

# Starke Stimme für die Freiberuflichkeit

*Die aktuelle Berufs- und Gesundheitspolitik sowie die ärztlichen Aufgaben in der Psychotherapie waren die Themen der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 23. März in Düsseldorf.*

**von Sabine Schindler-Marlow und Horst Schumacher**



Foto: Jochen Rolfes

**D**ie voraussichtlich 210 Millionen Euro jährlich, die in den Jahren 2019 bis 2022 voraussichtlich aus dem Krankenhaus-Strukturfonds zur Verfügung stehen werden, will die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen ausschließlich für Schließungs- und Konzentrationsvorhaben verwenden. Das kritisierte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, in seiner Rede zur berufs- und gesundheitspolitischen Lage bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 23. März in Düsseldorf. Nach Meinung des Kammerpräsidenten ist die geplante Verwendung der Fördermittel „kein gutes Signal an die Kliniken“.

Zukünftige Herausforderungen, die nach Henkes Worten „automatisch und unausweichlich“ auf die Kliniken zukommen, würden aus der Förderung komplett ausgeklammert – etwa eine verbesserte IT-Sicherheit, die Bildung telemedizinischer Netzwerke, zusätzliche Ausbildungskapazitäten für die Pflegeberufe, eine verbesserte Versorgung von Menschen mit seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen oder eine integrierte Notfallversorgung. All dies kann nach dem Willen des Bundesgesetzgebers gefördert werden mit Geldern aus dem Strukturfonds.

Henke verlangte, die derzeit vorgesehene Verwendung der Mittel zu korrigieren. Die Kammerversammlung forderte das Land NRW dazu auf, „den ärztlichen Sachverstand bei der Ausgestaltung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung zu berücksichtigen und dazu die Ärztekammern in die Planung und Ausgestaltung der Investitionsschwerpunkte einzubinden (siehe auch den Wortlaut der Entschließung Seite 18).

## Ethik versus Ökonomie

Der Präsident dankte der Kammerversammlung für ihre „vielfältigen Mahnungen“ vor einer zunehmenden Kommerzialisierung, die sie in der zu Ende gehenden Wahlperiode 2009/2014 artikuliert hat. Der Wert der Ethik sei gegenüber der Ökonomie unter Druck geraten. „Freiberuflichkeit und die Wahlrechte unserer Patientinnen und Patienten“ würden in Frage gestellt, sagte Henke. Werte wie Vertrauen und Verantwortlichkeit seien in Gefahr „den scheinbar übermächtigen ökonomischen Eigengesetzlichkeiten und der Schnellebigkeit“ zum Opfer zu fallen. Mit Blick auf die im Zeitraum vom 24. Mai bis zum 28. Juni anstehenden Kammerwahlen sagte der Präsident: „Wir möchten die nachrückende Generation für mehr Kammerengagement gewinnen.“ Eine hohe Wahlbeteiligung ist nach seinen Worten „die Basis, auf der wir unsere Stimme als Selbstverwaltung in der Gesellschaft erheben. Selbstverwaltung lebt vom Engagement und der Solidarität aller Ärztinnen und Ärzte.“ Doch Selbstverwaltung – und mit ihr verbunden die ärztliche Freiberuflichkeit – gerate wie selten zuvor von unterschiedlichen Seiten unter Druck. Henke gab vor der Kammerversammlung

bekannt, dass er auch in der kommenden Wahlperiode für das Amt des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein zur Verfügung steht.

Äußerungen, nach denen die ärztliche Selbstverwaltung nur um sich selbst kreise, wies Henke zurück: „Wenn diese Kritik berechtigt wäre, dann hätten wir sicher nicht das Gesundheitswesen, um das wir weltweit beneidet werden.“ Zu der Verantwortung, die Ärztinnen und Ärzte tagtäglich in der Patientenversorgung übernehmen, gehöre auch die Freiheit. „Und diese Freiheit reklamieren wir für uns, weil sie die Grundbedingung unserer ärztlichen Verantwortung ist“, sagte Henke, „sie schützt den Patienten vor medizinfremden, rein ökonomisch orientierten Vorgaben Dritter. Sie garantiert Qualität und eröffnet Patient und Arzt den geschützten Raum, gemeinsam bestmögliche Therapieentscheidungen treffen zu können.“ Das ärztliche Handeln orientiere sich zuvorderst „an den ethischen Selbstverpflichtungen, wie sie in unserer Berufsordnung niedergelegt sind“, an der medizinischen Wissenschaft und den Geboten der Menschlichkeit. „Das hat sich bewährt, aufgrund unserer Sach- und Fachkenntnisse können wir in unseren beruflichen Angelegenheiten in sehr, sehr vielen Punkten die Dinge am besten selber regeln“, sagte der Kammerpräsident.

In seinen Augen ist es „eine Daueraufgabe, die ärztliche Freiberuflichkeit und die Selbstverwaltung gegenüber dem Gesetzgeber, den Krankenkassen und einer grobschlächtigen Ökonomie zu verteidigen“. Bei aller grundsätzlichen Europafreundlichkeit sei nicht zu übersehen, dass in Sachen Freiberuflichkeit auch Einmischungen aus der europäischen Ebene an der Tagesordnung sind. „Ich werde oft das Gefühl nicht los, dass es vielen gar nicht um das Patientenwohl geht, sondern letzten Endes darum, Kontrolle im System zu übernehmen“, sagte Henke, „wir brauchen die Freiberuflichkeit als Prinzip ärztlicher Verantwortung, wir brauchen eine Selbstverwaltung, die genügend Spielräume besitzt, wir brauchen die Chance, tatsächlich gestalten zu können, und nicht nur nach gesetzlichen Vorgaben zu verwalten.“

## TSVG mit zwei Gesichtern

Das *Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)*, vom Deutschen Bundestag am 14. März und vom Bundesrat am 12. April verabschiedet, hat nach Auffassung des rheinischen Kammerpräsidenten zwei Gesichter. Kritisch beurteilt er neue gesetzliche Vorgaben, die Eingriffe in die ärztliche Selbstbestimmung bedeuten. Vertragsärztinnen und -ärzte mit vollem Sitz müssen nach dem *TSVG* voraussichtlich ab Anfang Mai mindestens 25 statt bisher 20 Stunden pro Woche für gesetzlich Versicherte anbieten, Zeiten für Hausbesuche werden darauf angerechnet. „Fachärzte der Grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung“ verpflichtet der Gesetzgeber ab August zu mindestens fünf offenen Sprechstunden. Welche Fachgruppen

davon betroffen sind, sollen Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband bis Ende Juli festlegen.

