

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 11/2024

GOÄ und die Honorierung ärztlicher Leistungen

Hessisches Ärzteblatt – Ausgabe 11/2024

Versorgungslücken bei chronischer Nierenerkrankung

BDI fordert bessere Vergütung

änd – 05. November 2024

Interview mit BDI-Chefin

Neumann-Grutzeck: „Wir dürfen uns durch die GOÄ nicht spalten lassen“

Ärzte Zeitung – 05. November 2024

Internistenverbände fusionieren

BHI schließt sich mit BDI zusammen

änd – 14. November 2024

Wegen Mitgliederschwund im BHI

Bundesverband Hausärztlicher Internisten fusioniert mit BDI

Ärzte Zeitung – 14. November 2024

Hausärztlicher Internistenverband fusioniert mit BDI

Ärzteblatt – 14. November 2024

BDI fordert Schließung der Versorgungslücke

Medical Tribune – 16. November 2024

Reformvorschlag

Neue GOÄ: Nah und doch so fern

Hausarzt digital – 18. November 2024

Die Bilanz der Ampel (Interview ungekürzte Version online)

So bewerten Berufsverbände und Krankenkassen die Gesundheitspolitik der letzten drei Jahre

Medical Tribune – 19. November 2024

Die Bilanz der Ampel (Interview gekürzte Version print)

So bewerten Berufsverbände und Krankenkassen die Gesundheitspolitik der letzten drei Jahre

Medical Tribune – 22. November 2024

Reaktionen auf Bundesrats-Entscheidung

„Gute Nachricht“ oder „bitterer Rückschlag“?

änd – 22. November 2024

Gesetz endgültig beschlossen

Kein Vermittlungsausschuss: Bundesrat lässt Lauterbachs Klinikreform passieren

Ärzte Zeitung – 22. November 2024

GOÄ und die Honorierung ärztlicher Leistungen

Eigentlich sollte dieses Co-Editorial das aktuelle Dilemma der GÖÄ beschreiben. Dieses Dilemma, liebe Leserinnen und Leser, ist aber komplexer und erfordert ein weiteres Ausholen.

Während Studium und Weiterbildung wollten wir uns um Patienten kümmern. Ein Beruf mit hohem sozialen Anspruch, auch ein vernünftiges Auskommen war abzusehen, stand aber nicht im Vordergrund. Das Genfer Gelöbnis war ein guter Leitfaden. Die Wahl des Gebietes, in dem man tätig werden wollte, erfolgte vorwiegend aus medizinischem Interesse.

Diktat der Ökonomie

Das ist viele Jahre her und gilt nun nicht mehr. Kaufmännische Geschäftsführer von Kliniken geben den Ton an. Chefärzte, früher „Halbgötter in Weiß“, sind Weisungsempfänger und versuchen, zwischen Medizin und Ökonomie zu vermitteln. Lukrative Eingriffe sollen bevorzugt, Mitarbeiter reduziert und „der Laden am Laufen“ gehalten werden. Ärztliche Weiterbildung wird zur Nebensache. Das ursprüngliche Interesse am Patienten wird in Arbeitslast und Bürokratie erstickt.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben sich darauf in in der eigenen Praxis engagiert und erleben jetzt ein Déjà-vu. Die selbstständige Praxis, alleine oder in einer Gruppe, mutiert zum Franchise-Unternehmen. Definition gefällig? Ein Franchise-Geber entwickelt eine multiplizierbare Geschäftsidee – wer mitmachen will, kauft die Geschäftslizenz und muss sich an alle Vorgaben halten.

Die Vorgaben kennen alle, die als Vertragsärzte eine Lizenz vom Zulassungsausschuss erhalten haben und sich an alle Regeln halten müssen. Ursprünglich regelten die Kassenärztlichen Vereinigungen ein gedeihliches ärztliches Miteinander. Inzwischen sind andere Player am Werk.

Seehofer, Schmidt und die folgenden Bundesminister für Gesundheit haben die selbstbestimmte Berufsausübung eradiziert. Zulassungen, Regresse, Budgets, Öffnungszeiten, IT-Vorgaben und seit neuem auch Eingriffe in ureigene Bereiche wie Terminplanung werden wie selbstverständlich auferlegt. Dabei haben sich die Regeln und Begrenzungen in all den Jahren zunehmend verschärft, mit abschreckendem Charakter für jeden Berufseinsteiger. Perfide ist dabei die Umwidmung der Kassenärztlichen Vereinigungen zum verlängerten Arm und Vollstrecker der Verordnungsgeber.

Für Franchise-Unternehmer gibt es bei allen Vorgaben meist die Möglichkeit, durch ein zusätzliches Engagement einen Mehrerlös zu erwirtschaften. Im vertragsärztlichen Bereich wird dies erfolg-



Foto: Alex Kraus

„Die neue GOÄ für Ärztinnen und Ärzte beschreibt ein vorsätzliches Staatsversagen“

reich verhindert. Der Arzt also ein Franchise-Unternehmer zweiter Klasse?

Ein kleiner Ausweg für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sowie Leitende Ärzte im Krankenhaus war die Versorgung von privat versicherten Patientinnen und Patienten. Die generierten Erlöse stopften Löcher der gesetzlichen Abrechnung, z. B. bei der Gastroskopie, subventionierten und stabilisierten die Einkünfte der Praxen. Doch auch dieses Geschäftsmodell gerät mit der neuen GOÄ ins Wanken.

Die neue Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte beschreibt ein vorsätzliches Staatsversagen. Aus politischen Gründen wurde über Jahrzehnte ein angemessenes Honorar für ärztliche Leistungen versagt. Unter diesem maximalen Druck und gegen alle bekannten politischen Widerstände hat die Bundesärztekammer versucht, eine neue GOÄ mit einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation aufzusetzen und zu konsentieren. Dabei sind ihr vermutlich zwei Fehler unterlaufen.

Frage nach den Konsequenzen

Berufsverbände klagen, nach einer Konsentierung der GOÄ im Vorjahr, jetzt über überraschende Abwertung von Leistungen, die eine kostendeckende oder gar einen Überschuss generierende Leistungserbringung unmöglich machen. Noch ein Zuschussgeschäft braucht niemand. Die Beteiligung der ärztlichen Berufsverbände war bei diesem heiklen Thema insgesamt wohl nicht ausreichend. Es sei daran erinnert, dass die in den ärztlichen Berufsverbänden engagierten Kolleginnen und Kollegen als gewählte Abgeordnete das Rückgrat der verfassten Ärzteschaft bilden.

Am Ende des Co-Editorials stellt sich die Frage nach den Konsequenzen. BÄK-Präsident Reinhardt hat die neue GOÄ entwickelt, er sollte sie mit den Verbänden jetzt noch einmal intensiv beraten und objektiv notwendige und existenziell unabdingbare Anpassungen vornehmen. Forderungen nach einem Rücktritt werden zu schnell erhoben. Wer eins und eins zusammenzählen kann, weiß, wer der Gewinner wäre. Das kann keiner wollen. Gemeinsames Ziel ist eine gute Berufsausübung und individuelle Patientenversorgung mit ausreichender Honorierung, auch für hoch investive Bereiche mit überdurchschnittlichen finanziellen Belastungen und Risiken. Mit dem Rücken an der Wand lässt sich keine vernünftige Medizin machen.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Versorgungslücken bei chronischer Nierenerkrankung

BDI fordert bessere Vergütung

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) verlangt sofortige Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung für Menschen mit chronischer Nierenerkrankung (CKD). Besonders bei der Vergütung gebe es erhebliche Defizite.



©BDI

BDI-Präsidentin Neumann-Grutzeck: „Die Studienergebnisse geben uns eine solide Grundlage, um gezielte berufspolitische Maßnahmen einzufordern, die zur Verbesserung der Versorgung chronisch Nierenerkrankter notwendig sind.“

Eine Studie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zeigt signifikante Versorgungslücken bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung auf. Demnach erhalten viele CKD-Patienten ihre Diagnose zu spät oder gar nicht. Selbst bei bekannter Krankheit fehle oft die notwendige Facharztbetreuung, besonders bei älteren Menschen und Frauen. Diese Versorgungslücken beeinträchtigten die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Zudem erhöhten sie die Risiken für ernsthafte Folgeerkrankungen wie Nierenversagen oder Herz-Kreislauf-Probleme.

Der BDI sieht in den Studienergebnissen eine klare Aufforderung zum Handeln an die Politik und Gesundheitsakteure. Um eine rechtzeitige und flächendeckende CKD-Diagnose sicherzustellen, fordert BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck konkrete Schritte. So sollten Hausarztpraxen eine extrabudgetäre Vergütung für die Albuminurie-Bestimmung erhalten. Diese ist für die Früherkennung wichtig, werde aber bisher zu selten durchgeführt. „Ohne ausreichende finanzielle Mittel aber ist eine präventionsorientierte Medizin kaum möglich“, betont Neumann-Grutzeck.

Die Studie fand außerdem heraus, dass Patienten häufig nicht an nephrologische Facharztpraxen überwiesen werden. Dies liege entweder an fehlenden Kapazitäten oder an unzureichender Vergütung für komplexe Fälle. Dr. Kevin Schulte, Studienleiter und BDI-Vizepräsident, fordert daher eine bessere Steuerung zwischen Haus- und Fachärzten sowie eine Vergütungsanpassung. Nur so ließen sich Risikopatienten gezielt und frühzeitig behandeln. Schulte unterstreicht zudem die Notwendigkeit digitaler Lösungen zur Risikostratifizierung und klarer Überweisungsstrukturen.

Neumann-Grutzeck appelliert an die Verantwortung aller Akteure im Gesundheitssystem: „Die Sicherstellung einer umfassenden und gleichberechtigten internistischen Versorgung ist eine Kernaufgabe unseres Verbands. Diese Studie verdeutlicht den dringenden Handlungsbedarf.“

🔒 Interview mit BDI-Chefin

Neumann-Grutzeck: „Wir dürfen uns durch die GOÄ nicht spalten lassen“

Kommt die neue GOÄ noch oder nicht? Im Interview mit der Ärzte Zeitung spricht BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck über die Verzögerungen – und sie erläutert, was aus Sicht einer ambulant tätigen Diabetologin bei der GOÄ-Novelle wichtig ist.

Veröffentlicht: 05.11.2024, 04:55 Uhr



„Aufwertung der sprechenden Medizin für alle Arztgruppen ein ganz wichtiger Schritt“: BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

© Rolf Schulten

Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), spricht im Gespräch mit der Ärzte Zeitung über den Entwurf zur GOÄneu, analoge Ziffern und eine eigentlich ganz einfache Aufgabe für den Gesundheitsminister.

