

Rudolf Henke
Präsident der Ärztekammer Nordrhein
Düsseldorf, 21.März 2020

Aktuelle Themen der Berufs- und Gesundheitspolitik

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie wir Ihnen am 12. März mitgeteilt haben, haben sich die Fraktionsspitzen der Kammerversammlung vor dem Hintergrund der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus in unserem Kammergebiet für die Absage unserer Kammerversammlung ausgesprochen.

Mit Blick auf die weiteren Veranstaltungen der Kammer bestand ebenfalls Einvernehmen darüber, bis Ende April alle Veranstaltungen und Kurse abzusagen, soweit sie nicht für die Bewältigung der aktuellen Infektionssituation oder aus anderen Gründen für die Versorgung zwingend erforderlich sind.

Da wir nun nicht wie ursprünglich geplant am 21.3. zusammenkommen, habe ich mich entschlossen, einen kurzen Lagebericht zur aktuellen Situation in Form einer Videobotschaft zu senden und auf schriftlichem Wege einige Entwicklungen der Berufs- und Gesundheitspolitik zusammenzufassen.

Ausbreitung des Corona-Virus in unserem Kammergebiet

Die Weltgesundheitsorganisation hat am 11. März dieses Jahres den Ausbruch des Coronavirus zur Pandemie erklärt.

In Europa wie in Deutschland steigen die Zahlen der Infizierten täglich.

Mit Stand von Freitagmittag haben sich allein in Nordrhein-Westfalen 5.734 Menschen mit Sars-CoV-2 infiziert.

Die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus stellt uns Ärztinnen und Ärzte in Praxis, Klinik und Öffentlichem Gesundheitsdienst, unsere Medizinischen Fachangestellten, die Pflegekräfte in den Kliniken und Altenheimen und alle anderen im Öffentlichen Gesundheitsdienst Tätigen vor immense physische und psychische Herausforderungen.

Wir alle stehen derzeit in vorderster Linie, sowohl was die Abwehr und Eindämmung der Pandemie angeht, als auch was den Schutz unserer Mitarbeiter und Kollegen, unserer Patienten und nicht zuletzt der eigenen Person betrifft.

Überall in Nordrhein sind die Herausforderungen, die diese Infektion mit sich bringt, spürbar. Und wir sind, das müssen wir realistisch bewerten, erst am Anfang des Ausbruchs.

In einem Land, in dem viele sich wie selbstverständlich daran gewöhnt haben, ständig alles „just in time“ beschaffen zu können, mussten und müssen wir von jetzt auf gleich eine nicht erwartete Knappheit von Schutzkleidung, Desinfektionsmitteln und Arzneimitteln erleben.

Noch Mitte Februar hätte ich jede Wette gehalten, dass in den Kellern unserer Praxen, Krankenhäuser und Gesundheitsämter mehr als genug persönliche Schutzausrüstungen lagern, um jeder beliebigen infektiösen Situation auch ohne Nachschub eine gewisse Zeit standzuhalten.

Ich hätte dies mit den Bedrohungen begründet, die wir seit 2003 in der dichten Abfolge von Situationen wie SARS-1, MERS, EHEC, Vogelgrippe, Schweinegrippe, der Ebola-Krise in Westafrika von 2014 bis 2016 und der Grippewelle 2017/18 erleben mussten und deshalb als ganz selbstverständliche Konsequenz dieser Erfahrungen bezeichnet.

Die bittere Wahrheit ist: In Wirklichkeit haben wir alle uns viel zu sehr auf Andere und die stets ungeschmälerete Leistungskraft der Märkte verlassen.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Klinikleiter oder unsere Kreisstellenvorsitzenden in den Regionen schreiben uns besorgt und von Fürsorge getrieben, dass sie die Versorgung und den Schutz ihrer Mitarbeiter und Patienten und für sich selbst nur noch wenige Tage garantieren können, wenn nicht die versprochene Schutzkleidung geliefert wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieser Zustand ist untragbar.

Wie etliche andere sonst habe ich daher in dieser Woche auf Bundes- wie auf Landesebene noch einmal auf die schnelle Auslieferung von persönlicher Schutzausrüstung gedrungen.

Wie gestern aus Berlin zu hören war, haben Lieferanten auf die wiederholte Anforderung des Bundesgesundheitsministeriums hin erneut wissen lassen, dass nun rund zehn Millionen Stück Schutzausrüstung auf dem Weg zu ihrem Ziel in Deutschland sind.

