

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 03/2022

**Widerstand gegen „Call-Center-Medizin“
– Statements von Frau Neumann-Grutzeck**
Tagesspiegel Background – 18. Februar 2022

Europas größter Facharztverband BDI kooperiert mit praktischArzt
pA Medien GmbH – 01. März 2022

Interview mit Frau Neumann-Grutzeck: „Im Praxisalltag ist die ePA bisher so gut wie gar nicht angekommen“
aää – 02. März 2022

Vorbereitungen für medizinische Hilfe laufen
änd – 03. März 2022

„Wir haben jetzt erstmals konkrete Kostendaten für Hygiene auf dem Tisch liegen“
änd – 07. März 2022

Rekordinzidenzen und „Freedom Day“ passen nicht
Allianz deutscher Ärzteverbände – 17. März 2022

Ärzte fordern unbürokratischen und bundesweit einheitlichen Zugang zur medizinischen Versorgung für Ukraine-Flüchtlinge
aerzteblatt – 21. März 2022

Widerstand gegen „Call-Center-Medizin“

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung hat die Etablierung Telemedizinischer Versorgungszentren vorgeschlagen. Internisten und Hausärzte halten nicht viel von dieser Idee. Sie meinen: Telemedizinische Leistungen müssen in den Praxen zum Laufen gebracht werden.



von Marie Zahout

veröffentlicht am 18.02.2022

Wenig Begeisterung ruft beim Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) und dem Deutschen Hausärzterverband die Forderung des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV) nach einer Einführung **Telemedizinischer Versorgungszentren** (TMVZ) hervor. In einem TMVZ sollen nach den Vorstellungen des Digital-Verbands Ärzt:innen, die in der Lage sind, telemedizinische Leistungen zu erbringen, angestellt oder als Vertragsärzt:innen tätig sein. Telemedizinisch durchführbare Leistungen würden damit auch tatsächlich telemedizinisch erbracht, heißt es in dem *SVDGV-Positionspapier* (<https://digitalversorgt.de/wp-content/uploads/2022/02/Positionspapier-Potenziale-der-Telemedizin.pdf>). Die Etablierung eines TMVZ als Leistungserbringer sei zudem **rechtlich unkompliziert** und lasse sich zeitnah in die bestehende Systematik des deutschen Gesundheitssystems integrieren. Solche Versorgungszentren könnten dann auch eine **Aussiebfunktion** erfüllen, um diejenigen Patient:innen zu identifizieren, die eine ambulante oder stationäre

Behandlung brauchen. Ärzt:innen vor Ort würden zudem entlastet. Im Jahr 2035 werden in Deutschland etwa 11.000 Hausärzt:innen fehlen, argumentiert der SVDGV.

„Was hier vorgeschlagen wird, ist keine Ergänzung der Versorgung durch telemedizinische Angebote, **sondern eine Ersetzung des Erstkontakts ohne gesicherte Anschlussversorgung**“, meint hingegen der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, **Ulrich Weigeldt**. „Das ist nicht unsere Vorstellung einer wohnortnahen, patientenzentrierten Versorgung.“ Auch **Christine Neumann-Grutzeck** sagt: „Wir brauchen keine zusätzliche Versorgungsstruktur.“ Die BDI-Präsidentin nennt die Schaffung von TMVZ ein „**bürokratisches Monster**“. Sie fordert stattdessen Videosprechstunden, Telekonsile und andere Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung in den Praxen auszubauen.

Im Koalitionsvertrag verspricht die Ampel-Regierung, telemedizinische Leistungen regelhaft zu ermöglichen. Auch sollen „alle Menschen in Deutschland gut versorgt und gepflegt werden – in der Stadt und auf dem Land“. Die TMVZ sieht Weigeldt nicht als Lösung. Es entspreche nicht dem, „was sich nach unserer Erfahrung die Patientinnen und Patienten, gerade in **ländlichen Gebieten**, wünschen“. Ähnlich wie Neumann-Grutzeck hält er die Idee, das TMVZ als eigenständigen Leistungserbringer zu etablieren, für nicht zu Ende gedacht. „Was das deutsche **Gesundheitssystem mit Sicherheit nicht braucht, ist eine weitere Fragmentierung**.“ Die Versorgung in Deutschland sei bereits in vielen Bereichen zerstückelt, unübersichtlich und unkoordiniert. Im Versorgungsalltag komme es häufig zu **Kommunikationsproblemen zwischen den Leistungserbringern**.

Vom grünen Tisch aus gedacht

Neumann-Grutzeck betont, dass sie die Digitalisierung als sinnvolle Ergänzung zur Behandlung vor Ort sieht – sofern diese vergleichbar vergütet wird. Die **körperliche Anamnese** eines Arztes könne eine Fernbehandlung aber nicht ersetzen. „Oft verneinen Patienten meine Frage nach Vorerkrankungen und dann sehe ich Narben von einer

Herzoperation auf ihrem Brustkorb.“ Auch eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) könne sie besseren Gewissens ausstellen, wenn sie den Patienten und seine Krankengeschichte kenne: „**Eine Call-Center-Medizin kann das nicht leisten.**“ Patienten wollen mit einem vertrauten Arzt sprechen, sagt auch Weigeldt. „Sie möchten nicht in einem Call-Center landen, bei dem ihnen jemand, den sie im Zweifel noch nie gesehen haben, sagt, ob sie zum Arzt dürfen oder nicht.“

Die Idee der Telemedizinischen Versorgungszentren sei „sehr vom grünen Tisch aus gedacht“, so Weigeldt weiter. Vor allem bei älteren Menschen könnten viele Fragen nicht geklärt werden, wenn sich Arzt und Patient nie zuvor persönlich begegnet seien. Weigeldt fragt: „Wie viele Anliegen können bei einem **telemedizinischen Erstkontakt** wirklich abschließend geklärt werden und wie kann eine Anschlussversorgung sichergestellt werden?“ Telemedizinische Sprechstunden könnten höchstens eine bereits begonnene Therapie begleiten.