Frau Neumann-Grutzeck, was wäre mit Blick auf die Novelle der GOÄ aus Sicht einer ambulant tätigen Diabetologin wichtig?

Viele Bereiche der modernen Diabetesbehandlung sind in der alten GOÄ nicht abgebildet. Wir Diabetologinnen und Diabetologen behelfen uns seit Jahren mit analogen Ziffern. Eine moderne Medizin muss aber in einer modernen GOÄ abgebildet werden. Ein Beispiel ist die Therapie des Diabetischen Fußsyndroms: Solche Komplikationen finden sich endlich in der GOÄ-Novelle wieder.

Wichtig ist auch, dass die GOÄ künftig dynamisch an die medizinischen und wirtschaftlich notwendigen Entwicklungen angepasst wird. Alles andere behindert medizinischen Fortschritt. Außerdem ist die Aufwertung der sprechenden Medizin für alle Arztgruppen ein ganz wichtiger Schritt.

In der laufenden Legislaturperiode dürfte es mit einer Reform der Gebührenordnung für Ärzte nichts mehr werden. Wie lautet Ihr Appell an die Politik in der Causa?

Es ist eigentlich ganz einfach: Der Gesundheitsminister muss nur dafür sorgen, dass die arzteigene GOÄ in Kraft tritt. Seit über 20 Jahren wird das von der Politik blockiert.

Welche Freiberuflerin oder welcher Freiberufler muss den Wert seiner eigenen Leistungen mit den Kostenträgern verhandeln? An dieser Stelle bleibt leider auch der Grundwebfehler dieser neuen GOÄ: Dass sie verhandelt werden muss und mit einer Mengenbegrenzung versehen ist.

Und was ist Ihre Botschaft an die verfasste Ärzteschaft?

Wir dürfen uns durch die GOÄ nicht spalten lassen. Den Weg müssen wir gemeinsam gehen. Wir benötigen dringend eine zukunftsfähige Finanzierung für unser Gesundheitssystem.

Eine neue GOÄ mit einer besseren Finanzierung wird am Ende allen nutzen und für eine Modernisierung der Medizin sorgen, von der auch die GKV-Patientinnen und Patienten profitieren werden.

Frau Neumann-Grutzeck, wir bedanken uns für das Gespräch.

Internistenverbände fusionieren

BHI schließt sich mit BDI zusammen

Der Bundesverband Hausärztlicher Internisten (BHI) fusioniert mit dem Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI). Grund sei der anhaltende Mitgliederrückgang im BHI, teilte der Verband am Donnerstag mit.



©BDI

Neumann-Grutzeck: „Mit dieser Integration stärken wir die berufspolitische Stimme der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten.“

Die BHI-Mitgliederversammlung habe deshalb die Auflösung des Verbands beschlossen. Die aktiven Mitglieder des BHI würden sich zukünftig unter dem Dach des BDI engagieren, hieß es. Und weiter: „Die Entscheidung, die nach 20 Jahren intensiver berufspolitischer Arbeit getroffen wurde, ist allen Beteiligten schwergefallen, verspricht jedoch eine stärkere Vertretung der hausärztlichen Internistinnen und Internisten in Deutschland.“

Angesichts seiner drohenden Auflösung hatte der BHI zuletzt bereits mit dem BDI kooperiert und Perspektiven für eine zukünftige Zusammenarbeit entwickelt. „Auch wenn eine eigenständige Vertretung hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten wünschenswert bleibt, bin ich überzeugt, dass unsere Interessen beim BDI künftig gut vertreten sind“, sagte BHI-Vorsitzender Dr. Kai Schorn.

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck begrüßte die Entscheidung. Sie bezeichnete die Fusion als einen wichtigen Schritt. „Der Nachwuchsmangel betrifft leider viele ärztliche Berufsverbände, sodass eine Bündelung der Kräfte sinnvoll ist. Mit dieser Integration stärken wir die berufspolitische Stimme der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten. Wir freuen uns darauf, die bisherige erfolgreiche Zusammenarbeit jetzt innerhalb des BDI fortzusetzen.“ Im Vorfeld der Mitgliederversammlung hatten beide Verbände bereits entsprechende Kooperations- und Übernahmevereinbarungen vorbereitet.

In den vergangenen zwei Jahren waren nach Aussagen beider Verbände bereits zahlreiche BHI-Mitglieder in der Arbeitsgruppe Hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten des BDI aktiv involviert. „Die Fusion ist folgerichtig und festigt die Position der hausärztlichen Internisten innerhalb des BDI“, sagte der Vorsitzende der AG, Dr. Ivo Grebe.

14.11.2024 11:40, Autor: sk, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/231902>

Wegen Mitgliederschwund im BHI

Bundesverband Hausärztlicher Internisten fusioniert mit BDI

Der Bundesverband Hausärztlicher Internisten löst sich auf. Eine neue Heimat finden die Mitglieder im Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten.

Veröffentlicht: 14.11.2024, 13:03 Uhr

Berlin. Angesichts des anhaltenden Mitgliederrückgangs hat die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Hausärztlicher Internisten (BHI) die Auflösung des Vereins beschlossen. Die aktiven Mitglieder des BHI werden sich zukünftig unter dem Dach des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) engagieren.

Das teilte der BDI am Donnerstag mit. Beide Verbände äußerten die Hoffnung, dass mit der Fusion eine „zukunftsfähige Interessenvertretung“ gesichert werden könne. Sie sei zudem eine Chance zur besseren Repräsentation hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten in Deutschland. *(eb)*

Ärzteschaft

Hausärztlicher Internistenverband fusioniert mit BDI

Donnerstag, 14. November 2024

Berlin/Wiesbaden – Der Bundesverband Hausärztlicher Internisten ([BHI](#)) wird sich als Verein auflösen. Die Mitglieder des BHI werden künftig unter dem Dach des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten ([BDI](#)) berufspolitisch aktiv sein. Darauf wiesen die beiden Verbände jetzt hin.

„Auch wenn eine eigenständige Vertretung hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten wünschenswert bleibt, bin ich überzeugt, dass unsere Interessen beim BDI künftig gut vertreten sind“, sagte Kai Schorn, Vorsitzender des BHI. Hintergrund für die Fusion ist, dass der BHI anhaltend Mitglieder verloren hat.

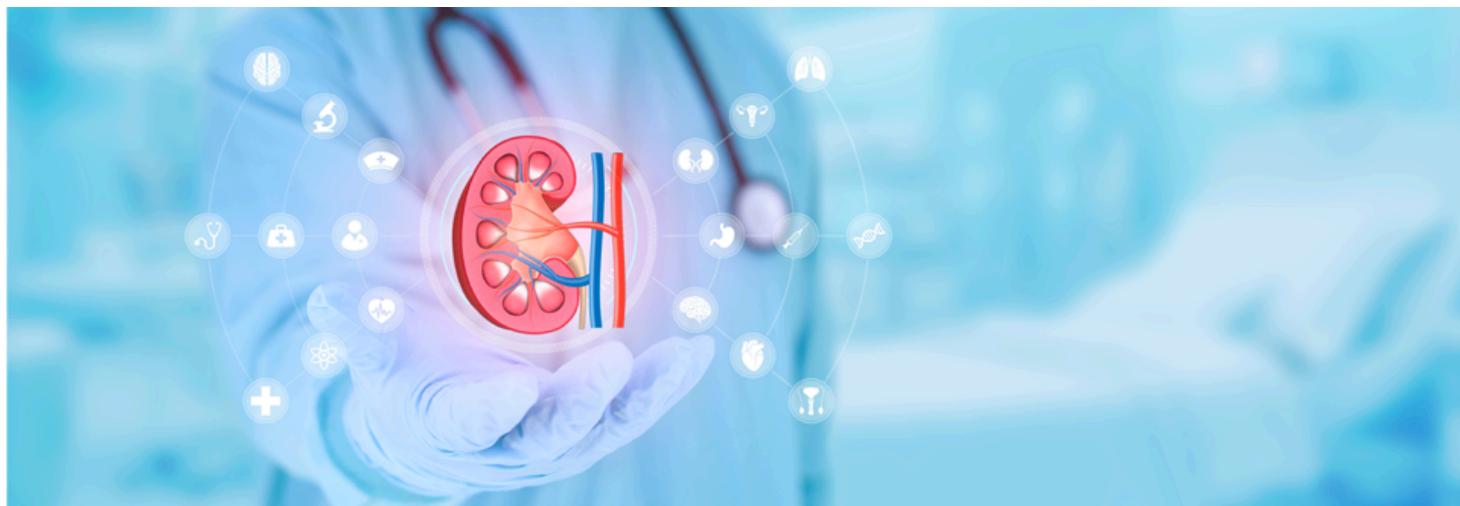
„Der Nachwuchsmangel betrifft leider viele ärztliche Berufsverbände, sodass eine Bündelung der Kräfte sinnvoll ist. Mit dieser Integration stärken wir die berufspolitische Stimme der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten“, sagte die BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck.

In den vergangenen zwei Jahren waren bereits zahlreiche BHI-Mitglieder in der Arbeitsgruppe Hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten des BDI tätig.

„Die Fusion ist folgerichtig und festigt die Position der hausärztlichen Internisten innerhalb des BDI“, erklärte der Vorsitzende der AG, Ivo Grebe. Mit dem Zusammenschluss profitierten die Mitglieder des BHI von einem breiteren Netzwerk und den Ressourcen des BDI und könnten sich in einer größeren Gemeinschaft engagieren, betonte er. © [hil/aerzteblatt.de](#)

BDI fordert Schließung der Versorgungslücke

Gesundheitspolitik | Autor: Maximilian Rossol



Knapp 68 % der diagnostizierten Nierenkranken leiden zusätzlich an mindestens drei weiteren chronischen Erkrankungen.

© Tom – stock.adobe.com

In Deutschland leiden etwa 8 bis 10 Millionen Menschen an einer chronischen Nierenerkrankung (CKD). Doch nur knapp jeder zehnte Betroffene weiß um seine Erkrankung.

Eine Analyse des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung deckte ein erhebliches **Defizit** in der Diagnostik, Prävention und Behandlung von CKD auf.

Betrachtet wurden die **Abrechnungsdaten** von knapp 74 Millionen gesetzlich Versicherten aus dem Jahr 2022. Bei 1,9% der Bevölkerung war eine mittlere bis fortgeschrittene CKD diagnostiziert worden. Fast ein Drittel der Patientinnen und Patienten im fortgeschrittenen Stadium 4 der Erkrankung wurde 2022 nicht durch eine nephrologische Praxis betreut. Knapp 68% der diagnostizierten **Nierenkranken** leiden zusätzlich an mindestens drei weiteren chronischen Erkrankungen.

