

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 01/2023

BDI-Chefin Neumann-Grutzeck

„So schlimm wie jetzt war es noch nie“

änd – 01. Januar 2023

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck

4-Tage-Woche: Wirtschaftlich gerechtfertigt, aber keine Lösung

änd – 06. Januar 2023

Interview mit Professor Andrew Ullmann (FDP)

„Auch Niedergelassene sollten am Krankenhaus versorgen dürfen“

änd – 11. Januar 2023

Interview mit MEDI-Vizechef Dr. Norbert Smetak

4-Tage-Woche „Es muss scheinbar erst richtig wehtun“

änd – 11. Januar 2023

Entbudgetierung: Gesetzesänderung im Januar

BDI-Präsidentin „Pläne wecken Begehrlichkeiten“

OPG – 11. Januar 2023

Ärzteschaft

Krankenhausreform wird Krankenhauslandschaft verändern

Deutsches Ärzteblatt – 12. Januar 2023

Nachwuchsarbeit

DEGAM und Hausärzteverband möchten Internisten stärker einbinden

Medical Tribune – 20. Januar 2023

DRG-Themenwoche

Sicht einer Chefarztin auf 20 Jahre DRG: Ständiger Kampf um Stellen

Ärztezeitung – 25. Januar 2023

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck

„Die fetten Jahre sind vorbei“

änd – 28. Januar 2023

BDI-Chefin Neumann-Grutzeck

„So schlimm wie jetzt war es noch nie“

Mit 2022 geht ein gesundheitspolitisch bewegtes Jahr zu Ende. In einer Serie fragt der änd bei den großen Fachverbänden nach, wie sie auf das Jahr zurückblicken und welche Forderungen sie an die Politik für 2023 stellen. Heute: Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI).



Neumann-Grutzeck: Wir haben in diesem Jahr live miterlebt, wie ein ganzes System absehbar vor die Wand fährt.

©BDI

Wie sind die Internistinnen und Internisten durch das Jahr gekommen?

So schlimm wie jetzt war es noch nie. Das betrifft aber nicht nur Internistinnen und Internisten. Wir haben in diesem Jahr live miterlebt, wie ein ganzes System absehbar vor die Wand fährt. In einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens haben wir schon lange davor gewarnt. In dieser kollektiven Form ist es aber ein Novum.

Die Arbeitsbelastung war sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen konstant am Limit, auch wenn die Politik zeitweise das Gegenteil behauptet hat. Überall fehlen Fachkräfte bzw. fallen krankheitsbedingt aus. Die gestiegene Inflation und die Energiekrise haben diese Situation noch einmal deutlich verschärft. Politische Interventionen haben bislang keine Erleichterung gebracht. Das ist nicht länger tolerierbar.

Was ist Ihnen von den letzten 12 Monaten am stärksten in Erinnerung geblieben – positiv wie negativ?

Negativ war mit Sicherheit, dass gesundheitspolitisch lange Zeit gar nichts passiert ist. In vielen wichtigen Fragen, wie z.B. bei der Reform der Krankenhausfinanzierung oder GKV-Finanzierung, haben wir wertvolle Zeit verloren. Die politischen Maßnahmen, die umgesetzt wurden, waren dann entweder übers Knie gebrochen oder haben das Gegenteil von dem bewirkt, was notwendig gewesen wäre. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz war aus Sicht der Niedergelassenen sicherlich der Tiefpunkt in diesem Jahr.

Positiv war hingegen der kollektive Protest der Ärzteschaft. Wir haben deutlich gemacht, dass wir uns nicht alles gefallen lassen und sowohl bei GKV-Finanzgesetz als auch bei einigen Tarifverhandlungen, z.B. an der Charité in Berlin, substantielle Verbesserungen erreicht. Daran müssen wir im kommenden Jahr anknüpfen, wenn die vom Bundesgesundheitsminister angekündigte Gesetzeswelle auf uns zurollt.

Positiv waren zuletzt auch zwei Erkenntnisse der Politik: Erstens, dass das DRG-System in seiner jetzigen Form gescheitert ist und die Krankenhausfinanzierung grundlegend reformiert werden muss. Zweitens, dass der Zusammenhang zwischen Budget und Leistungsmenge in der vertragsärztlichen Versorgung nicht wegzudiskutieren ist. Daraus müssen jetzt die richtigen Maßnahmen folgen.

2022 in einem Satz:

Ernüchternd.

Was wünschen Sie sich für 2023?

Wir müssen aufhören, Symptome zu behandeln und stattdessen echte Strukturreformen auf den Weg bringen, wenn wir unser Gesundheitssystem zukunftssicher machen wollen. Wenn uns das jetzt nicht gelingt, werden wir nicht nur die Menschen verlieren, die überhaupt noch im Gesundheitswesen arbeiten wollen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten wird sich auch erheblich verschlechtern.

Konkret erwarten wir eine mutige Reform der Krankenhausfinanzierung, die das Personal und den medizinischen Bedarf ins Zentrum stellt. Außerdem benötigen wir ein klares Bekenntnis und eine Stärkung unserer ambulanten Strukturen. Auch hier bedarf es einer Finanzierungsreform, deren Ergebnis sein muss, das Morbiditätsrisiko nicht mehr auf den Ärztinnen und Ärzten abzuladen.

01.01.2023 09:26, Autor: ks, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/221281>

4-Tage-Woche

BDI: Wirtschaftlich gerechtfertigt, aber keine Lösung

Mit seiner Forderung nach einer Vier-Tage-Woche für Vertragsärzte sorgte der Virchowbund für jede Menge Schlagzeilen. Rückendeckung gab es vom Hartmannbund. Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) äußerte sich dagegen zurückhaltend. Der Vorschlag sei aus wirtschaftlicher Sicht gerechtfertigt. Gleichzeitig sei es keine Lösung, dass die Patienten stattdessen in Krankenhäuser gehen.



Ohne Budgetierung gebe es keine Notwendigkeit für eine Vier-Tage-Woche, meint BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

©BDI

Die BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck hat den Vorschlag einer 4-Tage-Woche als „grundsätzlich erst einmal charmant“ bezeichnet. Ohne Druck werde es in dem System kein politisches Umdenken geben. Vor dem Hintergrund der Budgetierung ärztlicher Leistungen, der gestiegenen Energiekosten und der Belastung des Personals sei es nicht verwunderlich, dass viele Kolleginnen und Kollegen nicht mehr bereit sind, unverändert weiterzumachen. „Insofern ist der Vorschlag, den Praxisbetrieb auf eine Vier-Tage-Woche umzustellen, aus wirtschaftlicher Sicht gerechtfertigt und die logische Konsequenz politischer Versäumnisse“, sagte sie.

Gleichzeitig könne es keine Lösung sein, dass die Patientinnen und Patienten stattdessen in Krankenhäuser gingen. Die BDI-Präsidentin wies darauf hin, dass die Arbeitsbelastung in den Kliniken ebenfalls extrem hoch sei. „Die stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen arbeiten bereits seit Monaten – insbesondere in der aktuellen Infektwelle – am Limit“, gab Neumann-Grutzeck zu bedenken. Sie forderte die Politik auf, statt die Versorgungsbereiche gegeneinander auszuspielen, umgehend eine

tiefgreifende Reform der ambulanten und stationären Finanzierung und Versorgungsstrukturen auf den Weg zu bringen. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei aus BDI-Sicht die Entbudgetierung der vertragsärztlichen Versorgung. Dann bestehe auch keine Notwendigkeit mehr für eine Vier-Tage-Woche.

