Pressespiegel Inhalt | Ausgabe 09/2022

BDI: "Das ist erst der Anfang"

änd – 09. September 2022

Bei der Patientensteuerung auch an Facharztpraxen denken

änd - 09. September 2022

BDI: Geplantes Aus der Neupatientenregel nicht nachvollziehbar

Ärzte Zeitung – 09. September 2022

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz weiter in der Kritik

Deutsches Ärzteblatt – 09. September 2022

Reformdruck im Gesundheitswesen_ Internisten kritisieren

Deutsches Ärzteblatt - 09. September 2022

Warum sich Internisten nach echten Strukturreformen sehnen

Ärzte Zeitung – 11. September 2022

BDI fordert Innovationsbudget für Selektivverträge

änd - 12. September 2022

Videosprechstunde Diese Vorteile haben Patienten

t-online – 13. September 2022

Weigeldt wünscht sich zum Abschied nutzenorientierte Digitalisierung

änd - 15. September 2022

Einigkeit bei Großbaustellen aktueller Gesundheitspolitik

apoAkzente - September 2022





Proteste gegen BMG-Sparpläne

BDI: "Das ist erst der Anfang"

Der Berufsverband der Deutschen Internistinnen und Internisten (BDI) hat vor den Folgen einer Streichung der Neupatientenregelung für die Patientenversorgung gewarnt. Statt die Versorgung zu schwächen, soll sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach den dringenden strukturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen widmen, forderte BDI-Präsidentin Dr. Christine Neumann-Grutzeck auf dem 15. Deutschen Internistentag am Freitag in Berlin.



BDI-Präsidentin Dr. Christine Neumann-Grutzeck bezeichnete es als ein Drama, dass viel Ärzte inzwischen aus der Versorgung aussteigen.

©BDI

Neumann-Grutzeck warf Bundesgesundheitsminister Lauterbach vor, eine Rolle rückwärts zu machen. "Die Koalition ist mit dem Anspruch angetreten, die Patientenversorgung zu verbessern und hat im Koalitionsvertag etwa eine Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich angekündigt", rief sie auf der Eröffnungsveranstaltung in Erinnerung. Mit der Abschaffung der Neupatientenregelung und der geplanten Bereinigung der Vergütung der offenen Sprechstunden gehe es genau in die entgegengesetzte Richtung. Statt einer Verbesserung werde die Patientenversorgung geschwächt.

Auf Unverständnis stieß bei der BDI-Präsidentin Lauterbachs Argumentation, die Neupatientenregelung nütze nichts. Der bessere Weg wäre es gewesen, den im Bundesrat eingebrachten Vorschlag aufzugreifen und die Regelung weiterlaufen und währenddessen evaluieren zu lassen, sagte Neumann-Grutzeck.

Sie begrüßte die Protestaktionen der Ärzteschaft in den vergangenen Tagen. "Das ist erst der Anfang", so ihre Einschätzung der Lage. Die

Proteste würden weitergehen, versprach sie. Um das Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten, empfahl die BDI-Präsidentin dem Bundesgesundheitsminister sich eher den dringenden strukturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu widmen, wie etwa der Notfall- und intersektoralen Versorgung. Das Gesundheitswesen sei bereits jetzt mit einer personellen und finanziellen Ressourcenknappheit konfrontiert. "Wir sehen nicht nur in der Pflege, sondern auch im ärztlichen Bereich, dass viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Beruf und der Patientenversorgung aussteigen", beklagte sie. Das könne sich Deutschland nicht leisten.

09.09.2022 13:32, Autor: ea, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/219716



BDI zur Notfallversorgung

Bei der Patientensteuerung auch an Facharztpraxen denken

Eine tiefgreifende Reform der Notfallversorgung hat der Bundesverband Deutscher Internisten (BDI) auf dem 15. Deutschen Internistentag in Berlin gefordert. Berechtigte Forderungen nach Verbesserung sollten aus Sicht vom Vize-Chef der Notaufnahme am UKE in Hamburg Alexander Schultze dagegen nicht automatisch im Rufen nach Reformen münden. Man könne weitreichende Veränderungen auch innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens erreichen.



Im ambulanten Bereich müsse die Vergütung extrabudgetär erfolgen, forderte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

©BDI

Für eine ressourcenschonende und bedarfsgerechte Inanspruchnahme müssten Patientinnen und Patienten passgenau in die richtige Versorgungsstruktur geleitet werden, forderte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck beim 15. Deutschen Internistentag in Berlin. Dabei sollen nach der Vorstellung des BDI die telefonischen Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und des Rettungsdienstes zu einer gemeinsam Notfallleitstelle inklusive standardisiertem Ersteinschätzungssystem zusammengefasst werden.

"Bereits in einer frühen Phase der Ersteinschätzung sollten Kolleginnen und Kollegen in Betracht ziehen, den Patienten nicht nur in die Krankenhäuser, sondern auch in eine Vertragspraxis in der Region weiterzuleiten, wo man genau diesen Fall sehr gut versorgen könnte", bekräftigte die BDI-Präsidentin. Als Beispiel nannte sie Nasenbluten. Im Zweifelsfall sei im Krankenhaus gar kein HNO-Arzt anwesend. Somit wäre der Patient viel besser in einer HNO-Praxis in der ambulanten Versorgung aufgehoben.

Als wenig sinnvoll bezeichnete der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Dr. Dominik von Stillfried, die vom BDI vorgeschlagene Zusammenlegung von 116117 und 112. Das würde innerhalb der neuen 112 komplizierte Triage-Mechanismen erforderlich machen und die Responsivität der 112 gefährden, betonte er bei einer Diskussion auf dem Internistentag. "Nach meiner Wahrnehmung haben die meisten Rettungsleistellen derzeit auch gar kein Interesse dran", sagte von Stillfried. Diese wünschten sich vielmehr eine gute Arbeitsteilung mit digitaler Vernetzung als Unterstützung.



Im Versorgungsalltag habe sich die Situation in den vergangenen Jahren durchaus verbessert, berichtete Dr. Alexander Schultze vom UKE.

©Ärtztekammer Hamburg

Reformen vs. Prozessoptimierung

Während der BDI eine tiefgreifende Reform der Notfallversorgung forderte, sollte nach Auffassung von Dr. Alexander Schultze, stellvertretender Leiter der Zentralen Notaufnahme am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf, der tatsächliche Veränderungsbedarf nicht automatisch mit einem gesetzlichen Reformbedarf gleichgesetzt werden. Im Versorgungsalltag habe sich die Situation in den vergangenen Jahren durchaus verbessert, berichtete er. Es gehe darum, Effizienreserven zu nutzen und Prozesse zu optimieren. So sei etwa im Alltag die Weiterverlegung der Patienten auf Stationen herausfordernd.

"Es ist richtig, es muss sich was ändern. Aber nicht ausschließlich über neue Gesetze. Sie können helfen, aber man kann Veränderungen auch im bestehenden gesetzlichen Rahmen erreichen", bekräftigte Schultze. "Wenn etwa die baulichen Voraussetzungen es noch schwieriger machen, dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, weil die Notaufnahme zu klein, die Lage und die Anbindung schlecht sind, dann brauchen wir keine neuen Gesetze, sondern geeignete Infrastrukturen."