Häufig fehlt es an den notwendigen Labortests

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) beklagt **Kapazitäts- und Vergütungsdefizite**. BDI-Vizepräsident und Studienleiter PD Dr. Kevin Schulte moniert, dass bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten mit CKD eine Diagnose fehle – die Behandlungsaussichten seien dementsprechend mau. Zudem mangle es an notwendigen **Labortests** und einer adäquaten fachärztlichen Versorgung. Die Studie zeige auch, dass besonders Frauen und Ältere von Unterversorgung und fehlender Labordiagnostik betroffen seien, so Dr. Schulte.

Der BDI fordert, die **basisdiagnostische Untersuchung** auf Albuminurie für Hausärztinnen und -ärzte entbudgetiert zu bezahlen und die Vergütung für die fachärztliche Präventionsleistung zu verbessern. Die Unterversorgung liege aber auch an der oft schlichtweg fehlenden Überweisung an eine nephrologische Praxis.

Der BDI fordert deshalb eine bessere Steuerung zwischen haus- und fachärztlichen Praxen. Nur durch eine digitale **Risikoabschätzung** und klare Überweisungsstrukturen könne eine umfassende Versorgung gewährleistet werden. Auch müssten die vorhandenen Versorgungskapazitäten künftig stärker beim Verfassen von **Leitlinien** berücksichtigt werden.

Quelle: Pressemitteilung – Bund Deutscher Internistinnen und Internisten

16.11.2024

[Zurück](#)

Mein Medical Tribune

[Login](#)

[Registrieren](#)

[Kontakt](#)

[Karriere](#)

Service

[Mediadaten](#)

[Themenplaner](#)

[Ausgabenplaner](#)

[Ansprechpartner](#)

[Print](#)

[Online](#)

[Impressum](#)

[AGB](#)

[Datenschutzbestimmungen](#)

[Datenschutz-Einstellungen öffnen](#)





hausarzt.digital

hausarzt.digital



[Home](#) / [Praxis](#) / [GOÄ](#) / Neue GOÄ: Nah und doch so fern

Reformvorschlag

Neue GOÄ: Nah und doch so fern

Von Vincent Jörres

5 Min.

18. November 2024

HA 19/24



Nach jahrzehntelanger Diskussion besteht aktuell die Chance, die Novellierung der GOÄ endlich umzusetzen. Für die Hausärztinnen und Hausärzte würde sie eine spürbare Verbesserung bedeuten, kommentiert der Hausärztinnen- und Hausärzteverband und räumt mit Mythen auf. Der Weg ist allerdings noch weit.



Wenige Debatten emotionalisieren Ärztinnen und Ärzte so stark wie die um die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Und keine Reform nimmt so einen langen Anlauf! Seit Jahrzehnten wird über sie gestritten und diskutiert – und seit Jahrzehnten ist nichts passiert. Das Resultat dieser “never ending story” ist, dass Ärztinnen und Ärzte immer noch mit einer vollkommen veralteten GOÄ arbeiten müssen.

Dass nicht alle Facharztgruppen gleichermaßen unter der alten GOÄ leiden, verrät ein Blick auf die Bewertungen. Man muss klar sagen: Die Hausärztinnen und Hausärzte wurden bisher klar benachteiligt. Das liegt insbesondere, aber nicht nur, an der sprechenden Medizin, die in der aktuell gültigen GOÄ teilweise abenteuerlich schlecht bewertet wird. Auch wenn – gemessen am Umsatzanteil – Privatversicherte in den meisten Hausarztpraxen eher eine untergeordnete Rolle spielen, ist klar, dass dieser Status quo nicht ohne Weiteres akzeptiert werden kann.

Umso erfreulicher war die Nachricht, dass sich endlich etwas bewegt. Bundesärztekammer, Beihilfe und der Verband der Privaten Krankenversicherungen haben sich auf einen Entwurf einer neuen GOÄ geeinigt, inkl. aller Bewertungen. Dieser wurde im September den Verbänden zugeleitet. Eine Reihe von (Fach-)Arztverbänden hat sich im Anschluss zu Wort gemeldet und den Entwurf teilweise mit markigen Worten kritisiert. Andere wie der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) oder der Bundesverband der Internistinnen und Internisten (BDI) haben sich für eine schnelle Umsetzung ausgesprochen.

Sprechende Medizin wird gestärkt

Auch der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hat die Zahlen natürlich geprüft. Ergebnis: Für die Hausärztinnen und Hausärzte wäre die neue GOÄ ein deutlicher Schritt nach vorne (S. 16f). Die sprechende Medizin würde endlich vernünftiger vergütet. Davon profitieren natürlich nicht nur Hausärztinnen und Hausärzte, sondern alle Ärztinnen und Ärzte, bei denen das Patientengespräch eine zentrale Rolle einnimmt.

Außerdem wurden einige Leistungen aufgenommen, die bisher überhaupt nicht honoriert wurden, beispielsweise der so genannte Hausarztversorgungsfall, der die Betreuungsleistung der Hausärztinnen- und Hausärzte mit mindestens 90 Euro (abrechenbar zweimal im Halbjahr) honoriert. Auch die Befundsichtung – aktuell eine kostenlose Leistung – wurde neu aufgenommen. Damit nähert sich die GOÄ der Realität in den Praxen an.

Keine Budgetierung

Gleichzeitig halten sich hartnäckig Gerüchte über die neue GOÄ, die auch in der Hausärzteschaft für Verunsicherung sorgen. Eines ist, dass mit der neuen GOÄ eine Budgetierung, ähnlich wie im EBM, eingeführt werden soll. Das ist nicht der Fall! Auch zukünftig sollen alle Leistungen voll bezahlt werden. Was die Verhandlungspartner vereinbart haben, ist, sich nach drei Jahren die Entwicklung bestimmter Leistungen gemeinsam anzuschauen. Dieses Gremium wird jedoch keine Entscheidungskompetenz haben. In diesem Zusammenhang also von einer “Budgetierung” zu sprechen, schießt übers Ziel hinaus.

Eine andere Sorge betrifft die Steigerungsfaktoren. Diese sollen abgeschafft werden. Die Befürchtung ist, dass in der Folge Ärztinnen und Ärzte besondere Umstände bei der Abrechnung nicht mehr berücksichtigen können.

Richtig ist, dass in Zukunft höhere Schwierigkeitsgrade nicht mehr über Steigerungsfaktoren, sondern über Zuschläge abgedeckt werden sollen. Das Entscheidende dabei ist: Unter dem Strich sollen die hausärztlichen Leistungen besser bezahlt werden als aktuell (S. 16f) – auch ohne die Steigerungsfaktoren.

Neue Struktur transparenter

Natürlich beinhaltet die neue GOÄ auch einige Aspekte, die den Hausärztinnen und Hausärzten nicht schmecken. Es handelt sich bekanntermaßen um einen Kompromiss, dem auch die Kostenträger

zustimmen mussten. Am Ende des Tages wäre der Entwurf aber eine deutliche Verbesserung des Status quo.

Neben der vernünftigen Bewertung der typischen hausärztlichen Leistungen hätte eine neue GOÄ einen weiteren großen Vorteil: Sie wäre deutlich transparenter als die aktuelle. Diese ist so veraltet und undurchsichtig, dass es für Patientinnen und Patienten kaum nachvollziehbar ist, welche Ziffern warum angesetzt wurden. Und auch Hausärztinnen und Hausärzte verlieren immer häufiger den Überblick, mit der Folge, dass viele Praxen gar nicht mehr alle Leistungen für ihre Privatversicherten abrechnen.

Wie geht es jetzt weiter?

Die große Frage ist nun: Wird dieser Entwurf auch tatsächlich vom Bundesgesundheitsministerium erlassen oder bleibt die Ärzteschaft in der Endlosspirale aus Diskussionen und halbgarer Grundsatzforderungen stecken?

Klar ist, dass es einen zwischen der Ärzteschaft und den Kostenträgern abgestimmten Entwurf braucht, damit die Chance besteht, dass dieser auch tatsächlich umgesetzt wird. Das bedeutet: Wenn die Ärzteschaft den aktuellen Entwurf nicht mit einem klaren Votum unterstützt, dann rückt eine Umsetzung in weite Ferne – und zwar nicht nur in dieser, sondern auch in der nächsten Legislatur. Das ist allen Akteuren im politischen Berlin bewusst. Umso bedenklicher ist, dass gerade die Verbände, die in den vergangenen Jahren am lautesten eine neue GOÄ gefordert haben, nun eben diese torpedieren. Damit werden auch die Verbesserungen für die sprechende Medizin bewusst aufs Spiel gesetzt.

Die Bundesärztekammer hat noch einmal zu Gesprächen eingeladen und will das Thema auf dem nächsten Ärztetag erneut auf die Tagesordnung setzen. Es ist die vielleicht letzte Chance, die Novellierung der GOÄ in absehbarer Zeit Realität werden zu lassen.

Die Bilanz der Ampel

So bewerten Berufsverbände und Krankenkassen die Gesundheitspolitik der letzten drei Jahre

Gesundheitspolitik | Autor: Isabel Aulehla



Wie zufrieden sind ärztliche Standesvertreter und Krankenkassen mit der Gesundheitspolitik mit Hinblick auf die vergangenen drei Jahre?

© R19 – stock.adobe.com

Die rot-grüne Minderheitsregierung kehrt die Scherben nicht mehr zu beendender Gesetzgebungsverfahren zusammen. Zeit für ein Fazit: Wie beurteilen ärztliche Standesvertreter und Krankenkassen die Ära Lauterbach?

Welches der offenen gesundheitspolitischen Vorhaben der Ampel sollte Ihrer Meinung nach dringend noch umgesetzt werden?

Dr. Markus Beier, Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV): Für die Hausärztinnen und Hausärzte hat das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) oberste Priorität. Die Maßnahmen, allen voran die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen und die Stärkung der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung, müssen zwingend zeitnah umgesetzt werden. Ansonsten wird das unabsehbare Folgen für die Versorgung haben.

Christine Neumann-Grutzeck, Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI): Das dringlichste Vorhaben ist die Entbudgetierung der Hausärzte. Diese Maßnahme wurde bereits im Koalitionsvertrag zugesichert und könnte ohne größeren legislativen Aufwand umgesetzt werden, da ähnliche Modelle bereits bei anderen Fachgruppen erfolgreich eingeführt wurden. Dies wäre deutlich effektiver als der Aufbau teurer Parallelstrukturen oder die flächendeckende Öffnung von Krankenhäusern für die vertragsärztliche Versorgung.