Interview mit Professor Andrew Ullmann (FDP)

„Auch Niedergelassene sollten am Krankenhaus versorgen dürfen“

In ihrem ersten Jahr hat die Ampel in der Gesundheitspolitik „zu wenig, zu langsam, zu corona-fixiert“ agiert. Das räumt der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Fraktion und Arzt, Professor Andrew Ullmann im Gespräch mit dem **änd** unumwunden ein. Für 2023 sieht er daher viel politischen Handlungsbedarf – vor allem bei den Krankenhäusern, dort aber auch in Sachen Ambulantisierung.



FDP-Politiker und Arzt Ullmann will Ende 2023 die Krankenhausreform fertig haben. Bei der GOÄ sieht er dagegen die Selbstverwaltung unter Zugzwang.

©am/änd-Archiv

Herr Professor Ullmann, eigentlich wollen wir eine Zwischenbilanz nach einem Jahr Ampel-Regierung ziehen. Aber aktuell machen die Eckpunkte zu den Versorgungsgesetzen I und II die Runde. Daher wüsste ich gern zunächst dazu Ihre Meinung: Enthalten sie aus Ihrer Sicht alle wichtigen Punkte oder fehlt da etwas?

Da sind ja einige Punkte drin, die nicht im Koalitionsvertrag stehen. Das sind nur Ideen. Die sind nicht in der Koalition abgestimmt. Das ist zunächst einmal nicht mehr als eine Diskussionsgrundlage für uns. Jetzt geht die Arbeit daran los. Da sind sicher noch einige Gespräche zwischen den Berichterstattern der Fraktionen erforderlich.

Vor den meisten Spiegelstrichen steht ja „Umsetzung Koalitionsvertrag“, nur bei einigen nicht. Für Ärzte besonders interessant klingt der Spiegelstrich „Finanzielle Förderung von alternativen Terminvermittlungsangeboten“. Können Sie uns als Mitglied der Regierungsfaktionen schon sagen, in welche Richtung

das gehen soll?

Es gibt ja nicht nur von den Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen, sondern auch private Vermittlungsdienste. Wenn da Termine vergeben werden, sollten Ärzte fairerweise auch einen Zuschlag erhalten. Das trägt der „Neupatientenregelung 2.0“ Rechnung, aber es ist – wie gesagt – noch nicht abgestimmt.

Ebenfalls ohne Verweis auf den Koalitionsvertrag findet sich in den Eckpunkten ein Vorhaben zu Gesundheitszentren / Primärversorgungszentren. Können Sie dazu Genaueres sagen?

Wir haben im Koalitionsvertrag auch Gesundheitszentren thematisiert. Primärversorgungszentren sind dagegen neu. Das ist nicht abgesprochen. Wir wollen integrierte Gesundheitszentren, wo verschiedene Fachrichtungen und auch nichtärztliche Tätigkeiten zusammenkommen. Aber feststeht: Bei den Verhandlungen über den Koalitionsvertrag waren wir uns sehr einig, dass wir die Versorgung in den ländlichen, strukturschwachen Gebieten gewährleisten müssen. Und das wird nicht durch die Gesundheitskioske gewährleistet. Hier ziehen wir für uns auch eine rote Linie – integrierte Gesundheitszentren sind ein essenzieller Bestandteil für die Versorgungsverbesserung.

Also gibt es noch einigen Diskussionsbedarf?

Das Eckpunktpapier ist nun wirklich der erste Aufschlag und nicht der Weisheit letzter Schluss. Es zeigt aber, dass wir einige große Baustellen vor der Nase haben und diese sinnvoll ausgestalten wollen. Ich nenne nur die sektorübergreifende Versorgung, die stationäre Krankenhausversorgung, die Digitalisierung, die Pflegereform und Cannabis. Das sind die großen Themen, die wir dieses Jahr unbedingt angehen müssen. Und da ist immer noch Platz für mehr Punkte, weil in den letzten Jahrzehnten eben bei weitem nicht alles reformiert wurde, was für eine moderne Gesundheitsversorgung nötig ist.

Also könnte dieses Versorgungsgesetz I das nächste Omnibusgesetz werden?

Omnibusgesetze müssen die Ausnahme bleiben. Die sollte es nur geben, wenn es wirklich brennt. Die Versorgungsgesetze müssen nach meiner Auffassung ein ganz normales Verfahren durchlaufen.

Insgesamt soll das erste Versorgungsgesetz auf eine Stärkung der Medizin in der Kommune hinwirken. Unterschreiben Sie als FDP-Politiker dieses Ziel?

Das unterschreibe ich. Es ist ganz klar, dass wir etwas gegen die Strukturschwächen in unterversorgten Gebieten unternehmen müssen. Nötig ist, dass wir uns einigen, wie wir Versorgung verstehen. Als Prämisse gilt „ambulant vor stationär“. Wir sind aber Weltmeister bei der Anzahl der stationären Behandlungstage durch die schiere Menge der Patienten und Patientinnen in den Krankenhäusern. Hier müssen wir eine stärkere Ambulantisierung vorantreiben. Das beinhaltet auch eine stärkere ambulante Versorgung in der Kommune, und zwar nicht von Krankenhäusern gesteuert, sondern auch durch niedergelassene Ärzte. Denn für mich als FDP-Politiker ist ganz klar die Freiberuflichkeit etwas sehr Wichtiges. Und dafür werde ich mich auch weiter stark machen.

Und was ist gewonnen, wenn Kommunen leichter MVZ gründen können?

Ich tue mich etwas schwer, wenn Kommunen ein MVZ gründen. Ich finde, ein MVZ gehört immer in ärztliche Hand, denn da ist die Kompetenz. Eine Kommune sollte Anreize setzen, damit ein MVZ oder noch besser eine niedergelassene Praxis sich ansiedeln kann. Es ist nichts dagegen einzuwenden, wenn eine Kommune ein MVZ oder auch eine Praxis unterstützt, etwa indem sie Räumlichkeiten zur Verfügung stellt oder eine Geräteschenkung macht.

Vielen Dank für diese erste Einschätzung. Nun aber der Rückblick: Das erste Jahr der Ampel-Koalition ist vorbei – wie fällt Ihr Zwischenfazit aus?