Neumann-Grutzeck betont, dass „beide Seiten“ bereit für die Fernbehandlung sein müssen. Manche Patienten verfügten nicht über die **nötige Hardware** für eine Videosprechstunde, andere würden dies schlicht ablehnen. „Der Arztbesuch ist für einige meiner Patienten ihr Tageshighlight“, sagt die Internistin. Manche Patient:innen und Ärzt:innen würden auch schlicht an der **digitalen Infrastruktur** und einer unstablen Internetverbindung scheitern. Digitalanwendungen wie das E-Rezept oder die eAU müssen reibungslos funktionieren, fordert Weigeldt. „Die Realität in den Praxen sieht leider so aus, dass die bisher bereitgestellten Lösungen zusätzliche Ressourcen auffressen, statt einen Mehrwert zu bieten.“ Nun müsse die Gematik „endlich liefern“.

Der SVDGV meint, dass eine digitale Transformation nur erfolgreich gelingt, wenn sie von allen Akteuren unterstützt wird. BDI-Präsidentin Neumann-Grutzeck versucht es mit einem Schritt in Richtung des Spitzenverbands und bietet den Verantwortlichen ein Gespräch an, um mit „denen zu sprechen, die in der Versorgung sind“.

01.03.2022 - 09:13 Uhr

Europas größter Facharztverband BDI kooperiert mit praktischArzt

Mannheim (ots) -

Der BDI - Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten kooperiert ab 1.3. mit dem Jobportal [praktischArzt](#). Diese Kooperation ermöglicht über die Internetseite des [BDI](#) einen umfangreichen fachspezifischen Zugriff auf Jobangebote von der Famulatur bis zur Chefarzt- und ärztinnen-Stelle aus dem breiten Spektrum der Inneren Medizin. praktischArzt verstärkt dadurch seine Reichweite zu Ärztinnen und Ärzten aller Karrierelevel im Bereich der Inneren Medizin.

Vom 1.3.2022 an ist praktischArzt - eine führende Stellenbörse für alle Studierenden und Ärzte und Ärztinnen in Deutschland - neuer Kooperationspartner des BDI. Durch die Anbindung des Jobportals [praktischArzt.de](#) mit über 5.000 Jobs stehen den BDI-Mitgliedern viele attraktive Angebote für das praktische Jahr und die Famulatur bis hin zu Stellen als Ober- und Chefärztinnen und -ärzte aus der Inneren Medizin zur Verfügung.

"Wir versprechen uns mit dieser Kooperation eine Ausweitung unseres umfangreichen Service-Angebots einerseits und einen deutlich breiteren Transport von BDI-Inhalten aus berufspolitischem Standpunkt der Inneren Medizin andererseits.", sagt BDI-Geschäftsführer Tilo Radau.

"Mit dem BDI gewinnen wir Europas größten Facharztverband als Partner, was unsere enorme Reichweite zu Ärzten nochmals steigert." so Michael Schmitt, Geschäftsführer hinter praktischArzt, zur neuen Kooperation beider Branchengrößen.

Daneben bietet das Karriereportal für Medizinerinnen und Mediziner alle für die Karriere wichtigen News, Informationen und Services rund um den Arztberuf, zum Beispiel alle nötigen Tipps zur Bewerbung, Musterlebensläufe, Infos zum Vorstellungsgespräch und vieles mehr. Auch zu alternativen Berufsfeldern bietet praktischArzt relevante Informationen - mit Beschreibungen von spannenden Berufsfeldern außerhalb der Praxis, wie beispielsweise in der Pharmabranche, in der Unternehmensberatung oder der Forschung.

Im Rahmen der Kooperation wird der BDI zukünftig im Magazin von praktischArzt mit wichtigen Artikeln zu seinen Fortbildungsangeboten, seinen gesundheitspolitischen Standpunkten und mit Informationen zu drängenden Rechtsfragen rund um die Innere Medizin vertreten sein.

"Bereits in den Gesprächen zeigte sich, dass der BDI offen für Innovation ist und es neben diesen Kooperationsinhalten noch viele denkbare Ausbaustufen in den kommenden Jahren gibt, die man gemeinschaftlich initiieren und damit tolle Mehrwerte für Mediziner generieren kann.", freut sich Timo Krasko, Geschäftsführer hinter praktischArzt.