Mark Barjenbruch, KV Niedersachsen: Die Entbudgetierung. Es kann nicht angehen, dass medizinische Leistungen zum Teil unbezahlt bleiben. Und wir möchten noch etwas nennen, nämlich die Bagatellgrenze im Verordnungsbereich, die elementar wäre und nun nicht kommt, was die Ärzteschaft weiterhin mit der Gefahr von Regressen belastet.

Dr. Dirk Heinrich, Virchowbund: Kein vorliegender Gesetzentwurf ist unproblematisch. Auch wenn Teile gut sind, so enthalten sie auch Anteile, die mehr als problematisch sind. Wenn etwas schnell zu einer Verbesserung führen würde, wäre das die vollständige Entbudgetierung aller Niedergelassenen.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: De facto kann die Bundesregierung nichts mehr durchbringen. Die Krankenhausreform sollte aber nach Möglichkeit noch umgesetzt werden. Das hängt allerdings nun in erster Linie an den Bundesländern und der Abstimmung im Bundesrat. Das Notfallreformgesetz wäre – auch mit Blick auf Leerstellen und den Ergänzungsbedarf im KHVG – noch verabschiedungswürdig.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Wir halten die Reform der Notfallversorgung zusammen mit einer Reform des Rettungsdienstes für besonders dringlich, denn das aktuelle System hat massive Qualitätsdefizite und ist ineffizient. Der aktuell vorliegende Entwurf enthält mit den neuen Integrierten Notfallzentren, einer digital assistierten notdienstlichen Akutversorgung und der Zusammenlegung der Nummern 116117 und 112 wichtige Bausteine. Die Reform kann jedoch nur gelingen, wenn die Regelungen verbindlicher gestaltet werden. Beispielsweise sollte der G-BA einheitliche Qualitätsanforderungen für die Notfallrettung entwickeln.

Wie blicken Sie auf die gesundheitspolitische Gesamtleistung von Lauterbach?

Dr. Markus Beier, Hausärztinnen- und Hausärzteverband: Es gab zwar große Pläne und Ankündigungen, unter dem Strich ist aber de facto quasi nichts umgesetzt worden. Am Ende hat es sich gerächt, dass sehr lange kleinteilige Diskussionen innerhalb der Koalition geführt worden. Hätte man sich stattdessen weniger gestritten und mehr gehandelt, hätte man in den drei Jahren deutlich mehr umsetzen können. So blicken die Hausarztpraxen auf drei verlorene Jahre zurück. Das ist für den Hintergrund der extrem angespannten Lage in den Praxen eine Katastrophe.

Christine Neumann-Grutzeck, BDI: Die gesundheitspolitische Bilanz der Ampelkoalition ist sehr enttäuschend. Fast keine der groß angekündigten Reformen wurde abgeschlossen. Dass der signifikanteste ‚Erfolg‘ des Gesundheitsministers die Legalisierung von Cannabis war, ist bezeichnend. Das spiegelt aber die fehlende Einbindung zentraler Akteure im Gesundheitswesen und die Ignoranz gegenüber fachlicher Expertise des Ministers wider. Letztendlich ist der Reformbedarf in den letzten drei Jahre dadurch angewachsen und weder die Versorgung der Patientinnen und Patienten hat sich verbessert, noch die Situation derer, die im Gesundheitswesen arbeiten.

Mark Barjenbruch, KV Niedersachsen: Minister Lauterbach hat zwar richtigerweise sehr viele Themen und Gesetze angeschoben, in vielen Fällen blieb es aber bei Ankündigungen, insofern gab es zu viel Gerede und zu wenig Ergebnisse. Um die Probleme bestmöglich zu lösen, hätten wir uns mehr echte Kooperation gewünscht. Der Berufsstand hat ja sehr konkrete Vorstellungen und den besten Einblick ins System.

Dr. Dirk Heinrich, Virchowbund: Wir sind froh, dass die Zeit mit der Ampelkoalition zu Ende geht, denn das

waren für uns verlorene Jahre. Mehr noch: Es waren drei Jahre Dürre, Bashing und Missachtung – und für mich die drei schwierigsten drei Jahre meiner Zeit in der Berufspolitik. Die Koalitionsparteien konnten sich bei manchen Themen nicht einmal auf Minimalziele einigen. Unser Gesundheitswesen steht an einem Wendepunkt: Die Herausforderungen durch Demografie, Fachkräftemangel, medizinischen Fortschritt und nicht nachhaltige Finanzierung sind groß. Die Ampel hat aber alle Chancen vertan, die notwendigen und richtigen Entscheidungen für Strukturveränderungen einzuleiten. Auch der politische Austausch selbst war für uns außerordentlich frustrierend. Alle vorherigen Gesundheitsminister hatten zumindest ein offenes Ohr für unsere Belange und waren gesprächsbereit. Mit Karl Lauterbach war ein konstruktiver Austausch extrem schwierig. Die Anliegen, die Expertise, die Erfahrungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stießen bei ihm fast permanent auf taube Ohren. Erst unsere Proteste Ende 2023 haben sein Ohr geöffnet. Allerdings ohne praktische Auswirkungen.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Bei aller Ambition und Emsigkeit – am Ende wird wohl wenig übrigbleiben. Insbesondere das Management der vielen Verfahren hätte besser laufen können. Letztlich wurde zu viel nach hinten geschoben, so dass am Ende zu viele Reformbälle gleichzeitig in der Luft waren, die jetzt voraussichtlich allesamt herunterfallen. Die Bilanz Lauterbachs und der gesamten Ampelkoalition sähe sicherlich besser aus, wenn das Ampel-Aus ein, zwei Monate später gekommen wäre.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Gut ist, dass Prof. Lauterbach viele Gesetzesvorhaben ambitioniert angegangen und dass ihm die Qualitätsorientierung der Versorgung besonders wichtig ist. Leider ist diese dann häufig auf der Strecke geblieben. So wurden bei der Krankenhausreform Zugeständnisse gemacht, die die ursprüngliche Fokussierung auf die Versorgungsqualität aufweichen. Ein besonderes Versäumnis ist, dass nach wie vor keine nachhaltigen Lösungen für die Finanzierungsfrage der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf den Weg gebracht wurden. Außer dem Griff in die Reserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds und mehrfachen Beitragserhöhungen für die Versicherten und Arbeitnehmer fiel der Politik nichts ein. Mit dem kürzlich bekannt gegebenen Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes 2025 um 0,8 Prozentpunkte auf den Rekordwert von 2,5% erleben wir einen Beitragssprung wie seit fast 50 Jahren nicht mehr. Es ist dem Minister weder gelungen, ausgabendämpfende, noch beitragsstabilisierende Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Was waren für Sie besondere Merkmale der Gesundheitspolitik, aber auch des politischen Stils von Lauterbach?

Dr. Markus Beier, Hausärztinnen- und Hausärzteverband: Karl Lauterbach hatte zu jeder Zeit ein offenes Ohr für die Hausärztinnen und Hausärzte. Das steht außer Frage. Nur: Davon können sich die Praxen nichts kaufen. Zu häufig wurden große Pläne gemacht und angekündigt, zu selten wurde pragmatisch gehandelt. Gleichzeitig wurde viel Zeit mit Themen verbracht, die in der Prioritätenliste eigentlich weit hinten rangieren müssten. Bestes Beispiel ist das Gesunde-Herz-Gesetz, das quasi von allen Expertinnen und Experten abgelehnt wurde. So wurde Zeit und politisches Kapital verschwendet, das dann bei den wirklich wichtigen Themen gefehlt hat.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Es gab viele Ankündigungen, aber am Ende mangelte es an zielführender Abstimmung mit den relevanten Akteuren und an solidem Handwerk. Auffällig war auch, dass am Anfang häufig die richtigen Analysen und Reformvorhaben standen, aber dass daraus zum Teil eigenwillige bis abwegige politische Lösungen abgeleitet wurden. Ein Beispiel dafür ist das Gesunde-Herz-Gesetz, das zahlreiche fragwürdige und nicht evidenzbasierte Maßnahmen enthält. Zudem gab es viele zentralistische

Ansätze, statt die Stärken unseres selbstverwalteten, dezentralen Gesundheitssystems zu nutzen.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Bedenklich ist, dass sich die Politik bei der Erfüllung staatlicher Aufgaben immer selbstverständlicher bei den Geldern der Beitragszahlenden der GKV und SPV bedient. Dazu gehört, dass der Bund nach wie vor den vollumfänglichen Ausgleich der Kosten schuldig bleibt, die der GKV für die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängerinnen und -Empfängern entstehen – wir sprechen hier von rund 10 Milliarden Euro Deckungslücke jährlich. Ähnlich bei der sozialen Pflegeversicherung – hier übernimmt die SPV die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, obwohl das Aufgabe des Staates wäre. Der Gipfel ist, dass Prof. Lauterbach in seiner Amtszeit der GKV mit dem geplanten Transformationsfonds für die Krankenhausreform ab 2026 weitere 25 Milliarden Euro an Ausgaben aufbrummt. Mit dieser „Selbstbedienungsmentalität“ muss Schluss sein. Lauterbachs Politikstil ist zudem geprägt von der Philosophie „Der Staat kann es besser als die Selbstverwaltung“. Diese Verstaatlichungstendenzen zeigten sich in vielen Gesetzesvorhaben. Die Expertise der Selbstverwaltung muss bei den Gesetzgebungsverfahren wieder konsequent berücksichtigt werden.

Welches abgeschlossene gesundheitspolitische Reformvorhaben der Ampel war für Sie das bedeutsamste?

Christine Neumann-Grutzeck, BDI: Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist trotz seiner Mängel und noch ausstehender Verabschiedung durch den Bundesrat, die alles andere als sicher ist, das bedeutsamste Projekt. Es setzt zwar falsche Schwerpunkte, aber die Notwendigkeit einer Struktur- und Finanzierungsreform im Krankenhauswesen ist unbestritten. Sollte es im Bundesrat scheitern, was wir aufgrund des dringenden Korrekturbedarfes begrüßen würden, muss eine Neufassung unter Einbeziehung der Ärzteschaft schnell erfolgen.