Die Eingriffe zu Mindestsprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden wirkten wie eine Misstrauenserklärung gegen Selbstbestimmung und Freiberuflichkeit, sagte der Präsident vor der Kammerversammlung. Auf der anderen Seite stehe eine „in dieser Art bisher unerreichte Anerkennung des Gesetzgebers für den Grundsatz, dass auf Dauer nur solche Arbeit verlangt werden darf, die auch vergütet wird. Insofern sind die für uns unakzeptablen Vorschriften zur



*„Freiheit ist die Grundbedingung für ärztliche Verantwortung. Sie schützt den Patienten vor medizinfremden, rein ökonomisch orientierten Vorgaben Dritter“*

Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Foto: Jochen Rolffes

Praxisorganisation zum Anlass des Gesetzgebers für den Einstieg in einen möglichen Ausstieg aus der Budgetierung geworden.“

So sieht das *TSVG* die extrabudgetäre Vergütung aller (Akut-)Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal für Patienten vor, die von der Terminservice-stelle vermittelt werden. Zusätzlich fallen – nach Wartezeit auf die Behandlung – gestaffelte Zuschläge von 20 bis 50 Prozent an. Der Hausarzt erhält ab 1. August einen Zuschlag von 10 Euro außerhalb des Budgets für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins. Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt werden künftig ebenfalls extrabudgetär bezahlt. Darüber hinaus können alle Leistungen, die in bis zu fünf offenen Sprechstunden erbracht werden, im Behandlungsfall und im Quartal extrabudgetär vergütet werden, ebenso Leistungen für neue Patienten. Für Ärztinnen und Ärzte auf dem Land soll es obligatorische regionale Zuschläge geben. Trotz dieser Pluspunkte missbilligte die Kammerversammlung das *TSVG* in einer Entschließung (*im Wortlaut siehe auch Seite 19*).

## Ärztliche Schweigepflicht wahren

Die schnelleren Ersttermine ändern nach Auffassung von Kammerpräsident Henke nichts am Grundproblem des Ärztemangels und der zunehmenden Arbeitsverdichtung. „Vielleicht kommen wir damit sogar der Patientengruppe entgegen, die in der Regel

mit einfacheren Erkrankungen in unsere Praxen kommt“, warnte er, „wir werden sehr darauf achten müssen, dass die Versorgung chronisch Kranker nicht leidet.“ Unzufrieden zeigte sich Henke mit den Regelungen des TSVG zu Medizinischen Versorgungszentren. Die Ärztekammer Nordrhein hatte entschieden vor den Gefahren für eine flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung gewarnt, die von einer Ausbreitung von Medizinischen Versorgungszentren in der Hand von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren ausgeht. Der Gesetzgeber habe sich trotz aller Argumente nicht durchringen können, diese Entwicklung



*„Mit dem Konnektor erhalten wir eine Technik, die wir zur Patientenversorgung gar nicht mehr brauchen.“  
Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein*

**Bernd Zimmer**, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein  
Foto: Jochen Rolfes

zu stoppen, bedauerte der Präsident. Lediglich bei den Zahnärzten sieht das TSVG erhebliche Beschränkungen für die Neugründung von MVZ durch Krankenhäuser vor.

Kritisch sieht der Präsident auch, dass das Bundesgesundheitsministerium nach dem TSVG künftig die Entscheidungsgewalt in der Gesellschaft für Telematik (Gematik) haben soll. Damit werde die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen geschwächt, die bisher die Gematik gesteuert hat. „Gerade die Einführung digitaler Prozesse braucht eine auf Vertrauen basierende Strategie, da es hier am Ende immer um Patientendaten und Patientenwohl geht“, sagte Henke, „wenn sich am Ende der vielerorts geäußerte Verdacht bestätigen würde, dass es vor allem darum geht, Interessen der Digitalindustrie zu bedienen, dann würde damit die Akzeptanz mutwillig gefährdet.“ Werde die geplante elektronische Patientenakte mit einem Datenpool verbunden, „der Begehrlichkeiten aus wirtschaftlicher Sicht weckt“, so sei das aus ärztlicher Sicht nicht akzeptabel, so der Kammerpräsident. „Die Wahrung des Patientengeheimnisses bleibt auch im Zuge der Digitalisierung eine *conditio sine qua non*“, sagte Henke, „die ärztliche Schweigepflicht ist nicht ein Privileg der Ärzte, sondern ein Recht der Patienten.“ Die Kammerversammlung forderte in einer Entschließung, die unbedingte Vertraulichkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses auch im Zuge der Digitalisierung zu wahren (*im Wortlaut siehe auch Seite 19*).

