

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 04-05/2024

Reformpläne auf dem Prüfstand

BDI-Präsidentin: Ambulantisierung? Lauterbach plant eher die Stationärisierung!

Ärzte Zeitung – 13. April 2024

130. DGIM Kongress

Sektorübergreifendes Nachdenken angemahnt

Ärzte Zeitung – 15. April 2024

Planungen laufen an

Große Protestaktion vor dem Ärztetag?

änd – 22. April 2024

Länder sollen mitentscheiden

Ärzteverbände: Zulassungsausschüsse drohen zum politischen Spielball zu werden

Ärzte Zeitung – 26. April 2024

Kritik an Vorschlägen der Regierungskommission

„Lobbyistenpapier der Universitätsmedizin“

änd – 06. Mai 2024

🔒 Reformpläne auf dem Prüfstand

BDI-Präsidentin: Ambulantisierung? Lauterbach plant eher die Stationärisierung!

Dass ambulant-stationäre Kliniken inhabergeführten Hausarztpraxen künftig Konkurrenz machen sollen, sieht BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck äußerst kritisch. Der Sog der Kliniken, Personal für ihre ambulanten Angebote zu rekrutieren, werde die vorzeitige Aufgabe von Hausarztpraxen beschleunigen, ist sie sich sicher. Aber auch in Sachen Leistungsabrechnung würden inhabergeführte Praxen benachteiligt.



Von Rebekka Höhl (/Nachrichten/Rebekka-Hoehl-au128.html)

Veröffentlicht: 13.04.2024, 05:00 Uhr



Da jetzt schon circa 80 Prozent der Planungsbereiche in Deutschland keine Zulassungsbeschränkungen für Hausärzte haben, könne sich das Versorgungssystem durch die Institutsambulanzen innerhalb weniger Jahre so weit verändern, dass institutionelle Anbieter vielerorts dominieren“, warnt die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), Christine Neumann-Grutzeck. „Solche disruptiven Veränderungen sind dann nicht mehr umkehrbar.“ (Archivbild)

© PHIL DERA

Frau Neumann-Grutzeck, der DGIM-Kongress steht dieses Jahr unter dem Leitgedanken „Präzisionsmedizin – Wünsche und Wirklichkeiten“ – dazu gehört explizit auch die Diskussion um eine „Allokationsgerechtigkeit“. Wie ehrlich müssen wir uns hier aus der berufspolitischen, also der BDI-Sicht machen?

Zuerst möchte ich zwei Dinge festhalten. Erstens, unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem ist eine wertvolle Errungenschaft. Zweitens, das Versorgungsniveau in Deutschland ist weiterhin hoch. Viele andere Länder beneiden uns darum. Unser Ziel sollte also sein, dieses Niveau zu erhalten.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und des wachsenden Behandlungsbedarfes in unserer älter werdenden Gesellschaft ist das eine große Herausforderung. Deshalb ist es notwendig, dass wir offen und ehrlich darüber diskutieren, wie wir sowohl unsere begrenzten finanziellen als auch personellen Ressourcen bestmöglich einsetzen können.

Das Wichtigste vom DGIM-Kongress: Jetzt unsere Kongress-Newsletter abonnieren!

Die Ärzte Zeitung ist beim DGIM-Kongress für Sie vor Ort und berichtet aktuell über die unterschiedlichen Themen und Veranstaltungen. Mit unserem neuen Kongress-Newsletter verpassen Sie nichts: An allen vier Tagen senden wir unsere Beiträge vom DGIM-Kongress kompakt und gebündelt direkt in Ihr Postfach. Abonnieren Sie [hier unsere Kongress-Newsletter!](https://www.aerztezeitung.de/Verlag/Newsletter-verwalten#AEZ_NL_SPECIAL) (https://www.aerztezeitung.de/Verlag/Newsletter-verwalten#AEZ_NL_SPECIAL)

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen müssen einem gesamtgesellschaftlichen Konsens folgen. Es wäre unfair, den Mangel von uns Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verwalten zu lassen. Als Berufsverband ist es unsere Aufgabe, die internistischen Interessen und ärztliche Expertise in der Diskussion beizusteuern: Zum Beispiel, wenn es darum geht, wie die Leistungsgruppen in den Krankenhäusern ausgestaltet sind oder welche stationären Leistungen zukünftig ambulant erbracht werden können.

