

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 06/2024

BDI-Präsidentin zur Notfallreform

„Patientensteuerung muss viel konsequenter sein“

änd – 11. Juni 2024

Auch nach 2. Update

BDI fordert sofortige Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlas

änd – 21. Juni 2024

Behandlungsqualität

Klinik-Atlas die Zweite: Überzeugt erst recht nicht

Ärzte Zeitung – 21. Juni 2024

Nach Update: Bundesklinikatlas mit neuer Übersichtsfunktion

Deutsches Ärzteblatt – 21. Juni 2024

Umfrage

Deutsche immer unzufriedener mit Gesundheitssystem

änd – 24. Juni 2024

DKG und BDI sind mit Klinik-Atlas-Up-date unzufrieden

Tagesspiegel – 24. Juni 2024

GVSG

Primärärztliche Versorgungszentren kommen möglicherweise doch

änd – 27. Juni 2024

Gemeinsame Stellungnahme

Internisten zur Notfallreform: Politik muss rasch über INZ-Standorte entscheiden

Ärztezeitung – 28. Juni 2024

Internisten wollen Änderungen bei geplanter Notfallreform

Deutsches Ärzteblatt – 28. Juni 2024

Stellungnahme zu Notfallgesetz

Internistische Verbände sprechen sich für Primärarztssystem aus

änd – 30. Juni 2024

BDI-Präsidentin zur Notfallreform

„Patientensteuerung muss viel konsequenter sein“

Um den Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung wird seit einer Woche heftig gestritten. Der änd ist mit BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck die wichtigsten Punkte des Entwurfs Schritt für Schritt durchgegangen. Wo hakt es aus Sicht des BDI und wo gibt es gute Ansätze? Für Neumann-Grutzeck bleiben vor allem viele Fragen offen – bei der Finanzierung und dem fehlenden Personal.



©BDI

Neumann-Grutzeck: "Wir müssen alle digitalen Möglichkeiten ausschöpfen – gerade für unsere jüngeren Patientinnen und Patienten."

Frau Neumann-Grutzeck, seit einer Woche liegt der Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung auf dem Tisch. Was ist Ihr erster Eindruck?

Vieles ist bereits bekannt und wird auch schon auf regionaler Ebene umgesetzt. Erfreulich finde ich, dass einige unserer Forderungen aufgenommen wurden, wie beispielsweise die Umleitung von Patientinnen und Patienten aus den INZ in die vertragsärztliche Versorgung. Das entspricht der BDI-Position zur Notfallversorgung von 2022. Die Maßnahmen für eine effektive Patientensteuerung müssen aber aus unserer Sicht deutlich umfassender und viel konsequenter sein. Der BDI hat dazu in seinem Positionspapier im vergangenen September klare Vorschläge gemacht. Auch das Leistungsversprechen an die Patientinnen und Patienten muss auf der Basis der finanziellen und personellen Möglichkeiten realistisch sein. Hinter sehr vielen Maßnahmen stehen für uns also noch sehr große Fragezeichen – vor allem, wenn es um die Finanzierung und die personellen Ressourcen geht.

Gehen wir die Punkte mal Schritt für Schritt durch. Was sagen Sie zu der Einrichtung einer Akutleitstelle und der Vernetzung der 112 und 116117?

Das ist ja schon seit Jahren geplant und wurde wegen der Coronapandemie erstmal auf Eis gelegt. Der Ansatz ist richtig, aber für mich stellt sich die Frage nach der Finanzierung. Bislang werden die Terminservicestellen über die KVen finanziert. Wenn die Leitstellen jetzt deutlich ausgebaut werden sollen, ist das mit erheblich höheren Kosten verbunden. Hier kommen wir dann in den Bereich der Daseinsfürsorge, das müsste eigentlich, wie bei der Feuerwehr, über Steuergelder bezahlt werden. Wenn das BMG mehr Leistungen einfordert, muss die Finanzierung auch sichergestellt werden.

Die KVen sollen sich laut Entwurf mit einer Bereitschaftspraxis an den INZ beteiligen. Dabei sollen sie durchgängig eine telefonische oder telemedizinische Versorgung bereitstellen. Wie realistisch ist das?

Ich halte das für absolut unrealistisch. Wir befinden uns in einem massiven Ärzte- und Fachkräftemangel, der sich in den kommenden Jahren verschärfen wird. Wie soll das personell gestemmt werden? Wer finanziert das? Wir haben durch das BSG-Urteil zu den Poolärztinnen und -ärzten in vielen Regionen in Deutschland gerade den ärztlichen Bereitschaftsdienst spürbar herunterfahren müssen. Und jetzt sollen wir alles und überall auf 24/7 hochfahren? Das klingt paradox. Auch hier muss aus meiner Sicht erstmal die Finanzierung geklärt werden, wenn laut Entwurf die GKVn nur bis zu maximal 50 Prozent der Mehrkosten tragen werden. Auch die Sozialversicherungspflicht der Poolärztinnen und -ärzte sollte in diesem Zusammenhang wieder aufgehoben werden. Die FDP hat sich da schon deutlich positioniert. Interessant finde ich, dass private Krankenversicherungen finanziell beteiligt werden sollen. Wie das genau aussehen soll, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar. Was ich noch positiv erwähnen möchte, sind die geplanten telemedizinischen Beratungsangebote und die Möglichkeit von ärztlicher Delegation durch Versorgungsangebote durch nicht-ärztliches Personal. Auch die Bescheinigungen von AU durch die notdienstliche Akutversorgung und auch die Aufweichung des Dispensierrechts sind richtig.

Kommen wir zu den INZ. Wie beurteilen Sie die Pläne des BMG?

