

Auf den Ernstfall kaum vorbereitet

Auf künftige Krisenszenarien ist das deutsche Gesundheitssystem nur unzureichend vorbereitet, betonte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Sven Dreyer, bei der Kammerversammlung am 14. März. Diese befasste sich in einem Schwerpunkt mit dem Thema „Resilienz im Gesundheitswesen“. Gleichzeitig hob Dreyer den Wert der Demokratie für die Stabilität der medizinischen Versorgung hervor.

von Thomas Gerst und Heike Korzilius

Es sind Vorfälle der vergangenen Jahre, wie die Coronapandemie oder Cyberangriffe auf Krankenhäuser und insbesondere der Krieg in der Ukraine sowie daraus resultierende Krisenszenarien, die das Vertrauen in vermeintliche Sicherheiten erschüttert haben. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Sven Dreyer, verwies bei der Kammerversammlung in seinem Bericht zur Lage auf die vorliegenden Analysen, nach denen das deutsche Gesundheitswesen auf künftige Bedrohungslagen nur unzureichend vorbereitet sei. Hier bestehe Handlungsbedarf; denn gerade in Krisen müsse Daseinsvorsorge adäquat funktionieren, sagte Dreyer. Deshalb begrüße er die Ankündigung der Bundesgesundheitsministerin, im Sommer 2026 ein Gesundheitssicherstellungsgesetz vorzulegen. „Dieses Gesetz muss Zuständigkeiten, Finanzierung und Versorgungsstrukturen rechtzeitig klären, damit eine Umsetzung nicht erst in der nächsten Katastrophe erprobt wird.“

Der Ärztekammerpräsident betonte vor den Abgeordneten aber auch den Wert der Demokratie in einer Gesellschaft, die angesichts von Krisenszenarien zunehmend mit Wut und Unzufriedenheit auf die Politik der demokratischen Parteien reagiere und diese für die Krisen verantwortlich mache. Nur in einem demokratischen System, in dem Gewaltenteilung, Wissenschafts-, Presse- und Meinungsfreiheit herrschen, könne auf Dauer ärztliche Berufsausübung im Einklang mit dem Genfer Gelöbnis gelingen. Dreyer verwies auf die Lage im Iran, aber auch in anderen Ländern, wo Ärztinnen und Ärzte verfolgt würden, weil sie ihrer berufsethischen Verpflichtung nachgekommen seien. Und auch dort, wo Wissenschaftsfeindlichkeit den Diskurs bestimme, sei die adäquate Gesundheitsversorgung bedroht, etwa in den USA, wo die Impfquoten zurückgingen, aber auch hierzulande, wo über Social Media die Impfskepsis geschürt werde.

Mehr Tempo bei der Gesetzgebung

Von der Bundesregierung forderte Dreyer, mehr Tempo bei den gesundheitspolitischen Vorhaben zu machen, auf deren gesetzgeberische Umsetzung man bereits seit Jahren warte – sei es die Notfallreform, Suizidprävention und Suizidassistenz oder Bürokratien-entlastung. Stattdessen widme man sich dem Kleinklein, stelle die Patientinnen und Patienten unter Pauschalverdacht und plane, die Möglichkeit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach telefonischem Kontakt wieder rückgängig zu machen. Die Kammerversammlung sprach sich hingegen für die Beibehaltung der telefonischen und videobasierten Krankenschreibung für diejenigen Patientinnen und Patienten aus, die dem Arzt oder der Ärztin bekannt sind. Dies diene zur Entlastung von Praxen und Patienten gerade in Infektzeiten. Ohnehin sei die Bedeutung der telefonischen AU-Bescheinigungen mit einem Anteil von jährlich 0,8 bis 1,2 Prozent an allen AU-Bescheinigungen für die Gesamtentwicklung der AU-Fälle sehr ge-



Grafik: vm/jstockphoto.com



Konzentriert bei der Arbeit: Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein beschied mehr als 30 Anträge zur aktuellen Gesundheitspolitik.

Fotos: Jochen Rolfes

ring. Sie hätten daher keinen Einfluss auf den Krankenstand in Deutschland, heißt es in dem Beschluss. Die Politik wird stattdessen aufgefordert, den Missbrauch in Form gekaufter Krankschreibungen über anonyme Online-Plattformen zu unterbinden.