Die Materialien sollen für den ambulanten Bereich über die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, für die übrigen Bereiche über die Länder verteilt werden.

Ich hoffe nun inständig, dass wir durch die zentrale Beschaffung von Schutzkleidung überall zumindest wieder für ein Mindestmaß an Sicherheit der Beschäftigten in Praxen und Kliniken sorgen können. Wirklich überzeugt davon bin ich allerdings erst dann, wenn wir die Lieferungen auch sehen und anfassen können

Mit dem Auftreten des Coronavirus rückt in Europa eine Situation in den Fokus, auf die wir schon bei unserer letzten Kammerversammlung mahndend hingewiesen haben: Unsere Abhängigkeit von Medizinbedarf, Medizinprodukten und Arzneimitteln, die häufig nur noch in China, Indien und in anderen Billiglohnländern produziert werden. Nach der Krise werden wir diesen Missstand unbedingt beheben müssen.

Der Ausbruch von Sars-CoV-2 zeigt auch: der Öffentliche Gesundheitsdienst spielt in Krisenzeiten eine maßgebliche Rolle. Jetzt zeigt sich, dass die kontinuierliche Ausdünnung des ÖGD in den letzten Jahren ein Ding der Unmöglichkeit ist.

Wir erleben gerade, dass die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern fast rund um die Uhr arbeiten, um dem Auftrag des ÖGD in Krisenzeiten gerecht zu werden. Doch sie können den Personalabbau selbst dadurch nicht kompensieren.

Seien Sie sicher, dass wir diese unhaltbare Situation nach der Pandemie mit den Kommunen besprechen werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir erfahren aktuell, dass wir vor einer unbekanntenen und in ihren Auswirkungen kaum vorhersagbaren Situation stehen, die uns allen – sowohl im Gesundheitswesen als auch in unserer Gesellschaft – sehr viel abverlangt wird.

Das Wichtigste ist jetzt, dass wir unsere gesamte Energie darauf verwenden, den Ausbruch des Krankheitsgeschehens zu verlangsamen. Und das bedeutet vor allem, dass wir auf unser gesellschaftliches Leben, unsere Freizeitaktivitäten und unsere sozialen Kontakte weitestgehend verzichten müssen. Dieser Verzicht ist ein Akt der Solidarität mit unseren älteren und vorerkrankten Mitmenschen und rettet unser Gesundheitswesen vor der Überforderung.

Mein Eindruck ist leider, dass das, was in Italien passiert, und wie wir es vielleicht gerade noch abwenden können, leider immer noch nicht von allen verstanden ist.

Wir hatten gestern Morgen gut 15.000 nachgewiesene aktive Infektionen in Deutschland. Gut 200 der Infizierten lagen auf Intensivstationen. Wenn die Zahlen gleichsinnig steigen, dann haben wir am 27.3. also in 7 Tagen fast 100.000 Infizierte und brauchen dafür gut 1.200 Intensivplätze – wenn es genügend Schutzausrüstungen gibt, kein Problem.

Steigt die Zahl der Infizierten bis zum 4. April auf über 1 Million bräuchten wir 13.000 Intensivplätze – das wäre – Schutzausrüstungen vorausgesetzt – wohl noch gerade lösbar.

Wenn wir aber zu Ostern in die Nähe der vom RKI-Präsidenten Prof. Wieler errechneten Zahl von 10 Millionen Infizierter kämen, dann hätten wir undenkbar 140.000 Intensivplätze nötig.

Wir wären gezwungen, mindestens 4 von 5 intensivbedürftigen Patienten die eigentlich notwendige Behandlung vorzuenthalten.

Das bedeutet, dass wir überall in Deutschland italienische Verhältnisse hätten. Wenn es so kommt, dann können wir Ärztinnen und Ärzte den Erstickungstod Zehntausender unserer Eltern und Großeltern nicht verhindern, auch die Wirtschaft nicht, nicht die Bundeswehr und auch nicht die Politik.

Nur wir alle, die wir in Deutschland leben, können diesen Weg noch gemeinsam verhindern – mit unserem Verhalten. Jetzt haben wir dazu noch die Chance. In wenigen Wochen spätestens ist diese Chance vertan. Bis dahin wird es kein Arzneimittel und keine Impfung geben.