Das ist relativ einfach: zu wenig, zu langsam, zu corona-fixiert. Das sage ich auch selbstkritisch. Wir haben einen sehr ambitionierten Koalitionsvertrag vereinbart, und jetzt geht es um die Umsetzung. Ich komme selbst aus dem System und habe gemerkt, wie das System immer schlechter wurde – nicht im Outcome, aber im täglichen Umgang miteinander. Wir reparieren keine Autos, sondern wir haben mit Menschen zu tun, und mir fehlt einfach die Zuwendung. Das ist nicht kostenlos und dafür müssen wir als Ärztinnen und Ärzte auch Zeit haben. Diese Drangsalierungen, bei der man Gesundheit in der Politik oft nur als Kostenfaktor betrachtet, finde ich fürchterlich. Allerdings war und ist der Spielraum gering. Wir haben derzeit multiple Krisen gewaltigen Ausmaßes gleichzeitig. Die Kosten steigen und wir können nicht ungedeckt in die Zukunft finanzieren. Aber wir müssen aus diesem Krisenmodus heraus und Politik wirklich gestalten. Ich bin überzeugt, dass wir diese Schritte für eine bessere Versorgung nun wirklich gemeinsam gehen.

„Zu wenig, zu langsam“: Wo ist Lauterbach Ihrer Meinung nach konkret überfällig?

Er hat die notwendigen Punkte erkannt. Einen der ersten Schritte haben wir in der vergangenen Woche unternommen. Es war ein sehr wichtiges Signal, dass wir uns mit den Landesministerien getroffen haben, um über die Krankenhausreform zu sprechen. Die Mehrheit der Länder hat erkannt, dass sie nur zusammen mit dem Bund die Strukturreform der Krankenhäuser angehen können. Das kann man auch nicht losgelöst von der ambulanten Versorgung sehen. Ich hoffe, dass trotz Wahlen in Bayern, Berlin und Hessen nicht destruktive Parteipolitik gemacht wird, weil eine konstruktive Gesundheitspolitik dringend nötig ist. Es kann nicht sein, dass wir nur Leistungskürzungen, Kostendämpfungsmaßnahmen oder Beitragserhöhungen als politischen Input ins Spiel bringen. Wir müssen die Probleme der alternden Gesellschaft anders angehen. Strukturen müssen verändert werden, im Dialog mit den Ländern und der Selbstverwaltung.

Was muss sonst noch in diesem Jahr passieren?

Wichtig ist die Pflegestrukturereform. Die Finanzierung der Pflege ist allenfalls noch zwei Jahre gewährleistet. Wir können nicht ständig an der Preisschraube drehen oder gar die Pflegezeit kürzen. Das ist nicht der richtige Weg. Da müssen andere Finanzierungsmodelle diskutiert werden. Ich bin sehr für eine kapitalgedeckte Finanzierung in der Pflege. Ebenfalls essenziell ist, dass wir die Digitalisierung so voranbringen, wie es sich gehört. Dabei appelliere ich an beide Seiten – Politik wie Ärzteschaft – darauf zu achten, dass wir uns nicht gegenseitig vorwerfen, was in der Vergangenheit schlecht gelaufen ist, sondern explizit sagen: Wir wollen die Digitalisierung, weil sie Arbeitserleichterungen bringt, so wie das Stethoskop, das Ultraschallgerät, das Telefon oder das Fax ehemals. Digitalisierung hat so viel Potenzial. Die Ärzteschaft hat das in großen Teilen erkannt, trotzdem ist die Skepsis bezüglich der Aufwände noch weit verbreitet. Dabei sollte schon klar sein, dass Digitalisierung nicht auf Kosten der Ärzteschaft allein stattfinden darf. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, genau so wie Ihre Mehrwerte einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen stiften werden.

Das ist ja doch einiges. Kommt es also bei den Versorgungsgesetzen doch wieder zu Omnibusgesetzen?

Das nehme ich nicht an, aber am Ende ist Busfahren besser als gar nicht vom Fleck kommen. Wir müssen dringend die Strukturreformen angehen, sonst haben wir Ende dieses Jahres wieder die gleiche Situation wie Ende 2022. Man kann nicht immer bei den Leistungserbringern – und das sind viele, nicht nur die Ärzteschaft – Kosten einsparen. Wir brauchen die Ärzteschaft, die Apotheken und die Pflege, um das System am Laufen zu halten, und es sind alle am Limit. Da sind wir in der Politik verantwortlich, dass das geändert wird. Mit diesem Geist sind wir in die Koalitionsverhandlungen reingegangen. Es kann beispielsweise nicht angehen, dass man im Krankenhaus arbeitet wie im Hamsterrad, und dann immer wieder von der Geschäftsleitung hört, dass die Arbeit defizitär ist. Deshalb ist es ganz wichtig, dass wir diese Strukturreformen gemeinsam angehen. Aber das Desaster, das wir im Gesundheitswesen haben, hat sich über Jahre aufgebaut. Da sehe ich vor allem auch die vorige Regierung in Bund und Land in der Verantwortung. Es sei nur auf die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser verwiesen, die seit Jahrzehnten nicht richtig stattfindet.

Im Gesundheitsausschuss des Bundestags ist in dieser Legislatur deutlich mehr ärztlicher Sachverstand versammelt als in vorangehenden Legislaturperioden. Was hat sich dadurch verändert?

Darüber habe ich mich riesig gefreut. Es sind 15 Ärztinnen und Ärzte im Bundestag, davon 13 in der Ampel. Wir sind noch kein unabhängiger Block, aber wir können gut miteinander reden. Manche Themen sind so einfacher zu besprechen.

Und wo sehen Sie persönlich den dringendsten Handlungsbedarf für dieses Jahr: Was muss Ende 2023 definitiv geregelt sein?

Die Strukturreform und damit verbunden die Finanzreform im Krankenhausbereich muss bis zum Jahresende gesetzlich beschlossen sein. Wir wollen die drei Säulen der Finanzierung etablieren – Investitionskosten, Erlöskosten und nun auch Vorhaltekosten. Wir gehen mit der Krankenhauskommission davon aus, dass so die Fehlanreize weniger werden. Auch die Versorgung wird dadurch besser werden. Wir wollen zudem eine Reform der Notfallmedizin erreichen. Denn ein gutes Rettungssystem, das mich schnell in die richtige Fachpraxis oder Fachabteilung bringt, hilft mir mehr als die kopflose Einlieferung in ein beliebiges Krankenhaus in der Nähe. Um das zu erreichen, ist eine gute Kommunikation nötig. Die gab es in den vergangenen Jahren nicht. Da wurden einfach Pflöcke eingeschlagen. Jetzt müssen nicht nur Landes- und Bundespolitiker gemeinsam arbeiten, sondern die Menschen müssen mitgenommen werden. Sonst drohen Proteste, weil die Strukturreform nicht verstanden und akzeptiert wird. Es geht nicht nur ums Geld. Das spielt zwar eine Rolle, denn ohne Ökonomie geht es nicht. Da bin ich anderer Meinung als der Minister, der eine komplette Entökonomisierung fordert. Aber viel mehr brauchen wir die Qualitätssicherung. Es kann nicht sein, dass jedes Krankenhaus alles macht. Da ist die Morbiditäts- und Mortalitätsrate höher als bei Spezialisierung.

Was steht 2023 gesundheitspolitisch noch an?

