

# Pressespiegel

## Inhalt | Ausgabe 02+03/2025

**Reaktionen auf unsere Sonntagsfrage**  
**Das erwarten Ärzteschaft, Kliniken, Pflege und Krankenkassen von der Politik**  
Ärzte Zeitung – 13. Februar 2025

**Bundestagswahl**  
**Wunschlisten an die Politik**  
Deutsches Ärzteblatt – 21. Februar 2025

**Bundesärztekammer plädiert für Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**  
Deutsches Ärzteblatt – 18. März 2025

**Politik**  
**„Es tut mir unendlich leid, dass wir es in dieser Wahlperiode wieder nicht geschafft haben, eine Notfallreform zustande zu bringen“**  
Deutsches Ärzteblatt – 19. März 2025

**Patientensteuerung**  
**BDI zum vdek-Vorschlag: „interessantes Diskussionsangebot“**  
änd – 25. März 2025

**BDI zur Einbindung von Haus- und Fachärzten**  
**Internistenverband lobt vdek-Plan zur Patientensteuerung: „Interessantes Gesprächsangebot“**  
Ärzte Zeitung – 25. März 2025

**Internisten loben Ersatzkassen-Vorstoß**  
Tagesspiegel – 25. März 2025

**SpiFa Fachärztetag 2025**  
**Fachärzte wollen Weiterbildung im Verbund stärken – nur mit welchem Geld?“**  
Ärzte Zeitung – 28. März 2025

**Digitalisierung in Arztpraxen**  
**KBV und SpiFa fordern gezielte Unterstützung statt Sanktionen**  
änd – 28. März 2025

**1 Hausarzt + 3 Fachärzte = Persönliches Ärzteteam**  
**Ersatzkassen wollen Patienten steuern**  
OPG – 31. März 2025

🔒 Reaktionen auf unsere Sonntagsfrage

# Das erwarten Ärzteschaft, Kliniken, Pflege und Krankenkassen von der Politik

Die Ergebnisse der Leserumfrage der Ärzte Zeitung zur Bundestagswahl stoßen auf ein breites Echo: bei Kolleginnen und Kollegen in Fachverbänden und in der Selbstverwaltung – aber auch im Bundestag und in der Bundesregierung.



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



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



Bernhard Walker (/Nachrichten/Bernhard-Walker-au129014.html)

Veröffentlicht: 13.02.2025, 01:00 Uhr



Wer das Rennen macht bei der Bundestagswahl, ist noch nicht klar – die gesundheitspolitischen Baustellen dagegen schon.

© Andreas Prott / stock.adobe.com

Die zentralen gesundheitspolitischen Forderungen der Ärzteschaft an die künftige Bundesregierung sieht der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt in den Ergebnissen der Umfrage der Ärzte Zeitung (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Bundestagswahl-So-waehlen-Aerzte-Zeitungs-Leserinnen-und-Leser-456415.html>) widergespiegelt.

„Die neue Regierung ist dringend gefordert, sich Schlüsselthemen wie der Prävention, der effektiven Versorgungssteuerung, dem Abbau bürokratischer Hürden sowie der langfristigen finanziellen Absicherung unseres Gesundheitswesens mit Nachdruck zu widmen“, sagt Reinhardt.

Diese Aspekte bildeten das Fundament für ein zukunftsfähiges und patientenorientiertes Gesundheitssystem, das den Bedürfnissen einer Gesellschaft des langen Lebens gerecht werde.

## **KBV-Chef Gassen: Schnell handeln**

Nach Ansicht des Vorstandschefs der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, unterstreicht die Befragung der Ärzte Zeitung „eindrücklich, wie kritisch die Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung sind und wo den Kolleginnen und Kollegen der Schuh drückt“.

Bestätigt fühlt sich Gassen auch darin, dass die KBV mit ihrem kürzlich vorgelegten Positionspapier zur Bundestagswahl richtig liege. Sein Wunsch für die Zeit nach dem Urnengang am 23. Februar: „Eine neue Regierung ist gut beraten, schnell zu handeln, damit Deutschland Praxenland bleibt.“

Hinweise auf einen Reformstau sieht die Bundesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes, Professorin Nicola Buhlinger-Göppfarth, in den Umfrageergebnissen (*siehe nachfolgende Grafik*).

Viele Entscheidungen und Maßnahmen, die schon vor vielen Jahren hätten getroffen und umgesetzt werden müssen, seien viel zu lange aufgeschoben worden.

## **Buhlinger-Göppfarth: Überkomplexes System**

„Wir haben ein überkomplexes Gesundheitssystem, dem es an Ressourcen, in zahlreichen Bereichen aber auch an Struktur mangelt“, sagt Buhlinger-Göppfarth. Einen ersten wichtigen Baustein zur Rettung der wohnortnahen Versorgung hätten Grüne, FDP und SPD mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz nun gelegt, sagt die Hausärztin.

„Sie haben damit gezeigt, dass sie die Krise der hausärztlichen Versorgung erkannt haben und bereit sind, zu handeln. Insbesondere die Entbudgetierung unserer Arbeit ist in einigen Regionen von existenzieller Bedeutung.“

Dass sie nun endlich auf den Weg gebracht wurde, sei ein großer Erfolg. Eine zentrale Maßnahme, die von der kommenden Regierung dringend angegangen werden müsse, sei die Stärkung einer hochwertigen Patientensteuerung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung.

Die HZV sei gelebte Patientensteuerung – seit über 15 Jahren fest etabliert und umfassend evaluiert. Es nähmen bereits bald zehn Millionen Patientinnen und Patienten daran teil.

## **Ruf nach einem Teampraxis-Zuschlag**

Damit es künftig noch mehr werden, brauche es eine Stärkung der Verträge. Zur Bekämpfung des enormen Fachkräftemangels brauche es dringend eine bessere Finanzierung der Praxisteams über einen entsprechenden Teampraxis-Zuschlag, fordert Buhlinger-Göppfarth.

„Unsere Mitarbeitenden sind für unsere Arbeit unverzichtbar – und mit wachsendem Versorgungsdruck werden sie in unseren Praxen eine immer wichtigere Rolle einnehmen müssen.“

Die in den Antworten auf die Umfrage genannten Themen spiegelten ganz deutlich wider, an welchen Stellen in der kommenden Legislatur schnellstmöglich gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen werden müssten, sagt der Vorsitzende des Spitzenverbands Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) Dr. Dirk Heinrich zur „Hitliste“ der Ärztinnen und Ärzte.

## **SpiFa: Auch fachärztliche Budgetdeckel aufheben**

Im Vordergrund stünden ganz klar eine Aufhebung der Budgetierung fachärztlicher Leistungen und damit verbunden der Abbau von Bürokratie. „Wir erwarten, dass das in der kommenden Legislatur gelöst wird“, meint Heinrich. Darüber hinaus dulde die Novellierung der GOÄ keinen Aufschub. Sie müsse in der neuen Legislatur kommen und vom BMG auch erlassen werden.

Dringend sei, bei der Krankenhausreform nachzujustieren. Es bedürfe politischer Regelungen, um den stationären und den ambulanten Sektor künftig noch besser zu verzahnen. Dazu gehörten eine Stärkung des Belegarztwesens und der Ambulantisierung insgesamt sowie eine effektive Notfallreform.

Als vorrangig bezeichnet Heinrich die Steuerung von Patientinnen und Patienten. Diese werde nicht gelingen, wenn man bei der Primärversorgung nur auf Hausärztinnen und Hausärzte setze. Fachärztinnen und Fachärzte müssten mitberücksichtigt werden, denn sie seien schon lange in der Grundversorgung angekommen.

Zur Sonntagsfrage der Ärzte Zeitung äußert sich Heinrich ebenfalls: „Es ist beruhigend und erfreulich zu sehen, dass sich mit fast 80 Prozent eine große Mehrheit der Ärzteschaft für die Parteien der demokratischen Mitte entscheidet“, sagt der SpiFa-Chef.

