Pressespiegel Inhalt | Ausgabe 09/2024

Aktuelle Reformdebatten: Sicherheitsprobleme in Praxen und im Bundesrat Ärzte Zeitung – 14. September 2024

Internisten drängen auf Neuausrichtung der geriatrischen Versorgung Deutsches Ärzteblatt – 16. September 2024

Prof. Denkinger "Altersmedizin" Ärzte Zeitung – 19. September 2024

Wie Geriatrie die medizinische Versorgung entlasten kann!

änd- 24. September 2024

Vor Anhörung im Gesundheitsausschuss Ärzteverbände monieren falsche Akzente in Lauterbachs Klinikreform Ärzte Zeitung – 24. September 2024

Weiter scharfe Kritik an der geplanten Krankenhausreform

Deutsches Ärzteblatt - 24. September 2024

BDI zur KHVVG

Tagesspiegel Background - 25. September 2024

KHVVG "Absolut unzureichend und viel zu kurz gedacht"

Ärzte Zeitung – 25. September 2024

Diskussion

BDI befürwortet Umsetzung der GOÄ-Novelle

änd - 27. September 2024

Streit um GOÄneu

Ärztekammer Niedersachsens fordert Abberufung von BÄK-Chef Reinhardt

Ärzte Zeitung - 27. September 2024



□ Die Glaskuppel

Aktuelle Reformdebatten: Sicherheitsprobleme in Praxen und im Bundesrat

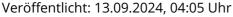
Gewalt gibt es in Notaufnahmen und Praxen. Die KBV will deshalb Niedergelassene und ihre Teams besser geschützt sehen. Derweil hält es auch Minister Lauterbach für klüger, Kritikern friedliche Absichten zu signalisieren – schließlich will er seine Klinikreform retten.



Von Anno Fricke (/Nachrichten/Anno-Fricke-au40.html) und



Julia Frisch (/Nachrichten/Julia-Frisch-au3617.html)





"Ich nehme jede Anregung und jede Kritik auf ", sagt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. © undrey / stock.adobe.com

Vordergründig ist es ein Sicherheitsproblem, tatsächlich stecken gesellschaftliche Verwerfungen dahinter: Menschen rasten in Arztpraxen aus, weil sie oder Angehörige nicht umgehend behandelt werden oder nicht so, wie sich der Patient oder Angehörige das gerade vorstellen.

In der vertragsärztlichen Welt ist verbale oder tätliche Aggression weit verbreitet, sowohl in den Praxen, aber auch im Notdienst und bei Hausbesuchen. Das hat eine <u>Umfrage der Ärztekammer Nordrhein-Westfalen (https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Kammer-Westfalen-Lippe-Keine-Toleranz-fuer-Gewalt-gegen-Aerztinnen-und-Aerzte-449978.html)</u> im Mai ergeben.

Rettungsdienste haben es schwer, zu Unfallstellen zu gelangen, weil keine Rettungsgassen gebildet werden oder Gaffer lieber Selfies an der Unfallstelle machen wollen. Bereits seit Jahren werden alarmierende Grenzüberschreitungen in den Notaufnahmen der Kliniken gemeldet.

Selbstverteidigungskurs für die Belegschaft

Der Hessische Rundfunk berichtete vergangenes Jahr über Krankenhäuser, die ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Selbstverteidigungskurse anbieten. Es gibt Überwachungskameras, Alarmknöpfe für das Personal und sogar sogenannte "Panic Rooms". Manche Krankenhäuser beschäftigen externe Sicherheitsdienste.

Die Bundesregierung will nun auf Initiative von Justizminister Marco Buschmann der Justiz ermöglichen, Angriffe auf medizinisches Personal, Pflege- und Rettungskräfte härter zu bestrafen als dies den Gerichten bisher möglich ist.

In seinem <u>Gesetzentwurf und den Begleitpapieren (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Gewalt-ge-gen-medizinisches-Personal-soll-haerter-sanktioniert-werden-452494.html?</u>
searchtoken=LlnQ113KMSuGx617jKbWPWAmiko%3d&starthit=3) sind allerdings die Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nicht ausdrücklich genannt. Deshalb sollen bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am Freitag (13. September) die Ergebnisse einer Befragung zur Häufigkeit von verbaler und tätlicher Gewalt in den Arztpraxen veröffentlicht werden.

KBV-Chef Dr. Andreas Gassen ist schon bei Buschmann vorstellig geworden. Gemeinsam habe man vereinbart, das Phänomen gewaltsamer Ausbrüche auch in Praxen wissenschaftlich untersuchen zu lassen.

Polizei als Helfer? Reicht nicht

Mit rein polizeilichen Maßnahmen lässt sich dem Sicherheitsproblem nicht beikommen. Hier sind sowohl die Gesundheits- als auch die Bildungs- und Sozialpolitik gefragt.

Mit der Notfallreform und der damit geplanten stringenteren Organisation der Notdienste und Entlastung der Notaufnahmen von leichteren Fällen sind Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens bereits aktiv.

Dringend gefördert werden muss zudem nach wie vor die <u>Gesundheitsbildung</u> (<a href="https://www.aerztezeitung.de/Politik/Fuenf-Jahre-Allianz-fuer-Gesundheitskompetenz-Ein-Projekt-im-Suchmodus-430277.html?searchtoken=%2bHi2NVvExJktZqh64YVNjYkJaF4%3d&starthit=20) in weiten Teilen der Bevölkerung. So können die sektoral getrennten Strukturen der Versorgung, auch der notdienstlichen, transparenter werden. Die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI) https://www.aerztezeitung.de/Politik/BDI-Praesidentin-Ambulantisierung-Lauterbach-plant-eher-die-Stationaerisierung-448729.html? searchtoken=%2bHi2NVvExJktZqh64YVNjYkJaF4%3d&starthit=2)hat erst im April darauf hingewiesen.

Kommt die Ententökonomisierung?

Verbale Ausfälligkeiten gab es beim <u>Krankenhausgipfel</u> (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Ministerium-verabschiedet-sich-von-Entoekonomisierung-inden-Kliniken-452609.html) gegenüber Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) nicht. Deutliche Worte fanden dort gleichwohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Oppositionspolitiker in Bezug auf die Krankenhausreform. Die gehe in die völlig falsche Richtung, monierte etwa Ates Gürpinar, Krankenhausexperte der Bundestags-Gruppe Die Linke. Von einer Entökonomisierung, die Lauterbach im vergangenen Jahr wiederholt als Ziel ausgegeben habe, könne keine Rede sein.

Das bestätigte quasi im Vorbeigehen der Parlamentarische Staatssekretär Edgar Franke, der bis zum Eintreffen Lauterbachs die Aufgabe hatte, die Arbeitsweise im BMG zu erklären. Eine Entökonomisierung werde es nicht geben, sagte Franke und schob gleich nach, dass dies im Gesundheitsbereich aber auch nicht unethisch sei.

Es droht der Vermittlungsausschuss

Ob die Krankenhausreform tatsächlich über die Ziellinie kommen wird, daran hegte nicht nur DKG-Chef Dr. Gerald Gaß Zweifel. Gut möglich, dass die Lauterbachsche "Revolution" an den Barrikaden im Vermittlungsausschuss und Bundesrat zerschellt. Nach Ende der Einigungsrunde hat die Länderkammer nämlich die Möglichkeit, mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit Einspruch gegen das Reformgesetz zu erheben.

Der Bundestag müsste dann den Einspruch mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit, mindestens aber mit der Mehrheit der Mitglieder des Bundestages zurückweisen. Für Lauterbach angesichts des Zustands der Ampelkoalition ein riskantes Unterfangen. Gaß und der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Fraktion, Tino Sorge, schlugen deshalb vor, bei der Reform erst einmal nur die Blaupause aus Nordrhein-Westfalen zu verwenden. Das Grundgerüst könne dann ja in Ruhe nachjustiert werden.

Der Minister bewegt sich

Dass der Gang in den Vermittlungsausschuss minenbehaftet ist, das ist Lauterbach klar. Der Minister betonte deswegen auf dem Krankenhausgipfel, eine Anrufung unbedingt vermeiden zu wollen. Alle Einwände, die bisher von Krankenhaus-, aber auch Länderseite vorgetragen wurden, sind deshalb auf einmal höchst nützlich für den Minister.

