

# Pressespiegel

## Inhalt | Ausgabe BDI Hauptstadtforum 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**Neumann-Grutzeck: „Weiterbildung muss transparent, planbar, vergütet sein“**

Ärzte Zeitung – 08. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**Smetak: „Richtige Steuerung schafft freie Facharzttermine**

Ärzte Zeitung – 08. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**BDI-Präsidentin Neumann-Grutzeck: Sorge vor der kalten Strukturbereinigung**

Ärzte Zeitung – 08. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**Internistinnen und Internisten werben für stärkere Patientensteuerung**

Ärzte Zeitung – 08. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**Internisten für bedarfsgerechte Steuerung von Patientenströmen**

Deutsches Ärzteblatt – 8. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**„Länder müssen aufhören, auf Zeit zu spielen“**

Ärzte Zeitung – 10. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**„Mindeststrukturvoraussetzungen entscheiden über Reformqualität“**

Tagesspiegel Background – 11. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**„Finanzierung der ambulanten Weiterbildung muss geregelt werden“**

Ärzteblatt – 12. September 2023

### **BDI Hauptstadtforum**

**„Brauchen Transparenz, Planungssicherheit und ausreichende Finanzierung“**

Medical Tribune – 12. September 2023

BDI-Positionspapier

## Neumann-Grutzeck: „Weiterbildung muss transparent, planbar, vergütet sein“

**Mehr ambulant, weniger stationär. Das gilt auch in der Weiterbildung. Doch die Rahmenbedingungen hinken dem Strukturwandel hinterher. Der Berufsverband der Internistinnen und Internisten (BDI) bezieht nun Position und fordert extrabudgetäre Honorarzuschläge für ambulante Weiterbildung.**



BDI-Chefin Christine Neumann-Grutzeck plädiert für Transparenz und Planbarkeit bei der Weiterbildung.

©am/änd

„Es wird auf lange Sicht nicht mehr möglich sein, sämtliche Bereiche, die an Prozeduren und Erkrankungsbildern in der Weiterbildung gefordert sind, in einem Krankenhaus lernen zu können“, sagte BDI-Chefin Christine Neumann-Grutzeck am Freitag in Berlin. In fast allen Fachgebieten verlagere sich das Leistungsgeschehen in den ambulanten Bereich, heißt es in dem BDI-Positionspapier. Das bilde sich bereits im Zuschnitt von Krankenhausabteilungen ab: So seien insbesondere die internistischen Schwerpunkte Angiologie, Rheumatologie, Endokrinologie und Diabetologie mittlerweile fast vollständig aus der stationären Versorgung verschwunden. Von der mit der Krankenhausreform angestrebten Zentralisierung und Leistungskonzentration erwartet der BDI eine weitere Verschärfung dieser Tendenz. „Damit auch in Zukunft ausreichend Ärztinnen und Ärzte auf dem erforderlichen Qualifikationsniveau verfügbar sind, müssen Bund und Länder die ärztliche Aus- und Weiterbildung grundsätzlich bei allen Reformvorhaben von Anfang an mitdenken“, fordert der Berufsverband. Struktur und Inhalte der Weiterbildung sieht er aber in

der Hoheit der Ärztekammern.

Der Deutsche Ärztetag habe mit der Weiterbildungsreform 2018 bereits Wege geschaffen, mehr ambulante Weiterbildung zu ermöglichen, so Neumann-Grutzeck. Nötig seien aber weitere Maßnahmen. „Weiterbildung muss transparent, planbar, vergütet sein“, sagte Neumann-Grutzeck. Sie vertrat die Auffassung: „Wir werden die Weiterbildung viel flächendeckender im ambulanten Bereich brauchen und wir wollen sie nicht nur in Medizinischen Versorgungszentren, sondern auch beim niedergelassenen Arzt in der Praxis.“ Das sei auch nötig, weil in Zukunft mehr ambulant als stationär versorgt werden soll.

Doch es fehle eine adäquate Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich, so Neumann-Grutzeck. Durch den Budgetdeckel und den geforderten Facharztstatus sei das extrem schwierig. „Die Leistungen der Weiterzubildenden müssten auch über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechenbar sein“, sagte sie.

Der BDI wende sich weniger auf eine Finanzierung durch die Krankenkassen, sondern auf neue gesetzliche Rahmenbedingungen. Eine kurzfristige Lösung sei der Ausbau bestehender Förderprogramme (nach §75a SGB V). „Langfristig werden diese Insellösungen in einem sektorenübergreifenden System diesem Anspruch aber nicht gerecht“, heißt es in der aktuellen BDI-Position. Der Verband spricht sich zudem dafür aus, im Kontext von Weiterbildung im ambulanten Bereich nicht mehr Facharztstatus, sondern Facharztstandard gelten zu lassen. „Unter der Prämisse, dass Weiterzubildende für bestimmte Leistungen den Facharztstandard gewährleisten können, sollten Praxen, die weiterbilden, zukünftig extrabudgetäre Honorarzuschläge erhalten“, so die Position des BDI. Zu finanzieren sind diese Zuschläge nach Vorstellungen des BDI-Vorstands am besten durch ein Stiftungsmodell, an dem Bund und Krankenkassen sich beteiligen.

Neumann-Grutzeck forderte aber auch: „Weiterzubildende brauchen Transparenz.“ Sie müssten erkennen können, wo sie welche Teile ihrer Weiterbildung absolvieren können. Der BDI fordert die Kammern daher auf, die Befugnisverzeichnisse um eine Darstellung der erlernbaren Kompetenzen zu ergänzen.

Nötig sei zudem eine Vernetzung zwischen ambulant und stationär. „Ziel muss sein, dass junge KollegInnen schnell ihre Weiterbildung absolvieren können, damit sie dann auch der Versorgung zur Verfügung stehen.“ Es sei nötig, sektorenübergreifend und „an der ein oder anderen Stelle“ auch kammerübergreifend Weiterbildungsverbünde zu schaffen. Der BDI fordert in seinem Positionspapier die Kammern auf, flächendeckend sektoren- und kammerübergreifende Verbundweiterbildungen zuzulassen.

