

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 09/2021

„Politik ist völlig fixiert auf die Allgemeinmedizin“

änd – 10. September 2021

DIGAs: Speerspitze oder Randerscheinung der Digitalisierung?

änd – 10. September 2021

Mit Strukturwandel gegen den (Haus-)Ärztmangel

änd – 10. September 2021

Internistentag: Arztkosten raus aus den Fallpauschalen!

Ärzte Zeitung – 10. September 2021

Internistentag zu Klinikpauschalen: Arztkosten als erste Stellschraube

Ärzte Zeitung – 10. September 2021

Hausärztliche Versorgung: Gleichberechtigung aller Fachgruppen gefordert?

Deutsches Ärzteblatt – 10. September 2021

Wie die HzV den Hausärztemangel abmildern soll

Ärzte Zeitung – 12. September 2021

Internisten fordern Reform der Krankenhausfinanzierung?

Deutsches Ärzteblatt – 13. September 2021

Politik zu sehr auf Allgemeinmedizin fixiert?

Medical Tribune – 15. September 2021

Wirtschaftswissenschaftler empfehlen neue Form der Krankenhausfinanzierung

Deutsches Ärzteblatt – 17. September 2021

Hausärztemangel angehen

Deutsches Ärzteblatt – 24. September 2021

BDI-Internistentag

„Politik ist völlig fixiert auf die Allgemeinmedizin“

Die Politik berücksichtige bei der hausärztlichen Versorgung wichtige Faktoren nicht – diesen Vorwurf äußerte Christine Neumann-Grutzeck am Freitag auf dem Internistentag in Berlin. Die Vorsitzende des Berufsverbandes der Internisten (BDI) sieht eine deutliche Benachteiligung der hausärztlich tätigen Kollegen ihres Fachs.



Neumann-Grutzeck: „Für die Versorgung sind beide Gruppen immens wichtig.“

(c) BDI

Nach Beobachtung von Neumann-Grutzeck spitzt sich die Lage in der hausärztlichen Versorgung langsam zu: Eine BDI-Umfrage habe gezeigt, dass in den nächsten 15 Jahren 75 Prozent aller Hausärzte, die internistisch tätig sind, ihre Praxis abgeben möchten. Davon seien 65 Prozent sehr pessimistisch, einen Nachfolger zu finden. Zugleich sei in den vergangenen Jahren der Anteil der Internisten in der hausärztlichen Versorgung deutlich gestiegen. Eine aktuelle Hochrechnung, des IGES-Institut im Auftrag der RobertBoschStiftung prognostiziere, dass im Jahr 2035 etwa 11.000 Hausärzte in der Versorgung fehlen und ein Fünftel aller Landkreise in Deutschland hausärztlich unter versorgt sein werden.

„Die Versuche der Politik, die Hausärzte zu stärken, sind aber völlig fixiert auf eine der Hausärzte-Gruppen, nämlich auf die Allgemeinmedizin“, monierte die BDI-Chefin. So werde die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gefördert, nicht aber für Internisten. „Da sehen wir ein ganz großes Problem“, sagte Neumann-Grutzeck. Die Innere Medizin sei ein attraktives Fach, aber der Weg in die ambulante Versorgung werde

durch Gesetze erschwert.

Sie verwies darauf, dass von den 7500 geförderten Weiterbildungsstellen für Hausärzte 2019 insgesamt 3050 nicht abgerufen worden seien. „Da wäre Geld da gewesen. Es ist für uns unverständlich, warum das nicht für Internisten genutzt werden kann.“ Auch bei Fallwerten und Arztsitzen gebe es eine Bevorzugung von Allgemeinmedizinern. Neumann-Grutzeck forderte daher eine Gleichstellung der Hausarzt-Internisten mit den Allgemeinmedizinern. „Für die Versorgung sind beide Gruppen immens wichtig“, sagte sie.

Es sei ein erklärtes Ziel der Politik, den hausärztlichen Versorgungsbereich durch hausarztzentrierte Versorgungsverträge zu stärken. Auch dort würden Internistinnen und Internisten gezielt benachteiligt. Um einen HZV-Vertrag in die Patientenversorgung zu integrieren, müssten Vertragsgemeinschaften mindestens 50 Prozent der Allgemeinmediziner – und nicht Hausärzte – eines Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. „Die Konsequenz dieser Regelung: Die Maßnahme geht an einem Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland vorbei.“

BDI-Daten zeigten, dass über 60 Prozent der hausärztlichen Internisten aktuell nicht an der HZV teilnehmen. Das untermauere die Notwendigkeit, zukünftig mehr internistische Kompetenz auch bei der HZV zu berücksichtigen. „Deshalb fordert der BDI, durch eine Änderung des § 73b Abs. 4 SGB V einen einheitlichen Rechtsrahmen zu schaffen, der bei der hausarztzentrierten Versorgung alle Fachgruppen der hausärztlichen Versorgung gleichberechtigt berücksichtigt.“

DRG-System: BDI fordert grundlegende Reform

Auch die Finanzierung rund um das Krankenhaus war auf dem Internistentag Thema. Dr. Kevin Schulte, zweiter Vizepräsident des BDI: „Etwas mehr als die Hälfte unserer Mitglieder sind stationär tätig. Wir merken, dass der Druck, den die Kolleginnen und Kollegen erleben, da noch weiter zugenommen hat.“ Die hohe Arbeitsbelastung habe nicht nur gesundheitliche Folgen, sondern gefährde auch die Patientensicherheit. Folge man der Auffassung, dass die Ausgliederung von Personalkosten aus den DRGs bewirke, dass ausreichend Personal von den Kliniken vorgehalten werde, „ist es nur konsequent, auch die Arztkosten auszugliedern“. Damit die politischen Versäumnisse, die im Bereich der Pflege gemacht wurden, sich nicht wiederholen, müsse der Gesetzgeber jetzt intervenieren und Ärztinnen und Ärzte schützen.

In seiner aktuellen Form führe das DRG-System zu Fehlanreizen, erklärte Schulte weiter. Mit einzelnen Korrekturen könne das mittelfristig nicht mehr eingedämmt werden. Die Ausgliederung der Pflegepersonal- und Arztkosten könne daher nur ein erster Schritt sein. „Es ist Zeit für eine Grundsatzdiskussion über ein neues System der Krankenhausfinanzierung in Deutschland, das unter anderem regionale Vorhaltekosten adäquat berücksichtigt, die ärztliche Weiterbildung angemessen finanziert und die ärztliche Entscheidungsfindung von ökonomischen Zwängen befreit.“

Deswegen fordere der BDI eine grundlegende Reform des DRG-Systems. Hierzu sei der BDI im Gespräch mit den Krankenkassen, ^{SEP}der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie Politikerinnen und Politikern auf Bundesebene. Der BDI fordere aber auch eine neue Krankenhausplanung. Hier gelte es aber dicke Bretter zu bohren, so Schulte.

"DIGA müssen Patienten helfen und Arzt entlasten"

Thema am Freitag in Berlin auch: Die Apps auf Rezept. BDI-Vizepräsident Dr. Norbert Smetak erläuterte die Position des Verbandes mit Blick auf DIGA. „Solche Apps können und dürfen aus unserer Sicht den Arzt nie ersetzen“, sagte er. Der BDI fordere, dass Ärzte bereits in die Entwicklung einbezogen werden. Evidenz sei wichtig. „Am Ende des Tages ist es auch eine Haftungsfrage, wenn zum Beispiel Insulindosierungen gespeichert werden und der Arzt eventuell darauf reagieren muss.“

Der BDI halte wenig davon, dass auch Krankenkassen diese Apps an die Versicherten geben können. „Das ist weder sinnvoll noch zielführend“, so Smetak. Er kritisierte auch, dass eine deutliche Lücke zwischen der Vergütung für Hersteller und der für die Verordnung durch den Arzt bestehe. DIGAs hätten dann Sinn, wenn sie am Ende dem Patienten helfen und den Arzt entlasten würden.

14. Deutscher Internistentag

DIGAs: Speerspitze oder Randerscheinung der Digitalisierung?

Was bringen die Apps auf Rezept für die Versorgung und wie kommt die Digitalisierung des Gesundheitswesens voran? Das diskutierten Vertreter von Ärzten, Krankenkassen, Industrie und Gematik beim Internistentag in Berlin.