Besseren gesetzliche Rahmen forderte Schultze dagegen bei der Digitalisierung und dem Datenschutz. "Derzeitige Datenschutzregelungen machen es uns sehr schwer zusammenzuarbeiten", berichtete er. "Wir haben mit der KV-Praxis einen gemeinsamen Tresen. Danach kommt eine Datenschutzschranke, die uns die Kooperation erheblich erschwert, weil wir beispielsweise das Labor-Anforderungssystem nicht gemeinsam nutzen können."

Zuspruch bekam er von der Direktorin der Medizinischen Klinik III am Klinikum Fulda, Prof. Marion Haubitz. "Es ist unglaublich, dass ich in der Ambulanz immer noch nach Medikamenten fragen muss", kritisierte sie. Ärgerlich sei es allerdings auch, wenn die bestehenden Anwendungen nicht reibungslos funktionieren. "Wir haben große Rückstände bei elektronischen Krankschreibungen und beim eRezept. Das muss endlich aufhören", forderte sie.



Prof. Mariona Haubitz Haubitz plädierte für eine möglichst einfache Abrechnungsstruktur in der Notfallversorgung.

©Klinikum Fulda

Extrabudgetäre Vergütung für ambulante Ärzte

Bei der Finanzierung der Notfallversorgung fordert der BDI im Positionspapier eine angemessene Finanzierung der Vorhalte- und Versorgungskosten von Notfallpatienten. Ein Vergütungssystem, das allein auf Fallzahlen basiert, sei unzureichend. "Wenn wir in den ambulanten Bereich steuern, dann muss es für die Ärztinnen und Ärzte Anreize geben, sich daran zu beteiligen und in ihrer Sprechstunden noch zusätzliche Patienten zu behandeln", erklärte Neumann-Grutzeck. Im ambulanten Bereich müsse die Vergütung daher extrabudgetär erfolgen.

Schultze machte dabei deutlich, dass es bereits jetzt möglich sei, zwischen reiner Ambulanzpauschale und stationärer DRG abzurechnen. Das Problem sei vielmehr der hohe Dokumentationsaufwand. Deutlich machte er das am Beispiel von Patienten, die mit Brustschmerzen in die Notaufnahmen kommen. "Wenn man dann nicht lückenlos und perfekt alle durchgeführten Untersuchungen dokumentiert, dann gewährt der

Medizinische Dienst der Krankenkassen eben nur eine Ambulanzpauschale von 53 Euro", berichtete er. "Das ist natürlich absurd." Es müsse doch jedem klar sein, dass es unmöglich sei, Brustschmerz für 53 Euro abzuklären.

Seine Fuldaer Kollegin Haubitz plädierte dagegen für eine möglichst einfache Abrechnungsstruktur. Die Grundfinanzierung soll ihrer Ansicht nach über Vorhaltepauschalen erfolgen. Für die Behandlung selbst schlägt sie eine Fallpauschale vor, die für alle Leistungserbringer gleich hoch ausfallen sollte.

10.09.2022 07:54, Autor: ea, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/219723

BDI: Geplantes Aus der Neupatientenregel nicht nachvollziehbar

Die geplante Streichung der Neupatientenregelung sorgt auch beim 15. Deutschen Internistentag in Berlin für Unmut. Die Ampel torpediere damit eine Ankündigung im Koalitionsvertrag, so BDI-Chefin Neumann-Grutzeck.

Veröffentlicht: 09.09.2022, 12:53 Uhr



"Lauterbach will das Rad wieder zurückdrehen": BDI-Präsidentin und Hausärztin Christine Neumann-Grutzeck. © privat

Berlin. Wegen des geplanten Wegfalls der Neupatientenregelung bekommt
Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) weiter <u>Gegenwind aus der Ärzteschaft</u>
(https://www.aerztezeitung.de/Politik/Gassen-erwartet-weitere-Proteste-gegen-Aus-der-Neupatientenregel-432204.html). Am Freitag meldete sich auch die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), Christine Neumann-Grutzeck, zu Wort.

Die Ampel habe im Koalitionsvertrag die <u>Entbudgetierung</u> (https://www.aerztezeitung.de/Politik/SpiFa-Chef-Heinrich-Brauchen-endlich-mal-ganz-normale-Gesundheitspolitik-428031.html) im hausärztlichen Bereich angekündigt. Das sei "ein Zeichen" dafür gewesen, dass Budgetierung als Problem erkannt sei. "Jetzt aber passiert etwas, wo man den Eindruck hat, es geht genau in die andere Richtung", sagte Neumann-Grutzeck anlässlich des 15. Deutschen Internistentags, der seit Donnerstagabend in Berlin stattfindet.

"Wo bleibt die Wissenschaftlichkeit des Ministers?"

Die Ankündigung Lauterbachs, die im Terminservice-Versorgungsgesetz (TSVG) von 2019 verankerte Regel wieder kippen zu wollen, sei aus Sicht des BDI "nicht nachzuvollziehen, weil der Schritt die Versorgung verschlechtern wird", warnte die Hausärztin aus Hamburg.

Neumann-Grutzeck erinnerte daran, dass Lauterbach in einer Rede zur Einführung des TSVG "sehr anschaulich" geschildert habe, warum die extrabudgetäre Vergütung bei der Behandlung von Neupatienten nötig gewesen sei. Jetzt wolle er das "Rad wieder komplett zurückdrehen". Das passe nicht zusammen, so die BDI-Chefin.

Zur Begründung ziehe sich Lauterbach auf das Argument zurück, die Regelung habe "nichts" gebracht in der Versorgung. Zahlen und Evaluationen, die diese Behauptung belegten, bleibe der Minister allerdings bis heute schuldig, so Neumann-Grutzeck. "Da frage ich mich schon ein bisschen, wo bleibt denn die Wissenschaftlichkeit des Ministers."

Smetak: Eine rein politische Entscheidung

BDI-Vizepräsident Dr. Norbert Smetak nannte das geplante <u>Aus der Neupatientenregelung</u> (https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Neupatienten-Aus-KV-Hamburg-warnt-auch-vor-Aufnahmestopps-432222.html) eine "rein politische Entscheidung". Sachliche Gründe gebe es dafür nicht. Stattdessen zeigten Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) "sehr klar", dass die Neupatientenregel Wirkung entfalte.

Die Regel jetzt zu streichen hieße, "Leistungskürzungen" in der Patientenversorgung zu beschließen. Leistungskürzungen aber habe Lauterbach bei Amtsantritt ausgeschlossen.

Das Zi hatte kürzlich errechnet, dass die <u>Zahl der Neupatienten</u> (https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Zi-Neupatienten-haben-von-Honorierung-im-Terminservice-Gesetz-profitiert-431102.html) im vierten Quartal vergangenen Jahres gegenüber dem vierten Quartal 2019 um rund zwölf Prozent gestiegen ist. Die höchsten Anstiege wurden demnach in den Regionen Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen beobachtet.

Zi: Vor allem Neuerkrankte profitieren

Dass die Neupatientenregelung auch den Start in einen längeren Behandlungsprozess einleite, zeigten unter anderem aktuelle Ergebnisse für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, teilte das Zi am Freitag mit. Von den insgesamt rund 58.000 Neupatienten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hätten gut 18.000 Kinder, also etwa jedes dritte Kind, die Diagnose einer Verhaltens- und emotionalen Störung erhalten. 60 Prozent dieser Kinder seien Neuerkrankte gewesen.