## **BDI: Erster Schritt, dem weitere folgen müssen**

„Die Entbudgetierung für Hausärzte war ein wichtiger Schritt – nun gilt es, diesen Weg auch für die fachärztliche Versorgung fortzusetzen“, fordert der Geschäftsführer des Bundes Deutscher Internisten und Internistinnen (BDI), Bastian Schroeder.

Ebenso entscheidend seien eine vorausschauende Weiterentwicklung der Krankenhausreform, die Sicherstellung einer gezielten Patientensteuerung sowie eine nachhaltige Finanzierung der Weiterbildung. Nur mit diesen Maßnahmen lassen sich langfristig eine stabile Versorgung und attraktive Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft gewährleisten.

Welche Konsequenzen sich aus dem Ergebnis der Sonntagsfrage ergäben, werde sich erst mit Blick auf die Regierungsbildung zeigen. Der BDI hoffe auf kompetente Ansprechpartner im Bundesministerium für Gesundheit und im Deutschen Bundestag, die der Expertise der Verbände offen gegenüberstehen und diese proaktiv in die Reformprozesse einbeziehen.

## **Und was fordern die Krankenhäuser?**

Für den stationären Sektor äußert sich der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Gerald Gaß. „Die Antworten der Ärztinnen und Ärzte spiegeln in zumindest bei den für Krankenhäuser relevanten Themen viele unserer Kernforderungen wider.“ So sei der Abbau der Bürokratie nach der nur für Niedergelassene relevanten Entbudgetierung das wichtigste Anliegen.

„Hier sehen wir dringenden und kurzfristigen Handlungsbedarf“, betont Gaß. Während der noch amtierende Bundesgesundheitsminister Bürokratie aufgebaut habe, müsse sich sein Nachfolger oder seine Nachfolgerin zwingend ihrem Abbau widmen.

„Allein im Krankenhaus könnten uns durch nur täglich eine Stunde Bürokratie weniger rund 21.600 ärztliche Vollzeitkräfte mehr zur Verfügung stehen, in der Pflege ist die Zahl noch höher“, rechnet Gaß vor.

## **Gaß: Klinikreform praxistauglich umsetzen**

Der nächsten Regierung schreibt er eine „praxisorientierte Krankenhausreform“ mit flächendeckender Versorgung, die Digitalisierung und die sektorenübergreifende Versorgung ins Lastenheft. „Hier sollte die Politik stärker auf diejenigen hören, die täglich die medizinische und pflegerische Praxis gestalten.“

Bei den Antworten auf die „Sonntagsfrage“ falle vor allem die „Abwahl“ der SPD ins Auge, so Gaß. Auch bei den Verantwortlichen in den Krankenhäusern sei die Unzufriedenheit mit der Arbeit des amtierenden Gesundheitsministers sehr ausgeprägt.

Der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz, wiederum merkt an, die „Wunschliste“ der Ärzteschaft gebe „einen Hinweis, wo die Interessen und Prioritäten speziell der Ärztinnen und Ärzte liegen. Für uns ist das Ergebnis ein Ansporn, weiterhin den Blick speziell auf die Bedarfe zu richten, die unsere 75 Millionen Versicherten haben.“

## **Pflege: Politik muss Prioritäten setzen!**

Für die mit 1,7 Millionen Angehörigen größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen erklärt die Präsidentin des Deutschen Pflegerates (DPR), Christine Vogler, die Umsetzung des gescheiterten Pflegekompetenzgesetzes habe aus Sicht ihrer Profession weiter „an erster Stelle“ zu stehen. Pflegefachkräfte müssten auch in Deutschland endlich das tun dürfen, was sie gelernt haben.

Zu den Ergebnissen der Sonntagsfrage der Ärzte Zeitung erklärt die DPR-Chefin: „Ich freue mich, dass demokratische Parteien hier mit einem höheren Anteil gewählt werden würden als in den allgemeinen Umfragen. Wie die noch vorhandenen 13,8 Prozent bei der AfD mit den ethischen Grundsätzen der Gesundheitsberufe in Übereinstimmung zu bringen sind, ist aus unserer Sicht fraglich und nicht möglich.“

Und wie bewerten Politiker die „Wunschliste“ der befragten Kolleginnen und Kollegen? „Es gibt große Überschneidungen zwischen den Themen, die die Ärztinnen und Ärzte bewegen, und unserem grünen gesundheitspolitischen Programm“, betont der Grünen-Abgeordnete Professor Armin Grau.

## **Alle Parteien fühlen sich bestätigt**

In den vergangenen drei Jahren habe man bereits viele der Punkte aufgreifen und umsetzen können: „Mit der Krankenhausreform haben wir die Fallpauschalen tiefgreifend reformiert und die Grundlage für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung geschaffen. Dabei haben wir etwa mit dem Personalbemessungsinstrument für Ärztinnen und Ärzte und perspektivisch für die anderen Gesundheitsberufe eine wichtige Maßnahme für bessere Arbeitsbedingungen geschaffen.“

Durch bessere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus werde es, so Grau, auch leichter, Fachkräfte zu gewinnen: „Mit den Hybrid-DRG und den sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen sind wir auch schon wichtige Schritte hin zu mehr Ambulantisierung gegangen, hier sind aber sicher weitere Schritte erforderlich.“

Grau betont aber auch, dass trotz der umgesetzten Projekte viele der von den Ärztinnen und Ärzten genannten Anliegen „weiterverfolgt und verbessert“ werden müssten. So gelte es zum Beispiel, die Koordinierung durch die Hausärzte in Zukunft weiter auszubauen.

Mit Blick auf die Finanzen betont Grau, dass er das Konzept einer solidarischen Bürgerversicherung weiter verfolge. Die gesetzliche Krankenversicherung wolle er unter anderem durch eine Übernahme der versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt stabilisieren.

## **Sorge: Ampel-Jahre verlorene Jahre**

Ganz anders blickt der CDU-Abgeordnete Tino Sorge auf die Liste der Punkte, die aus Sicht der Befragten angepackt werden müssen. „Die Ergebnisse sprechen für sich: Im Gesundheitswesen brennt der Baum. Die Liste gleicht einem Pflichtenheft von Herausforderungen, die wir in einer neuen Bundesregierung mit hoher Priorität in Angriff nehmen müssen“, so der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion.

In vielen Bereichen seien die Ampel-Jahre drei verlorene Jahre gewesen, in einzelnen Feldern lasse sich wenigstens an begonnene Arbeiten des scheidenden Ministers Karl Lauterbach anknüpfen.

Sorge weiter: „Die Umfrage zeigt: Der Handlungsbedarf ist enorm. Es gibt kaum ein Feld, in dem es keinen Reformdruck gäbe.“ Über den allermeisten Punkten schwebt zudem eine Mammutaufgabe: Die dringend nötige Stabilisierung der GKV- und Pflegefinanzen in den ersten Monaten der neuen Legislatur. „Ohne stabile Finanzen werden sich viele Wünsche nicht erfüllen lassen.“

## **Dittmar: Froh über Beschluss zur Entbudgetierung**

Die SPD-Abgeordnete und Hausärztin Sabine Dittmar setzt dagegen: „Ich bin froh, dass wir auf der Zielgeraden dieser Legislaturperiode noch die Entbudgetierung der Hausärzte verabschieden konnten. Für die nächste Legislaturperiode sehe ich die Reform der Pflege und die Stabilisierung der Finanzlage der GKV ganz oben auf der Agenda.“

Hier besteht direkt Handlungsbedarf. Sie wünsche sich, so die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, eine bessere Patientensteuerung, zum Beispiel durch die Einführung eines Primärarztsystems.

Für den Linken-Abgeordneten Ates Gürpınar ist der Blick auf die Lage der Kliniken wichtig. „Es ist höchste Zeit für einen Systemwechsel in der Krankenhauspolitik, orientiert am Gemeinwohl und ohne ökonomischen Druck auf die Kliniken. Statt Profit und Kostendruck muss die Versorgung im Mittelpunkt stehen. Dafür müssen Krankenhäuser nach Bedarf geplant und kostendeckend finanziert werden.“

Die Klinikreform werde dem nicht gerecht, kritisiert Gürpınar: „Die DRG bleiben und die versprochene Entökonomisierung wird nicht umgesetzt. Die Reform wird mit unkoordinierten Krankenhausschließungen Versorgungslücken reißen, wie sie die Bundesrepublik noch nicht gesehen

hat.



