

Ambulante Versorgung

Positionspapier zur Patientensteuerung beschlossen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat bei ihrer jüngsten Sitzung Ende Mai in Leipzig ein Positionspapier zur Patientensteuerung in der ambulanten Notfall-, Akut- und Regelversorgung beschlossen (www.kbv.de). Ziel sei, dass Ressourcen sinnvoll eingesetzt, unnötige Arztbesuche und Doppeluntersuchungen vermieden und Patienten dort behandelt würden, wo es ihren Beschwerden nach angemessen sei, heißt es in dem Papier. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten soll demnach durch Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen erfolgen. Ausnahmen soll es für schwer chronisch Kranke geben, die auch ohne Überweisung ihren behandelnden Facharzt konsultieren dürfen. Weiterhin möglich bleibt auch der direkte Zugang zu ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Die Behandlung von Patienten, die keinen Hausarzt haben, soll über die Rufnummer und digitale Plattform der 116 117 koordiniert werden. Wer auch weiterhin ohne Überwei-



Foto: FatCamera / iStockphoto.com

Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte sollen künftig erste Ansprechpartner für die Patienten sein und deren Weiterbehandlung koordinieren.

sung einen Facharzt aufsuchen will, soll dafür nach dem Willen der KBV eine Eigenbeteiligung leisten. Mit- und weiterbehandelnden Fachärzten sollen ihre Leistungen außerhalb des Budgets vergütet werden. Die KBV fordert zudem eine angemessene Vorhaltefinanzierung für die ambulante Akut- und Notdienstversorgung. HK

Krankenhaustag

Kostendämpfung ja, aber wie?

Der 8. Deutsche Krankenhaustag rückte die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt der Diskussionen. Die Veranstaltung fand Mitte Juni 1975 in Düsseldorf statt. Das *Rheinische Ärzteblatt (RÄ)* stellte einen Leitartikel dazu auf die ersten Seiten

RÄ VOR 50 JAHREN

seiner ersten Juli-Ausgabe. Die meisten Redebeiträge hätten sich darauf beschränkt, die Behauptung abzuwehren, dass die Kliniken die Hauptschuldigen für die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen seien, hieß es dort. „Einer der Offiziellen sprach es deutlich aus: In dem beliebten Spiel ‚Die Suche nach dem Schuldigen‘ wollen auch die Krankenhäuser diese Rolle nicht freiwillig übernehmen“, berichtete das *RÄ*. Damals verschlangen die Kliniken ein Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, was mit Abstand der größte Einzelposten war. Der damalige Sozialminister von Rheinland-Pfalz und spä-

tere Bundesgesundheitsminister, Dr. Heinrich (Heiner) Geißler, gab auf dem Krankenhaustag zu bedenken, dass die Leistungen für die gesundheitliche Sicherung in der Zukunft gefährdet seien, wenn die Kostensteigerung nicht gebremst werde.

Konkrete Vorschläge zur Kostensenkung machte der Direktor des Deutschen Krankenhausinstituts, Privatdozent Dr. rer. pol. Siegfried Eichhorn. Dazu zählte er den „Abbau von Maximierungstendenzen bei diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen“ sowie die Verkürzung der Liegedauer der Patientinnen und Patienten. Auch die engere Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulatem Sektor könne die Kosten dämpfen. Eichhorn habe so viele Anregungen gegeben, um die Verzahnung zu verbessern, „daß es möglich sein müßte, die institutionalisierte Krankenhausambulanz und damit schwerwiegende Fehlentwicklungen zu vermeiden“, folgte das *RÄ*. bre

Neues Landesamt

Gesundheit und Arbeitsschutz

Zum 1. Juli 2025 wird das Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen als neue Landesoberbehörde die Rechtsnachfolge und Aufgaben des Landesentrums Gesundheit und des Landesinstituts für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung übernehmen. Das entsprechende Gesetz verabschiedete der NRW-Landtag am 4. Juni. Durch die Schaffung der neuen Behörde mit Sitz in Bochum soll die öffentliche Verwaltung in den Bereichen Gesundheit und Arbeitsschutz effizienter werden. Die bisher bei den Bezirksregierungen liegende Aufsicht über die unteren Gesundheitsbehörden wird auf das neue Landesamt übertragen. So soll bei überregionalen Krisen wie etwa einer Pandemie schneller und landesweit abgestimmt reagiert werden können. tg

Tabakentwöhnung

Verordnungsfähige Arzneimittel

Ärztinnen und Ärzte können künftig apothekenpflichtige Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Nicotin und Vareniclin im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnen. Dies entschied der G-BA auf Grundlage einer positiven Nutzenbewertung. Zum Nachweis einer schweren Tabakabhängigkeit muss bei Patientinnen und Patienten mindestens die Diagnose F197.2 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom“ vorliegen und das Ergebnis des Fagerström-Selbsttests berücksichtigt werden. tg