BDI-Hauptstadtforum

## Smetak: „Richtige Steuerung schafft freie Facharzttermine“

**Mehr Patientensteuerung gilt als ein Instrument, um Versorgung angesichts knapper werdender Ressourcen gut zu organisieren. Aber wer soll die Patienten wie steuern, und ist das dann das Ende der freien Arztwahl? Das diskutierte das BDI Hauptstadtforum am Freitag. Erstaunlich einig zeigten sich Internisten- und Hausärzteverband.**



BDI-Vize Dr. Norbert Smetak will grundversorgende Fachärzte als Primärärzte steuern lassen.

©am/änd

„Wir haben ein sehr komplexes Gesundheitswesen“, sagte Dr. Norbert Smetak vom Vorstand des Berufsverbands der Internistinnen und Internisten (BDI). Deshalb sei Patientensteuerung nötig, um den Patienten in die richtige Versorgungsstruktur zu bekommen. „Fehlender Mut von Politik und Selbstverwaltung“ sind nach Smetaks Einschätzung dafür verantwortlich, dass trotz jahrelanger Forderungen in diese Richtung bislang wenig passiert sei. Patientensteuerung gebe es bisher praktisch nur im Rahmen von hausarztzentrierter Versorgung (HZV).

Als Gatekeeper betrachtet Smetak dabei aber nicht nur die Hausärzte. „Wir stellen uns durchaus vor, dass neben Hausärzten auch grundversorgende Fachärzte die Steuerung übernehmen können. Die Anlaufstelle sind die Ärzte, bei denen der Patient grundlegend versorgt wird“, sagte Smetak. Wichtig sei zudem, dass Versorgungspfade klar definiert sind. „Wenn wir eine richtige Steuerung haben, sind auch bei den Fachärzten wieder Termine frei“, meint Smetak. Den Erfolg der HZV in Baden-Württemberg

führt er auf klar definierte Behandlungspfade zurück und darauf, dass sie verknüpft ist mit den Facharztstrukturen. „Die Verknüpfung zwischen Hausarzt und Facharzt bewirkt eine Verbesserung der Versorgung“, sagte Smetak. Der BDI fordert deshalb, verbindliche Versorgungspfade, bei denen Haus- oder Fachärzte die Betreuung übernehmen. Dafür seien aber auch andere Anreize in der Vergütung nötig. Neben der Entbudgetierung fordert der BDI daher, „dass bestehende Fehlanreize im Honorarsystem und Fehlsteuerung abgeschafft werden“, wie es in einem neuen BDI-Positionspapier heißt.



HÄV-Chef Dr. Markus Beier will Fehlanreize in der Vergütung beseitigen.

©am/änd

### **HÄV-Chef Beier: „EBM überschwemmt die Versorgung“**

Radikaler formulierte Hausärztesverbandschef Dr. Markus Beier diese Forderung bei einer Podiumsdiskussion im Rahmen des BDI-Hauptstadtforums. „Wir brauchen eine EBM-Reform, die eine echte Reform ist, Strukturpauschalen, Teampauschalen und ein einfaches Anreizsystem für die Hausarztzentrierte Versorgung“, sagte er. Der jetzige EBM sei „nicht geeignet um zu steuern“, er sei vielmehr „eine gnadenkose Ressourcenverschwendung, wo Chroniker zweimal im Quartal gesehen werden müssen“. Primärärzte müssten anständig honoriert werden „und nicht dadurch, dass sie durch ihre Praxen Patienten durchlaufen lassen“, forderte er. Er warnte vor einer Entbudgetierung ohne grundlegende EBM-Reform. „Jetzt ist das System überschwemmt von einer strukturellen EBM-Last“, sagte Beier. „Würden wir für den hausärztlichen Bereich eine Entbudgetierung bekommen, dann wäre das eine Katastrophe für die Internisten und Hausärzte.“ Entbudgetierung sei nicht gleich Entbudgetierung. In einem einfachen unbürokratischen System mit hausärztlicher Steuerung sei sie jedoch sinnvoll.

Beier übte scharfe Kritik an den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums, die Finanzierung für Delegationsleistungen im Bewertungsausschuss festlegen zu lassen. „Das wird ein Wahnsinn. Hier in eine Einzelbewertungsdiskussion abzudriften wird die Selbstverwaltung nur behindern und Jahre dauern“, sagte er. Nötig seien Pauschalen für die Teamleistung.

Beier sprach sich aber gegen ein verpflichtendes Primärarztsystem aus. Er vertrat die Auffassung, „dass ein Zwangssystem sicher zu mehr Verwerfungen führen würde“. Nötig sei es positive Anreize für Patienten und Versicherte zur Teilnahme zu schaffen.

Die Forderung der Internisten, auch grundversorgende Fachärzte als Primärärzte zuzulassen, unterschrieb er nur zum Teil: „Es gibt im internistischen Bereich auch Grundversorgung im gebietsfachärztlichen Bereich. Aber es gibt keine grundversorgenden Orthopäden, grundversorgenden Urologen oder grundversorgenden Augenärzte“. Wesentliches Merkmal von Grundversorgung sei unter anderem das Medikationsmanagement. „Das können Hausärzte und Internisten, aber das können keine konservativen Orthopäden“, sagte Beier.

### **IKK-Chefin Hillig: „Versicherten müssen Weg zum Facharzt bekommen“**

Ann Hillig, Vorständin der IKK gesund plus, die 450.000 Menschen im Raum Sachsen-Anhalt versichert, sieht die Hausärzte in einer ganz zentralen Rolle und kann sich vorstellen, dass die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz 1 geplanten primärärztlichen Zentren in Sachsen-Anhalt einen Mehrwert bringen. Es gelte darüber nachzudenken, wie man Versorgung so gestalten könne, dass die Ausgaben nicht weiter steigen. „Wir haben ein sehr teures System, das kommt aber auch nicht hundertprozentig bei den Versicherten an“, sagte Hillig. Wichtig sei, dass der Hausarzt oder die primärärztlichen Zentren ein gutes Eingangstor sind. „Für uns ist es wichtig, dass der Versicherte die Möglichkeit hat, den Weg zum Facharzt zu bekommen“, sagte sie. Ein verpflichtendes Primärarztsystem kann sie sich nicht vorstellen. „Über Wahltarife kann man das sicher anbieten“, so Hillig.