Das Beispiel zeige, dass von der Neupatientenregel vor allem Neuerkrankte profitierten, die eine zeitnahe medizinische Behandlung benötigten, sagte Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried. (hom)

Ärzteschaft

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz weiter in der Kritik

Freitag, 9. September 2022



Berlin – Die Auswirkungen der geplanten Aufhebung der Neupatientenregelung waren heute Anlass einer gemeinsamen Sondersitzung der Mitglieder der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Vorstände und VV-Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Mit klaren Worten wurde vor den drohenden Folgen der Umsetzung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes gewarnt.

Ohne verlässliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die Praxen werde die medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland gefährdet, betonte der KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Gassen. Es drohten "politisch herbeigeführte Leistungskürzungen". Angesichts der "endlosen Abfolge von Gängelungen und Kürzungen" sei das Maß nun voll.

"Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist kein durchdachtes, schlüssiges Konzept. Es ist ein reines Spargesetz – mehr nicht", kritisierte der als Gast geladene Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, die Pläne von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD).

In Anbetracht der enormen Herausforderungen für Politik, Wirtschaft und Gesellschaft müsse sich der Staat darauf konzentrieren, systemrelevante Strukturen zu erhalten und zu stärken, zu denen das Gesundheitswesen ohne jeden Zweifel gehöre. Das aktuelle politische Handeln mache diesbezüglich aber keinen Mut.

"Wer hier sinnvolle Strukturen kassieren will, lässt uns alle einen sehr hohen Preis zahlen. Deshalb appelliere ich an die verantwortlichen Politiker: Ersparen Sie uns sinnlose Rotstiftpolitik", so Reinhardt.

Es gehe um den Erhalt einer für die medizinische Versorgung unverzichtbaren Struktur, warnte KBV-Vizechef Stephan Hofmeister. Bei den Krankenhäusern scheine die Bundesregierung dies anzuerkennen – für die Niedergelassenen gelte das offenbar nicht.

Die Politik müsse sich ihrer Verantwortung für die zu erwartenden Folgen bewusst sein, betonte auch Frank Dastych, Vorstandsvorsitzender der <u>KV Hessen</u>. Es gelte, so sein Appell, den "versorgungsfeindlichen" Gesetzentwurf im Bundestag zu stoppen. Der "Bundeskrankenhausminister" betreibe einen unsozialen Umbau der Versorgungsstrukturen, kritisierte Dirk Heinrich, Vorsitzender der VV der <u>KV Hamburg</u>.

Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der <u>KV Nordrhein</u>, sprach von einem "Wortbruch" des Bundesgesundheitsministers. Die Einsparungen bei den Arztpraxen seien als Mittel zur Lösung der GKV-Finanzprobleme "völlig unangemessen". Als "Betrug" an den Niedergelassenen bezeichnete Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der <u>KV Bayerns</u>, die Pläne zur Rückabwicklung der Neupatientenregelung.

Unterstützung gab es auch heute vom Bundesverband Deutscher Internistinnen und Internisten (<u>BDI</u>). Man solidarisiere sich ausdrücklich mit der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die in den vergangenen Tagen gegen die Abschaffung der extrabudgetären Vergütung für die Aufnahme von Neupatienten protestierten, sagte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzek beim 15. Deutschen Internistentag. Das Vorhaben sei, "aus unserer Sicht nicht nachzuvollziehen, weil es die Versorgung nicht verbessert, sondern verschlechtert", erklärte Neumann-Grutzek.

Besonders störe sie sich an der Argumentation von Lauterbach, der sich auf angebliche Daten beruft, die eine ausbleibende Wirkung der Neupatientenregelung aufzeigen würden. Es gäbe schlicht keine Zahlen oder Daten, die das tun, wandte sie ein. "Da frage ich mich ein bisschen, wo die Wissenschaftlichkeit des Ministers ist, auf die er sonst so viel hält."

Zwar seien die kürzlich vorgelegten Zahlen des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung (<u>Zi</u>) auch nicht von neutraler Stelle, doch seien sie wenigstens eine Diskussionsgrundlage, ergänzte Vizepräsident Norbert Smetak: "Das Zi ist auch einseitig, aber es sind wenigstens Zahlen, die man nachprüfen kann. Die Bundesregierung hat noch nichts vorgelegt." © *aha/aerzteblatt.de*

Ärzteschaft

Reformdruck im Gesundheitswesen: Internisten kritisieren Lauterbach

Freitag, 9. September 2022



Berlin – Der <u>Bundesverband Deutscher Internistinnen und Internisten</u> (BDI) wirft Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) vor, wichtige Strukturreformen im Gesundheitswesen zu verschleppen. Das erklärte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzek heute beim 15. Deutschen Internistentag.

Lauterbach konzentriere sich seit Amtsantritt fast ausschließlich auf die Bekämpfung der Coronapandemie und vernachlässige darüber andere wichtige und notwendige Reformen im Gesundheitswesen, kritisierte Neumann-Grutzek.

"Viele der Probleme sind da, weil in den letzten zehn bis 15 Jahren keine strukturellen Reformen angegangen wurden", bekräftigte der 2. Vizepräsident, Kevin Schulte. So sei der Reformbedarf in der Notfallversorgung seit Jahren bekannt – dennoch passiere weiterhin nichts.

"Das Thema brennt. Ich kann mir nicht vorstellen, wie ein Minister daran vorbeischauen kann", sagte auch Neumann-Grutzek. Das sei insbesondere deshalb frustrierend, weil mögliche Lösungsansätze seit langem auf dem Tisch liegen. "Es braucht jetzt politischen Mut, keine Expertenkommission", sagte Neumann-Grutzek. "Es gibt hier kein Erkenntnisproblem."

So fordert der BDI eine verbindliche telefonische oder digitale Ersteinschätzung. Sogenannte Fußgänger – also Patienten, die ohne eine ärztliche Einweisung oder den Rettungsdienst selbständig als Notfälle in die Notaufnahmen kommen – müssen demnach niedrigschwellig und präzise in die richtige Versorgungsebene geleitet werden.

Das beinhalte nicht nur die Entscheidung darüber, ob ein Notfall stationär oder vertragsärztlich versorgt wird, sondern im Optimalfall auch die spezifische Zuweisung innerhalb eines Sektors. Dafür seien die bereits existierenden Modelle zur Schaffung einer gemeinsamen Leitstelle der Rufnummern 116117 und 112 ein geeignetes Mittel.

Mit Blick auf Integrierte Notfallzentren (INZ) sollten existierende und bewährte Strukturen aus Kliniken mit Portalpraxen und fahrendem KV-Dienst erhalten bleiben und in ein zukunftsfähiges INZ-Konzept integriert werden, so eine weitere Forderung. Es sei nicht zielführend, INZ an jeder Klinik einzurichten. 1.200 Krankenhäuser in Deutschland würden dafür infrage kommen. "Wenn wir da überall INZ einrichten wollen, frage ich mich, wo wir das Personal herkriegen wollen", sagte Neumann-Grutzek.

Das müsse auch ausreichend finanziert werden, wobei ein Vergütungssystem, das allein auf Fallzahlen basiert, unzureichend sei. Vielmehr bedürfe es einer adäquaten Finanzierung der Vorhaltekosten der Krankenhäuser. Im ambulanten Bereich wiederum müsse die Vergütung extrabudgetär erfolgen. "Die Notfallversorgung ist in letzter Zeit nicht adäquat finanziert worden", kritisierte Neumann-Grutzek.

Auch beim Thema intersektorale Versorgung herrsche noch massiver Handlungsbedarf. "Der Pflegemangel erreicht derzeit wöchentliche neue Höhepunkte", sagte Neumann-Grutzek. "Das zeigt, dass wir den Grundsatz ambulant vor stationär stärker anwenden müssen." Nur so könne es gelingen, den steigenden Leistungsbedarf ausreichend abzudecken.