Gleichzeitig – und diese Dimension vermisste ich bisher – müssen auch die Patientinnen und Patienten stärker in die Verantwortung genommen werden. Gesundheitsbildung und eine bessere Patientensteuerung müssen die Strukturreform begleiten. Mit unserem [Positionspapier zur Patientensteuerung](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Internisten-werben-fuer-mehr-Patientensteuerung-442677.html?searchtoken=TfzXDLTi9vwf140%2bWtp298jEaFM%3d&starthit=61) (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Internisten-werben-fuer-mehr-Patientensteuerung-442677.html?searchtoken=TfzXDLTi9vwf140%2bWtp298jEaFM%3d&starthit=61>) haben wir letztes Jahr schon erste Vorschläge präsentiert.

Welche Themen stehen berufspolitisch für Sie denn ganz oben auf der Dringlichkeitsagenda?

Kurzfristig sind das die Krankenhausreform (KHVG) und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG). Beide Gesetze betreffen die Internistinnen und Internisten in allen Versorgungsbereichen und haben das Potenzial, unser Gesundheitssystem nachhaltig zu verändern. Deswegen genießen sie auch oberste Priorität.

Bei der Krankenhausreform werden wir darauf hinwirken, dass die Innere Medizin und ihre Schwerpunkte in den Leistungsgruppen adäquat abgebildet werden. Der aktuelle Entwurf orientiert sich an dem Modell aus Nordrhein-Westfalen, sodass z.B. die Angiologie noch fehlt. Außerdem müssen wir sicherstellen, dass die Verbände und Fachgesellschaften in die Ausgestaltung der Qualitätskriterien eingebunden werden.

Besondere Sprengkraft beinhaltet der Vorschlag, die neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, damit also die Krankenhäuser, flächendeckend für die vertragsärztliche Versorgung zuzulassen. Dies halten wir für den falschen Weg. Und entgegen den Ankündigungen im Vorfeld findet auch die ärztliche Weiterbildung keine Berücksichtigung in dem vorliegenden Gesetzentwurf. Den Auswirkungen der Reform wird so gut wie keine Beachtung geschenkt, was wir für fahrlässig halten.

Und beim Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz?

Beim GSVG steht auf den ersten Blick natürlich die Entbudgetierung der Hausärzte im Fokus. Diese begrüßen wir auch ausdrücklich. Unabhängig davon bleibt aber die BDI-Forderung nach einer Entbudgetierung der Fachärztinnen und Fachärzte (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/BDI-Praesidentin-Muessen-zuegig-ueber-die-Entbudgetierung-aller-Fachgruppen-sprechen-446218.html>). Darüber hinaus sind noch weitere Maßnahmen geplant, um die hausärztliche Versorgung zu stärken, wie z.B. die jährliche Pauschale für Chroniker, Vorhaltepauschalen für sogenannte Versorgerpraxen, die alle in ihrer genauen Ausführung sehr kritisch begleitet werden müssen.

Mittel- und langfristig setzen wir uns weiterhin dafür ein, dass hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten mit Allgemeinmedizinerinnen endlich gleichgestellt werden. Das gilt insbesondere für die Förderung der ambulanten Weiterbildung.

”

Sinnvoller wäre doch, die vertragsärztlichen Strukturen zu stärken, die bereits jetzt schon die Hauptlast der Versorgung tragen.

Die Weiterbildung ist ein gutes Stichwort. Sie hatten es bereits angesprochen, die Klinikreform wird Auswirkungen auf die Weiterbildung und damit die nächste Ärztegeneration haben. Müssen hier Fachgesellschaften und Berufsverbände nicht viel stärker – über Fachgebiete hinweg – gemeinsam Lobbyarbeit Richtung Politik betreiben? Damit die Weiterbildung eben nicht weiter unter die Räder gerät?

Ja, ganz sicher. Das gilt grundsätzlich für alle fachgruppenübergreifenden Themen. Vor den Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung haben wir als BDI schon früh gewarnt. Das haben andere Verbände, Fachgesellschaften oder auch die Kammern ebenfalls getan. Hier stehen wir über unsere Mitgliedschaft in den Dachverbänden, wie zum Beispiel im SpiFa oder der Allianz Deutscher Ärzteverbände im regelmäßigen Austausch.

Ich habe auch den Eindruck, dass die Ärzteschaft insbesondere beim Thema Weiterbildung – wenn auch vielstimmig – eine einheitliche Position vertritt: Erstens, die Weiterbildung ist Hoheitsgebiet der ärztlichen Selbstverwaltung. Hier lassen wir uns von der Politik nicht reinreden. Zweitens, wir benötigen in einem System, in dem viele Leistungen zunehmend ambulant erbracht werden, ein schlüssiges Konzept für eine sektorenübergreifende Weiterbildung.

Die Finanzierung ist dabei ein wesentlicher Punkt. Ich denke, dass wir mit mutigen Konzepten nachhaltig etwas gewinnen können. Aber nichts geschieht in einem luftleeren Raum. Die Rahmenbedingungen müssen deshalb aufeinander abgestimmt sein. Mehr Ambulantisierung und mehr ambulante Weiterbildung setzen zum Beispiel voraus, dass die Budgets in der vertragsärztlichen Versorgung abgeschafft werden.