Brandenburgs Gesundheitsministerin Nonnemacher will primärärztliche Steuerung zum Normalfall machen.

©am/änd

### **Landesgesundheitsministerin Nonnemacher: „Primärarztsystem sollte Main Road sein“**

Die Brandenburger Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher (Bündnis 90/Grüne) hält Primärarztsysteme für extrem relevant. Case- und Care-Management gewinne in einer alternden Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. „Es sollte vielleicht the Main Road werden, dass man über ein Primärsystem geht“, sagte sie. Sie stimmte auch dem BDI-Vorschlag zu, bestimmte Fachärzte als Primärärzte zuzulassen. „Ich gebe ihnen recht, dass man bei bestimmten chronischen Erkrankungen nicht das Kind mit dem Bade ausschüttet“, sagte sie.

Nonnemacher machte deutlich, dass sie in Primärarztzentren eine deutliche Chance für ihr Bundesland sieht. Im ersten Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz vermisste sie aber weitere Instrumente um die sektorübergreifende Versorgung und ambulant stationäre Zentren weiterzuentwickeln und abzusichern.

Außerdem forderte sie einen Transformationsfonds: „Wir sehen, dass wir eine riesige Notwendigkeit haben, schwerwiegende Transformationsprozesse im Gesundheitswesen mit Transformationsfonds zu begleiten“, sagte sie und zeigte sich diesbezüglich enttäuscht von der gestrigen Haushaltsdebatte im Bundestag. Ihr Fazit: „Es wird kein Geld und kein Manna vom Himmel fallen. Und deshalb ist Ressourcenschonung und Qualitätsverbesserung durch Prozessstraffung ein absolutes Thema.“





BDI-Vorstand Dr. Kevin Schulte will mehr Planungssicherheit.

©am/änd

### **Schulte: „Klinik-Insolvenzen sind kalkuliert“**

Dass von Seiten des Bundes kein Transformationsfonds zur Begleitung der Krankenhausreform vorgesehen ist, kritisierte im Vorfeld des BDI-Hauptstadtforums auch Vorstandsmitglied Dr. Kevin Schulte. Es sei „extrem besorgniserregend, dass sich jetzt der Bund sich einen schlanken Fuß macht, diesen Transformationsprozess finanziell zu unterstützen“, sagte er am Freitagmorgen. Schulte fürchtet, „dass das Versprechen der Politik den Krankenhausbereich planerisch zu bereinigen, nicht gehalten werden wird“. Er rechne vielmehr damit, dass die Strategie des Ausdünnens fortgeführt wird und hält es für kalkuliert, dass Krankenhäuser eine Insolvenzwellen erleben. Dem entgegen forderte er: Planungssicherheit. Diese sei nötig, um künftigen Herausforderungen gerecht zu werden, etwa der notwendigen und gewollten Verzahnung von ambulant und stationär. „Wenn man 20 Prozent der Betten abbaut, ist es unabdingbar, ambulante Strukturen auszubauen und zu wissen, welches Krankenhaus noch Bestand hat“, sagte Schulte.

## BDI-Präsidentin Neumann-Grutzeck: Sorge vor der kalten Strukturbereinigung

Aus dem Deutschen Internistentag ist in diesem Jahr das BDI Hauptstadtforum geworden. Auf dem Gesellschaftsabend zur Eröffnung warnt BDI-Präsidentin Christine Neumann Grutzeck vor einer kalten Strukturbereinigung bei Kliniken. Und in den Praxen sieht es nicht viel besser aus.

Veröffentlicht: 08.09.2023, 08:20 Uhr



Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), und Keynote-Speaker Dr. Ijad Madisch, CEO der Forscher-Plattform ResearchGate, beim Pre-Opening des BDI Hauptstadtforums über den Dächern von Berlin. Der erfolgreiche Start-up-Gründer Madisch sprach über Digitalisierung und Innovationskultur im Gesundheitswesen.

© ger

**Berlin.** Die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), Christine Neumann-Grutzeck, hat beim Gesellschaftsabend zur Eröffnung des BDI Hauptstadtforums am Donnerstag eine „wirkliche Klinikreform“ angemahnt.

„Unsere größte Sorge ist, dass es keine echte Reform geben wird und dass wir stattdessen eine kalte Strukturbereinigung im Kliniksektor bekommen“, warnte Neumann-Grutzeck in Berlin.

Bereits heute „sehen wir Krankenhäuser verschwinden, weil sie in die Insolvenz gehen“, so die Internistin weiter. Und auch „im chronisch unterfinanzierten ambulanten Bereich“ müsse etwas getan werden, sonst drohe auch dort eine kalte Strukturbereinigung. Sie verwies auf den Krisentag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Gassen-warnt-vor-Verramschen-ambulanter-Strukturen--442119.html>) im August.



## **„Versorgungspfade“ nötig**

Angesichts der sich auftürmenden Probleme einer alternden Gesellschaft beschrieb die BDI-Präsidentin eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten als eines der Hauptanliegen des BDI: „Wir werden das Versprechen nicht halten können, dass Patienten alles bekommen, was sie wollen – und das 24/7“, so Neumann-Grutzeck weiter.

Stattdessen seien „Versorgungspfade“ nötig, die Patientinnen und Patienten so steuern, dass sie zur richtigen Zeit an die richtige Stelle kommen. So könnten die knapper werdenden Ressourcen sinnvoll genutzt werden. *(ger)*

## Internistinnen und Internisten werben für stärkere Patientensteuerung

Es braucht neue Voraussetzungen und Strukturen, um Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem zu lotsen, betont der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten. In einem Positionspapier spricht sich der BDI etwa für verbindliche Versorgungspfade aus.

Veröffentlicht: 08.09.2023, 10:56 Uhr



Versorgungsgeschehen im Blick (v.r.): BDI-Vize Dr. Kevin Schulte, BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck und BDI-Vize Dr. Norbert Smetak bei einer Presseveranstaltung zum BDI-Hauptstadtforum am Freitag.

© Benjamin Lassiwe

**Berlin.** Eine stärkere Steuerung im ambulanten Gesundheitswesen fordert der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI).