Über praktischArzt:

Das praktischArzt-Netzwerk wird betrieben von der pA Medien GmbH und stellt eine Kombination aus Stellenbörse und Karriereportal dar. Das hauptsächliche Geschäftsfeld ist die Veröffentlichung von Stellenanzeigen für Ärztinnen und Ärzte, Medizinstudenten und sonstige Personen aus dem Gesundheitswesen.

pA Medien GmbH

Gegründet in 2014 Headquarter: Innere Wingerstraße 9, 68309 Mannheim

Geschäftsführung: Michael Schmitt, Timo Krasko

Geschäftsfeld: Recruiting und Stellenanzeigen, digitale Reichweite zu HCPs und Betrieb von Karriereportalen

Pressekontakt:

pA Medien GmbH
Michael Schmitt
0621 180 64 150
kontakt@praktischArzt.de
www.praktischArzt.de

Interview: „Im Praxisalltag ist die ePA bisher so gut wie gar nicht angekommen.“

Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), erläutert im Interview, warum die elektronische Patientenakte kaum Akzeptanz findet und welche Erwartungen sie an die neue Bundesregierung hat.



Frau Neumann-Grutzeck, wo stehen wir in Deutschland insgesamt mit Blick auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Der Expertenrat der Bundesregierung zu COVID-19 hat erst kürzlich eine Stellungnahme zum Stand der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens herausgegeben und festgestellt, dass wir uns auf einem „gehobenen Briefftaubenniveau“ (Prof. Christian Karagiannidis) befinden. Ich halte diese Beschreibung für Teile des Gesundheitswesens für zutreffend. Wir haben großen Nachholbedarf.

Welche Chancen und Potenziale sehen Sie in der Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Das deutsche Gesundheitswesen ist historisch von einer strikten Trennung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche geprägt. Das ist nicht nur für die Patientinnen und Patienten ein Ärgernis, sondern erschwert auch die Kommunikation und den Austausch von Informationen für Ärztinnen und Ärzte. Mit guten digitalen Lösungen sehe ich ein großes Potenzial, die Sektorengrenzen zu überwinden und sowohl die Versorgung als auch den Arbeitsalltag von Ärzten, Apothekern und anderen Gesundheitsberufen deutlich zu erleichtern. Dafür benötigen wir aber Anwendungen, die auch auf unsere Bedürfnisse zugeschnitten sind und nicht an uns vorbei entwickelt wurden.

Seit dem 1. Januar 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die elektronische Patientenakte anbieten. Welche Chancen und Herausforderungen bringt die ePA für Patienten und für Ärzte?

Bei der elektronischen Patientenakte ist die Ärzteschaft – soweit ich das vernehmen kann – zwiegespalten. Die Patientendaten zu digitalisieren und sektorenübergreifend zugänglich zu machen, ist definitiv richtig und wichtig. Die ePA ist eine patientengeführte Akte, d.h. der Patient bestimmt darüber, welche Daten dort abgelegt werden und welche Behandler darauf Zugriff erhalten. Die Entscheidung darüber, was wichtig ist, erfordert aus meiner Sicht eine hohe Gesundheitskompetenz. Deshalb ist sie aus ärztlicher Sicht keine ideale Lösung. Wir haben von Anfang an eine Akte gefordert, die den Bedürfnissen der behandelnden Ärztinnen und Ärzten gerecht wird. Das beinhaltet zum Beispiel, dass die Notfall- und Behandlungsdaten strukturiert hinterlegt sind. Das bietet die ePA aktuell (noch) nicht.

Wird die ePA alle Funktionen einer „analogen“ Patientenakte abdecken?

Wir müssen hier sehr deutlich unterscheiden: Die ePA ersetzt in ihrer aktuellen Form nicht die arzteigene Dokumentation von Patientendaten, also die Patientenakte, die jeder Arzt und jede Ärztin führt. Die Dokumentation im Primärsystem – egal ob KIS oder PVS – bleibt bestehen. Welche Daten aus der Primärdokumentation dann in der ePA landen, entscheidet der Patient. Im schlimmsten Fall ist die ePA eine wilde Ansammlung von unstrukturierten Daten und damit das digitale Pendant zu einem ungeordneten Aktenordner, den der Patient mitbringt. Das wäre aus ärztlicher Sicht wenig hilfreich. Digitalisierung ist nur dann eine sinnvolle Verbesserung, wenn Sie Prozesse erleichtert.

Wie ist der aktuelle Stand bei der ePA? Was funktioniert, was nicht?

Die Krankenkassen müssen seit Anfang letzten Jahres ihren Versicherten eine ePA anbieten. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind seit dem 1.7.2021 dazu verpflichtet, die erforderliche Ausstattung für den Zugriff auf die ePA in ihren Praxen vorzuhalten. In diesem Jahr sollte die ePA 2.0 an den Start gehen und u.a. die Nutzung auch für die Krankenhäuser verpflichtend sein. Trotz der gesetzlichen Vorgaben ist die ePA im Praxisalltag bisher so gut wie gar nicht angekommen.

Wo sehen Sie Entwicklungspotenzial?

Eine arztgeführte Akte innerhalb der ePA wäre eine deutliche Verbesserung. Im Praxis- und Klinikalltag besteht kaum Zeit, riesige Datensätze zu durchforsten. Das heißt wir brauchen einen übersichtlichen, strukturierten Bereich

Sind die Patienten ausreichend über die Vorteile der elektronischen Patientenakte informiert? Wie können die Ärztinnen und Ärzte dazu beitragen, dass die ePA mehr Akzeptanz findet?

Die Versicherten wurden von Seiten der Krankenkassen bisher kaum über die ePA informiert. Die Kassen waren sicherlich auch zurückhaltend, weil es noch keinen konkreten Anwendungsfall gab. Sobald das System funktioniert, erwarte ich, dass die Krankenkassen ihre Informationskampagne deutlich ausbauen. Die Aufklärung der Versicherten ist die Aufgabe der Kassen. In den Praxen können wir das nicht leisten. Wir beraten unsere Patientinnen und Patienten dahingehend, welche Behandlungsdaten sinnvollerweise in die ePA überführt werden sollten. Die Akzeptanz für die ePA wird automatisch steigen, sobald Patienten und Ärzte einen Mehrwert erkennen können.