Das Modell ist nicht ganz neu und wird bereits in einigen Regionen in Deutschland ähnlich umgesetzt. Auch die meisten Notdienstpraxen sind schon an Krankenhäusern angesiedelt. Nicht ganz einfach ist die Frage nach der fachlichen Leitung der INZ. Das wird noch zu Diskussionen führen. Bisher sollten die KVen die Verantwortung übernehmen, da dies erfahrungsgemäß zu weniger stationären Aufnahmen führt. Wichtig ist vor allem, dass keine unnötigen Doppelstrukturen geschaffen werden hinsichtlich der INZ-Standorte und der Öffnungszeiten der Notdienstpraxen. Hier muss auf die begrenzten Ressourcen geachtet werden. Deshalb finde ich es gut, wenn Öffnungszeiten und Wirtschaftlichkeit flexibel an den regionalen Bedarf angepasst werden. Auch die im Entwurf geplante Vergütung der Ersteinschätzung, unabhängig von der Weiterbehandlung, begrüßen wir als BDI. Damit kann der Aufwand viel transparenter abgebildet werden.

Und was sagen Sie zur Steuerung mittels Ersteinschätzung?

Der BDI ist ein großer Verfechter von Steuerung auf verschiedenen Ebenen. Unsere verfügbaren Mittel müssen alle so effizient und patientenaffin wie möglich eingesetzt werden. Und da ist überall noch sehr viel Luft nach oben. Wir haben eine verpflichtende telefonische oder digitale Ersteinschätzung gefordert. In dem aktuellen Entwurf ist uns das alles noch viel zu zaghaft. Wir müssen alle digitalen Möglichkeiten ausschöpfen – gerade für unsere jüngeren Patientinnen und Patienten. Sie sind es gewohnt, ihr Leben komplett digital zu organisieren. KI wird in den nächsten Jahren für uns alle eine wichtige Rolle spielen. Wir müssen auch die Möglichkeiten der Mehrsprachigkeit nutzen. Da helfen uns digitale Lösungen enorm weiter. Das Anreizsystem der bevorzugten Behandlung nach freiwilliger Ersteinschätzung ist aus meiner Sicht nur ein erster kleiner Schritt.

Auch nach 2. Update

BDI fordert sofortige Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlas

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) hat die sofortige Abschaltung und eine grundlegende Überarbeitung des Bundes-Klinik-Atlas gefordert. Laut BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck führt auch das zweite Update, das am Donnerstag vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) online gestellt wurde, zu keinerlei Verbesserung. Im Gegenteil: Durch Simplifizierung sei der Nutzen des Atlas für Patientinnen und Patienten nicht mehr vorhanden.



©BDI

Auch das neue Update des Atlas bringt keine Verbesserung, sagte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

Der Klinik-Atlas müsse sofort abgeschaltet, grundlegend überarbeitet und erst dann den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden, forderte Neumann-Grutzeck. Nach Auffassung des Verbandes zeigt der Bundes-Klinik-Atlas symptomatisch, was in der Gesundheitspolitik aktuell falsch laufe: Neue Tools, Digitalprojekte oder Gesetzesentwürfe würden „völlig unausgereift und praxisfern“ auf den Markt gebracht. Auch das neue Update des Atlas bringe keine Verbesserung. Ganz im Gegenteil: Durch die massive Simplifizierung sei keinerlei Nutzen mehr für Patientinnen und Patienten vorhanden. Zudem würden viele Krankheitsbilder fehlen, kritisierte sie. So sei Diabetes beispielsweise komplett aus dem Atlas verschwunden.

„Die erste Version des Klinik-Atlas war kleinteilig und falsch, die aktuelle ist vereinfacht und nutzlos“, bekräftigte Dr. Kevin Schulte, BDI-Vizepräsident. Egal nach welcher Behandlung man suche, für das Krankenhaus werde immer global der gleiche Pflegepersonalschlüssel angegeben, sagte er. „Die Qualität bemisst sich jetzt nur noch danach, wie viele Pflegekräfte in den jeweiligen Kliniken arbeiten und wie viele Prozeduren durchgeführt werden“, bemängelte Schulte. Das werde dem Anspruch, Patientinnen und Patienten einen objektiven Einblick in die Versorgungsqualität von verschiedenen Krankenhäusern zu geben, in keiner Weise gerecht.

DKG: Klinik-Atlas endgültig gescheitert

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lässt auch nach dem zweiten Update kein gutes Haar an Lauterbachs Klinik-Atlas. „Der groß als ‚Transparenzoffensive‘ angekündigte Klinik-Atlas von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist mit seinem Neustart auch in der Light-Version endgültig gescheitert“, sagte der DKG-Vorsitzende Dr. Gerald Gaß. Auch er übte Kritik an der überschaubaren Liste der Erkrankungen, die der Atlas listet, und forderte die sofortige Abschaltung und einen kompletten Neustart mit wissenschaftlicher Expertise.

Es bleibe auch in dieser neuen Version dabei, dass der Laie vom Atlas automatisch auch weitentfernt in das Krankenhaus mit den höchsten Fallzahlen geleitet werde, selbst wenn er direkt vor seiner Haustür ein Krankenhaus mit minimal geringerer aber noch immer sehr hoher Fallzahl habe, beanstandete die DKG.

Gaß betonte erneut, dass die Bewertung der Behandlungsqualität im Krankenhaus ein hochkomplexer Vorgang sei. Patientinnen und Patienten sollen bei der Entscheidung für oder gegen eine Klinik lieber das vertrauensvolle Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin suchen sowie ergänzend eines der etablierten Krankenhausverzeichnisse zu Rate ziehen, empfahl Gaß.

Mitte Mai startete der Bundes-Klinik-Atlas des BMG. Der Klinik-Atlas soll die Bevölkerung über Leistungen und Behandlungsqualität von rund 1.700 Krankenhäusern in Deutschland informieren. Nach großer Kritik wurde gestern eine neue Version online gestellt. Kritikpunkte waren unter anderem fehlerhafte Fallzahlen, veraltete Daten sowie falsche Notfallstandorte. Bereits eine Woche nach dem Start gab es ein erstes Update.