## Gegen Kartellbildung bei MVZ

„Die Ökonomisierung ist im Gang“, sagte Martin Grauduszus (Erkrath) in der Diskussion zur berufs- und gesundheitspolitischen Rede des Präsidenten. Der Arztberuf werde „deprofessionalisiert“ und „demontiert“. „Das nimmt eine Entwicklung, die ich als sehr beunruhigend ansehe“, so Grauduszus. Der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer (Wuppertal), kritisierte den „massiven Druck“ auf die Vertragsärztinnen und -ärzte mittels angebotener Honorarkürzungen für den Fall, dass sie ihre Praxen nicht über den so genannten Konnektor an die Telematik-Infrastruktur anschließen. Der Konnektor soll zunächst den Abgleich der Patienten-Stammdaten mit den Krankenkassen ermöglichen. Angriffsmöglichkeiten seien bisher explizit nicht erkannt worden, so Zimmer. „Wahr ist aber, diesen Konnektor können Sie mit einer Softwareaufschaltung auch dazu benutzen, die Kontrolle über die Praxis zu übernehmen“, sagte er weiter. Dabei handele es sich um eine Technik, „die wir für die Patientenversorgung gar nicht mehr brauchen.“

Dr. Oliver Funken (Rheinbach) fürchtet im Zuge der Digitalisierung eine „komplette Transparenz des Leistungsgeschehens bis in den letzten Handgriff“. Funken: „Das würde bedeuten, dass wir für das, wofür wir eigentlich stehen, unsere Profession und unsere ethische Selbstverpflichtung, über Bord werfen müssten und Büttel einer Gewinnmaximierungsstrategie der Ökonomie würden.“ Auch Wieland Dietrich (Essen) glaubt, dass die Politik über die Telematik-Infrastruktur weitere strukturelle Eingriffe in die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte organisieren will. „Das Ziel ist, Online-Termine von außen in das freie selbständige Unternehmen Arztpraxis hineinzugeben – und Zeit, Tätigkeiten und die Patientenbehandlung zu dokumentieren und zu regulieren und uns letztlich die Autonomie zu nehmen. Als „Kartellbildung“ bezeichnete Dr. Daniel Krause (Köln) die Konzentrationsprozesse bei den Medizinischen Versorgungszentren. Nach seinen Worten gehören zum Beispiel in Düsseldorf der Großteil der nephrologischen Sitze im ambulanten Bereich und auch bereits nephrologische Abteilungen über MVZ-Konstruktionen dem gleichen amerikanischen Dialysekonzern. Ähnliches sei in anderen Fachrichtungen zu beobachten. Die „fertigen Kartelle“ bedeuten für die Patienten, dass sie kaum mehr eine freie Arztwahl haben, während für Ärztinnen und Ärzte die Wahl des Arbeitgebers stark eingeschränkt ist, so Krause. „Ärztinnen und Ärzte können es nicht verstehen, dass unsere Systeme im Krankenhaus und im vertragsärztlichen Bereich bis an die Grenze von dem und über das hinaus kaputtgespart werden, was wir zur Patientenbehandlung brauchen, während man zulässt, dass marodierendes Kapital sich das Gesundheitswesen als Zielobjekt sucht, um Geld abzuziehen“, sagte Dr. Jürgen Zastrow (Köln).

## Psychotherapie ist integraler Bestandteil der Medizin

In einem eigenen Tagesordnungspunkt hat sich die Kammerversammlung ausführlich mit dem geplanten *Psychotherapeutenbildungsreformgesetz* und der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung befasst. Nach ausgiebiger Diskussion stand für die Delegierten der Kammerversammlung fest, dass mit der beabsichtigten Neugestaltung der Aus- und Weiterbildung der bisherigen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Versorgungsprobleme gelöst, sondern im Gegenteil durch Doppelstrukturen neue Probleme hinzukommen. Dieser Einschätzung schlossen sich auch die beiden geladenen Referenten Prof. Dr. Arno Deister, Past President der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), und Dr. Christian Messer, Präsident des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) an.

„In Deutschland erfüllt etwa jeder vierte Erwachsene im Zeitraum eines Jahres die Kriterien einer psychischen Erkrankung. Das entspricht nach unserer Berechnung ungefähr der Einwohnerzahl des Landes Nordrhein-Westfalen“, berichtete Dr. Arno Deister, Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe, auf der Kammerversammlung. Die häufigsten psychischen Erkrankungen seien Angststörungen und Depressionen, gefolgt von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie somatoforme Störungen. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung seien psychische Erkrankungen der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten.

### Lange Wartezeiten – wenig Koordination

Deister verwies darauf, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung haben. Diesen Zustand müsse man ändern, vor allem weil bekannt sei, dass nur jeder fünfte Betroffene in therapeutischer Behandlung sei. „Psychische Erkrankungen stehen häufig in einem engen Zusammenhang und regelmäßig in enger Wechselwirkung mit körperlichen Erkrankungen. Und nur Ärztinnen und Ärzte können aufgrund ihrer Ausbildung und Kompetenz diese Wechselwirkungen erkennen und die adäquaten therapeutischen Maßnahmen ergreifen“, sagte Deister. Doch genau dieser Versorgungsbereich stehe schon seit langer Zeit unter erheblichem ökonomischen Druck, der sich zum Teil in extrem langen Wartezeiten auf erforderliche Psychotherapie und in einer wenig koordinierten und wenig vernetzten Behandlung zeige.

„Was gebraucht wird ist ein koordiniertes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, nicht nur in der Richtlinienpsychotherapie



*„Was wir in der Versorgung psychisch kranker Patienten wirklich brauchen, ist die richtige und zeitnahe Therapie für den richtigen Patienten am richtigen Ort. Doch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hilft bei dieser Versorgungsfrage definitiv nicht, denn hier wird durch Fragmentierung die Versorgung noch einmal komplizierter.“*

**Prof. Dr. med. Arno Deister**, Past President, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde Foto: Jochen Rolfes

sondern für das gesamte System und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, so Deister. In der Debatte über die künftige psychotherapeutische Versorgung dürfe es daher nicht um die Abgrenzung zwischen den einzelnen Berufsgruppen gehen, sondern im Gegenteil um die Koordination der Versorgung, betonte er. Dafür müssten die Verantwortlichkeiten und die Aufgaben klar benannt werden. Ziel müsse es sein, die richtige Therapie für den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort sicherzustellen. „Das ist nicht ganz einfach“, sagte er und umso mehr sei zu bedauern, dass der Kabinettsentwurf zum *Psychotherapeutenbildungsreformgesetz* diese Ziele definitiv nicht verfolge. Denn die Vorstellung, dass alle Versorgungs-