Das einzige Heilmittel, die einzige Impfung, die es gibt, sind wir selbst und unser Verhalten jetzt, heute, an diesem Nachmittag, heute Abend, am morgigen Sonntag. Lassen Sie uns alle gemeinsam kämpfen für das winzige bisschen dazu erforderlicher Vernunft!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser Team in der Ärztekammer Nordrhein überlegt situativ jeden Tag neu, wie wir die medizinische Versorgung vor Ort aktuell unterstützen können.

- So haben wir ein Beratungstelefon für Ärztinnen und Ärzte und Bürger eingerichtet und informieren über unsere Homepage und unseren Instagram-Account zu tagesaktuellen Entwicklungen.

- Ebenfalls beteiligen wir uns an der Vermittlung von zurzeit nicht in der Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen, um die Personalnot in den Regionen abzufedern, wo sie am größten ist.
- Wir haben alle Fortbildungsveranstaltungen wie auch unseren Norderney-Kongress abgesagt, um das Risiko der Infektübertragung bei solchen Veranstaltungen zu minimieren.
- Gleichzeitig arbeiten wir daran, verstärkt Online-Fortbildungen anzubieten.
- Darüber hinaus bemühen wir uns darum, den Fortbildungsnachweis in diesem Jahr auszusetzen. Ich habe diesen Vorschlag sowohl in einer Runde platziert, an der am Donnerstag per Videoschleife unser Ministerpräsident Armin Laschet, NRW-Gesundheitsminister Karl Josef Laumann und die Minister für Wirtschaft und Finanzen, Prof. Pinkwart und Lutz Lienenkämper, beteiligt waren, als auch in einer Telefonkonferenz der Gesundheitspolitiker der CDU aus Bund und Land mit Jens Spahn.
- In dieser Woche haben wir uns schweren Herzens und leider sehr kurzfristig dazu entschlossen, unsere zentralen Facharztprüfungen mit insgesamt 700 Prüflingen zum größten Teil abzusagen. Ich habe mich lange dagegen gewehrt, weil ich weiß, dass die erfolgreich bestandene Prüfung tariflich eine Verbesserung mit sich bringt.

Wir wissen mit heutigem Stand nicht, ob wir die zentralen Prüfungstermine im Mai halten können, arbeiten aber an Alternativlösungen.

Ich weiß, wie schwierig es für die Kolleginnen und Kollegen sein wird, in der jetzigen Zeit Freiräume für neue Prüfungstermine und die Aktualisierung ihrer Vorbereitung darauf zu finden. Dazu kommt auch die emotionale Belastung, die dadurch entsteht, dass die lange Zeit der Weiterbildung und des Lernens vor einer Prüfung noch nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Seien Sie versichert, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Weiterbildungsabteilungen tun derzeit alles, um individuelle Ersatztermine zu finden, damit die Facharztprüfungen im kleineren und damit risikoärmeren Prüfungsrahmen möglichst bald durchgeführt werden können.

- Dieselbe Problematik stellt sich auch bei den Abschlussprüfungen der Medizinischen Fachangestellten, die wir ebenfalls aussetzen mussten. Auch hier suchen wir derzeit nach guten Regelungen, damit zum schnellstmöglichen Termin nachgeprüft werden kann.

Wir erleben im Moment viel Zuspruch und Wertschätzung von Politik und Gesellschaft. Doch wenn sich die Krise länger hinzieht, und daran habe ich leider keinen Zweifel, darf es nicht beim verbalen Applaus bleiben.

Dann brauchen wir wirtschaftliche Hilfe für Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Betriebe, die derzeit unentbehrlich sind. Dazu gehören auch Hilfen, die das Personal von unnötigen Belastungen bürokratischer Art verschonen.

Wir brauchen einen finanziellen Schutzschirm für die Krankenhäuser, für die Praxen, für unser Personal, wir brauchen eine personelle Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Und so wie wir einen Verzicht auf unnötige Begegnungen brauchen, so brauchen wir auch einen Verzicht auf jede unnötige Bürokratie!

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Am 8. Januar hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung in Deutschland zu einem integrierten System weiterzuentwickeln.

Im Unterschied zum „Diskussionsentwurf“ aus dem letzten Sommer soll der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung nun bei den KVen bleiben, die dafür allerdings nun „24 Stunden an 7 Tagen“ in der Woche sorgen sollen. Die fachliche Leitung der Integrierten Notfallzentren (INZ) soll einseitig den KVen übertragen werden.