Behandlungsqualität

Klinik-Atlas die Zweite: Überzeugt erst recht nicht

Die Schnelligkeit, mit der der Klinik-Atlas des Bundes Mitte Mai ans Netz ging, ließ die Schwere der Geburt zunächst nicht ahnen. Nun zeigt sich: Das Kind ist noch längst nicht über den Berg.

Veröffentlicht: 21.06.2024, 14:29 Uhr

Berlin. Auch die seit gestern freigeschaltete, abgespeckte Version des Bundes-Klinik-Atlas' findet in Fachkreisen kein Gefallen. Nach der Stiftung Patientenschutz (<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Runderneuerter-Klinik-Atlas-ist-online-450629.html?searchtoken=ExV20nDBaAlIYCFfBXBWfEVHCV4%3d&starthit=1>) bemängeln auch der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) sowie die Krankenhausgesellschaft (DKG), in Folge der Neuauflage sei das Informationsniveau eklatant gesunken.

„Durch die massive Simplifizierung ist keinerlei Nutzen mehr für Patientinnen und Patienten vorhanden“, urteilt etwa BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck in einer Verbandsmitteilung am Freitag. Zur Erläuterung: Die neue Version des Transparenzverzeichnisses listet nurmehr Fallzahlen zu 22 Indikationen der stationären Versorgung auf.

BDI: „Vereinfacht und nutzlos“

„Dem stehen rund 23.000 Behandlungen gegenüber, die in deutschen Krankenhäusern möglich sind“, moniert ebenfalls am Freitag die Krankenhausgesellschaft. Zu vielen verbreiteten Krankheiten würden interessierte Bürger nun via Bundes-Atlas nichts mehr in Erfahrung bringen können; exemplarisch nennt die DKG Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, COPD, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Augenleiden, Operationen am Rücken, Demenz und psychiatrische Erkrankungen.

„Die erste Version des Klinik-Atlas war kleinteilig und falsch, die aktuelle ist vereinfacht und nutzlos“, bekräftigt BDI-Vize Dr. Kevin Schulte. Ungeachtet der konkreten Indikation werde für jedes Haus die Pflegepersonalquote (Pflegekraft pro Patient) insgesamt angegeben. Schulte: „Die Qualität bemisst sich jetzt nur noch danach, wie viele Pflegekräfte in den jeweiligen Kliniken arbeiten und wie viele Prozeduren durchgeführt werden.“

DKG: „Nur für sehr wenige Menschen relevant“

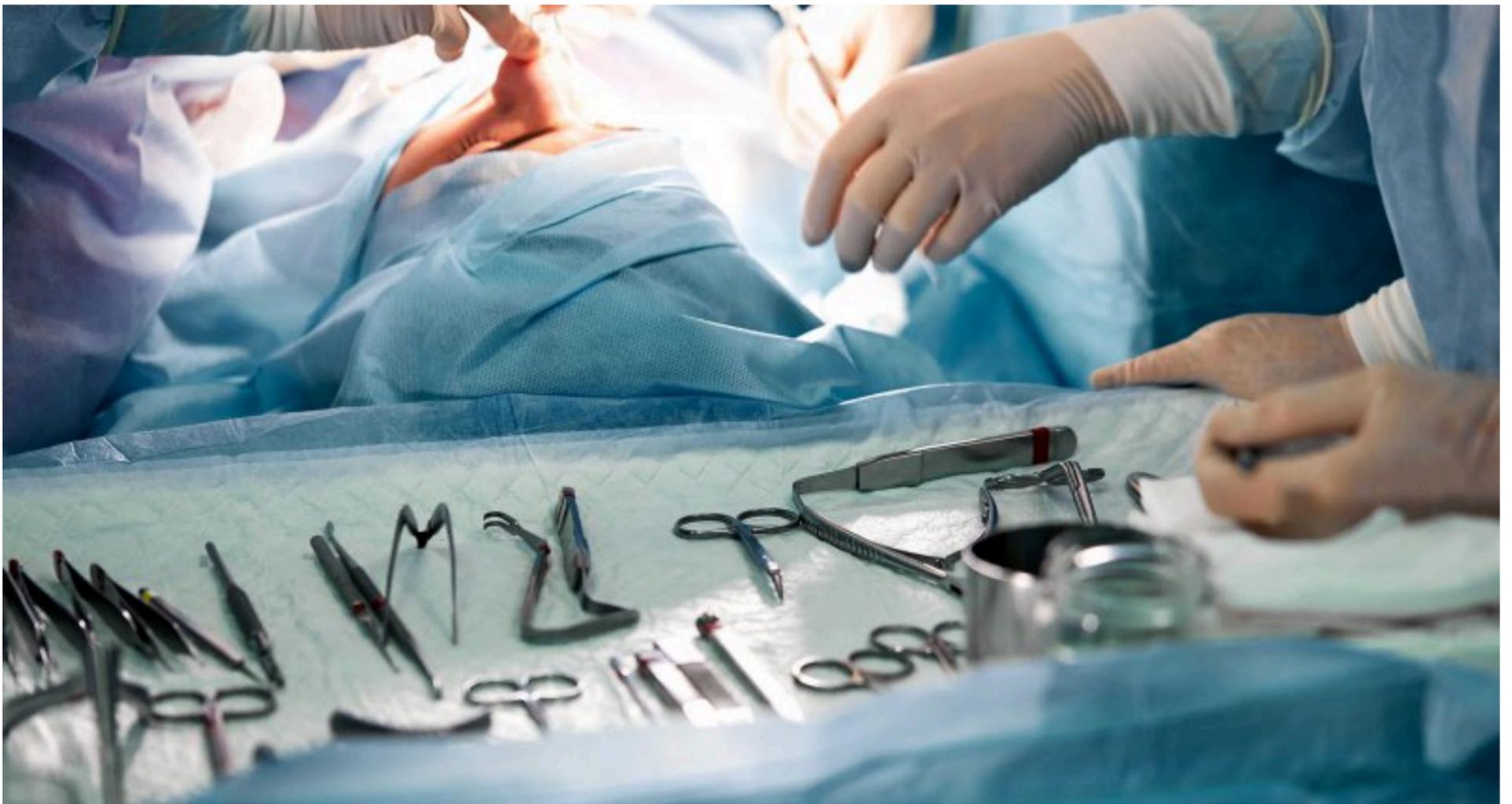
Damit werde das Verzeichnis seinem Anspruch „in keiner Weise“ mehr gerecht, Patienten „einen objektiven Einblick in die Versorgungsqualität verschiedener Krankenhäuser zu geben“. Der Atlas sei nun besser abzuschalten und „grundlegend“ zu überarbeiten, so die Forderung des BDI, bevor er reaktiviert wird.