Bleiben wir beim Thema Ambulantisierung: Wie viel ist hier möglich und nötig, um eine gute Versorgung im ländlichen Raum zu sichern?

Ich halte es für einen Irrglauben, dass wir mit der „Ambulantisierung à la Lauterbach“ alle Versorgungslücken außerhalb der Ballungszentren lösen können. Der Schlüssel, um diese Probleme effektiv anzugehen, ist aus meiner Sicht eine bedarfsgerechte, sektorenübergreifende Planung. Denn für alle Strukturen, die wir ambulant wie stationär betreiben, benötigen wir Fachkräfte.

Am Ende geht es doch darum, welche Strukturen für welchen Bedarf angemessen sind. Das können Kliniken, vertragsärztliche Praxen oder medizinische Versorgungszentren sein. Wichtig ist, dass für alle die gleichen Bedingungen gelten.

Wenn das BMG im Rahmen der Krankenhausreform jetzt also plant, den Kliniken flächendeckend das Recht einzuräumen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, dann wirkt das für mich sehr einseitig. Sinnvoller wäre doch, die vertragsärztlichen Strukturen zu stärken, die bereits jetzt schon die Hauptlast der Versorgung tragen.

”

Für Vertragsärzte bestehen sanktionsbewehrte persönliche Pflichten, von denen die ermächtigten Institute nicht betroffen sind, z.B. zur Teilnahme am KV-Bereitschaftsdienst, zur Vorhaltung von digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur und Mindestsprechstundenzeiten.

Das ist eine sehr deutliche Kritik am Vorhaben des Ministers, Kliniken künftig zu ermöglichen, dass sie im hausärztlichen Bereich in allen Planungsbereichen, in denen es keine Zulassungsbeschränkung gibt, Institutsambulanzen eröffnen können. Sie hatten das kürzlich auch als „Stationärisierung“ bezeichnet

...

Das ist aus unserer Sicht der völlig falsche Weg. Institutsambulanzen haben gegenüber Vertragsarztpraxen den Vorteil, dass sie ungeachtet ihrer Größe nur für einen Arzt bzw. eine Ärztin die fachliche Qualifikation zur Abrechnung von Leistungen nachzuweisen haben. Praxen müssen hingegen für jede abgerechnete Leistung belegen, dass diese von einem Facharzt persönlich erbracht wurde – Stichwort „gleiche Bedingungen für alle“.

Darüber hinaus bestehen für Vertragsärzte sanktionsbewehrte persönliche Pflichten, von denen die ermächtigten Institute nicht betroffen sind, z.B. zur Teilnahme am KV-Bereitschaftsdienst, zur Vorhaltung von digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur und Mindestsprechstundenzeiten. Das will der Gesetzgeber mit seiner geplanten Vorhaltepauschale für die hausärztliche Grundversorgung im GSVG ja sogar noch verschärfen. Ich habe Zweifel, ob die Ambulanzen dann auch abends und am Samstag Sprechstunden anbieten werden.

Hausärztliche Institutsambulanzen werden unweigerlich in direkter Konkurrenz zu inhabergeführten Hausarztpraxen im Umfeld stehen. Der Sog der Kliniken, Personal für ihre ambulanten Angebote zu rekrutieren, wird die vorzeitige Aufgabe von Hausarztpraxen beschleunigen. Da jetzt schon circa 80 Prozent der Planungsbereiche in Deutschland keine Zulassungsbeschränkungen für Hausärzte

haben, kann sich das Versorgungssystem innerhalb weniger Jahre so weit verändern, dass institutionelle Anbieter vielerorts dominieren. Solche disruptiven Veränderungen sind dann nicht mehr umkehrbar. Vor dieser Entwicklung warnen wir in aller Deutlichkeit.

Eine gute Überleitung zu einem verwandten Thema: Seit Jahren schon kritisieren die Internistinnen und Internisten, dass der ökonomische Druck insbesondere in den Kliniken zu massiven Fehlentwicklungen in der Versorgung führt – mit direkten Auswirkungen auf die Personaldecke. Warum tut sich hier gefühlt nichts – weder vonseiten der Politik noch der Klinikbetreiber?

Die Fehlentwicklungen des DRG-Systems sind ein Resultat aus dem deutschen Weg, die Betriebskosten der Krankenhäuser zu 100 Prozent über Fallpauschalen zu vergüten, und der seit Jahren unzureichenden Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer.