Stoff-Ahnis: „Wir haben in der Digitalisierung sehr unterschiedliche Geschwindigkeiten.“

(c) änd

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck vertrat die Auffassung, digitale Gesundheitsanwendungen (DIGAs) wären nur dann sinnvoll, wenn sie in eine ärztliche Behandlung eingebunden seien. „Dazu gehört es auch, dass ein Arzt oder eine Ärztin das verordnet und nicht eine Krankenkasse“, sagte sie.

Zweifel an DIGAs äußerte Neumann-Grutzeck aber auch aufgrund des Zulassungsverfahrens. „Es muss klar sein: Erst kommt die Evidenz und dann kommt die Verordnung“, sagte sie. Geklärt werden müsse außerdem der Umgang mit Daten aus Apps und damit verbundene Haftungsfragen für Ärzte. Außerdem kritisierte die BDI-Präsidentin die Preise. Sie verglich die Quartalskosten von 500 Euro für eine DIGA mit dem Fallwert der Hausärzte. „Das steht doch in keinem Verhältnis.“ Dieser Preis sei auch eine Hürde, DIGAs zu verordnen.

Bei der gesamten Digitalisierung im Gesundheitswesen sei es zudem wichtig, dass die Anwender frühzeitig eingebunden werden. Man solle Digitalisierung so praktisch gestalten, dass Ärztinnen und Ärzte etwas damit anfangen können, forderte die BDI-Präsidentin. „Das funktioniert am besten, wenn man Ärztinnen und Ärzte frühzeitig einbezieht“, sagte sie nicht nur in Richtung DIGA-Hersteller, sondern auch an die Adresse der Gematik. Sie kritisierte etwa, dass das e-Rezept zwar für Arzneimittel verpflichtend aber für Heilmittel noch nicht einmal möglich sei. So brauche sie als Diabetologin e-Rezept und Nadeldrucker nebeneinander.

Stoff-Ahnis: „Beim Tempo der TI-Entwicklung hapert es.“

Auch Stefanie Stoff-Ahnis vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sieht die zentralen Herausforderungen bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht bei den DIGAs. Sie verwies auf den international abgeschlagenen Digitalisierungsstand von Krankenhäusern. „Wir haben in der Digitalisierung sehr unterschiedliche Geschwindigkeiten. Zwar gibt es einen Fast Track für DIGAs, aber bei der Geschwindigkeit der IT da hapert es“, sagte sie. Auch die Krankenkassen fordern eine frühzeitige Einbindung in Entwicklungen der Gematik. „Wir brauchen mehr Transparenz und müssen uns auch wappnen können“, sagte Stoff-Ahnis.

Stoff-Ahnis unterstützte die Forderung Neumann-Grutzecks mit Blick auf DIGAs. Auch die Krankenkassen seien überzeugt, dass die Verordnung in ärztliche und psychotherapeutische Hände gehöre. „Die wissen es besser. Die sollen es in der Versorgung auch machen“, sagte sie. 53.000 DIGAs sind nach ihren Angaben aktuell in der Versorgung, davon seien zehn Prozent über Krankenkassen-Genehmigungen an die Versicherten gegangen.

An den Rahmenbedingungen für DIGAs formulierte Stoff-Ahnis deutlichen Änderungsbedarf. Sie wandte sich unter anderem gegen die vorläufige Zulassung. Dass eine Leistung zwei Jahre lang ohne nachgewiesenen Nutzen erbracht werde, „passt so gar nicht in unser Gesundheitswesen“, so Stoff-Ahnis.

Mit Blick auf die Preisgestaltung für DIGAs warf Stoff-Ahnis der Politik vor, sie habe eine Goldgräberstimmung ausgerufen. „Beitragsfelder sind nicht dazu da, eine Wirtschaftsförderung für Start Ups zu betreiben.“ Stoff-Ahnis kündigte an, dass der GKV-Spitzenverband zum Jahresende einen Bericht über DIGAs vorlegen werde.

DIGA-Hersteller: „Selbstverwaltung reißt laufend Fristen.“

Henrik Emmert, Co-Founder der aidhere GmbH, die mit der Adipositas-Anwendung Zanadio einer der ersten DIGAs auf den Markt gebracht hat, wies die Vorwürfe mangelnder Evidenz und überhöhter Preise zurück. Sämtliche Studienkonzepte für DIGAs seien vom BfArM geprüft. Schon bei der Antragstellung müssten Hersteller Studien vorlegen. Zudem würden über zwei Drittel der Anträge abgelehnt oder zurückgezogen. „Wir haben hier schon eine sehr hohe Evidenz“, sagte Emmert. Dass ein Nutzen da sei und keine Schädigung, gelte als gesetzt.

Die Gesamtkosten der DIGAs machen nach Emmerts Angaben in diesem Jahr unter ein Prozent der jährlichen Preissteigerung bei Arzneimitteln aus. Die derzeit noch relativ hohen Preise seien aufgrund der noch kleinen Verordnungsvolumina nötig.

Auch die Hersteller treibe aber die Frage um, wie die Apps bei den Ärzten ankommen. Sie würden nicht planen, alle Praxen zu besuchen. Stattdessen setzt die Branche auf CME-Fortbildungen, eine 60-seitige Informationsbroschüre, Testzugänge, Produktschulungen und die neue Plattform DIGA-Info.

Emmert kritisierte aber das Tempo der Entwicklungen. Er warf der Selbstverwaltung vor, dass sie regelmäßig Fristen reiße. So sei erst für eine von fünf dauerhaft gelisteten DIGAs die ärztliche Leistung definiert, obwohl das innerhalb von drei Monaten nach Listung zu erfolgen habe. Auch bei der Digitalisierung insgesamt forderte er mehr Tempo. DIGAs seien derzeit die Speerspitze der Digitalisierung. Nötig sei aber, dass Daten aus DIGAs in der Arztpraxis vernünftig angezeigt werden.

Dr. Florian Hartge von der Gematik verteidigte das Tempo der TI-Entwicklung. Die TI sei die große gemeinschaftliche Infrastruktur. Dabei sei es wichtig, alle mitzunehmen und einen Basisnutzen zu bieten. „Das ist nie etwas, was schnell gehen wird“, sagte Hartge. Hingegen seien DIGAs die kleinen Anwendungen für Spezialfälle.

14. Deutscher Internistentag

Mit Strukturwandel gegen den (Haus-)Ärztemangel

Nur eine tiefgreifende Umstrukturierung kann den Hausärztemangel abwenden. Das war Tenor einer Podiumsdiskussion über die Hausärztliche Versorgung beim Deutschen Internistentag.



Hermann: „Das war für die Kassen eine grüne Nummer.“

(c) änd

Die Hausärztliche Versorgung gerate immer mehr in eine schwierige Situation, sagte Dr. Christopher Hermann, ehemals Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg und gern als „Vater der Hausarztzentrierten Versorgung“ (HZV) tituliert. Die HZV betrachtet er als Anreizsystem mit einer relativ einfach gestrickten Honorarordnung und als ein Mittel gegen den Hausärztemangel. Es gebe den Hausärzten die Möglichkeit, sich auf ihre Profession zu konzentrieren, und nicht auf Optimierung schielen müssten. Auch für die Krankenkassen hätten sich die Hausarztverträge gelohnt. „Das war für die Kassen eine grüne Nummer“, sagte Hermann.

Die Zukunft der HZV sieht Herrmann jedoch wenig rosig. Ohnehin habe man die Kassen immer zum Jagen tragen müssen, wenn es um flächendeckende Selektivverträge gegangen sei. Nur in Baden-Württemberg sei das gelungen. Nun würden neue Hürden für die HZV aufgebaut. So stehe etwa der Bestandsschutz für gekündigte HZV-Verträge zur Disposition.

Hofmeister vermisst politischen Willen zur Versorgungssteuerung

In die Debatte brachte sich auch KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister aus dem Publikum ein. Das KV-System habe politisch Frieden mit der HZV geschlossen. „Das macht auch Sinn. Es war völlig idiotisch, sich so zu beharken. Da ist ein vergifteter Apfel ins Feld geworfen worden“, sagte Hofmeister. Ob absichtlich oder nicht ließ er dahingestellt.