Unterdessen unkt die DKG, angesichts dessen unterkomplexer Qualitätsdarstellung könnte es „sogar ein Glücksfall sein, dass der Atlas nun nur 22 Krankheiten listet, da er so nur für sehr wenige Menschen relevant ist“. Ein „kompletter Neustart mit wissenschaftlicher Expertise“ sei die einzig richtige Konsequenz. Oder der ergänzende Blick „in eines der etablierten Krankenhausverzeichnisse“, die – wie versichert wird –, „auch die echten Qualitätsdaten der Krankenhäuser beinhalten“. (cw)

Politik

Nach Update: Bundesklinikatlas mit neuer Übersichtsfunktion

Donnerstag, 20. Juni 2024



/Georgii, stock.adobe.com

Berlin – Der Bundesklinikatlas hat ein umfassendes Update erhalten und soll damit laienverständlicher werden. Die suchbaren Krankheiten und Behandlungen werden nun nicht mehr nach detaillierten OPS-Codes oder der ICD 10/11-Klassifikation gelistet, sondern in 20 wichtigsten Eingriffen zusammengefasst dargestellt. Diese würden bis zu 70 Prozent aller Patientenfälle ausmachen, hieß es dazu heute aus Kreisen des Bundesgesundheitsministeriums ([BMG](#)). Weitere zusammengefasste Bereiche seien demzufolge geplant.

So leitet der Atlas Patientinnen und Patienten auf seiner Webseite über Kacheln direkt auf einzelne Bereiche. Diese sind mit den Begriffen Herz, Lunge, Krebs, Knochen und Gelenke, Neurologie, Gynäkologie und Geburt sowie Gefäße betitelt.

Im Bereich der Herzmedizin können die Behandlungen Herzkatheter mit Stent, Bypassoperation am Herzen, Chirurgischer Herzklappenersatz und minimal-invasiver Herzklappenersatz ausgewählt werden. Für Krebsbehandlungen sind unter anderem Darmkrebs, Brustkrebs oder Prostatakrebs wählbar. Im Lungenbereich ist bislang lediglich die Behandlung Lungenentzündung vorhanden.

Bei den Gelenken fokussiert sich der Atlas auf das Wechseln und Einsetzen von Totalendoprothesen von Hüften und Knien. Gleichzeitig können auch allgemeine Informationen zu einzelnen Krankenhausstandorten abgerufen werden. Die Suche aller Erkrankungen und Behandlungen über ICD- und OPS-Codes ist hingegen nicht mehr verfügbar.

Der Atlas zeige nicht akzeptable, mangelhafte Spezialisierungen bei Krebseingriffen, hieß es heute weiter aus Ministeriumskreisen. Aber auch bei der Endoprothetik und bei der Kardiologie brauche es eine stärkere Spezialisierung. Zu viele Krankenhäuser würden die gleichen Leistungen übernehmen. Dadurch hätten viele Häuser zu geringe Fallzahlen, um einer differenzierten Versorgung gerecht zu werden. Der Bundesklinikatlas verdeutliche damit die Notwendigkeit der Krankenhausreform. Diese befindet sich derzeit im parlamentarischen Verfahren. Ein Gesetzentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) soll kommende Woche im Bundestag beraten werden.

Das Update mit den Änderungen hatte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) gestern bereits angekündigt. Den Bundesklinikatlas gibt es seit 17. Mai. Das Angebot, bereitgestellt vom BMG soll über die Qualität im stationären Bereich informieren. Direkt nach dem Start wurde aber Kritik von vielen Seiten deutlich, dass der Atlas für Laien unverständlich sei. Zudem bemängelten Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser fehlerhafte Daten und Angaben. Das BMG hatte in den vergangenen Wochen mehrere Updates vorgenommen, um die Daten zu korrigieren.

„Der groß als ‚Transparenzoffensive‘ angekündigte Klinik-Atlas von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist mit seinem Neustart auch in der Light-Version endgültig gescheitert“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Gerald Gaß. Den rund 20 im Atlas abgebildeten Erkrankungen stünden etwa 23.000 Behandlungen gegenüber, die in deutschen Krankenhäusern möglich seien. „Damit fehlen große und für die Bevölkerung hoch relevante Behandlungsangebote, für die der Lauterbach-Atlas keinerlei Erkenntnisse liefert“, sagte Gaß. Bürgerinnen und Bürger würden etwa nichts zu Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, COPD, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Augenleiden, Operationen am Rücken, Demenz, psychiatrische Erkrankungen und vielen anderen verbreiteten Erkrankungen erfahren.

Gaß zufolge bleibe es auch in der neuen Version dabei, dass der Laie vom Atlas automatisch auch weitentfernt in das Krankenhaus mit den höchsten Fallzahlen geleitet werde, selbst wenn er direkt vor seiner Haustür ein Krankenhaus mit minimal geringerer aber noch immer sehr hoher Fallzahl habe.

Auch Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) und praktizierende Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie kritisierte die „massive Simplifizierung“ des Bundesklinikatlas. Diese bringe keinen Nutzen für Patientinnen und Patienten. Viele Krankheitsbilder, wie etwa Diabetes, seien beispielsweise komplett aus dem Atlas verschwunden. © *cmk/aerzteblatt.de*

Umfrage

Deutsche immer unzufriedener mit Gesundheitssystem

Das Vertrauen ins deutsche Gesundheitssystem schwindet. Das zeigt eine Umfrage im Auftrag eines Pharma-Unternehmens. Vor allem eine Sache nervt die Patienten.