Der Plan ist ambitioniert. Wir wollen bis zum Sommer Eckpunkte für die Krankenhausstruktur- und -finanzierungsreform fertig haben. Im Sommer sollen die Gesetzentwürfe geschrieben werden, so dass wir gleich im September mit den Anhörungen beginnen können. Dabei müssen wir die Schritte Richtung Krankenhaus und neue Versorgungsformen angehen. Das kann nur zusammen gedacht werden. Wenn wir das separat angehen, können wir die Probleme an den Sektorengrenzen nicht lösen. Es muss auch möglich sein, dass der niedergelassene Arzt am Krankenhaus mit Betten die Versorgung gewährleistet. Das ist meine Meinung, aber da stehen noch viele Diskussionen bevor. Auch erwarten wir zeitnah die lang ersehnte Digitalisierungsstrategie des BMG, die die Digitalisierungsmaßnahmen der Akteure strukturieren und ausrichten soll. Damit haben wir noch mindestens zwei Meilensteine, die wir im Sinne der Versorgung dieses Jahr erreichen müssen.

Zur Ambulantisierung hat die Selbstverwaltung ja einige Hausaufgaben bekommen...

Mir ist es sehr wichtig, dass die Selbstverwaltung auch kooperativ ist. Die Signale aus der Selbstverwaltung zeigen, dass der Wille da ist. Und für die FDP sage ich ganz klar: Wir stellen die Selbstverwaltung nicht in Frage. Es gibt da durchaus andere Stimmen innerhalb der Koalition. Die kann man aber entkräften, indem man konstruktiv miteinander arbeitet.

Und wie stehts mit der GOÄ? Die BÄK hat eben ihre Fassung mit arzteigenen Bewertungen im BMG abgeliefert...

Problematisch ist nicht das Ministerium, sondern tatsächlich die Verhandlungspartner, PKV und Bundesärztekammer. Es wurde angekündigt, dass es Ende Dezember eine Einigung geben würde. Es ist wichtig, dass beide Seiten einen Konsens erreichen. Vielleicht könnten Gesundheitspolitiker vermitteln.

Gehen Sie ehrlich davon aus, dass das Ding in dieser Legislatur umgesetzt wird, wenn eine Einigung vorliegt?

Da bin ich chronischer Optimist. Wenn eine Einigung da ist, dann werden wir Politiker und Politikerinnen der Koalition das BMG bitten, die Vorlage umzusetzen. Eine neue GOÄ ist längst überfällig, aber die Überfälligkeit liegt nicht an der politischen Seite, sondern an der fehlenden Einigung zwischen Bundesärztekammer und PKV.

Anmerkung der Redaktion: Das im Interview erwähnte Eckpunktepapier zu den Versorgungsgesetzen finden Sie im Folgenden als pdf-Datei:

- [2023-01-05_BMG_Regelungsübersicht_Versorgungsgesetze_1138352903.pdf](#)

4-Tage-Woche

„Es muss scheinbar erst richtig wehtun“

Auch der MEDI Verbund folgt dem Vorstoß des Virchowbunds, künftig die Praxen mittwochs zu schließen. Im änd-Interview erzählt der Kardiologe und MEDI-Vizechef Dr. Norbert Smetak, welchen Gewinn diese Maßnahme bringen kann, welche Bedeutung sie für die MFA hat und warum es scheinbar richtig wehtun muss, damit die Politik die Lage der Niedergelassenen ernst nimmt.



Smetak: "Ich glaube, wir müssen der Politik unsere tägliche Realität noch mehr vor Augen führen."

©MEDI

Herr Dr. Smetak, der MEDI Verbund schließt sich dem Vorschlag des Virchowbunds an, künftig die Praxen mittwochs für Fortbildung und Bürokratie zu schließen. Ist das eine versteckte Protestaktion, um von der Politik gehört zu werden oder eine wirklich gute Idee?

Das ist beides. Es gab ja wochenlang bundesweite Proteste im Rahmen der Abschaffung der Neupatientenregelung, die aber leider nur zum Teilerfolg geführt haben. Ein großes Problem dabei ist, dass die Politik die niedergelassene Ärzteschaft nur am Rande wahrnimmt – trotz immenser Leistungen. Man sollte nicht vergessen, dass 90 Prozent der Krankheitsfälle ambulant bewältigt werden. Ohne ambulante Versorgung wären die Krankenhäuser während der Pandemie zusammengebrochen. Da gibt es genug Beispiele anderer Gesundheitssysteme in anderen Ländern, die haben das schmerzvoll belegt.

Trotz Wegfall der Neupatientenregelung gilt ja weiterhin die 25-

Stunden-Wochenregelung.

Das ist richtig. Im Rahmen der Neupatientenregelung wurde die Sprechstundenzeit damals auf 25 Stunden angehoben, aber mit der Streichung nicht zurückgenommen. Die nicht funktionierende TI, zeitraubende eAU, zunehmenden Anfragen durch Krankenkassen, Sozialgerichte oder Landratsämter, sowie die aufwändigen Dokumentationen – beispielsweise beim Impfen – lassen immer weniger Zeit für die Patientinnen- und Patientenbetreuung. Deshalb ist die Reduktion der Stundenzahl und die 4-Tage-Woche eine legitime Maßnahme, um dem Zeitaufwand für diesen Overhead gerecht zu werden. Und sie trägt dazu bei – besonders in den Facharztpraxen – bisher nicht vergütete Leistungsmengen außerhalb des Budgets zu reduzieren. Zeigen Sie mir einen freien Beruf, bei dem vollbrachte Leistungen einfach nicht bezahlt werden.

Was würden die Patientinnen und Patienten dazu sagen, wenn sie jetzt jeden Mittwoch vor verschlossenen Türen stehen?

Unsere Patientinnen und Patienten haben sehr viel Verständnis für unsere Situation. Das haben wir auch bei den Protestaktionen erlebt. Auch von den Publikumsmedien erhalten wir viel Aufmerksamkeit, weil es uns einfach alle betrifft. Alle Bürgerinnen und Bürger sind ja auch die Leidtragenden der Abschaffung der Neupatientenregelung, wenn sie jetzt ewig auf einen Facharzttermin warten müssen. Es geht am Ende zu Lasten ihrer Gesundheit. Wir werden unsere Patientinnen und Patienten weiter über die Lage des deutschen Gesundheitswesens aufklären und auch im besten Fall mit ihnen gemeinsam Signale an die Politik senden. Am Ende erhoffen wir uns ja vor allem Gehör und eine Verbesserung, von der alle profitieren müssen.

Durch eine 4-Tage-Woche werden die Patientinnen und Patienten nicht weniger, sondern verteilen sich auf die anderen vier Tage. Macht das denn Sinn?

Das ist richtig, aber sie verteilen sich natürlich auch nach hinten. Das heißt konkret: Es wird noch längere Wartezeiten geben. Ich glaube, wir müssen der Politik unsere tägliche Realität noch mehr vor Augen führen. Wir sind alle am Limit und können nicht mehr. So wie wir aktuell arbeiten, schreckt das den ärztlichen Nachwuchs ab. Frauen und Männer möchten sich künftig gleichermaßen um die Familie kümmern und keine Nacht- und Wochenendschichten für Bürokratie einlegen. Damit steht ja schon das nächste Problem vor der Tür. Das müssen wir wohl noch deutlicher machen. Es muss scheinbar erst richtig wehtun, damit wirklich etwas passiert.