„Hausärztliche Steuerung ist sicherlich ein sinnvolles Instrument“, sagte Hofmeister weiter. Sie müsse aber barrierefrei und sicher ausgerollt sein. „Das ist aber der Sinn des Kollektivvertrags.“ Weil ungewiss sei, ob und wann das komme, sei es sinnvoll, dass Wahltarife es ermöglichen. „Da gibt es viel Phantasie und wenig politischen Willen.“

Hofmeister forderte aber, die Debatte über den Hausarztmangel anders zu führen. Zunächst müsse definiert werden, was eine allgemeine Grundversorgung leisten müsse. Hier sieht der KBV-Vize die Politik gefordert. Bei der Diskussion über Ärztemangel gehe es immer noch darum, dass am besten ein Facharzt in jedem Dorf sein solle. „Die Frage ist aber: Ist das wirklich nötig?“, so Hofmeister. Er verwies auf die USA, wo viel Grundversorgung ohne Ärzte geleistet werde.

Sterben Hausarzt-Internisten aus?

Dr. Monika Schliffke, Vorsitzende des Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein setzt auf den Aufbau von Teampraxen. Es sei bekannt, dass eine Zweier- oder Dreier-Praxis viel mehr Versorgung abdecken könne als eine Einzelpraxis. „Dazu brauchen wir Ärzte, die gleichzeitig ein Unternehmer-Gen haben. Es gehört eine ganz andere betriebswirtschaftliche Sicht dazu, wenn ich ein kleines Unternehmen aufbaue“, sagte Schliffke.

Nötig sei aber auch die Digitalisierung zur Entlastung der Ärzte. „Dieser Punkt ist noch nicht da.“ Schliffke vertritt die Auffassung, dass sich in diesem Zusammenhang ein neues Berufsbild entwickeln werde. Hausärztliche Tätigkeit sei dann zwischen dem Begleiten der Patienten und digitaler Auswertung von Daten angesiedelt.

Schliffke plädierte für eine grundlegende Umstrukturierung der Versorgung hin zu mehr Patientensteuerung. Auch HZV sei unter dem Oberbegriff einer besseren Patientensteuerung entstanden. „Das Thema ist aktueller denn je“, so die KV-Chefin. Die Rolle der Internisten in der Hausärztlichen Versorgung schätzt sie deutlich abnehmend ein: „Wir gehen davon aus, dass die Internisten ohne Schwerpunkt mit der Zeit aussterben.“



Smetak: „Hausarztinternisten sind Hausärzte und haben die gleichen Privilegien zu genießen wie Allgemeinmediziner.“

(c) änd

BDI fordert Gleichstellung mit Allgemeinmedizinern

Dem widersprach der Vizepräsident des Berufsverbands der Deutschen Internisten (BDI), Dr. Norbert Smetak. Derzeit stellen die Internisten laut BDI ein Viertel der Hausärzte (26 Prozent), Tendenz steigend. Eine BDI-Umfrage hat jedoch ergeben, dass in den nächsten 15 Jahren drei Viertel der Hausarzt-Internisten ihre Praxis abgeben wollen.

Smetak warnte davor, Allgemeinmediziner und Internisten gegeneinander auszuspielen. „Hausarztinternisten sind Hausärzte und haben die gleichen Privilegien zu genießen wie Allgemeinmediziner“, forderte Smetak. Gleichstellung fordert der BDI für Hausarztinternisten mit Blick auf die Förderung der Weiterbildung, die Hausarztverträge und die Hausarztsitzvergabe. Zudem müsse es ins Bewusstsein von Politik und Bevölkerung, dass nicht nur Allgemeinmediziner Hausärzte sind, sondern auch Internisten.

Lundershausen kontra Quote

Auch eine Quote kann den wachsenden Ärztemangel nicht abwenden. In dieser Einschätzung zeigte sich der Internistentag am Nachmittag einig. Für Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, führt kein Weg daran vorbei, dass mehr Studienplätze geschaffen werden müssen. „Wenn wir den hohen Anspruch bedienen wollen, dann brauchen wir einfach mehr Studienplätze“, sagte sie. Bestimmte Forderungen an die Politik seien noch zu leise formuliert.

10.09.2021 16:41, Autor: am, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: <https://www.aend.de/article/214146>

„Tiefgreifende Reform des DRG-Systems“ nötig?

Internistentag: Arztkosten raus aus den Fallpauschalen!

Nach dem „Pflexit“ müssen auch die Arztkosten aus den DRG ausgelagert werden, fordern die Internisten. Aber auch bei der hausärztlichen Versorgung sehen sie dringend Handlungsbedarf: Stichwort Ärztemangel. Eine alleinige Förderung der Allgemeinmedizin helfe hier nicht.

Veröffentlicht: 10.09.2021, 16:32 Uhr



Eine erste Ad hoc-Maßnahme einer neuen Bundesregierung sollte die Ausgliederung der Arztkosten aus den DRG sein, fordert Dr. Kevin Schulte, zweiter Vizepräsident des Berufsverband Deutscher Internisten.

© Privat

Berlin. Eine neue Bundesregierung wird zügig nach der Wahl und Koalitionsbildung an zwei wichtige Versorgungsthemen rangehen müssen: die Förderung der hausärztlichen Versorgung und die Klinikfinanzierung. So lautet die Forderung der Internisten. „Eine erste Ad hoc-Maßnahme muss die Ausgliederung der Arztkosten aus den DRG sein“, sagte Dr. Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten, am Freitag auf dem Internistentag in Berlin. Die einseitige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen habe den ökonomischen Druck auf die Ärzte in den Kliniken in den vergangenen eineinhalb Jahren noch einmal deutlich erhöht, so Schulte. Das belegten die Berichte der stationär tätigen BDI-Mitglieder, die immerhin rund die Hälfte der Verbandsmitglieder ausmachen. „Es ist genau das eingetreten, wovon wir 2019, als die Pflegekosten aus den DRG herausgenommen wurden, gewarnt haben“, sagte er.

Dadurch dass die Länder nach wie vor ihrer Investitionsverpflichtung nicht nachkämen und die Fallpauschalen aus ihrer Systematik heraus durchaus Fehlanreize böten, versuchten die Klinikleitungen nun an anderer Stelle als den Pflegekosten Investitionen quersubventionieren und Kosten zu sparen.

„Tiefgreifende Reform des DRG-Systems“

Gleichzeitig habe in der Pflege und auch im ärztlichen Bereich die Arbeitsverdichtung in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. „Es muss eine tiefgreifende Reform des DRG-Systems geben“, räumte Schulte ein. Aber da dies zu viel Zeit brauche, müsse als erste Maßnahme die Ausgliederung der Arztkosten angegangen werden. „Eine stationäre Versorgung ohne Ärzte funktioniert nicht“, so Schulte.

Zweites wichtiges Thema ist der Ärztemangel, vor allem im hausärztlichen Bereich. Dieser lasse sich nur dann meistern, wenn alle Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung beteiligt sind, auch gleichermaßen von politischen Fördermaßnahmen profitierten. Die Hochrechnung, die das IGES-Institut im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung ([Das schließe die Internisten mit ein. „Die Innere Medizin ist ein attraktives Fach“, legte sie nach. „Es wäre gut, wenn wir es schaffen würden, so viele internistische Kolleginnen und Kollegen wie möglich in die hausärztliche Versorgung zu bekommen.“](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Studie-In-14-Jahren-fehlen-11000-Hausaerzte-in-der-Republik-419907.html?utm_term=2021-05-27&utm_source=2021-05-27-AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_medium=email&tid=TIDP856368X587DFFB6D88A465ABA8C7511A94725CCYI4&utm_campaign=AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_content=Ihr%20c3%84rzte%20Zeitung-Newsletter%20vom%20[rundate])) vorgelegt habe, zeige eindrücklich, wo wir hinsteuern: „2035 könnten bundesweit 11.000 Hausärzte fehlen“, sagte BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. „Wir müssen in allen Bereichen angreifen, wenn wir die Versorgung sichern wollen.“</p></div><div data-bbox=)

Fokus der Förderung allein auf die Allgemeinmedizin ist falsch

Die Förderung der ambulanten Weiterbildung nach Paragraph 75a Abs. 1 SGB V stehe bislang aber nur Fachärzten für Allgemeinmedizin offen. Das gehört dringend geändert, so die BDI-Präsidentin. Wobei sie durchaus einräumte, dass man bei der Ausgestaltung der Förderung im SGB V vielleicht auch vonseiten der Internisten nicht aufgepasst hat. Dann wäre diese Nachkorrektur jetzt nicht notwendig. Das Geld wäre da, ist sich Neumann-Grutzeck sicher. „Von 7500 möglichen geförderten Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Allgemeinmedizin werden 3050 nicht abgerufen.“ Das gehe aus der Evaluation der KBV aus 2019 hervor. „Warum investieren wir das nicht breiter?“, so ihr Appell. *(reh)*

DRG in der Kritik

Internistentag zu Klinikpauschalen: Arztkosten als erste Stellschraube

Wie bei Pflege, so auch bei der Medizin: Beim Internistentag in Berlin fordern Ärzte die Herausnahme der Personalkosten aus dem DRG-System. Ansonsten drohe massiver Stellenabbau.