In einem Positionspapier (<https://www.bdi.de/themen-und-politik/politik/positionen/artikel/patientensteuerung/>), vorgestellt beim BDI-Hauptstadtforum 2023, spricht sich die Ärzteorganisation für eine verbindliche Ersteinschätzung in der Notfallversorgung, verbindliche Versorgungspfade, eine bedarfsgerechte ärztliche Zuweisung von Patienten in Krankenhäuser mit indikationsgerechten Versorgungsschwerpunkten sowie für ein sektorenübergreifendes, digitales Entlassmanagement aus.

„Uns geht es um die Frage: Wie können wir immer komplexere Krankheitsbilder noch so in den Griff bekommen, dass es finanziell und von den Strukturen her tragbar ist“, sagte der erste Vizepräsident des BDI, Dr. Norbert Smetak, am Freitag vor Journalisten in Berlin.

Aus Sicht des BDI sollten außer Hausärzten und der hausarztzentrierten Versorgung auch grundversorgende Fachärzte eine Steuerung bei chronisch kranken Patienten übernehmen. Dies gelte etwa für Kardiologen oder Nephrologen und sollte für Patienten verbindlich sein, so Smetak.

„Wenn man eine richtige Steuerungsfunktion hat, sind auch mehr Termine frei.“

## **Smetak: „Nicht mehr alles zu jeder Zeit“**

Man müsse sich in der Medizin von dem Gedanken verabschieden, dass zu jeder Zeit alles zur Verfügung stehe. Smetak kritisierte, dass es in Politik und Selbstverwaltung am Mut fehle, neue Wege zu gehen. So sei etwa die Entbudgetierung der Hausärzte (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/BMG-Entbudgetierung-hausaerztlicher-Leistungen-in-Vorbereitung-441970.html>) eine Forderung des Koalitionsvertrags der Ampelkoalition. „Es tut sich aber nichts“, sagte Smetak. „Es fehlt schlicht an der Entscheidungsfreude der Politik und der mangelnden Bereitschaft der Kassen, neue Wege mitzugehen.“

In einem weiteren Positionspapier äußerte sich der BDI zur Zukunft der Weiterbildung. Sie werde künftig verstärkt ambulant stattfinden, sagte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. „Es wird auf lange Sicht nicht mehr möglich sein, sämtliche Bereiche, die in der Weiterbildung gefordert werden, in einem Krankenhaus ambulant zu erlernen.“

Die Ärzteschaft habe hierauf schon 2018 mit der Neufassung der Musterweiterbildungsordnung reagiert. In ihrem Papier fordern die Internistinnen und Internisten unter anderem erweiterte Befugnisverzeichnisse um eine Darstellung der erlernbaren Kompetenzen sowie die flächendeckende Zulassung sektoren- und kammerübergreifender Verbundweiterbildungen. „Wenn immer mehr Weiterbildung ambulant stattfindet, müssen die Kolleginnen und Kollegen auch die Möglichkeit haben, Leistungen zu erbringen.“

## **„Ausdörren des Kliniksektors“ kritisiert**

Eine fortgesetzte „Strategie des Ausdörrens des stationären Sektors“ beklagte der 2. Vizepräsident des BDI, der Kieler Privat-Dozent und Klinikarzt Dr. Kevin Schulte. „Wir glauben, dass es nicht das richtige Vorgehen ist, zentrale Akteure des Gesundheitswesens in die Wüste zu schicken.“

Man sei fest davon überzeugt, dass Planungssicherheit unabdingbar sei, um künftigen Herausforderungen gerecht zu werden, so Schulte. „Wenn man 20 bis 30 Prozent der Betten abbaut, muss man sich auch fragen, wer die Versorgungsaufgabe dann übernimmt.“ Es sei „extrem besorgniserregend“, dass lange die Ankündigung im Raum gestanden habe, man wolle gezielt nach Klinik-Levels und Strukturen (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Was-Diabetologen-von-Lauterbachs-Klinikreform-halten-442572.html>) umgestalten, der „Bund sich jetzt aber einen schlanken Fuß macht“. (lass)

Ärzteschaft

# Internisten für bedarfsgerechte Steuerung von Patientenströmen

Freitag, 8. September 2023



Norbert Smetak, Christine Neumann-Grutzeck und Kevin Schulte (BDI-Vorstand v.li.n.re.) /DÄ

Berlin – Politik und Selbstverwaltung müssten die strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen schaffen, um Patienten bedarfsgerecht durch das Versorgungssystem zu lotsen. Dies forderte heute der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten ([BDI](#)).

Nur so sei das hohe Versorgungsniveau angesichts steigender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei zugleich schwindenden personellen Ressourcen zu erhalten.

Die vorhandenen Ressourcen müssten klug eingesetzt werden, betonte Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des BDI. Der Verband fordert in seinem [Positionspapier](#) unter anderem die Einführung verbindlicher Versorgungspfade verbunden mit einer Entbudgetierung der ambulanten Versorgung.

Norbert Smetak, Vizepräsident des BDI, verwies diesbezüglich darauf, dass sich auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege ([SVR](#)) bereits für eine stärkere Patientensteuerung ausgesprochen habe.

Bestehende Selektivverträge, etwa in Baden-Württemberg, würden zeigen, dass dies zur Zufriedenheit von Patienten und Ärzten gleichermaßen umsetzbar sei. Hier sei mehr „Entscheidungsfreude“ der Politik sowie Bereitschaft der Krankenkassen neue Wege zu gehen gefragt.

Nach dem BDI-Konzept soll zu einem solchen Steuerungskonzept auch eine verbindliche Ersteinschätzung für die Notfallversorgung gehören. Dies solle nicht nur die Entscheidung darüber beinhalten, ob ein Notfall stationär oder vertragsärztlich versorgt werde, sondern auch die spezifische Zuweisung innerhalb eines Sektors durch ein entsprechendes nachgelagertes Vermittlungssystem gewährleisten.

Für den Krankenhausbereich sieht das Positionspapier die Einführung eines sektorenübergreifenden, digitalen Entlassmanagements vor. Zunehmend kürzere Verweildauern bedingen, schon bei der Aufnahme des Patienten den Bedarf an weiterer Versorgung nach der Entlassung festzustellen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Zudem spricht sich der BDI für eine bedarfsgerechte ärztliche Zuweisung von Patienten in Krankenhäuser mit indikationsgerechten Versorgungsschwerpunkten aus. Die geplante Krankenhausstrukturreform sehe eine deutliche Konzentration und Vernetzung der stationären Versorgungslandschaft vor.