Nachdem die Pflege aus den Fallpauschalen ausgegliedert wurde, war uns früh klar, dass der Druck auf die Ärztinnen und Ärzte weiter zunehmen wird. Denn gespart werden kann jetzt nur noch, wenn sie den ärztlichen Dienst ausdünnen. Deswegen haben wir als BDI schon 2019 die [Ausgliederung der Arztkosten aus den DRG gefordert](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Internistentag-Arztkosten-raus-aus-den-Fallpauschalen-422688.html?searchtoken=M0USSfSsojoOYK1LgniMddkTRxc%3d&starthit=1) (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Internistentag-Arztkosten-raus-aus-den-Fallpauschalen-422688.html?searchtoken=M0USSfSsojoOYK1LgniMddkTRxc%3d&starthit=1>).

Die Einführung einer Vorhaltevergütung im Rahmen der Krankenhausreform begrüßen wir deshalb, auch wenn die genaue Kalkulationssystematik noch etwas undurchsichtig erscheint. Inwiefern die Vorhaltekosten dazu beitragen können, die Arbeitsverdichtung zu reduzieren, wird sich zeigen.

Vonseiten der Klinikbetreiber erwarte ich mir, dass das ärztliche Personal mehr Wertschätzung erfährt. Dabei geht es nicht nur um eine faire Bezahlung, sondern auch um attraktive Arbeitsbedingungen. Wenn Stellen aktiv abgebaut oder nicht mehr nachbesetzt werden, während die Kolleginnen und Kollegen schon am Anschlag arbeiten, ist das kontraproduktiv.

Trotzdem: Sind die Ärztinnen und Ärzte hier noch zu leise?

Ich finde, dass wir insbesondere im letzten Jahr deutlich unser Protest-Profil geschärft haben. Das gilt für die stationär tätigen Kollegen gleichermaßen wie wir die Niedergelassenen. Wichtig ist, dass wir uns von der Politik nicht gegeneinander ausspielen lassen. Deswegen setzen wir uns als BDI dafür ein, dass unsere Proteste auch sektorenübergreifend stattfinden.

Wir planen im Rahmen des Deutschen Ärztetages am 7. Mai in Mainz einen großen Protest der Verbände und wollen auch die stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen mit an Bord haben. Gemeinsam können wir ein noch deutlicheres Zeichen setzen.

Ein anderes großes Thema, das die Internistinnen und Internisten beschäftigt, ist die Klimakrise. Wie kann denn ein Berufsverband bei den Herausforderungen, die die Klimakrise mit sich bringt, unterstützen?

Im BDI wurde der erste Arbeitskreis für Umweltfragen schon 1989 gegründet und in den letzten Jahren wiederbelebt. Wir haben 2022 auch ein Positionspapier veröffentlicht und festgehalten, was aus unserer Sicht berufspolitisch auf dem Gebiet verbessert werden kann, wie zum Beispiel

Sonderprogramme für die Umrüstung von Krankenhäusern und Praxen, den Ausbau von Fort- und Weiterbildungsangeboten oder die Ergänzung von Leitlinien um den Aspekt Klimawandel und Klimaneutralität.

Inwieweit kooperieren Sie hier auch mit der Fachgesellschaft?

Viele Kolleginnen und Kollegen engagieren sich sowohl im Berufsverband als auch in der Fachgesellschaft. Der BDI ist für die berufspolitische Interessenvertretung zuständig, die DGIM konzentriert sich auf die wissenschaftlichen Inhalte. Insofern sehen wir unsere Arbeit als komplementär. Zu den wichtigen Fragestellungen sind wir auf Vorstandsebene auch im regelmäßigen Austausch.

Frau Neumann-Grutzeck, herzlichen Dank für das Gespräch.

🔒 Kongresseröffnung

Sektorübergreifendes Nachdenken angemahnt

Reformdiskussionen, wo man hinschaut: Auch bei der Kongresseröffnung zum 130. DGIM-Kongress ging es um die Gesetzgebung, die das Bundesgesundheitsministerium gerade anstößt.

Veröffentlicht: 15.04.2024, 10:08 Uhr



Präzisionsmedizin und Künstliche Intelligenz verändern die Möglichkeiten der ärztlichen Heilkunst. Aber „die Individualität und das Persönliche unseres Berufs muss erhalten bleiben“, sagte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt beim Festabend des 130. Internistenkongresses.

© Sophie Schüler

Wiesbaden. Nach den Referentenentwürfen ist vor den Ländergesprächen: Die Reformdebatte über die aktuellen Entwürfe aus dem Bundesgesundheitsministerium hinterließ auch bei der Eröffnung des 130. Internistenkongresses in Wiesbaden am Sonntagabend ihre Spuren.