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

Veröffentlicht: 10.09.2021, 17:45 Uhr



Die Personalarztkosten müssen aus den DRG herausgerechnet werden, fordern die Internisten. (Symbolbild mit Fotomodellen)

© Monkey Business 2/Shotshop/picture alliance

Berlin. Krankenhäuser gelten als „gefrorene Zonen“ in der deutschen Reformlandschaft. Dabei ist der Handlungsbedarf riesig. Internisten haben die Politik nun aufgerufen, den überfälligen Umbau der stationären Versorgung spätestens nach der Bundestagswahl (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Bundestagswahl>) anzugehen.

In einem ersten Schritt seien die Arztkosten aus dem Fallpauschalen-System (DRG) herauszulösen, sagte der zweite Vize-Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), Dr. Kevin Schulte, bei einer Diskussionsrunde anlässlich des Jahreskongresses des Verbands am Freitag. Geschehe das nicht, drohten massive Personaleinsparungen im ärztlichen Dienst.

„Logische Konsequenz des Pflexit“

Schulte erinnerte daran, dass die Pflegepersonalkosten (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Wichtige-Spahn-Gesetze-im-Ueberblick-419955.html>) seit 2020 aus dem Fallpauschalen-System ausgegliedert seien. Dies habe zwar bewirkt, dass seither mehr Pflegekräfte von den Krankenhäusern vorgehalten würden. Die „logische Konsequenz des Pflexit“ sei aber, dass Klinikmanager beim ärztlichen Personal sparten. Einige proklamierten inzwischen offen die gezielte Verringerung von Arzt-Kapazitäten. „Da wird mir ganz anders“, zeigte sich Schulte alarmiert und rief eine künftige Bundesregierung auf, schnell gegenzusteuern.

In einem weiteren Schritt gehöre das DRG-System „grundsätzlich“ auf den Prüfstand gestellt, so Schulte. Fehlanreize wie medizinisch nicht angezeigte Mengenausweitungen seien abzustellen und regionale Vorhaltekosten (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kinder-und-Jugendmedizin-soll-Bestandsschutz-erhalten-413086.html>) zu finanzieren.

Schließlich sei die Krankenhausplanung am Bedarf auszurichten. Die Länder wiederum müssten endlich ihrer Pflicht zur Investitionskostenfinanzierung nachkommen. Ansonsten drohe das duale Finanzierungssystem zu scheitern. Schulte gestand ein, dass bei der Krankenhausreform ein „dickes Brett“ zu bohren sei.

„Überwiegen Nebenwirkungen, setzt man das Medikament ab“

In dieselbe Kerbe hieb die Vorsitzende der Klinikärztergewerkschaft Marburger Bund Dr. Susanne Johna. Ein „ideales“ Finanzierungssystem gebe es nicht. Aber mit Blick auf die 2003 eingeführten Fallpauschalen befinde man sich inzwischen nur noch „in den Nebenwirkungen“. Überwögen die Nebenwirkungen, das wisse jeder Arzt, gehöre das betreffende Medikament abgesetzt.

Derzeit gebe es mehr als 1300 DRG, hinzu kämen zig Zu- und Abschläge. „Das System, das so schön pauschal heißt, ist mittlerweile so kompliziert, dass wir enorme Arbeitszeit verschwenden, nur um es am Laufen zu halten.“ Wie Schulte mahnte auch Johna die rasche Loslösung der Arztkosten vom Fallpauschalen-System an.

Der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft Roland Engehausen gab zu bedenken, dass, wenn Pflege- und Arztkosten aus den Fallpauschalen rausgingen, man auch die Kosten für andere Berufsgruppen wie das Reinigungspersonal herausnehmen müsse.

Außerdem sei es eine „vergiftete Botschaft“, erst die Planungsfrage bei den Krankenhäusern lösen zu wollen ohne vorher für eine auskömmliche Finanzierung zu sorgen. Bei der Planung sei der zunehmende Fachkräftemangel ein wesentlicher Faktor.

Frage nach dem Zielfoto stellen!

„Ich würde erst einmal die Frage nach dem Zielfoto stellen“, warb Michael Zaske, Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg, für einen dritten Weg. Sein Ziel sei, „bestmögliche Gesundheitsversorgung in den Regionen zu organisieren“. Dazu müssten auch ambulante Versorgung, Notfallmedizin und Reha in den Blick genommen werden. Es brauche ein neues Zusammenspiel all dieser Bereiche.

Zu den Fallpauschalen merkte Zaske an, das System habe seinen Höhepunkt gehabt. Inzwischen entwickelten sich die DRG zu einer Black Box. „Man muss das ja fast schon selber studiert haben, um es halbwegs zu verstehen.“

Ärzteschaft

Hausärztliche Versorgung: Gleichberechtigung aller Fachgruppen gefordert

Freitag, 10. September 2021



/dpa

Berlin – Bei der Bekämpfung des Hausärztemangels müssen alle an der hausärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen mitgedacht werden. Dafür hat sich die Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internisten ([BDI](#)), Christine Neumann-Grutzeck, heute beim Auftakt des Deutschen Internistentags ausgesprochen.

Dass politische Fördermaßnahmen auf Bundes- und Länderebene bislang nicht die gewünschten Effekte erzielt hätten, liege nicht zuletzt auch daran, dass gesetzliche Regelungen die Fachgruppen in der hausärztlichen Versorgung ungleich behandelten – mit starker Fixierung auf die Allgemeinmedizin.

Dabei sei in vielen Regionen in Deutschland bereits ein Mangel in der hausärztlichen Versorgung vorhanden, so Neumann-Grutzeck. Angesichts der Altersstruktur und Herausforderungen bei der Nachwuchsgewinnung, bis 2035 könnten 11.000 Hausarztsitze unbesetzt sein, müsse dringend reagiert werden.

Der Anteil der Internisten an der hausärztlichen Versorgung betrage bereits derzeit 26 Prozent – mit steigender Tendenz. Hier sei ein hohes Potenzial vorhanden, die „großen Probleme“ nachhaltig zu verringern. Deshalb sollten Internisten in die Förderung der ambulanten Weiterbildung im hausärztlichen Bereich gemäß Paragraf 75a Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V aufgenommen werden.

Derzeit steht diese Möglichkeit nur angehenden Fachärzten für Allgemeinmedizin offen. Dabei hätten Allgemeinmediziner im Jahr 2019 von den bundesweit 7.500 geförderten Weiterbildungsstellen nur 4.450 (in Vollzeitäquivalenten) abrufen können.

Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des BDI, verwies darauf, dass aktuell ein Wunsch nach internistischer Weiterbildung und anschließender Niederlassung im hausärztlichen Bereich oft an den gesetzlichen Regelungen scheitert.

Auch bei der Frage der Nachbesetzung von Hausarztsitzen bestehe ein „Ungleichgewicht“, so Neumann-Grutzeck. Das laut Gesetz für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Fachärzte für Allgemeinmedizin zu berücksichtigen sind, schränke die Niederlassungsmöglichkeiten von Internisten ein.

Daher fordert der BDI eine Novellierung des § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V, damit freie Sitze zukünftig gleichberechtigt durch alle Fachgruppen im hausärztlichen Versorgungsbereich nachbesetzt werden können.

Anpassungen seien laut Neumann-Grutzeck zudem bei den Regelungen zu den hausarztzentrierten Versorgungsverträgen nötig, die derzeit eine Mindestabdeckung von mindestens 50 Prozent der Allgemeinmediziner eines Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung voraussetzen.

Auch hier sollten alle Fachgruppen der hausärztlichen Versorgung gleichberechtigt berücksichtigt werden. BDI-Daten würden zeigen, dass über 60 Prozent der hausärztlichen Internisten aktuell nicht an der HZV teilnehmen.