Bei den Leistungsgruppen will Lauterbach auf die Länder zugehen. Die zur speziellen Pädiatrie und Kinderchirurgie sowie zur Notfallversorgung stehen seinen Worten auf dem Prüfstand.

Ebenso ist im BMG die Botschaft wohl angekommen, dass die konstruierte Vorhaltefinanzierung für Fachkliniken nicht passt. Auf entsprechende "kluge Einlassungen" der Länder werde der Bundestag auf dem Weg zur zweiten und dritten Lesung im Oktober eingehen, versicherte Lauterbach. Ebenso kompromisswillig zeigte sich der Minister mit Blick auf Öffnungsklauseln für Qualitätskriterien.

Was in den Schubladen liegt

"Ich nehme jede Anregung und jede Kritik auf", versicherte Lauterbach –und rief am Ende seiner Rede alle Zuhörer und besonders DKG und KBV dazu auf, ihm zur Klinikreform (etwa zur Öffnung der Krankenhäuser an den Sektorengrenzen, zu den geplanten Level-1i-Einrichtungen oder

Sonderzulassungen) sowie zu weiteren Gesetzesvorhaben wie Pflege oder Entbürokratisierung Lösungsvorschläge zu schicken.

Eine etwas überraschende Aufforderung. Denn im Ministerium dürften sich die Tische unter den Papierbergen biegen, die aus den ganzen Stellungnahmen der Verbände zu unterschiedlichsten Themen resultieren. Darüber hinaus gibt es seit vergangenem Jahr bereits eine 700-seitige Ergebnisdokumentation (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Glaskuppel-Entbuerokratisierung-aufschlanken-707-Seiten-438483.html) zum Thema Entbürokratisierung, die es mittlerweile auch vom Justiz- ins Gesundheitsministerium geschafft haben sollte. Dort müsste man nur mal lesen, was als Quintessenz aus den Wünschen von 57 Verbänden festgehalten wurde, darunter auch KBV und Bundesärztekammer.

Wo Entbürokratisierung abgebaut werden könnte, hat auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Beamten in der Mauerstraße mitgeteilt. Die Vorschläge, sagte ein etwas erstaunter Gerald Gaß, lägen seit gut sechs Wochen vor. "Das ist Stoff für mehrere 100 Seiten Gesetzgebung", so der DKG-Chef.

Der Landkreistag bestätigte sich jüngst als Orakel: Die Krankenhausreform könnte durchaus so enden wie die Kindergrundsicherung. Die ist bekanntlich als das größte Sozialreformprojekt der Ampel geplant gewesen und nun im Nirvana des koalitionären Hickhacks sang- und klanglos verschwunden. Der Klinikreform sollte im Clinch mit den Ländern nicht das gleiche Schicksal drohen. Lauterbach wird seine Hände also weiter friedlich ausstrecken.

Ärzteschaft

Internisten drängen auf Neuausrichtung der geriatrischen Versorgung

Montag, 16. September 2024



/picture alliance, dpa, Christian Charisius

Berlin – Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) hat angesichts des voranschreitenden demografischen Wandels eine Neuausrichtung der geriatrischen Versorgung in Deutschland angemahnt.

"Dies erfordert eine offene Auseinandersetzung über den Umgang mit den Herausforderungen des Alterns", heißt es in einem Positionspapier, das der Verband heute anlässlich des BDI-Hauptstadtforums in Berlin veröffentlicht hat.

"Ziel einer breit angelegten gesellschaftlichen Debatte muss es sein, tragfähige Lösungen zu finden, die sowohl den individuellen Bedürfnissen als auch den gesamtgesellschaftlichen Anforderungen gerecht werden."

Vor diesem Hintergrund fordert der BDI den Bundestag auf, eine Enquetekommission für eine offene gesellschaftliche Diskussion über die Herausforderungen des demografischen Wandels einzusetzen.

"Aus der Altenpflege erreichen uns täglich Hiobsbotschaften: Die Kosten steigen, die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt zu, während die Zahl derer, die sie versorgen, abnimmt", sagte Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des BDI.

"Die Situation sieht verzweifelt aus." Vor diesem Hintergrund will der BDI die Geriatrie stärken, um Teil der Lösung der anstehenden Probleme zu sein. Dafür sei es wichtig, zunächst ein Zielbild zu beschreiben.

Bollwerk gegen die Pflegebedürftigkeit

Im Mittelpunkt der Behandlung alter Menschen solle die Patientenautonomie stehen, heißt es in dem Positionspapier: auch, wenn dies in bestimmten Fällen zu einer Abkehr von einer – rein klinisch betrachtet – optimalen medizinischen Versorgung führe.

"Wir müssen lernen zu akzeptieren, dass wir die Selbstbestimmung der Menschen höher bewerten als ihre Sicherheit", sagte Schulte. "Wir bringen heute Menschen in Pflegeheime, die gar nicht dorthin wollen, um dem Sicherheitsbedürfnis der Angehörigen zu entsprechen."

"Der BDI fordert, das Gesundheitssystem verstärkt auf die Wünsche und Präferenzen der Patienten auszurichten", heißt es in dem Positionspapier. "Dies bedeutet, dass medizinische Entscheidungen nicht nur anhand klinischer Kriterien getroffen werden, sondern auch die individuellen Lebensumstände und vorhandenen Ressourcen der älteren Menschen einbezogen werden müssen."

Das Ziel der geriatrischen Behandlung müsse es sein, dass mehr Menschen zu Hause gepflegt werden, so Schulte. Die Geriatrie verstehe sich dabei als Bollwerk gegen die Pflegebedürftigkeit. Angesichts des demografischen Wandels sei es dabei auch gesellschaftlich notwendig, dass sich alle Betroffenen und Angehörigen bemühten, möglichst lange ohne Mithilfe des Gesundheits- und Solidarsystems auszukommen. "Wir müssen dahinkommen, dass jeder nur die Hilfe bekommt, die er auch wirklich benötigt", sagte Schulte.

Check-Up-Untersuchung mit 65 Jahren

Michael Denkinger, Mitglied des BDI-Vorstands, forderte vor diesem Hintergrund, die Primärprävention in der Geriatrie zu stärken. "Dafür brauchen wir auch eine Check-Up-Untersuchung in höherem Alter, zum Beispiel mit 65 Jahren, um einen Weg zu suchen, eine Pflegebedürftigkeit der Menschen zu verhindern", schlug er vor.

Zudem regte an andere geriatrische Strukturen im Gesundheitswesen an, mit denen einer Pflegebedürftigkeit alter Menschen vorgebeugt werden kann. "Wenn ein alter Mensch gestürzt ist, denkt man nicht gleich daran, herauszufinden, warum er gestürzt ist", sagte Denkinger. "Dafür gibt es in Deutschland auch keine Strukturen."

Die Hausärzte seien keine primären Ansprechpartner dafür. Sie hätten auch nicht die Möglichkeiten, das abzuklären. Die Geriatrie könne dabei helfen, an dieser Stelle zu unterstützen. "Dafür könnten ambulante geriatrische Zentren, Tageskliniken und Hausärzte zusammenarbeiten", sagte Denkinger. "In Ulm gibt es zum Beispiel ein solches Modell, in dem von der ambulanten Reha bis zur Akutgeriatrie alles abgebildet ist."

Sinnvoll seien auch Geriater auf den Intensivstationen, damit gemeinsam mit den Intensivmedizinern eine angemessene Behandlung gefunden werden kann, meinte Denkinger. Das sei aber natürlich nicht überall zu machen.

"In jedem Fall müssen wir schauen, welche geriatrische Versorgung angemessen ist", so Denkinger weiter. "In der S3-Leitlinie "Umfassendes geriatrisches Assessment' konnten wir jetzt zeigen, dass es sinnvoll ist, einen alten Patienten zunächst ganzheitlich zu betrachten, um zu prüfen, welches bei der Versorgung der erste Schritt sein sollte."

"Obwohl der Umgang mit Sterbewünschen und der palliativmedizinischen Versorgung von zentraler Bedeutung für die Würde und Autonomie älterer Menschen ist, wird das Lebensende in unserer Gesellschaft oft tabuisiert", heißt es dazu in dem Positionspapier.

"Menschen, die im höheren Lebensalter und in palliativer Situation ihrem Leben ein Ende setzen möchten, sollten alle Möglichkeiten einer palliativen Therapie erhalten, sofern depressive Störungen ausgeschlossen wurden."