Mark Barkjenbruch, KV Niedersachsen: Von der angekündigten Gesetzesflut blieb am Ende nur wenig übrig. Mit Minister Lauterbach wird das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis in Erinnerung bleiben, eine zurecht sehr umstrittene Maßnahme, die aus gesundheitspolitischer Sicht unsinnig war und ist. Für manche Gruppen mag dies bedeutsam gewesen sein, nur es hätte sehr viele bedeutsamere Anliegen gegeben, die es wert gewesen wären, dass die Politik sie umsetzt.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Wenn die Krankenhausreform scheitert, wird es das Digitalgesetz mit der Einführung der „ePA für alle“ sein.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Das weitreichendste Vorhaben ist die Krankenhausreform. Darüber reden wir seit Jahrzehnten. Die Reform ist essenziell wichtig, auch wenn wir mehr gewollt hätten, vor allem verbindlichere Regeln und weniger Ausnahmen. Es kommt jetzt – sollten die Länder die Reform nicht noch blockieren – auf die Umsetzung an. Leider bringt die Krankenhausreform erhebliche Mehrkosten, die zu einem Großteil die Versicherten und Arbeitgeber der gesetzlichen Krankenversicherung tragen sollen. Hier fällt insbesondere der ab 2026 hinzukommende Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro ins Gewicht, der hälftig aus GKV-Mitteln bezahlt werden soll. Der Umbau der Krankenhauslandschaft ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ein gutes, vollständig abgeschlossenes Reformprojekt ist der Bundesregierung mit den Digitalisierungsgesetzen DigiG (Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens) und GDNG (Gesundheitsdatennutzungsgesetz) gelungen. Sie bringen dem Gesundheitswesen einen deutlichen Modernisierungsschub. Dazu trägt vor allem die Einführung der ePA für alle Versicherten und die damit

Wenn sie nur drei Adjektive hätten, um die Gesundheitspolitik der letzten drei Jahre zu beschreiben, welche wären das?

Dr. Markus Beier: ergebnislos, stets bemüht, chaotisch.

Dr. Dirk Heinrich: erratisch, dirigistisch, anmaßend.

Dr. Carola Reimann: ambitioniert, eigenbrötlerisch, semi-erfolgreich.

Was ist ihre dringendste Forderung an die nächste Bundesregierung?

Dr. Markus Beier: Wir brauchen zwingend ein Programm zur Rettung der hausärztlichen Praxen. Wir erwarten, dass eine neue Bundesregierung das Thema ganz oben in das Gesundheitskapitel des nächsten Koalitionsvertrages schreibt und dann auch direkt umsetzt. Jedem muss klar sein: Wenn die hausärztliche Versorgung geschwächt wird, dann werden die weiteren Bereiche des Gesundheitswesens – von den Krankenhäusern bis zur ambulanten Pflege – wie Dominosteine fallen. Eine sofortige Stärkung, um diesem Einsturz zuvorzukommen, ist daher unerlässlich.

Christine Neumann-Grutzeck: Die nächste Bundesregierung muss die im Gesundheitswesen tätigen Akteure frühzeitig einbeziehen und die Versorgung gemeinsam gestalten. Ein Konsens ist dabei nicht immer erforderlich, jedoch ist es essenziell, die praktische Expertise zu berücksichtigen, um wirkungsvolle und praxistaugliche Gesetze zu schaffen. Zudem sollten wichtige, bereits begonnene Reformprojekte zügig und verbessert fortgeführt werden.

Mark Barjenbruch: Stärken Sie die ambulante Versorgung und die niedergelassenen Strukturen. Sie sind es, die die Masse der Versorgung der Bevölkerung tragen. Daher brauchen wir die Entbudgetierung – für Haus- und Fachärzte –, eine funktionierende Digitalisierung und keine Gängelungen wie unnötige Regresse.

Dr. Dirk Heinrich: Die Entbudgetierung durchzusetzen wird Aufgabe der nächsten Bundesregierung sein. Weitere Forderungen haben wir in unserem neuen „Grundsatzprogramm 2040“ formuliert. Dabei geht es uns vor allem um eine effektivere Patientensteuerung, u.a. über Eigenbeteiligungen des Patienten, sowie über eine neue koordinierenden Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Fachärzten. Außerdem muss die Politik gegen den immer größeren Mangel an Ärzten und Fachkräften handeln. Mehr Medizinstudienplätze, Stärkung der ambulanten und hybriden Weiterbildung und bessere Gehälter für MFA sind nur einige Forderungen des Virchowbundes.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Die GKV- und SPV-Finzen nachhaltig zu stabilisieren. Dafür müssen Bund und Länder ihre Hausaufgaben machen und angemessene Finanzverantwortung übernehmen. Zudem braucht es wirksame Strukturreformen und mehr Handlungsfreiräume für Krankenkassen zur effektiven Versorgungssteuerung.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Die dringlichste Aufgabe ist, die Finanzierung der GKV und SPV zukunftsfähig und nachhaltig auszurichten. Wir brauchen die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Wie brauchen mehr Digitalisierung und Modernisierung in der Versorgung, wir müssen

Strukturen neu ordnen und die Ambulantisierung vorantreiben. Und wir brauchen eine faire Lastenverteilung. Die Vorschläge dafür liegen auf dem Tisch. Die neue Bundesregierung hat es in der Hand, die Weichen für eine moderne, qualitätsorientierte und bezahlbare Gesundheitsversorgung zu stellen.

Quelle: Medical-Tribune-Interview

19.11.2024

[Zurück](#)



Christine Neumann-Grutzeck, Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)

Die Bilanz der Ampel

So bewerten Berufsverbände und Krankenkassen die Gesundheitspolitik der letzten drei Jahre

► Medical-Tribune-Interview

WIESBADEN. Die rot-grüne Minderheitsregierung kehrt die Scherben nicht mehr zu beendender Gesetzgebungsverfahren zusammen. Zeit für ein Fazit: Wie beurteilen ärztliche Landesvertreter und Krankenkassen die Ära Lauterbach?

Interview: Isabel Aulehla

Welches der offenen gesundheitspolitischen Vorhaben der Ampel sollte Ihrer Meinung nach dringend noch umgesetzt werden?

Dr. Markus Beier, Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV): Für die Hausärztinnen und Hausärzte hat das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) oberste Priorität. Die Maßnahmen, allen voran die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen und die Stärkung der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung, müssen zwingend zeitnah umgesetzt werden. Ansonsten wird das unabsehbare Folgen für die Versorgung haben.

Christine Neumann-Grutzeck, Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI): Das dringlichste Vorhaben ist die Entbudgetierung der Hausärzte. Diese Maßnahme wurde bereits im Koalitionsvertrag zugesichert und könnte ohne größeren legislativen Aufwand umgesetzt werden, da ähnliche Modelle bereits bei anderen Fachgruppen erfolgreich eingeführt wurden. Dies wäre deutlich effektiver als der Aufbau teurer Parallelstrukturen oder die flächendeckende Öffnung von Krankenhäusern für die vertragsärztliche Versorgung.

Mark Barjenbruch, KV Niedersachsen: Die Entbudgetierung. Es kann nicht angehen, dass medizinische Leistungen zum Teil unbezahlt bleiben. Und wir möchten noch etwas nennen, nämlich die Bagatellgrenze im Verordnungsbereich, die elementar wäre und nun nicht kommt, was die Ärzteschaft weiterhin mit der Gefahr von Regressen belastet.

Dr. Dirk Heinrich, Virchowbund: Kein vorliegender Gesetzentwurf ist unproblematisch. Auch wenn Teile gut sind, so enthalten sie auch Anteile, die mehr als problematisch sind. Wenn etwas schnell zu einer Verbesserung führen würde, wäre das die vollständige Entbudgetierung aller Niedergelassenen.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: De facto kann die Bundesregierung nichts mehr durchbringen. Die Krankenhausreform sollte aber nach Möglichkeit noch umgesetzt werden. Das hängt allerdings nun in erster Linie an den Bundesländern und der Abstimmung im Bundesrat. Das Notfallreformgesetz wäre – auch mit Blick auf Leerstellen und den Ergänzungsbedarf im KHVVG – noch verabschiedungswürdig.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Wir halten die Reform der Notfallversorgung zusammen mit einer Reform des Rettungsdienstes für besonders dringlich, denn das aktuelle System hat massive Qualitätsdefizite und ist ineffizient. Der aktuell vorliegende Entwurf enthält mit den neuen Integrierten Notfallzentren, einer digital assistierten notdienstlichen Akutversorgung und der Zusammenlegung der Nummern 116117 und 112 wichtige Bausteine. Die Reform kann jedoch nur gelingen, wenn die Regelungen verbindlicher gestaltet werden. Beispielsweise sollte der G-BA einheitliche Qualitätsanforderungen für die Notfallrettung entwickeln.

Wie blicken Sie auf die gesundheitspolitische Gesamtleistung von Lauterbach?

Dr. Markus Beier, HÄV: Es gab zwar große Pläne und Ankündigungen, unter dem Strich ist aber quasi nichts umgesetzt worden. Am Ende hat es sich gerächt, dass sehr lange kleinteilige Diskussionen innerhalb der Koalition geführt wurden. Hätte man sich stattdessen weniger gestritten und mehr gehandelt, hätte man in den drei Jahren deutlich mehr umsetzen können. So blicken die Hausarztpraxen auf drei verlorene Jahre zurück. Das ist auf dem Hintergrund der extrem angespannten Lage in den Praxen eine Katastrophe.

Christine Neumann-Grutzeck, BDI: Die gesundheitspolitische Bilanz ist sehr enttäuschend. Fast keine der groß angekündigten Reformen wurde abgeschlossen. Dass der signifikanteste ‚Erfolg‘ des Gesundheitsministers die Legalisierung von Cannabis war, ist bezeichnend. Das spiegelt aber die fehlende Einbindung zentraler Akteure im Gesundheitswesen und die Ignoranz gegenüber fachlicher Expertise

des Ministers wider. Letztendlich ist der Reformbedarf in den letzten drei Jahren dadurch gewachsen und weder die Versorgung der Patientinnen und Patienten hat sich verbessert noch die Situation derer, die im Gesundheitswesen arbeiten.

Dr. Dirk Heinrich, Virchowbund: Wir sind froh, dass die Zeit der Ampelkoalition zu Ende geht, denn das waren für uns verlorene Jahre. Mehr noch: Es waren drei Jahre Dürre, Bashing und Missachtung – und für mich die drei schwierigsten drei Jahre meiner Zeit in der Berufspolitik. Die Koalitionsparteien konnten sich bei manchen Themen nicht einmal auf Minimalziele einigen. Unser Gesundheitswesen steht an einem Wendepunkt: Die Herausforderungen durch Demografie, Fachkräftemangel, medizinischen Fortschritt und nicht nachhaltige Finanzierung sind groß. Die Ampel hat aber alle Chancen vertan, die notwendigen Entscheidungen für Strukturveränderungen einzuleiten.