Passe man die jeweiligen Rahmenbedingungen im SGB V an, so biete die insgesamt bessere Einbindung von Internisten die Chance, dem Hausarztmangel zu begegnen, so die BDI-Präsidentin. © *aha/aerzteblatt.de*

🔒 Drohende Versorgungslücke

Wie die HzV den Hausärztemangel abmildern soll

Die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) hat das Zeug dazu, Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, sind sich die Internisten sicher. Aber nur dann, wenn das hausärztliche Potenzial der Internisten genutzt wird. Sie wollen daher stärker in den Verträgen mitmischen.

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

Veröffentlicht: 12.09.2021, 10:36 Uhr



Volles Wartezimmer: Die Internisten gehen davon aus, dass bereits in fünf Jahren ein Großteil der aktuell in der Versorgung tätigen Hausärzte aus dem Berufsleben ausscheiden wird. Eine Lücke, die sich allein mit mehr Medizinstudenten nicht rechtzeitig füllen lässt. Helfen könnte unter anderem die HzV.

© RioPatuca Images / stock.adobe

Berlin. Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Zwei Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte sind älter als 50 Jahre, ein Drittel ist sogar älter als 60. „Wir haben eine deutliche Überalterung in der hausärztlichen Versorgung“, sagte Dr. Norbert Smetak, 1. Vizepräsident des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) auf dem BDI-Internistentag in Berlin. Eine aktuelle Mitglieder-Befragung des Verbands habe ergeben, dass allein bei den hausärztlich tätigen Internisten 75 Prozent in den nächsten fünf Jahren ihre Praxis abgeben wollen. Nur ein Drittel davon geht aber davon aus, einen Praxisnachfolger zu finden. Über 400 Internistinnen und Internisten hatten sich an der Umfrage beteiligt.

Zwar fordern auch die Internisten, dass mehr Hausärzte her müssen. Daher wünschen sie sich auch eine Beteiligung an der hausärztlichen Weiterbildungsförderung (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Internistentag-Arztkosten-raus-aus-den-Fallpauschalen-422688.html>), die es aktuell per SGB V nur für die Allgemeinmedizin gibt (wir berichteten). Immerhin würden jährlich 2000 Internistinnen und Internisten ihre Facharztprüfung absolvieren, so Smetak. Ein nicht unerheblicher Teil davon gehe anschließend in die hausärztliche Versorgung.

60 Prozent der Hausarzt-Internisten nutzen HzV noch nicht

Eine wichtige weitere Maßnahme, die auch schneller Erfolg zeigen könnte, ist aber die stärkere Beteiligung der Internisten an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV). 60 Prozent der hausärztlich-tätigen Internisten würden sich derzeit nicht an der HzV beteiligen, berichtete Smetak, ebenfalls ein Ergebnis der BDI-Umfrage.

Ein brachliegendes Potenzial, mit dem sich der zunehmende Ärztemangel durchaus etwas abmildern ließe. Denn die HzV ist – so sieht es auch Dr. Christopher Hermann – ein probates Mittel, um Ärzten den nötigen Raum zu geben, ihrer eigentlichen Profession und Aufgabe, nämlich der medizinischen Versorgung von Patienten, nachzugehen. Der frühere Chef der AOK Baden-Württemberg weiß, wovon er spricht. Die AOK Baden-Württemberg hat unter seiner Ägide mit ihren Partnern in der Region ein wachsendes System von Haus- und Facharztverträgen etabliert. Der HzV-Vertrag im Ländle gilt als das Vorzeigemodell einer guten Selektivversorgung. „Unser Ziel war der Abbau von Bürokratie. Wir haben in der HzV auch eine ganz andere Honorarordnung“, erläuterte Hermann. Gleichzeitig gehe es um eine bessere Patientensteuerung innerhalb der Versorgung. Das entlastet Ressourcen - auch in anderen Fach- und Versorgungsbereichen.

Über Weiterentwicklung der Selektivverträge sprechen!

Dass die politischen Parteien in ihren aktuellen Bundestagswahlprogrammen zwar teils drin stehen hätten, „wir brauchen genügend Hausärzte“, aber eben kein Wort darüber verlören, wie man es schaffen könnte, die Lücke, die sich anbahnt, zu füllen, erschüttert ihn. Wenn, sei der Ansatz die Digitalisierung. Hermann: „Wenn es das ist, was wir in Sachen Sicherstellung der Primärversorgung haben, dann wünsche ich eine gute Reise.“ Seiner Meinung nach ist es höchste Zeit, über die Weiterentwicklung der Selektivverträge zu sprechen.

Die Internisten jedenfalls stehen in den Startlöchern. „Wir wollen nicht Allgemeinärzte gegen Internisten ausspielen“, stellte Smetak klar. Es müsse aber ein einheitlicher Rechtsrahmen geschaffen werden, damit alle hausärztlichen Fachgruppen beim Aufsetzen der Verträge aktiv mitwirken können. „Derzeit müssen Vertragsgemeinschaften mindestens 50 Prozent der Allgemeinmediziner – nicht der Hausärzte – eines KV-Bezirks vertreten, wenn sie einen HzV-Vertrag in die Patientenversorgung bringen wollen“, kritisierte der 1. BDI-Vizepräsident. Der Gesetzgeber müsse diese Regelung ändern.

Laut Dr. Monika Schliffke, KV-Chefin in Schleswig-Holstein, müssen aber endlich auch die Sektorengrenzen aufgebrochen werden. Nur auf Verträge im ambulanten Bereich zu schauen, reicht ihr nicht. Und sie setzt auf Unterstützung durch weitere Berufsgruppen. „Wir müssen überlegen, was für Leute brauchen wir künftig, um Ärzte zu unterstützen.“

„Wir werden mehr Köpfe brauchen“

Ob der Ärztemangel künftig so gravierend sein wird, stellte sie indes infrage. Neben der IGES-Studie im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung (https://www.aerztezeitung.de/Politik/Studie-In-14-Jahren-fehlen-11000-Hausaerzte-in-der-Republik-419907.html?utm_term=2021-05-27&utm_source=2021-05-27-

[AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_medium=email&tid=TIDP856368X587DFFB6D88A465ABA8C7511A94725CCYI4&utm_campaign=AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_content=Ihr%20%c3%84rzte%20Zeitungs-Newsletter%20vom%20\[rundate\]](https://www.aerztezeitung.de/Politik/Studie-In-14-Jahren-fehlen-11000-Hausaerzte-in-der-Republik-419907.html?utm_term=2021-05-27&utm_source=2021-05-27-AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_medium=email&tid=TIDP856368X587DFFB6D88A465ABA8C7511A94725CCYI4&utm_campaign=AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_content=Ihr%20%c3%84rzte%20Zeitungs-Newsletter%20vom%20[rundate])), die prognostiziert, dass im Jahr 2035 etwa 11.000 Hausärzte in der Versorgung fehlen könnten, gebe es auch Studien, die besagten, dass 2050 die Hälfte der Ärzte überflüssig sei. Dennoch meint sie: „Wir werden mehr Köpfe brauchen.“ Das liege aber auch daran, dass Praxisstrukturen heute anders seien.

Viele Hausarztpraxen im Norden würden bereits als zwei-, dreiköpfige Einheit, teils auch als MVZ geführt. Damit ließen sich größere Versorgungsbereiche abdecken, so ihre Erfahrung. Weil in solchen Strukturen aber eben oft vermehrt in Teilzeit gearbeitet würde, seien mehr Ärzte nötig. „Ob es allerdings die Masse ist, die wir den Hochschulen jetzt abverlangen, sehe ich kritisch.“ Zumal sich ihrer Meinung nach das Berufsbild des Arztes in den nächsten 20 Jahren deutlich verändern wird, Stichwort digitale Helfer. Auch das schaffe eventuell wieder mehr freie Arztkapazität.

HZV in den Kollektivvertrag?

KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister würde in Sachen HzV noch weiter gehen. „Wenn sich etwas bewährt hat, warum nutzen wir es dann nicht für alle?“, fragte er. Dann müsste die HzV aber als Primärversorgungssystem in den Kollektivvertrag überführt werden. Die Idee der Primärversorgung ergänzt um Wahltarife, die dahinter steckt, ist nicht neu. Die KBV hatte diese bereits 2016 und erneut 2018 (<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Das-ist-keine-Propagandaschlacht-der-KBV-228541.html>) im Zusammenhang mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz ins Spiel gebracht. „Aber es ist eine politische Aufgabe, die Grundfragen zu regeln: Also wie viel wovon soll es sein? Und will ich eine primärärztliche Versorgung, ja oder nein? Da könnten dann auch die Internisten mit rein“, so Hofmeister.