Foto: ianwong/stock.adobe.com

THEMA Bundestagswahl

## Wunschlisten an die Politik

Mit Blick auf die nahende Bundestagswahl haben viele ärztliche Verbände ihre Positionen zur Gestaltung der künftigen Gesundheitsversorgung formuliert. Neben Nachbesserungen an der von der Ampelkoalition beschlossenen Krankenhausreform werden auch weitere grundsätzliche Strukturreformen gefordert.

Text | Rebecca Beerheide, André Haserück, Charlotte Kurz, Tobias Lau

**D**as Gesundheitswesen in Deutschland steht vor einer doppelten demografischen Herausforderung: Das Durchschnittsalter und damit auch der Behandlungsbedarf der Bürgerinnen und Bürger steigt stetig. Hinzu kommt, dass in den kommenden Jahren viele Beschäftigte im Gesundheitssektor altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden werden. Um das aktuell hohe Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung auch perspektivisch zu sichern, muss die nächste Bundesregierung entsprechende Strukturreformen, Strategien und Konzepte umsetzen.

So müsse etwa die Krankenhausreform weiterentwickelt werden, sind sich die meisten Verbände einig. Der Marburger Bund (MB) und der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) wollen eine Lösung der geplanten Vorhaltefinanzierung von den stationären Fallzahlen. Wichtig sei zudem eine sektorenverbindende Zusammenarbeit und ein Ausbau der ambulanten Versorgung im Zuge der Zentralisierung von Klinikstrukturen. Allgemein gefordert wird zudem die zügige Umsetzung einer Notfall- und Notdienstreform. Auf die Notwendigkeit standardisierter Ersteinschätzungen von Notfallpatienten mit einer verbindlichen Zuwei-

sung in die bedarfsgerechte Versorgungsebene weist die Bundesärztekammer (BÄK) hin. Die mit der Rufnummer 116117 bereits verfügbaren Instrumente müssten gestärkt werden, so die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Der Virchowbund plädiert für integrierte Notfallzentren unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

### Patientensteuerung vorantreiben

Eine größere Rolle soll Patientensteuerung laut BÄK und Hartmannbund auch im ambulanten Bereich spielen – beide setzen sich für eine Stärkung der primärärztlichen Versorgung ein. Patientinnen und Patienten würden dann eine hausärztliche Praxis verbindlich wählen und die weitere Koordination ginge von dort aus. Der Virchowbund spricht davon, die Hausarztzentrierte Versorgung zu einem Koordinations-Arztmodell mit Patienteneinschreibung und Beitragsvorteilen weiterzuentwickeln. Er fordert eine „obligatorische Kontaktpauscha-

le“ von zehn Euro, die die Krankenkassen einziehen sollen, sowie eine Gebühr von 25 Euro für nicht wahrgenommene Termine. Die KBV will eine verbindliche Steuerung in die richtige Versorgungsebene über ein einheitliches Ersteinschätzungssystem.

### Bürokratie abbauen

Ein wichtiges Ziel aller ärztlichen Verbände ist eine massive Entbürokratisierung – Ärztinnen und Ärzte müssten mehr Zeit für die Patientenversorgung haben. Gefordert wird unter anderem die Beendigung der Regresse. Alle Vorhaben im Gesundheitswesen sollten zudem einem grundlegenden „Bürokratiecheck“ unterliegen, betont der MB. Die BÄK will eine „Taskforce Entbürokratisierung“ und die KBV erwartet ein Bürokratienteilungsgesetz in den ersten 100 Tagen der neuen Bundesregierung. Zudem dürfe es keine weiteren Behörden im Gesundheitswesen geben.

Als große Chance sieht die Ärzteschaft die Digitalisierung. Allerdings müsse sie wirklichen Nutzen und spürbare Erleichterungen in der Patientenversorgung bringen, statt die Arbeit zu erschweren. Die KBV will ein „konsequentes Umsteuern von Sanktionen hin zu Anreizen“ und einen stärkeren Einbezug der ärztlichen Kompetenz bei Digitalisierungsfragen. Der Hartmannbund plädiert für eine Verbesserung von Kommunikation und Datenaustausch auf allen Ebenen, während der Virchowbund die Einführung einer elektronischen Fallakte für Leistungserbringer fordert. Auch Künstliche Intelligenz (KI) wird seitens der Ärztinnen und Ärzte begrüßt – unter der Voraussetzung einer angemessenen Regulierung. Der Virchowbund fordert dazu die Schaffung eines „Kompetenzzentrums KI in der Gesundheitsversorgung“, das beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelt werden soll.

Eindringlich gewarnt wird ärztlicherseits vor einer Gefährdung der Freiberuflichkeit. Die Politik sei aufgefordert, sich klar zum Erhalt und zur Stärkung des freien Gesundheitswesens in

Deutschland zu bekennen. Mit dem Prinzip der Freiberuflichkeit untrennbar verbunden sei zudem die berufliche Selbstverwaltung. Eine gute ärztliche Aus- und Weiterbildung sehen darüber hinaus alle Verbände als notwendig an. So fordert unter anderem die BÄK den Ausbau von Medizinstudienplätzen – der Virchowbund will zudem eine Anpassung des Zugangssystems zum Studium. Die Ärzteschaft fordert außerdem die Umsetzung der neuen Approbationsordnung ein. Weiter benötige es eine gesicherte Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Für die KBV steht hier die Förderung der ambulanten Weiterbildung im Fokus – für den MB die rechtliche Absicherung und Förderung von Weiterbildungsverbänden.

Als zentral wird von den ärztlichen Verbänden auch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und Prävention angesehen. Die BÄK plädiert für eine nationale Strategie mit klaren Strukturen und Verfahren zur Zusammenarbeit von Bund, Ländern, Kommunen und allen relevanten gesellschaftlichen Akteuren im Sinne von Health in all Policies. Weitgehende Einigkeit besteht innerhalb der Ärzteschaft bezüglich einer Stärkung der Gesundheitskompetenz durch verpflichtende Gesundheitserziehung in der Schule sowie im Hinblick auf Werbeverbote für Tabak- und Alkoholprodukte. Erlöse aus Tabak- und Alkoholsteuern könnten zudem direkt in den Gesundheitsfonds fließen, so ein Vorschlag.

### Finanzierung des Versorgungssystems absichern

Wie künftig die Finanzierung des Gesundheitssystems sicher gestaltet werden kann, darin sind sich die ärztlichen Verbände ebenfalls einig: Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) müsse von sachfremden Leistungen befreit werden, damit die Mittel für die Versorgung eingesetzt werden können. Versicherungsfremde Leistungen, die die GKV derzeit finanziert, dazu gehören beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen Lebenspartnern oder auch das Mutterschaftsgeld, sollen mit Steuermitteln finanziert werden. Der Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems wird grundsätzlich als ein Garant für den Wettbewerb und für Innovationsanreize im Gesundheitssystem angesehen.

Die Entbudgetierung der haus- und fachärztlichen Leistungen findet sich in allen Forderungen der Verbände, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vertreten. Nachdem die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen noch in den letzten Minuten der Legislatur beschlossen wurde, wird nun auf eine Umsetzung auch für die fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Leistungen gedrängt. Für die KBV und den Virchowbund müsse dies in den ersten 100 Tagen einer neuen Regierung kommen. Auch der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) stellt die Budgetierung „grundsätzlich“ infrage. Die vollständige Vergütung aller erbrachten ärztlichen Leistungen stelle die Grundlage dar, um qualitativ hochwertige Patientenversorgung auch zukünftig noch gewährleisten zu können, betont der Hartmannbund. Mit Blick auf eine auch künftig bestmögliche Versorgung werden von den Verbänden zudem Maßnahmen zur Ausschöpfung der Ambulantisierungspotenziale angemahnt. Für eine erfolgreiche Ambulantisierung brauche es insbesondere gleiche Zugangsvoraussetzungen und eine gleiche Vergütung für Niedergelassene und Krankenhäuser. ■

#### Die Forderungen zur Wahl:

Bundesärztekammer:  
<https://daebl.de/m7c5>

KBV:  
<https://daebl.de/74z>

Marburger Bund:  
<https://daebl.de/7ux0>

Hartmannbund:  
<https://daebl.de/5qs5>

SpiFa:  
<https://daebl.de/l6b1>

Virchowbund:  
<https://daebl.de/7cm1>

Hausärzterverband:  
<https://daebl.de/3vn6>

Politik

## Bundesärztekammer plädiert für Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

🕒 Dienstag, 18. März 2025



/picture-alliance, ZB, Bernd Wüstneck

Berlin – Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) muss zwingend über Ende 2026 hinaus fortgeführt werden. Dies fordert die Bundesärztekammer (BÄK) anlässlich des morgigen Tags des Gesundheitsamtes.