Der Erlaubnisvorbehalt – also die aktuelle Regelung, dass vertragsärztliche Leistungen nur nach Genehmigung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (<u>G-BA</u>) erbracht werden dürfen – verhindere jedoch die Einführung medizinischer Innovationen in der ambulanten Versorgung.

Der BDI fordert deshalb, dass der im Krankenhaus gültige Verbotsvorbehalt für alle intersektoralen Leistungen gelten muss, damit innovative Leistungen sowohl durch Vertragsärzte als auch von Krankenhäusern erbracht werden können.

Die Höhe der Vergütung soll durch den Schweregrad des Eingriffes sowie die notwendige personelle und technische Infrastruktur bestimmt werden. Der BDI denkt dabei an ein Dreistufenmodell, in dem sich Stufe 1 sich am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) orientiert, und Stufe 2 sowie 3 am System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG).

Dabei sei eine Konvergenzphase nötig, in der es Vergütungszuschläge gibt. Nur durch adäquate Anreize könne eine zeitnahe Umstellung gelingen und sich neue Versorgungsprozesse etablieren.

Ebenfalls als Innovationstreiber sieht der BDI Selektivverträge. Die seien "Sinnbild einer Optimierung der Versorgung", sagte der erste Vizepräsident Norbert Smetak, und hätten das Potential, verkrustete Strukturen der Regelversorgung aufzubrechen. Allerdings würden bürokratische Hemmnisse und Widerstände der Krankenkassen dieser Versorgungsform nach wie vor im Weg stehen.

Der BDI fordert deshalb, die Krankenkassen dazu zu verpflichten, künftig einen Teil ihres ambulanten Versorgungsbudgets in einen gemeinsamen Pool für fachärztliche Selektivverträge einzuzahlen. Dieses Innovationsbudget müsse mindestens fünf Prozent ihres ambulanten Versorgungsbudgets ausmachen. Bisher sei es rund ein Prozent.

© lau/aerzteblatt.de

Notfall & Co.

Warum sich Internisten nach echten Strukturreformen sehnen

Corona-Brille absetzen und den Blick auf große Reformbaustellen richten: So lautet eine Forderung der Internistinnen und Internisten an Gesundheitsminister Lauterbach. Zur Notfallreform etwa gebe es bereits gute Vorschläge.

Von Thomas Hommel (/Nachrichten/Thomas-Hommel-au43.html)

Veröffentlicht: 11.09.2022, 12:55 Uhr



Versorgung von Notfall-Patienten: Internistinnen und Internisten warten auf "tiefgreifende Reformen". © upixa / stock.adobe.com

Berlin. Die Probleme sind seit Jahren bekannt: Patienten mit Bagatellerkrankungen verstopfen die Notaufnahmen, Rettungswagen werden bei Kleinigkeiten gerufen, fast jeder sieht sich als "Notfall". Und Ärztinnen, Ärzte wie auch Pflegepersonal müssen die Folgen der falschen Inanspruchnahme eines ohnehin angeschlagenen Systems ausbaden.

"Wir haben kein Erkenntnisproblem", stellt denn auch die Präsidentin des Bundesverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), die Hamburger Hausärztin Christine Neumann-Grutzeck, fest. Für eine "bedarfsgerechte und ressourcenschonende Notfallversorgung" in Deutschland brauche es endlich eine "tiefgreifende Reform". Auf die warteten die Internisten seit 2017 – "schon damals haben wir Vorschläge für eine Notfallreform vorgelegt".

Ungeduldiges Warten auf die Reform

"Passiert ist seither nichts", ergänzt BDI-Vize Dr. Kevin Schulte. Stattdessen verzettele sich Deutschland beim Thema Notfall immer wieder in der Diskussion, wer wo und wie den "Hut" aufhat. "Man muss aber zuerst die Strukturfrage klären, bevor man über Zuständigkeiten spricht", sagt Schulte, der auch stellvertretender Klinikdirektor am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ist.

Am vergangenen Freitag, zum Auftakt des <u>15. Deutschen Internistentages</u> (https://www.aerztezeitung.de/Politik/BDI-nennt-geplantes-Aus-der-Neupatientenregel-nicht-nachvollziehbar-432228.html) in Berlin, hat der BDI seine Forderung nach einer Notfallreform wiederholt und Gesundheitsminister Karl Lauterbach in die Pflicht genommen. "Das Bundesgesundheitsministerium muss die Voraussetzungen schaffen", adressiert Neumann-Grutzeck an den SPD-Politiker.

Lauterbach, setzt die BDI-Präsidentin hinzu, beschäftige sich seit seinem Amtsantritt im Dezember 2021 nahezu ausschließlich mit der Pandemiebekämpfung – versorgungspolitische Themen blieben liegen. "Es braucht jetzt politischen Mut, keine Expertenrunden", spielt Neumann-Grutzeck auf die von der Ampel einberufene Expertenkommission zur Krankenhausreform (https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Kommission-zur-Krankenhausreform-Lauterbach-setzt-vorerst-voll-auf-Wissenschaft-428757.html) an.

Politischer Mut statt Kommissionen

Freilich: Ideen, wie es beim Notfall weitergehen könnte, hatte der Bund schon in der vergangenen Legislaturperiode entwickelt. Einen <u>Referentenentwurf (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Notfall-Probleme-an-der-Wurzel-packen-313628.html)</u> dazu hatte das

Bundesgesundheitsministerium unter dem damaligen Ressortchef Jens Spahn (CDU) erarbeitet – in den Bundestag schaffte es das Papier aber nicht. Es verschwand wieder in der Schublade – auch weil sich Vertragsärzte und Krankenhäuser in der Sache nicht zusammenraufen konnten und die Länder ebenfalls ein Wörtchen mitreden wollten.

Die Partner in der Selbstverwaltung müssten jetzt "aufeinander zugehen", sagt BDI-Vize Dr. Norbert Smetak. "Im Kleinen funktioniert es ja schon sehr gut", sagt der Kirchheimer Kardiologe und meint damit jene Regionen, in denen <u>Niedergelassene und Kliniken beim Thema Notfall</u> (https://www.aerztezeitung.de/Kongresse/Gassen-Wir-muessen-die-hohe-Zahl-falscher-Notfaelle-eindaemmen-430108.html) an einem Strick ziehen.

Verbindliche Ersteinschätzung - am Telefon oder digital

"Das Thema brennt – und ich kann mir nicht vorstellen, wie ein Minister daran vorbeischauen kann", betont Neumann-Grutzeck. Als Lektüre empfiehlt sie Lauterbach auch das <u>aktuelle Positionspapier</u> (https://www.bdi.de/fileadmin/pdf/themen_und_politik/BDI22_IMAGE_POS07_Notfallversorgung_v06_RZ_WEB.pdf) des BDI zur Notfallversorgung.

Grundsätzlich gehe es darum, "Patientenströme intelligent zu steuern", heißt es darin. Damit Notfälle auf die richtige Behandlungsebene gesteuert würden, seien die Rufnummern 116117 für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die 112 für den Rettungswagen in einer "gemeinsamen Notfallleitstelle" zusammenzuführen. Telefonisch oder digital habe dann eine Ersteinschätzung zu erfolgen, ob der betreffende Patient die Notaufnahme aufsuchen soll oder ob sein Anliegen auch von einem niedergelassenen Arzt abgeklärt werden kann. Die Ersteinschätzung müsse für alle Patienten verbindlich sein.