Auch der politische Austausch war für uns außerordentlich frustrierend. Alle vorherigen Gesundheitsminister hatten zumindest ein offenes Ohr für unsere Belange und waren gesprächsbereit. Mit Karl Lauterbach war ein konstruktiver Austausch extrem schwierig. Die Anliegen, die Expertise der Niedergelassenen stießen bei ihm fast permanent auf taube Ohren. Erst unsere Proteste Ende 2023 haben sein Ohr geöffnet, allerdings ohne praktische Auswirkungen.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Bei aller Ambition und Emigkeit – am Ende wird wohl wenig übrigbleiben. Insbesondere das Management der vielen Verfahren hätte besser laufen können. Letztlich wurde zu viel nach hinten geschoben, sodass zu viele Reformbälle gleichzeitig in der Luft waren, die jetzt voraussichtlich allesamt herunterfallen. Die Bilanz der Koalition sähe sicherlich besser aus, wenn das Ampel-Aus ein, zwei Monate später gekommen wäre.

Was waren für Sie besondere Merkmale der Gesundheitspolitik, aber auch des politischen Stils von Lauterbach?

Dr. Markus Beier, HÄV: Karl Lauterbach hatte zu jeder Zeit ein offenes Ohr für die Hausärztinnen und Hausärzte. Das steht außer Frage. Nur: Davon können sich die Praxen nichts kaufen. Zu häufig wurden große Pläne gemacht und angekündigt, zu selten wurde pragmatisch gehandelt. Gleichzeitig wurde viel Zeit mit Themen verbracht, die in der Prioritätenliste eigentlich weit hinten rangieren müssten. Bestes Beispiel ist das Gesunde-Herz-Gesetz, das quasi von allen Expertinnen und Experten abgelehnt wurde. So wurde Zeit und politisches Kapital verschwendet, das dann bei den wirklich wichtigen Themen gefehlt hat.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Bedenklich ist, dass sich die Politik bei der Erfüllung staatlicher Aufgaben immer selbstverständlicher bei den Geldern der Beitragszah-

lenden der GKV und SPV bedient. Dazu gehört, dass der Bund nach wie vor den vollumfänglichen Ausgleich der Kosten schuldig bleibt, die der GKV für die Gesundheitsversorgung von Bürgergeldempfängerinnen und -Empfängern entstehen – wir sprechen hier von rund 10 Milliarden Euro Deckungslücke jährlich. Der Gipfel ist, dass Prof. Lauterbach in seiner Amtszeit der GKV mit dem geplanten Transformationsfonds für die Krankenhausreform ab 2026 weitere 25 Milliarden Euro an Ausgaben aufbrummt. Mit dieser „Selbstbedienungsmentalität“ muss Schluss sein. Lauterbachs Politikstil ist zudem geprägt von der Philosophie „Der Staat kann es besser als die Selbstverwaltung“. Diese Verstaatlichungstendenzen zeigten sich in vielen Gesetzesvorhaben. Die Expertise der Selbstverwaltung muss bei den Gesetzgebungsverfahren wieder konsequent berücksichtigt werden.

Das ungekürzte Interview lesen Sie unter:
qr.medical-tribune.de/ampel-bilanz



Welches abgeschlossene gesundheitspolitische Reformvorhaben der Ampel war für Sie das bedeutsamste?

Christine Neumann-Grutzeck, BDI: Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) ist trotz seiner Mängel und noch ausstehender Verabschiedung durch den Bundesrat, die alles andere als sicher ist, das bedeutsamste Projekt. Es setzt zwar falsche Schwerpunkte, aber die Notwendigkeit einer Struktur- und Finanzierungsreform im Krankenhauswesen ist unbestritten. Sollte es im Bundesrat scheitern, was wir aufgrund des dringenden Korrekturbedarfes begrüßen würden, muss eine Neufassung unter Einbeziehung der Ärzteschaft schnell erfolgen.

Mark Barkjenbruch, KV Niedersachsen: Von der angekündigten Gesetzesflut blieb am Ende nur wenig übrig. Mit Minister Lauterbach wird das Gesetz zum kontrollierten Umgang mit Cannabis in Erinnerung bleiben, eine zu Recht sehr umstrittene Maßnahme, die aus gesundheitspolitischer Sicht unsinnig war und ist. Für manche Gruppen mag dies bedeutsam gewesen sein, nur es hätte sehr viele bedeutsamere Anliegen gegeben, die es wert gewesen wären, dass die Politik sie umsetzt.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Wenn die Krankenhausreform scheitert, wird es das Digitalgesetz mit der Einführung der „ePA für alle“ sein.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Das weitreichendste Vorhaben ist die Krankenhausreform. Sie ist essenziell wichtig, auch wenn wir mehr gewollt hätten, vor allem verbindlichere Regeln und weniger Ausnahmen. Es kommt jetzt – sollten die Länder die Reform nicht noch blockieren – auf die Umsetzung an. Leider bringt die Reform erhebliche Mehrkosten, die zu einem Großteil die Versicherten und Arbeitgeber der GKV tragen sollen. Hier fällt insbesondere der Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro ins Gewicht, der hälftig aus GKV-Mitteln bezahlt werden soll. Ein gutes, vollständig abgeschlossenes Reformprojekt ist mit den Digitalisierungsgesetzen DigiG und GDNG gelungen. Sie bringen einen deutlichen Modernisierungsschub. Dazu trägt vor allem die ePA für alle Versicherten bei.

Wenn Sie nur drei Adjektive hätten, um die Gesundheitspolitik der letzten drei Jahre zu beschreiben, welche wären das?

Dr. Markus Beier: ergebnislos, stets bemüht, chaotisch.
Dr. Dirk Heinrich: erratisch, dirigistisch, anmaßend
Dr. Carola Reimann: ambitioniert, eigenbrötlerisch, semi-erfolgreich.

Was ist Ihre dringendste Forderung an die nächste Bundesregierung?

Dr. Markus Beier, HÄV: Wir brauchen zwingend ein Programm zur Rettung der hausärztlichen Praxen. Wir erwarten, dass eine neue Bundesregierung das Thema ganz oben in das Gesundheitskapitel des nächsten Koalitionsvertrages schreibt und umsetzt. Jedem muss klar sein: Wenn die hausärztliche Versorgung geschwächt wird, dann werden die weiteren Bereiche des Gesundheitswesens – von den Krankenhäusern bis zur ambulanten Pflege – wie Dominosteine fallen.

Christine Neumann-Grutzeck, BDI: Die nächste Bundesregierung muss die im Gesundheitswesen tätigen Akteure frühzeitig einbeziehen und die Versorgung gemeinsam gestalten. Ein Konsens ist dabei nicht im-

mer erforderlich, jedoch ist es essenziell, die praktische Expertise zu berücksichtigen, um wirkungsvolle Gesetze zu schaffen. Zudem sollten wichtige, begonnene Reformen zügig und verbessert fortgeführt werden.

Mark Barjenbruch, KV Niedersachsen: Stärken Sie die ambulante Versorgung und die niedergelassenen Strukturen. Sie sind es, die die Masse der Versorgung tragen. Daher brauchen wir die Entbudgetierung – für Haus- und Fachärzte –, eine funktionierende Digitalisierung und keine Gängelungen wie unnötige Regresse.

Dr. Carola Reimann, AOK-Bundesverband: Die GKV- und SPV-Finzen nachhaltig zu stabilisieren.

Dafür müssen Bund und Länder ihre Hausaufgaben machen und angemessen Finanzverantwortung übernehmen. Zudem braucht es wirksame Strukturformen und mehr Handlungsfreiräume für Krankenkassen zur effektiven Versorgungssteuerung.

Ulrike Elsner, Verband der Ersatzkassen: Die dringlichste Aufgabe ist, die Finanzierung der GKV und SPV zukunftsfähig auszurichten. Wir brauchen die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Wir brauchen mehr Digitalisierung und Modernisierung in der Versorgung, wir müssen Strukturen neu ordnen und die Ambulantisierung vorantreiben. Und wir brauchen eine faire Lastenverteilung.




(IMPFSTOFF GEGEN DAS RESPIRATORISCHE SYNZYTIAL-VIRUS, REKOMBINANT, ADJUVANTIERT)

RSV

STARK BEGEGNEN

STIKO empfiehlt*
RSV-Impfung für alle Personen 75+ & Risikopatienten 60+**

*Ständige Impfkommission: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut 2024. Epid Bull 32/2024.

WIRKSAMKEIT ZUR PRÄVENTION VON RSV-ASSOZIIERTER LRTD IN DER ERSTEN SAISON^{1, 2}

Bei Erwachsenen ab 60 Jahren

82,6%

(96,95 % KI: 57,89; 94,08)
PRIMÄRER ENDPUNKT[†]

Bei Patienten ab 60 Jahren mit mindestens einer relevanten Grunderkrankung***

94,6%

(95 % KI: 65,88; 99,87)
SEKUNDÄRER ENDPUNKT[‡]

Schützen Sie Ihre Risikopatienten[‡] über 3 RSV-Saisons^{†, 1, 3}

Für eine vollständige Auflistung der Kontraindikationen, Warnhinweise und Nebenwirkungen siehe die Fachinformation.
 Wie jeder Impfstoff schützt AREXVY möglicherweise nicht alle Geimpften vollständig.¹
 KI = Konfidenzintervall; LRTD = Erkrankungen der unteren Atemwege; RSV = Respiratorisches Synzytial-Virus
 ** Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren mit einer schweren Grunderkrankung oder die in einer Einrichtung der Pflege leben
 *** Relevante Grunderkrankungen[‡]: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma, jede chronische respiratorische/pulmonale Erkrankung, chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 sowie fortgeschrittene Leber- oder Nierenerkrankungen (endokrin-metabolisch).
 # Schwere LRTD definiert als LRTD mit ≥ 2 LRTD-Zeichen oder vom Prüfer als schwerwiegend bewertet.
 † Auftreten von RSV-assoziiertes LRTD: 1 Fall von insgesamt 4.937 Patienten in der AREXVY-Gruppe und 18 Fälle von insgesamt 4.861 Patienten in der Placebo-Gruppe.¹ Diese Ergebnisse sind deskriptiv (nicht um den Effekt der Multiplizität korrigiert).²
 ‡ Personen im Alter von 60-74 Jahren mit schweren Ausprägungen von chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, chronischen Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen, hämato-onkologischen Erkrankungen, Diabetes mellitus (mit Komplikationen), einer chronischen neurologischen oder neuromuskulären Erkrankung oder einer schweren angeborenen oder erworbenen Immundefizienz. Bewohner von Einrichtungen der Pflege im Alter von 60-74 Jahren.
 † Wirksamkeit gegen RSV-LRTD nach 3 RSV-Saisons (mediane Nachbeobachtungszeit 30,6 Monate): 62,9%