Der Virchowbund argumentiert unter anderem damit, dass MFA bei einer 4-Tage-Woche mehr Freizeit bei gleicher Bezahlung gewinnen. Aber am Ende fehlen auch die Leistungen der MFA und die Einnahmen eines Arbeitstages. Geht diese Rechnung auf?

Da muss man über das Betriebswirtschaftliche hinausschauen. Wir haben mit einem riesigen Personalproblem zu kämpfen. Wir finden alle keine MFA. Sie sind eine äußerst begehrten Berufsgruppe. Um unsere guten Mitarbeitenden zu halten, ist eine 4-Tage-Woche eine sehr attraktive Möglichkeit. Damit entlasten wir sie auch von dem großen Druck durch die überbordende Bürokratie und Patientinnen- und Patientenflut durch fehlende Steuerung des Systems. Auch die zunehmenden Aggressionen in den Praxen durch Patientinnen und Patienten belasten unsere MFA sehr. Es hat sich leider auch gesellschaftlich einiges verändert, von dem wir auch stark betroffen sind. Auch darauf müssen wir reagieren.

Die Leidtragenden einer 4-Tage-Woche wären am Ende auch die Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken, die aktuell auch am Limit arbeiten. Braucht es nicht eine gesamtheitliche Lösung?

Am Ende muss es natürlich eine gesamtheitliche Lösung geben. Das ist doch keine Frage. Aber wir sind auch Leidtragende, wenn im Klinikbereich gestreikt wird – und trotzdem unterstützen wir diese legitime Ausdrucksform des Protests.

Sie sagen, dass die Bürokratie mittlerweile gut ein Drittel der Zeit fordert, die dann den Patientinnen und Patienten nicht mehr zur Verfügung steht. Was kann die Politik konkret tun? Wie sehen Ihre Lösungen aus?

Das machen wir seit Jahren deutlich. Ganz einfach: Entbudgetierung, eine effiziente Patientensteuerung und sinnvolle Digitalisierung zur Erleichterung unserer Arbeit.

■ Entbudgetierung: Gesetzesänderung im Januar

Ärzte fordern Ausweitung auf andere Fachgruppen

Berlin (opg) – Die Pläne zur Entbudgetierung der Pädiatrie kommen voran. Schon im Januar könnte es eine entsprechende Gesetzesänderung geben. Die Ärzteschaft begrüßt den Schritt, wünscht sich aber weiterhin eine Ausweitung auf alle Fachbereiche.

In den Tagen und Wochen vor Weihnachten ächzen pädiatrische Praxen und Kliniken unter den Folgen einer dreifachen Viruswelle. Corona, RSV und Grippe lassen die Wartezimmer überlaufen, benötigte Medikamente sind knapp. Das Bundesgesundheitsministerium steht unter Zugzwang. Am 15. Dezember kündigt dessen Hausherr, Prof. Karl Lauterbach zwei Maßnahmen an, welche die Praxen kurz- und mittelfristig entlasten sollen: eine Vergütung mit festen Preisen, außerdem soll der Bereich „komplett aus den Budgets herausgenommen“ werden. „Jede zusätzliche Leistung, die erbracht wird, wird voll bezahlt“, verspricht er am selben Tag in seiner Rede im Bundestag.



In den Tagen und Wochen vor Weihnachten ächzen pädiatrische Praxen und Kliniken unter den Folgen einer dreifachen Viruswelle. © stock.adobe.com, maxbelchenko und stock.adobe.com



Gesetzesänderung noch im Januar

Eine Entbudgetierung bestimmter Leistungen kann auf verschiedenen Wegen erfolgen, teilt der GKV-Spitzenverband auf Nachfrage mit. Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V kann sie jederzeit freiwillig durch die regionalen Gesamtvertragspartner vereinbart werden, „wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist“. Der Bewertungsausschuss kann hierzu auch Empfehlungen beschließen. Außerdem kann der Gesetzgeber die Entbudgetierung gesetzlich regeln. Die Aufhebung der Budgets solle „noch in diesem Monat durch eine Gesetzesänderung geschehen“, teilt der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte nach einem Treffen mit Lauterbach mit. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) heißt es, dass die Gespräche bezüglich der kinderärztlichen Leistungen mit dem GKV-Spitzenverband „in den nächsten Tagen“ beginnen sollen.

Pläne wecken Begehrlichkeiten

Im Koalitionsvertrag haben die Ampel-Parteien eine Aufhebung der Budgetierung im hausärztlichen Bereich vorgesehen. Eine Entbudgetierung wünschen sich aber bekanntermaßen auch die anderen Facharztgruppen. Der Bundesverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) begrüßt das Vorhaben, „weil es zeigt, dass die Politik den Zusammenhang zwischen Budget und Leistungsmenge durchaus verstanden hat“, sagt dessen Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Kritisch bewertet der BDI jedoch, dass nur einzelne Fachgruppen unterstützt werden. „Die Budgetierung verhindert in allen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung, dass mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden können“, so Neumann-Grutzeck weiter.



BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck begrüßt das Vorhaben, „weil es zeigt, dass die Politik den Zusammenhang zwischen Budget und Leistungsmenge durchaus verstanden hat“. © BDI

Gassen: Entbudgetierung ist der richtige Weg

Es sei noch unklar, was genau ausbudgetiert werden soll, alle Leistungen der Pädiatrie oder bestimmte Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen, die auch von anderen Ärzten erbracht werden können, bemängelt die KBV. Die Entbudgetierung sei grundsätzlich der richtige Weg für alle ambulanten Leistungen. „Wenn die Ankündigung des Ministers dafür einen Einstieg darstellen sollte, wäre das zu begrüßen. Doch noch wissen wir nichts Genaues“, sagt KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen.



„Noch wissen wir nichts Genaues“, sagt der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen. © pag, Fiolka

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) sieht in den Plänen Lauterbachs ein Zeichen der Hoffnung. „Wir freuen uns, dass er Entbudgetierung im Bereich der Kindermedizin als effektives Mittel entdeckt hat, um Engpässen schnell und unbürokratisch entgegenzutreten“, sagt Vorstandsmitglied Dr. Petra Jessen in einer Pressemitteilung. In den vergangenen Monaten sei der ambulante Sektor zugunsten der Kliniken vernachlässigt worden. Insbesondere die Abschaffung der Neupatientenregel nehmen die Gastroenterologen Lauterbach noch übel.



In den vergangenen Monaten sei der ambulante Sektor zugunsten der Kliniken vernachlässigt worden, sagt bng-Vorstandsmitglied Dr. Petra Jessen
© bng

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶

Ärzteschaft

Krankenhausreform wird Krankenhauslandschaft verändern

Donnerstag, 12. Januar 2023



/stock.adobe.com

Berlin – Ärztinnen und Ärzte beschäftigen sich derzeit mit der Frage, welche Auswirkungen die geplante Krankenhausreform auf ihr Krankenhaus und damit auf ihre Arbeit und ihren Arbeitsplatz haben wird. Das zeigte sich bei der Veranstaltung „Revolution im Krankenhaus – Was verspricht die Reform der Krankenhausvergütung?“ des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten ([BDI](#)).

Nach dem Willen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) soll sich die Reform an den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung orientieren. Die Kommission schlägt unter anderem vor, alle deutschen Krankenhäuser in verschiedene Level einzuteilen und die einzelnen Level mit Mindeststrukturvoraussetzungen zu versehen.