Ebenso sollte in solchen Situationen der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken professionell und symptomatisch medizinisch begleitet werden, wobei Aufklärungsgespräche über die Optionen und Verläufe mit den Betroffenen und ihren Bezugspersonen entscheidend seien, wie es hieß. © fos/aerzteblatt.de

AUFGEFALLEN

Michael Denkinger



eutschland bekommt graue Haare: Der Anteil der älteren Bevölkerung nimmt zu – damit steigt auch der Versorgungsund Pflegebedarf. Laut Statistischem Bundesamt sind etwa fünf Millionen Menschen pflegebedürftig. Bis zum Jahr 2035 könnte die Zahl auf 5,6 Millionen steigen. Für den Altersmediziner Professor Michael Denkinger steht fest: Schicksalhaft ergeben darf man sich der Entwicklung nicht. Die Geriatrie, sagt Denkinger, der Chefarzt an der Agaplesion Bethesda Klinik in Ulm ist, könne ein "wichtiges Bollwerk gegen die Pflegebedürftigkeit" sein – so man sie denn entsprechend aufstelle. Das sei bislang nicht der Fall. Andere europäische Länder, Spanien etwa, seien weiter - wohl auch, weil dem Alter anders begegnet wird. Das liege womöglich an mehr "emoción", sagt der Internist mit Zusatzweiterbildung Geriatrie.

Dass sich ein 48-Jähriger derart engagiert der Altersmedizin verschreibt, hat sicher auch mit "emoción" zu tun. Für den Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) hat Denkinger, der Vorstandsmitglied des Verbandes ist, kürzlich ein Positionspapier zum Thema Altersmedizin verfasst. Die Geriatrie, heißt es darin, verfolge als einziges Fach in der Akutmedizin einen funktionsorientierten Ansatz. "Das heißt", übersetzt Denkinger, "es geht im geriatrischen Assessment darum, ob die Menschen mobil sind, ihren Alltag schaffen, auch kognitiv, und ob sie eine soziale Unterstützung erfahren. Das sind alles Dinge, die ein klassischer Organmediziner üblicherweise nicht primär berücksichtigt."

Es müsse in Deutschland "viel mehr sekundärpräventiv" gemacht werden, um Pflegebedürftigkeit zu verringern oder Pflegegrade "zurückzuschrauben". Letzteres passiere zu wenig. Ältere Menschen gingen in die Reha mit Pflegegrad 3 und kämen mit demselben Pflegegrad wieder heraus. Angesichts der weiter steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und der Überforderung des Pflegesystems, all diese Menschen aufzufangen und Bedarfe auskömmlich zu finanzieren, muss man Michael Denkinger Erfolg wünschen bei dem Ansinnen, die hiesige Altersmedizin besser aufzustellen. Ansonsten kann sie die ihr zugedachte Schlüsselrolle nicht ausfüllen. (hom)

© E. EBERHARDT

REHABILITATION



ION

Dr. York Dhein hat in diesem Monat die Position des
CEO der VAMED Gesundheit Holding Deutschland CEO der VAMED Gesundheit Holding Deutschland übernommen. Dhein folgt auf Marcus Sommer, der das Unternehmen seit 2021 geleitet hatte.

Dhein ist Facharzt für Innere Medizin und war zuvor Chief Operating Officer bei der Mediclin AG, wo er die operative Leitung der Akut- und Rehabilitationskliniken sowie des Pflegebereichs inne hatte. Vor dieser Station war Dhein als CEO der Johannesbad-Holding für die strategische Neuausrichtung der Gruppe verantwortlich. Seine Erfahrungen in der Re-Q ha und beim Aufbau neuer Geschäftsfelder hält VA-MED auch für seine Standorte in Deutschland für wertvoll. (di)

LEHRSTUHLÜBERNAHME



Krebsspezialist Professor Michael Heuser leitet seit dem 1. September die Klinik und Poliklinik für Innere Medizin IV an der Universitätsmedizin Halle und hat einen Lehrstuhl für Innere Medizin an der der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg übernommen. Der 49-Jährige entwickelt neue Verfahren, um individuelle Ausprägungen von Krebs präzise diagnostizieren und behandeln zu können.

Dabei konzentriert er sich vornehmlich auf die verschiedenen Formen von Leukämien, ihre Vorstufen und den Nachweis sogenannter messbarer Resterkrankungen für optimale Therapien.

Für Heuser, der zuvor neun Jahre lang Professor für molekulare Therapien in der Hämatologie in Hannover war, ist die Erforschung akuter und chronischer Formen der Leukämie, insbesondere die akute myeloische Leukämie (AML) eine große Herausforderung. "Wir untersuchen, wie das geschwächte Immunsystem bei AML zum Selbstschutz wieder gestärkt werden kann." (zie)

© UNIVERSITÄTSMEDIZIN HALLE

BDI-PRÄSIDENTIN IM AMT BESTÄTIGT



Vor vier Jahren wurde Christine Neumann-Grutzeck als erste Frau überhaupt - an die Spitze des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) gewählt. Der Kurs, den sie und ihre beiden Vizepräsidenten Dr. Norbert Smetak und Privatdozent Dr. Kevin Schulte seit 2020 eingeschlagen haben, scheint die Internisten überzeugt zu haben: Am Samstag wurde das Dreierteam vom BDI-Vorstand wiedergewählt. Eines der Hauptziele war und bleibt, den Verband zu modernisieren, indem "wir insbesondere junge Kolleginnen und Kollegen aus Kliniken und Praxen motivieren, sich einzubringen", sagt Neumann-Grutzeck. Das ist auch wichtig für zwei weitere Ziele: sich bei den Herausforderungen des Gesundheitswesens und Reformen aktiv einzubringen und die internistische Versorgung langfristig zu sichern. Die 59-jährige Internistin arbeitet in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis in Hamburg. Sie ist außerdem im Vorstand der Bundesärztekammer und in den Gremien der KBV und KV Hamburg berufspolitisch aktiv. (reh)

© PHIL DERA

AUSZEICHNUNG MIT BUNDESVERDIENSTKREUZ



Die frühere Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Allgemeinmedizinerin, Dr. Cornelia Goesmann, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Die Ärztekammer Niedersachsen beglückwünschte Goesmann: Über 30 Jahre lang habe sie in verschiedenen Funktionen die ärztliche Selbst $verwaltung\,und\,Berufspolitik\,aktiv\,mitgestaltet.$

Ob als Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, stellvertretende Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), Vorsitzende der ÄKN-Bezirksstelle Hannover, Delegierte der Kammerversammlung oder als Mitglied der Ethikkommission - in all diesen Positionen habe Cornelia Goesmann an der Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten mitgewirkt, heißt es in einer Mitteilung der Kammer. Zuletzt war Goesmann beim Deutschen Ärztetag in Essen die Paracelsus-Medaille, die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, verliehen worden. (eb)

© ROLF SCHULTEN



Interview mit BDI-Vize

Wie Geriatrie die medizinische Versorgung entlasten kann

Der demografische Wandel ist im vollen Gange: Die Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen wächst, doch die Zahl derjenigen, die sie versorgen können, sinkt. Wie man diesen Problemen begegnen kann, darüber sprach der änd mit Dr. Kevin Schulte, dem 2. Vizepräsident der Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI).



©am/änd

Dr. Kevin Schulte: "Wir müssen Geriatrie im Alltag leben."

Herr Dr. Schulte, in einem aktuellen Positionspapier fordert der BDI, die Altersmedizin stärker in den Fokus gesundheitspolitischer Entscheidungen zu rücken. Wieso nimmt sich der BDI dieses Themas an?

Dem BDI liegt das Thema Versorgungssicherheit sehr am Herzen – und all die Themen, mit denen wir uns beschäftigen, haben als Ziel, die internistische Versorgungssicherheit sicherzustellen.

Und das Thema Alterspflege ist omnipräsent. Wir nehmen alle wahr, was in den Medien berichtet wird und haben große Sorge, dass das System, so wie es jetzt ist, nicht zukunftsfähig ist. Uns sorgt aber auch der drohende Pflegekollaps. Wir sprechen immer nur über Pflegebedürftigkeit, aber wir müssen schon früher ansetzen und diese Bedürftigkeit reduzieren oder sogar verhindern. Und um hier einen Beitrag zu leisten, haben wir uns des Themas angenommen und das Positionspapier formuliert.