Die Coronapandemie habe die personellen und technischen Defizite des ÖGD deutlich offenbart, so die BÄK. Zwar habe der Bund im Rahmen des ÖGD-Paktes vier Milliarden Euro für die Modernisierung der Gesundheitsämter und zur Schaffung von Personalstellen bereitgestellt – die Finanzierungsmaßnahmen laufen jedoch Ende 2026 aus.

BÄK-Präsident Klaus Reinhardt begrüßte, dass mit den zusätzlichen finanziellen Mitteln des Pakts „wichtige personelle, administrative und technische Verbesserungen für die Gesundheitsämter“ erreicht werden konnten. Aufgabe der neuen Bundesregierung sei es, diese Verbesserungen gemeinsam mit den Ländern langfristig finanziell abzusichern.“

„Nur ein entsprechend ausfinanzierter Öffentlicher Gesundheitsdienst kann seinem breiten Aufgabenspektrum und insbesondere den bevölkerungsmedizinischen Herausforderungen gerecht werden. Deshalb muss eine – der Bedeutung des ÖGD angemessene – Finanzierung dauerhaft sichergestellt sein“, betonte Sven Christian Dreyer, Co-Vorsitzender der BÄK-Arbeitsgruppe „Öffentlicher Gesundheitsdienst“.

Die Bundesärztekammer plädiert zudem dafür, die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit politisch stärker in den Blick zu nehmen. Dies müsse einen wesentlichen Baustein einer zu entwickelnden Public-Health-Strategie darstellen.

Christine Neumann-Grutzeck, Co-Vorsitzende der BÄK-Arbeitsgruppe „Öffentlicher Gesundheitsdienst“, sagte dazu: „Menschen mit niedrigem Sozialstatus leiden häufiger und früher an beispielsweise Herz-Kreislauf-, Atemwegs- oder Krebserkrankungen. Im Rahmen einer umfassenden Public-Health-Strategie kann ein starker Öffentliche Gesundheitsdienst hier eine Schlüsselfunktion einnehmen und einen Fokus auf benachteiligte Gruppen legen.“

Außerdem müssten laut BÄK die auf Bundesebene bereits bestehenden Public-Health-Strukturen weiter ausgebaut werden. Die weitere Entwicklung der zuständigen Bundesinstitutionen müsse in engem Austausch mit der Ärzteschaft und den betroffenen Fachkreisen erfolgen.

„Besorgniserregend“ sei, dass einige Gesundheitsämter nicht mehr ärztlich geleitet werden. Aus Sicht der BÄK steht die ärztliche Leitung in besonderer Weise für die Gewährleistung einer an hohen medizinischen Standards ausgerichteten und von fachfremden Weisungen unabhängigen Aufgabenwahrnehmung. Deshalb müsse die ärztliche Leitung der Gesundheitsämter erhalten bleiben.

*aha*

Politik

## „Es tut mir unendlich leid, dass wir es in dieser Wahlperiode wieder nicht geschafft haben, eine Notfallreform zustande zu bringen“

🕒 Mittwoch, 19. März 2025

Berlin – Der neue Bundestag konstituiert sich am 25. März. An diesem neuen Parlament werden 333 Abgeordnete der vorherigen Legislatur nicht mehr teilnehmen, darunter auch einige Gesundheitspolitikerinnen und -politiker.

Das *Deutsche Ärzteblatt* sprach mit vier scheidenden Abgeordneten über ihre jeweilige gesundheitspolitische Bilanz der vergangenen Jahre, was sie für ihre Arbeit im Bundestag schon gerne früher gewusst hätten und was nun nach der Zeit in Berlin für sie persönlich folgt.

Der FDP-Politiker Andrew Ullmann legt sein Amt als Abgeordneter Ende März aufgrund des Ausscheidens der FDP aus dem Bundestag nieder. Der Arzt und Infektiologe saß seit 2017 im Bundestag und war in der vergangenen Legislaturperiode gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion. Für ihn war die Coronapandemie gleichzeitig ein politischer Höhe- und Tiefpunkt in den vergangenen Jahren.

Er plädiert für eine dringende Aufarbeitung dieser Zeit. Rückblickend hätte er sich zudem mehr Beteiligung der Ampelkoalition bei der Bearbeitung und Prioritätensetzung von gesundheitspolitischen Vorhaben gewünscht. Ullmann findet, dass Ministerinnen und Minister hierfür zu viel Macht haben. Etwa beim Thema Entbürokratisierung habe Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) prokrastiniert, erklärte Ullmann im Gespräch.



Andrew Ullmann/ Stefan Trocha Photography

## **5 Fragen an Andrew Ullmann (FDP)**

### **Wie ist es für Sie, nach zwei Legislaturen den Bundestag wieder zu verlassen?**

Es tut natürlich ein wenig weh. Ich habe das mit Herzblut gemacht. Am Anfang war es ein Abenteuer, eine Herausforderung und auch eine Ehre, Abgeordneter des Deutschen Bundestages zu sein. Ich wusste aber von der ersten Minute an, dass ein Mandat immer auf Zeit ist. Das waren sehr wichtige fast acht Jahre meines Lebens, die ich erleben durfte, dafür bin ich dankbar.

### **Was war für Sie der jeweils gesundheitspolitische Höhe- und Tiefpunkt in all der Zeit? Was hätte man eher angehen müssen?**

Politischer Höhepunkt war in der Zeit die Coronakrise. Als Infektiologe hätte ich nie gedacht, dass ich zu meinen Lebzeiten eine Pandemie mit einem Coronavirus erleben werde. Ich war immer von einer Influenzapandemie ausgegangen. Die politischen Herausforderungen der Bewältigung einer solchen Pandemie waren riesig und ganz anders, als wenn es nur von der medizinischen Seite betrachtet wird. Hinzu kam die traurige Gewissheit, dass wir nicht auf eine Pandemie vorbereitet waren. Ich würde behaupten, dass wir auch für eine künftige Pandemie nicht besser vorbereitet sind. Gleichzeitig war die Pandemie auch ein Tiefpunkt des politischen Handelns und bedarf noch der politischen Aufarbeitung.

Der zweite Höhepunkt ist der Startschuss für eine Krankenhausstrukturreform, die dringend notwendig ist. Auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen, die wir vorangetrieben haben oder das Medizinforschungsgesetz, mit dem wir klinische Forschung in Deutschland beschleunigen, waren Höhepunkte.

Ein Tiefpunkt hingegen war ein Erbe der vorherigen Regierung: Wir mussten gleich am Anfang der letzten Legislaturperiode Sparpakete für die Ärzteschaft und Pharmaindustrie umsetzen, insbesondere die Abschaffung der Neupatientenregelung. Das hat mir nicht geschmeckt.

Zurückblickend hätten wir in der neben dem Koalitionsvertrag zu Beginn gemeinsame Prioritäten festlegen müssen und diese nicht dem freien Willen eines Ministers überlassen dürfen. Das ist kein Vorwurf an Minister Lauterbach, das war bei allen Ministerien so. Wir hätten aber konsequenter Strukturreformen angehen und kommunikativ besser sein müssen. Es tut mir unendlich leid, dass wir es in dieser Wahlperiode wieder nicht geschafft haben, eine Notfallreform zustande zu bringen. Damit ist sie nun unter zwei Ministern nicht gekommen. Und auch bei der Bürokratie: Minister Lauterbach hat immer wieder versprochen, er lege bald etwas vor. Für mich sah das aus wie Prokrastination von Seiten des Ministers. Uns wurde immer wieder versprochen, man arbeite Tag und Nacht daran. Und am Ende gab es nicht einmal einen Entwurf. Da bin ich sehr enttäuscht.