Bei der Veranstaltung erklärte Christian Karagiannidis, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin ([DGIIN](#)) und Mitglied der Kommission, welche Annahmen den Vorschlägen zugrunde liegen.

„Das Problem, das auf uns zukommt, ist die extreme demografische Entwicklung“, sagte er. „Pro Jahr werden in den 2020er-Jahren 300.000 bis 500.000 Arbeitnehmer ihren Job verlassen, ohne dass diese Arbeitsplätze durch die nachrückenden Generationen nachbesetzt werden können.“

Leistungseinschränkungen wahrscheinlich

Es werde sowohl weniger Beitragszahler geben als auch mehr ältere Menschen, die versorgt werden müssen. Eine Folge des demografischen Wandels sei es, dass voraussichtlich mindestens 20 bis 30 Prozent weniger Pflegepersonal am Bett vorhanden sei als heute – wenn es gut laufe. Allein aus diesem Grund sei es unmöglich, die heute vergleichsweise hohe Zahl an Krankenhausfällen in Deutschland aufrechtzuerhalten.

„Wir werden Leistungseinschränkungen erleben“, sagte Karagiannidis. „Wir müssen den Menschen ehrlich sagen, dass wir in Zukunft nicht mehr die Ressourcen haben werden, um alle multimorbiden, alten Menschen im Krankenhaus mit allen Methoden und großen Operationen behandeln zu können. Wir müssen aber immer die Notfallversorgung sichern.“ Und auch die Politik müsse davon überzeugt werden, dass sie mit den Bürgerinnen und Bürgern in den kommenden Jahren ehrlich darüber spreche.

Strukturvorhaltungen definieren

Mit der anstehenden Krankenhausreform soll auch das Wissen darüber erhöht werden, welche Leistungen Krankenhäuser überhaupt erbringen. „Wir hätten schon vor 20 Jahren definieren müssen, was ein Krankenhaus vorhalten muss“, sagte Karagiannidis.

„Heute passieren in Deutschland die wüstesten Dinge, was die Vorhaltung von Strukturen und Personal angeht. Deshalb wollen wir jetzt erstmals definieren, was ein Level ist und was Krankenhäuser dafür vorhalten müssen.“ Bisher seien Fachabteilungen nicht definiert und jeder könne bis auf wenige Ausnahmen machen, was er wolle.

„Es ist eigentlich ein Skandal, dass wir kein klares Krankenhausverzeichnis haben, in dem genau steht, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Voraussetzung erbringt“, meinte Karagiannidis. „Wir gehen davon aus, dass wir in Deutschland etwa 1.400 somatische Krankenhäuser haben, die mit den Krankenkassen abrechnen.“ Da einige Krankenhäuser über mehrere Standorte verfügten, seien es insgesamt circa 1.700 Standorte.

Kleine Krankenhäuser umwandeln

Durch die Notfallstufen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sei zu sehen, wie ungleichmäßig die Leistungen in der Notfallversorgung verteilt sind. „Wir haben 164 Häuser der Stufe drei und 261 Häuser der Stufe zwei“, erklärte Karagiannidis.

„425 Häuser decken also den großen Teil der Notfallversorgung in Deutschland ab. Bis zu 70 Prozent der COVID-19-Patienten wurden in diesen Häusern versorgt.“ Dazu kämen dann noch die mehr als 1.000 Krankenhäuser, die darüber hinaus an der Versorgung teilnähmen, darunter viele Fachkliniken.

Die Regierungskommission schlägt vor, für viele dieser Häuser das Level eins einzuführen, in dem Krankenhäuser eine Grundversorgung mit oder ohne Notfallversorgung anbieten können. Viele dieser Krankenhäuser schreiben Karagiannidis zufolge heute rote Zahlen und sind dabei nicht in der Lage, die Defizite finanziell auszugleichen.

„Ich sage nicht, dass wir in Deutschland 500 Krankenhäuser schließen müssen“, betonte der Lungenarzt. „Viele dieser Standorte wird man jedoch in andere Gesundheitseinrichtungen umwandeln müssen.“ Man schlage dafür die Level-1/-Krankenhäuser vor, die außerhalb des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRG) über Tagespauschalen vergütet werden sollten.

Aus Sicht von Karagiannidis können diese Häuser mit einer schwarzen Null betrieben werden, weil in ihnen nur wenig Technik vorgehalten werden muss. „In den Level-1/-Krankenhäusern gibt es auch keinen Schichtdienst mehr“, erklärte der DGIIN-Präsident. In ihnen würden Akutpflegebetten vorgehalten, in denen die Patienten rund um die Uhr pflegerisch und am Tag durch Ärztinnen und Ärzte in Präsenz versorgt werden können, nachts mit einer Rufbereitschaft.

Transportkapazitäten ausbauen

Eine Ärztin äußerte bei der Veranstaltung die Sorge, dass es für kleine Krankenhäuser künftig schwierig sein könne, schwer kranke Patienten in größere Häuser zu verlegen. Schon in der Pandemie sei es ja oft sehr schwierig und zeitaufwändig gewesen, Krankenhäuser zu finden, die Patienten aufnehmen.

Karagiannidis teilte diese Sorge. „Wir müssen noch die Frage beantworten, was wir machen, wenn ein Maximalversorger kein Bett mehr frei hat, ein umliegendes Level-1-Krankenhaus einen Patienten aber verlegen muss“, sagte er. Eine Möglichkeit sei es, telemedizinische Anbindungen auszubauen. Dies habe aber seine Grenzen.

In jedem Fall müssten die Transportkapazitäten ausgebaut werden. „Mehr Kapazitäten braucht man vor allem dort, wo Schlaganfall- und Herzinfarktpatienten schnell aus ländlichen Regionen in Zentren transportiert werden müssen“, betonte Karagiannidis. Deshalb müsse auch die Zahl der Hubschrauberlandeplätze und der Intensivtransporthubschrauber mit einer 24/7-Flugbereitschaft in Deutschland erhöht werden.

Kritik an Beibehaltung des DRG-Systems

Von jungen Ärztinnen und Ärzten kam die Kritik, dass die Kommission keine komplette Abschaffung des DRG-Systems vorgeschlagen habe. Denn durch eine Beibehaltung der Fallpauschalen würde auch der Anreiz für die Krankenhauträger bestehen bleiben, viele Leistungen zu erbringen.

Karagiannidis wies darauf hin, dass das DRG-System viele Informationen über das Leistungsgeschehen in den deutschen Krankenhäusern gebracht habe. „Vor der Einführung des DRG-Systems hatten wir keine Ahnung, welche Leistungen ein Krankenhaus erbringt“, sagte er.

„Dass wir diese Informationen jetzt haben, ist wertvoll.“ In Deutschland sei das DRG-System aber missbraucht worden, indem es zu 100 Prozent für die Vergütung verwendet worden sei. Das wolle die Kommission jetzt ändern.