Bitte keinen Illusionen aufsitzen

Dasselbe habe für "Fußgänger" – Patienten, die selbstständig die Notaufnahme aufsuchen – zu gelten. Zu Hilfe genommen werden sollten bei der Ersteinschätzung "einheitliche, <u>standardisierte und validierte Algorithmen (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Notfallreform-Mehr-Arzt-weniger-Algorithmus-geplant-420297.html)</u>", die auch bei digitaler Steuerung nutzbar seien.

In den Fällen, in denen eine Zuweisung auf die richtige Versorgungsebene nicht eindeutig möglich sei, sollten die Patienten zur weiteren Abklärung an ein <u>Integriertes Notfallzentrum</u> (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Wie-die-kuenftige-Notfallversorgung-das-System-umkrempelt-313602.html) (INZ) verwiesen oder transportiert werden. An einem gemeinsamen Tresen, der von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und dem Krankenhaus betrieben werde, erfolge eine weitere Triage nach Dringlichkeit der Behandlung.

BDI-Präsidentin Neumann-Grutzeck warnt die Politik aber davor, Illusionen aufzusitzen. Bundesweit nähmen von den 1700 Akutkrankenhäusern etwa 1200 am System der gestuften Notfallversorgung laut G-BA-Richtlinie teil. An all diesen 1200 Häusern ein INZ vorhalten zu wollen, "wird nicht funktionieren" – schon deshalb nicht, weil ärztliches und fachpflegerisches Personal dafür fehlt, so Neumann-Grutzeck. "Verschlankung und Neustrukturierung" müssten Leitmotive sein, wenn es um die Vergabe von INZ-Standorten geht, heißt es auch im BDI-Papier.

"Die Knappheit möglichst gut managen"

Zudem verweisen die Internisten darauf, dass es bereits an jedem zweiten Krankenhaus mit Notfallstufe "funktionierende Kooperationen" zwischen KVen und Krankenhäusern gebe. "Das, was gut läuft, sollte erhalten bleiben", formuliert Neumann-Grutzeck die Erwartung des BDI.

Im Übrigen habe ein Umbau der Notfallversorgung die ambulanten Strukturen zu stärken und Patienten, die nicht lebensbedrohlich erkrankt oder verletzt seien, dorthin statt ins Krankenhaus zu steuern. Studien, rechnet die BDI-Spitze vor, gingen davon aus, dass 30 bis 50 Prozent aller Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchen, auch von Haus- und Fachärzten angemessen versorgt werden könnten.

Wann auch immer Minister Lauterbach mit seinen Notfall-Plänen um die Ecke kommt: Am Ende, zeigt sich BDI-Vize Schulte überzeugt, führe an echten Strukturreformen kein Weg dran vorbei. Auch weil es dem System immer mehr an Ärztinnen, Ärzten und Pflegepersonal fehle. Daher müsse es jetzt gelingen, "die Knappheit möglichst gut zu managen".



Selektivversorgung

BDI fordert Innovationsbudget für Selektivverträge

Die Möglichkeiten der Selektivverträge werden in Deutschland nach Ansicht des Bundesverbandes deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) nicht ausgeschöpft. In einem Positionspapier forderte der Verband nun einheitliche gesetzliche Rahmenbedingungen und eine bessere Finanzierung für die Versorgungsform.



BDI-Vizepräsident Dr. Norbert Smetak sprach sich für ein einheitliches Genehmigungsverfahren

©BDI

Im Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung angekündigt, den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auszuweiten, um innovative Versorgungsformen zu stärken. Diese Passage interpretiert der BDI als positives Signal Richtung Selektivverträge und fordert nun, die Rahmenbedingungen dafür zu stärken und das im Koalitionsvertrag erwähnte Konzept der "Gesundheitsregionen" in Form von Selektivverträgen abzubilden. "Selektivverträge sind eine Erfolgsgeschichte, die wir fortschreiben werden", sagte BDI-Vizepräsident Dr. Norbert Smetak auf dem Deutschen Internistentag in Berlin.

Allerdings räumte er ein, dass es derzeit "hakt". Ein Grund sei die Finanzlage der Krankenkassen. Des Weiteren würden nach wie vor bürokratische Hemmnisse und Widerstände der Krankenkassen dieser Versorgungsform im Weg stehen. Im Gegensatz zu Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) bestehe für fachärztliche Selektivverträge keine vergleichbare rechtliche Verpflichtung für die Krankenkassen, kritisierte Smetak. Vielen Kostenträgern würde der Anreiz

fehlen, innovative Versorgungskonzepte über Selektivverträge zu erproben. Der BDI will die Kassen daher gesetzlich dazu verpflichten, zukünftig mindestens fünf Prozent ihres ambulanten Versorgungsbudgets in einen gemeinsamen Pool für fachärztliche Selektivverträge einzuzahlen.

Smetak sprach sich außerdem für ein einheitliches Genehmigungsverfahren aus. Derzeit müssen Selektivverträge entweder durch die Aufsichtsbehörden der Länder oder das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) genehmigt werden. Für regionale Krankenkassen, wie die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), sind die Aufsichtsbehörden der Länder zuständig; für bundesweit agierende Kassen das BAS.

"Insbesondere aufgrund fehlender Regionalkenntnisse und umständlicher Verwaltungsprozesse steht das BAS vielen Selektivverträgen im Weg", beklagte der BDI-Vizepräsident. Die Einflussnahme des Bundesamtes für Soziale Sicherung muss eingeschränkt werden, forderte der BDI. Es müssten Regelungen etabliert werden, dass bereits regional genehmigte Verträge bundesweit anerkannt werden.

Auch Prof. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Vorsitzende des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg, sieht HzV-Verträge als Innovationsmotor für das Gesundheitswesen, um Anpassungen vorzunehmen und gesamtgesellschaftliche Erfordernisse zu meistern. "Man kann mit Stolz sagen, wäre HzV ein Medikament, wäre es ein Blockbuster", sagte sie. In Baden-Württemberg seien 25 Prozent der GKV-Versicherten in die HzV eingeschrieben. Insbesondere chronisch kranke Patienten würden von der nachweislich besseren Versorgung profitieren.

Es sei bemerkenswert, wie die hausarztzentrierte Versorgung in einigen Regionen im Süden so zentral und wichtig geworden ist, sagte Dr. Patricia Ex, Abteilungsleitung Versorgungsmanagement im BKK Dachverband. Gleichwohl machte sie auf eine Schwachstellen der Selektivverträge aufmerksam. "So gut wie in manchen Regionen funktioniert es leider nicht überall", sagte sie. "Recht blauäugig haben wir früher versucht, Projekte zu skalieren, und haben festgestellt, die Versorgung bleibt die gleiche, nur die Kosten steigen." Deshalb sei es nicht damit getan, auf Erfolgsgeschichten zu verweisen.

12.09.2022 15:07, Autor: ea, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/219744



Videosprechstunde: Diese Vorteile haben Patienten

Von Ann-Kathrin Landzettel

13.09.2022 - 10:23 Uhr Lesedauer: 5 Min.

Qualitativ geprüfter Inhalt



Bei Erkrankungen, die es einem erschweren, das Haus zu verlassen oder die ansteckend sind, sind digitale Sprechstunde eine bequeme Alternative zum Arztbesuch. (Quelle: Monkey Business 2 via www.imago-images.de)



Ärztliche Beratung – ganz ohne Besuch in der Praxis: Durch die Corona-Pandemie ist die Online-Sprechstunde attraktiv geworden. Nicht nur Anfahrten entfallen, auch das Ansteckungsrisiko sinkt.