Anders als Schliffke sieht er aber sehr wohl einen Bedarf für mehr Medizinstudenten. „Bei einer Lücke von 11.000 Hausärzten helfen auch die 2000 Internisten, die jährlich ihre Facharztprüfung absolvieren, nicht.“

Die Bausteine der Internisten gegen den Ärztemangel:

- **Stärkere Beteiligung der Internisten an der hausärztlichen Weiterbildung:** Damit dies gelingt, muss laut BDI die Förderung der Weiterbildungsstellen für Fachärzte der Allgemeinmedizin nach Paragraph 75a SGB V Absatz 1 ausgeweitet werden auf die internistischen Hausarztpraxen. Derzeit bilden laut einer BDI-Mitgliederbefragung 47 Prozent der hausärztlichen Internisten weiter. Von den rund 53 Prozent, die sich bislang nicht in der Weiterbildung engagieren, würden dies nahezu 60 Prozent tun, wenn die Weiterbildung in ihrer Praxis gefördert würde.
- **Gleichberechtigung aller hausärztlichen Fachgruppen bei der HzV:** Bislang müssen Vertragsgemeinschaften mindestens 50 Prozent der Allgemeinmediziner eines KV-Bezirks vertreten, um einen HzV-Vertrag in die Versorgung zu integrieren. Der BDI fordert, dass durch eine Änderung des Paragraphen 73b Absatz 4 SGB V künftig die Internisten mit einbezogen werden.
- **Gleiche Chancen bei der Nachbesetzung:** Seit Januar 2006 sind bei der Nachbesetzung von Hausarztsitzen vorrangig Fachärzte für Allgemeinmedizin zu berücksichtigen, kritisiert der BDI. Er fordert, hausärztliche Sitze von Beginn an gleichberechtigt für alle Fachgruppen der hausärztlichen Versorgung bereitzustellen.

Politik

Internisten fordern Reform der Krankenhausfinanzierung

Montag, 13. September 2021



/Cozine, stock.adobe.com

Berlin – Die Fehlanreize des DRG-Systems und unzureichende Investitionen der Länder hätten dazu geführt, dass wirtschaftlicher Druck den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte bestimmt, so der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI). Nach der Bundestagswahl müssten deshalb in einem ersten Schritt die Arztkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert werden, forderte Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des BDI, im Rahmen des Deutschen Internistentages am vergangenen Freitag.

Die der im vergangenen Jahr erfolgten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zugrundeliegende Logik treffe auch auf die in den Krankenhäusern tätigen Ärzte zu, betonte Schulte. Damit das Finanzierungssystem nicht dazu incentive, den Druck auf das ärztliche Personal abzuladen, müssten die Arztkosten analog zu den Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgelöst werden. In einem nächsten Schritt sollten dann tiefgreifende Anpassungen der Krankenhausfinanzierung und -planung angegangen werden.

Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes (MB), betonte, bei einer großen Reform des stationären Bereiches müssten Finanzierungs- und Strukturfragen parallel einbezogen werden. Das derzeitige DRG-System zeige „Nebenwirkungen und Fehlanreize“ und müsse „vom Markt genommen“ werden.

Ein künftiges Finanzierungsmodell solle im Sinne der Daseinsvorsorge insbesondere auflaufende Vorhaltekosten der Krankenhäuser mit abbilden. Zugleich müsse die „Frage der Gesamtversorgung“ geklärt werden – also eine genaue Analyse der Bedarfe, der Kapazitäten und Standorte erfolgen.

Johna verwies auch darauf, dass die Ärzte in den Krankenhäusern etwa 65 Millionen Überstunden im Jahr leisten. Bereits jetzt gebe es demzufolge zu wenig Krankenhausärzte. Zusätzlich müssten Entwicklungen wie eine steigende Teilzeitquote, zumeist der Selbstentlastung dienend, beachtet werden.

Die Fachkraftfrage stellt aus der Sicht des Geschäftsführers der Bayerischen Krankenhausgesellschaft ([BKG](#)), Roland Enghausen, den drohenden Hauptengpass der künftigen stationären Versorgung dar. Die Herausforderungen des Fachkräftemangels bei zugleich steigendem Bedarf nach medizinischer Versorgung müssten planerisch mit einbezogen werden.

Politische Äußerungen, eine reformierte Krankenhausplanung vor die Finanzierungsfrage zu stellen, bezeichnete Enghausen als „vergiftete Botschaft“. Die Politik dürfe sich nicht „hinter der Planung verstecken“, sondern müsse für eine auskömmliche Finanzierung sorgen. © [aha/aerzteblatt.de](#)

Hausärztemangel

Politik zu sehr auf Allgemeinmedizin fixiert

Gesundheitspolitik | Autor: Cornelia Kolbeck



Es ist an der Zeit, Nachwuchs in die hausärztliche Versorgung zu bringen.

© ASDF – stock.adobe.com

Eine Prognose lautet, dass bis 2035 bundesweit rund 11.000 Hausärzte in der Versorgung fehlen könnten. „Die Maßnahmen dagegen sind alle nicht zielführend“, kritisiert Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI). Der Verband fordert, hausärztliche Internisten stärker einzubeziehen.

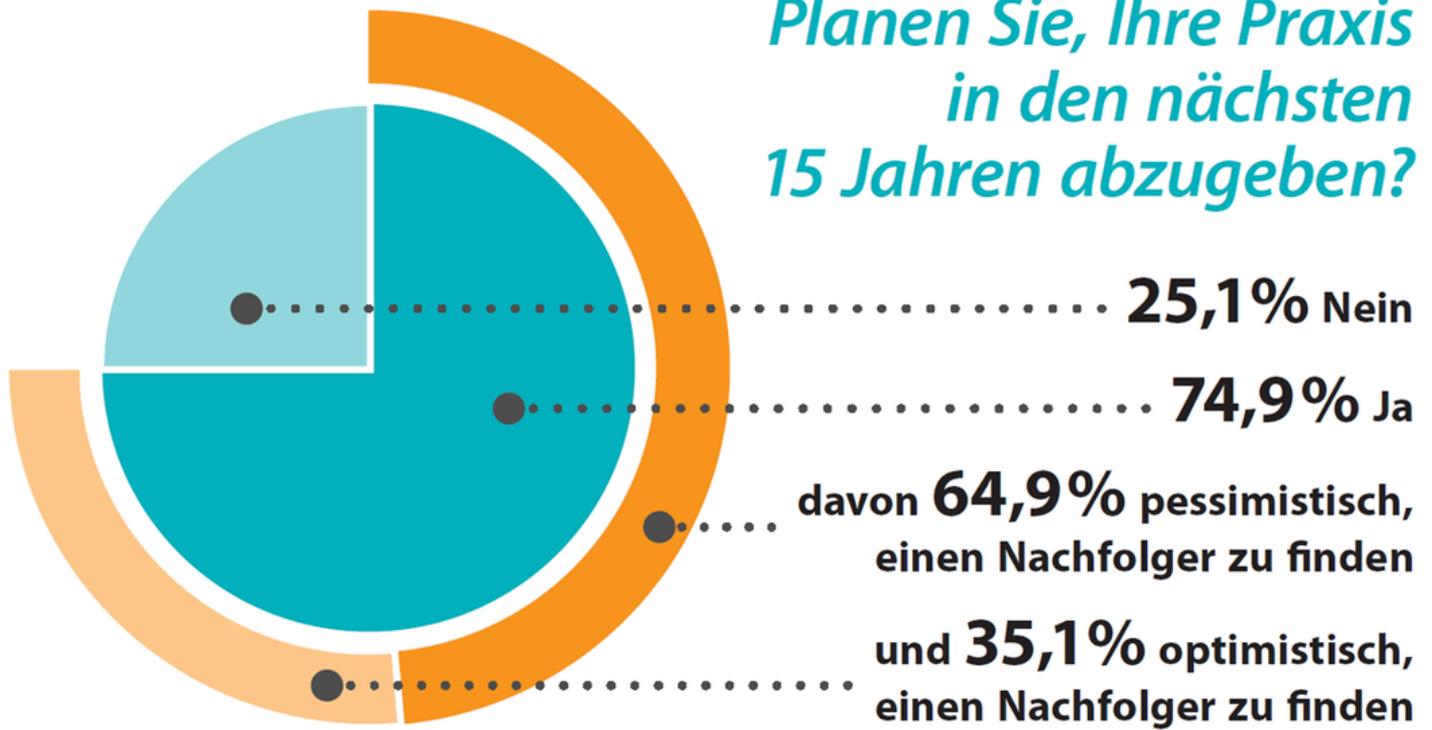
Beim Agieren gegen den Hausärztemangel bringt der BDI eine stärkere Rolle seiner hausärztlich tätigen Mitglieder bei der Weiterbildung, der Nachbesetzung und der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ins Spiel. Von einem Ungleichgewicht und einer einseitigen Bevorzugung der Allgemeinmedizin spricht die BDI-Präsidentin.