[©mangostock/adobe.stock.com](https://www.mangostock.com) Einer Umfrage zufolge sind viele Deutsche unzufrieden mit dem Gesundheitssystem.

Die Menschen in Deutschland sind einer Umfrage zufolge immer unzufriedener mit ihrem Gesundheitssystem. Mehr als zwei von drei Befragten (68 Prozent) kritisieren Probleme bei der Terminvergabe, und allgemeines Misstrauen gegenüber den politischen Entscheidungsträgern äußert eine Mehrheit von 59 Prozent, wie aus einer repräsentativen Umfrage des Instituts Human8 im Auftrag des Pharma-Unternehmens Stada hervorgeht. Für den Report wurden in 23 europäischen Ländern jeweils rund 2000 Menschen befragt.

Generell zufrieden mit der medizinischen Versorgung zeigen sich in Deutschland nur 64 Prozent. Das sind 16 Punkte weniger als bei der gleichen Umfrage aus dem Jahr 2020. In den Nachbarländern Schweiz (81 Prozent) und Österreich (72 Prozent) ist die Zufriedenheit höher. Dennoch liegt Deutschland über dem europäischen Durchschnitt in 23 Ländern mit 56 Prozent Zustimmung zum jeweiligen System.

Raum für Verbesserungen sehen die Bundesbürger bei einer verstärkten Produktion von Medikamenten im Inland anstelle von Importen (64 Prozent Zustimmung) oder der besseren Bezahlung des Personals im Gesundheitsbereich (46 Prozent). Wie im europäischen Schnitt zeigen 69 Prozent der Befragten Vertrauen in die Schulmedizin, zwei Prozentpunkte weniger als ein Jahr zuvor.

BDI vom Ergebnis nicht überrascht

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) ist von diesem Ergebnis nicht überrascht. Die Studie zeigt, dass die angespannte Situation der medizinischen Versorgung mittlerweile auch deutlich bei den Patientinnen und Patienten spürbar ist, schreibt der Verband in einer Mitteilung.

„Wir haben ein massives Versorgungsproblem – in Kliniken und Praxen. Und darauf weisen wir seit Jahren hin. Die Politik steht hier in der Verantwortung und muss endlich handeln“, fordert BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Ihr zufolge wird in Praxen und Kliniken schon lange am Limit gearbeitet.

Ein weiteres Problem sehe sie in der unzureichenden Vergütung: „Die Hausärzteschaft wird künftig nicht mehr budgetiert. Das ist ein wichtiger Schritt. Für weitere zusätzliche Kapazitäten in der Versorgung, die dringend benötigt werden, muss endlich auch eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistung erfolgen“, so Neumann-Grutzeck. Die monatelangen Wartezeiten auf Facharzttermine hätten weitere konkrete Ursachen, beispielsweise die Streichung der Neupatientenregelung im Januar 2023.

24.06.2024 10:31, Autor: dpa/mh, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/229538>

DKG und BDI sind mit Klinik-Atlas-Update unzufrieden

veröffentlicht am 24.06.2024

Der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** (DKG) reicht das am Ende der vergangenen Woche durchgeführte Update des Klinik-Atlas nicht aus, sie **fordert weiterhin die Abschaltung** des vom Bund finanzierten Transparenzverzeichnisses für Krankenhäuser. DKG-Vorstandschef **Gerald Gaß** kritisiert die *Reduktion auf 22 Erkrankungen*(<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/dkg-sieht-sich-in-kritik-am-klinik-atlas-bestaetigt>), denen rund 23.000 mögliche Behandlungen gegenüberstünden: „Damit fehlen große und für die Bevölkerung hoch relevante Behandlungsangebote.“ Darin sieht auch **Christine Neumann-Grutzeck**, Präsidentin des **Bundesverbands Deutscher Internistinnen und Internisten** e.V. (BDI), ein großes Problem: „Durch die massive **Simplifizierung** ist keinerlei Nutzen mehr für Patientinnen und Patienten vorhanden.“ Viele Krankheitsbilder wie Diabetes fehlen im Klinik-Atlas.

Auch erneuert Gaß seine *Kritik an den Tacho-Anzeigen*(<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/komplikationsrate-fehlt-auch-nach-update-im-klinik-atlas>), die den Nutzenden aufgrund dessen, wie häufig eine Operation in dem jeweiligen Haus durchgeführt wird und wie viele

pflegebedürftige Personen auf eine Pflegekraft kommen, einen Qualitätsüberblick geben sollen: „Die Bewertung der **Behandlungsqualität im Krankenhaus ist ein hochkomplexer Vorgang**, der sich nicht einfach auf zwei Tachonadeln reduzieren lässt.“ So täusche der Klinik-Atlas „mit irreführenden Tachografiken“ den „medizinischen Laien Objektivität vor“, so Gaß. „Das wird dem Anspruch, Patientinnen und Patienten einen **objektiven Einblick** in die Versorgungsqualität von verschiedenen Krankenhäusern zu geben, in keiner Weise gerecht“, ergänzt BDI-Vizepräsident **Kevin Schulte**.

So fordern sowohl DKG als auch BDI einen grundlegend überarbeiteten Neustart des Verzeichnisses mit wissenschaftlicher Expertise. Außerdem sollten Gaß Meinung nach „vertrauensvolle **Gespräche**“ **mit den behandelnden Ärzt:innen** bei der Krankenhausauswahl von Patient:innen nicht ganz aus dem Blick verloren gehen. *ibi*

GVSG

Primärärztliche Versorgungszentren kommen möglicherweise doch

Im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz könnten die Versorgungszentren möglicherweise doch noch eine Rolle spielen. Auch bei den Hybrid-DRG könnte es noch Bewegung geben, hieß es heute beim Hauptstadtkongress.