„Wir müssen auch an die Finanzierbarkeit denken“, betonte Hessens „neue Gesundheitsministerin“ Diana Stolz (CDU) bei der Festveranstaltung. „Nur ein intersektoral gedachter Ansatz bietet am Ende Mehrwert“, so das Petitum der Ministerin, und: Die Krankenhausreform müsse eine wirtschaftliche Absicherung der Häuser bringen, so dass dort eine ortsnahe Versorgung erhalten bleibe, wo es auf die Erreichbarkeit ankommt, zum Beispiel in der Notfallversorgung, aber auch in der Geriatrie.

In der ambulanten Versorgung warte die Ärzteschaft zu Recht auf Entbürokratisierung und Entbudgetierung, mit den Reformen dürften keine neuen Bürokratiemonster entstehen. Und – an die Adresse der Ärztinnen und Ärzte – auch die Weiterbildung müsse an die sich verändernden Strukturen angepasst werden, mahnte Hessens Gesundheitsministerin an. Der Kongress sei ein guter Ort für „sektorübergreifendes Nachdenken“.

Neumann-Grutzeck: Angiologie als Teilgebiet nicht vergessen!

Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten, klagte in ihrem Grußwort, sie könne eine Entbürokratisierung in den Reformplänen nicht erkennen, etwa wenn es um die Bemessung der Vorhaltepauschalen gehe. Sie mahnte zudem an, das Teilgebiet der Angiologie in der Reformdebatte nicht zu vergessen.

Nicht zuletzt forderte sie, nicht nur die Weiterbildung zur Allgemeinmedizin zu fördern. „30 Prozent der Hausärzte sind mittlerweile hausärztliche Internisten. Wir brauchen alle für die hausärztliche Versorgung“, so die BDI-Präsidentin. Auch diese Richtung der Fortbildung müsse daher unterstützt werden.

Reinhardt: „Erheblicher Innovationsdruck“

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, machte in seinem Grußwort, in dem er auf das Motto Präzisionsmedizin einging, einen „immer noch erheblichen Innovationsdruck“ aus. „Seit 2000 Jahren motiviert uns Ärztinnen und Ärzte das: längeres Leben, Heilung, mehr Lebensqualität für Patienten.“

Aktuell werde die Schere Innovation und Forschungsdruck auf der einen Seite und Kostenentwicklung auf der anderen aber „stark belastet“, so Reinhardt. Kleine Fallzahlen in der Präzisionsmedizin führten dazu, dass echte Evidenz tatsächlich da sei. Hier werde ein Diskurs mit der

Gesellschaft nötig sein, sagte der BÄK-Präsident. (*ger*)

Planungen laufen an

Große Protestaktion vor dem Ärztetag?

Unmittelbar vor dem Deutschen Ärztetag sollen protestierende Ärzte dem Bundesgesundheitsminister zeigen, wie brisant die Lage der Praxen derzeit ist: Vor der Veranstaltungshalle in Mainz ist eine große Protestaktion geplant. Verschiedene bundesweit agierende Ärzteverbände rufen zur Teilnahme auf.



[©Neuroshock/Adobe.Stock.com](#) Kommt es zu einer großen Protestaktion in Mainz? Große Verbände rufen dazu auf.

Neben dem Ärzteverbund MEDI gehören auch Hessenmed, der Berufsverband der Deutschen Urologie, der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten, der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands, der Hartmannbund, der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen, die Freie Ärzteschaft sowie die Hessische Urologen Genossenschaft zu den Initiatoren der Aktion. Der Hausärzteverband in Hessen ruft seine Mitglieder nicht offiziell zur Teilnahme auf – informierte am Montag jedoch in einem Rundschreiben über die Aktion.

„Die gesundheitspolitische Lage, insbesondere für uns niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, bleibt weiterhin desaströs: nach zehn Jahren völlig unerwartete Budgetierung der Hausärzteschaft in BaWü, keine Entbudgetierung der Fachärzteschaft und keine Novellierung der GOÄ in Sicht, weiterhin mehr Bürokratisierung und eine nicht funktionierende Digitalisierung. Hinzu kommen künftig Gesundheitskioske, Polikliniken für die hausärztliche Versorgung und weitere investorengetragene MVZ“, heißt es auf einer Informationsseite zum Protest.

Daher müssten die Proteste der Niedergelassenen jetzt weitergehen. „Deutscher Ärztetag bietet mit seiner starken medialen Aufmerksamkeit für unsere Proteste eine besonders große Bühne, die wir nutzen wollen.“ Deshalb sei die große Protestaktion unter dem Motto „Versorgung bedroht – Patienten in Not“ auf dem Vorplatz der Mainzer Rheingoldhalle am Dienstag, 7. Mai 2024, 9 Uhr wichtig.