Selbstkostendeckung ist zu teuer

Dadurch, dass die Vergütung bei den meisten Fachrichtungen künftig nur noch zu 60 Prozent über Fallpauschalen bezahlt werden soll, werde der Anreiz für die Krankenhäuser deutlich sinken, in die Menge zu gehen, meinte Karagiannidis. „Gleichzeitig müssen wir Ärztinnen und Ärzte auch daran arbeiten, die Übertherapie einzuschränken“, betonte er. „Da muss wieder mehr medizinischer Sachverstand walten.“

Karagiannidis zufolge werden die Fachgesellschaften nicht darum herumkommen, klare Statements gegen die Übertherapie zu formulieren. „Wir müssen eine gute Indikationsqualität finden. Das ist eine unserer zentralen Aufgaben als medizinische Fachgesellschaft. Und in diesem Zusammenhang müssen uns zum Beispiel fragen: Ist es eine gute Indikationsqualität, wenn wir einen 90-jährigen multimorbiden Patienten noch auf die Intensivstation schicken?“

Zudem wies Karagiannidis darauf hin, dass eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip zu teuer sei und auch Fehlanreize setze: „Heute geben wir für das Gesundheitswesen schon 13,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus.“ Auch in den Zeiten des demografischen Wandels müsse die Krankenversicherung für jeden bezahlbar bleiben.

© *fos/aerzteblatt.de*

DEGAM und Hausärzteverband möchten Internisten stärker einbinden

Praxismanagement , Team | Autor: Michael Reischmann



Rund jeder vierte hausärztlich tätige Vertragsarzt ist Facharzt für Innere Medizin.

© Pcess609 – stock.adobe.com

Auch hausärztlich tätige Internisten sollen – bei Nachweis entsprechender Kompetenzen – vollumfänglich in der Allgemeinmedizin weiterbilden können. Dafür machen sich die DEGAM und der Deutsche Hausärzteverband stark.

Die bisher teils deutlich verkürzte Weiterbildungsbefugnis allein aufgrund der Facharztbezeichnung für die internistische Fachgruppe sei **„nicht mehr zielführend“**, erklären DEGAM und Hausärzteverband. Sie empfehlen, die Regelungen für die Weiterbildungsbefugnisse insoweit anzugleichen, dass diese kompetenzbasiert vergeben werden. Ziele sind eine gestärkte Versorgung und der **Ausbau der gemeinsamen Nachwuchsarbeit**. Dr. Markus Beier, Bundesvorsitzender des Hausärzteverbandes, spricht auch von einem klaren Signal an die Internisten, „dass ihre Kompetenzen in der hausärztlichen Versorgung und in der Weiterbildung **unverzichtbar** sind“.

Quereinstieg als Facharzt für Allgemeinmedizin erleichtern

„Zur Frage, welche Kompetenzen zukünftig erforderlich sein werden, um die Weiterbildungsbefugnis zu erhalten, werden DEGAM und Hausärzteverband Vorschläge in Form eines **Kriterienkatalogs** erarbeiten“, kündigt DEGAM-Präsident Prof. Dr. Martin Scherer an. Passende Fortbildungen und Train-the-Trainer-Seminare für hausärztliche Internisten sind geplant.

Die Fachgesellschaft und der Berufsverband möchten jüngeren Internisten, die aus der Klinik kommen, einen **vereinfachten Zugang zum Facharztstitel Allgemeinmedizin als Quereinstieg** ermöglichen. „Der Facharztstitel Allgemeinmedizin ist für uns nach wie vor **die ideale Voraussetzung für die Hausarztpraxis**“, meint Prof. Scherer. Die bisherigen Regelungen zum Quereinstieg differenzierten aber nicht nach der fachlichen Herkunft. „Diesbezüglich werden wir sachgerechte Vorschläge für eine Modifizierung des Quereinstiegs, speziell aus der Inneren Medizin, erarbeiten.“

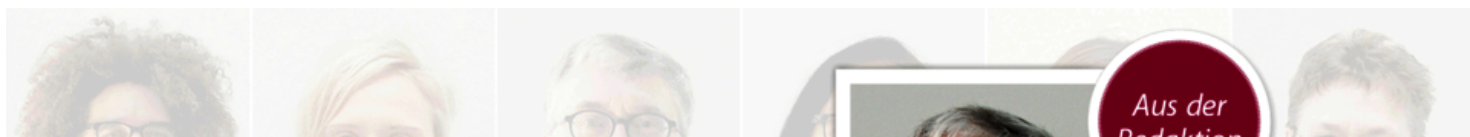
Rund jeder vierte hausärztlich tätige Vertragsarzt ist Facharzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt). Laut Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) konnten die Allgemeinmediziner 2019 von den bundesweit 7.500 geförderten Weiterbildungsstellen nur 4.450 (in Vollzeitäquivalenten) abrufen. Damit die Zahl der Facharztweiterbildungen für die hausärztliche Versorgung steigt, verlangt der BDI, Internisten (ohne Schwerpunkt) **in die Förderung der ambulanten Weiterbildung nach § 75a Abs. 1 SGB V aufzunehmen**.

Medical-Tribune-Bericht

20.01.2023

[Zurück](#)

Mehr zum Thema



Sicht einer Chefärztin auf 20 Jahre DRG: Ständiger Kampf um Stellen

Als Chefärztin hatte Petra-Maria Schumm-Draeger stetig die kaufmännischen Direktoren im Nacken. Die Diskussionen um Stellen und Betten raubten viel Zeit – und am Ende auch die Freude an der Arbeit in der Klinik.

Ein Interview von Julia Frisch (/Nachrichten/Julia-Frisch-au3617.html)

Veröffentlicht: 25.01.2023, 03:24 Uhr



Zwischen Ökonomisierung, Patientenwohl und dem Wohl der Mitarbeiter: Chefärztin Professorin Petra-Maria Schumm-Draeger fühlte sich im DRG-System oft aufgerieben.

© [M] Porträt: Zentrum / Innere Medizin / Fünf Höfe | xy / stock.adobe.com | GoodGnom / Getty Images / iStock

Frau Schumm-Draeger, welche Bilanz ziehen Sie aus Ihrer Erfahrung als Chefärztin nach 20 Jahren DRG?

Man sieht jetzt so richtig, welche Auswirkungen das DRG-System hat. Die Fallpauschalen bevorzugen besonders operative und invasive Methoden, die sprechende Medizin wird dagegen verdrängt. Die Ärzte werden der betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung unterworfen. Sie müssen Fallzahlen steigern oder für schnellere Entlassungen sorgen.

Dazu kommt ein hoher bürokratischer Aufwand, der ist nicht zu unterschätzen. Es gibt eine hohe Arbeitsüberlastung. Junge Ärzte haben schon Burn-out oder die Freude am Beruf verloren. Und für mich als Chefärztin hat das bedeutet, dass ich kaufmännische Vorgesetzte hatte, die keine Ärzte waren.

Es wurden ständig Steigerungen der Patientenzahlen oder der Prozeduren verlangt. Und das war nicht nur in der Inneren so. Das hat zur Folge, dass es einem schwer gemacht wird, bei den Indikationsstellungen immer medizinisch korrekt zu handeln.