©änd/Bensch Weller: „Ich werde mir auch noch etwas einfallen lassen für die Hybrid-DRG, um dort wirklich Drive und Druck reinzubekommen.“

Die primärärztlichen Versorgungszentren könnten möglicherweise doch noch Bestandteil des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) werden. „Ich bin ziemlich sicher, dass dieses Instrument im parlamentarischen Verfahren wieder aufgegriffen wird“, sagte heute Michael Weller, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium, beim Hauptstadtkongress in Berlin. Angedacht war ursprünglich, die Zentren in das Gesetz aufzunehmen. In der aktuellen Version des Entwurfs tauchen sie aber nicht auf.

Änderungen in der Gesetzgebung sollte es nach Wellers Vorstellungen auch bei den Hybrid-DRG geben. „Ich werde mir auch noch etwas einfallen lassen für die Hybrid-DRG, um dort wirklich Drive und Druck reinzubekommen“, so Weller. Zehn Prozent der Krankenhausfälle könnten im ambulanten Bereich behandelt werden. Der Katalog, auf den sich die Partner der Selbstverwaltung geeinigt hätten, sei aber lediglich ein „Mini-Katalog“ gewesen. „Das sind vielleicht ein bis zwei Prozent der Ambulantisierung, die man schaffen könnte.“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband hatten sich im März auf eine Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalog geeinigt. Ab Anfang nächste Jahres enthält er zusätzlich zu den Leistungen aus dem 2024er-Katalog etwa 100 weitere Eingriffe, die mit einer Fallpauschale vergütet werden.

Mit einer stärkeren Ambulantisierung soll letztlich auch dem Fachkräftemangel unter Ärztinnen und Ärzten entgegengewirkt werden, der bei der Podiumsdiskussion auf dem Hauptstadtkongress im Mittelpunkt stand. Zwar nimmt die Zahl der Ärztinnen und Ärzte immer weiter zu. Ein immer größerer Teil arbeitet jedoch in Teilzeit. Zudem gehen in den kommenden Jahren viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand.

Ob primärärztliche Versorgungszentren die richtige Lösung in diesem Zusammenhang sind, stellte Jonas Bördner grundsätzlich infrage. Bördner ist Referent für Gesundheitspolitik und Recht der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVN). Man benötige keine Konzentration von Vertragsärzten in der ländlichen Region. Stattdessen sollte man sich mehr Gedanken darüber machen, wie man die Praxen ermutigen können, interdisziplinärer im Team und koordiniert miteinander zu arbeiten. Ein Teamzuschlag im EBM sei sinnvoll. „Wir müssen mehr Delegation wagen!“, so Bördner. Es müssten stärker neue Berufsgruppen, wie etwa Physician Assistants, im System etabliert und dafür die Vergütungsregeln angepasst werden. Praxen würden zwar bereits jetzt versuchen, sich interdisziplinärer aufzustellen. Man müsse aber zunächst einmal Geld in die Hand nehmen, um die Strukturen aufzubauen.

Ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus dem Publikum sprachen sich insbesondere auch für eine stärkere Steuerung der Patientinnen und Patienten aus, um mit dem Fachkräftemangel umzugehen. Dies komme zum Beispiel beim Gesetzentwurf zur Notfallversorgung zu kurz. Stattdessen würden die Strukturen weiter ausgebaut – etwa dadurch, dass jeden Tag in der Woche rund um die Uhr ein aufsuchender Notdienst eingerichtet werden soll.

Für die Steuerung der Patienten müsse man weiter die Hausärzte stärken, so der Tenor aus dem Publikum. Hierzu sollte beispielweise der Paragraph 75a des SGB V angepasst werden, schlug die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten, Christine Neumann-Grutzeck, vor. In dem Paragraphen ist die Förderung der Weiterbildung für den hausärztlichen Bereich in Praxen und MVZs geregelt. Bisher würden jedoch nur Allgemeinmediziner gefördert, kritisierte Grutzeck. Künftig sollten auch die Kinder- und Jugendärzte und die hausärztlichen Internisten dazu gehören, forderte sie. So würden sich möglicherweise mehr junge Ärztinnen und Ärzte dafür entscheiden, Hausärzte zu werden.

Ob die Förderung allein dafür sorgen wird, dass mehr Ärzte hausärztlich tätig sind, bezweifelte Dr. Julian Dilling. Er ist beim GKV-Spitzenverband unter anderem Sprecher der Krankenkassen im Unterausschuss Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Inzwischen würden 400 Millionen Euro für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ausgegeben. Die Zahl der Allgemeinmediziner sei dadurch zwar angestiegen, habe ein Gutachten des GKV-Spitzenverbands ergeben. Im Vergleich zu anderen Arztgruppen sei die Zahl der Allgemeinmediziner jedoch eher rückläufig. Statt mehr Geld auszuschütten, solle man deshalb eher darüber nachdenken, der Allgemeinmedizin im Medizinstudium einen höheren Stellenwert zu geben.

🔒 Gemeinsame Stellungnahme

Internisten zur Notfallreform: Politik muss rasch über INZ-Standorte entscheiden

Internistinnen und Internisten formulieren acht Vorschläge zum Umbau der Notfallversorgung. Eine Patientengruppe sei besonders in den Blick zu nehmen, appellieren Fachgesellschaften und Berufsverband.

Veröffentlicht: 28.06.2024, 11:17 Uhr



Überlastet, weil häufig unnötig beansprucht: Krankenhaus-Notaufnahme.

© Christian Charisius/dpa

Berlin. Internistische Fachgesellschaften und der Berufsverband der Internisten drängen auf eine rasche Umsetzung der Notfallreform. Das System der Notfallversorgung sei überlastet und durch Fehlsteuerung (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Zi-Chef-Stillfried-Brauchen-effektive-Steuerung-von-Patientenstroemen-450406.html?searchtoken=At%2f16hebkQShl1SNdxzelkE8CC8%3d&starthit=10>) gekennzeichnet, heißt es in einer am Freitag verbreiteten Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI).