Alle wichtigen Materialien für die Praxen und den Protesttag sollen in Kürze auf der Internetseite erscheinen. „Für eine bessere Sichtbarkeit wäre es schön, wenn die Praxisteams in ihrer Arbeitskleidung erscheinen. Die Aktion wird mit einer umfassenden Pressearbeit begleitet, deshalb sind die Bilder, die wir vor Ort produzieren, besonders wichtig“, so die Initiatoren.

Der änd wird weiter über das Thema berichten. Erste Informationen [finden Sie hier](#).

22.04.2024 12:42, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/228536>

🔒 Länder sollen mitentscheiden

Ärzteverbände: Zulassungsausschüsse drohen zum politischen Spielball zu werden

Passus im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz lässt Facharztverbände von „Schritt in Richtung Staatsmedizin“ und „Verstaatlichung der gemeinsamen Selbstverwaltung“ sprechen.

Veröffentlicht: 26.04.2024, 15:04 Uhr



Versorgung im Fokus politischer Interessen statt medizinischer Notwendigkeiten: Christine Neumann-Grutzeck, Sprecherin der Allianz Deutscher Ärzteverbände.

© privat

Berlin. Das Gesetzgebungsverfahren zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz wird am kommenden Dienstag, 30. April, mit der Verbändeanhörung fortgesetzt. Dabei wird es auch um einen Passus gehen, den die Allianz Deutscher Ärzteverbände moniert und dessen Streichung fordert.

Die Allianz lehne die geplante Ausweitung der Einflussnahme von Landesbehörden auf die Zulassungsausschüsse ab, hat der Verbund mehrere Ärzteverbände am Freitag mitgeteilt.

Streitpunkt im GVSG: Zulassungsausschüsse

Konkret geht es darum, dass das Bundesgesundheitsministerium die Stellung der Länder in den Zulassungsausschüssen stärken will. Das bisherige Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde soll um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt werden. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass die Länder so in die Lage versetzt werden sollen, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen, die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten und so zum Beispiel zum Abbau von Überversorgung beizutragen.

Mit der Regelung soll jeweils ein Einvernehmen der Ausschüsse und der Landesbehörden hergestellt werden. Betroffen sein sollen ausweislich des Gesetzentwurfs Verfahren zur Entscheidung über Sonderbedarfzulassungen und Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzliche Arztstellen auf Antrag der Landesbehörden sowie zur Befristung von Zulassungen sowie zur Verlegung von Arztsitzen oder Anstellungsgenehmigungen.

Die Neuregelung sieht vor, dass die in Paragraf 96 Absatz 2a Satz 1 SGB V genannten Entscheidungen der Zulassungsausschüsse im Einvernehmen mit den Landesbehörden zu treffen seien.

Warnung vor Staatsmedizin

„Diese Ausweitung der Länderkompetenzen untergräbt die bewährte Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und öffnet Tür und Tor für eine politisierte Medizin“, kritisierte die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) und derzeitige Sprecherin der Allianz Deutscher Ärzteverbände Christine Neumann-Grutzeck. Die Regelung komme einer Verstaatlichung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen im Bereich einer ihrer Kernkompetenzen gleich, die wir als Schritt Richtung Staatsmedizin verstehen müssen“, mahnte Neumann-Grutzeck.

Der Allianz gehören neben dem BDI der Berufsverband der Ärztengeossenschaften, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, der Hartmannbund, MEDI-GENO Deutschland, der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFA) und der Virchowbund an. (af)

Kritik an Vorschlägen der Regierungskommission

„Lobbyistenpapier der Universitätsmedizin“

Ärzteverbände haben sich entsetzt gezeigt über die Ergebnisse der Stellungnahme der „Regierungskommission. Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) spricht von einem „Lobbyistenpapier“.



©SpiFa

SpiFa-Chef Heinrich kritisiert, dass die Analyse und Schlussfolgerungen der Kommission eine „erschreckende Distanz zur realen Versorgung“ zeigen .

Laut SpiFa-Vorsitzendem Dr. Dirk Heinrich basieren die Empfehlungen der Kommission auf gravierenden Fehlannahmen und einer einseitigen Interessenvertretung der Universitätsmedizin. Heinrich kritisiert in einer Mitteilung vom Montag, dass die Analyse und Schlussfolgerungen der Kommission eine „erschreckende Distanz zur realen Versorgung“ zeigen und die Existenz einer „doppelten Facharztschiene“ suggerieren. Die Empfehlungen spiegeln hauptsächlich die Perspektive der Universitätskliniker wider und ignorierten die unterschiedlichen Rollen von klinisch und niedergelassen tätigen Fachärztinnen und Fachärzten, kritisiert Heinrich.