### **Welchen Rat geben Sie Ihren gesundheitspolitischen Nachfolgerinnen und Nachfolgern im Bundestag mit?**

Seien Sie ehrlich und resilient gegenüber allen gesundheitspolitischen Gruppierungen. Wenn man beispielsweise etwas für die Ärzteschaft macht, dann wird sich die Pflege oder die Apothekerschaft nicht wahrgenommen fühlen – und umgekehrt. Deshalb müssen wir stärker in Netzwerken denken und dazu beitragen, dass die Heilberufe im Sinne einer guten Patientenversorgung zufriedener arbeiten und besser zusammenarbeiten können. Dazu gehört auch das Thema Bürokratie, das nicht besser, sondern seitdem ich vor 25 Jahren in die FDP eingetreten bin, nur noch schlimmer geworden ist.

Zudem brauchen wir konsequenter Strukturreformen. Die Lösung kann nicht sein, dass wir immer mehr Geld in ein System pumpen, das strukturell vor Jahrzehnten stehengeblieben ist. Wir müssen aufhören, herumzuwurschteln wie bisher. Zuletzt wünsche ich mir noch, dass die nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitsausschuss bestimmt und verantwortungsvoll bleiben, damit endlich die politische Aufarbeitung der Pandemie starten kann und sie sollten mutig die dringend notwendigen Strukturreformen generationengerecht und nachhaltig in der ambulanten wie auch stationären Versorgung fortzusetzen und nicht rückabwickeln.

### **Wen wünschen Sie sich als nächsten Bundesgesundheitsminister/nächste Bundesgesundheitsministerin? Wer könnte es Ihrer Meinung nach realistisch werden?**

Ich erwarte von der Person, egal wer es ist, eine enge Einbindung der Koalitionspartner. Das ist etwas, was ich in der Ampelkoalition vermisst habe. Dazu gehört auch, dass eine Prioritätenliste erstellt wird, welche Vorhaben wann gemacht werden. Dabei müssen die Koalitionspartner einbezogen werden.

### **Was planen Sie nach dem Ende der Zeit als Abgeordneter zu machen? Wollen Sie sich weiter gesundheitspolitisch engagieren und wenn ja, in welcher Form?**

Ich bleibe weiter aktiv in der FDP. Ich bin im Bundesfachausschuss für Gesundheit und bin der Vorsitzende des Landesfachausschusses Gesundheit und Pflege in Bayern. 2026 stehen zudem Kommunalwahlen in Bayern an. Da wird Gesundheit auch ein Thema sein und wir wollen entsprechend aktiv sein. Weiter bin ich im Vorstand des Berufsverbandes der Deutschen Internistinnen und Internisten aktiv und werde die Politik von außen begleiten, auch das Thema Globale Gesundheit behalte ich im Blick. Zunächst werde ich aber eine kurze Auszeit nehmen und einmal alles Revue passieren lassen und mehr Zeit mit meiner Familie verbringen.

Patientensteuerung

## **BDI zum vdek-Vorschlag: „interessantes Diskussionsangebot“**

**Konzepte zur Patientensteuerung dürften nicht einseitig auf die hausärztliche Versorgung beschränkt bleiben, sondern müsse auch Fachärzte einbeziehen, meint der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). Der Vorschlag der Ersatzkassen zur Patientensteuerung über persönliche Ärzteteams biete einen ersten Ansatz.**



©BDI/Phil Dera „Als BDI begrüßen wir jede Initiative, die versorgungsrelevante Ressourcen sinnvoll bündelt und dabei neue Modelle testet“, betonte Neumann-Grutzeck.

„Wir sehen die Vorschläge des vdek als ein interessantes Diskussionsangebot an alle Beteiligten“, sagte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck am Dienstag. Allerdings müssten wesentliche Voraussetzungen erfüllt sein, um tatsächlich eine effektive Steuerung zu erreichen und einen spürbaren Mehrwert – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Ärzteschaft – zu schaffen.

„Als BDI begrüßen wir jede Initiative, die versorgungsrelevante Ressourcen sinnvoll bündelt und dabei neue Modelle testet“, betonte Neumann-Grutzeck. „Das Ziel muss jedoch eine effektive Patientensteuerung sein, die unnötige Arzt-Patienten-Kontakte nachhaltig reduziert, ohne die Praxen durch erhöhte Dokumentationspflichten zu überlasten. Zudem braucht es nicht nur einen echten Mehrwert für die Patienten, sondern auch für die Ärztinnen und Ärzte – zum Beispiel durch spürbare Entlastung in Praxen und Kliniken sowie eine angemessene Vergütung der zusätzlichen Steuerungsaufgaben.“

Eine reine Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) befürworte der BDI „nicht uneingeschränkt– schon gar nicht als alleinige Regelstruktur“, betont die Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie. Denn zum einen fehlten hausärztliche Kapazitäten, zum anderen benötigten viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten schnell und unkompliziert Facharztleistungen.

Egal, wie eine Patientensteuerung aussehen könnte – die Ausgestaltung solcher Konzepte dürfe man nicht der Politik überlassen, mahnte BDI-Vizepräsident Dr. Norbert Smetak. „Krankenkassen und Ärzteschaft müssen wieder mehr gestalterisch im Gesundheitswesen tätig werden.“ Notwendig seien Lösungen, die in der Praxis funktionieren, ohne zusätzliche Bürokratie zu erzeugen. Smetak forderte zudem die Möglichkeit, unterschiedliche Modelle – zum Beispiel in einzelnen Regionen – zu testen.



©HÄV

Nordrhein Cremer: "Wenn ein Umdenken im Gesundheitssystem gefordert wird, muss die HZV die erste Wahl sein."

### **HÄV Nordrhein: HZV muss erste Wahl sein**

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Nordrhein sieht das erwartungsgemäß etwas anders. „Eine zentrale Steuerung kann nur schnell mit dem Ausbau und der konsequenten Umsetzung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) erfolgen“, betonte Vorsitzende Elke Cremer. Nach „vorsichtigen Schätzungen“ seien durch ein funktionierendes Primärarztssystem Einsparungen von über 10 Prozent sofort möglich.

Die HZV sei bundesweit seit langem das erfolgreichste Instrument einer effektiven Patientensteuerung auf hohem Qualitätsniveau. „Wenn ein Umdenken im Gesundheitssystem gefordert wird, muss die HZV die erste Wahl sein – sowohl in der Wirtschaftlichkeit für Ärzte und Krankenkassen als auch in der qualitätsorientierten Patientenversorgung“, so Cremer.

🔒 BDI zur Einbindung von Haus- und Fachärzten

# Internistenverband lobt vdek-Plan zur Patientensteuerung: „Interessantes Gesprächsangebot“

Alles, was Versorgungsressourcen sinnvoll bündele, sei zu begrüßen, betont der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten. Allerdings gelte diese Aussage nur unter einer Voraussetzung.

---

Veröffentlicht: 25.03.2025, 12:00 Uhr



Wohin steuert die Versorgung der Patientinnen und Patienten? Die Debatte darüber hat mit dem Vorschlag der Ersatzkassen begonnen.

© Anton Sokolow / stock.adobe.com

**Berlin.** Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) sieht in dem Konzept (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Bessere-Patientensteuerung-Versicherte-sollen-persoentliches-Aerzteteam-bilden-457367.html>) des Verbands der Ersatzkassen (vdek) zur Patientensteuerung über persönliche Ärzteteams einen ersten Ansatz zur engen Einbindung von Haus- und Fachärzten.

Allerdings müssten wesentliche Voraussetzungen erfüllt sein, um tatsächlich eine effektive Steuerung zu erreichen und einen spürbaren Mehrwehrt– sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Ärzteschaft – zu schaffen.