Wie schätzen Sie grundsätzlich die Akzeptanz der ePA bei der Ärzteschaft ein?

Die aktuelle Ausgestaltung der ePA ist aus ärztlicher Sicht nicht optimal. Das führt zu einer eher geringen Akzeptanz.

Was entgegnen Sie Medizinern, die digitalen Neuerungen wie der ePA skeptisch gegenüberstehen?

Erstmal habe ich für viele Kolleginnen und Kollegen Verständnis. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft Anwendungen aufgezwungen bekommt, die noch nicht marktreif sind. Das ist einfach inakzeptabel und behindert die digitale Transformation mehr, als es sie fördert. Andererseits ist es auch unausweichlich, dass wir digitaler werden. Der Anspruch an uns wird mit einer neuen Patientengeneration noch einmal deutlich zunehmen. Und wie gesagt: Eine gut gemachte Digitalisierung birgt großes Potential, die Versorgung zu verbessern. Das muss das Ziel sein.

Was sollte die neue Bundesregierung Ihrer Ansicht nach anders machen als die alte?

Grundsätzlich erhoffen wir uns von der neuen Bundesregierung, dass sie den Ärztinnen und Ärzten mehr Gehör schenkt und in die Entwicklung und Einführung neuer digitaler Anwendungen besser einbindet. Das Akzeptanzproblem rührt ja nicht von ungefähr, sondern ist das Ergebnis schlecht gemachter Anwendungen, die mehr Arbeit machen, als einen echten Mehrwert zu bieten. Deshalb muss es eine klare und schonungslose Bestandsanalyse geben. Danach muss kooperativ und lösungsorientiert eine neue, tragfähige und realistische Digitalisierungsstrategie erarbeitet werden. In Bezug auf die ePA hat die Ampel im Koalitionsvertrag bereits ein wichtiges Vorhaben angekündigt: Statt des bisherigen Opt-in-Verfahrens soll auf ein Opt-out-Verfahren umgestellt werden. Jeder Versicherte erhält automatisch eine ePA, es sei denn sie oder er widerspricht. Das kann die flächendeckende Einführung beschleunigen.

Ihre Wunschvorstellung: Wie sieht das Gesundheitswesen in 15 Jahren aus?

Da könnte man jetzt natürlich zum Rundumschlag ansetzen. Das würde aber den Rahmen sprengen. In Bezug auf die Digitalisierung hoffe ich natürlich, dass digitale Anwendungen wie ePA, E-Rezept und eAU sowohl die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als auch zwischen den Gesundheitsberufen und Sektoren deutlich verbessern. Ich sehe außerdem große Entwicklungschancen im Bereich Künstliche Intelligenz bei der Unterstützung von Diagnostik und Therapie. Gleichzeitig muss das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis der zentrale Bestandteil bleiben. Digitalisierung kann Vieles, aber nicht alles.

*Christine Neumann-Grutzeck ist seit September 2020 Präsidentin des **Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)**. Der BDI ist mit rund 21.000 Mitgliedern Europas größter Internistenverband und vertritt die sozial- und berufspolitischen Interessen der Internistinnen und Internisten aller Versorgungsbereiche – d. h. in Kliniken sowie haus- und fachärztlichen Praxen – gegenüber Bund, Ländern, Versicherungsträgern und den Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung.*

 [Drucken](#)

Infos zum Artikel

 marketing@apotheken-aerzte.de

 02.03.2022

Kategorie

Geflüchtete aus der Ukraine

Vorbereitungen für medizinische Hilfe laufen

Die Bundesregierung sichert den Menschen in der Ukraine sowie Geflüchteten aus dem Kriegsgebiet, die nach Deutschland kommen, umfangreiche medizinische Hilfe zu.



©aquel /stock.adobe.com

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach erläuterte die Planungen am Donnerstag in einer Sondersitzung des Gesundheitsausschusses des Bundestages. Er sei bestürzt über die Vorgänge in der Ukraine, so der Minister. Es sei in dieser Kriegslage wichtig, zusammenzuhalten und von parteipolitischen Manövern Abstand zu nehmen. Lauterbach verwies auf die Krisenstäbe, die im Auswärtigen Amt, auf Ebene der EU-Kommission und der G7 eingerichtet worden seien und die Hilfe koordinierten.

Die Planungen sehen vor, medizinische Bedarfsgüter in die Ukraine zu bringen. Dort sei medizinisches Material knapp. Es gehe etwa um Verbandsmittel, Arzneimittel, Injektionsmittel oder konkret Schmerzmittel. Um die Versorgung zu organisieren, sei Deutschland im stetigen Kontakt mit ukrainischen Stellen.

Lauterbach sagte, derzeit könnten beispielsweise viele Diabetiker in der Ukraine nicht mit Insulin versorgt werden. Das größte Insulin-Lager sei im Krieg offensichtlich gezielt zerstört worden.

Medizinische Hilfe werde auch für Flüchtlinge aus der Ukraine organisiert. So werde ein allgemeines Impfangebot vorbereitet, das nicht nur die Impfung gegen Corona umfasse. Die Covid-Impfquote in der Ukraine sei niedrig, die Sterblichkeit hoch, sagte Lauterbach. Die Geflüchteten hätten teilweise erhebliche Risikofaktoren und seien besonders gefährdet.