*„Bislang gilt: Psychotherapie ist eine Behandlungsmethode. Doch jetzt lesen wir im Kabinettsentwurf, dass der neue Studiengang auch für Beratung, Prävention und Rehabilitation qualifizieren soll und das hat erst einmal gar nichts mehr mit Psychotherapie zu tun. Hier werden Aufgaben eines neuen Heilberufs und eines neuen heilberuflichen Systems entwickelt, die bei den aktuellen Versorgungsfragen gar nicht helfen.“*

**Dr. med. Christian Messer**, Präsident des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie Foto: Jochen Rolfes

probleme gelöst seien, wenn möglichst viele Psychologische Psychotherapeuten ausgebildet würden, führe an den aktuellen Versorgungsproblemen vorbei und lenke zudem davon ab, dass Fachärztinnen und Fachärzte, die über das gesamte Spektrum psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten und darüber hinaus über psychiatrisch/psychosomatische Kompetenz verfügten, fehlten. „Niemand will den Psychologische Psychotherapeuten etwas wegnehmen“, betonte Deister. Aber das Ausbildungsziel „Körperliche Gesundheit“ müsse gestrichen werden.

Somatische Erkrankungen müssten von Ärzten diagnostiziert und behandelt werden, nur weil diese fehlten, sollte die Konsequenz nicht die Erschaffung eines neuen Berufes sein. Hier könne die Antwort doch nur darin liegen, mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden.

### Neuordnung der Ausbildung

Wenig Verständnis zeigte Deister auch für die Pläne, dass die künftigen Psychotherapeuten nach ihrem fünfjährigen Studium und ohne Absolvierung eines



*Die Delegierten der Kammerversammlung fordern, dass die Bedeutung der psychosomatischen Grundversorgung in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung wie auch im Versorgungsgeschehen weiter ausgebaut werden soll.*

Foto: Alexander Rath/Fotolia

praktischen Jahres die Approbation erhalten. Zudem fehlten beim geplanten Direktstudium die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychologie. „Ohne klinische und praktische Erfahrung wird es nicht gehen.“ Es sei aus seiner Sicht unverantwortbar, die Erlaubnis zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde zum Beispiel für die Versorgung von selbstzahlenden Patienten zu erteilen, ohne dass klinische Fähigkeiten tatsächlich unter Supervision geübt und vertieft werden können.

Die angedachte Neuausrichtung der Ausbildung sieht auch Dr. Christian Messer äußerst kritisch. „Es entsteht ein neuer, bisher unbekannter Generalist, ein neuer Heilberuf“, beklagte er. Dieser Generalist werde zur Basis eines neuen psychologischen Versorgungssystems, das Kooperation eher erschwere, denn vereinfache. Auch solle der Psychotherapeut neuen Zuschnitts, so sei es im Gesetz zu lesen, nun auch Aufgaben in der Beratung, Prävention und Rehabilitation erhalten.

„Der neue Heilberuf wird genauso große Stücke aus der Medizin reißen wie aus der wissenschaftlichen

Psychologie“, prognostizierte Messer. „Ein großes Stück ärztlicher Zuständigkeit soll an einen neuen Beruf gehen, der dann Ansprechpartner für Politiker, Krankenkassen und Krankenhausträger wird.“

### Klare Zuständigkeiten erwünscht

Zwar sei die ursprüngliche Absicht vom Tisch, über Modellstudiengänge den Psychotherapeuten auch die Verordnung von Medikamenten zu ermöglichen. Aber damit sei dieses Thema noch lange nicht erledigt, fürchtet er.

Die gute Kooperation mit den Psychotherapeuten neuer Prägung könne nur gelingen, wenn es eine klare Namensregelung, klar abgegrenzte Strukturen in der Selbstverwaltung und klare Zuständigkeiten gibt, sagte Messer. „Namen bezeichnen Identität und deswegen lohnt es sich über Berufsbezeichnungen vertieft nachzudenken und darauf zu achten, dass darüber nicht auch neue Terrains definiert werden. Die Letztverantwortung für Patienten mit körperlichen und seelischen Erkrankungen müsse beim Arzt liegen. Das müssen wir selbstbewusst vertreten.“

In einem einstimmig verabschiedeten Antrag machte sich die Kammerversammlung für den Erhalt der ärztlichen Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung stark. Die Delegierten fordern, dass die Bezeichnung „Psychotherapeut/in“ auch in Zukunft nur erworben werden dürfe, wenn eine durch die Weiterbildung erworbene Qualifikation in einem spezifischen, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren vorliegt. Für die Absolventen des neu geplanten Studiengangs ohne abgeschlossene Weiterbildung sei eine andere Bezeichnung zu wählen. Patienten müssten sich auch in Zukunft darauf verlassen können, dass Psychotherapie evidenzbasiert und auf aktuellem wissenschaftlichen Stand erfolgt. Psychische Erkrankungen gingen, so die Delegierten, häufig mit behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen einher. Ärztinnen und Ärzte könnten aufgrund ihres Qualifizierungsweges dieser untrennbaren Verbindung zwischen Psyche und Soma in besonderer Weise gerecht werden. Dieser Kompetenz müsse deswegen auch künftig in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung große Beachtung geschenkt werden. Keinesfalls dürfe es dazu kommen, dass es infolge des Studiums und der Weiterbildung nicht-ärztlicher Psychotherapeuten zu Engpässen in der ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung kommt.