Eine Zentrenbildung (hoch-)spezialisierter, stationärer Leistungen sei nicht nur unter qualitativen Gesichtspunkten, sondern auch mit Blick auf die begrenzten pflegerischen und ärztlichen Ressourcen sinnvoll. Für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung müssen diese Strukturen jedoch zwingend in bestehende Versorgungspfade integriert werden, mahnte Smetak.

Zur sektorenübergreifenden ärztlichen Weiterbildung legte der BDI ebenfalls ein Positionspapier vor. Neumann-Grutzeck betonte, die geplante Krankenhausstrukturreform und die zunehmende Verschiebung des Leistungsgeschehens in den ambulanten Bereich hätten unmittelbaren Einfluss auf die Struktur der ärztlichen Weiterbildung. Damit diese auch in Zukunft sichergestellt werden kann, müsse die Weiterbildung nicht nur sektorenübergreifend gedacht, sondern auch „durchgehend und angemessen“ finanziert werden.

Zwingend notwendig sei zudem die Sicherstellung der Planbarkeit für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, so Neumann-Grutzeck. Anstatt die unterschiedlichen Stationen in der Weiterbildung in Eigenregie zu absolvieren, sollten laut BDI Verbundweiterbildung Ärzten die Möglichkeit bieten, alle ambulanten und stationären Einrichtungen strukturiert, qualifiziert hochwertig und lückenlos zu durchlaufen. Der BDI fordert die Landesärztekammern auf, flächendeckend sektoren- und kammerübergreifende Verbundweiterbildungen zuzulassen. © *aha/aerzteblatt.de*



## Internisten: Länder müssen aufhören, auf Zeit zu spielen

Jeder weitere Tag im DRG-Hamsterrad steigert das Risiko der unstrukturierten Klinik-Bereinigung, kritisieren die Internisten. Sie fordern die Länder auf, ihre Hinhaltenaktik bei der Krankenhaus-Reform zu beenden. Gleichzeitig mahnen sie, versorgungsrelevante kleine Fächer nicht aus dem Blick zu verlieren.

---

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

Veröffentlicht: 10.09.2023, 08:48 Uhr



Leere Klinikbetten: Schon jetzt sind bei vielen Maximalversorgern 20 bis 30 Prozent der Betten gesperrt, so Professor Christian Karagiannidis. Um Versorgung künftig sicherzustellen, müssten Kliniken kleiner und schneller werden, appelliert er.

© upixa / stock.adobe.com

**Berlin.** Die Krankenhaus-Reform (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Nach-Bund-Laender-Einigung-Lauterbachs-Aneckpunkte-zur-Klinikreform-441133.html>) ist mehr als überfällig, warnen die Internisten. Jeder weitere Tag im DRG-Hamsterrad berge die Gefahr, dass sich Kliniken unstrukturiert aus der Versorgung verabschieden würden. Dass die Länder auf Zeit spielten, sei nicht hinnehmbar. „Wir haben große Sorge, dass die Strategie des Ausdörrens, die vor 20 Jahren mit der Einführung der DRG begonnen wurde, weitergeführt wird“, sagte Privatdozent Dr. Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des Berufsverbands der Internistinnen und Internisten (BDI), auf dem BDI-Hauptstadtforum in Berlin.

Bei der Krankenhaus-Reform sei für die Kliniken bislang kein „planerisches“ Vorgehen erkennbar, so der Klinikarzt weiter. „Man hat den Eindruck, die Politik schaut zu, wer überlebt.“ Bereinigung durch Kostendruck sei keine Reformstrategie, monierte Schulte.

## Karagiannidis: Die Reform wird disruptiv

Auch Professor Christian Karagiannidis, Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, kritisierte die „Blockadehaltung“ der Länder bei der Umsetzung der Reform. „Alle schreien nach der Reform“, sagte er, aber wenn es dann darum ginge, tatsächlich etwas zu verändern, passiere nichts. Wobei der Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin dem Bund attestierte, dass dieser „wirklich etwas tun wolle“. Eine Reform ohne Zentralisierung und ohne echte Diskussion, welche Krankenhäuser geschlossen werden müssen, funktioniere nicht, erläuterte er. „Die Reform wird disruptiv werden, aber wenn wir nichts tun, werden in der nächsten Legislatur noch härtere Schritte notwendig werden.“

Noch mehr Geld ins System zu pumpen, heile nicht die Probleme, sagte er. „Wir geben 13,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus, da ist überhaupt nicht zu wenig Geld im System.“ Die Kliniken könnten gar nicht mehr Fälle erbringen. Bei den Maximalversorgern seien 20 bis 30 Prozent der Betten gesperrt. „Weil sie kein Pflegepersonal haben“, so Karagiannidis. Der demografische Wandel gepaart mit der Abwanderung aus dem Pflegeberuf treffe die Häuser schon jetzt. Viel zu lange sei die demografische Entwicklung ignoriert worden, monierte er. Die Lösung könne aber nicht sein, der nächsten Generation einen Krankenkassenbeitrag von 20 Prozent aufzubürden. „Die Kliniken müssen kleiner und schneller werden.“ Dies sei auch deshalb wichtig, erläuterte Karagiannidis, damit wichtige Versorger auch künftig bereitstehen. „Wir haben in der Pandemie 500 Häuser gehabt, die die COVID-Last getragen haben, wenn die kippen, haben wir ein Problem.“

## Drei Fachärzte pro Leistungsgruppe? Das ist zu wenig!

Dabei appellierte er, viel mehr Ambulantisierung zuzulassen. In Deutschland werde noch immer alles stationär gemacht, was geht. Das sei aber nicht zielführend. Zumal nicht nur die Pflege, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte längst mit den Füßen abstimmten. Auch aus diesem Grund verstehe er nicht, dass bei den in der Reform angedachten Leistungsgruppen die Vorgabe aus NRW übernommen wurde, die besagt, dass pro Leistungsgruppe drei Fachärzte reichen. „Das kann doch nicht sein“, wurde der sonst eher besonnene Intensivmediziner beim BDI-Forum sehr emotional. „Mit drei Fachärzten ist eine 24/7-Versorgung nicht möglich.“ Er hätte sich eher fünf bis sechs Fachärzte gewünscht. Und die Weiterbildungsassistenten würden im Reformvorhaben gar nicht bedacht.