Doch die Videosprechstunde bietet noch weitere Vorteile. Welche das sind, wer besonders von einer telemedizinischen Beratung profitiert und was Patienten beachten sollten.

Videosprechstunden auf dem Vormarsch

Seit Beginn der Corona-Pandemie sind virtuelle Arztgespräche zunehmend beliebter geworden. Statt im

Videosprechstunde: Diese Vorteile haben Patienten

Behandlungszimmer oder per Telefon findet das Gespräch mit dem Arzt nun immer häufiger digital per Videosprechstunde statt. Im Jahr 2020 sprachen sich einer <u>Umfrage</u> des Digitalverbandes Bitkom zufolge zwei Drittel der Teilnehmenden offen gegenüber Videosprechstunden aus.

Und auch von Ärzteseite wird die Online-Sprechstunde genutzt: In einer Umfrage des health innovation hub und der Stiftung <u>Gesundheit</u> gaben mehr als 50 Prozent der befragten Ärzte und Psychotherapeuten an, die Videosprechstunde zu nutzen.

"Die Videosprechstunde ist in vielen Bereichen eine gute Ergänzung und wird von Teilen der Ärzteschaft und von vielen Patienten wohlwollend aufgenommen", sagt Internist Dr. med. Ivo Grebe, Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) und Vorsitzender der AG Hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten des BDI.

"Die Videosprechstunde wird sowohl in Arztpraxen als auch in Kliniken – auch für den fachlichen Austausch der Ärzte verschiedener Kliniken untereinander – genutzt und funktioniert gut. Auch digitale Gesundheitsanwendungen, kurz DiGA, sogenannte Gesundheits-Apps, die von den Krankenkassen erstattet werden, sind immer mehr im Kommen."

Krankheit zuhause bleiben können

Ein Vorteil der digitalen Sprechstunde mit dem Arzt ist, dass Patienten das Haus nicht verlassen müssen. Wer krank ist, etwa eine Magen-Darm-Grippe hat, fühlt sich oftmals nicht in der Lage, den Anfahrtsweg und längere Wartezeiten durchzustehen. Dann ist es für ein Gespräch und eine Krankschreibung einfacher, aus dem Bett kurz an den Computer zu gehen – oder gleich das Smartphone im Bett für das Arztgespräch zu nutzen. Ein Anruf vorab in der Praxis klärt, ob eine Videosprechstunde im individuellen Fall möglich ist oder ob doch der persönliche Kontakt erforderlich ist.

Für die Online-Sprechstunde brauchen Patienten keine besondere Technik. Notwendig ist ein Computer oder ein Smartphone mit Kamera, Lautsprecher und Mikrophon sowie eine stabile Internetverbindung. Die Online-Arztpraxis wird durch einen zertifizierten Videoanbieter zur Verfügung gestellt. Datenschutzrechtliche Vorgaben werden so erfüllt. Das Arztgespräch darf nicht aufgenommen oder gefilmt werden. Die Kosten für den digitalen Arztbesuch werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Keine zusätzliche Ansteckungsgefahr

Wer nicht in die Arztpraxis muss, kann zusätzliche Ansteckungsrisiken minimieren, etwa in Bus und Bahn oder im Wartezimmer des Arztes. Denn auch wenn die Fenster in der Regel offen sind: Im Wartezimmer kommen auf engem Raum mehrere Erkrankte zusammen. Ebenso wird man als Nutzer einer Videosprechstunde selbst nicht zum Überträger von Viren auf andere Wartende.

"Auch im Rahmen des Praxismanagements bieten Videosprechstunden Vorteile. Der Arzt hat die Möglichkeit, mit vielen Patienten in Kontakt treten zu können, ohne dass diese sich ins Wartezimmer setzen müssen", sagt Grebe. "So können die verfügbaren Sitzplätze von denen genutzt werden, die

persönlich untersucht werden müssen. Für Blutbildbesprechungen beispielsweise oder die Anpassung der Medikamente ist ein persönliches Erscheinen in der Regel nicht notwendig. Auch mit Blick auf Hausbesuche kann die Videosprechstunde in vielen Fällen eine Alternative darstellen."

Zeitersparnis durch fehlende An- und Abreise

Auch die Zeitersparnis ist ein Vorteil der Videosprechstunde. Kranke müssen, sofern es sich lediglich um ein Gespräch ohne körperliche Untersuchung handelt, nicht mit dem <u>Auto</u> oder öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen oder sich gar fahren lassen. Das spart <u>Stress</u> und Zeit. Vor dem Online-Termin erhält der Patient vom Arzt die Zugangsdaten für die Videosprechstunde, über die er sich einwählen und seinen Namen eingeben kann.

Auch hier gilt: Pünktlich sein. Und prüfen Sie zuvor die Internetverbindung sowie das Mikrophon. Am besten wählen Sie sich bereits fünf bis zehn Minuten vor dem Termin ein, um sicherzugehen, dass alles funktioniert.

"Man könnte meinen, dass Videosprechstunden besonders von Menschen genutzt werden, die auf dem Land leben. Dort sind aber häufiger ältere Generationen ansässig. Diese fühlen sich mit dem Computer oft nicht wohl und bevorzugen weiterhin das persönliche Gespräch", weiß der Internist.

"Videosprechstunden werden vor allem von den unter 50-Jährigen genutzt. Besonders von denen, die beruflich oder familiär stark eingespannt sind."

ANZEIGE



(Quelle: Privat)

Dr. med. Ivo Grebe ist Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI) sowie Vorsitzender der AG Hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten des BDI. Der Experte für Innere Medizin und Rheumatologie ist am MVZ Aachen Zentrum tätig.

Entfernungen spielen keine Rolle

Ein weiterer Vorteil der Videosprechstunde ist die Möglichkeit, mit spezialisierten Ärzten Kontakt aufnehmen zu können, die in weiter entfernten Städten praktizieren. "Die Videosprechstunde ist meist auch dann möglich, wenn der Patient zuvor noch nicht bei der Ärztin oder dem Arzt in Behandlung war.

Es ist möglich, die elektronische Gesundheitskarte über Kamera zu erfassen und eine Identitätsprüfung durchzuführen", sagt Grebe. Ob im weiteren Verlauf ein persönlicher Kontakt notwendig wird, ergibt sich aus dem Gespräch mit dem Arzt. Der Erstkontakt kann in vielen Fällen per Video erfolgen.

Hürden für psychisch Kranke sind geringer

Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten können ebenfalls Videosprechstunden anbieten. Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, etwa einer Depression oder Angststörung, kann das sehr hilfreich sein, wenn sie nicht aus dem Haus müssen und einen langen Anfahrtsweg vor sich haben. So besteht die Chance, dass Termine regelmäßiger wahrgenommen und seltener abgesagt werden – einfach, weil die Hürde zur Teilnahme als niedriger wahrgenommen wird.

Ein möglicher Nachteil kann sein, wenn sich der persönliche Bezug und das Vertrauen über den

Videosprechstunde: Diese Vorteile haben Patienten

Computer nicht so gut entwickeln. Der Experte rät daher, zwischen persönlichen und digitalen Therapiesitzungen zu wechseln – je nach Bedarf des Patienten.

