahlrecht für ihre gesetzliche Krankenkasse.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Neufassung von § 173 SGB V in Analogie zu Nr. 11 des Gesetzesentwurfs ausdrücklich.

Nr. 13: § 217b SGB V – Organe

Mit der Neufassung von § 217b Absatz 1 SGB V wird das Selbstverwaltungsorgan beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) von einem ehrenamtlichen Verwaltungsrat zu einem hauptamtlichen Verwaltungsrat umstrukturiert. Gemäß dem Entwurf des Gesetzes müssen die Mitglieder des Verwaltungsrates zukünftig einem Vorstand einer Mitgliedskasse angehören.

SpiFa:

Der SpiFa bewertet die geplante Umstrukturierung äußerst kritisch. Auch wenn sich die ärztliche Selbstverwaltung aus Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) grundsätzlich nicht mit der sozialen Selbstverwaltung von gesetzlichen Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vergleichen lassen, wird mit dieser Neufassung ein Fehler bei der Bildung des Selbstverwaltungsorgan der Vertreterversammlung der KBV auf die soziale Selbstverwaltung im Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Der Gesetzgeber hat ein elementares Interesse daran, dass die Selbstverwaltung als tragende Säule des Gesundheitssystems auch künftig ihre wichtige Aufgabe – die Sicherstellung der ambulanten Versorgung – verantwortungsvoll wahrnehmen kann.

Der SpiFa fordert, den Fehler im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht auf die soziale Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen zu übertragen.

In der sozialen Selbstverwaltung ist die Vertretung der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen konstitutives Element und muss gestärkt werden. Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen haben aus ihrer hauptamtlichen Aufgabe ein anderes Rollenverständnis im Rahmen ihrer Interessenvertretung beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen als dies ehrenamtliche Mitglieder eines Verwaltungsrates haben. Insbesondere das Verhältnis zwischen der hauptamtlichen Amtsführung als Vorstand sowie der Aufsicht durch einen Verwaltungsrat dürfen nicht sachfremd miteinander vermischt werden (vgl. Corporate Governance Kodex).

Nr. 22: § 270 SGB V – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

Die Neufassung des § 270 Absatz 1b SGB V sieht die Streichung der Programmpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V (Disease-Management-Programme) als sonstige Ausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen vor.

Zugleich wird mit einem neuen Absatz 3 die Förderung und Durchführung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen mit einer jährlichen Pauschale pro Versicherten für die Bereiche Mutterschaftsvorsorge, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, einer Individualprophylaxe oder Schutzimpfung mit einer Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds vorgenommen.

SpiFa:

Zu Absatz 1b: Der SpiFa lehnt die geplante Abschaffung der Programmpauschalen für Disease-Management-Programme ab. Eine Streichung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kommt der Abschaffung der Disease-Management-Programme gemäß § 137g SGB V gleich. Seit mehr als 15 Jahren werden in DMP-Programmen chronisch erkrankte Menschen einheitlich, evidenzbasiert und auf Grundlage von wissenschaftlichen Experten transparent begründeten Behandlungspfaden behandelt. Inzwischen sind mehr als 8 Mio. Versicherte in DMP-Programmen eingeschrieben. Ohne eine ausreichende Refinanzierung der Programmkosten gemäß § 270 Absatz 1b SGB V werden die DMP-Programme nicht fortgeführt werden können. Man kann nicht auf den bisherigen Anreiz für die gesetzlichen Krankenkassen verzichten, ohne auf die Folgen für die Versorgung chronisch kranker Menschen hinzuweisen.

Zugleich widerspricht die Streichung von Absatz 1b im Gesetzesentwurf dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode. Die Koalitionspartner haben in ihrer Vereinbarung vorgesehen (Seite 98, Zeilen 4547-4550):

„Wir wollen gezielt Volkskrankheiten wie Krebs, Demenz oder psychische Störungen bekämpfen. Dabei betonen wir die nationale Diabetesstrategie. Wir werden die Disease-Management-Programme weiter stärken, insbesondere durch eine Umsetzung der Programme für Rückenschmerz und Depressionen.“

Der Gesetzentwurf eines GKV-FKG schlägt nun genau das Gegenteil einer Stärkung der Disease-Management-Programme gemäß der Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD vor.