Grundlage aller Überlegungen zur Weiterentwicklung der Versorgung müsse auch weiterhin das biopsychosoziale Krankheitsmodell sein. So wenden sich die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte entschieden gegen jeden Versuch, die Versorgung in ein Modell für somatische Erkrankungen und eines für psychische Erkrankungen aufzuspalten. Alle Beschlüsse zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz finden Sie auf Seite 17 f. **RA**

## Entschliefungen der Kammerversammlung am 23. März 2019 im Wortlaut

### Die psychotherapeutische Versorgung braucht die ärztliche Kompetenz

Die Kammerversammlung fordert den Gesetzgeber, die Kostenträger und die Institutionen des Gesundheitswesens auf, sich entschieden für weitere Verbesserungen in der Prévention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge psychischer Erkrankungen einzusetzen.

Dazu gehört eine Stärkung der personellen und finanziellen Ressourcen ebenso wie eine konsequente Förderung der Zusammenarbeit der Versorgungssektoren und der Berufsgruppen in der Versorgung. Voraussetzung dafür sind Transparenz und Akzeptanz bezüglich der spezifischen Potentiale und der Kompetenzprofile der beteiligten Berufsgruppen.

Grundlage aller Überlegungen zur Weiterentwicklung der Versorgung muss das biopsychosoziale Krankheitsmodell bleiben. Daraus folgen mit Blick auf die aktuelle Diskussion um die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Patientenversorgung folgende Grundsätze:

#### 1. Klare Begriffe schaffen Transparenz und Verlässlichkeit: Das Qualitätsversprechen der Bezeichnung „Psychotherapeutin/ Psychotherapeut“ muss eingelöst werden.

Die Öffentlichkeit und die Patientinnen und Patienten müssen sich auch in Zukunft darauf verlassen können, dass die Bezeichnung „Psychotherapeut/in“ für das hohe Qualifikationsniveau steht, das bisher mit diesem Begriff verbunden ist.

In diesem Zusammenhang begrüßt die Kammerversammlung, dass der Kabinettsentwurf zum *Psychotherapeutenausbildungsgesetz* die im Referentenentwurf vorgesehene Ausgrenzung von Ärztinnen und Ärzten aus der Berufsbezeichnung „Psychotherapeut/in“ aufgibt. Diese Ausgrenzung wäre unvertretbar gewesen, weil Ärztinnen und Ärzte mit einer entsprechenden Weiterbildungsbezeichnung die zahlenmäßig stärkste und zugleich am breitesten qualifizierte Berufsgruppe in der psychotherapeutischen Versorgung sind.

Es ist also richtig, dass die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut/in“ in § 1 des *Psychotherapeutengesetzes* Ärztinnen und Ärzte nunmehr ausdrücklich einschließt. Die Korrektur im *Psychotherapeutengesetz* reicht aber alleine nicht aus, um endlich für die notwendige Begriffsklarheit zu sorgen. Die Kammerversammlung fordert, dass die Bezeichnungen „Psychotherapeut/in“ bzw. „Psychotherapeuten“ endlich auch im *Sozialgesetzbuch (SGB V)* durchgängig in der korrekten Weise verwendet werden, die Ärztinnen und Ärzte einschließt.

Die Kammerversammlung fordert außerdem, dass die Bezeichnung „Psychothera-

apeut/in“ auch in Zukunft nur erworben werden darf, wenn eine durch die Weiterbildung erworbene Qualifikation in einem spezifischen, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren vorliegt. Nur wer – ob als Ärztin bzw. Arzt oder als Absolvent/in des neu geplanten Studiengangs – die zur eigenständigen psychotherapeutischen Tätigkeit in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erforderliche Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat, ist Psychotherapeutin oder Psychotherapeut. Für die Absolventen des neu geplanten Studiengangs ohne abgeschlossene Weiterbildung ist deswegen eine andere Bezeichnung zu wählen.

#### 2. Die wissenschaftliche Anerkennung von Therapieverfahren muss die Basis für die psychotherapeutische Patientenversorgung bleiben.

Die Kammerversammlung begrüßt, dass der Kabinettsentwurf die Rolle des berufsgruppenubergreifenden Beirates Psychotherapie für die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren als Basis sozial- und berufsrechtlicher Entscheidungen bekräftigt.

Die Kammerversammlung fordert die Beibehaltung der Soll-Vorgabe im Gesetzestext. Es reicht nicht aus, wenn nur die Gesetzesbegründung festhält, dass die zuständige Behore Gutachten des wissenschaftlichen Beirates berücksichtigen soll, während im Gesetzestext selbst das bisher geltende „soll“ durch ein „kann“ ersetzt wurde. Denn Patientinnen und Patienten müssen sich auch in Zukunft darauf verlassen können, dass Psychotherapie evidenzbasiert auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgt. Dies ist Grundlage für die klare Beschreibung des heilkundlichen Versorgungsbeitrages von Absolventen des geplanten neuen Studiengangs. Es ist richtig, dass dieser Beitrag auch zukunfts auf die Anwendung wissenschaftlich geprüfte und anerkannte psychotherapeutischer Verfahren beschränkt bleibt.

#### 3. Bei der Erkennung und Behandlung körperlicher Erkrankungen und bei der Verordnung von Medikamenten darf es keine Qualitatsverschlechterungen geben.

Die Kammerversammlung begrüßt, dass der Kabinettsentwurf im Interesse der Patientensicherheit die Vorgabe der somatischen Abklärung im Rahmen einer geplanten psychotherapeutischen Behandlung beibehält. Genauso wesentlich ist es, dass die ärztliche Qualifikation auch weiterhin die Voraussetzung für die Verordnung von Medikamenten bleibt.

#### 4. Die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Patientenversorgung kann nur

#### gelingen, wenn die Berufsgruppen gemeinsam daran arbeiten.

Die Kammerversammlung begrüßt den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Regelungen im Interesse einer berufsgruppenubergreifenden, koordinierten und strukturierten psychotherapeutischen Versorgung zu entwickeln.

Die Bundesärztekammer ist als sektorenübergreifende Vertretung der gesamten Ärzteschaft in diesen Entwicklungsprozess mit einzubeziehen.