Zumindest den Punkt, die Länder würden blockieren, wollte Herwig Heide, digital aus dem bayerischen Staatsministerium zugeschaltet, nicht auf sich sitzen lassen. Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek habe den Reform-Eckpunkten nicht zugestimmt, da man für eine Reform dieses Ausmaßes doch zumindest eine Auswirkungsanalyse als Entscheidungsgrundlage brauche, so der Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

## Transparenzgesetz als Hoffnungsschimmer

Ein Punkt, bei dem Karagiannidis teils einlenkte, dies hätte die Kommission besser machen können. Aber: „Ich hätte erwartet, dass die Länder diese Analysen in der Schublade haben“, ergänzte er. Laut Karagiannidis wird hier jedoch das Krankenhaustransparenzgesetz (<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/BMG-veroeffentlicht-Entwurf-fuer-Krankenhaus-Transparenzgesetz-442075.html>) helfen. Das mit dem Gesetz geplante Transparenzverzeichnis soll etwa

Auskunft geben über das Leistungsspektrum einer Klinik gemäß der 65 definierten internistischen, chirurgischen und sonstigen Leistungsgruppen sowie den jeweils zugehörigen Fallzahlen, zur Versorgungsstufe einer Klinik und zur Personalausstattung je Leistungsgruppe.

Der 2. BDI-Vize Schulte appellierte indes, bei den geplanten Levels und Leistungsgruppen – die der BDI unterstütze – Sorge zu tragen, dass versorgungsrelevante Fachgebiete und Subdisziplinen gerade der Inneren Medizin nicht unter die Räder gerieten. Als Beispiel nannte er die Angiologie oder Rheumatologie, die schon jetzt nicht mehr auskömmlich finanziert seien. Für Karagiannidis ist es zudem wichtig, dass auch die Allgemeine Innere Medizin gut definiert wird und dass hier die Messlatte nicht zu hoch gehängt werde. Bei der spezialisierten Medizin hingegen brauche es eine Mindeststruktur, meinte er.

## „Mindeststrukturvoraussetzungen entscheiden über Reformqualität“

**Ein Mitglied der Regierungskommission befürchtet, die überfällige Krankenhausreform könnte verwässern und nicht mit ausreichend Druck umgesetzt werden. Noch könne sie aber gelingen. Ein Ärzteverband warnt derweil, die Strukturreform könne fehlende Plätze bei der Facharztweiterbildung zur Folge haben und schlägt Weiterbildungsverbünde vor.**



von Gunnar Göpel

veröffentlicht am 11.09.2023

Selbstkritisch, mahnend und auch ein wenig optimistisch zeigte sich Christian Karagiannidis, Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, am Freitag. Selbstkritisch, weil die Kommission nach ihren bisherigen Erfahrungen **zuerst eine Auswirkungsanalyse hätte vorlegen sollen**, „was passiert, wenn wir nicht reformieren“, so der Facharzt für Innere Medizin auf dem Hauptstadtforum des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). Das darf als klare Kritik an den Ländern verstanden werden, die sich für die Reform gerne mehr Zeit nehmen würden, etwa weil in einigen Bundesländern in diesem und kommendem Jahr Wahlen anstehen. So fordert das Land Bayern noch immer eine Folgenabschätzung der Reform. Ohne zu wissen, was die Auswirkungen auf die Länder sind, könne man doch keine Reform durchführen, sagte

Herwig Heide, Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im Bayerischen Gesundheitsministerium.

Karagiannidis lässt das Argument nicht gelten. In vielen Krankenhäusern seien schon jetzt **bis zu einem Drittel der Betten gesperrt**, weil Pflegekräfte fehlten. Ohne Reform könne das bald die Hälfte der Betten betreffen. Die Länder verweisen zudem auf ihre Planungshoheit. Dann erwarte er auch, dass die Länder Pläne zum Leistungsangebot ihrer Häuser auch **bereits in der Schublade haben**, stichelte Karagiannidis weiter. Stattdessen müsse dies nun *im Krankenhaustransparenzgesetz erst zusammengetragen* (<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/transparenzinitiative-oder-brechstange>) werden. Das Gesetz geht am Mittwoch ins Kabinett; die erste Lesung im Bundestag soll am 21. September stattfinden.

### **Kommissions-Warnungen bei Politik nicht angekommen?**

Mahnend war Karagiannidis, weil „die klaren Rahmenbedingungen derzeit ignoriert werden“. Deutschland gebe über 13 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus – von zu wenig Geld im System könne keine Rede sein. Und bekannt sei auch, dass ein Drittel der Pflegenden über 55 Jahre alt sei. „Damit ist der **Ist-Zustand überhaupt nicht zu halten langfristig**. Wir können mit einem Drittel weniger Pflegekräfte nicht 1700 Standorte weiterbetreiben, außer wir führen wieder 48-Stunden-Dienste ein“, so das Kommissionsmitglied. Die Diskussion der letzten sechs Monate habe ihm jedoch gezeigt, „dass wir uns nicht von den bisherigen Rahmenbedingungen lösen wollen“.

Kritik übte Karagiannidis auch an den *geeinten Bund-Länder-Eckpunkten* (<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/untervorbehalt>). Er habe kein Verständnis dafür, dass die Zahl der *Leistungsgruppen* (<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/streit-um-die-leistungsgruppen>) von ursprünglich 128 auf rund 65 abgesenkt wurde. „Wir hätten vermutlich sogar 160 Leistungsgruppen definieren sollen.“ Mit der jetzigen Lösung **würde den Leistungsgruppen ihr Nutzen genommen** und man „hätte auch beim Fachabteilungsschlüssel bleiben können“.



Optimistisch ist er zumindest deshalb, weil nun die zu **definierenden Mindeststrukturvoraussetzungen** der Leistungsgruppen darüber **entscheiden**, „**ob es noch eine gute Reform wird oder nicht**“. Für jedes Level/Versorgungsstufe sollen feste Mindeststrukturvoraussetzungen gelten und Leistungen nur noch dann abgerechnet werden dürfen, wenn das Krankenhaus die Strukturvoraussetzungen für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt. „Und ein Facharzt kann keine Mindeststruktur sein“, betonte Karagiannidis gleich mehrfach überspitzt. Auch drei seien zu wenig. Er stelle sich fünf oder sechs vor.