Auch BDI sichert Unterstützung zu

Zudem bereite man die Versorgung von Verletzten und anderen Patienten aus der Ukraine in Krankenhäusern vor. Lauterbach sagte, es sei mit einer großen Zahl an Flüchtlingen zu rechnen. Er versicherte, die Flüchtlinge seien nicht nur willkommen, sondern würden auch angemessen medizinisch versorgt.

Unterstützung kommt auch vom Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). „Alle, die vor dem Krieg fliehen, haben das Recht auf Schutz. Wir müssen sicherstellen, dass alle Geflüchteten – unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit – unbürokratisch Hilfe bekommen und gut versorgt werden“, sagte Verbandschefin Christine Neumann-Grutzeck. „Als Ärztinnen und Ärzte und als BDI stehen wir den Behörden jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung.“

Informationen zu Spendenmöglichkeiten finden Sie unter anderem [in diesem Artikel](#).

Fachübergreifendes Kalkulationsmodell

„Wir haben jetzt erstmals konkrete Kostendaten für Hygiene auf dem Tisch liegen“

Die fehlende Gegenfinanzierung der speziellen Hygienekosten treibt interventionell und operativ arbeitende Fachgruppen wie Gastroenterologen, Urologen, Gynäkologen et cetera schon seit Jahren um. Verhandlungen mit den Krankenkassen haben bislang keine zufriedenstellende Lösung gebracht. Nun haben sich acht Berufsverbände der betroffenen Fächer zusammengeschlossen und ein eigenes Kalkulationsmodell aufgestellt. Was genau dahinter steckt, darüber sprach der änd mit dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der Gastroenterologen (bng), Dr. Albert Beyer, der das Konzept angestoßen und mitentwickelt hat.



Beyer: „Wir haben das Gefühl, dass unser Ansatz auf fruchtbaren Boden fällt.“

©bng

Hygienemaßnahmen sowie die Aufbereitung endoskopischer Geräte sind teuer. Für Gastroenterologen, Urologen, HNO-Ärzte, Gynäkologen und andere interventionell und operativ tätige Fachgruppen ist es deshalb ein Ärgernis, dass sie für diese Leistungen keinen angemessenen finanziellen Ausgleich bekommen. Schon seit Jahren ändert sich nichts an dieser Situation. Einzig die Hygienekosten steigen und steigen. Deshalb haben Berufsverbände betroffener Fachdisziplinen bereits vor längerer Zeit die sogenannte Arbeitsgemeinschaft (AG) Hygiene unter dem Dach des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands (SpiFa) gegründet. Als diese starten sie regelmäßig im Rahmen ihrer Hygiene-Kampagne verschiedene Aktionen, um auf ihre Lage aufmerksam zu machen. Zuletzt gab es eine breit angelegte Informationsoffensive für Patienten in den Praxen und teilweise sogar Terminsperren für bestimmte Untersuchungen und Eingriffe – Notfälle ausgenommen. Aufgrund der Corona-Pandemie ruhen die Aktionen aber seit Ende November. Was nicht heißt, dass die Verbände seitdem untätig waren. Ein harter Kern hat in den vergangenen Monaten

ein methodisches Konzept für einen fachgebietsübergreifenden Vergütungsansatz für Hygienemaßnahmen sowie die Aufbereitung von Medizinprodukten entwickelt. Einer der Initiatoren und Mitentwickler dieses Modells ist bng-Vorsitzender Dr. Albert Beyer.

Herr Dr. Beyer, warum der Schritt zu diesem doch sehr umfangreichen und komplexen methodischen Konzept?

Bislang lagen für die Kosten der speziellen Hygiene immer nur Schätzwerte für einzelne Leistungen wie die Zystoskopie, die Gastroskopie, die Koloskopie und so weiter vor. Es wurde aber nie genau beziffert, wie hoch die Kosten tatsächlich sind, auch nicht von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung (KBV). Das hat mich immer ein bisschen gestört.

Ziel war und ist es ja nach wie vor, die Kosten der speziellen Hygiene auch im Rahmen der Reform des Ambulanten Operierens abzubilden. Hier hat es aber bislang kein einheitliches Vorgehen gegeben, sondern zwei Ansätze: Zum einen hatte man geplant, die Kosten im Praxisbetriebsmodell (PBM) für das Ambulante Operieren normativ abzubilden, also mit einer eigenen Kostenstelle Hygiene. Zum anderen sollten im Bereich der interventionellen Leistungen die Kosten der speziellen Hygiene durch einen Zuschlag abgedeckt werden, der die geschätzten Zusatzaufwendungen seit der letzten Reform der Medizinprodukte-Aufbereitung im Jahr 2012 widerspiegelte.

Sie meinen die Reform von 2012, die erhebliche Auflagen mit sich brachte?

So ist es. Die KBV hat grob geschätzt, wie hoch der zusätzliche Aufwand sein könnte und einfach vorausgesetzt, dass alles, was vor 2012 war, schon in die Leistungen eingepreist ist. Sie kam dann auf Zuschläge, die zum Beispiel sowohl bei der Gastroskopie als auch bei der Koloskopie und interessanterweise auch bei der Prokto-Rektoskopie jeweils bei 65 Punkten lagen.