„Wir sehen die Vorschläge des vdek als ein interessantes Diskussionsangebot an alle Beteiligten. Viele Patientinnen und Patienten, insbesondere mit chronischen Erkrankungen, werden häufig primär von internistischen Fachärztinnen und Fachärzten betreut.“, erklärte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck am Dienstag. Deshalb sei es entscheidend, dass Patientensteuerungskonzepte nicht einseitig auf die hausärztliche Versorgung beschränkt blieben.

## Kein Votum für hausarztzentrierte Versorgung

„Als BDI begrüßen wir jede Initiative, die versorgungsrelevante Ressourcen sinnvoll bündelt und dabei neue Modelle testet. Das Ziel muss jedoch eine effektive Patientensteuerung sein, die unnötige Arzt-Patienten-Kontakte nachhaltig reduziert, ohne die Praxen durch erhöhte Dokumentationspflichten zu überlasten“, so Neumann-Grutzeck.

Der BDI wies darauf hin, dass er eine reine Hausarztzentrierte Versorgung nicht uneingeschränkt befürwortet – schon gar nicht als alleinige Regelstruktur. Ziel müsse es sein, dass Haus- und Fachärztinnen und -ärzte reibungslos zusammenarbeiteten und Versorgungspfade optimiert würden.

BDI-Vize Dr. Kevin Schulte verwies zudem auf die Erfahrungen aus der Versorgung chronisch Nierenerkrankter und anderer internistischer Patientengruppen: „Gerade bei komplexen Krankheitsbildern brauchen wir einen passgenauen Zugang zu haus- und fachärztlicher Expertise. Wir haben in jüngsten Studien zur chronischen Nierenerkrankung gezeigt, wie wichtig ein frühzeitiger und direkter fachärztlicher Zugang ist.“ *(bwa)*

 **Nachrichten****Internisten loben Ersatzkassen-Vorstoß**

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) sieht in dem jüngst vorgestellten Konzept der Ersatzkassen zur Patientensteuerung einen **ersten Ansatz zur engen Einbindung von Haus- und Fachärzten**. Allerdings müssen wesentliche Voraussetzungen erfüllt sein, um damit tatsächlich eine effektive Steuerung zu erreichen und einen „spürbaren Mehrwert“ – sowohl für Patient:innen als auch für die Ärzteschaft – zu schaffen.

Wie berichtet, will der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit seinem Modell vor allem überlange Wartezeiten von Kassenpatienten auf Arzttermine verringern. Demnach soll sich jeder gesetzlich Versicherte ein **Team aus Hausarzt und bis zu drei Fachärzten** aussuchen dürfen, das er bei Bedarf direkt in Anspruch nehmen darf. Für alle anderen Mediziner bräuchte es Überweisungen.

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck bezeichnete diese Vorschläge als „interessantes Diskussionsangebot an alle Beteiligten“. Viele Patient:innen, insbesondere mit chronischen Erkrankungen, würden auch primär von internistischen Fachärzt:innen betreut. Deshalb sei es „entscheidend, dass Patientensteuerungskonzepte **nicht einseitig auf die hausärztliche Versorgung beschränkt** bleiben“.

Als BDI begrüße man „jede Initiative, die versorgungsrelevante Ressourcen sinnvoll bündelt und dabei neue Modelle testet“, so die Verbandschefin. Das Ziel müsse jedoch eine effektive Patientensteuerung sein, „die unnötige Arzt-Patienten-Kontakte nachhaltig reduziert, ohne die Praxen durch erhöhte Dokumentationspflichten zu überlasten“. Zudem brauche es nicht nur einen echten Mehrwert für die Patienten, sondern auch für die Ärzt:innen und Ärzte – „zum Beispiel durch spürbare Entlastung in Praxen und Kliniken sowie eine **angemessene Vergütung der zusätzlichen Steuerungsaufgaben**“. Dafür müsse die Ärzteschaft aktiv in die Ausgestaltung eingebunden sein, forderte die Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologie.

Konsens mit dem vdek äußerten die Internisten in der Bewertung einer reinen **Hausarztzentrierten Versorgung** (HZV). Diese eigne sich nicht als alleinige Regelstruktur, so Neumann-Grutzek. Zum einen seien hausärztliche Kapazitäten vielerorts begrenzt, zum anderen benötigten viele chronisch kranke Patient:innen eben auch schnell und unkompliziert Facharztleistungen.

Krankenkassen und Ärzteschaft müssten wieder „mehr gestalterisch im Gesundheitswesen tätig werden“, drängte auch BDI-Vize Norbert Smetak. „Wir sollten diese Aufgabe **nicht allein der Politik überlassen**“, sagte er. Gemeinsam werde man „tragfähige Lösungen entwickeln, die in der Praxis funktionieren, ohne zusätzliche Bürokratie zu erzeugen“. Was man jetzt fordere und umsetzen wolle, sei „die Möglichkeit, unterschiedliche Modelle – zum Beispiel in einzelnen Regionen – zu testen“. Das Ziel müsse sein, dass Haus- und Fachärzt:innen „reibungslos zusammenarbeiten und Versorgungspfade optimiert werden“. Deshalb sollten **ärztliche Verbände** „früh in die Konzeption **eingebunden** werden“. *red/raw*

Digitalisierung in Arztpraxen

## KBV und SpiFa fordern gezielte Unterstützung statt Sanktionen

Um die Digitalisierung in Arztpraxen voranzutreiben, hat die Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Sibylle Steiner, die Forderung der KBV nach einem Praxiszukunftsgesetz erneuert. Auf dem Fachärztetag des Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) in Berlin drängten sie und SpiFa-Vorstand, Dr. Norbert Smetak, außerdem darauf, die Sanktionierung der Ärzteschaft bei Nichtnutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) abzuschaffen.



©Screenshot änd Podiumsteilnehmer: Ulrice Krüger, Dr. Sibylle Steiner, Dr. Norbert Smetak, Jan Scholz, Sebastian Zilch und Florian Fuhrmann (v.l.n.r.).

Die Ärzteschaft sei bereit, die Digitalisierung weiter voranzutreiben, jedoch müsse der Staat auch finanzielle und technische Unterstützung leisten, unterstrich Steiner. Sie machte deutlich, dass die Praxen dabei nicht länger auf Eigenmittel und Eigenengagement angewiesen sein dürften. „Wir müssen dahin kommen, dass wir Anreize setzen, statt Sanktionen zu verhängen“, sagte sie und forderte ein Praxiszukunftsgesetz, das den niedergelassenen Ärzten ähnliche Unterstützung bieten sollte, wie sie das Krankenhauszukunftsgesetz für die Kliniken vorsieht.

Steiner betonte, dass die Praxen mit einer flächendeckenden TI-Anbindung, 600 Millionen ausgestellten E-Rezepten und über 300 Millionen AUs bereits zu den digitalisiertesten Akteuren im Gesundheitswesen gehören. „Wenn die Technik funktioniert und einen Nutzen stiftet, dann ist die Digitalisierung hoch akzeptiert“, sagte sie. „Dann muss man die Ärzteschaft auch nicht mit Zwang, Sanktionen und Fristen quälen.“

## ePA-Startphase: Gematik und BMG zufrieden

Während Steiner von einem „sehr langsamen und stockenden“ Start der ePA-Startphase sprach und warnte, die ePA bundesweit auszurollen, zeigte sich Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der Gematik, mit der Entwicklung zufrieden. „In den Gematik-Modellregionen sehen wir, dass das Feedback sehr positiv ist, auch wenn es nicht an allen Stellen perfekt läuft. Aber an den meisten Stellen funktioniert es schon sehr gut“, sagte er. Fuhrmann betonte, dass die Gematik eng mit den Softwareanbietern zusammenarbeite, um die Praxen optimal zu unterstützen.

Steiner wies allerdings darauf hin, dass derzeit nur 230 Praxen an dem Test beteiligt seien, die eng durch die Gematik, die KVen und die Hersteller begleitet und intensiv betreut würden. Diese Betreuung könne bei einem bundesweiten Roll-Out für rund 100.000 Praxen beim Weitem nicht ansatzweise gewährleistet werden.