Krankenhäuser ohne INZ sollen bei der Behandlung ambulanter Notfallpatienten Abschlüsse hinnehmen müssen. Dem G-BA wird eine umfassende Richtlinienkompetenz zur Ausgestaltung der Vorgaben für die INZ übertragen. Eine Grundgesetzänderung mit Blick auf den Rettungsdienst ist anders als im Diskussionsentwurf nicht vorgesehen.

Bei der Ausgestaltung dieses Gesetzes gibt es aus meiner Sicht noch erheblichen Verbesserungsbedarf. Für mich ist es nicht akzeptabel, dass Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum künftig mit einem Abschlag von 50 Prozent bestraft werden sollen, wenn sie sich um kranke Menschen kümmern, die sich als Notfälle bei ihnen vorstellen.

Es entspricht unserem ärztlichen Selbstverständnis, dass kein Patient weggeschickt wird, ohne dass man ihn angehört, untersucht und behandelt hat, wie dies die ärztliche Sorgfalt in der Notfallsituation erfordert. Dieses richtige ärztliche Verhalten darf niemals Gegenstand finanzieller Sanktionen werden.

Ich meine auch, dass wir in NRW mit unserer Lösung der Portalpraxen schon ein erhebliches Stück weiter sind, als im Entwurf definiert und möchte nicht, dass wir diese gute Entwicklung gegen eine schlechtere bundesweite Lösung eintauschen müssen. In unserer jüngsten Kammerversammlung haben wir umfangreiche Positionen zur Notfallversorgung verabschiedet. Diese sind für uns Richtschnur in der Bewertung dieses Referentenentwurfs.

Referentenentwurf eines Patientendaten-Schutzgesetzes PDSG

Am 30. Januar hat das BMG einen Referentenentwurf zum Patientendatenschutz (in den bisherigen Ankündigungen als „Digitale-Versorgung-Gesetz II“ bezeichnet) vorgelegt. In diesem Entwurf werden detaillierte und weitgehende Vorgaben zum Datenschutz im Rahmen der sogenannten Telematikinfrastruktur und der elektronischen Patientenakte (ePA) gemacht.

Folgende Neustrukturierungen sind geplant:

- Patientinnen und Patienten sollen nun zeitgleich mit Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) einen Anspruch darauf erhalten, dass ihre Ärztin bzw. ihr Arzt Daten in die ePA einträgt. Ärzte bekommen das erste Befüllen und das Verwalten der ePA bezahlt.

Neben Befunden, Arztberichten oder Röntgenbildern sollen sich ab 2022 auch der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe V-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der elektronischen Patientenakte speichern lassen.

- Die Nutzung der ePA soll für die Versicherten freiwillig sein. Der Versicherte soll – auch per Smartphone und Tablet – entscheiden, welche Daten in der ePA gespeichert und welche wieder gelöscht werden. Er soll auch in jedem Einzelfall entscheiden können, wer auf die ePA zugreifen darf und welche Teile der Akte dabei sichtbar sind.
- Ab 2023 sollen Versicherte die Möglichkeit haben, die in der ePA abgelegten Daten im Rahmen einer Datenspende freiwillig der Forschung zur Verfügung zu stellen.
- Aufgabe der gematik soll es sein, "die Sicherheit der in der Telematikinfrastruktur genutzten Identifikations- und Authentifizierungsverfahren, insbesondere der Karten und Ausweise gemäß §§ 291 und 340 sowie deren Ausgabeprozesse zu koordinieren, zu überwachen und bei Sicherheitsmängeln verbindliche Vorgaben zu machen [...]".

Jeder Nutzer der Telematikinfrastruktur - ob Arzt, Krankenhaus oder Apotheker - soll für den Schutz der von ihm verarbeiteten Patientendaten verantwortlich sein. Die Details dazu sollen mit dem Gesetzentwurf lückenlos geregelt werden.
- Für das E-Rezept soll es ab 2021 eine App geben, mit der sich dieses direkt auf das Smartphone laden lässt. Der Patient soll es dann in einer Apotheke seiner Wahl einlösen können.
- Für die elektronische Patientenakte soll wie für Patientenakten auf Papier ein sogenannter Beschlagnahmeschutz gelten. Im Fall einer polizeilichen Ermittlung soll ein Arzt also nicht verpflichtet sein, die Daten eines Patienten herauszugeben.