Ein Umbau tue daher dringend not. Dabei seien die Standorte für die Integrierten Notfallzentren (INZ) als Herzstück der Notfallbehandlung möglichst schnell zu benennen. „Wichtig ist, für den stationären Bereich rasch zu prüfen und zu entscheiden, an welchen Kliniken ein INZ bereits vorhanden ist, bleiben oder auch eingerichtet werden sollte“, sagte DGIM-Präsident Professor Jan Galle.

Wie mit hoher Zahl älterer Patienten umgehen?

Der Kölner Intensivmediziner und Past-Präsident der DGIN, Professor Christian Karagiannidis, erklärte, die Öffnungszeiten der von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) betriebenen Notfallpraxen an den INZ seien so zu wählen, dass keine Doppelstrukturen entstünden. „Zentral ist, dass es niedrighschwellige Zugangsmöglichkeiten und eine einheitliche Kommunikation dieser Öffnungszeiten in die Bevölkerung gibt.“

Überdies brauche es Strategien, wie mit einer zunehmenden Zahl

([https://www.aerztezeitung.de/Politik/Intensivmediziner-Karagiannidis-Viele-aeltere-Menschen-unnoetig-in-der-Notaufnahme-behandelt-449279.html?](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Intensivmediziner-Karagiannidis-Viele-aeltere-Menschen-unnoetig-in-der-Notaufnahme-behandelt-449279.html?searchtoken=MeYNrKPQotB2UL0xNItjAEO1ruU%3d&starthit=4)

[searchtoken=MeYNrKPQotB2UL0xNItjAEO1ruU%3d&starthit=4](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Intensivmediziner-Karagiannidis-Viele-aeltere-Menschen-unnoetig-in-der-Notaufnahme-behandelt-449279.html?searchtoken=MeYNrKPQotB2UL0xNItjAEO1ruU%3d&starthit=4)) älterer Patienten in den Notaufnahmen umzugehen sei. Ein Primärarztsystem, das eine Notfallversorgung gerade der Alten- und Pflegeheime abdecke, sei „ein wesentlicher Schlüssel, um die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung sicherzustellen und Überlastungssituationen in den Notaufnahmen abzuwenden“, sagte DGIN-Präsident Professor Matthias Kochanek.

Ein weiterer Schlüssel zur Versorgung älterer Menschen sei der Grundsatz „treat@home“, also die Behandlung in der häuslichen Umgebung. „Dafür ist es unabdingbar, den Rettungsdienst als eigenes Leistungssegment in das Sozialgesetzbuch V zu überführen, damit eine Behandlung vor Ort abschließend durchgeführt und auch vergütet werden kann“, so der Kölner Intensivmediziner.

Neumann-Grutzeck: 24/7-Angebot nicht zu stemmen

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck kritisierte an den Notfallplänen

(<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Notfallreform-Lauterbach-nimmt-KVen-und-ausgewaehlte-Kliniken-in-die-Pflicht-450200.html#>) des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), dass das darin vorgesehene ambulante notfalldienstliche 24/7-Angebot mit Akutleitstelle, aufsuchendem Dienst und Telemedizin mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen nicht zu stemmen sei. Mehr noch: Mit einer telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaft 24/7 werde eine Parallelstruktur zur vertragsärztlichen Versorgung aufgebaut, der damit personelle Ressourcen entzogen würden, sagte Neumann-Grutzeck.

Ähnlich lautende Einwände hatten zuvor bereits Kassenärztliche Bundesvereinigung (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Sorgenkind-Notfallversorgung-KBV-bewertet-Reformplaene-als-mangelhaft-450818.html?searchtoken=zZ4BjuOApbq9Cm5STm0pWy22u1w%3d&starthit=4>) (KBV) und der Hausärztinnen- und Hausärzteverband vorgetragen. Das BMG hatte Mitte dieser Woche zu einer Verbändeanhörung zur Notfallreform eingeladen.

Erhebungen zufolge suchen etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit Bagatellerkrankungen die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf – sie könnten ebenso gut von Hausärzten oder vom ärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt werden. In der vergangenen Legislaturperiode war eine Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes gescheitert. *(hom)*

Ärzteschaft

Internisten wollen Änderungen bei geplanter Notfallreform

Freitag, 28. Juni 2024



/morganka, stockadobecom

Wiesbaden/Berlin – Die Pläne der Notfallreform aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) müssen dringend überarbeitet werden, finden mehrere Ärzteorganisationen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ([DGIM](#)), die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin ([DGIIN](#)) und der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten ([BDI](#)) in einer [Stellungnahme](#) acht konkrete Verbesserungsvorschläge vorgelegt.

Unter anderem ist es aus Sicht von DGIM, DGIIN und BDI zwingend erforderlich, zeitnah eine Entscheidung über die angedachten Standorte der Integrierte Notfallzentren (INZ) zu treffen.

„Wichtig ist dabei, für den stationären Bereich rasch zu prüfen und zu entscheiden, an welchen Kliniken ein INZ bereits vorhanden ist, bleiben oder auch eingerichtet werden sollte“, sagte DGIM-Präsident Jan Galle. Die Öffnungszeiten der KV-Praxen in den INZ müssten zudem so gewählt sein, dass keine unnötigen Doppelstrukturen geschaffen würden.

Darüber hinaus ist es nach Meinung der Fachgesellschaften zwingend notwendig, bei der Vernetzung der Rufnummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 mit der Notrufnummer 112 aus Qualitätsgründen standardisierte Erstabfragen in Form von Checklisten durchzuführen.