Während die Kommission anerkennt, dass viele stationäre Aufenthalte auch ambulant möglich wären, betont Heinrich die Unersetzlichkeit und Unterschiedlichkeit der fachärztlichen Arbeit in Klinik und Praxis. Er weist die Idee zurück, dass teure medizinische Einrichtungen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten anderweitig nutzbar seien, und kritisiert diese Annahme als realitätsfern.

Heinrich bezeichnet die Autoren des Papiers als „Lobbyisten ihrer Institutionen“ und vergleicht die Situation mit einer „Horde Füchse“, die vor einem Hasen sitzend über ein Abendessen diskutiert. Währenddessen gingen sinnvolle Vorschläge wie die Stärkung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und der Ausbau des Belegarztwesens unter.

BDI: Papier ignoriert die Versorgungsrealität

Auch der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) übte am Montag Kritik an den Empfehlungen der Regierungskommission: „Dieses neueste Gutachten verstärkt unsere Befürchtungen, dass die Versorgungsrealität von Fachärztinnen und Fachärzten und Patientinnen und Patienten in der aktuellen Gesundheitspolitik ignoriert wird“, sagte Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

Die vorgeschlagene Abschaffung der komplementären Facharztschiene sei nicht nur eine Gefahr für die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern „ein direkter Angriff auf die Vielfalt und Spezialisierung“, die das deutsche Gesundheitssystem bisher ausgezeichnet hätten.

Der BDI appellierte an die politischen Entscheidungsträger, einen kritischen Blick auf die Empfehlungen der Kommission zu werfen und auf „eine inklusive und praxisnahe Versorgung“ zu setzen. „Nur durch den Dialog und die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitssystem können wir sicherstellen, dass die Reformen nicht nur auf dem Papier gut aussehen, sondern auch im Alltag funktionieren“, mahnte die BDI-Präsidentin.

„Als selbstständige Freiberufler sind wir entsetzt, wie Akademiker in gesicherten Anstellungsverhältnissen unter dem Deckmantel der Wissenschaft die ärztliche Freiberuflichkeit demontieren“, kritisierte auch Dr. Ulrich Tappe vom Berufsverband der niedergelassenen Magen-Darm-Ärzte. Ohne jede praktische Erfahrung in der Niederlassung fänden sie mit ihren theoretischen Erwägungen in der Politik Gehör und unterstützten „die Versuche von Gesundheitsminister Lauterbach, die ärztliche Selbstbestimmung und Freiberuflichkeit zu demontieren“.

Es gebe in Deutschland einen bewährten Konsens: Die schweren Krankheitsverläufe müssen im Krankenhaus behandelt werden, die chronischen Fälle und die leichten Verläufe werden von den niedergelassenen Fachärzten betreut. Tappe: „Von doppelter Vorhaltung kann überhaupt keine Rede sein, sondern nur von einer Zweigleisigkeit, die im Zuge einer sinnvollen Ambulantisierung durch intensivierete Weiterbildungsbemühungen zum Wohle des Systems weiterentwickelt werden kann.“

Kritik, aber auch Lob von den Kinderärzten

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) äußerte am Montag ebenfalls Kritik an dem Papier der Kommission: Einen Abbau der doppelten Facharztschiene lehne man ab, weil es zu einer Verschlechterung der Versorgung führen würde. „Die fachärztliche Versorgung am Krankenhaus erfolgt komplementär zum niedergelassenen Bereich und nicht doppelt. Als Ärztesgruppe wären wir zwar nicht von der Abschaffung betroffen, unsere Patient*innen aber sehr wohl“, betonte Verbandspräsident Dr. Michael Hubmann.

Dagegen begrüße er den Ansatz, ein echtes Primärarztssystem aufzubauen und die Versorgung regional gemeinsam für den ambulanten und den stationären Bereich zu planen. „Aus Sicht des BVKJ ist es sinnvoll, die Rolle des hausärztlichen Sektors als erste Anlaufstelle und Lotse im Gesundheitssystem zu stärken“, lobte Hubmann. Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte könnten beraten, behandeln, überweisen oder einweisen, je nach individuellem Bedarf. Sie könnten mit ihrem Team auch die Koordination und Kontinuität der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg sicherstellen.

Hubmann: „Wir halten es auch für den richtigen Ansatz, die Versorgung zwischen Anstellung im Klinikum und der vertragsärztlichen Versorgung zu flexibilisieren. Wenn dies gelingt, wäre dem Bundesgesundheitsminister ein großer Wurf gelungen.“

DGIV: Ideen fast ausschließlich vom Krankenhaus her gedacht

Die Krankenhauskommission habe ihre Ideen vor allem und fast ausschließlich vom Krankenhaus her gedacht, kritisierte die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV). „Das Potenzial der in letzter Zeit deutlich potenter gewordenen und politisch auch geförderten Versorgungsstrukturen der Vertragsärzteschaft – Praxiskliniken, Belegärzte, Integrationsversorgung – wird auf diese Weise dramatisch übergangen“, so der DGIV-Vorstandsvorsitzende Prof. Eckhard Nagel.