©Screenshot and „Die Technik funktioniert“, sagte Sebastian Zilch.

### Zilch: „Wollen nicht auf Perfektion warten“

Auch SpiFa-Vorstand, Dr. Norbert Smetak, plädierte angesichts der Erfahrungen in den Testregionen für eine schrittweise Einführung der ePA. Zudem sollten seiner Auffassung nach Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit erhalten, diese zunächst freiwillig zu testen und sich langsam daran zu gewöhnen, ohne unter Druck gesetzt zu werden. „Die Praxen brauchen Zeit und Unterstützung, um die neuen Systeme effektiv zu integrieren, statt durch Sanktionen bestraft zu werden“, so Smetak.

Mit der Forderung nach einer schrittweisen und sanktionsfreien Einführung stieß er bei Sebastian Zilch, Unterabteilungsleiter für Digitale Versorgung und Gematik im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), allerdings auf taube Ohren. Er betonte, dass es wichtig sei, nicht auf Perfektion zu warten, sondern jetzt zu handeln. „Wenn wir weiterhin auf Perfektion warten, könnten wir Jahre verlieren. Wir müssen jetzt handeln und die Praxen in den Prozess einbinden“, machte er klar.

Wie Fuhrmann zeigte sich auch Zilch weitgehend zufrieden mit der ePA-Testphase. „Die Technik funktioniert“, sagte er. Es gebe nur noch paar „Tickets“ (Aufgaben, die noch zu erledigen sind, Anm. d.Red.), die in den nächsten Tagen allerdings geschlossen würden. Zilch räumte allerdings ein, dass es weiterhin Unterschiede in der Umsetzung bei den PVS-Systemen gebe. „Mit dem Umstand muss man umgehen“, sagte er, ging jedoch nicht darauf ein, wie genau.

„Es kann nicht sein, dass Praxen bestraft werden, wenn die Technologie noch nicht ausgereift ist,“ erwiderte Smetak. „Sanktionen müssen abgeschafft werden.“ Stattdessen sollten gezielte Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden.

---

28.03.2025 14:19, Autor: , © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/234134>

# Fachärzte wollen Weiterbildung im Verbund stärken – nur mit welchem Geld?

Die Krankenhausreform bringt alte Weiterbildungsstrukturen an Kliniken ins Wanken – nicht mehr alle Kompetenzen können an einem Ort erworben werden. Konsequenzen – eine stärkere Förderung einer sektorübergreifenden Weiterbildung – würden daraus aber nur zögerlich gezogen, beklagen Fachärzte.

Veröffentlicht: 28.03.2025, 09:23 Uhr



Jan Henniger (l.) brach beim Fachärztetag in Berlin eine Lanze für eine sektorverbindende Weiterbildung, damit der ärztliche Nachwuchs die Chance hat, alle nötigen Kompetenzen zu erwerben. Rechts im Bild Moderatorin Sophia Wagner.

© SpiFa

**Berlin.** Ambulantisierung und Krankenhausreform machen eine Weiterbildung zum Facharzt an einer einzigen Klinik zunehmend schwierig. Der Grund: Nicht mehr alle für ein Fachgebiet erforderlichen Kompetenzen können an einem Ort erworben werden.

Die Alternative: Weiterbildung im Verbund, wie sie in der Allgemeinmedizin schon teilweise praktiziert und finanziell gefördert wird. „Wenn die Weiterbildung nicht sektorenverbindend gemacht wird, dann werden wir keine gut weitergebildeten Kolleginnen und Kollegen bekommen“, sagte Jan Henniger, Chirurg und Vorstandsmitglied des Spitzenverbands Fachärzte Deutschland (SpiFa), bei einer Diskussion auf dem Fachärztetag 2025 in Berlin.

In der Klinik würden mittlerweile nur noch große Operationen gemacht, stellte Henniger fest: „Leistenhernien operieren die doch gar nicht mehr, als ambulanter Operateur mache ich das 600 bis 700 Mal im Jahr.“

Da wäre es doch eigentlich sinnvoll, so Henniger weiter, wenn die jungen Ärztinnen und Ärzte einen Teil ihrer Weiterbildung ambulant tätig wären, um auch kleine Operationen zu lernen. Das sei aber nicht so einfach: Er kooperiere eng mit einem Klinikum in Frankfurt, „aber eine gemeinsame Weiterbildung kriegen wir nicht hin“.

## **Mühevoller Weg zu Kooperationen**

Wie mühevoll es ist, solche Kooperationen hinzubekommen, deutete auch der Impuls von Dr. Marie-Christine Makeschin an, die die Koordinierungsstelle Fachärztliche Weiterbildung in Bayern leitet. Dabei handelt es sich um ein gemeinsames Projekt der Landesärztekammer (BLÄK) und der KV Bayerns. Ziel des Projekts ist es, die ambulante Weiterbildung durch Verbundweiterbildung zu stärken, auch als Mittel gegen den Nachwuchsmangel.

Bald fünf Jahre nach Gründung seien erst 15 sektorübergreifende Weiterbildungsverbände entstanden, davon sieben in der Pädiatrie. Allerdings hatte die Corona-Pandemie die Aktivitäten zunächst gebremst. Insgesamt beobachtet Makeschin, dass es ein „zäher Prozess“ von der Identifizierung potenzieller Verbundpartner bis zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung sei.

## **Auch die U-Untersuchung will gelernt sein**

„Wie soll ich eine U-Untersuchung lernen, wenn in meinem Krankenhaus keine U-Untersuchungen gemacht werden?“, fragte Fabian Landsberg vom Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte. Es gehe darum, „ob wir Menschen haben wollen, die die nötige Kompetenz haben, dafür braucht es Geld und Kapazitäten“, so Landsbergs Forderung. Weiterbildungsstellen seien letztlich ebenso wichtig wie Medizin-Studienplätze.

„Die Krankenhausgesetzgebung zwingt zur Zusammenarbeit“, stellte auch Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, fest.

Lundershausen regte an, dass die Kammern bei der Befugniserteilung dies bereits berücksichtigten, über eine Art Verbundweiterbildungsbefugnis, indem zum Beispiel ein Arzt oder eine Ärztin befugt werde und dazu zwei weitere zur Ergänzung der Kompetenzen.

## **Alles steht und fällt mit der Finanzierung**

Wenn Leistungen von stationär nach ambulant verlagert werden, dann müsse das auch Konsequenzen für die Weiterbildung haben, forderte auch Christine Neumann-Grutzeck, die Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). „Wir werden den Verbund brauchen“, betonte sie.

Die Grundvoraussetzungen dafür seien von Kammerseite auch gegeben, „aber alle schönen Gedanken stehen und fallen mit der Finanzierung“. Es gebe viele Internisten, die gerne in ihren Praxen weiterbilden würden, und dies sei auch ein gutes Mittel, um Nachwuchs zu generieren, so Neumann-Grutzeck weiter.

## **„Erfahren, wie schön ambulantes Operieren ist“**

„Es ist gut, wenn die jungen Kolleginnen und Kollegen einmal kennenlernen, wie schön das ambulante Arbeiten ist“, so die Internistin. „Aber wir brauchen einfach eine Finanzierung – und im übrigen auch endlich eine Förderung der Weiterbildung für Hausarzt-Internisten.“

Es sei im ureigenen Interesse jeder Arztgruppe, Nachwuchs zu finden, erläuterte der ALM-Vorsitzende Dr. Michael Müller. Die finanzielle Förderung sei aber auf jeden Fall nötig.

Zur Begründung führte Müller an, dass ein Handwerker, der einen Azubi aufnimmt oder einen Gesellen einstellt, deren Arbeitsleistung auch in Rechnung stellen könne, vielleicht zu einem reduzierten Stundensatz. „Aber die Arbeit, die ein Weiterbildungsassistent verrichtet, kann nicht auf die Rechnung“, erläuterte Müller den Unterschied. *(ger)*

An dieser „komplexen Aufgabe sind wir dran“, lässt InEK-Geschäftsführer Dr. Frank Heimig auf dem DRG-Forum wissen. Notwendig sei aber ein weiterer Grouper.