Generell – und ich glaube darüber sind wir uns schon seit Jahren einig – wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens nur gelingen, wenn eine ausreichende Akzeptanz aller Beteiligten, vor allem durch einen medizinischen Nutzen, belegbar wird.

Daher sind die im Gesetz vorgesehenen Anreizmechanismen für die Erstbefüllung medizinischer Anwendungen der Telematikinfrastruktur, wie z. B. der Notfalldaten und der elektronischen Patientenakte, ein richtiger Schritt.

Diese Anreizsetzung, so die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme, sollte fokussiert werden auf die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte mit einem Notfalldatensatz als Patientenpass, um möglichst kurzfristig einen Nutzen für die Versorgung zu generieren.

Konterkariert wird das Bestreben nach Akzeptanz der Beteiligten meiner Ansicht nach durch eine Verpflichtung mit Sanktionsdrohungen oder die überbordende Verlagerung von Aufgaben, die nicht unmittelbar mit der medizinischen Versorgung des Patienten verbunden sind, wie z. B. datenschutzrechtliche Auskunfts- oder Beratungspflichten gegenüber den Versicherten, auf Vertragsärztinnen und -ärzte bei der Nutzung von ePatientenakten. Das sollte doch nun wirklich primär Aufgabe der Krankenkassen als Anbieter von Patientenakten sein.

Für Ärztinnen und Ärzte entsteht durch das Befüllen und Verwalten der ePA selbstredend ein zusätzlicher Mehraufwand.

Unsäglich finde ich es in diesem Zusammenhang, dass einige Krankenkassen versuchen, diesen Mehraufwand herunterzuspielen und den ohnehin schon nicht ausreichenden Vergütungsansatz des Mehraufwands in Frage zu stellen. Darüber wird zu reden sein.

Reform des Medizinstudiums

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Ende 2019 den Arbeitsentwurf einer neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) vorgelegt. Darin sollen wesentliche Ziele des „Masterplans Medizinstudium 2020“ umgesetzt werden.

Dieser Plan beinhaltet einen stärkeren Praxisbezug des Studiums, kompetenzorientierte Prüfungen, mehr Gewicht für kommunikative und soziale Fähigkeiten und eine Stärkung der Allgemeinmedizin in Studium und Forschung. Auf diese Ziele hatten sich der Bundesgesundheitsminister, die Bundesforschungsministerin, Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz der Länder sowie die Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages nach jahrelangen Vorarbeiten bereits im März 2017 geeinigt.

„Ziel ist der Aufbau einer engen, lehrfördernden Beziehung zu den Lehrärzten und Lehrerinnen, in der diese als ärztliche Mentoren wahrgenommen werden“, heißt es im Entwurf aus dem BMG. Auch ist zur Stärkung der Allgemeinmedizin an der Universität vorgesehen, dass alle Studierenden im Staatsexamen am Ende ihres Studiums in diesem Fach geprüft werden.

Die Prüfungen sollen insgesamt praxisnäher gestaltet werden. Das Praktische Jahr wird nach den Plänen des BMG von Tertialen auf Quartale und damit auf vier Ausbildungsabschnitte von je zwölf Wochen umgestellt werden. Dabei werden Innere Medizin sowie Chirurgie Pflicht bleiben „und durch zwei Stationen in anderen klinisch-praktischen Fachgebieten (Wahlfächern) ergänzt, von denen mindestens eines im vertragsärztlichen Bereich zu absolvieren ist“.

Mit Blick auf den Praxisbezug des künftigen Studiums sieht der Arbeitsentwurf einer neuen ÄApprO vor, die bisherige Trennung von Vorklinik und Klinik aufzuheben. So sollen die Studierenden der Zukunft verpflichtet werden, bereits ab dem zweiten Semester vier einwöchige und zwei zweiwöchige sogenannte Blockpraktika in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis zu absolvieren. Bis Ende des zehnten Semesters muss sich die Dauer auf mindestens acht Wochen in höchstens zwei verschiedenen Lehrpraxen summieren.

Nach derzeitiger Planung soll die neue ÄApprO, die laut Bundesärzteordnung eine Rechtsverordnung des BMG ist und der Zustimmung des Bundesrates bedarf, am 1. Oktober 2025 in Kraft treten.