Der von der KBV geschätzte Hygiene-Zuschlag war also immer gleich hoch, obwohl es sich um zwei ganz unterschiedliche Aufbereitungsverfahren handelt?

Genau. Und das kann ja irgendwie nicht sein, weil der Aufwand jeweils ein ganz anderer ist. Diese geschätzten Werte kamen mir einfach sehr ungenau vor. Und vor allem hat mich auch die Annahme umgetrieben, es wäre bisher immer alles eingepreist in der Leistung. Deshalb der Schritt zu einem Modell, das die Leistungen genauer abbildet.

Wie sind Sie dabei vorgegangen?

Zunächst haben wir Gastroenterologen in Abstimmung mit der Spifa-AG Hygiene unser eigenes Praxisbetriebsmodell genau betrachtet und haben mit Unterstützung von Dr. Wolfgang Popp von der Prime Networks AG, der ja seinerzeit gemeinsam mit Dr. Andreas Köhler und Ulrich Casser das Standard-Bewertungssystem (StaBS) zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit allen dazugehörigen Datengrundlagen entwickelt hat, erste Berechnungen angestellt. So konnten wir erste Ansätze für ein System entwickeln, mit dem man die Hygienekosten sinnvoll für alle Fachgruppen sowohl im interventionellen als auch im operativen Bereich abbilden kann. In dem Zusammenhang haben wir uns auch angesehen, welche Kosten bislang schon in den Leistungen enthalten sind. Wir sind da wirklich tief in die Praxisbetriebsmodelle der acht kalkulierenden Verbände reingegangen. Es hat sich bestätigt, dass viele Leistungen gar nicht eingepreist sind, es also auch schon vor 2012 nicht waren. Anschließend haben wir kalkuliert, wie hoch der Bereinigungsbetrag bei den interventionellen Leistungen wäre, und sind dabei auf eine Marge von nur 2 bis 2,5 Prozent gekommen.

Was ist das Besondere an Ihrem Konzept?

Das Besondere ist, dass wir jetzt jedem Medizinprodukt, das einer hygienischen Aufbereitung bedarf, einen Preis zuordnen können, der genau kalkuliert ist. Und wir haben mit dem Modell letztlich hinterlegt, welche Kosten für Hygiene und Aufbereitung dann auch mit einer Leistung verbunden werden müssen.

Können Sie das an einem Beispiel veranschaulichen?

Nehmen wir eine Grundleistung, zum Beispiel die Gastroskopie. Dafür brauchen Sie ein Endoskop, genauer gesagt das Gastroskop. Dann können Sie in der entsprechenden Tabelle in unserem Konzept auf Seite 21 schauen: Das Gastroskop wäre der Merkmalskategorie semikritisch B2 zuzuordnen, das heißt mit deutlich erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung. Als Kalkulation steht dann in der Tabelle ein genauer Preis für die Hygiene und Aufbereitung dieses Gastroskops, nämlich 35,68 Euro. Wenn Sie dieses Modell dann mit dem Praxisbetriebsmodell der Gastroenterologen verbinden, müssten Sie die Leistungen der Gastroskopie um circa 2 bis 2,5 Prozent bereinigen, das wären dann circa 2,50 Euro. Und obendrauf kommen die 35,68 Euro, um die Aufbereitung kostendeckend darstellen zu können.

Ist eine Bereinigung immer notwendig?

Nein, nur bei den interventionellen Leistungen. Bei den operativen nicht, denn für die gibt es ja ein normatives Modell, also eines, das rein kalkulatorisch aufgebaut ist. Dementsprechend könnte hier unser Hygienemodul einfach an das PBM Ambulantes Operationszentrum (AOZ) angedockt oder in dieses integriert werden.

Welche Vorteile hat Ihr Modell gegenüber dem Vorschlag der KBV?

Die Darstellung der KBV mit den 65 Punkten Zuschlag, das wären circa. 7,32 Euro, ist etwas schief. In unseren Berechnungen kommen wir auf ganz andere Beträge. Und vor allem sind diese 7,32 Euro völlig undifferenziert über jede Leistung gezogen. Das ist natürlich nicht zielführend. Denn das Ziel ist, für jede Leistung und für jedes Produkt, das verwendet wird, auch den Preis der Aufbereitung anzugeben und diesen Preis im EBM und in den Praxisbetriebsmodellen möglichst korrekt abzubilden. Kurz gesagt: Unser Konzept ermöglicht eine Darstellung über die gesamte Fachärzteschaft. Gegebenenfalls könnten sich sogar die Zahnärzte unseres Modells bedienen.

Welche Verbände waren in die Modellentwicklung involviert?

Wir Gastroenterologen haben mit den Berechnungen gestartet und hatten dann erst einmal für unsere Fachgruppe gute Ergebnisse. Die haben wir dann an den Leiter der AG Hygiene im Spifa, Dr. Axel Schroeder, herangetragen. Und so nahm das Ganze seinen Lauf. Letztlich waren es acht Verbände, die direkt an der Entwicklung des Modells beteiligt waren und diese auch finanziell mitgetragen haben. In dieser kleinen Arbeitsgruppe – wir nennen uns die Aktionsgemeinschaft Hygiene – konnten wir das Ganze stringent vorantreiben. So ist es uns gelungen, das Konzept innerhalb von sechs Monaten vom ersten Ansatz bis jetzt zur finalen Version plausibel aufzubauen, so dass wir es jetzt präsentieren können.