2035 werden voraussichtlich 11.000 Hausärzte fehlen

Die Dringlichkeit für Anpassungen belegt der Berufsverband mit Zahlen aus einer eigenen Umfrage zur hausärztlichen Versorgung (Juli/August). Demnach planen 74,5 % der betreffenden Mitglieder, ihre Praxis in den nächsten 15 Jahren abzugeben. Neumann-Grutzeck verweist zudem auf eine Prognose des IGES-Instituts, nach der 2035 bundesweit 11.000 Hausärzte fehlen werden. Ein Fünftel aller Landkreise wäre dann unterversorgt. Dass die hausärztlichen Internisten trotzdem vielfach **nicht die gleichen Entwicklungsmöglichkeiten** haben wie Allgemeinmediziner, erschließt sich der Verbandschefin und ihren

Vorstandskollegen nicht. 26 % der Hausärzte sind zurzeit Internisten.

Planen Sie, Ihre Praxis in den nächsten 15 Jahren abzugeben?



Quelle: BDI-Mitgliederumfrage Juli/August 2021 (n = 426). Thema Hausärztliche Versorgung

© MT-Grafik

Die hausärztliche Tätigkeit werde in § 73 Abs. 1a SGB V als Aufgabe von Allgemeinärzten, Kinder- und Jugendmedizinern, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und Praktischen Ärzten beschrieben, erinnert Neumann-Grutzeck. Seit 2013 habe es bei den hausärztlichen Internisten einen **Zuwachs von 25 %** gegeben. In der Allgemeinmedizin stagniere die Entwicklung eher. Die Versuche von Politik und Selbstverwaltung, die Hausärzte zu stärken und den Nachwuchs zu fördern, seien bisher völlig fixiert auf die Allgemeinmedizin, kritisiert die BDI-Chefin.

Die **Weiterbildung** ist für den BDI ein entscheidender Punkt zum Umsteuern. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werde gefördert in allen Bereichen, in den Kliniken, in der Praxis. Für die Internisten gebe es das in diesem Maße nicht. „Da sehen wir ein großes Problem“, sagt Neumann-Grutzeck, die als angestellte Internistin in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis arbeitet. Das Potenzial jedenfalls ist aus ihrer Sicht vorhanden, denn Zahlen aus 2019 zeigten, dass von 7.500 geförderten Weiterbildungsstellen für die Allgemeinmedizin 3.050 gar nicht besetzt wurden. Warum nutze man also die Stellen nicht für Internisten? Bei einer Förderung wie in der Allgemeinmedizin würden fast 60 % der hausärztlichen Internisten Weiterbildungsstellen anbieten.

Die Innere Medizin sei für **Nachwuchsärzte** ein attraktives Fach, zu sehen sei dies an den Abschlüssen, sagt die Präsidentin. „Es wäre gut, wenn viele Kollegen es schaffen, Nachwuchs in die hausärztliche Versorgung zu bringen.“

Ein weiteres Problem sei die **Nachbesetzung frei werdender Sitze**. Auch hier gebe es ein Ungleichgewicht und eine einseitige Bevorzugung der Allgemeinmedizin. „Die Internisten dürfen eigentlich erst, wenn andere nicht wollen.“ Der BDI fordert deshalb eine Novellierung des § 103 Abs. 3a Satz 6 SGB V, damit freie Sitze im hausärztlichen Bereich gleichberechtigt durch alle Fachgruppen nachbesetzt werden können.

In der HzV sieht der Berufsverband Internisten ebenfalls als benachteiligt an. Um einen HzV Vertrag ins Laufen zu bringen, müssten mindestens 50 % der Allgemeinmediziner – nicht der Hausärzte – eines KV-Bezirks dabei vertreten sein. Deshalb würden 60 % der hausärztlichen Internisten bisher an solchen Verträgen gar nicht teilnehmen. Das untermauert die Notwendigkeit, einen **einheitlichen Rechtsrahmen** zu schaffen, der alle an der hausärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen gleichermaßen berücksichtigt.

Der BDI hält eine entsprechende Änderung des § 73b Abs. 4 SGB V für notwendig, um mehr internistische Kompetenz berücksichtigen zu können. „Wir müssen ran ans SGB V, wenn wir den Hausärztemangel in Deutschland bekämpfen wollen“, betont Neumann-Grutzeck. Der Verband will dies über Gespräche mit Bundestagsabgeordneten und im Bundesgesundheitsministerium erreichen. Auch für eine Initiative auf Länderebene wird er werben.

Quelle: 14. Deutscher Internistentag

15.09.2021

Politik

Wirtschaftswissenschaftler empfehlen neue Form der Krankenhausfinanzierung

Mittwoch, 15. September 2021



/Gina Sanders, stock.adobe.com

Mannheim – Deutschland sollte die Finanzierung seiner Krankenhäuser auf den Prüfstand stellen. Das empfiehlt das [ZEW](#) – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim in einem Thesenpapier zur künftigen Wirtschaftspolitik.

Aktuell werden Krankenhäuser in Deutschland bekanntlich über zwei Wege finanziert: Die Bundesländer tragen die Investitionen für Krankenhäuser, während die Krankenkassen für die Betriebskosten aufkommen. Diese Finanzierungspraxis habe allerdings deutliche Nachteile, so die Wirtschaftsforscher: „Dass nur belegte Betten im Fallpauschalensystem vergütet werden, wird der Anforderung, dass Reservekapazitäten vorgehalten werden und schnell aktiviert werden können, nicht gerecht“, argumentieren sie. Diese Reservekapazitäten sollten künftige Finanzierungsmodelle einbeziehen.

Die Wissenschaftler empfehlen außerdem, die Qualität der Versorgung bei der Vergütung der Leistungen zu berücksichtigen. „Eine Qualitätsprämie könnte etwa besonders gute Behandlungserfolge höher vergüten“, sagte Achim Wambach vom ZEW.

Ein grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung fordern auch Ärzteverbände und Krankenhausträger: Die Fehlansätze des Fallpauschalensystems und unzureichende Investitionen der Länder hätten dazu geführt, dass wirtschaftlicher Druck den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte bestimme, kritisierte zum Beispiel der Berufsverband Deutscher Internisten ([BDI](#)) im Rahmen des Deutschen Internistentages am vergangenen Freitag.

Gesetzliche und private Krankenversicherung haben den Investitionsbedarf der Kliniken in diesem Sommer zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ([DKG](#)) auf rund sechs Milliarden Euro beziffert. Die Bundesländer deckten aber seit Jahren höchstens die Hälfte dieses Bedarfes ab, obwohl sie gesetzlich zur Finanzierung der Investitionskosten verpflichtet seien, kritisierten sie. © [hil/aerzteblatt.de](#)

Alle Rechte vorbehalten. www.aerzteblatt.de



Versorgungsstrukturen

Hausärztemangel angehen

Bei der Bekämpfung des Hausärztemangels müssten alle an der hausärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen mitgedacht werden – darauf machten die Internisten aufmerksam. Zudem solle eine künftige Bundesregierung die Krankenhausfinanzierung umfassend reformieren.

Ein Mangel in der hausärztlichen Versorgung sei bereits in vielen Regionen Deutschlands vorhanden, mahnte die Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Dr. med. Christine Neumann-Grutzeck, beim Auftakt des Deutschen Internistentages Mitte September in Berlin. Dass politische Fördermaßnahmen auf Bundes- und Länderebene bislang nicht die gewünschten Effekte erzielt hätten, liege nicht zuletzt auch daran, dass gesetzliche Regelungen die Fachgruppen in der hausärztlichen Versorgung ungleich behandelten – mit starker Fixierung auf die Allgemeinmedizin.