#### 5. Die ärztliche Aus- und Weiterbildung ist zu stärken, damit Ärztinnen und Ärzten ihre zentrale Aufgabe in einer kooperativen psychotherapeutischen Versorgung auch in Zukunft wahrnehmen können.

Ärztinnen und Ärzte wünschen sich im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten auch weiterhin eine umfassende Kooperation mit allen anderen Heil- und Gesundheitsfachberufen gerade in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Der spezifische Beitrag, den Ärztinnen und Ärzten in diese Kooperation einbringen, liegt in der Integration psychischer und somatischer Gesichtspunkte in Kenntnis des sozialen Umfeldes. Davon hängen entscheidende Weichenstellungen in Diagnostik und Therapie ab.

Denn psychische Erkrankungen gehen häufig mit behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen einher. Regelmäßig bedingen sich beide wechselseitig und verstärken sich sogar. So können sich hinter vermeintlich klaren psychischen Störungen gravierende, zwingend behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen verbergen wie umgekehrt somatische Symptome Folge einer psychischen Erkrankung sein können.

Ärztinnen und Ärzten können aufgrund ihres Qualifizierungsweges dieser untrennbaren Verbindung zwischen Psyche und Soma in besonderer Weise gerecht werden. Dieser Kompetenz muss deswegen auch künftig in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung große Beachtung geschenkt werden.

Dazu gehören die konsequente Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium und die strukturierte Fortentwicklung dieser Kompetenzen in der ärztlichen Weiterbildung.

Die Bedeutung der psychosomatischen Grundversorgung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wie auch im Versorgungsgeschehen muss weiter ausgebaut werden. Keinesfalls darf es in Folge des geplanten neuen Ausbildungsweges und der anschließenden Weiterbildung dieser Absolventen zu Engpässen bei der ärztlichen Weiterbildung in der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatischen Medizin und

Psychotherapie und der Zusatzweiterbildung Psychotherapie kommen. Stattdessen sind die Zugänglichkeit und die Attraktivität dieser Weiterbildungswege durch geeignete Rahmenbedingungen und ein gute sektorenübergreifende Kooperation zu erhalten und zu steigern.

**Beachtung spezifischer Belange psychisch und psychosomatisch Erkrankter in der Versorgung**

Die Ärztekammer Nordrhein wird aufgefordert, auch in Zukunft weiterhin intensiv darauf einzuwirken, dass die spezifischen Belange psychisch und psychosomatisch Erkrankter in der Versorgung gebührend beachtet werden. Damit eine adäquate Versorgung stattfinden kann, gilt es, die heilungsfördernde persönliche Arzt-Patient-Beziehung wertzuschätzen, eine funktionierende Verbindung von Sektoren anzustreben und die sprechende Medizin angemessen zu vergüten.

**Deprofessionalisierung der Patientenversorgung**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein verwahrt sich entschieden gegen die zunehmende Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufsstands, wie sie beispielsweise scheinbar im Gesetzgebungsverfahren (*PsychThGAusbRefG*) angedacht ist.

**Ablehnung des Psychotherapeuten-ausbildungsgesetzes**

Die Kammerversammlung schließt sich der Auffassung der BÄK an, die in ihrer Pressemitteilung vom 30.01.19 geäußert hat, dass sie den vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung strikt ablehnt.

Die Inhalte bezogen sich nicht nur allein auf die inzwischen abgelehnte medikamentöse Verordnung durch psychologische Psychotherapeuten, sondern richtete sich auch gegen die weiteren Vorgaben des Gesetzes.

**Die zentrale Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte muss gestärkt werden**

Es zeichnet die ärztliche Tätigkeit aus, dass Soma und Psyche in der Behandlung der Patienten nicht zu trennen ist. Der spezifische Beitrag, den Ärztinnen und Ärzte leisten, liegt in der Integration psychischer und somatischer Gesichtspunkte. Dabei wird das soziale Umfeld mit eingeschlossen. Davon hängen entscheidende Weichenstellungen in Diagnostik und Therapie ab. Zum alltäglichen ärztlichen Handeln gehört, dass bei jedweder gravierenden somatischen Behandlung eine ärztliche psychische Unterstützung notwendig ist und eine tragfähige, vertrauensvolle Arzt- Patientenbeziehung aufgebaut wird. Ärztinnen und Ärzte wünschen sich im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten auch weiterhin

eine umfassende Kooperation mit allen anderen Heil- und Gesundheitsfachberufen gerade in der Versorgung psychisch erkrankter Patienten.

**Ärzteverzeichnisse sind Sache der ärztlichen Selbstverwaltung**

Die Kammerversammlung fordert den Bund und die Länder auf, das in § 293 Abs. 7 SGB V vorgeschriebene Verzeichnis der Krankenhausärzte in die Zuständigkeit der Ärztekammern zu übertragen.

Die Führung von Ärzteverzeichnissen ist im deutschen Gesundheitswesen originäre Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Der parallele Aufbau eines weiteren Verzeichnisses in der Hand von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft bedeutet eine bürokratische Doppelstruktur und widerspricht dem Prinzip der Datensparsamkeit.

Soweit z.B. im Rahmen des Entlassmanagements für die Verordnung von Medikamenten eine Arztnummer benötigt wird, ist eine solche bei den Ärztekammern bereits vorhanden. Ärztekammern unterliegen zugleich der demokratischen Kontrolle ihrer ärztlichen Mitglieder. Eine zusätzliche Meldepflicht gegenüber Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens, auf deren Umgang mit den Daten Ärztinnen und Ärzte keinerlei Einfluss nehmen können, ist abzulehnen.

**Krankenhausinvestitionsfinanzierung und Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen:**

**Sinnvoll weiterentwickeln, ärztlichen Sachverstand einbinden!**

Die Kammerversammlung fordert das Land auf, den ärztlichen Sachverstand bei der Ausgestaltung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung zu berücksichtigen und dazu die Ärztekammern in die Planung und Ausgestaltung der Investitionsschwerpunkte einzubinden.