Die mehrfache positive Erwähnung der Belegärzte in der Stellungnahme der Kommission sei hier eher die Ausnahme, die eine sonst fast regelhafte Schlechterstellung der Vertragsärzte belege. Bezeichnend sei in diesem Zusammenhang, dass die Kommission mit keinem Wort über die grundsätzliche und ebenfalls stationär gedachte Problematik von Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt an der Sektorengrenze nachdenke.



„Lopata/Zi Kliniken hätten oft keinen vollständigen Überblick darüber, welche ambulanten Leistungen wie und in welchem Umfang in der eigenen Institution erbracht würden, sagt Zi-Chef Dominik von Stillfried.

„Dem Papier fehlt eine ausreichende empirische Grundlage. So wird bei der Forderung, die sogenannte ‚doppelte Facharztschiene‘ abzubauen, völlig außer Acht gelassen, dass die allermeisten Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Regionen, die Breite der fachärztlichen Versorgung gar nicht anbieten“, kritisierte am Montag auch Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandschef des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

So seien im niedergelassenen Bereich derzeit etwa sechsmal mehr Fachärztinnen und -ärzte für Augenheilkunde, dreimal mehr für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie doppelt so viele Gynäkologinnen und Gynäkologen tätig wie an den Kliniken.

Krankenhäuser seien in der Regel nicht darauf ausgerichtet, Patientinnen und Patienten ambulant zu versorgen, gab das ZI mit Verweis auf eine aktuelle Studie der Rhön-Stiftung zu bedenken. Diese kam zu dem Schluss, dass die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser bislang in der Regel ‚nebenher‘ erfolge. Dies gelte für organisatorische wie auch ökonomische Aspekte. Kliniken hätten demnach häufig keinen vollständigen Überblick darüber, welche ambulanten Leistungen wie und in welchem Umfang in der eigenen Institution erbracht würden.

Eine gemeinsame sektorenübergreifende Planung sollte daher eher Überkapazitäten in wirtschaftlich kaum tragfähigen Krankenhäusern in die ambulante Versorgung steuern, damit die Sicherstellung mit insgesamt knappen Personalressourcen ohne Doppelstrukturen gelingen kann, hieß es aus dem Zi.

Ein wesentlicher Schritt in diese Richtung wäre die Stärkung der sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V. Anstatt das Preisgefälle bei ambulant erbringbaren Leistungen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung weiter zu zementieren, müsse es aufgelöst werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Der Vorschlag der Kommission, dass Krankenhäuser zusätzlich zu den bestehenden Möglichkeiten noch für weitere Indikationen die Möglichkeit erhalten sollen, spezielle ‚Institutionelle li-Ambulanzen‘ einzurichten, gehe daher in die falsche Richtung. „Diese sollen ambulante Leistungen in nicht von Unterversorgung bedrohten Fachgebieten auf Grundlage eines eigenen ambulanten Budgets direkt mit den Krankenkassen abrechnen können. Für die Vertragsärzteschaft bleibt für dieselben Leistungen aber nur der Einheitliche Bewertungsmaßstab, sodass die heute schon bestehenden Vergütungsunterschiede weiter erhärtet werden. Angesichts des Preisgefälles zwischen ambulanter und stationärer Vergütung bestünde weiterhin ein hoher Anreiz zur stationären Aufnahme“, so von Stillfried.

BDA hält Polemiken für „vollkommen fehl am Platz“

Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) begrüßte zwar, dass die starren Strukturen einer Sektorentrennung weiter aufgebrochen werden sollen. Um beiderseits der Sektorengrenzen personelle Ressourcen gleichermaßen nutzen zu können, brauche es aber ein klares Konzept zur sektorenverbindenden Versorgung. Polemiken wie „doppelte Facharztschiene“ hält der BDA dabei für „vollkommen fehl am Platz“.

Stattdessen fordert der Verband, dass Gesundheitsminister Lauterbach darauf hinwirken müsse, die Hürden abzuschaffen, die Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern behindern, sagte BDA-Präsidentin Prof. Grietje Beck. Man habe bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass Kooperationen über die Sektorengrenzen hinweg nicht an mangelndem Willen und künstlicher Abgrenzung, sondern an arbeits- und sozialrechtlichen Beschränkungen scheiterten.