Sollen nun noch weitere Verbände mit ins Boot geholt werden?

Es gibt bereits 23 weitere Verbände, die unser Modell unterstützen. Und ein paar weitere potenzielle Unterstützer stehen noch vor der Tür. Grundsätzlich haben wir unsere Berechnungen ja für alle Fachgruppen angestellt. Man braucht als Verband dann natürlich die explizite Zustimmung der Mitglieder. Ich rechne jedenfalls damit, dass die Unterstützung noch mehr in die Breite gehen wird, wenn auch die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) das Konzept inhaltlich adäquat geprüft haben.

Dies wird ja nun in den nächsten Tagen oder Wochen geschehen, denn Sie haben Ihr Modell inzwischen den KVen und der KBV vorgelegt. Haben Sie schon Rückmeldung bekommen?

Wir haben das finale Konzept erst vergangenen Donnerstag an die KBV übersandt. Es gab bereits einige erste spontane Rückmeldungen, die uns das Gefühl geben, dass unser Ansatz auf fruchtbaren Boden fällt.

Wie geht es jetzt weiter, was erhoffen Sie sich?

Die KBV muss unser Modell jetzt erst einmal gegenprüfen. Aber wie gesagt, ich habe keine Bedenken, dass da jetzt noch irgendwelche grundsätzlichen Meinungsverschiedenheiten auftreten. Der Startschuss für das Modell könnte zum Beispiel damit fallen, dass die KBV unser Modell bei der Reform des Praxisbetriebsmodells Ambulantes Operationszentrum zugrundelegt und in das PBM integriert oder daran andockt. Die KBV müsste dann kein eigenes Konzept mehr entwickeln und würde sich dadurch viel Arbeit ersparen. Man sollte zumindest fordern, dass die Leistungen, die jetzt in den Katalog für Ambulantes Operieren und sonstiger stationsersetzender Eingriffe aufgenommen werden, adäquat bezüglich des Hygieneaufwands bepreist werden. Und das müsste dann überall mit den Kassen verhandelt werden.

...was sicherlich kein Leichtes wird aufgrund der aktuellen Finanzsituation der GKV...

...das ist richtig, die derzeitige Lage ist ja auch geprägt von vielen Unwägbarkeiten, zum einen immer noch wegen der Pandemie, zum anderen ist nun die neue Bedrohung des Krieges in der Ukraine hinzugekommen. Verhandlungen mit den Kassen sind aber nie leicht. Und mit unserem Modell haben wir jetzt erstmals konkrete Kostendaten für die Hygiene und die Aufbereitung der medizinischen Geräte auf dem Tisch liegen.

Wir müssen da dranbleiben und fordern, dass die Abbildung der Hygieneleistungen in allen Praxisbetriebsmodellen zeitnah erfolgt. Und die Verhandlungen mit den Kassen dazu werden sicherlich hart werden. Aber wir haben jetzt die Zahlen vorliegen – und sind damit auf jeden Fall in einer guten Starposition.

Das Kalkulationsmodell finden Sie am Ende des Artikels als PDF zum Download.

Folgende Verbände bzw. deren Vertreter haben das Modell entwickelt und finanziert:

Dr. med. Albert Beyer

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V., bng

Dr. med. Norbert Smetak

Berufsverband Niedergelassener Kardiologen, BNK

Dr. med. Dirk Heinrich

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V., HNO

Alexandra Turowski

Berufsverband der Angiologinnen und Angiologen Deutschlands e.V., BVAD

Dr. med. Peter Baier

Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V., BNFI

Dr. med. Frank Heimann

Bundesverband der Pneumologen, BdP

Dr. med. Nikolaus Scheper

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V., BVND

Dr.med. Bernd G. Rehberg M.Sc.

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.

Weitere unterstützende Berufsverbände/Verbandsvertreter:

Dr.med. Dirk Heinrich

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V., SpiFa

Dr.med. Axel Schroeder

Arbeitsgemeinschaft Hygiene des SpiFa e.V.

Jörg Karst

Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten im Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)

Dr. med. Thomas Eversmann

Berufsverband Deutscher Endokrinologen, BDE

Prof. Dr. med. Wolfgang Knauf

Bundesverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V., BNHO

Dr. med. Michael Daschner

Verband Deutsche Nierenzentren e. V., DNEV

Christine Neumann-Grutzeck

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e. V., BDI

Dr. Andreas W. Schneider

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser

Dr. med. Dr. PH Michael A. Conzen

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC) e.V.

*Dr. med. Kaweh Schayan-Araghi
Bundesverband Deutscher OphthoChirurgen e.V.*

*Dr. med. Klaus Doubek
Berufsverband der Frauenärzte e.V.*

*Catrin Steininger
Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU)*

*Prof. Dr. Henrik Menke
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen*

*Dr. med. Axel Rainer Neumann
Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.*

*Jan Henniger
Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschland (BNC) e.V.*

*Dr. med. Peter Heinz
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V.*

*Dr. med. Ralph von Kiedrowski
Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.*

*Cornelia Wilke
Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin*

*Dr. med. Petra Bubel
Deutscher Facharztverband e.V.*

*Dr. med. Barbara Arnold
Deutschen Berufsverbandes der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.*

*Dr. Detlef Wujciak
Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V.*

*Dr. med. Peter Kalbe
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)*

*PD Dr. med. Ulrich A. Knuth
Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren e.V. (BRZ)*