Dies muss unabhängig davon gelten, ob es um Investitionsprogramme nach § 6 des *Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)* oder die Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen nach § 12 KHG (Bundesstrukturfonds) geht. In beiden Fälle sind die medizinisch-fachliche Kompetenz und das Versorgungswissen der Ärzteschaft unverzichtbar. Wie nachteilig es ist, wenn diese Perspektive fehlt, zeigt aktuelle Erklärung von Landesregierung und Krankenkassen zu den Förderungsschwerpunkten für die Mittel des Bundesstrukturfonds: Die Mittel sollen ausschließlich für Schließungs- und Konzentrationsvorhaben verwendet werden **und eben nicht für die Verbesserung von Versorgungsstrukturen.**

Für wichtige Förderzwecke, die der Bundesgesetzgeber ausdrücklich aufgenommen hat, will das Land keine Strukturfondsmittel bereitstellen: nicht für die integrierte Notfallversorgung, nicht für telemedizinische Netzwerke, nicht für die IT-Sicherheit der Krankenhäuser, nicht für

mehr Ausbildungskapazitäten, nicht für die stationäre Palliativversorgung und nicht für eine verbesserte stationäre Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen.

Die Kammerversammlung hält eine sinnvolle Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen für erforderlich. Dazu gehören jedoch nicht nur Konzentrationsprozesse, sondern auch die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung und eine Stärkung der versorgungsnotwendigen Krankenhäuser.

Die Kammerversammlung fordert das Land deswegen auf, die Verengung der Förderzwecke zu korrigieren und den ärztlichen Sachverstand künftig nicht nur bei der Aufstellung des Landesinvestitionsprogrammes sondern auch bei der Schwerpunktsetzung für die Strukturfondsförderung einzubeziehen.

**Verbindliche Vorgaben bei der Vermarktung und Aufmachung von Lebensmitteln für Kinder unter 12 Jahre mit ungünstigem Nährstoffprofil**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert die Landesregierung Nordrhein-Westfalen zu einer Bundesratsinitiative auf, um die Vermarktung und Aufmachung von Lebensmitteln mit ungünstigem Nährstoffprofil nach WHO-Definition ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/270716/Nutrient-children\\_web-new.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270716/Nutrient-children_web-new.pdf?ua=1)) für Kinder unter 12 Jahre verbindlich zu regulieren. Die Beschränkung von Marketing für Lebensmittel mit einem ungünstigen Nährstoffprofil, das sich speziell an Kinder richtet, ist ein wichtiger Baustein innerhalb einer Gesamtstrategie zur Bekämpfung von Übergewicht.

Die seit 2007 auf EU-Ebene bestehende freiwillige Selbstverpflichtung der Lebensmittelindustrie (EU-Pledge) auf an Kinder unter 12 gerichtete Lebensmittelwerbung ungesunder Produkte zu verzichten, wird durch viele Sonderregelungen stetig unterlaufen. Eine der Ausnahmen bezieht sich darauf, dass es zum Beispiel keine Werbeeinschränkungen für Verpackungen mit Kinderoptik (Comicfiguren, Werbebotschafter, Musiker, etc.) gibt. Auch in der Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten wird dieses Thema nur vage geregelt. Zwar wird konstatiert, dass es Produkte mit Kinderoptik gibt, die eine ungünstigere Nährstoffzusammensetzung aufweisen als vergleichbare Produkte für Erwachsene. Als zukünftige Vorgabe wird aber lediglich gefordert, dass vor diesem Hintergrund „im Rahmen der produkt- bzw. branchenbezogenen Prozess- und Zielvereinbarungen eine deutliche Verbesserung der Nährstoffzusammensetzung bei Kinderprodukten umzusetzen sei.“ (*Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft: Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten, S. 19, Dezember 2018*)

**Unbedingte Vertraulichkeit –****Schutz des Arzt-Patientenverhältnisses**

Der Schutz des Arzt-Patientenverhältnisses ist ein auf unbedingter Vertraulichkeit basierender fundamentaler Bestandteil ärztlichen Handelns. Jede Zwangsmaßnahme, die direkt oder indirekt dazu führen könnte, dass diese Vertraulichkeit gefährdet wird oder Informationen an Dritte gelangen könnten, wird von der Ärzteschaft kategorisch abgelehnt.

Insbesondere sind Maßnahmen kritisch zu hinterfragen, die die Patientendaten in elektronischer Form der unbeabsichtigten Weitergabe aussetzen. Eine Verpflichtung der Ärzteschaft oder der Krankenhäuser, sensible Patientendaten einem therapeutisch nicht notwendigen Ausspährisiko auszusetzen, wird von der Ärzteschaft ebenso abgelehnt. Eine elektronische Sammlung von Patientendaten kann nur unter höchstem Datenschutz und ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgen. Das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und der Schutz ihrer Patientendaten darf nicht durch gesetzliche Vorgaben im Rahmen der Digitalisierung ausgehöhlt werden.

**Honorarkürzung bei Verzug des TI-Anschlusses bedroht die vertragsärztliche Versorgung**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein fordert den Gesetzgeber auf, die Vorgabe von Honorarabzügen bei nicht fristgerechtem Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) zurückzunehmen.

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein sieht in der gesetzlich verankerten Honorarkürzung einen weiteren Baustein des Gesetzgebers, in die unternehmerischen Entscheidungen der Praxisführung einzuwirken und die vertragsärztliche Versorgung zu verschlechtern.

Die Kammerversammlung erwartet, dass viele rentennahe und rentenbeziehende Kolleginnen und Kollegen, die bisher noch aus Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten ihre Praxen weiterbetrieben haben, diese, angestoßen von solch einem Eingriff in ihre Berufsausübung, aufgeben bzw. vorzeitig aufgeben werden.