Das hat aus meiner Sicht mehrere Gründe. Der eine Grund ist, dass wir ein extremes Personalproblem haben, was wir eigentlich täglich in den Medien hören und was sich in meiner Wahrnehmung konstant zuspitzt. Das andere ist, dass wir auch ein Kostenproblem haben. Wir merken, dass die Kostensteigerungen so dramatisch sind, dass man sich fragen muss, wie man in den nächsten Dekaden das System weiter als Gesellschaft finanziert bekommt. Irgendwann ist auch ein Kipppunkt erreicht, an dem ein Mehr an Sozialversicherungsbeiträgen einfach auch gesellschaftlich nicht getragen werden kann.

Sie fordern unter anderem eine Enquetekommission im Bundestag, die sich den demografischen Wandel vornimmt. Was kann die ändern?

Wir sollten dem Thema Altersmedizin auf verschiedenen Ebenen begegnen. Einmal ist es wichtig, dass es eine öffentliche und politische Diskussion darüber gibt, wie wir altern wollen und wie wir als Gesellschaft zum Thema Pflege stehen. Dafür ist die Enquetekommission wichtig, weil sie das Thema mehr in die Öffentlichkeit bringt. Und das ist extrem entscheidend: Die Politik und die Öffentlichkeit müssen den Fokus darauf richten. Jedes politische Unterfangen muss sich fragen, ob es etwas dazu beitragen kann, diese Herausforderung abzumildern.

Wie noch muss das Problem angegangen werden?

Wir benötigen eine andere Schwerpunktsetzung in der Medizin. Die Geriatrie ist das Bollwerk. Und da spielen wir Internistinnen und Internisten eine tragende Rolle. Und zu guter Letzt müssen wir Geriatrie im Alltag leben. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen uns dem Problem noch bewusster werden, als es jetzt schon ist.

Nicht nur Politikerinnen und Politiker sind gefragt, sondern die ganze Gesellschaft. Sie wünschen sich eine offene Diskussion über das Altern. Wie geht die Gesellschaft aktuell damit um?

Mein Eindruck ist, dass wir viele Aspekte, die mit alt sein, krank sein und sterben einhergehen, aus dem Privaten ins Gesundheitswesen und die Altenpflege verlagert haben. Das schafft eine gewisse Distanz zwischen der Bevölkerung und diesen Themen. Viele Menschen sterben im Krankenhaus, obwohl wir wissen, dass sie eigentlich gerne zu Hause im Kreis der Familie sterben wollen.

Ich habe häufig den Eindruck, dass kein Gefühl mehr dafür vorherrscht, wie das Leben der Angehörigen in den letzten Wochen und Monaten verläuft. Sie stellen sich nicht die Frage, was das vielleicht auch mit ihrer emotionalen Lage macht.

Was wünschen Sie sich von der Gesellschaft?

Es ist extrem wichtig, dass wir die Distanz abbauen und dahin kommen, dass wir als Gesellschaft mit offenen Augen auf die Problemlage schauen und uns fragen, was wir eigentlich wollen. Wollen wir ein Leben in Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit? Oder gibt es vielleicht auch einen Punkt, an dem wir nicht mehr unter diesen Rahmenbedingungen weiterleben möchten? Das ist heikel und schwierig, aber ich bin fest davon überzeugt, dass es notwendig ist, dass wir diese Problemlage nicht negieren, sondern auch hinschauen, wenn es schwierig und unangenehm ist. Und darüber müssen wir als Gesellschaft offen sprechen.

Sie möchten, das steht auch im Positionspapier, die Autonomie von älteren Menschen fördern oder erhalten. Und es ihnen im besten Fall ermöglichen, Pflegegrade wieder abzusteigen, nicht aufzubauen. Welche Rolle spielt Prävention aktuell und wie muss sie sich verändern?

Momentan ist es bei uns so, dass es keine Abstufung in den Pflegegraden gibt. Das heißt, es gibt nur einen Weg hin zu mehr Pflegebedürftigkeit. Das führt dazu, dass die Fachdisziplin, die spezialisiert darauf ist, Autonomie zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden – nämlich die Geriatrie – in ihrer Wertigkeit in dem System nicht richtig abgebildet wird. Weil das, was erreicht wird durch eine geriatrische Behandlung, sich eben aus Sicht der Kostenträger nicht widerspiegelt.

Wir glauben, es ist zwingend notwendig, dass man sowohl stationär als auch ambulant viel stärker Maßnahmen ergreift, um eben Autonomie und Selbstständigkeit zu erhalten, weil es besser ist für die Menschen und auch besser ist für das System.

Wir nehmen Geriatrie meistens im Kontext der stationären Versorgungsebene wahr. Welchen Stellenwert hat sie denn in der ambulanten Versorgung?

Momentan eindeutig eine zu kleine. Ich glaube, es muss ein Eckpfeiler aller internistischen Disziplinen werden, dass man sich immer unter einem geriatrischen Aspekt fragt, was wir in der entsprechenden Situation unternehmen und wie wir Selbstständigkeit erhalten können. Zentral ist auch die Frage, was dem Wunsch der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten für sein weiteres Leben entspricht.

Dafür halten wir es für notwendig, dass man auch die Kompetenzvermittlung stärkt. Damit schaffen wir mehr Bewusstsein bei den Kolleginnen und Kollegen, dass es eine schiere Notwendigkeit ist, Autonomie zu stärken, damit wir uns eben auch noch 2030 um alle Menschen in Deutschland angemessen kümmern können.

Das ist auch eine Forderung im Positionspapier: eine stärkere Integration geriatrischer Inhalte in die internistische Weiterbildung. Wie kann das konkret aussehen und wie schnell lässt sich so etwas umsetzen?

Man braucht einen eigenen Facharzt für dieses Fach, um die Wahrnehmung zu stärken und Kompetenzinseln zu schaffen. Die Ärztekammern müssten das aber erst einmal beschließen. Bis eine gewisse Anzahl an Köpfen weitergebildet worden ist, ist viel Zeit ins Land gegangen. Und wer einen Blick auf die Demografie wirft, weiß, es geht schnell. Deswegen ist es aus meiner Sicht notwendig, dass man zügig die Kompetenz stärkt für die internistischen Kolleginnen und Kollegen, die auf dem Weg zum Facharzt sind, aber auch über Fortbildungen, für die, die bereits internistisch tätig sind.

Wie könnte man das angehen?

Man müsste sich jetzt an vielen Stellen fragen – bei den Ärztekammern, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und bei den Fachverbänden – wie wir es schaffen können, flächendeckend diese Kompetenz zu nähren. Es muss ein Angebot geben. Aber es muss auch Strukturen geben, die das mehr incentivieren, sodass man diesen Aspekt in der ambulanten Versorgung aufgreift. Es ist die schnellste Lösung des heranrollenden Problems.

Sie wünschen sich also im Sinne der Altersmedizin eine Zusammenarbeit über den Verband hinweg?

Das Ziel ist so wichtig, dass es gerechtfertigt ist, dass KVen und Kammern und Verbände zusammenkommen, um sich zu überlegen: Was kann die Ärzteschaft konkret tun, um die Verbreitung von geriatrischem Tun zu stärken?

Sie haben neulich öffentlich gesagt, dass Geriatrie mehr bei Gesetzvorhaben mitgedacht werden muss. Welches Gesetz kommt Ihnen direkt in den Sinn?

Beispielsweise bei der Reform der Notfallversorgung: Da sollte man sich überlegen, ob man im standardisierten Assessment abfragen kann, ob ein Patient, der im Pflegeheim ist, tatsächlich noch einen stationären Behandlungswunsch hat.

Dann nochmal in die ambulante Versorgung geblickt, wie können Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit älteren Menschen konkret unterstützt werden?

Das eine ist dieses Kompetenzelement – das geriatrische Assessment und das, was man dazu wissen muss, um es durchzuführen. Das andere ist die Ebene des Doings. Ich glaube aber auch, dass wir die Angehörigen mehr integrieren müssen mitzuwirken, diesen geriatrischen Fokus zu stärken, weil wir überall merken, dass die Personalknappheit größer wird.