Freie Arztwahl erhalten

Skeptisch äußerte sich der Ärztekammerpräsident in seinem Lagebericht zu Plänen einer durchdigitalisierten Versorgungssteuerung. Diese könnte den direkten Arzt-Patienten-Kontakt erschweren. „Krankheit ist kein Industrieprozess, sondern ein Zustand, der persönliche Hilfe, Begleitung und Zuwendung erfordert. Bei aller Digitalisierungseuphorie müssen wir für unsere Patientinnen und Patienten persönlich ansprechbar bleiben“, führte Dreyer aus. Dies gelte auch im Zusammenhang mit dem auf Bundesebene vorgesehenen Gesetz zur Stärkung der Primärversorgung. Grundsätzlich herrsche Einigkeit bei allen Akteuren im Gesundheitswesen darüber, dass eine bessere Steuerung die medizinische Versorgung verbessern könne, merkte Dreyer dazu an. „Aber ich möchte nicht erleben, dass Chatbots zu Instrumenten werden, um den Arzt-Patienten-Kontakt zu verhindern, so wie es manch eine Krankenkasse gerne hätte.“ Die Kammerversammlung unterstützte diesen Standpunkt mit der Feststellung, dass die freie ärztliche Berufsausübung und die freie Arztwahl unabhängig von künftigen Reformen der medizinischen Versorgung grundsätzlich erhalten bleiben müssen. Dies müsse auch gelten, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung Zugangsbeschränkungen, wie etwa die verpflichtende Vorschaltung von anderen medizinischen Berufen, Telefon- oder Videodiensten, Checklisten oder digitalen Instrumenten, vorgesehen seien. Kritik an Vorschlägen zur Versorgungssteuerung gab es auch bei den Wortmeldungen der Abgeordneten. Innovation dürfe nicht bedeuten, dass ärztliche Verantwortung durch Administration von oben gesteuert wird, betonte Sebastian Exner, Stolberg. Immer mehr werde von der Politik in

den Arztberuf eingegriffen, kritisierte Wieland Dietrich, Essen; dies gehe so weit, dass der direkte Zugang zum Arzt künftig nicht mehr möglich sei.

Wenig Verständnis zeigte Kammerpräsident Dreyer für die Ablehnung einer steuerlichen Regulierung stark zuckerhaltiger Produkte seitens der Politik. Das pauschale Argument, man dürfe die Freiheitsgrade der Bürger nicht weiter einschränken, irritiere ihn zunehmend. Für Dr. Oliver Funken, Rheinbach, ist „die Reduktion von Zucker in verarbeiteten Lebensmitteln eines der zentralen Themen, die wir nach vorne treiben wollen“. Eine Einschränkung beim Konsum sei wichtig für die Verhinderung von Erkrankungen. Beschränkungen forderte die Ärztekammer Nordrhein auch beim Umgang mit Medizinal-Cannabis, so wie sie im Gesetzentwurf zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes bereits



Foto: Jochen Rolfes

„Krankheit ist kein Industrieprozess, sondern ein Zustand, der Zuwendung erfordert.“: Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Sven Dreyer, setzte sich in seinem Bericht zur Lage kritisch mit Ideen zur ausschließlichen digitalen Ersteinschätzung auseinander.

Anpassung der IVF-Richtlinie

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein stimmte am 14. März Änderungen der Richtlinie zur assistierten Reproduktion zu. Die Richtlinie legt die Mindestanforderungen über die personellen, technischen und räumlichen Voraussetzungen für die In-vitro-Fertilisation (IVF) fest. Unter anderem wurden dort Qualifikationsanforderungen präzisiert. So gilt in Zukunft, dass ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten, mit denen die IVF-Arbeitsgruppen kooperieren müssen, über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügen. Um eine IVF-Arbeitsgruppe leiten zu dürfen, müssen Fachärzte für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

ebenfalls über mindestens zwei Jahre Leitungserfahrung verfügen. Die aktuelle Fassung der IVF-Richtlinie mit diesen und weiteren Änderungen findet sich unter <https://www.aekno.de/aerztekammer/staendige-kommission-ivf>



Dr. Arndt Berson, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, erläuterte die Änderungen an der IVF-Richtlinie.

Foto: Jochen Rolfes

vorgesehen sind. Mit der Teillegalisierung von Cannabis als Konsumdroge habe die Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken über Online-Plattformen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt immens zugenommen. Die ärztliche Sorgfaltspflicht setze aber bei der Verordnung von Medizinal-Cannabis nicht zuletzt aufgrund seiner psychoaktiven Wirkung einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus, bei dem die medizinische Indikation geprüft und über mögliche Neben- und Wechselwirkungen aufgeklärt wird, heißt es in einem Beschluss der Ärztekammer. Gefordert werden weitere Studien mit dem grundsätzlichen Ziel, den Missbrauch einzugrenzen, ohne den Zugang für Patientengruppen mit einer evidenzbasierten medizinischen Indikation zu erschweren.