Beim „Forum Gesundheit 2020“ unserer Kreisstelle Mülheim am 18. Februar, zu der unser Kreisstellenvorsitzender Uwe Brock die Mülheimer Ärzteschaft ins Evangelische Krankenhaus eingeladen hatte, diskutierten unsere Kolleginnen und Kollegen die Reformpläne mit Experten.

Ich begrüße, dass die wissenschaftliche Ausrichtung des Medizinstudiums in den derzeitigen Reformplänen verbindlich festgelegt ist. Diesbezüglich gab es Sorgen, aber das scheint zu gelingen.

Auch die geplante Verbindung von Klinik und Vorklinik und die Einbeziehung des ambulanten Sektors sind positiv zu bewerten. Dass eine Studienreform mit aktuellen Problemen in der Versorgung zu begründen ist, wie es mitunter geschieht, glaube ich allerdings nicht. Es geht um eine breit gefächerte Ausbildung und es darf und wird keine Engführung etwa im Hinblick auf den Landärztemangel geben.

Hinsichtlich der Finanzierung der Reform sehe ich, wie auch der Fakultätentag, noch offene Fragen. Der zusätzliche Bedarf ist noch nicht kalkuliert.

Problematisch finde ich, dass mit der neuen Approbationsordnung alle Modellstudiengänge enden sollen. Meiner Ansicht nach sollten bewährte Modellstudiengänge, die die frühe und intensive Verschränkung von Grundlagen und Klinik zum Ziel haben, weiterhin möglich sein. Damit verbunden ist dann auch, dass die M1- und M2-Prüfungen weiterhin zusammen nach dem 6. Semester stattfinden können.

Ganz besonders wichtig ist mir: die Bedeutung der Freiberuflichkeit im Sinne der ärztlichen Unabhängigkeit in fachlichen Entscheidungen muss künftig im Studium verstärkt vermittelt werden, um so einen Kontrapunkt zur Kommerzialisierung unseres Berufes zu setzen.

Duales System der Krankenversicherung erhalten

Die von der Bundesregierung eingesetzte „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem“ (KOMV) hat Ende Januar ihre Empfehlungen zur Neugestaltung der ambulanten ärztlichen Vergütung vorgelegt.

Die Kommission schlägt eine „partielle Harmonisierung“ der ambulanten ärztlichen Vergütungssystematiken in der vertragsärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte (EBM) und der privatärztlichen Versorgung (GOÄ) vor. Das Konzept der KOMV unterscheidet zwischen Bausteinen, die gemeinsam weiterentwickelt werden sollen, und Bereichen, bei denen man Unterschiede erhalten will.

Zu den gemeinsamen Bausteinen zählen die Definition der ärztlichen Leistungen (sogenannte Leistungslegendierung) und die relative Kostenbewertung, also die ökonomische Bewertung der Leistungen im Vergleich zueinander. Für beides sollen nach Auffassung der Kommission neue gemeinsame Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung zuständig sein. Die Preise sollen hingegen weiterhin getrennt für GKV und PKV vereinbart werden.

Angesichts der bestehenden sehr unterschiedlichen Versicherungssysteme rät die KOMV nicht zu einer gemeinsamen Honorarordnung mit einheitlichen Preisen. Sie plädiert dafür, dass Mindestqualitätsstandards für die vertrags- und privatärztliche Versorgung künftig gemeinsam und einheitlich definiert werden.

Der Bundesminister für Gesundheit hat angekündigt, den Bericht zu prüfen und will gemeinsam mit dem Koalitionspartner entscheiden, ob und wie mit den Vorschlägen umgegangen werden soll.

Nach meiner Auffassung ist die Dualität von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) ein wesentlicher Grund für die im internationalen Vergleich hervorragende Gesundheitsversorgung in Deutschland. Daher ist zu begrüßen, dass die Kommission eine Einheitsgebührenordnung ablehnt.

Ich warne davor, unser bewährtes Zwei-Säulen-Modell der Krankenversicherung zur Disposition zu stellen, und sei es auch nur in Gedankenspielen, wie sie die Bertelsmann-Stiftung in einer Mitte Februar veröffentlichten Studie anstellt.

Eine Einbeziehung aller PKV-Versicherten in eine Einheitsversicherung, von welcher in der Bertelsmann-Studie die Rede ist, wäre kontraproduktiv.