Wie kann die Mithilfe von Angehörigen konkret aussehen? Gehen wir von einem 85-jährigen Patienten aus.

Der 85-Jährige würde in meiner Idealvorstellung durch sein Umfeld so strukturiert unterstützt werden, dass ein Leben zu Hause in Autonomie möglich ist. Da entsteht Beratungsbedarf einmal für den Patienten selbst, aber natürlich auch für das Umfeld des Patienten. In meiner Zielvorstellung wäre es so, dass man gezielt auch den Angehörigen Hilfe-Stellung anbietet, um dazu beizutragen, ein eigenständiges, autonomes Leben trotz bestehender, funktionaler Einschränkungen fortzuführen.

24.09.2024 08:32, Autor: mh, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/231028

■ Vor Anhörung im Gesundheitsausschuss

Ärzteverbände monieren falsche Akzente in Lauterbachs Klinikreform

Gesundheitsminister Lauterbach will Krankenhäuser für die hausärztliche Versorgung öffnen. KBV und SpiFa halten dies für den falschen Weg. Vor der Anhörung im Gesundheitsausschuss sorgt aber noch ein anderer Punkt für Aufregung.

Veröffentlicht: 24.09.2024, 12:34 Uhr | aktualisiert: 24.09.2024, 14:20 Uhr



Klinikbetten im Fokus: Die geplante Klinikreform geht in die heiße Phase. © TrudiDesign / stock.adobe.com

Berlin. Im Vorfeld der Anhörung zur Krankenhausreform im Bundestags-Gesundheitsausschuss am Mittwoch (25. September) hadern Ärzteverbände weiter mit dem von Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) vorgelegten Gesetzentwurf.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) stößt sich vor allem an der Ermächtigung von Krankenhäusern für die hausärztliche Versorgung. "Woher soll das Personal kommen, um diese Stellen zu besetzen?", fragte KBV-Vorstandschef Dr. Andreas Gassen am Dienstag. Arztzeit sei überall im System knapp. "Und es bedarf keiner großen Rechenkünste, um festzustellen, dass sich Ressourcen nur einmal einsetzen lassen."

"Woher soll das Personal kommen?"

Gassen verwies darauf, dass Krankenhäuser bereits heute überall dort, wo es keine Niederlassungsbeschränkungen gebe, mit einer MVZ-Gründung "vollumfänglich" an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen könnten. "Dennoch ist nicht zu erkennen, dass hiervon in nennenswertem Umfang Gebrauch gemacht wird."

Wichtiger sei daher die "konsequente Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten" insbesondere in Selbstständigkeit", so der KBV-Chef. Diese Strukturen gingen mit einem höheren ambulanten Wirkungsgrad einher als in Anstellung in der Klinik.

Die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten, Christine Neumann-Grutzeck, sagte, hausärztliche Institutsambulanzen an Kliniken zu errichten, bedrohe die inhabergeführten Hausarztpraxen und schwäche die ärztliche Unabhängigkeit sowie Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung.

BDI-Chefin warnt vor "Insellösungen"

Laut BDI haben rund 80 Prozent sogenannter Mittelbereiche – also mittelgroße Städte und deren Umland – keine Zulassungsbeschränkungen für Hausärztinnen und Hausärzte. Institutionelle Anbieter würden daher dort binnen kurzer Zeit dominieren. "Solche disruptiven Veränderungen sind dann nicht mehr umkehrbar", warnte Neumann-Grutzeck. Die Reduzierung von Krankenhausstandorten erhöhten den Bedarf an ambulanter Versorgung – es brauche daher eine engere Zusammenarbeit der Sektoren, "keine Insellösungen".

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) schreibt in seiner Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), die Gebietsärzteschaft stelle sich nicht "grundsätzlich" dagegen, dass "partiell und zeitweise" Kliniken in die Bresche springen könnten, um Lücken in der ambulanten Versorgung zu schließen. Jedoch sei den niedergelassenen Vertragsärzten ein "gesetzlicher Vorrang" bei der Ermächtigung zur ambulanten Versorgung einzuräumen, setzt der Verband hinzu.

Umstrittene Änderung am Paragrafen 116a

Die Forderung zielt auf den Paragrafen 116a im SGB V ab. Der regelt die ambulante Behandlung in Kliniken. Der <u>Gesetzentwurf (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Von-der-Decken-fordert-von-Bundesregierung-Verantwortung-ein-453000.html)</u> sieht vor, dass die Regelung, wonach der auf Länderebene gefasste Ermächtigungsbeschluss nach zwei Jahren überprüft werden muss, gestrichen wird.

Der SpiFa hält das für falsch: Die Ermächtigung eines Krankenhauses zur ambulanten Versorgung müsse "jederzeit" zurückgenommen werden können, wenn Vertragsärzte die Versorgung vor Ort sicherstellen könnten.

Die Krankenhausreform geht in den nächsten Tagen und Wochen in die heiße Phase. Die Reform zielt auf eine neue Finanzierung für die rund 1700 Krankenhausstandorte und eine stärkere Spezialisierung der Kliniken über die Zuweisung von Leistungsgruppen ab. Am Mittwoch hört der Gesundheitsausschuss mehr als 50 Verbände und Einzelsachverständige zum Gesetzentwurf an. Die Anhörung soll 120 Minuten dauern.

DKG: Eine Minute Redezeit - nicht mehr

Aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein Witz: "Abzüglich der anderen Tagesordnungspunkte dieser Ausschusssitzung wird den Vertreterinnen und Vertretern von Krankenhäusern, Kassen, Ärztinnen und Ärzten, Gewerkschaften und vielen anderen kaum mehr als eine Minute pro Kopf zur Verfügung stehen", sagte DKG-Chef Dr. Gerald Gaß.

Kritik äußerte Gaß erneut an der Art der Vorhaltefinanzierung

(https://www.aerztezeitung.de/Politik/Katholische-Krankenhaeuser-draengen-auf-Nachbesserungen-an-Klinikreform-452683.html?searchtoken=L7KHSFXoFP3B1NWi90T0%2fXVTxbQ%3d&starthit=1) für die Krankenhäuser. Diese soll an Fallzahlen und Strukturvorgaben geknüpft sein. Damit aber ließen sich die Häuser "nicht aus der Klammer der rein leistungsabhängigen Vergütung" lösen, so Gaß. "Von Entökonomisierung kann in diesem Zusammenhang nicht gesprochen werden." Lauterbach hatte diesen Terminus immer wieder benutzt und als ein Kernziel seiner Reform bezeichnet.

Art der Vorhaltefinanzierung in der Kritik

"Der Bund nimmt den für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländern mit seinen engen und restriktiven Strukturqualitätskriterien jede Möglichkeit für eine bedarfsnotwendige Krankenhausplanung", meldete sich auch der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) zu Wort.

Der Bund sei daher gut beraten, wenn er die mit den Leistungsgruppen verbundenen Strukturanforderungen nur als Empfehlung für die Länder regele. Der BDPK vertritt laut eigenen Angaben die Interessen von gut 1.300 Krankenhäusern und Rehakliniken in privater Trägerschaft. (hom)

Politik

Weiter scharfe Kritik an der geplanten Krankenhausreform

Dienstag, 24. September 2024



/picture alliance, Zoonar, Channel Partners

Berlin – Die Kritik an der geplanten Krankenhausreform reißt nicht ab. Das zeigen die Stellungnahmen von Verbänden und Institutionen einen Tag vor einer Anhörung zum Gesetzentwurf im Gesundheitsausschuss des Bundestags.

"Wir alle brauchen diese Reform, sie muss sich aber daran messen lassen, ob sie spürbare Verbesserungen bei der Personalausstattung, bei den Arbeitsbedingungen, beim Bürokratieabbau und bei der ärztlichen Nachwuchssicherung bringt", sagte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Klaus Reinhardt. "Wir sehen hier noch einige Leerstellen, die im weiteren parlamentarischen Verfahren gefüllt werden müssen."

Laut Bundesärztekammer sind dabei die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Weiterbildung und auf die ärztliche Personalausstattung von zentraler Bedeutung. Wichtig sei außerdem "eine durchgreifende Entbürokratisierung", schreibt die Kammer in einer <u>Stellungnahme</u>.