"Damit Betroffene von der Videosprechstunde profitieren können, ist es wichtig, dass diese genauso vertraulich und störungsfrei verlaufen kann wie die normale Sprechstunde oder Therapiestunde", sagt Grebe. "Es ist daher empfehlenswert, dass diese in Räumen stattfinden, die Rückzug, Ruhe und Privatsphäre bieten. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können die Videosprechstunde grundsätzlich dann nutzen, wenn es bereits einen persönlichen Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung gab und aus therapeutischer Sicht kein unmittelbarer persönlicher Kontakt erforderlich ist."

Wie finde ich einen Arzt mit Videosprechstunde?

Bislang gibt es kein Register, in dem Ärzte aufgeführt sind, welche die Videosprechstunde anbieten. In der Regel geben Ärzte auf Ihrer Website an, ob Sie über eine digitale Sprechstunden erreichbar sind. Auch die telefonische Rückfrage ist möglich. Ob im individuellen Fall ein Onlinetreffen ausreicht oder ob eine körperliche Untersuchung notwendig wird, lässt sich im Gespräch mit dem Praxisteam im Rahmen der Terminvereinbarung klären.

Steigende Nachfrage in der Pandemie: Experte sieht Videosprechstunden kritisch

Videosprechstunde und mehr: Arztpraxen sollen digitaler werden

Online-Sprechstunde beim Arzt: Was Arbeitnehmer zur Krankschreibung per Video wissen müssen

ANZEIGE Fühlt sich gut an: Nachhaltige Mode bei bonprix.de entdecken

"Auch wenn die Videosprechstunde ein Angebot ist, das immer mehr Ärzte anbieten und immer mehr Patienten nutzen, so ist doch davon auszugehen, dass der persönliche Kontakt auch weiterhin bevorzugt wird. Auch, weil sich der Patient als Gesamtmensch angenommen fühlen möchte und das persönliche Gespräch als näher und direkter wahrgenommen wird", sagt Grebe.

Wichtiger Hinweis: Die Informationen ersetzen auf keinen Fall eine professionelle Beratung oder Behandlung durch ausgebildete und anerkannte Ärzte. Die Inhalte von t-online können und dürfen nicht verwendet werden, um eigenständig Diagnosen zu stellen oder Behandlungen anzufangen.









Verwendete Quellen

- Bdi.de: "PraxisApp und Videosprechstunde". Online-Information des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI). (Stand: Aufgerufen am 6. September 2022)
- >> bitkom.org: "Corona-Pandemie. Zwei Drittel wünschen sich Online-Sprechstunden beim Arzt". Pressemeldung von Bitcom e. V. (Stand: 31. März 2020)

Weitere Quellen anzeigen

Mehr aus der Redaktion

Emotionales Statement

Prinzessin Anne schreibt



Hausärzteverband

Weigeldt wünscht sich zum Abschied nutzenorientierte Digitalisierung

Der langjährige Chef des Deutschen Hausärzteverbands (DHÄV), Ulrich Weigeldt, stellt sein Amt zur Verfügung. Am Vortag der Neuwahlen verabschiedet er sich vor den Medien mit einem Wunsch: Digitalisierung müsse endlich patienten- und nutzenorientiert werden.



HÄV-Chef Weigeldt kritisiert am letzten Amtstag auch noch den Honorarbeschluss.

©am / änd

Der Abschied kommt nicht überraschend. Er sei langfristig geplant gewesen, versichert Weigeldt den Medien am Donnerstagvormittag in Berlin. "Ich glaube, dass ein gut bestelltes Haus übergeben werden kann", meint er. Und er kündigt Veränderungen an. "Auch die Form, wie man einen Verband führt, könnte sich ändern." Über mögliche Nachfolger will der Verbandschef nicht sprechen. Doch er widerspricht auch Berichten nicht, wonach der Bayerische Landesverbandschef und bisherige Vize des Bundesverbands, Dr. Markus Beier, als Favorit gilt.

Zwei Themen greift Weigeldt vor den Medien auf. Das ist zum einen der Appell an die Bevölkerung, mit dem Corona-Booster gleichzeitig die Grippeschutzimpfung zu nutzen. Mehrfach betont er, "dass es völlig in Ordnung ist, diese beiden Impfungen an einem Tag zu erhalten". Zugleich appelliert er an die Politik, neue Impfstoffe nicht so vollmundig anzukündigen, sondern zu warten, bis die Ständige Impfkommission (Stiko) sich äußert. Das würde den Praxen viel Beratungsbedarf sparen, der

aktuell wieder groß ist, weil zwei angepasste Impfstoffe fast gleichzeitig in die Versorgung kommen.

Viel Frust mit der Digitalisierung

Weigeldts zweites Thema ist die Digitalisierung. "Da gibt es viel Frustration", sagt er unter Verweis auf den Konnektorentausch und die Diskussionen um das eRezept und die elektronische Patientenakte. "Wir haben ein paar Dinge, die funktionieren, aber merkwürdigerweise sind das nur Dinge, die die Krankenkassen unterstützen", so der Hausärzteverbandschef weiter. Er fordert Lösungen, "die uns die Arbeit erleichtern und nicht nur kurz auf den Markt kommen und uns mehr Arbeit machen als sie helfen".

Von der Digitalisierungsstrategie, die Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vor einer Woche vorgestellt hat, erwartet Weigeldt indes vorerst nicht viel. "Ein Plan ist ein Plan ist ein Plan." Zugleich erneuert er seine Grundsatzkritik an der Konstruktion der Gematik. "Wie kann man auf die Idee kommen, die Körperschaften des Öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen damit zu beauftragen, eine digitale Infrastruktur für alle zu schaffen. Da könnte man genauso gut die Frösche beauftragen, den Teich trocken zu legen."

Weigeldt stellt grundsätzlich in Frage, ob es eine spezielle Gesundheits-Telematikinfrastruktur braucht. "Wieso macht man nicht eine IT-Infrastruktur für alle und nimmt diese Infrastruktur dann auch in Anspruch, um die Medizin zu digitalisieren?", fragt er. Seine Forderung: Die Patienten- und Nutzerorientierung müsse stärker ins Auge genommen werden. Dann entstünden Vorteile.



Schleswig-Holsteins HÄV-Chef Lassen wirbt für mehr Pragmatik bei der Digitalisierung

©am/änd

Lassen: Ein ausgedruckter QR-Code ist keine Digitalisierung

Genau diese Vorteile hat Dr. Jens Lassen, HÄV-Chef in Schleswig-Holstein, anfangs beim eRezept erlebt, dessen Rollout in seinem Bundesland nun von der Kassenärztlichen Vereinigung gestoppt wurde. "Wir haben mit dem eRezept zum ersten Mal etwas in der Hand, was uns und den Patienten hilft." Das habe eine gewisse Euphorie ausgelöst, die aber schnell zum Erliegen gekommen sei, als der eMail-Versand des eRezepts untersagt wurde.

Es habe mit Digitalisierung nicht viel zu tun, wenn Ärzte jetzt den QR-Code ausdrucken und den Patienten mitgeben müssten, meint Lassen. Der alternative Weg über die App der Gematik sei de facto kaum für jemand beschreitbar. "Die Hürden für die Patienten sind einfach zu hoch", sagt er. Damit sei das eRezept "wieder ein klassisches Beispiel dafür, dass etwas in den Praxen ausgerollt wird, was halbfertig ist". Er meint jedoch, digitale Identitäten könnten das Vorgehen vereinfachen.