**Digitalisierung der Lehre im Medizinstudium 2020+**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein begrüßt grundsätzlich die Intention des Masterplans 2020, den Praxisbezug von Beginn des Studiums an zu stärken und das Rüstzeug für lebenslanges Lernen zum Einsatz immer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse im Berufsleben zu erlangen. Die Kammerversammlung unterstützt die Forderung des Wissenschaftsrates, dass „die wissenschaftliche Ausrichtung des Medizinstudiums in der *ÄApprO* verbindlich festgehalten werden (sollte), indem dort die Vermittlung der wissenschaftlichen methodischen Basis der

Medizin als gleichberechtigtes Ausbildungsziel des Studiums definiert wird.“

Die nun zu entwickelnden Curricula auf Fakultätsebene sollten darüber hinaus klare Festlegungen enthalten, welche Inhalte des Medizinstudiums ausschließlich digital angeboten werden können und wo zur praktischen Einübung der im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) beschriebenen ärztlichen Rollen und Kompetenzen Präsenzveranstaltungen unerlässlich sind. Die Kammer regt hierzu ergänzend an, digitale Materialien möglichst ressourcenschonend konsentiert und koordiniert für alle Fakultäten im Kammergebiet gemeinsam zu entwickeln, und die grundlegenden Kompetenzen (z.B. Medizinische Ethik, Medizinische Statistik, Evidenzbewertung usw.) frühzeitig und longitudinal im Curriculum des Medizinstudiums zu verankern.

**Keine Benachteiligung von privatversicherten Patienten und Selbstzahlern in Vertragspraxen und MVZs**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein missbilligt die vom Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) geäußerte Forderung, dass in Arztpraxen und MVZs während so genannter „Kassensprechstunden“ keine Privatpatienten behandelt werden sollen. Diese Forderung ist zurückzunehmen. Darüber hinaus wird die Behauptung des GKV-Spitzenverbandes, Vertragsärzte würden „private Zusatzgeschäfte“ machen, zurückgewiesen. Vertragsärzte behandeln Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus und erbringen ärztliche Leistungen dann privat, wenn sie nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der GKV sind, oder wenn sie über das Maß des Notwendigen, Wirtschaftlichen, Zweckmäßigen und Ausreichenden hinausgehen, oder wenn der Patient es wünscht.

Vertragsärzte sind als Angehörige des freien Berufs „Arzt“ berechtigt und verpflichtet, allen Patienten optimale Behandlung anzubieten, die insoweit nicht auf den einschränkenden Rahmen der GKV begrenzt sein kann und darf. Eine Diskriminierung von Privatpatienten würde gegen ärztliche Ethik und die Berufsordnung verstoßen.

**Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein missbilligt die Verabschiedung des *Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)*. Aus Sicht der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein ist die Missachtung zahlreicher begründeter Einwände, Bedenken und Befürchtungen seitens zahlreicher ärztlicher Organisationen und Verbände gegen den Gesetzestext des *TSVG* unverständlich. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein geht davon aus, dass durch das

*TSVG* die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten nicht verbessert wird.

Die ursächlichen Probleme einer zunehmenden Diskrepanz zwischen zur Verfügung stehender Arzt-Behandlungszeit und der Nachfrage durch die Patientin/den Patienten werden in diesem Gesetz nicht berücksichtigt; sie werden im Gegenteil verschlimmert.

Die Arbeitszeiten von Vertragsärztinnen und -ärzten überschreiten schon jetzt häufig das der eigenen Arzt-Gesundheit zuträgliche Maß. Der implizite Vorwurf einer zu geringen Arbeitsleistung, den eine Erweiterung der Pflicht-Kassenarbeitszeit von niedergelassenen Ärzten um 25 % beinhaltet, beleidigt von seinem Ansatz her die Würde unseres Berufsstandes und missachtet auf ehrverletzende Weise unser aller täglichen Arbeitsleistung. Es ist zu befürchten, dass die Regelung Vertragsärzte veranlasst, ihre Vertragsarztstätigkeit vorzeitig zu beenden.

Die Sprechstunden-Organisation in den Arztpraxen und MVZs beruht auf in der Regel langjährigen Erfahrungen und Notwendigkeiten und ist optimal austariert.

Das Ansinnen, in diese Organisation von außenstehender bürokratischer Seite einzugreifen, indem offene Sprechstunden verpflichtend vorgegeben werden, kann den sinnvollen und effizienten Einsatz von Behandlungszeiten nur verschlechtern.

Der Zwang zum Anschluss an eine erneut vom Ärztetag 2018 in Erfurt abgelehnte, hinsichtlich des Datenschutzes problematische und zudem kostenintensive Telematikinfrastruktur bestärkt viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen in der Überlegung, vorzeitig aus der Kassenmedizin auszustiegen.

Eine Wiederauflage der bereits im Jahr 2011 als nicht zielführend verworfenen Kodierrichtlinien kann ähnliche Effekte hervorrufen. Die Aufgabe von Ärzten ist es, Diagnosen zu stellen, die eine Relevanz für die Behandlung haben, und nicht, Diagnosen zu kodieren, damit Finanzströme im Gesundheitssystem gesteuert werden können.

Das Gesetzeswerk wird im Ergebnis dafür sorgen, dass die nachfolgende Ärztegeneration noch intensiver überprüfen wird, ob die Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt/Vertragsärztin in Deutschland eine Lebensperspektive darstellt; eine Zunahme des Mangels an niedergelassenen, insbesondere selbständigen Ärzten auf dem Land, aber auch in den Städten ist dann zu erwarten.

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein weist den Gesetzgeber bereits jetzt nachdrücklich auf die zu erwartenden Verwerfungen und Verschlechterungen hin, die von den handelnden Politikern zu verantworten sind. Die ärztliche Selbstverwaltung kann keine Verantwortung für die Übernahme dieser gesetzgeberischen Fehlentwicklung übernehmen.