Der BÄK zufolge kann eine umfassende Reform nur dann gelingen, wenn Bund und Länder sie gemeinsam umsetzen – unter Einbindung des Sachverstandes der Ärzteschaft sowie der weiteren Akteure des selbstverwalteten Gesundheitswesens. "Diesem Anspruch wird der vorgelegte Gesetzentwurf nicht gerecht", lautet das Fazit der BÄK.

Deutliche Kritik kommt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (<u>KBV</u>). "Eine überfällige Reform der Krankenhauslandschaft lässt sich nicht isoliert durchführen", sagte deren Vorstandsvorsitzende Andreas Gassen. Gleichzeitig müsse die ambulante Versorgung konsequent weiterentwickelt werden, um insbesondere Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf behandeln zu können.

Doch diese Stärkung der ambulanten Versorgung sei bisher ausgeblieben – "im Gegenteil", kritisierte er. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ermächtigung von Krankenhäusern für die hausärztliche Versorgung verschlechtere sogar die Situation für die Hausärztinnen und Hausärzte.

Kritik übt auch der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (<u>BDI</u>). "Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ist eine wichtige Reform und eine Chance, um die stationäre internistische Versorgung nachhaltig zu sichern. Die aktuellen Reformpläne sind aber absolut unzureichend und viel zu kurz gedacht", warnte die Präsidentin des Verbandes, Christine Neumann-Grutzeck.

Nötig seien sektorenübergreifende Ansätze, denn Krankenhausstandorte zu reduzieren erhöhe den Bedarf an ambulanter Versorgung. "Wir wünschen uns kluge Reformen, die solche Konsequenzen für andere Sektoren berücksichtigen und ineinandergreifen. Wir brauchen keine Insellösungen", betonte die BDI-Präsidentin und forderte "eine engere Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung, um das Gesundheitswesen finanziell zu entlasten".

Defizite in der der augenblicklichen stationären Versorgung sieht die AOK. "Über 100 Milliarden Euro Beitragsmittel werden 2024 in die Krankenhauslandschaft fließen, wieder viele Milliarden Euro mehr als im Jahr zuvor", sagte die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann. Sie sieht in der geplanten Reform aber noch Konstruktionsfehler.

Die stationäre Versorgung verschlingt aus ihrer Sicht zu viel Geld, weil ihre Strukturen heillos veraltet und haarsträubend ineffizient sind. Darunter leiden Patientensicherheit, Behandlungsqualität, Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten und nicht zuletzt Solvenz und Wirtschaftlichkeit.

Darüber hinaus enthalte das Reformvorhaben immer noch Fehlanreize zur Mengenausweitung. "Die Vorhaltefinanzierung muss unbedingt fallunabhängig ausgestaltet werden, ansonsten hat man am Ende nicht viel gewonnen", so Reimann.

Auch sei die Klinikreform noch nicht richtig mit der Reform der Notfallversorgung abgestimmt. "Eine funktionierende Notfallversorgung für Akutfälle ist für das Gesundheitswesen elementar und für die Bevölkerung vielleicht sogar das sensibelste Thema", betonte sie. Die AOK fordert zudem, die Reform auch aus Steuermitteln zu finanzieren und nicht Beitragsgelder heranzuziehen.

Nachbesserungen am Gesetzentwurf verlangen auch die Kommunen in Niedersachsen und die Krankenhausgesellschaft des Landes. "Die Voraussetzungen für eine wirtschaftliche Stabilisierung und geordnete Transformation der Krankenhauslandschaft sind bisher nicht gewährleistet", teilten die Kommunen mit.

Angesichts vieler kritischer Stimmen zur Reform fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (<u>DKG</u>) mehr Kompromissbereitschaft auf Seiten der Politik. "Nur Kompromisse können die Reform, die die Krankenhäuser dringend benötigen, noch retten" sagte der DKG-Vorstandsvorsitzende Gerald Gaß.

Nötig sind laut der DKG kurzfristig ein Inflationsausgleich, um die Krankenhauslandschaft zu stabilisieren. "80 Prozent der Krankenhausstandorte schreiben rote Zahlen, viele davon werden die Reform nicht mehr erleben, wenn nicht kurzfristig gehandelt wird", sagte Gaß.

Bei der eigentlichen Reform sei nötig, die Systematik für die Vorhaltefinanzierung zu überarbeiten. Die jetzt vorgesehenen Regelungen sind laut Gaß unzureichend und befreiten die Krankenhäuser nicht aus der Klammer der rein leistungsabhängigen Vergütung. "Von Entökonomisierung kann in diesem Zusammenhang nicht gesprochen werden", warnte er.

Außerdem benötigten die Krankenhäuser ein umfassendes Entbürokratisierungsprogramm. "Dass Ärztinnen und Ärzte genauso wie Pflegekräfte knapp drei Stunden ihres Arbeitstages mit Bürokratie verbringen müssen, ist nicht mehr akzeptabel und hat auch nichts mehr mit sinnvoller medizinischer Dokumentation zu tun", betonte er. © hil/aerzteblatt.de

TAGESSPIEGEL BACKGROUND

Gesundheit & E-Health

Ihr politischer Wissensvorsprung für den Gesundheitssektor, 25.09.2024

Nachrichten

Nächste Etappe für das KHVVG

Für das **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz** (KHVVG) geht es heute mit der **Anhörung** im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages einen Schritt weiter im politischen Verfahren. Doch die vielen kritischen Stimmen vorab zeigen, dass es schwer werden könnte, die 2./3. Lesung am 18. Oktober zu erreichen. Dabei dränge die Zeit, so die Vorstandsvorsitzende des **AOK-Bundesverbandes**, Carola Reimann: "Die stationäre Versorgung verschlingt zu viel Geld, weil ihre Strukturen heillos veraltet und haarsträubend ineffizient sind." Mehr als 100 Milliarden Euro **Beitragsmittel** würden 2024 in die Krankenhauslandschaft fließen, wieder viele Milliarden Euro mehr als im Jahr zuvor. "Darunter leiden Patientensicherheit, Behandlungsqualität, Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten und nicht zuletzt Solvenz und Wirtschaftlichkeit", so Reimann. "Das KHVVG kann diese **Mittelverschwendung** stoppen."

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG) mahnte gestern Kompromisse an. Der DKG-Vorstandsvorsitzende Gerald Gaß sagte: "Bundesgesundheitsminister Lauterbach und die Ampel-Fraktionen haben heute ein weiteres Mal die Gelegenheit, die Expertise zahlreicher Verbände und Organisationen aus dem Gesundheitswesen in ihre Arbeit einfließen zu lassen." Die **Erwartungshaltung** bleibe allerdings verhalten. "Allein die Tatsache, dass man mehr als 50 dieser Verbände und Experten in weniger als **120 Minuten** Ausschusssitzung anhören möchte, zeigt den Stellenwert der Anhörung bei dieser Gesetzgebung", so Gaß.

Auch der Bundesverband Deutscher Privatkliniken betonte gestern im Vorfeld der Anhörung, dass die Krankenhausreform nur mit Kompromissfähigkeit der Bundesregierung erfolgreich über die Ziellinie gebracht werden könne. Der Bund nehme den für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländern mit seinen engen und restriktiven Strukturqualitätskriterien jede Möglichkeit für eine bedarfsnotwendige Krankenhausplanung. Der Bund wäre aus Sicht des Verbandes gut beraten, wenn er die mit den

Leistungsgruppen verbundenen Strukturanforderungen als Empfehlung für die Bundesländer ausgestalten würde. Außerdem müsse die Einheit von Krankenhausplanung und Finanzierung der Leistungen durch die **Krankenkassen** gewährleistet bleiben.

Für die Vorstandsvorsitzende des **Verbandes der Ersatzkassen**, Ulrike Elsner, ist etwas anderes wichtig: "Die Politik muss sich dringend auf ihre ursprünglichen Ziele der Krankenhausreform zurückbesinnen, nämlich die Krankenhauslandschaft nach **Qualität und Bedarf** neu zu gestalten und die Versorgung der Versicherten flächendeckend zu verbessern."