AREXVY Pulver und Suspension zur Herstellung einer Injektionssuspension
Wirkstoff: Respiratorischer Synzytial-Virus (RSV)-Impfstoff (rekombinant, adjuvantiert). **Zusammensetzung:** Nach der Rekonstitution enthält eine Dosis (0,5 ml): 120 µg RSVPreF3-Antigen (in der Präfusionskonformation stabilisiertes, rekombinantes Respiratorisches Synzytial-Virus-Glykoprotein F, hergestellt in immortalisierten Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) mittels rekombinanter DNA-Technologie) adjuvantiert mit AS01; dieses enthält: 25 µg Pflanzenextrakt aus *Quillaja saponaria* Molina, Fraktion 21 (QS-21) und 25 µg 3-O-Desacyl-4'-monophosphoryl-Lipid A (MPL) aus *Salmonella minnesota*. **Sonstige Bestandteile:** Pulver (RSVPreF3-Antigen): Trehalose-Dihydrat, Polysorbat 80 (E 433), Kaliumdihydrogenphosphat (E 340), Kaliummonohydrogenphosphat (E 340). Suspension (AS01, Adjuvanssystem): Colfosceriloleat (E 322), Cholesterin, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat (E 339), Kaliumdihydrogenphosphat (E 340), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Zur aktiven Immunisierung von Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter und Erwachsenen im Alter von 50 bis 59 Jahren mit erhöhtem Risiko für eine RSV-Erkrankung zur Prävention von durch das Respiratorische Synzytial-Virus verursachten Erkrankungen der unteren Atemwege (lower respiratory tract disease, LRTD). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Myalgie, Arthralgie, Schmerzen an der Injektionsstelle, Erythem an der Injektionsstelle, Ermüdung, Kopfschmerzen. *Häufig:* Schwellung an der Injektionsstelle, Fieber, Schüttelfrost. *Gelegentlich:* Lymphadenopathie, Überempfindlichkeitsreaktionen (wie z. B. Hautausschlag), Übelkeit, Abdominalschmerz, Erbrechen, Jucken an der Injektionsstelle, Schmerz, Unwohlsein. **Verschreibungspflichtig.** **Stand:** August 2024.

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, 80700 München, de.gsk.com
 Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen, Tel: +49 6103 77 0, Fax: +49 6103 77 1234, Website: www.pei.de zu melden.

PM-DE-RSA-JRNA-240003-11/2024
 Copyright © 2024 GlaxoSmithKline Unternehmensgruppe. Arexvy ist eine eingetragene Marke der GlaxoSmithKline Unternehmensgruppe.

Erfahren Sie hier mehr:



<https://gsk.to/4cmdnTf>

Reaktionen auf Bundesrats-Entscheidung

„Gute Nachricht“ oder „bitterer Rückschlag“?

Grünes Licht für Lauterbachs große Klinikreform: Hellauf begeistert zeigt sich von der Entscheidung des Bundesrats kaum ein Akteur aus dem Gesundheitswesen. Von allen Seiten werden Nachbesserungen gefordert.



[©patila/stock.adobe.com](https://www.patila.com/stock.adobe.com) Die Reaktionen auf die Entscheidung zum KHVVG fallen nicht unbedingt begeistert aus.

Scharfe Kritik an der Entscheidung des Bundesrats kommt von der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** (DKG): „Mit diesem Beschluss haben die Bundesländer die letzte Chance auf eine parteiübergreifend konsenterte Reform verpasst“, erklärt der Vorstandsvorsitzende Gerald Gaß. Statt Verbesserungen zu bringen, werde die Versorgung sich vielerorts verschlechtern und die wirtschaftliche Notlage der Kliniken verschärfen. Besonders im ländlichen Raum drohten Schließungen und Versorgungslücken, so Gaß. Er kritisiert, dass das Gesetz den ökonomischen Druck auf die Kliniken verstärke, statt ihn zu lindern.

Auch das Ziel der Entbürokratisierung werde mit dem neuen Gesetz deutlich verfehlt. „Dieses Gesetz atmet den Geist kleinteiliger Regulierung und Kontrolle“, so Gaß. Zudem seien die Vorhaltepauschalen ungeeignet, kleinere und mittelgroße Kliniken wirtschaftlich abzusichern. Große Krankenhäuser würden durch die Fehlsteuerungen der Finanzierung sogar Verluste erleiden. „Die Vorhaltefinanzierung wird keine Insolvenzen vermeiden“, warnt Gaß.

Die DKG fordert von einer neuen Bundesregierung eine grundlegende Überarbeitung des Gesetzes. Gaß sieht in einem 100-Tage-Sofortprogramm die Chance, dringend notwendige Überbrückungsfinanzierungen und strukturelle Anpassungen umzusetzen. Ein Neustart im Gesundheitsministerium sei essenziell, um das Vertrauen zwischen Ministerium und Selbstverwaltung wiederherzustellen.

Auch Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**, kritisiert das Gesetz scharf. Zwar sei eine Reform dringend notwendig, doch das aktuelle Gesetz werde kaum bestehende Probleme lösen und vielmehr neue schaffen. „Nach einer langen Hängepartie ist die umstrittene Krankenhausreform heute vom Bundesrat durchgewunken worden. Damit kann das Gesetz nun kommen – leider auch mit den vielen bekannten handwerklichen Fehlern“, so Gassen. Er fordert eine neue Bundesregierung auf, das Gesetz zügig und in enger Abstimmung mit allen Beteiligten nachzubessern, um echte Strukturreformen zu ermöglichen. „In der jetzigen Form ist das Gesetz dafür ungeeignet“, betont er.

Positiver äußert sich der **AOK-Bundesverband**. Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann sprach von einer „guten Nachricht“. Denn „trotz aller Mängel“ sei das KHVVG eine „solide Basis für die dringend notwendigen Strukturreformen“. Bis zum Wirksamwerden der Reform wird es aber noch Anpassungen geben müssen, merkt sie an. Und: Es sei nicht ausgemacht, dass die im Gesetz vorgesehenen Verbesserungen in der Praxis auch tatsächlich greifen würden: „Ob es mit dem notwendigen qualitätsorientierten Strukturwandel klappt, hängt maßgeblich von den Rechtsverordnungen ab, die Anfang nächsten Jahres noch zwischen Bundesgesundheitsministerium und Ländern verhandelt werden müssen.“

Die **Innungskrankenkassen** würden die Reform weiter kritisch sehen, erklärt Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V.. „Es hat sich nichts daran geändert, dass die Krankenhausstrukturreform nach wie vor weniger eine dringend notwendige Struktur- als vielmehr eine Finanzierungsreform darstellt.“ Es könne nicht sein, vor allem die Versicherten und Arbeitgeber mit Kosten zu belasten. „Die gesetzlichen Krankenkassen stehen schon jetzt dramatisch unter Druck - eine Ausweitung würde die Beitragssatzspirale noch weiter anheizen.

„Nicht akzeptabel“ nennt auch der **Ersatzkassenverband vdek** die zusätzliche finanzielle Belastung, die insbesondere durch den Transformationsfonds ab 2026 auf die GKV zukommt. Der Umbau der Krankenhauslandschaft gehöre zur allgemeinen Daseinsfürsorge und müsse über Steuermittel aus dem Staatshaushalt finanziert werden.

TK-Vorstandsvorsitzender Dr. Jens Baas nannte die Entscheidung einen „zentralen Schritt in Zeiten politischen Stillstands“ – doch damit sei die Reform „noch lange nicht geschafft. Auf Bund und Länder kommt in den kommenden Monaten und Jahren noch viel Arbeit zu: mit durchdachten Verordnungen auf Bundesebene und einer klugen Krankenhausplanung in den Ländern“, sagte er. „Wir brauchen einheitliche Qualitätskriterien, damit sich die Menschen darauf verlassen können, dass sie im Krankenhaus bestmöglich behandelt werden, egal ob es im Norden, Süden, Osten oder Westen steht. Auf dieser Basis muss die Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren die Krankenhauslandschaft konsequent umbauen mit dem Ziel einer besseren Arbeitsteilung. Das optimiert gleichzeitig die Qualität.“

Hartmannbund fordert „politischen Pragmatismus“

Der **Hartmannbund** fordert vor allem ein: die Grundversorgung der Bevölkerung nicht aus den Augen zu verlieren. Er appelliert an alle Beteiligten, „im Rahmen der Umsetzung des Gesetzes mit Augenmaß vorzugehen und die berechtigten konstruktiven Einwände – nicht nur vieler Bundesländer – doch noch zu berücksichtigen“. Es sei „unbedingter politischer Pragmatismus gefordert – vor allem auch mit Blick auf die Planungssicherheit von Kliniken und Kommunen, aber auch der Länder“.

Dass es eine Reform brauche, hält der Präsident der **Ärztammer Nordrhein**, Dr. Sven Dreyer, für unumstritten. Aber: „Wir befürchten, dass die Einführung neuer Leistungsgruppen beispielsweise in der Notfallmedizin und Infektiologie dazu führen wird, dass viele Kliniken diese Leistungen nicht mehr erbringen können, weil die Personalanforderungen schlicht nicht umsetzbar sind. Das kann je nach Ausgestaltung der Leistungsgruppen zu medizinisch nicht begründbaren Einschränkungen des Leistungsspektrums auch bei Häusern führen, die wir gerade in strukturschwachen Regionen aber dringend benötigen.“ Zudem dürfe die Weiterbildung nicht aus dem Blick verloren werden. Die neue Bundesregierung müsse noch einmal nachjustieren.



©Archiv

BÄK-Präsident Reinhardt: „Die Reform kann nur gelingen, wenn der Bund mit den Ländern zusammenarbeitet und stärker als bisher auf die Hinweise aus der Praxis hört.“

Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt mahnt dringende Nachbesserungen an.: „Die Reform kann nur gelingen, wenn der Bund mit den Ländern zusammenarbeitet und stärker als bisher auf die Hinweise aus der Praxis hört.“ Insbesondere in den Bereichen Krankenhausplanung, Sicherung der flächendeckenden Grundversorgung und nachhaltige Finanzierung sieht er große Herausforderungen, die nur durch eine enge Zusammenarbeit von Bund und Ländern sowie die stärkere Berücksichtigung von Praxiserfahrungen bewältigt werden können.

Als zentrale Punkte nennt die Bundesärztekammer die schnelle Anpassung der Leistungsgruppensystematik, die Sicherung der ärztlichen Weiterbildung und den Abbau bürokratischer Hürden, um die Arbeitsbedingungen in Kliniken zu verbessern. Zudem müsse die Vorhaltevergütung reformiert und ein verlässliches Auswirkungstool für die Evaluation der Reform geschaffen werden. Reinhardt betont, dass trotz Wahlkampf und Regierungsbildung eine sachorientierte Umsetzung der Reform dringend notwendig sei, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten.