Denn die privaten Versicherungen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität. Sie ermöglichen es Ärztinnen und Ärzten regelmäßig, ihren Patienten Innovationen schneller zur Verfügung zu stellen, als dies ohne PKV der Fall wäre.

Auch wirkt das duale System als Bremse für Leistungseinschränkungen in der GKV. Eine Einheitsversicherung würde die Patienten in ein System ohne Alternative und Korrektiv zwingen.

Aus ärztlicher Sicht braucht ein innovationsfähiges Gesundheitssystem auch in Zukunft den Arztberuf als einen Freien Beruf mit einer staatlichen Gebührentaxe zur korrekten Bewertung der einzelnen, individuell erbrachten ärztlichen Leistungen.

Die Bundesärztekammer hat daher als erste Konsequenz aus dem Kommissionsbericht eine schnelle Umsetzung der GOÄneu gefordert.

Verbot der geschäftsmäßigen Förderung des Suizids ist verfassungswidrig

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26. Februar 2020 zum § 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) dem Selbstbestimmungsrecht am Ende des Lebens weiten Raum zugesprochen.

Gleichwohl sieht es aber auch die Notwendigkeit für eine gesetzgeberische Regulierung der Beihilfe zur Selbsttötung. So weist das Gesetz darauf hin, dass von einem unregulierten Angebot geschäftsmäßiger Suizidhilfe Gefahren für die Selbstbestimmung ausgehen können.

Dem Gesetzgeber steht zum Schutz dieser Selbstbestimmung über das eigene Leben in Bezug auf organisierte Suizidhilfe ein breites Spektrum an Einschränkungen offen. Diese können ausdrücklich auch im Strafrecht verankert oder durch strafrechtliche Sanktionierung von Verstößen abgesichert werden.

Das Urteil ist deshalb als Auftrag an den Gesetzgeber zu verstehen, diese Möglichkeiten auszuloten und rechtssicher auszugestalten.

Die Gesellschaft als Ganzes muss meines Erachtens Mittel und Wege finden, um zu verhindern, dass die organisierte Beihilfe zur Selbsttötung zu einer Normalisierung des Suizids führt.

Positiv hervorzuheben ist die Bestätigung des Gerichts, dass auch zukünftig keine Ärztin und kein Arzt zur Mitwirkung an einer Selbsttötung verpflichtet werden kann.

Die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zu ihrem Tod beizustehen.

Die Beihilfe zum Suizid gehört damit auch in Zukunft ganz grundsätzlich nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten.

Wir werden uns auf einem Deutschen Ärztetag Gedanken machen müssen, inwieweit das Karlsruher Urteil eine Anpassung des ärztlichen Berufsrechts erforderlich macht.

Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

Ich habe es schon einleitend angesprochen – die aktuelle Pandemie lässt uns auch das Thema „Krankenhausplanung“ noch einmal mit anderen Augen sehen. Wir sind derzeit froh über jedes Krankenhaus und jedes Bett, vor allem jedes Intensivbett, das wir haben. Erstmals seit Jahrzehnten erleben wir, dass in Deutschland in relevantem Stil neue Standorte und Betten geschaffen werden sollen, wenn auch nur als Behelfseinrichtungen.

Deswegen war es richtig, dass wir uns schon bei der Kammerversammlung im November entschieden für den Erhalt der flächendeckenden, wohnortnahen Krankenhausversorgung ausgesprochen haben.

Wir haben auch deutlich gemacht: Das spricht nicht dagegen, über sinnvolle Strukturen und eine gute Arbeitsteilung zu diskutieren.

Letztlich sind es ja auch nicht die Betten, die Geräte oder die Gebäude, die den Menschen helfen. Es sind die qualifizierten Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte, auf die es ankommt. Hier muss viel mehr geschehen, um für den notwendigen Nachwuchs zu sorgen, und das betrifft alle Ebenen der Gesundheitspolitik.

Die Krankenhausplanung hat hier auch ihre Rolle. Denn Krankenhäuser sind wichtige Orte für die ärztliche Weiterbildung.