### **„Ohne Reform eine unkontrollierte Insolvenzwelle“**

Zuspruch erhielt das Kommissionsmitglied vom SPD-Bundestagsabgeordneten Christos Pantazis, der den Wunsch nach mehr Zeit „nicht nachvollziehen kann“, seien die mit den Ländern geeinten Eckpunkte doch ein guter Kompromiss. „Das ist die **letzte Möglichkeit**, für eine große Reform zu sorgen“, so der gelernte Neurologe. Ohne Reform sei eine unkontrollierte Insolvenzwelle die Folge. Das könnten auch die Länder nicht wollen. Stattdessen könne mit der Reform die Arbeitsverdichtung an Krankenhäusern über eine stückweise Entkoppelung von Fallpauschalen zurückgefahren und so die Krankenhausstandorte für Personal attraktiver gemacht werden.

Die mit der geplante Krankenhausstrukturreform vorgesehene Zentrenbildung (hoch-)spezialisierten, stationärer Leistungen ist auch aus BDI-Sicht nicht nur unter qualitativen Gesichtspunkten, sondern auch mit Blick auf die begrenzten pflegerischen und ärztlichen Ressourcen sinnvoll. Den Verband „besorgt jedoch, dass man nicht planerisch, strukturiert, wie es die Regierungskommission erarbeitet hat, vorgeht, sondern die **Strategie des Ausdörrrens**, die mit den Fallpauschalen eingeführt wurde, fortgesetzt wird, bis die Vorhaltekostenstrukturen greifen“, so Kevin Schulte, zweiter BDI-Vizepräsident. Die Internist:innen sind „überzeugt, dass Planungssicherheit unabdingbar ist“. Dafür dürfe die Finanzierung nicht erst in Jahren greifen.

### **BDI für verbindliche Versorgungspfade**

Laut Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung aus dem Jahr 2021 nahmen die Menschen in Deutschland im Schnitt knapp zehnmal jährlich ärztliche Unterstützung in Anspruch. „Damit hat sich die **Konsultationshäufigkeit in den letzten dreißig Jahren nahezu verdoppelt**“, so Norbert Smetak, erster Vizepräsident des BDI. Auf Steuerungsdefizite verwies schon der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege in seinem Gutachten 2018. Der Internist:innenverband setzt sich einerseits für eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung bereits vor dem Gang in die Notaufnahme – telefonisch, digital oder durch eine integrierte Leitstelle – ein.

Andererseits haben sich aus BDI-Sicht freiwillige Versorgungsmodelle zur Patient:innensteuerung noch nicht durchgesetzt. „**Verbindliche Versorgungspfade**, bei denen Haus- oder Fachärzte die Betreuung übernehmen, könnten den Steuerungseffekt deutlich erhöhen“, heißt es in einem *am Freitag vorgestellten Positionspapier* (<https://www.bdi.de/themen-und-politik/politik/positionen/artikel/patientensteuerung/>) des Verbandes. Das Potenzial einer besseren Verknüpfung von Haus- und Facharztstrukturen habe die **Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg** gezeigt, so Smetak auf Nachfrage von Tagesspiegel Background. Der BDI fordert vom Gesetzgeber und der Selbstverwaltung, Selektivverträge nach §140a SGB V verpflichtend zu machen. So ließe sich etwa das Modell aus dem Südwesten der Republik schneller ausweiten.

Smetak warnte gestern zusammen mit Markus Beier, Bundesvorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands, vor neuen Versorgungsebenen und Konzepten. Stattdessen müssten bestehende Systeme gestützt werden und das „Schonen von Ressourcen eine Handlungsprämisse“ bei Reformen sein. Die **Fragmentierung in der Versorgung verkürze nachweislich das Leben**, so Beier. Brandenburgs Gesundheitsministerin Ursula Nonnemacher (Grüne) kritisierte, dass im ersten Versorgungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums „keine Instrumente zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung vorgesehen sind“. Sie hoffe jetzt auf den zweiten Entwurf.

**Fehlen bald Weiterbildungsplätze?**

Mit der geplanten Leistungskonzentration durch die Krankenhausreform würden dem BDI zufolge zwangsläufig in allen Versorgungsstufen Krankenhäuser verschwinden, in denen eine vollumfängliche, fachärztliche Weiterbildung absolviert werden könne – dabei soll die Reform vor allem künftig fehlendes Personal abfedern. Der **BDI spricht sich daher für Weiterbildungsverbünde aus**, in denen sich Praxen, Ärztenetze und Kliniken auf regionaler Ebene zusammenschließen und *darüber für Struktur, Kontinuität und Planbarkeit sorgen* (<https://www.bdi.de/themen-und-politik/politik/positionen/artikel/weiterbildung/>). Anstatt die unterschiedlichen Stationen in der Weiterbildung in Eigenregie zu absolvieren, soll die Verbundweiterbildung Ärzt:innen die Möglichkeit bieten, alle ambulanten und stationären Einrichtungen **lückenlos zu durchlaufen**.

Sollte künftig mehr ambulant weitergebildet werden, fehlt es dem BDI zufolge aber an der Finanzierung. Denn: Stationär seien angehende Fachärzt:innen maßgeblich an erbrachten Leistungen – und somit auch der DRG-Erwirtschaftung beteiligt, sofern sie denn den Facharztstandard erfüllen. Im ambulanten Bereich ist dies nicht der Fall. Von Ärzt:innen in Weiterbildung in einer Praxis erbrachte Leistungen können nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. BDI-Vizepräsident Smetak sieht die Weiterbildung als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ und hält ein **Stiftungsmodell für denkbar**, bei dem Staat und Kostenträger einzahlen, um Weiterbildung im ambulanten Bereich zu finanzieren und den Wechsel zwischen ambulant und stationär zu erleichtern. Das Stiftungsmodell habe den Vorteil, dass sich der Staat nicht zu sehr in Weiterbildung, die Aufgabe der Kammern sei, einmischen könne, so Smetak.