Berufsbild des PA regeln

Ausführlich beschäftigten sich die Abgeordneten in der Kammerversammlung auch mit dem Berufsbild der Physician Assistants (PAs). Ärztlicher Fachkräftemangel sowie wirtschaftliche Überlegungen seien Gründe dafür, dass PAs zunehmend in stationärer wie ambulanter Versorgung tätig würden, ohne dass ein Berufsgesetz die rechtliche Stellung und die Ausbildung regle, kritisierten die Delegierten. Zu befürchten sei der Ersatz von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung durch PAs, gab Dr. Stefan Schröter, Essen, bei der Diskussion zu bedenken. „Ärzte werden zukünftig Probleme haben, Weiterbildungsstellen zu finden.“ Entsprechend beauftragte die Kammerversammlung den Vorstand, Empfehlungen zur sicheren und wirksamen Integration von PAs in der Versorgung zu entwickeln.

Neben den Diskussionen und Beschlüssen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen bildete die Resilienz des Gesundheitswesens in Krisenzeiten den Auftakt und den Schwerpunkt der Kammerversammlung. In einem Grußwort kündigte der Staatssekretär im NRW-Gesundheitsministerium, Matthias Heidmeier, gleich zu Beginn der Sitzung einen Operationsplan für ein krisenresilientes Gesundheitswesen an. Er soll im Dezember dieses Jahres vorliegen und die Expertise der nordrheinischen Ärzteschaft ebenso einbinden wie die der anderen Gesundheitsberufe. Ziel sei es, gemeinsam einen Gesamtplan zu entwickeln, sagte Heidmeier. Dabei müsse unter anderem die zentrale Frage geklärt werden, welche personellen Ressourcen wo im Krisenfall zur Verfügung stehen und wie diese gut vernetzt werden könnten. „Wir wollen keine Panik verbreiten, sondern Sicherheit schaffen in Zeiten großer Unsicherheit“, betonte der Staatssekretär. Insbesondere mit Blick auf den Ukraine-Krieg – in direkter Nähe zu Deutschland – gelte es, sich zu wappnen und vorbereitet zu sein.

Resilienz im Krisenfall

Zunehmend an Bedeutung gewinne vor dem Hintergrund dieser Bedrohungslage die zivil-militärische Zusammenarbeit, sagte Oberstarzt Dr. Martin Henes vom Kommando Gesundheitsversorgung der Bundeswehr. Während sich bisher der Katastrophenschutz und die Krankenhäuser im Krisenfall auf die Unterstützung der Bundeswehr verlassen hätten, kehre sich dieses Verhältnis bei der Landes- und Bündnisverteidigung um. Dann würden die Streitkräfte die Unterstützung der Krankenhäuser und Praxen benötigen. Dafür brauche man bereits im Vorfeld eine klare Struktur und Aufgabenverteilung sowie gemeinsame Übungen. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sei im Verteidigungsfall nur in einem gesamtstaatlichen Ansatz möglich, betonte der Oberstarzt. Mit den Unikliniken des Landes gebe es bereits eine enge Kooperation. „Wir brauchen aber auch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Dazu werden wir die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder adressieren“, sagte Henes.

Dr. Felix Kolibay, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Krankenhaus-Einsatzplanung, warb dafür, angesichts der sich zuspitzenden militärischen Bedrohungslage, aber auch mit Blick auf zunehmende Naturkatastrophen infolge des Klimawandels eine „Basisrobustheit“ in der gesamten Breite des Gesundheitswesens zu schaffen. In ein Sicherheitskonzept müssten alle Versorgungsbereiche eingebunden werden, von den Krankenhäusern über die Praxen bis hin zu den Rehakliniken. „Das ist entscheidend für die Resilienz und einen angemessenen Umgang mit Großschadenslagen“, erklärte Kolibay. Die Vorbereitung auf solche Lagen im Rahmen einer Resilienzstrategie biete große Vorteile, wie Studien belegten. „Doch wie anfällig sind wir?“, fragte der ärztliche Notfallkoordinator der Uniklinik Köln. Auf eine

Blitzumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts unter 165 Kliniken hätten 98 Prozent geantwortet, sie seien mit Notstromaggregaten mit einer Laufzeit von 24 bis 72 Stunden ausgestattet. Allerdings verfügten nur 14 Prozent über Trinkwasserreserven beziehungsweise Trinkwasseraufbereitungssysteme. Auf die Frage, ob sie über erweiterte Lagerkapazitäten für Arzneimittel und Medizinprodukte verfügten, antworteten 19 Prozent der Krankenhäuser mit „Ja“ und 39 Prozent mit „teilweise“. Kolibays Fazit: Die Krankenhäuser müssen sich auf die neuen Herausforderungen einstellen und sich trägerübergreifend vernetzen, um Ressourcen zu bündeln.