Deswegen haben wir gesagt: Ja, es ist möglich, eine „leistungsorientierte“ Planungssystematik künftig an „Leistungsbereichen“ und „Leistungsgruppen“ auszurichten, weil damit eine bessere Steuerung möglich wird. Das darf aber nicht dazu führen, dass die Orientierung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildung abhandenkommt. Wir sind dazu im Gespräch mit dem Ministerium und den Partnern im Land und ich darf sagen, dass diese Gespräche einen positiven Verlauf nehmen.

Wir sind auch grundsätzlich für eine sinnvolle Bildung von Behandlungsschwerpunkten und eine klarere Aufgabenverteilung. Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen. Aber auch bei dieser Neustrukturierung müssen wir darauf achten, dass die Weiterbildung nicht leidet.

Im Zweifel sind klare Vorgaben für die Bildung von Weiterbildungskooperationen und -verbänden erforderlich, damit es nicht zu Abbrüchen in der Weiterbildungsbiographie unseres ärztlichen Nachwuchses kommt. Auch dazu sind wir in konstruktiven Gesprächen.

Ein letzter Punkt: Mittlerweile zeichnet sich ein Konsens zu der Frage ab, wie die künftigen Leistungsgruppen definiert werden sollen. Der ursprüngliche Gedanke, dies mit Hilfe von DRG-Listen zu bewerkstelligen, wird wohl nicht weiterverfolgt.

Stattdessen wird auch hier die Weiterbildungsordnung ihre prägende Bedeutung behalten. Spezielle Leistungsgruppen werden über OPS- und ICD-Codes definiert. Aus unserer Sicht ist das eine gute Entwicklung.

Für die vielen Gespräche und die guten Beratungen, die es zu diesem Themenfeld gegeben hat und weiterhin geben wird (Corona-bedingt derzeit in Form von Telefonkonferenzen) danke ich Frau Dr. Anja-Mitrenga-Theusinger und den Mitgliedern der von ihr geleiteten Krankenhauskommission wie auch den beteiligten hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Pflegekammergesetz NRW

Die Landesregierung möchte eine Pflegekammer für Nordrhein-Westfalen schaffen. Ein Gesetzentwurf liegt mittlerweile vor.

Der Anhörungstermin dazu wurde Corona-bedingt verschoben. Die Arbeitsgemeinschaft der Heilberufskammern unseres Bundeslandes, hat sich aber schriftlich geäußert.

In dieser Stellungnahme wurde auf manche Schwierigkeiten hingewiesen, die sich bei der Integration einer Pflegekammer ins Heilberufsgesetz NRW ergeben – denn die Unterschiede zwischen den Pflegeberufen und den akademischen Heilberufen sind doch ziemlich bedeutend.

Meine Einschätzung ist im Übrigen die, dass wir in der Entscheidung des Landes, eine weitere Kammer zu schaffen, natürlich eine begrüßenswerte Stärkung des Kammergedankens sehen können.

Ich bin auch zuversichtlich, dass wir in vielen gesundheitspolitischen Fragen mit einer Pflegekammer gut zusammenarbeiten können. An manchen Stellen werden wir uns auch auseinandersetzen müssen, aber das ist ja auch jetzt schon so und soll immer sachlich und fair geschehen.

Die eigentliche Kernfrage für den politischen Prozess in Nordrhein-Westfalen wird nach meiner Einschätzung aber diejenige sein, ob die Pflege selbst die Kammer wirklich will.

Es hat dazu ja eine repräsentative Befragung von 1500 Pflegekräften in Nordrhein-Westfalen gegeben, die eine deutliche Mehrheit für die Pflegekammer ergeben hat. Die Erfahrungen in Niedersachsen, wo es ja bereits eine Pflegekammer gibt, haben aber gezeigt, dass sich die Stimmung dort nach der Versendung der ersten Beitragsbescheide erheblich gewandelt hat.

Die niedersächsische Landesregierung will nun noch einmal alle Pflegekräfte befragen und dann entscheiden, ob die Pflegekammer erhalten bleibt oder wieder abgeschafft wird. Sicher wird all dies nicht ohne Auswirkungen auf den politischen Prozess in Nordrhein-Westfalen bleiben. Wir dürfen gespannt sein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

sicher gibt es noch viele andere Themen zu denen wir uns in anderen Zeiten austauschen könnten und sicher auch wieder austauschen werden. Auch habe ich nur die wichtigsten Punkte kurz angeschnitten.

Falls Sie einige der Themen vertiefend erörtern möchten, so freue ich mich über Ihre Mail an: praesident@aekno.de.