Angesichts der Altersstruktur und Herausforderungen bei der Nachwuchsgewinnung, bis 2035 könnten 11 000 Hausarztsitze unbe-

setzt sein, müsse dringend reagiert werden, so Neumann-Grutzeck. Der Anteil der Internisten an der hausärztlichen Versorgung betrage bereits derzeit 26 Prozent – mit steigender Tendenz.

Hier sei ein hohes Potenzial vorhanden, die „großen Probleme“ nachhaltig zu verringern. Deshalb sollten, so die BDI-Präsidentin, Internisten in die Förderung der ambulanten Weiterbildung im hausärztlichen Bereich gemäß § 75 a Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V aufgenommen werden. Derzeit steht diese Möglichkeit nur angehenden Fachärzten für Allgemeinmedizin offen. Dabei hätten Allgemeinmediziner im Jahr 2019 von den bundesweit 7 500 geförderten Weiterbildungsstellen nur 4 450 (in Vollzeitäquivalenten) abrufen können,

betont der BDI. Dr. med. Kevin Schulte, 2. Vizepräsident des BDI, verwies darauf, dass aktuell ein Wunsch nach internistischer Weiterbildung und anschließender Niederlassung im hausärztlichen Bereich oft an den gesetzlichen Regelungen scheitere. Auch bei der Frage der Nachbesetzung von Hausarztsitzen bestehe ein „Ungleichgewicht“, so Neumann-Grutzeck. Dass laut Gesetz für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Fachärzte für Allgemeinmedizin zu berücksichtigen sind, schränke die Niederlassungsmöglichkeiten von Internisten ein. Daher fordert der BDI eine Novellierung des § 103 Abs. 4 Satz 7 SGB V, damit freie Sitze zukünftig gleichberechtigt durch alle Fachgruppen im hausärztlichen Versorgungsbereich nachbesetzt werden

Foto: Catalin Popescu/Adobe.com

können. Anpassungen seien laut Neumann-Grutzeck zudem bei den Regelungen zu den hausarztzentrierten Versorgungsverträgen nötig, die derzeit eine Mindestabdeckung von mindestens 50 Prozent der Allgemeinmediziner eines Bezirks der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung voraussetzen.

Auch hier sollten alle Fachgruppen der hausärztlichen Versorgung gleichberechtigt berücksichtigt werden. BDI-Daten würden zeigen, dass mehr als 60 Prozent der hausärztlichen Internisten aktuell nicht an der HZV teilnehmen. Passe man die jeweiligen Rahmenbedingungen im SGB V an, so biete die insgesamt bessere Einbindung von Internisten die Chance, dem Hausarztmangel zu begegnen, so die BDI-Präsidentin.

Skepsis bei Quotenlösungen im Medizinstudium

Um dem zunehmenden Ärztemangel zu begegnen, wird aus der Landes- und Gesundheitspolitik oft auch die Forderung von Zulassungsquoten zum Medizinstudium in die Diskussion eingebracht und teilweise auch als Gesetz verabschiedet. So haben einige Bundesländer bereits die Quote für Landärzte eingeführt. Der Bundesrat hat Mitte September die Möglichkeit geschaffen, dass Bundesländer auch eine Quote für künftige Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) einführen können.

Am Sinn solcher Quotierungen zu Beginn des Studiums zweifelten mehrere Teilnehmer einer Podiumsdiskussion auf dem Internistentag. „Ich finde Quoten nicht gut, sie lösen Probleme erst in zwölf Jahren und lösen sie damit nicht schnell genug“, sagte Prof. Dr. med. Martina Kadmon, Gründungsdekanin der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg. „Die Universitäten haben den Auftrag, für alle Bereiche in der Medizin auszubilden.“ Aus ihrer Sicht passt auch eine Berufsquote nicht zur Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Für Dr. med. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen, dient die Ausbildung nicht zur Schlie-

ßung von Lücken in der Versorgung. Die Weiterbildungsordnung werde zunehmend zu einer „Stellenbeschaffungsordnung“. Auch mit Blick auf ihre eigene Berufsvorgangeneheit in der DDR forderte sie die Gesundheitspolitik in Land und Bund auf, mehr finanzielle Mittel für zusätzliche Studienplätze bereitzustellen. Die Gründung von privaten Universitäten für die Mediziner-ausbildung sei keine Lösung.

„Es gibt kaum Studierende, die von Anfang an wissen, in welche Fachrichtung sie gehen wollen. Die Präferenz ändert sich ja oft innerhalb eines Semesters mehrmals“, sagte Jakob Voran von der Fachschaft Medizin an der Uni Kiel zu Quotenlösungen. Und Dr. med. Cornelius Weiß, Sprecher der außerordentlichen Mitglieder im BDI, nannte es „nicht clever“, eine Landarztquote einzuführen. „Zwischen dem George-Clooney-artigen Überden-Klinikflur-Laufen und der Realität in der medizinischen Versorgung sind einige Wege zu gehen“, so Weiß. Vor allem die Auswahl der Studierenden müsse überdacht werden. „Wir dürfen die Studierenden, die dann ausgewählt sind, nicht überfordern. Das schafft auch keine Zufriedenheit“, so Kadmon. „Dabei ist die Abiturnote nicht der Garant für Studienerfolg, aber die Wahrscheinlichkeit ist hoch.“ Sie warb dafür, Studierende früh in die Praxen zu schicken, um hier Erfahrungen zu ermöglichen. „Die Erfahrungen dort helfen dann bei der freien Entscheidung für die Berufswahl.“

Der BDI thematisierte zudem die Finanzierung und Planung der Krankenhauslandschaft. Die Fehlanreize des DRG-Systems und unzureichende Investitionen der Länder hätten dazu geführt, dass wirtschaftlicher Druck den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte bestimme, so die Kritik. Nach der Bundestagswahl müssten deshalb in einem ersten Schritt die Arztkosten aus den Fallpauschalen ausgliedert werden, forderte Schulte. Die der im vergangenen Jahr erfolgten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG zugrunde liegende Logik treffe auch auf die in den Krankenhäusern täti-

gen Ärzte zu. Damit das Finanzierungssystem nicht dazu incentive, den Druck auf das ärztliche Personal abzuladen, müssten die Arztkosten analog zu den Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen ausgelöst werden. In einem nächsten Schritt sollten dann tiefgreifende Anpassungen der Krankenhausfinanzierung und -planung angegangen werden. Dabei gelte, so betonte Schulte, dass eine gelungene Planung nicht ohne Einbindung der Ärzteschaft erfolgen könne.

Reformbedarfe bei stationärer Versorgung angehen

Dr. med. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes (MB), betonte, bei einer großen Reform des stationären Bereiches müssten Finanzierungs- und Strukturfragen parallel einbezogen werden. Das derzeitige DRG-System zeige „Nebenwirkungen und Fehlanreize“ und müsse „vom Markt genommen“ werden. Ein künftiges Finanzierungsmodell solle im Sinne der Daseinsvorsorge insbesondere auf laufende Vorhaltekosten der Krankenhäuser mit abbilden. Zugleich müsse die „Frage der Gesamtversorgung“ geklärt werden – also eine genaue Analyse der Bedarfe, der Kapazitäten und Standorte erfolgen. Johna verwies auch darauf, dass die Ärzte in den Krankenhäusern etwa 65 Millionen Überstunden im Jahr leisten. Bereits jetzt gebe es demzufolge zu wenig Krankenhausärzte. Zusätzlich müssten Entwicklungen wie eine steigende Teilzeitquote, zumeist der Selbstentlastung dienend, beachtet werden und dies idealerweise prospektiv.

Roland Engehausen, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausesellschaft (BKG), sah in diesem Zusammenhang die Fachkraftfrage als den drohenden Hauptengpass der künftigen stationären Versorgung an. Politische Äußerungen, eine reformierte Krankenhausplanung vor die Finanzierungsfrage zu stellen, bezeichnete Engehausen als „vergiftete Botschaft“. Die Politik dürfe sich nicht „hinter der Planung verstecken“, sondern müsse für eine auskömmliche Finanzierung sorgen.

Rebecca Beerheide, André Haserück