Die **Ärzttekammer Westfalen-Lippe** bemängelt die mangelnde Qualität und inhaltliche Ausarbeitung des Gesetzes und fordert Nachbesserungen. „Die Versorgungssicherheit im Land ist in Gefahr“, warnt Kammerpräsident Dr. Hans-Albert Gehle und verweist auf die Abhängigkeit der Vorhaltevergütung von Leistungsvolumina, die kleine, aber bedarfsnotwendige Kliniken benachteiligt. Auch von den Sicherstellungszuschlägen werden laut Gehle nur wenige Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen profitieren. Er fordert eine schnelle Refinanzierung der Tarifsteigerungen, um die Arbeit in den Kliniken attraktiver zu machen und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

BDI fordert Evaluation

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck fordert eine enge Evaluation und flexible Nachbesserungen, um das Krankenhauswesen langfristig zu stabilisieren. Besonders kritisch sieht der BDI die fallzahlbasierte Vorhaltekostenvergütung, die Fehlanreize setze, sowie die flächendeckende Öffnung von Krankenhäusern für vertragsärztliche Leistungen, die Doppelstrukturen schaffe und Praxen schwäche. Der Verband appelliert an die Politik, die Reform kritisch zu begleiten und auf eine nachhaltige Unterstützung des Strukturwandels hinzuwirken.

Der **Marburger Bund** teilt in seiner Reaktion auf den Beschluss mit, die Krankenhausreform habe „Licht und Schatten“. Viele der angekündigten Ziele würden gar nicht oder nur zum Teil erreicht.

Auf der Habenseite des Gesetzes sei zweifellos zu verbuchen, dass die Kosten von Tariflohnsteigerungen bei Ärztinnen und Ärzten und anderen Krankenhausbeschäftigten den Kliniken rückwirkend für 2024 und in den Folgejahren voll refinanziert werden sollen. „Das ist ein großer Fortschritt, der den Krankenhäusern mehr finanziellen Spielraum für wertschätzende Tarifabschlüsse eröffnet“, betont MB-Chefin Dr. Susanne Johna. Die „größte Sorge“ ihres Verbandes aber sei, dass durch die Reform bald viele Kliniken wegfallen würden und es dann keine ausreichende Vorhaltung von Versorgungsmöglichkeiten für Krisenfälle mehr gebe.

Es sei „enttäuschend und frustrierend“, dass sich im Bundesrat keine Mehrheit für ein Vermittlungsverfahren gefunden habe, kritisiert Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin des **Katholischen Krankenhausverbands Deutschland**. „Für alle, die eine sachorientierte und praxisnahe Verbesserung des Reformgesetzes unterstützt haben, ist dies ein bitterer Rückschlag.“ Lauterbach habe sich „mit seinem kühlen Taktieren und Ausbremsen von Ländern und Selbstverwaltung durchgesetzt“, bedauert Rümmelin. Das neue Modell ersetze alte Fehlanreize lediglich durch neue.

„Rabenschwarzer Tag für die Patientenversorgung“

Die **Caritas in NRW** spricht sogar von einem „rabenschwarzen Tag für die Patientenversorgung in Deutschland“. Sie sieht die Versorgungssicherheit gefährdet. „Es ist für uns unverständlich, dass die Länder dem Gesetz zustimmen konnten, ohne vorab die vollständigen Auswirkungen auf die Versorgung analysieren zu können“, sagt Esther van Bebber für die Caritas in NRW. Die Rechtsverordnungen, die dem Bundesministerium für Gesundheit durch das neue Gesetz viele Kompetenzen über die Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft geben, seien bis heute nicht bekannt. „Mit diesem Gesetz wurden zentrale Weichenstellungen vorgenommen, die die ohnehin extrem angespannte Situation in den Krankenhäusern verschärfen werden, statt sie zu verbessern“, so van Bebber weiter.

Die Caritas in NRW fordert die zukünftige Bundesregierung schon jetzt auf, „diese Fehlentscheidungen unmittelbar zu korrigieren und nachhaltige Lösungen für die Krankenhauslandschaft in Deutschland zu schaffen“.

Gesetz endgültig beschlossen

Kein Vermittlungsausschuss: Bundesrat lässt Lauterbachs Klinikreform passieren

Die Krankenhausreform kann in Kraft treten. Die Länderkammer hat grünes Licht für das Prestigeprojekt von Gesundheitsminister Lauterbach gegeben. Haus- und Fachärzte stoßen sich besonders an einem Punkt.

Veröffentlicht: 22.11.2024, 11:57 Uhr | aktualisiert: 22.11.2024, 13:34 Uhr



Grünes Licht für Lauterbachs Klinikreform: Der Bundesrat hat das Vorhaben am Freitagvormittag passieren lassen.

© picture alliance / dts-Agentur

Berlin. Lange war der Ausgang ungewiss – jetzt steht fest: Die Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) kann wie geplant zum 1. Januar 2025 starten. Der Bundesrat hat das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVG) am Freitag passieren lassen.

Eine Mehrheit für eine Anrufung des Vermittlungsausschusses (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Auswirkungstool-schafft-nicht-durchweg-Klarheit-ueber-Folgender-Klinikreform-454540.html?searchtoken=LKaMsqjjQM18il5CBmq8MUeZjng%3d&starthit=1>) kam bei der Sitzung der Länderkammer nicht zustande. Für die Anrufung des Ausschusses stimmten Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Zusammen verfügen sie im Bundesrat über 30 Stimmen. Damit blieben sie unter dem Quorum von 35 Stimmen, das nötig ist, um den Ausschuss anzurufen.

Obwohl die Kieler Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU) in der Aussprache zum KHVG heftige Kritik an Lauterbachs Konzept geübt hatte, enthielt sich die schwarz-grüne Landesregierung von Schleswig-Holstein der Stimme. Das Votum aus Thüringen wurde nicht gezählt, weil es nicht einheitlich war.

Beide Länder hatten zuvor signalisiert, das KHVVG in den Ausschuss überweisen zu wollen. Das taten sie dann nicht, womit das Quorum nicht zustande kam – auch wenn Brandenburg wider Erwarten und nach der Entlassung von Ministerin Ursula Nonnemacher (Grüne) mit Ja stimmte.

Lauterbach: Hohe Ausgaben, zu geringe Qualität

Bis zuletzt war offen, wie einzelne Länder – etwa Brandenburg oder Thüringen – abstimmen. Ein Dutzend Redner hatten das Wort in der rund 70-minütigen Aussprache im Bundesrat ergriffen.

Lauterbach betonte, Deutschland leiste sich eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, allein im stationären Bereich seien es 100 Milliarden Euro, die man pro Jahr ausbebe. „Trotzdem haben wir nicht die Qualität.“ Die Reform wolle diesen Zustand überwinden, in dem sie für mehr für Spezialisierung Sorge.

Der Bundestag hatte die Klinikreform im Oktober beschlossen. Vorausgegangen war eine zwei Jahre lange, teils hitzige Debatte – vor allem zwischen Bund und Ländern.

Änderungen bei der Krankenhausvergütung

Einige Länder fürchten Klinikschließungen insbesondere in ländlichen Regionen und einen zu großen Einfluss des Bundes auf die Krankenhausplanung. Die, so das Argument, sei eindeutig Ländersache.

Ziel der Reform ist es, Leistungen in spezialisierten Kliniken zu konzentrieren, um so die Qualität der Behandlungen zu verbessern. Neuerungen sieht die Reform auch bei der Krankenhausabrechnung vor.

Diese soll weniger durch Fallpauschalen, stattdessen zu 60 Prozent über eine Vorhaltevergütung erfolgen. Anders als bisher richtet sich die Finanzierung nicht ausschließlich nach der Anzahl der Behandlungen, sondern nach den Leistungen, die die Häuser vorhalten.

Hierzu sind – in Anlehnung an die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen – 65 Leistungsgruppen vorgesehen. Diese wiederum sind an Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen geknüpft.

Ermächtigung der Kliniken zur ambulanten Versorgung

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte hochumstritten ist die weitere Öffnung der Kliniken für ambulante Leistungen. In Gebieten, in denen Facharztsitze unbesetzt sind, sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – Level 1i-Krankenhäuser – und Sicherstellungskrankenhäuser fachärztliche Leistungen anbieten können.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen dort, wo Hausärztinnen und Hausärzte fehlen, auch allgemeinmedizinische Behandlungen vorhalten. Die Klinik wird dafür innerhalb des KV-Systems wie eine Praxis bezahlt. Voraussetzung ist, wie gesagt, dass der betreffende Bezirk bei den Zulassungen nicht „gesperrt“ ist.

Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) zeigte sich ob der nun kommenden „flächendeckenden Öffnung von Krankenhäusern für vertragsärztliche Leistungen“ entrüstet. „Diese Maßnahme führt zu ineffizienten Doppelstrukturen und schwächt die Praxen. Das darf nicht zum Modell der Zukunft werden,“ sagte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck am Freitag.

BDI und KBV warnen vor Doppelstrukturen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erklärte, die Klinikreform könne nun kommen – leider auch mit vielen handwerklichen Fehlern. „Auch wenn wir eine Krankenhausreform dringend brauchen, wird dieses KHVVG kaum Probleme lösen, aber viele neue schaffen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen der Ärzte Zeitung.

Eine neue Bundesregierung müsse das Klinikgesetz in Abstimmung mit allen Beteiligten „zügig“ so abändern, dass Strukturreformen tatsächlich möglich werden und geordnet und planbar ablaufen. „In der jetzigen Form ist das Gesetz dafür ungeeignet“, so Gassen.

In der Vergangenheit hatten KBV, Hartmannbund und auch der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa) die Ermächtigung der Kliniken für weitere ambulante Behandlungen bereits als „Irrweg“ und „falsche Weichenstellung“ zurückgewiesen. Es müssten mehr Patienten in Praxen versorgt werden statt in teuren Kliniken.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte bis zuletzt an die Länder appelliert, das Klinikgesetz an den Vermittlungsausschuss zu überweisen. [Profiteure der Reform seien Häuser der Maximalversorgung \(https://www.aerztezeitung.de/Politik/DKG-Chef-Gass-Lauterbach-muss-bei-Klinikreform-Kompromiss-mit-Laendern-suchen-453360.html?searchtoken=C1sh%2fwHaXlfVM6tgEKJyzDX2c28%3d&starthit=1\)](https://www.aerztezeitung.de/Politik/DKG-Chef-Gass-Lauterbach-muss-bei-Klinikreform-Kompromiss-mit-Laendern-suchen-453360.html?searchtoken=C1sh%2fwHaXlfVM6tgEKJyzDX2c28%3d&starthit=1), die die „hohen“ Vorgaben für die Vorhaltung der Leistungsgruppen bedienen könnten. Verlierer seien hingegen kleinere und mittelgroße Klinikstandorte. Sie müssten bei den Anforderungen passen. *(hom/bwa)*