- Methodisches Konzept der Aktionsgemeinschaft Hygiene

ALLIANZ DEUTSCHER ÄRZTEVERBÄNDE

BERUFSVERBAND DEUTSCHER INTERNISTINNEN UND INTERNISTEN (BDI) •
BUNDESVERBAND DER ÄRZTEGENOSSENSCHAFTEN • GEMEINSCHAFT FACHÄRZTLICHER
BERUFSVERBÄNDE (GFB) • HARTMANNBUND – VERBAND DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
DEUTSCHLANDS • MEDI GENO DEUTSCHLAND • VIRCHOWBUND – VERBAND DER
NIEDERGELASSENEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DEUTSCHLANDS • SPITZENVERBAND
FACHÄRZTE DEUTSCHLANDS (SPIFA)

Pressemitteilung

Rekordinzidenzen und „Freedom Day“ passen nicht zusammen

Berlin, 17. März 2022 – Wenn am 20. März viele Maßnahmen der Pandemiebekämpfung wegfallen, muss der Schutz der vulnerablen Gruppen, insbesondere der Menschen über 70 Jahre, nach wie vor das vorrangige Ziel bleiben. Dies bekräftigt die Allianz deutscher Ärzteverbände nach ihrer heutigen Tagung in Berlin angesichts täglich neuer Rekordstände bei den Corona-Inzidenzen.

Auch wenn eine Belastung des Gesundheitssystems derzeit formal nicht erkennbar ist, so ist es bedrückend, dass aktuell rund 86 Prozent der inzwischen über 1.000 Todesfälle pro Woche die Altersgruppe der über 70-Jährigen betreffen, so die Aussage des Bundesgesundheitsministers in der vergangenen Woche. Zudem nehmen infektionsbedingte Personalausfälle in Praxen und Krankenhäusern derart zu, dass Praxen den Betrieb einschränken und in Krankenhäusern wieder Operationen abgesagt werden müssen.

Der Schutz der vulnerablen Gruppen ist insbesondere mit verständlichen und nachvollziehbaren Basisschutzmaßnahmen ohne viel Aufwand und mit großer Akzeptanz in der Bevölkerung umsetzbar. Wir wissen auch, dass viele Menschen hierzulande müde und mürbe sind. Der Sprecher der Allianz, Dr. Dirk Heinrich, kritisiert: „Absolute Rekordstände bei Inzidenzen und eine Art ‚Freedom Day‘ zum 20. März 2022, das passt nicht zusammen.“

Daher fordern die ärztlichen Verbände der Allianz insbesondere den Fortbestand von Basisschutzmaßnahmen, wie einer FFP2-Maskenpflicht im Einzelhandel und im ÖPNV. Im Übrigen vermeiden bundesweit einheitliche und klare Regelungen auch unnötige und konflikträchtige Diskussionen vor Ort.

Für weitere Informationen:

Allianz deutscher Ärzteverbände
c/o Virchowbund e.V.
Chausseestraße 119b
10115 Berlin

Ansprechpartner:

Klaus Greppmeir
Adrian Zagler
Fon: (03 0) 28 87 74 - 124
Fax: (03 0) 28 87 74 - 113
presse@virchowbund.de
www.virchowbund.de

Ärzteschaft

Ärzte fordern unbürokratischen und bundesweit einheitlichen Zugang zur medizinischen Versorgung für Ukraine-Flüchtlinge

Montag, 21. März 2022



/picture alliance, NurPhoto, Nicolas Economou

Berlin – Die Bundesärztekammer ([BÄK](#)) hat gemeinsam mit weiteren ärztlichen Verbänden eine rasche, unbürokratische und bundesweit einheitliche Regelung zur medizinischen Versorgung von Ukraine-Flüchtlingen gefordert.

Mit der Gesundheitskarte für Geflüchtete existiere bereits ein unkomplizierter Weg, die medizinische Versorgung dieser Menschen zu gewährleisten, hieß es heute. Leider seien aber noch nicht alle Bundesländer und Kommunen einem entsprechenden Rahmenvertrag beigetreten. Die Verbände fordern die Verantwortlichen daher auf, dies schnellstmöglich nachzuholen.

„In Anbetracht des unermesslichen Leids, das diese Menschen durchgemacht haben, gilt es jetzt, bürokratische Hürden zügig abzubauen. Ärztinnen und Ärzte müssen sich auf die medizinische Behandlung konzentrieren können, nicht auf das Ausfüllen von Formularen“, heißt es in dem Appell der BÄK und der Allianz deutscher Ärzteverbände.

Nach Angaben des [Bundesgesundheitsministeriums](#) bestehen solche Rahmenvereinbarungen aktuell in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen. Nach einer Anmeldung erhalten die Geflüchteten dort eine elektronische Gesundheitskarte mit besonderer Statuskennzeichnung.

In den übrigen Regionen stellen die Kommunen Behandlungsscheine aus, mit denen die Menschen einen Arzt aufsuchen könnten. „Das ist für Patienten und Ärzte umständlich und bürokratisch. Gebraucht wird mehr Zeit für Zuwendung, statt unnötiger Zettelwirtschaft“, so die Verbände.

Zur Allianz deutscher Ärzteverbände gehören der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten ([BDI](#)), der Bundesverband der Ärztegenossenschaften, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände ([GFB](#)), der [Hartmannbund](#) – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands, [Medi Geno Deutschland](#), der [Virchowbund](#) – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands und der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands ([SpiFa](#)). © [hil/aerzteblatt.de](#)