Ein weiterer Änderungspunkt betrifft die Versorgung älterer Menschen: Ein zentraler Schlüssel dafür sei „[treat@home](#)“, also die Behandlung in der häuslichen Umgebung. „Dafür ist es unabdingbar, den Rettungsdienst als eigenes Leistungssegment in das SGB-V zu überführen, damit eine Behandlung vor Ort abschließend durchgeführt und auch vergütet werden kann“, betonte DGIIN-Präsident Matthias Kochanek.

Zum Thema Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wünschen sich DGIM, DGIIN und BDI eine Regelung, die bei Zuweisung von Notfallpatienten durch den Rettungsdienst für Notaufnahmen in Krankenhäusern mit INZ vorstationäre Vergütung ermöglicht.

„Unbeantwortet bleibt bislang auch die Frage, mit welchen Mitteln – personell und finanziell – ein 24/7-Angebot mit Akutleitstelle, aufsuchendem Dienst, und Telemedizin umgesetzt werden soll“, erklärte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

Das sei mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen aktuell nicht möglich. „Mit einer telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaft 24/7 wird eine Parallelstruktur zur vertragsärztlichen Versorgung aufgebaut, der damit personelle Ressourcen entzogen werden.“ Das würde eine erhebliche Schwächung der ambulanten Versorgung bedeuten, so Neumann-Grutzeck. © hil/sb/aerzteblatt.de

Stellungnahme zu Notfallgesetz

Internistische Verbände sprechen sich für Primärarztsystem aus

Über die Einführung eines Primärarztsystems zur besseren Patientensteuerung wird in letzter Zeit wieder häufiger diskutiert. Für ein solches sprechen sich auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) aus. Es ist einer von acht Vorschlägen, die sie mit ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum geplanten Notfallgesetz vorlegen.



©BDI_Die

Einführung einer 24/7-Akuteleitstelle sei „mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen aktuell nicht möglich“, sagt BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

Die Reform zur Notfallversorgung sei zwar zu begrüßen, es seien jedoch Verbesserungen am aktuellen Referentenentwurf notwendig, betonen DGIM, DGIIN und BDI. An welchen Stellen sie Änderungsbedarf sehen, zeigen sie in einer Stellungnahme, die acht konkrete Vorschläge enthält.

So schlagen die Vertreterinnen und Vertreter der Inneren Medizin zum Beispiel die **Einführung eines Primärarztsystems** zur Patientensteuerung vor. Denn in die Notaufnahmen kämen zunehmend alte und hochbetagte Patientinnen und Patienten. „Ein Primärarztsystem, das eine Notfallversorgung gerade der Alten- und Pflegeheime abdeckt, ist daher ein wesentlicher Schlüssel, um die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung sicherzustellen und Überlastungssituationen in den Notaufnahmen abzuwenden“, sagt DGIIN-Präsident Prof. Matthias Kochanek.

Ein weiteres zentrales Instrument zur Versorgung älterer Menschen sei deren **Behandlung in ihrer häuslichen Umgebung** (kurz: „treat@home“). „Dafür ist es unabdingbar, den Rettungsdienst als eigenes Leistungssegment in das SGB-V zu überführen, damit eine Behandlung vor Ort abschließend durchgeführt und auch vergütet werden kann“, sagt der Kölner Intensivmediziner.

Zu den Integrierten Notfallzentren (INZ), die laut der Gesetzespläne künftig das Herzstück der Notfallbehandlung sein sollen, sagt DGIM-Präsident Prof. Jan Galle: „Wir halten dies grundsätzlich für eine richtige Entscheidung.“ Die Entscheidung über die **INZ-Standorte** müsse jetzt zeitnah erfolgen. „Wichtig ist dabei, für den stationären Bereich rasch zu prüfen und zu entscheiden, an welchen Kliniken ein INZ bereits vorhanden ist, bleiben oder auch eingerichtet werden sollte“, so Galle.

Die **Öffnungszeiten der KV-Praxen in den INZ** müssten außerdem so gewählt sein, dass keine unnötigen Doppelstrukturen geschaffen würden. „Zentral ist, dass es niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten und eine einheitliche Kommunikation dieser Öffnungszeiten in die Bevölkerung gibt“, mahnt DGIIN-Past-Präsident Prof. Christian Karagiannidis an.

Für eine bessere Patientensteuerung sieht der Gesetzentwurf vor, die Rufnummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 sowie die Notrufnummer 112 zu vernetzen. DGIM, DGIIN und BDI betonen, dass dabei aus Aspekten der Qualitätssicherung **standardisierte Erstabfragen in Form von Checklisten** zwingend notwendig seien.

Auch das neu angedachte **Verfahren zur Ersteinschätzung** sei grundsätzlich ein wichtiges Instrument, so DGIM, DGIIN und BDI. Es müsse jedoch zunächst validiert und dann vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedet werden.

Weiter weisen die Vertreterinnen und Vertreter der Inneren Medizin darauf hin, dass die **Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern** über den EBM im Moment nicht kostendeckend möglich sei, da die Kosten der Vorhaltung nicht abgebildet seien. Es bedürfe deshalb einer Regelung, die bei Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten durch den Rettungsdienst für Notaufnahmen in Krankenhäusern mit INZ eine andere, zum Beispiel eine vorstationäre Vergütung ermögliche, betonen die drei Verbände.

Auch die vorgesehene **Einführung einer sogenannten Akutleitstelle**, die eine notdienstliche Akutversorgung rund um die Uhr sicherstellen soll, ist Thema in der Stellungnahme. Die Frage, mit welchen Mitteln – personell und finanziell – ein 24/7-Angebot mit Akutleitstelle, aufsuchendem Dienst, und Telemedizin umgesetzt werden solle, bleibe im Gesetzentwurf unbeantwortet, kritisieren DGIM, DGIIN und BDI. „Das ist mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen aktuell nicht möglich“, sagt BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Sie warnt: „Mit einer telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaft 24/7 wird eine Parallelstruktur zur vertragsärztlichen Versorgung aufgebaut, der damit personelle Ressourcen entzogen werden. Das würde eine erhebliche Schwächung der ambulanten Versorgung bedeuten.“