Zu Absatz 3: Der SpiFa begrüßt die Ergänzung von § 270 Absatz 3 SGB V ausdrücklich.

Zusätzlich schlägt der SpiFa vor, in § 270 SGB V oder an anderer geeigneter Stelle eine Ergänzung analog zur DMP-Programmpauschale vorzusehen, die für einen in die fachärztliche Selektivversorgung eingeschriebenen Versicherten eine Programmpauschale für die Initial- und Transaktionskosten in Höhe eines Beitrages vorsieht. Der SpiFa ist davon überzeugt, dass eine Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Selektivverträge die Gesundheitsversorgung chronisch kranker Menschen als auch der Gesamtbevölkerung effektiver und effizienter als im Kollektivvertrag erfolgen kann. Hierfür fehlt es jedoch bisher an Anreizen, um Initial- und Transaktionskosten als Hürden für eine bessere Versorgung der Menschen zu überwinden.

Artikel 5 – Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 19: § 38 RSAV– Zuweisung für Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen (alt „Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009“)

Mit der Neuformulierung von § 38 RSAV werden die Folgeänderungen des Gesetzesentwurfs in Artikel 4 Nr. 22 in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) umgesetzt.

SpiFa:

Zur Streichung der Zuweisungen für Programmkosten DMP: Der SpiFa lehnt die geplante Abschaffung der Programmpauschalen für Disease-Management-Programme ab. Eine Streichung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds kommt der Abschaffung der Disease-Management-Programme gemäß § 137g SGB V gleich. Seit mehr als 15 Jahren werden in DMP-Programmen chronisch erkrankte Menschen einheitlich, evidenzbasiert und auf Grundlage von wissenschaftlichen Experten transparent begründeten Behandlungspfaden behandelt. Inzwischen sind mehr als 8 Mio. Versicherte in DMP-Programmen eingeschrieben. Ohne eine ausreichende Refinanzierung der Programmkosten gemäß § 38 Absatz 1 RSAV werden die DMP-Programme nicht fortgeführt werden können. Man kann nicht auf den bisherigen Anreiz für die gesetzlichen Krankenkassen verzichten, ohne auf die Folgen für die Versorgung chronisch kranker Menschen hinzuweisen.

Zugleich widerspricht die Streichung von Absatz 1b im Gesetzesentwurf dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode. Die Koalitionspartner haben in ihrer Vereinbarung vorgesehen (Seite 98, Zeilen 4547-4550):

„Wir wollen gezielt Volkskrankheiten wie Krebs, Demenz oder psychische Störungen bekämpfen. Dabei betonen wir die nationale Diabetesstrategie. Wir werden die Disease-Management-Programme weiter stärken, insbesondere durch eine Umsetzung der Programme für Rückenschmerz und Depressionen.“

Der Gesetzesentwurf eines GKV-FKG schlägt nun genau das Gegenteil einer Stärkung der Disease-Management-Programme gemäß der Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und SPD vor.

Zu Neufassung und Ergänzung für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen: Der SpiFa begrüßt die Neufassung und Ergänzung ausdrücklich.

Zusätzlich schlägt der SpiFa vor, in § 38 RSAV oder an anderer geeigneter Stelle eine Ergänzung analog zur DMP-Programmpauschale vorzusehen, die einen in die fachärztliche Selektivversorgung eingeschriebenen Versicherten eine Programmpauschale für die Initial- und Transaktionskosten in Höhe eines Beitrages vorsieht. Der SpiFa ist davon überzeugt,

dass eine Förderung der fachärztlichen Versorgung durch Selektivverträge die Gesundheitsversorgung chronisch kranker Menschen als auch der Gesamtbevölkerung effektiver und effizienter als im Kollektivvertrag erfolgen kann. Hierfür fehlt es jedoch bisher an Anreizen, um Initial- und Transaktionskosten als Hürden für eine bessere Versorgung der Menschen zu überwinden.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Bundesverband der Pneumologen (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Facharztverband (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC).

Assoziierte Mitglieder: MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund).