

Junger BDI

Der beste Partner für deine Weiterbildung



An nur einem Wochenende fit werden für die Rotation
in die nächste Fachabteilung:

→ Rotationskickstarter ZNA

Livestream • 3.–4.3.2023

→ Rotationskickstarter Rheumatologie

Livestream • 24.–25.3.2023

→ Rotationskickstarter Kardiologie

Livestream • 28.–29.4.2023

→ Rotationskickstarter Hämatologie • Onkologie

Livestream • 21.–26.5.2023

Selbstbewusst umgehen mit den wichtigsten Krankheitsbildern
und Situationen der verschiedenen Fachabteilungen:

→ Klinik Survival Innere Medizin

Livestream • 12.–13.5.2023

Direkt anmelden



165	Editorial: Revolution mit vielen Fragezeichen
166	Gesundheit aus Ampelsicht: Strategie oder Dilettantismus?
168	Expertenkommission schlägt weitgehende Klinikreform vor
169	Klare Sicht für Lauterbach

Revolution mit vielen Fragezeichen



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

weniger ökonomischer Druck, bessere Medizin: Nichts Geringeres als eine Revolution im Krankenhaussektor hat Karl Lauterbach zum Jahresende angekündigt. Anfang Dezember hat er die dritte Stellungnahme der Regierungskommission zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung vorgestellt.

Wenn man sich anschaut, wie die stationäre Versorgung gerade vor unseren Augen kollabiert, wäre eine Revolution bitter nötig: Rettungswagen stauen sich vor den Notaufnahmen; Patienten liegen wegen knapper Betten reihenweise auf den Fluren; die Charité hatte wegen Personalmangels bis Ende letzten Jahres wieder alle elektiven Eingriffe abgesagt und viele Kolleginnen und Kollegen sind am Limit. Das System fährt vor die Wand.

Die Zeit kleiner Reförmchen und von Flickschusterei ist vorbei. Die nächste Reform muss sitzen, wenn wir die stationäre Versorgung zukunftsfähig machen wollen. Das haben der Gesundheitsminister und die Kommissionsmitglieder erkannt und einen Vorschlag vorgelegt, über den es sich zu diskutieren lohnt. Insbesondere, weil das Konzept nicht nur eine neue Vergütungsstruktur, sondern auch tiefgreifende Strukturveränderungen in der Krankenhausplanung vorsieht – eine Forderung, die auch der BDI gestellt hat.

Wer aber nach den öffentlichen Ankündigungen des Ministers darauf gehofft hatte, dass mit der Reform die Fallpauschalen

überwunden werden, wird enttäuscht. Stattdessen soll der Anteil der DRGs um einen einheitlichen Abschlag (40–60 %) an fallmen-genunabhängigen Vorhaltekosten abgesenkt werden. Darin enthalten ist weiterhin das Pflegebudget (ca. 20 %), das bereits aus-gegliedert wurde. Der Großteil der Arztkosten dürfte damit aber in der DRG enthalten bleiben. Die angestrebte Entkopplung der ärztlichen Tätigkeit von dem wirtschaftlichen Druck, der auf dem Personal lastet, steht so in Frage. Eine Revolution sieht anders aus.

Einen deutlich größeren Effekt werden vielmehr die geplanten Strukturvorgaben haben. Auch wenn die Kommission es nicht direkt ausspricht: Eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft ist unausweichlich und intendiert. Das Ziel: Weniger Masse, mehr Qualität. Und mehr Ambulantisierung. Dafür wurden eine einheitliche Klassifizierung von Versorgungsstufen und Leistungsgruppen inklusive verbindlicher Mindeststandards entwickelt, die bundesweit gelten sollen. Der Vorschlag bietet große Chancen. Fraglich ist nur, ob die Bundesländer sich diesen ungefragten Eingriff in ihre Planungshoheit gefallen lassen. Erst recht nicht, wenn es für die Umstrukturierung keine zusätzlichen Mittel geben soll.

Schuldig bleibt die Stellungnahme vor allem die Frage, wie der ambulante Sektor, der die reduzierten stationären Kapazitäten auf-fangen soll, sinnvoll in die Reform eingebunden wird. Auch wenn es dem Minister schwerfällt: Es ist höchste Zeit, um mit den nieder-gelassenen Kolleginnen und Kollegen, die in der Kommission nicht vertreten sind, in den Dialog zu treten. In dieser kritischen Lage ist kein Platz für Eitelkeiten. Jetzt ist schnelles, entschiedenes Han-deln gefragt, damit die Effekte der Reform nicht erst in fünf oder zehn Jahren spürbar sind. Ansonsten frisst die Revolution ihre Ärz-tinnen und Ärzte.

Ihre

Christine Neumann-Grutzeck
Präsidentin

Gesundheit aus Ampelsicht: Strategie oder Dilettantismus?

Mehr Fortschritt wagen. Von dem Versprechen des Koalitionsvertrages war in der Gesundheitspolitik ein Jahr lang nichts zu spüren. Statt mit Strukturreformen glänzte Lauterbach mit einem erratischen Politikstil und Corona-Lastigkeit. Jetzt zeichnen sich erste Vorschläge ab, deren Umsetzung vor dem Hintergrund leerer Kassen und externer Schocks umso schwerer wird.

Von Christine Neumann-Grutzeck, Präsidentin des BDI

Lange Zeit hat es den Anschein gemacht, als bestünde die deutsche Gesundheitspolitik nur noch aus der Bekämpfung der Corona-Pandemie, während alle „übrigen“ Themen zur Nebensache verkommen. Zweifelsohne verlangt die Pandemie ein hohes Maß an politischer und administrativer Aufmerksamkeit. Gleichzeitig haben besonders die letzten drei Jahre die Schwachstellen im Gesundheitssystem offengelegt und auf die bestehenden Probleme wie ein Brennglas gewirkt.

Im Angesicht des massiven Reformstaus, des Fachkräftemangels und der finanziellen Schieflage der Sozialkassen können wir es uns schlichtweg nicht mehr leisten, notwendige Strukturreformen noch länger aufzuschieben.

Nach einem Jahr des gefühlten Stillstandes scheint diese Einsicht jetzt auch im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angekommen zu sein: Glaubt man den Ankündigungen, soll 2023 das große Reformjahr werden: die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat erste Ideen vorgestellt und auch die Digitalisierungsstrategie des BMG befindet sich im Erarbeitungsprozess. Das wäre nicht nur eine Chance, um eine überzeugende Vision und nachhaltige Strategie für ein leistungsfähiges und attraktives Gesundheitswesen zu implementieren, sondern auch, um verloren gegangenes Vertrauen in die Gestaltungsfähigkeit der Politik zurückzugewinnen.

Eine Frage des Stils

Wie schnell der Zuspruch schwinden kann, bekommt Karl Lauterbach gerade zu spüren. Die großen Hoffnungen, die die Öffentlichkeit in ihn gesetzt und die er selbst mit zahlreichen Auftritten genährt hat, sind weitestgehend zerstoßen. Die Vorschusslorbeeren für den „Mann vom Fach“ insbesondere aus Teilen der Ärzte- und Wissenschaft sind ebenfalls aufgebraucht.

Wer sich von Lauterbach vermeintlich stringente Ansätze und eine besonnene Kommunikation im Kampf gegen COVID-19 erhofft hatte, wurde enttäuscht. Einige politische Entscheidungen und fachliche Begründungen haben – ganz im Gegenteil – wenig stringenter gewirkt.

Fast noch ernüchternder ist jedoch der Lauterbachsche Politikstil. Dass im Ministerium ein neuer Wind weht, wurde ziemlich

schnell deutlich. Der Gesprächsfaden zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und der Selbstverwaltung – sowohl mit der Ärzteschaft als auch den Krankenkassen – ist weitgehend abgerissen. Das spüren auch die Berufsverbände.

Im eigenen Haus scheint die Kommunikationskultur aber auch nicht besser zu sein, wenn man dem Personalrat Glauben schenken darf. Informationen zu geplanten Maßnahmen erhält man, wenn überhaupt, nur kurzfristig aus der Presse, den sozialen Medien oder Talkshows, anstatt über den bewährten Dienstweg. Umfangreiche Änderungsanträge zu Gesetzgebungsverfahren werden, wie schon unter Jens Spahn, gerne auch erst am Tag vor der Anhörung im Gesundheitsausschuss verschickt. Auf den Ausschluss von Interessenverbänden ist Lauterbach sogar öffentlich stolz, wie er bei der Vorstellung seiner rein wissenschaftlich besetzten Expertenkommission zur Krankenhausreform verkündete.

Kritik an seinem Führungs- und Kommunikationsstil perlt am Minister jedoch ab, sodass er in seinem Auftritt nicht sonderlich teamfähig und bisweilen arrogant wirkt. So kann man arbeiten. In der Regel leidet darunter aber nicht nur die Akzeptanz von Entscheidungen, sondern auch deren Qualität. Und natürlich steigt mit so einem Verhalten auch der Erfolgsdruck.

Viel Stückwerk, wenig Substanz

Die bisherigen Ergebnisse sprechen auf jeden Fall nicht dafür, dass in der Abgeschiedenheit des wissenschaftlichen Elfenbeinturms alles besser läuft. Laut dem Koalitionstracker der Plattform FragDenStaat, der unter anderem den Bearbeitungsstand von zwölf gesundheitspolitischen Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag nachverfolgt, sind bis Ende November 2022 erst zwei Ankündigungen umgesetzt und drei weitere begonnen worden. Auch wenn die Auflistung nicht vollständig ist, bestätigt sie doch den Eindruck, dass wichtige Reformvorhaben nur schleppend umgesetzt werden.

Auch inhaltlich überzeugen viele Gesetze und Verordnungen nicht und offenbaren fehlende Kenntnisse der Versorgungsrealität: Dass der staatliche Corona-Bonus trotz eindringlicher Bitten und Proteste der Beteiligten nur punktuell an ausgewähltes Pflegepersonal im Krankenhaus und in der Altenpflege ausgezahlt wurde, während die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in den Praxen leer ausgegangen sind, war nicht nur ungerecht, sondern missachtet auch die Gemeinschaftsleistung, die von den Beschäftigten in allen Sektoren erbracht wurde. Hier hat die Politik es versäumt, ein längst überfälliges, deutliches Zeichen der Wertschätzung zu setzen.

Ebenso praxisfern war die jüngste Änderung des Infektionsschutzgesetzes zur Triage-Regelung in Pandemien. Entgegen der Empfehlung aller ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften wurde die sogenannte Ex-Post-Triage verboten. Konkret bedeutet das: Wenn bei einer Patientin oder einem Patienten bereits eine intensivmedizinische Behandlung eingeleitet wurde, darf diese zukünftig nicht mehr zugunsten eines Patienten abgebrochen werden, der eine höhere Überlebenschance hat.

Lauterbach vs. Ärztinnen und Ärzte

Wenngleich wir aktuell weit davon entfernt sind, dass diese Regelung zum Tragen kommt, ist es aus ärztlicher Sicht nicht sinnvoll, dass allein das zeitliche Eintreffen in der Klinik höher gewichtet wird als die Überlebenschancen durch eine intensivmedizinische Therapie.

Dass Lauterbach als selbsterklärter Mann der Wissenschaft in dieser emotionalen Debatte die klaren Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften und Studienergebnisse komplett ignoriert hat, spricht nicht nur gegen die Glaubwürdigkeit des Ministers; diese selektive Wissenschaftlichkeit verunsichert auch die Ärztinnen und Ärzte sowie die Patienten.

Die Verunsicherung in der Ärzteschaft ist aufgrund der ständigen Kurswechsel ohnehin schon groß. Zudem wächst der Frust über die offensichtlich fehlende Wertschätzung und ausbleibende Strukturreformen. Das haben in diesem Jahr sowohl die Ärztestreiks an den Kliniken, wie im Oktober an der Charité in Berlin, als nicht zuletzt auch der bundesweite Protest der Niedergelassenen gegen das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gezeigt.

Das Gesetz ist eine erneute Herabwürdigung der Vertragsärztinnen und -ärzte und ein Schlag für die ohnehin chronisch unterfinanzierte ambulante Versorgung: Die erhöhten Zuschläge für schnelle Termine werden die Streichung der Neupatientenregelung, für deren Einführung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sich Karl Lauterbach seinerzeit stark gemacht hat, nicht adäquat kompensieren. Kritisch ist auch, dass die Terminservicestellen (TSS) als Steuerungselement massiv aufgewertet werden.

Damit wird der direkte Zugang neuer Patienten in die Haus- und Facharztpraxen unattraktiv gemacht. Für die Patientinnen und Patienten bedeutet die TSS-Vermittlung außerdem eine Einschränkung der freien Arztwahl und für die Praxen zusätzlichen bürokratischen Aufwand – als hätte man davon nicht schon genug.

Mit Blick auf das TSVG und den Koalitionsvertrag, in dem eine Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich angekündigt wurde, ist das Gesetz zudem ein ordnungspolitischer Rückschritt. Zu der Erkenntnis, dass die Budgetierung und die falsche Vergütungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung die zentralen Faktoren für lange Wartezeiten sind, war die Politik eigentlich schon einmal gelangt. Vor dem Hintergrund der steigenden Inflation und explodierenden Energiekosten droht das Gesetz nicht nur finanziell, sondern auch organisatorisch ein Rückschritt zu werden. Mal ganz davon abgesehen, dass die Bundesregierung mit dieser Flickschusterei auf dem Rücken der Ärzteschaft das strukturelle Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht löst, sondern nur ins nächste Jahr verschiebt.

Gesundheitspolitischer Dreiklang?

Bislang hat der Bundesgesundheitsminister mit seinen Maßnahmen nur das Nötigste repariert: sei es bei der Finanzierung der stationären Pädiatrie und Geburtshilfe, der intersektoralen Versorgung oder der GKV-Finanzierung. Für die nächsten Monate hat Lauterbach jedoch ein Dutzend Gesetze angekündigt, darunter auch substantielle Reformen wie die Abschaffung des DRG-Systems, die auf dem aktuellen Stückwerk aufsetzen könnten. Das mutet

Diese Neuerungen sollten Ärztinnen und Ärzte im Blick behalten

- **Zuschläge für schnellere Arzttermine:** Vertragsärzte und Vertragsärztinnen erhalten ab Januar 2023 mehr Geld, wenn sie Patienten, die über die Terminservicestellen (TSS) oder durch den Hausarzt vermittelt werden, schnell Behandlungstermine zur Verfügung stellen. Konkret heißt das für Haus- und Fachärzte:
 1. Bis zu 200 % kann der Zuschlag betragen für Patienten im Akutfall, wenn die Behandlung spätestens am Folgetag der Terminvermittlung durch die TSS beginnt.
 2. Ein 100-Prozent-Zuschlag ist vorgesehen, wenn die Behandlung spätestens am 4. Tag nach der Terminvermittlung beginnt.
 3. Um 80 % wird die Grund- bzw. Versichertenpauschale erhöht, wenn der Beginn der Behandlung am 14. Tag nach Terminvermittlung erfolgt.
 4. 40 % beträgt der Zuschlag bei einem Behandlungsbeginn spätestens am 35. Tag nach Terminvermittlung. Hausärzte oder Hausärztinnen bekommen ab 2023 für ihre Vermittlung an Fachärzte nicht mehr 10, sondern „mindestens“ 15 €. Leistungen, die nach Terminvermittlung erbracht werden, werden weiter extrabudgetär vergütet. Das gilt auch für Behandlungen in der offenen Sprechstunde.
- **Wegfall der Teilimpfpflicht:** Die Verpflichtung von Gesundheitseinrichtungen, nur gegen Corona geimpft Personal zu beschäftigen, entfällt.
- **Coronaimpfung in der Regelversorgung:** Ab April sollen die Impfungen gegen COVID im Rahmen der Regelversorgung stattfinden. Die aktuelle Corona-Impfverordnung soll bis Ende März 2023 erst einmal weiter gelten.
- **TI-Pauschale:** Vertragsärzte und -psychotherapeuten erhalten künftig eine monatliche TI-Pauschale zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, die für die Telematikinfrastruktur (TI) anfallen. Die konkrete Höhe der Pauschale und welche Komponenten und Dienste zur erforderlichen Ausstattung der Praxen gehören, sollen die KBV und der GKV-Spitzenverband für jeweils zwei Jahre festlegen – erstmals zum 30. April 2023. Können sich die Beteiligten nicht einigen, wird das Bundesgesundheitsministerium die Pauschale festlegen. Ausgezahlt werden soll die Pauschale erstmals am 1. Juli 2023. Für Praxen bedeutet die neue Finanzierungsregelung, dass sie bei Neuanschaffungen erst einmal in Vorleistung gehen müssen.
- **Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten:** Ab 2023 muss in jedem Bundesland mindestens ein Modellprojekt nach Paragraph 64 d SGB V starten. In diesen Tests soll die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen erprobt werden.
- Bisher sollten nur ambulante Pflegedienste an den Modellen beteiligt sein. Durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz werden jetzt auch Pflegeheime einbezogen.
- **MFA-Gehälter:** Die Tariflöhne für Medizinische Fachangestellte sowie die Ausbildungsvergütungen für Lehrlinge steigen mit dem neuen Jahr. Das bedeutet beispielsweise, dass das Gehalt in der Tarifgruppe I für MFA im ersten bis vierten Berufsjahr von 2151,05 auf 2206,98 € steigt. Die monatliche Ausbildungsvergütung erhöht sich im ersten Jahr auf 920 €, im zweiten Jahr auf 995 € und im dritten Jahr auf 1075 €. (juk, ger, fst)

nach einem klassischen gesundheitspolitischen Dreiklang an: Erst wird mit einem Vorschaltgesetz, zum Beispiel dem Finanzstabilisierungsgesetz, durch schmerzhaft Maßnahmen wie Beitragserhöhungen und Kostendämpfung der politische Gestaltungsspielraum geschaffen, um im zweiten Schritt tiefgreifende Strukturreformen

durchzuführen, bevor Detailanpassungen den Prozess abschließen. Ein ähnliches Szenario bahnt sich auch bei der DRG-Reform und der intersektoralen Versorgung an.

Aufgrund der leeren Kassen sind die GKV-Finzen sicherlich die zentrale Aufgabenstellung für 2023. In einem optimalen Szenario ist danach Raum für eine konsistente Reformpolitik. Im Negativszenario bleibt es bei einer Ad-hoc-Politik ohne nachhaltige Wirkung. Ein eindeutiger strategischer Überbau ist bei vielen Maßnahmen zwar noch nicht erkennbar. Mit Blick auf die Leistungskürzungen im vertragsärztlichen Bereich, die einseitige Ausweitung des ambulanten Leistungsspektrums in den Kliniken – Stichwort Tagesbehandlungen im Krankenhaus – und Lauterbachs Haltung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sollten zumindest die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aber vorge-warnt sein.

Die Ärzteschaft hat hinlänglich deutlich gemacht, wo die Defizite im System liegen und welche Strukturreformen dringend umgesetzt werden müssen, damit das Gesundheitswesen auch zukünftig ein attraktiver Arbeitsort bleibt. Eine Digitalisierungs-offensive und die Reform der Krankenhausfinanzierung wären, zumindest für das kommende Jahr, ein guter Start.

Der Beitrag ist ein Nachdruck aus „Ein Jahr Ampel – Rückblick und Ausblick aus Sicht der gesundheitspolitischen Akteure“, ix-Forum, 2022, ix-Media, Berlin.

» Wir haben die Ökonomie zu weit getrieben. Eine gute Grundversorgung für jeden muss garantiert sein und Spezialeingriffe müssen auf besonders gut ausgestattete Kliniken konzentriert werden

Prof. Karl Lauterbach,

Bundesgesundheitsminister, am 06.12.2022 in der Bundespressekonferenz zum Eckpunktepapier der Expertenkommission Krankenhausreform

Expertenkommission schlägt weitgehende Klinikreform vor

Geht es nach der Expertenkommission, werden Kliniken künftig in drei Versorgungslevel unterteilt. Widerstand ruft aber vor allem die angedachte Harmonisierung der stationären und ambulanten Bedarfsplanung hervor.

Revolutionär des deutschen Gesundheitswesens oder professoraler Traumtänzer, der die Rechnung ohne die Länder gemacht hat? Die kommenden Monate werden zeigen, ob Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das eine oder das andere ist. Aus Sicht des Ministers ist die Sache natürlich schon ausgemacht: Die dritte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und

bedarfsgerechte Krankenhausversorgung wird zu einer „Revolution“ des deutschen Gesundheitswesens führen.

In der Tat schwebt der Regierungskommission eine weitreichende Reform vor, die weit über das hinausgeht, was der Titel der Stellungnahme „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vermuten lässt. Über das Vergütungssystem der Krankenhausversorgung hinaus tangieren die Vorschläge auch die Krankenhausplanung sowie den ambulanten Versorgungsbereich – Minister Lauterbach ist also Gegenwind gewiss.

Im Kern hat der Vorschlag der Kommission drei Bestandteile: Erstens wird eine einheitliche Gruppierung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungslevels empfohlen. Zweitens sollen Leistungsgruppen gebildet werden (z. B. Gastroenterologie statt Innere Medizin), um die Planungsschärfe zu erhöhen und drittens sollen die DRG-Pauschalen durch eine fallmengenunabhängige Vergütungskomponente ergänzt werden.

Der erste Reformbestandteil hat u. a. das Ziel, bundeseinheitlich eindeutige Mindestvoraussetzungen und Strukturvorgaben für die Krankenhäuser des jeweiligen Versorgungslevels zu definieren. Da die Bundesländer bisher verschiedene Klassifikationssysteme benutzen, sind zentralen Vorgaben bislang „definitorische“ Grenzen gesetzt.

Wer übernimmt die Notfallversorgung?

Der Kommission schweben drei Versorgungslevel vor (I: Grundversorgung, II: Regel- und Schwerpunktversorgung, III: Maximalversorgung), wobei Level I und III nochmals untergliedert werden sollen. Interessant ist hier vor allem, dass es grundversorgende Kliniken mit und solche ohne Notfallversorgung geben soll.

Die grundversorgenden Kliniken, die nicht mehr an der Notfallversorgung teilnehmen, sollen zukünftig eine Schlüsselrolle in der ambulant/stationären Grundversorgung sowie der lokalen akut pflegerischen Versorgung einnehmen. Bemerkenswerterweise sollen sie ein anderes Vergütungssystem erhalten als die „übrigen“ Krankenhäuser und sich überwiegend aus Tagespauschalen finanzieren. Damit sich diese neuen Krankenhäuser ins ambulante Versorgungsspektrum einfügen, schwebt der Expertenkommission eine Harmonisierung der stationären und ambulanten Bedarfsplanung vor. Wie könnte es anders sein: Natürlich durch eine Stärkung der staatlichen Planungskompetenzen. Wie nicht anders zu erwarten, haben die Akteure der Selbstverwaltung gegen diesen Vorschlag schon rebelliert.

Das zweite Kernelement der Expertenkommission, die Einführung von Leistungsbereichen, soll die Krankenhausplanung verfeinern und somit ein besser aufeinander abgestimmtes stationäres Leistungsangebot nach sich ziehen. Führt man sich vor Augen, dass die Qualitätsvorgaben zentral definiert werden sollen und die geplante Vorhaltekostenvergütung eine Konzentration von Leistungsgruppen an wenigen Krankenhäusern begünstigen soll, so kann man sich leicht vorstellen, dass die Länder diesen Weg nicht ohne Klagen mitgehen werden. Nicht überraschend hat sich Karl-Josef Laumann, Landesgesundheitsminister in NRW und Vorreiter in puncto aktive Krankenhausplanung in Deutschland, schon kritisch zu Wort gemeldet und einer zentralen Steuerung aus Berlin eine Absage erteilt (siehe auch Seite 3). Ähnliches war vom bayri-

schen Gesundheitsminister Klaus Holetschek zu hören, der darüber hinaus kritisierte, dass die Expertenkommission das gesamte Erlösolumen der Krankenhäuser im Jahr der Umstellung unverändert lassen möchte.

Ausgelastete Kliniken gewinnen nichts

Die geplante Vorhaltekostenfinanzierung – sie soll je nach Leistungsbereich 40 bis 60 % betragen – soll nämlich aus den jetzigen DRG kostenneutral, „herausgeschnitten“ werden. Eine zum jetzigen Zeitpunkt ausgelastete internistische Klinik würde nach der Logik in Zukunft also keinen Euro mehr bekommen als jetzt. Vorteile bietet die Vorhaltekostenfinanzierung vor allem für solche Leistungsbereiche, die starken Nachfrageschwankungen unterliegen und zumindest zeitweise nicht ausgelastet sind.

Wie geht es nun weiter? Anfang Januar startet das Ministerium den inhaltlichen Austausch mit den Ländern. Eine sicherlich herausfordernde Aufgabe für Lauterbach und die Ampel-Koalitionäre. Die Aufgabe wird nicht einfacher dadurch, dass die Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition selbst erst 24 Stunden vor Veröffentlichung der Stellungnahme von den Inhalten erfuhren. Es bestand also kaum Zeit, sich innerhalb der Koalition mit den Vorschlägen zu beschäftigen. Deswegen überrascht z. B. nicht, dass Prof. Andrew Ullmann, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion, wissen ließ, dass die Empfehlung zwar eine „gute Richtmarke“ sei, aber der Fokus nicht nur auf den Kliniken liegen dürfe sondern auch die Niedergelassenen Berücksichtigung finden müssten.



PD Dr. med. Kevin Schulte
Vizepräsident | BDI

Klare Sicht für Lauterbach

2023 wird ein anspruchsvolles Gesundheitsjahr. Zu lange lagen wichtige Reformbaustellen brach. Das hat offenbar auch Lauterbach erkannt. Noch zum Jahresende hat er dem Gesundheitswesen ein Omnibusgesetz verpasst. 2023 will er – glaubt man seinem Arbeitsplan – dann richtig Tempo machen.

Nach einem recht holprigen Start in sein erstes Amtsjahr, erhöht Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach (SPD) nun spürbar die Schlagzahl. Stand anfangs noch die Corona-Pandemie in seinem Fokus, war er im Herbst 2022 gefordert, die Schiefelage bei den Kassenfinanzen in den Griff zu bekommen. Zum Jahresendspurt entdeckte er dann auch seine Liebe zu sogenannten Omnibusgesetzen, welche insbesondere in der Ära von Ex-Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) Hochkonjunktur hatten. Im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz versenkte Lauterbach mal eben schnell zwei wegweisende Konzeptideen für den stationären Versorgungsbereich und eine sektorengleiche Vergütung.

Taktung erinnert an Jens Spahn

Seit Ende November liegt nun der Arbeitsplan für 2023 vor. Der wird er so umgesetzt, eine ähnliche Taktung von Gesetzesinitiativen erwarten lässt, wie einst unter Jens Spahn. Für das Jahr 2023 sieht der Plan insgesamt über 30 Vorhaben vor: ein bunter Strauß von der Pflege über Bürokratieentlastung, Cannabis-Abgabe, Digitalisierung, GKV-Finanzen, Krankenhaus, Öffentlicher Gesundheitsdienst bis hin zur Pflegeversicherung und der allgemeinen Krankenversorgung.

Auch wenn viele zu Legislaturbeginn Lauterbach Dilettantismus im Gesetzgebungsverfahren unterstellten, wird nun mehr und mehr eine dahinterliegende Strategie sichtbar. Diese Strategie sieht eine Primär-Versorgungsebene bei gleichzeitiger Fokussierung der stationären Versorgung vor. Ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte stören dabei eher, als dass Lauterbach in ihnen einen Vorteil sieht.

Es ist zu befürchten, dass die Form der ambulanten fachärztlichen Behandlung mehr und mehr an die Krankenhäuser gedrängt wird. Ob die Ärzte dort noch wirtschaftlich selbstständig tätig sind, oder letztendlich in die Struktur der Kliniken eingebunden werden, spielt schon fast keine Rolle mehr.

Mit Blick auf die zu erwartenden Themen 2023 finden sich einige Projekte, die diesen Schluss zulassen. So wird im Frühjahr 2023 mit der Vorlage eines Referentenentwurfes zur Approbationsordnung zu rechnen sein, im Rahmen derer die Allgemeinmedizin in allen Phasen des Studiums mehr Beachtung finden soll.

Ohne die Innere geht es nicht

Ganz grundsätzlich handelt es sich bei der Allgemeinmedizin um eine wichtige Fachgruppe zur Aufrechterhaltung der hausärztlichen Versorgung. Gleichzeitig ist es völlig unverständlich, dass der Politik nach wie vor nicht klarzumachen ist, dass die Allgemeinmedizin aufgrund womöglich mangelnder Attraktivität des Faches, aber auch mit Blick auf die nüchternen Zahlen, nicht mehr in der Lage ist, die hausärztliche Versorgung alleine abzubilden. Daran ändern auch zahlreiche Förderprogramme nichts. Die hausärztliche Versorgung ist jetzt und in Zukunft nur durch die Einbeziehung der Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte sicherzustellen, wie es bereits in Paragraph 73 Abs. 1a SGB V nominiert ist. Insofern müssen alle Anstrengungen zur Steigerung der Attraktivität in der hausärztlichen Versorgung auf diese drei Fachgruppen ausgerichtet werden und dürfen nicht zugunsten der Allgemeinmedizin und gleichzeitig zulasten der anderen Fachgruppen ausgestaltet sein. Im Hinblick auf die Approbationsordnung liegt dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) bereits ein weitgehend konzentrierter Entwurf vor, in dem diesem Grundprinzip Rechnung getragen wird.

Heilkundeübertragung per Gesetz

Im Rahmen eines Gesetzes zur Pflegeausbildung soll die Heilkundeübertragung an Pflegekräfte etabliert werden. Auch hier ist der Referentenentwurf im ersten Halbjahr 2023 zu erwarten, wobei das BMG das komplette Gesetzesverfahren vor der Sommerpause abgeschlossen haben will. An dieser Stelle bitte nicht falsch verste-

hen. Es geht nicht darum, tradierte Sichtweisen im Hinblick auf die Ausübung der ärztlichen Heilkunde zu stützen. Es gibt mit Sicherheit Leistungen und Prozeduren, die nicht zwingend von Ärztinnen und Ärzten ausgeübt und erbracht werden müssen. Insofern bleibt es spannend, abzuwarten, ob Lauterbach ärztlichen Sachverstand im Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt, oder ob er von sich derart überzeugt ist, dass er eine solche Differenzierung als Mediziner selbst trifft. Lauterbach ist Mediziner, aber kein Arzt. Insofern wäre er gut beraten auf die Kompetenz der ärztlichen Verbände zurückzugreifen.

Klinikreform in den Startlöchern

Neben den zwei skizzierten Themenkomplexen, die sicherlich medial einen nicht zu großen Raum einnehmen werden, steht eine andere Reform schon in den Startlöchern, die der Krankenhäuser. Und hier ist bereits jetzt das mediale Echo laut: Vorhaltepauschalen, Struktur- und Qualitätsvorgaben sollen das Primat der Ökonomie in den Krankenhäusern zurückdrängen, so lautet die Kernbotschaft der Empfehlungen, die die 17-köpfige Regierungskommission unter der Leitung von Professor Tom Bschor für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung Anfang Dezember vorgelegt hat. „Es brennt lichterloh“, ordnete Bschor, langjähriger Chefarzt einer Berliner Klinik, die Dringlichkeit der Reform ein. Bereits am 5. Januar treffen Vertreter der Länder und der Gesundheitsminister aufeinander, um das Reformkonzept zu beraten.

Aber auch für den ambulanten Bereich steht noch eine größere Reform an: Unter dem Titel Versorgungsgesetz I und II werden Regelungen zu den Gesundheitskiosken, G-BA-Reform (Beteiligung Pflege und Patienten), kommunale MVZ, Primärversorgungszentren/Regionalversorgungszentren sowie der direkte Zugang für Heilmittelerbringer erwartet.

Ebenfalls zu rechnen ist im kommenden Jahr mit einem weiteren Spargesetz unter dem Titel Finanzstrukturreform.



Tilo Radau
Geschäftsführer | BDI

Impressum

Redaktion

PD Dr. med. Kevin Schulte, Wiesbaden (v. i. S. d. P.)

Korrespondenzadresse

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V.

Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

Tel.: 0611 18133-0 | Fax: 0611 18133-50

info@bdi.de | www.bdi.de

Veranstaltung BDI-Rechtskompass

Kostenfrei, 60 Minuten, interaktiv.

Online
Livestream

Infos zu den jeweiligen Themen und Terminen:

www.bdi.de/rechtskompass

Junger BDI

Refreshher zur Facharztprüfung 2023

Innere Medizin

Leipzig • Essen



→ **Leipzig • 6.–10.3.2023**

Leitung: Prof. Dr. med. Ulrich Laufs, Leipzig • Prof. Dr. med. Florian Lordick, Leipzig
Zertifizierung: vorauss. 59 CME-Punkte

Direkt anmelden



→ **Essen • 4.–9.9.2023**

Leitung: Prof. Dr. med. Guido Gerken, Velbert • Prof. Dr. med. Hartmut Schmidt, Essen
Zertifizierung: vorauss. 60 CME-Punkte