Um die Behandlungsqualität sorgen sich aktuell auch diverse Berufsverbände, darunter der **Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten**. Der Verband fordert eine stärkere Verknüpfung mit dem ambulanten Sektor und warnt davor, dass die Vorhaltefinanzierung auf Basis von Fallzahlen weiterhin zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen führen wird. Auch der Vorstandsvorsitzende der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**, Andreas Gassen, betonte, dass die **ambulante Versorgung** konsequent weiterentwickelt werden müsse. "Eine überfällige Reform der Krankenhauslandschaft lässt sich nicht isoliert durchführen", so Gassen. *db*



KHVVG

"Absolut unzureichend und viel zu kurz gedacht"

Die Kritik an der geplanten Krankenhausreform reißt nicht ab. Im Vorfeld der heutigen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags warnen die Pädiater vor einem Sterben der Kinderkliniken, der BDI sieht Hausarztpraxen bedroht. Auch die BÄK fordert Nachbesserungen.



"Wir wünschen uns kluge Reformen, die solche Konsequenzen für andere Sektoren berücksichtigen und ineinandergreifen", sagt BDI-Chefin Neumann-Grutzeck.

"Gefährliche Lücken in der Krankenhausreform bringen noch mehr Kinderkliniken in Existenznot", warnt die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)**. Zwar habe die Fachgesellschaft versucht, sich Gehör zu verschaffen - aber ohne Erfolg. "Die DGKJ hat sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft der gesamten Kinder- und Jugendmedizin bisher an allen Schritten des Gesetzes beteiligt und die Aspekte der Kinder- und Jugendmedizin deutlich vernehmbar und nachdrücklich eingebracht. Diese existenziellen Argumente jedoch blieben bisher ungehört", beklagt DGKJ-Generalsekretär Priv. Doz. Dr. Burkhard Rodeck.

"Wir hofften auf Einsicht und fürchten allerdings das Gegenteil. Die aktuelle Gesetzesidee gefährdet in ganz akutem Maß die stationäre Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen – und dies auf lange Sicht", so Rodeck weiter. Nach wie vor erfassten die Vorgaben des KHVVG für die Leistungsgruppe "Spezielle Kinder- und Jugendmedizin" den Bedarf und die Realität in der Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher nur unzureichend. Es drohten weitere Schließungen. Hier geht es zum <u>Positionspapier</u> der Fachgesellschaft.

Auch **Bundesärztekammer-Präsident** Dr. Klaus Reinhardt hat Nachbesserungen angemahnt. "Wir alle brauchen diese Reform, sie muss sich aber daran messen lassen, ob sie spürbare Verbesserungen bei der Personalausstattung, bei den Arbeitsbedingungen, beim Bürokratieabbau und bei der ärztlichen Nachwuchssicherung bringt", betonte er. Es gebe "noch einige Leerstellen, die im weiteren parlamentarischen Verfahren gefüllt werden müssen".

Die Frage einer ausreichenden Personalausstattung werde künftig zu einem Schlüsselthema für Versorgungsqualität und -sicherheit werden. Die ärztliche Weiterbildung sei dabei die entscheidende Stellschraube. "Die ärztliche Weiterbildung muss deshalb im stationären wie im ambulanten Bereich ausreichend und angemessen finanziert werden", forderte Reinhardt. Hier geht es zur <u>Stellungnahme</u> der BÄK.

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) fordert eine stärkere Verknüpfung mit dem ambulanten Sektor und warnt davor, dass die Vorhaltefinanzierung auf Basis von Fallzahlen weiterhin zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen führen wird. Die aktuellen Reformpläne seien "absolut unzureichend und viel zu kurz gedacht", kritisierte Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck, praktizierende Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie.

Es fehlten sektorenübergreifende Ansätze. Die Reduzierung von Krankenhausstandorten werde den Bedarf an ambulanter Versorgung erhöhen. "Wir wünschen uns kluge Reformen, die solche Konsequenzen für andere Sektoren berücksichtigen und ineinandergreifen. Wir brauchen keine Insellösungen", betont die BDI-Präsidentin.

Der BDI lehnt insbesondere die Errichtung hausärztlicher Institutsambulanzen vehement ab. Diese Regelung bedrohe inhabergeführte hausärztliche Praxen und werde "die ärztliche Unabhängigkeit sowie die Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung schwächen".

Auch **Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach** meldete sich zu Wort. "Diese Reform hat zu viele Mängel, weil Bundesgesundheitsminister Lauterbach die Vorschläge der Länder konsequent ignoriert hat", sagte sie. Dies müssten die Abgeordneten des Bundestages nun korrigieren. "Sonst schafft diese Reform mehr Probleme, als sie löst - angefangen mit unkontrollierten Klinikschließungen."

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband warnte vor einer Torpedierung der hausärztlichen Strukturen durch die geplante Krankenhausreform und spiele damit auf die geplante Regelung an, wonach kleine Kliniken hausärztliche Versorgung mitübernehmen sollen. "Statt einer Unterstützung der überlasteten Hausarztpraxen, werden die Kliniken den hausärztlichen Nachwuchs mit höheren Gehältern – unterstützt durch Finanzspritzen auf Kosten der Steuerzahler – abfischen, sodass immer mehr Praxen ohne Nachfolge schließen müssen", kritisierte die Verbandsspitze, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth und Dr. Markus Beier, am Mittwoch. Der Verband warnte vor dem Wegfall wichtiger Leistungen, wie Hausbesuche und Palliativversorgung, sowie vor der Rosinenpickerei durch die Kliniken.

Der Vorstandsvorsitzende der **Techniker Krankenkasse**, Dr. Jens Baas, forderte eine Reform mit bundesweit verlässlichen Qualitätsvorgaben. Nur so könnten die Menschen sich darauf verlassen, dass die Kliniken in ganz Deutschland die notwendige Ausstattung, Erfahrung und Expertise für eine gute Behandlung bieten. "Die Reform darf nicht durch faule Kompromisse und Ausnahmeregeln ausgehöhlt werden", betonte er. Erneut machte Baas deutlich, dass die Finanzierung des geplanten Transformationsfonds nicht die Aufgabe der GKV sei, sondern aus Steuergeldern zu finanzieren sei.

Nach Auffassung der **Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen** (DGIV) sind die vorgesehenen Schritte, die Sektorengrenzen zu überwinden, unzureichend. "Wir sehen zwar die Bemühungen des Gesetzgebers, die ambulanten Versorgungspotentiale zu heben, halten aber die Ansätze des KHVVG auf diesem Weg für unzureichend und zum Teil kontraproduktiv", sagte der DGIV-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel. Als bedenklich bezeichnete die Fachgesellschaft, dass Ambulantisierung im KHVVG fast ausschließlich vom Krankenhaus her gedacht und organisiert werde. Stattdessen müsste allen entsprechend qualifizierten Leistungserbringen gleichermaßen Chancen und Möglichkeiten dazu eröffnet werden, forderte sie in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Diese Problematik werde durch die Finanzierung des Ausbaus einer neuen, vom Krankenhaus ausgehenden ambulanten Versorgungsebene weiter verschärft, argumentierte Nagel. Die Finanzierung und Subventionierung dieses Vorhabens durch den Transformationsfonds stelle eine eklatante Wettbewerbsverzerrung zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausversorgung auf Kosten der Beitragszahler dar.

25.09.2024 09:23, Autor: ks/ea, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/231081



Diskussion

BDI befürwortet Umsetzung der GOÄ-Novelle

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) stimmt dem konsentierten Entwurf für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einer Mitteilung von Freitag zufolge zu. Aber nur unter Protest.



BDI-Präsidentin Neumann-Grutzeck befürwortet die GOÄ neu grundsätzlich, hält aber viele Punkte für verbesserungswürdig.

"Eine neue GOÄ ist nach fast 30 Jahren mehr als überfällig. Als Internistinnen und Internisten begrüßen wir die Aufwertung der sprechenden Medizin in der neuen GOÄ. Damit erhält die ärztliche Zuwendung zur Patientin und zum Patienten endlich wieder den Stellenwert, den sie verdient", betont die BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck in einer aktuellen Presseerklärung.

Das Stimmungsbild ist aus Sicht des Verbands über alle Schwerpunkte der Inneren Medizin hinweg sehr differenziert. "Es gab viel berechtigte Kritik, aber insgesamt mehr Zustimmung als Ablehnung. Deshalb stimmt der BDI dem neuen GOÄ-Entwurf grundsätzlich zu", so die Präsidentin.