Ambulante Versorgung mitdenken

Im Krisen- und Verteidigungsfall gelte es, sowohl die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten als auch die Versorgung von verletzten Soldaten von Bundeswehr und Nato-Partnern zu gewährleisten und damit gesellschaftliche Stabilität zu sichern, hieß es in mehreren Beschlüssen der Kammerversammlung zum Thema Resilienz. Um diese Aufgaben zu meistern, müssten klare Zuständigkeiten, ausreichende Behandlungskapazitäten, genügend Personal sowie ausreichende Vorräte von Arzneimitteln und Medizinprodukten geschaffen werden. Zudem müsse die Sicherheit der IT-Systeme im Gesundheitswesen im Mittelpunkt einer Resilienzstrategie stehen. Das Ärzteparlament betonte außerdem, dass die ambulante Versorgung in der nationalen Krisen- und Verteidigungsplanung berücksichtigt und an der Entwicklung eines Konzeptrahmens beteiligt werden müsse. Im Krisen- und Verteidigungsfall verursachten die kleinteiligen Praxisstrukturen Probleme. So sei zum Beispiel eine Vollaussstattung aller Praxen mit Notstromversorgung, Lagerhaltung und Redundanzstrukturen weder realistisch noch wirtschaftlich. Stattdessen müsse man für Krisenzeiten klar unterschiedliche Versorgungsrollen definieren.

Karrierebegleitende Fortbildung

Die Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Nordrhein habe sich als „Karrierebegleiterin“ neu aufgestellt, sagte der Vorsitzende des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Gisbert Knichwitz, vor der Kammerversammlung. In diesem Jahr rechne man mit der Durchführung von mehr als 315 Kursen und 7.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. 2025 veranstaltete die Akademie 246 Kurse mit rund 6.500

Teilnehmern. 52 Prozent der Kurse werden Knichwitz zufolge 2026 in Präsenz stattfinden, 39 Prozent Live-Online und elf Prozent als eLearning-Kurse. Auch beim jährlich stattfindenden Fortbildungskongress ä im ehemaligen Bundestag in Bonn steigen die Teilnehmerzahlen im Jahresvergleich. Waren es zum Start im Jahr 2023 noch 720 Teilnehmer, lag deren Zahl im vergangenen Jahr bei 1.201. Der ä26 findet vom 7. bis 10. Oktober in Bonn statt.

Die Diskussion zur Resilienz im Gesundheitswesen unter den 121 Abgeordneten des Ärzteparlaments verlief über die Fraktionsgrenzen hinweg einmütig. „Wir als Ärztekammer wollen mit unseren Beschlüssen ein klares Signal setzen“, sagte Dr. Annette Bauer, Essen. Man müsse diejenigen unterstützen, die in den medizinischen Einrichtungen in ihren eigenen Gremien daran arbeiteten, die Gesundheitsversorgung auch in der Krise funktionstüchtig zu erhalten. Dr. Lydia Berendes, Krefeld, sprach sich für ein sektorenübergreifendes Register ärztlicher Fachkräfte aus. Im Ernstfall sei es wichtig zu wissen, wer über welche Kompetenzen verfüge und wer wann und in welchem Rahmen einsatzbereit sei. „Ich möchte in der Krise wissen, wo ich stehe, wo ich hingehen muss, damit ich mir und anderen helfen kann“, sagte Berendes. Die weit überwiegende Mehrheit der Kammerversammlung schloss sich dem an und stimmte für den Aufbau eines solchen Registers unter Regie der ärztlichen Selbstverwaltung. **RA**



Referierten zur Krisenresilienz im Gesundheitswesen (v. l.): Oberstarzt Dr. Martin Henes, Staatssekretär im NRW-Gesundheitsministerium Matthias Heidmeier, der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Sven Dreyer, und Dr. Felix Kolibay, Notfallkoordinator der Uniklinik Köln

Foto: Jochen Rolfes

www.aekno.de/entschlueßungen-maerz-2026