Ärzteschaft

# Finanzierung der ambulanten Weiterbildung muss geregelt werden

Dienstag, 12. September 2023



/thodonal, stock.adobe.com

Berlin – Sollte sich die ärztliche Weiterbildung künftig massiv in den ambulanten Bereich verlagern, müsse das „zentrale Problem“ der Finanzierung gelöst werden. Darauf hat Henrik Herrmann, Präsident der Landesärztekammer Schleswig-Holstein, im Rahmen des BDI Hauptstadtforums hingewiesen.

Die Musterweiterbildungsordnung biete schon jetzt eine ortsunabhängig Kompetenzorientierung, betonte Herrmann. So sei es denkbar, den Facharztstatus rein ambulant zu erwerben. „Relativ viele“ ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte würden auch über eine Weiterbildungsbefugnis verfügen, sie aber nicht ausüben.

Dies folgt nach seiner Einschätzung aus dem „zentralen Problem“, dass ärztliche Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung in Praxen nicht vergütet werden, den Weiterbildungsassistenten aber ein Gehalt zusteht.

Ansätze, dieses Grundproblem zu lösen, seien zwar vorhanden – Herrmann verwies auf den derzeitigen Paragraphen 75a im Sozialgesetzbuch V (SGB V), der eine partielle Förderung der Weiterbildung durch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen möglich macht. Diese könnten aber das Gesamtproblem nicht lösen. Insbesondere dann nicht, wenn sich die Weiterbildung massiv in den ambulanten Bereich verlagern soll.

Überlegungen seitens der Bundesärztekammer (BÄK) führten beispielsweise zu einem Fondsmodell, aus dem die ärztliche Tätigkeit der Weiterbildungsassistenten bezahlt werde, so BÄK-Vorstandsmitglied Herrmann. Eine andere Lösung könne sein, die Leistungen von fortgeschrittenen Weiterbildungsassistenten über die Krankenkassen abrechenbar zu

machen. Denkbar sei auch „ein Mix von beidem“.

Auf weitere Herausforderungen könnten Weiterbildungsverbünde Antworten auf viele Herausforderungen bieten, aber hier würden noch „einige Hürden“ existieren. So müssten etwa Probleme mit der Arbeitnehmerüberlassung, die sich aufgrund der Rotationen dann ergäbe, gelöst werden. Zudem seien weitere Aspekte zu klären – etwa im Zusammenhang mit besonders komplexen Prozeduren, für die es nur eingeschränkte Kapazitäten gäbe.

Herrmann betonte, im Interesse der zu einer ambulanten Weiterbildung Motivierten müsse zu diesen Fragen schnell Klarheit geschaffen werden.

Ähnlich argumentierte Bernhard Gibis, Leiter des Dezernats Sicherstellung und Versorgungsstruktur bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([KBV](#)).

Grundsätzlich sei eine neue Auffassung von Weiterbildung gefragt – er würde sich wünschen, dass man die in Weiterbildung befindlichen nicht als „Arbeitsgehilfen“ begreife. Man müsse feststellen, dass die Systeme immer noch „hinterherhängen“. So könnten beispielsweise Weiterbildungsassistenten im KV-System weder wählen, noch gewählt werden.

Auch Gibis sprach sich für eine klare Regelung der Finanzierung aus. Es reiche nicht, nur mit bloßer Kostendeckung zu arbeiten, es müssten zusätzliche Anreize für mehr ambulante Weiterbildung geschaffen werden.

Praxisinhaberinnen und -inhaber könnten nicht aus reinem Altruismus die Zeit für die Vermittlung der Weiterbildungsinhalte investieren und zugleich das Gehalt für den Weiterbildungsassistenten selbst stemmen, pflichtete Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten ([BDI](#)), bei.

Wenn die ärztliche Weiterbildung, als Folge der Krankenhausreform aber auch der ohnehin erfolgenden vermehrten ambulanten Leistungserbringung, zu einem größeren Anteil als bislang im ambulanten Bereich erfolge, müsse dieser „große Knackpunkt“ gelöst werden. © [aha/aerzteblatt.de](#)

# BDI: Brauchen Transparenz, Planungssicherheit und ausreichende Finanzierung

Gesundheitspolitik | Autor: Cornelia Kolbeck



Weiterbildungsangebote sollten planbar und transparent gestaltet sein.

© FAMILY STOCK – stock.adobe.com

**Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) warnt davor, dass sich die Weiterbildungslage verschärfen könnte durch die Krankenhausstrukturreform, da bisherige Weiterbildungsstellen in Kliniken wegfallen und der Bedarf an ambulanter Weiterbildung deutlich steigt.**

In einem Positionspapier fordert der BDI deshalb einen Blick **über die Sektorengrenzen hinweg**. Für junge Kolleginnen und Kollegen müsse **transparent** gemacht werden, was wo zu erlernen sei, so BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Sie bräuchten auch **Sicherheit**, dass eine Weiterbildungsstätte über die nötigen Kompetenzen und Befugnisse verfüge. Landesärztekammern sollen die Befugnisverzeichnisse deshalb um eine Darstellung der erlernbaren Kompetenzen erweitern. Die Kollegen müssten schnell weitergebildet werden, um dann auch schnell eingesetzt werden zu können, so die BDI-Chefin.

Eine weitere Forderung der Internisten betrifft die **Planbarkeit** der Weiterbildung. Verbundweiterbildungen in Klinik und Praxis sieht der BDI als wichtigen Erfolgsfaktor. Praxen, Kliniken und Ärztenetze könnten sich dazu auf regionaler Ebene zusammenschließen. Und schließlich mahnen die Internisten eine auskömmliche Finanzierung der ambulanten Weiterbildung an.

Durch den Budgetdeckel fehle der **Anreiz**, Zeit und Ressourcen in die Weiterbildung zu investieren. Die neue Vergütungssystematik im Rahmen der Krankenhausreform müsse dies berücksichtigen, so der BDI: „Unter der Prämisse, dass Weiterzubildende für bestimmte Leistungen den Facharztstandard gewährleisten können – sog. anvertraute professionelle Tätigkeiten (APT) –, sollten Praxen, die weiterbilden, zukünftig extrabudgetäre Zuschläge erhalten“, heißt es.