Außerdem steht noch die BMG-Verordnung zu den Mindestvorhaltezahlen aus. Festlegung, Überprüfung und Anpassung erfolgen auf Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und auf Auswertungen des InEK, so Sell. Erfüllen Krankenhausstandorte diese Vorgaben nicht, gebe es keine Vorhaltevergütung. Die Verordnung, die durch den Bundesrat gehen muss, soll am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

### Schwierige Ambulantisierungsoffensive

Im KHVVG ist außerdem eine Ambulantisierungsoffensive vorgesehen. 2026 sollen eine Million vormals vollstationäre Fälle durch Hybrid-DRGs abgerechnet werden. Die Partner des AOP-Vertrages (Ambulantes Operieren) – GKV-SV, DKG und Kassenärztliche Bundesvereinigung – konnten sich allerdings nicht auf die zu ambulantisierenden Behandlungen einigen, sodass das BMG am 24. Februar das InEK und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) ersatzweise beauftragt hat, bis zum 31. März eine Leistungsauswahl zu treffen. „Nach erster Einschätzung ist es nicht einfach, auf eine Million Fälle zu kommen“, meint Heimig. Ein Problem sei etwa, dass man nicht jede DRG mit einem Tag Krankenhausaufenthalt als Hybrid-DRG darstellen könne.

◀ zurück zum Inhalt

E-Mail an die Redaktion ▶

## ■ 1 Hausarzt + 3 Fachärzte = Persönliches Ärzteteam

Ersatzkassen wollen Patienten steuern

Berlin (opg) – Patientensteuerung ist aktuell das Thema in der ambulanten Versorgung und wird auch von der potenziellen neuen Bundesregierung forciert. Von Kostenträgerseite macht jetzt der Verband der Ersatzkassen (vdek) den ersten Aufschlag: das „Persönliche Ärzteteam“. In dem Modell wählt jeder gesetzlich Krankenversicherte über eine digitale Plattform einen Hausarzt und bis zu drei grundversorgende Fachärzte aus, zum Beispiel Diabetologe, Kardiologe oder Orthopäde, zunächst für ein Jahr.

Ein Hausarzt plus drei grundversorgende Fachärzte: Fertig ist das „Persönliche Ärzteteam“ à la Ersatzkassen. Der Versicherte kann Mitglieder des Teams direkt und ohne Überweisung in Anspruch nehmen.



Über eine digitale Plattform wählen GKV-Versicherte einen Hausarzt und bis zu drei grundversorgende Fachärzte aus – so der Vorschlag des vdek. © stock.adobe.com, opolja

Daneben soll es möglich sein, eine telemedizinische Ersteinschätzung unter anderem per 116117 oder App zu nutzen. Ärzte außerhalb des Teams dürfen nur mit digitaler Überweisung in Anspruch genommen werden. Dazu muss nach Vorstellungen des vdek eine digitale Termini-datenbank etabliert werden, auf der die Behandler feste Sprechzeiten-Kontingente bereitstellen. Die Überweisung werde auf dieser Plattform hinterlegt und beim Einlesen der Gesundheitskarte in der Praxis abgerufen. Behandlungen ohne Überweisungen dürften nicht zulasten der GKV abgerechnet werden.



Das Modell wäre verpflichtend für die Versicherten und soll Regelversorgung werden. Vdek-Chefin Ulrike Elsner will damit die Terminsituation verbessern. „Ein wesentlicher Grund für lange Wartezeiten ist, dass zu viele Versicherte durch das Gesundheitssystem irren, ohne an den richtigen Behandlungsort zu kommen. Es fehlt an verbindlicher Steuerung und Orientierung.“ Im Jahr 2022 suchten 20 Prozent der Versicherten sechs oder mehr unterschiedliche Arztpraxen auf.

„Ein wesentlicher Grund für lange Wartezeiten ist, dass zu viele Versicherte durch das Gesundheitssystem irren, ohne an den richtigen Behandlungsort zu kommen“, sagt vdek-Chefin Ulrike Elsner. © pag, Fiolka

### **vdek: HzV ist gar nicht so gut**

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) hätte sich als Steuerungsmodell bisher nicht bewährt, meint Elsner. In einem der *Presseagentur Gesundheit* vorliegenden Fact Sheet des vdek sei kein Rückgang von Facharztbesuchen bei HzV-Versicherten festzustellen. Im Schnitt würden Patienten in der HzV 4,9 bis 5,6 Facharztpraxen aufsuchen, in der Regelversorgung 4,8 bis 5,5. Auch keinen Unterschied gebe es bei den stationären Aufenthalten. Patienten der Regelversorgung gingen genauso häufig ins Krankenhaus wie Eingeschriebene der HzV (0,3 bis 0,4 Klinikaufenthalte pro Jahr). Lediglich Früherkennungsuntersuchungen (Check-up 35) würden von HzV-Patienten etwas häufiger in Anspruch genommen als von Versicherten in der Regelversorgung, allerdings nur bei Betrachtung der zweiten Stelle nach dem Komma. In der HzV seien es 0,23 bis 0,32, in der Regelversorgung 0,20 bis 0,30. Der vdek betrachtet in seinem Fact Sheet die HzV-Einschreibungen von 2017 bis 2019 in Baden-Württemberg, Bayern und Berlin. Demzufolge seien auch höhere Leistungsausgaben von HzV-Versicherten zu verzeichnen – plus 2,5 bis 7,3 Prozent, allein in der ambulanten Versorgung plus 3,9 bis 11 Prozent. Als Gegenmodell zur HzV will der vdek sein Persönliches Hausarztteam aber nicht verstanden wissen.



Früherkennungsuntersuchungen (Check-up 35) werden von HzV-Patienten etwas häufiger in Anspruch genommen als von Versicherten in der Regelversorgung. © iStock.com, FatCamera

### Beier kontert

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband hält dagegen. Zahlreiche Studien würden belegen, dass mit der HzV unnötige Krankenhauseinweisungen und unkoordinierte Facharztbesuche vermieden werden könnten, so Co-Bundesvorsitzender Dr. Markus Beier. „Es ist absurd anzunehmen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten effizienter wird, wenn vier unterschiedliche Ärzte gleichzeitig steuern“, kritisiert er das vdek-Modell. „Da ist Chaos vorprogrammiert.“ Außerdem dürften Menschen in unterversorgten Regionen Schwierigkeiten haben, überhaupt drei Fachärzte zu finden.



Dr. Markus Beier, Co-Bundesvorsitzender des HÄV, kritisiert das vdek-Modell: „Da ist Chaos vorprogrammiert.“ © pag, Fiolka

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) zeigt sich dagegen offen für das Ersatzkassen-Modell. „Wir sehen die Vorschläge des vdek als ein interessantes Diskussionsangebot an alle Beteiligten“, sagt BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Patientensteuerungskonzepte dürften nicht einseitig auf die hausärztliche Versorgung beschränkt bleiben. Sie fordert aber einen echten Mehrwert für die Behandler – „zum Beispiel durch spürbare Entlastung in Praxen und Kliniken sowie eine angemessene Vergütung der zusätzlichen Steuerungsaufgaben“.



„Wir sehen die Vorschläge des vdek als ein interessantes Diskussionsangebot an alle Beteiligten“, sagt hingegen BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. © pag, Fiolka

Nicht nur der BDI gibt sich aufgeschlossen. Laut Elsner habe die Kassenzentrale Bundesvereinigung Offene signalisiert. Auch die Betriebskrankenkassen würden Gefallen am vdek-Modell finden.

Wie die potenzielle schwarz-rote Koalition mit dem vdek-Vorschlag umgeht, ist ungewiss. Im Ergebnispapier der Verhandlungsgruppe Gesundheit und Pflege von CDU, CSU und SPD heißt es: „Zu einer besseren und zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe führen wir ein verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der HzV und im Kollektivvertrag ein.“ (siehe Artikel „Wunscherfüllung auf elf Seiten“ auf Seite 2 in dieser Ausgabe)

◀ zurück zum Inhalt

E-Mail an die Redaktion ▶