Weigeldt: Zwei Prozent Honorarsteigerung reichen nicht

Zwiespältig bewertet Weigeldt den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, den Punktwert um zwei Prozent anzuheben. Es sei ein gewisser Erfolg, aber deutlich zu wenig, um voranzukommen. "Das reicht nicht aus, um in Zukunft Praxen aufzubauen und den Nachwuchs zu motivieren, in den Beruf einzutreten", sagt er. Es verunsichere junge Ärztinnen und Ärzte, wenn die Kassen jedes Jahr Honorarsteigerungen ablehnen, obwohl die Kosten steigen. "Es ist relativ dreist, dass die Krankenkassen sagen, Ärztinnen und Ärzte hätten durch das Impfen genug verdient und bräuchten nicht noch mehr Geld", sagte Weigeldt. Das Impfen sei eine zusätzliche Aufgabe, die auch den Mitarbeiterinnen viel Arbeit gemacht habe.

Fragen nach Honorarsteigerungen in der Hausarztzentrierten Versorgung wich Weigeldt aus. Anpassungen fänden dann statt, wenn sie nötig seien. Dass der Berufsverband der Internisten (BDI) nun eigene Hausarztverträge anstrengen will, bezeichnet Weigeldt als "nicht erforderlich". Der BDI sei keineswegs nur in der ambulanten Versorgung angesiedelt.

Den Vorwurf, dass Internistinnen und Internisten in der HzV des Hausärzteverbands unterrepräsentiert seien, weist er zurück. "Der Anteil der Internistinnen und Internisten in der HzV ist genauso groß wie der Anteil der Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung. Insofern gibt es da keine wirkliche Lücke. Aber man kann verstehen, dass man da mitspielen will."

15.09.2022 11:25, Autor: am, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/219798

Gesundheitspolitischer Sommerempfang von KVB und KZVB 2022

Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) hatten nach drei Jahren pandemiebedingter Unterbrechung in diesem Jahr wieder zum Gesundheitspolitischen Sommerempfang in das Münchner Künstlerhaus eingeladen.

In ihren Grußworten betonten die Vorstandsvorsitzenden der KVB und der KZVB, Dr. Wolfgang Krombholz und Christian Berger, wie groß die Herausforderungen für die niedergelassenen Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte derzeit seien und was diese dazu beigetragen hätten, gut durch die Pandemie zu kommen.



v. I.: Dr. Manfred Kinner, Mitglied des Vorstands der KZVB; Dr. Rüdiger Schott, stv. Vorsitzender des Vorstands der KZVB; Christian Berger, Vorsitzender des Vorstands der KZVB; Dr. Claudia Ritter-Rupp, 2. stv. Vorsitzende der KVB; Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek; KVB Vorstandsvorsitzender Dr. Wolfgang Krombholz; 1. stv. Vorsitzender des KVB-Vorstands Dr. Pedro Schmelz

Foto: KVB/Klaus D. Wolf

In seiner Rede ging der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek darauf auch ein, bedankte sich für das herausragende Engagement der Praxen und kündigte an, dass wichtige Themen, wie die Begrenzung des zunehmenden Einflusses von Finanzinvestoren auf die ambulante Versorgung, zügig angegangen werden.

Im Anschluss folgte eine Diskussion mit den gesundheitspolitischen Vertretern der Landtagsfraktionen über Themen wie Digitalisierung, die zunehmende Bedrohung der Patientenversorgung durch investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ), den Erhalt der Freiberuflichkeit sowie die Erwartungen der neuen Generation an Ärztinnen und Ärzten an die Politik.

Mithilfe eines Video-Einspielers wurde die Diskussion zu den gesundheitspolitischen Themen eingeleitet. Die gesundheitspolitischen Sprecher der bayerischen Landtagsfraktionen stellten ihre Position dar, diskutierten und boten zahlreiche Anregungen für die im Anschluss folgenden Gespräche und Diskussionen in sommerlicher Atmosphäre im Innenhofe des Künstlerhauses. Auch ein Vertreter des IGES Instituts stand für Fragen zu dessen MVZ-Gutachten zur Verfügung. Insgesamt waren über 160 Gäste der Einladung gefolgt. darunter auch Vorstände der Kassenärztlichen

folgt, darunter auch Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und anderer KVen. Unter den Gästen waren zudem zahlreiche weitere Entscheidungsträger der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, von Krankenkassen und Berufsverbänden sowie Politiker der Landes- und Bundesebene.

Quelle: KVB

Einigkeit bei Großbaustellen aktueller Gesundheitspolitik

"Es gibt viel zu diskutieren", dessen war sich Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., in seiner Eröffnungsrede zum traditionellen Parlamentarischen Abend sicher.

In die Villa "Haus Fromberg" in der Berliner Kurfürstenstraße hatte der Verband Anfang Juli gemeinsam mit

dem Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e. V. (BDI), dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC), MEDI GENO Deutschland und erstmalig dem Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. (PVS) geladen. Erfreut zeigte man sich vor allem über die erschienenen politischen Akteure, wie Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) und Dr. Herbert Wollmann (SPD), Mitglieder im Gesundheitsausschuss im Bundestag. Gerade nach der langen

Corona-Pause gab es mehr als genügend Gründe, sich zu treffen und über die großen Herausforderungen in der Gesundheitspolitik auszutauschen bzw. Gedankenanstöße zu geben.

"Ich glaube, in allen Bereichen gibt es Großbaustellen. Wir haben jede Menge zu tun", betonte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Sie hoffe auf bessere Arbeitsbedingungen nicht nur für die Internistinnen und Internisten in den Hauspraxen, die dort mittlerweile fast 30 Prozent der Behandler ausmachen würden, sondern auch für die Kollegen in den Kliniken.



BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck während Ihrer Ansprache im Kreise der Gäste (Foto: Lindas Art)

Reinhardt wies auf Fragestellungen hin, die schnellstmöglich einer weiteren Klärung bedürfen – allem voran das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und die neue GOÄ. Reinhardt vermisse eine "Sortiertheit bzw. Systematik" von Seiten des BMG. "Es würde uns freuen, wenn es anders wäre", hofft Reinhardt. Dieser Appell könne gern von den Politikern mit in die Bundesregierung getragen werden.

BDC-Vizepräsident Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg berichtete von einer kürzlichen Begegnung mit dem Bundespräsidenten. Frank-Walter Steinmeier lege großen Wert auf die Verbindung zwischen der Empathie den Patientinnen und Patienten gegenüber und der eigentlichen Heilkunst. "Ich habe ihn daraufhin darum gebeten, diesen ureigentlichen ärztlichen Impetus – nämlich die Zuwendung zu unseren Patienten – auch praktisch wieder ausüben zu können. So, wie wir es wollen", so Rüggeberg. Dies sei momentan durch viele Widrigkeiten unmöglich.

"Die Zeiten in der Gesundheitsbranche sind ohne Frage unruhig geworden. Deswegen ist es auch wichtig, dass wir uns um die Privatabrechnung kümmern", hob Dr. Christof Mittmann, PVS-Vorstandsvorsitzender, hervor. "Wir wollten weiter als Ärzte frei agieren können und dafür treten wir ein. Auch für die neue GOÄ, die der Bundesgesundheitsminister jetzt nach hinten geschoben hat. Wir hoffen, dass jetzt alles durch die Verbändearbeite ins richtige Fahrwasser gerät." Dem stimmte Dr. Norbert Smetak, stellv. MEDI-Vorsitzender, zu. "Ich glaube nur, wenn wir uns weiter austauschen, die Dinge diskutieren und mitnehmen, dann gibt es gemeinsame Wege."

Quelle: Hartmannbund