Die DRG haben in den 20 Jahren dazu geführt, dass kleine Fächer gewissermaßen aussortiert wurden. Das ist nicht nur schlecht für die Patientenversorgung, sondern auch für die Weiterbildung. Wer bildet jetzt junge Ärztinnen und Ärzte aus? Das ist eine ganz ernste Situation.

Können Sie erzählen, wie sich das Arbeiten unter den DRG konkret auf Ihre Tätigkeit als Chefärztin ausgewirkt hat?

Ein bis zweimal im Monat gab es eine Besprechung mit der kaufmännischen Direktion, in der alle Zahlen durchgegangen wurden. Dann hieß es: Hier ist eine Delle, wenn da nichts passiert, müssen wir Personal entlassen oder Stellen werden nicht wiederbesetzt. Das habe ich als sehr unangenehm empfunden.

Was bedeutete das für Sie?

Man befindet sich permanent in Diskussionen, die Ärzte müssen sich immer rechtfertigen. Das verschlingt viel Zeit. Bei uns in der Abteilung war nicht das Problem, dass wir zu wenig Fälle hatten, sondern dass die Verweildauer zu lang war. Aber in der Endokrinologie ist es schwierig, im Korridor der Verweildauer zu bleiben. Patientenorientiert ist das Ganze nicht.

Wie haben Sie die Erwartungen an Ihr Team weitergegeben?

Ich habe versucht, eine offene Kommunikation zu führen. In die Besprechungen habe ich immer die Oberärzte und Oberärztinnen mitgenommen, die haben dann auf diese Weise schon miterlebt, was erwartet wird. Mit den Assistenzärzten haben wir auch offen gesprochen. Meistens haben wir es geschafft, die Stellen zu halten, zweimal ist es mir aber misslungen. Da wurden Ärztinnen während der Elternzeit nicht ersetzt. Das fördert natürlich nicht gerade die Sache der Frauen.

Professorin Petra-Maria Schumm-Draeger

Die Internistin war 35 Jahre als Krankenhausärztin tätig, von 2002 bis 2016 als Chefärztin an einer Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie in München. 2016 wechselte sie in die Niederlassung.

Die Ärztin war Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). 2017 initiierte sie den Klinik-Codex „Medizin vor Ökonomie“ (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Medizin-vor-Oekonomie-Kodex-soll-Prioritaeten-klarmachen-310958.html>), in dem Ärzte und Ärztinnen klarstellen, ärztliche Heilkunst unbeeinflusst von ökonomischen Druck oder Drohungen auszuüben.

Hat der Druck aus der kaufmännischen Geschäftsführung medizinische Entscheidungen beeinflusst?

Wir haben versucht, uns nicht zu verbiegen und das medizinisch Sinnvolle zu machen. Ich habe Wege gesucht, auf andere Weise für Abhilfe zu sorgen. Beispielsweise habe ich eine Fußambulanz weiterentwickelt, um zum einen einen nahtlosen Übergang in eine Tagesklinik zu ermöglichen und zum anderen die überlangen Verweildauern im Krankenhaus abzukürzen.

Sie haben 2017 den Klinik-Codex „Medizin vor Ökonomie“ in der DGIM mitinitiiert. Waren die DRG

mit schuld daran?

Nach all den Jahren mit den DRG waren wir an einem Punkt, etwas zu machen mit der DGIM. Mit dem Codex sollen Ärztinnen und Ärzte etwas in der Hand haben, worauf sie sich berufen können, wenn sie mit Klinikdirektoren sprechen. Aber ich bin ehrlich: Viele erleben nach wie vor erhebliche Spannungen mit der Geschäftsführung. Aber der Codex ist zumindest ein Ansatz, einen Gegenpunkt zu schaffen.

Ich hätte mir aber noch mehr versprochen: Ich wollte bei den Ärztekammern Ombudsstellen, an die sich Ärzte und Ärztinnen wenden können im Streitfall mit Verwaltungsdirektoren. Die gibt es noch nicht. Aber wir sind dran und ich hoffe, dass wir diese Stellen auch noch hinkriegen.

Sind sie aus Frust über die DRG in die Niederlassung gewechselt?

Ich bin nicht sicher, ob ich in den ambulanten Sektor gewechselt wäre, wenn die Situation am Krankenhaus eine andere gewesen wäre. Ich war 35 Jahre als Ärztin in der Klinik. Aber die Freude und der Spaß an der Sache waren nicht mehr da. Irgendwann ist Schluss damit, um eine halbe Stelle und ein Viertel Bett zu kämpfen.

BDI-Kritik

„Die fetten Jahre sind vorbei“

Scharfe Kritik an Gesundheitsminister Karl Lauterbach übt BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Überlastete Praxen und Kliniken, das Personal am Limit und zu wenig Medikamente – die Hilferufe aus dem Gesundheitswesen zeigten „das Scheitern der bisherigen Gesundheitspolitik“.



Neumann-Grutzeck: „Wir steuern mit dem trägen Tanker „Gesundheitswesen“ auf einen Eisberg zu. Die Kollision ist mittlerweile unvermeidbar, allein das Ausmaß ist noch nicht absehbar.“

©BDI

Jahrzehntelang habe die Politik in ihren Sparbemühungen Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Kliniken und Praxen einem ständigem finanziellem Leistungsdruck ausgesetzt, „bei dem sowohl das Personal selbst als auch die Menschlichkeit und Behandlungsqualität der Patienten zunehmend unter die Räder kommen“, kritisiert Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) in der aktuellen Ausgabe der Mitgliederzeitschrift „BDI aktuell“. „Das viel beschriebene Hamsterrad dreht sich immer schneller.“

Diese Politik der Fehlanreize habe so lange funktioniert, wie die Kassen voll waren und strukturelle Fehler im System mit zusätzlichen Mitteln und temporären Anreizen gekittet werden konnten. Trotz aller Warnungen habe die Politik es versäumt, nachhaltige Strukturreformen auf den Weg zu bringen. Neumann-Grutzeck: „Jetzt sind die fetten Jahre vorbei und wir steuern mit dem trägen Tanker „Gesundheitswesen“ auf einen Eisberg zu. Die Kollision ist mittlerweile unvermeidbar, allein das Ausmaß ist noch nicht absehbar.“

Es brauche dringend einen grundlegenden Strategiewechsel. Anstatt auf Kostendämpfung und Mengensteuerung zu setzen, müsse man „Qualität, Notwendigkeit und Angemessenheit von medizinischen Leistungen“ in den Fokus rücken.

Gleichzeitig brauche es eine ehrliche Debatte darüber, dass in einer immer älter werdenden Gesellschaft alle mehr für ihre Gesundheit bezahlen müssen. „Wenn wir als Gesellschaft nicht bereit oder in der Lage sind, diesen Preis zu bezahlen, sind Leistungseinschränkungen unvermeidbar“, prognostiziert die BDI-Chefin. Überdies sei eine sinnvolle Steuerung der Patienten im System zwingend notwendig. „Politikerinnen und Politiker, die etwas anderes versprechen, handeln unlauter.“

Dabei sei es nicht die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, den Patienten zu erklären, dass die verfügbaren Mittel nicht mehr ausreichen. Neumann-Grutzeck: „Diese Debatte muss politisch geführt, verantwortet und gemeinsam mit ärztlichem Sachverstand umgesetzt werden.“