Der BDI sieht der Mitteilung zufolge trotz der grundsätzlichen Zustimmung Verbesserungsbedarf. Der Vizepräsident und Kardiologe Dr. Norbert Smetak kritisiert "die mitunter überproportionale Abwertung technischer Leistungen". In dem vorliegenden Entwurf seien davon insbesondere die internistischen Schwerpunkte Kardiologie und Gastroenterologie betroffen. "Abwertungen, wie beispielsweise bei der Herzkatheteruntersuchung von über 30 Prozent, sind nicht mehr betriebswirtschaftlich und inakzeptabel. Technische Innovationen in diesem Ausmaß zu entwerten, verhindert eine innovative und fortschrittliche Medizin und wirkt sich am Ende auch negativ auf die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten aus." Bestimmte Untersuchungen könnten in Konsequenz künftig nicht mehr angeboten werden. <u>Als Vorsitzender von MEDI hatte Smetak den Entwurf übrigens vor Kurzem abgelehnt</u>.

Diese Abwertung von Leistungen spiele auch im stationären Bereich eine Rolle, sagt der Zweite Vizepräsident PD Dr. Kevin Schulte. "Technische Leistungen sind auch in der stationären, spezialisierten Versorgung von großer Bedeutung und tragen relevant zur Finanzierung der Krankenhäuser bei. Die Anschaffung von medizinischen Geräten ist sehr teuer und muss finanziert werden, damit alle Patientinnen und Patienten davon profitieren können." Schulte kritisiert darüber hinaus den unzureichenden Inflationsausgleich nach fast 30 Jahren.

Nichtsdestotrotz drängt Neumann-Grutzeck laut Mitteilung auf eine zeitnahe Einigung zwischen Ärzteverbänden, BÄK und PKV. Es liege jetzt an der PKV, die notwendigen Nachbesserungen vorzunehmen, um mit einer neuen GOÄ auch das Fortbestehen der PKV nachhaltig zu sichern. Und: "Wir als BDI fordern von der Politik jetzt Wort zu halten und die neue GOÄ sofort umzusetzen. Das ist nicht nur eine Frage der Glaubwürdigkeit, sondern auch ein wichtiger Hebel für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgungssicherheit, der Attraktivität für den ärztlichen Beruf und um medizinische Innovationen zu ermöglichen."

Der Berufsverband betont in der Mitteilung außerdem, dass Verhandlungen mit der PKV für eine neue GOÄ für ihn kein Zukunftsmodell sind. "Dieses politische Vorgehen, also eine EBM-isierung der GOÄ, lehnen wir vehement ab. Das ist ein Prinzipienbruch, der im direkten Widerspruch zur ärztlichen Freiberuflichkeit und dem Recht steht, eine eigene Gebührenordnung aufzusetzen", so Neumann-Grutzeck.

Chirurgen: Operationen nicht mehr kostendeckend darstellbar

Kritik kommt unterdessen vom Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC). Dieser kritisiert am Freitag in seiner Stellungnahme an die BÄK, die dem änd vorliegt, eine "massive Abwertung insbesondere komplexer operativer Leistungen, die im Einzelfall zu einer Minderbewertung gegenüber der GOÄalt führt, sodass zahlreiche Operationen nicht mehr kostendeckend darstellbar sind".

Die ausgehandelte neue GOÄ 2024 habe "nichts mehr gemein mit einer eigentlich geforderten und unter den beteiligten Verbänden konsentierten betriebswirtschaftlichen Kalkulation", beklagt der Verband. Die Kriterien für die asymmetrischen Minderungen seien nicht offen kommuniziert worden und "für die Verbände damit maximal intransparent".

Es sei "offenbar zu einer Subventionierung von Gesprächs- und Betreuungsleistungen durch Minderbewertungen fachärztlicher und technischer Leistungen gekommen". Eine Förderung von Gesprächs- und Betreuungsleistungen sei zwar notwendig, aber es könne doch nicht sein, "dass dafür die Fachärzteschaft und im Besonderen die Chirurgie zur Finanzierung herangezogen wird", kritisiert der BDC. Die zu erwartenden Verluste bei operativen Eingriffen ließen sich auch nicht durch mögliche Gesprächs- und Betreuungsleistungen ausgleichen.

"Zusammenfassend stellen wir fest, dass Legendierung und Systematik der neuen GOÄ akzeptiert werden können. Wir befürworten auch die Einführung einer neuen GOÄ, können unsere abschließende Zustimmung aber erst nach verbindlicher Lösung der oben genannten Probleme erteilen", heißt es abschließend.

27.09.2024 10:49, Autor: mh/ks, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: https://www.aend.de/article/231121

A Streit um GOÄneu

Ärztekammer Niedersachsens fordert Abberufung von BÄK-Chef Reinhardt

Die Unruhe in der Ärzteschaft wegen geplanter Honorar-Änderungen wächst: Nachdem KBV-Boss Andreas Gassen einen Sonder-Ärztetag verlangt hat, geht die Ärztekammer Niedersachsens nun einen Schritt weiter.

Veröffentlicht: 27.09.2024, 13:21 Uhr



Soll nach dem Willen der Ärztekammer Niedersachsens wegen "erheblicher Irritationen" bei der neuen GOÄ gehen: BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt.

© picture alliance / Jörg Carstensen | Joerg Carstensen

Berlin. Im Konflikt um die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) fordert die Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsens einen Sonder-Ärztetag sowie die Abberufung von BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt. In einem Beschluss der Kammer vom 24. September heißt es, dass der außerordentliche Ärztetag bis Jahresende stattfinden solle.

"Zur Begründung des Antrags ist anzumerken, dass die Kommunikation zur GOÄ-Novelle und die mitgeteilten Zwischenergebnisse zu ganz erheblichen Irritationen geführt haben", teilte die Kammer auf Anfrage der Ärzte Zeitung mit.

Die Bundesärztekammer ließ am Freitag die Anfrage auf eine Reaktion auf den Vorstoß aus Niedersachsen unbeantwortet. Am 25. September hatte auch Dr. Andreas Gassen, der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einen Sonder-Ärztetag ins Spiel gebracht. Die BÄK hatte daraufhin die Verbände zu weiteren Gesprächen (https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/BAeK-will-weitere-Gespraeche-aber-keinen-Sonder-Aerztetag-zum-Streit-ums-Honorar-453060.html) über den GOÄ-Vorschlag eingeladen.

Unterdessen erklärte der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), dass er dem Entwurf für eine GOÄ grundsätzlich zustimme.

"Eine neue GOÄ ist nach fast 30 Jahren mehr als überfällig. Als Internistinnen und Internisten begrüßen wir die Aufwertung der sprechenden Medizin in der neuen GOÄ. Damit erhält die ärztliche Zuwendung zur Patientin und zum Patienten endlich wieder den Stellenwert, den sie verdient. Aber es gibt auch noch einige Punkte, die nachgebessert werden müssen", so Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des BDI und praktizierende Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie.

Verband sieht bestimmte Untersuchungen in Gefahr

Mit Blick auf die geforderten Nachbesserungen erklärte BDI-Vizepräsident Dr. Norbert Smetak die "mitunter überproportionale Abwertung technischer Leistungen".

Im Entwurf seien davon insbesondere die internistischen Schwerpunkte Kardiologie und Gastroenterologie betroffen. "Abwertungen, wie beispielsweise bei der Herzkatheteruntersuchung von über 30 Prozent, sind nicht mehr betriebswirtschaftlich und inakzeptabel.

Technische Innovationen in diesem Ausmaß zu entwerten, verhindert eine innovative und fortschrittliche Medizin und wirkt sich am Ende auch negativ auf die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten aus. Bestimmte Untersuchungen können in Konsequenz künftig dann nicht mehr angeboten werden", sagte Smetak.

Der Berufsverband forderte zudem die Politik auf, schnell zu handeln. "Die konsentierte Fassung ist ein Lackmustest für den Bundesgesundheitsminister. Als Ärzteschaft haben wir in dem gesamten Prozess (https://www.aerztezeitung.de/Politik/BDI-Praesidentin-Ambulantisierung-Lauterbach-planteher-die-Stationaerisierung-448729.html?

<u>searchtoken=88KU%2f1e2klj8glwhogi5xLQHgJE%3d&starthit=2)</u>bereits viel Geduld und Kompromissbereitschaft gezeigt. Wir als BDI fordern von der Politik jetzt Wort zu halten und die neue GOÄ sofort umzusetzen", betonte Neumann-Grutzeck. *(bwa)*