

A n t r a g

6. Sitzung der Kammerversammlung der 17. Legislaturperiode am 27.11.2021

Name: Kammerversammlung

stellt

zum Tagesordnungspunkt Nr.: 1

zu Gegenstand: Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP „Mehr Fortschritt wagen - Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“

folgenden Antrag:

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat sich mit dem Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP „Mehr Fortschritt wagen - Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ beschäftigt. Aus Sicht der Ärzteschaft enthält er Licht und Schatten, bei vielen Punkten wird es auf die konkrete Umsetzung ankommen. Die Positionierung der Koalitionspartner erfordert auch eine Positionierung der Ärzteschaft. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vertritt die folgenden Positionen und bittet den Vorstand und die Präsidenten, diese nachhaltig in die politische Diskussion einzubringen.

0. Vorab: Wie sehen die Koalitionspartner Ärztinnen und Ärzte, welche Rolle sollen sie in einem künftigen Gesundheitssystem spielen? Hierzu sagt der Koalitionsvertrag leider wenig. Es gibt 64 Fundstellen zur Pflege, von „Ärztinnen und Ärzte“ ist nur an einer Stelle die Rede. Umso wichtiger ist es, dass die Ärzteschaft sich nachhaltig einbringt, wenn zukünftig z.B. „*multiprofessionelle, integrierte Gesundheits- und Notfallzentren*“ oder „*Gesundheitskioske*“ als „*niedrigschwellige Beratungsangebote ... für Behandlung und Prävention*“ entstehen sollen.

1. Überwindung der Sektorengrenzen

Es geht stark los: ganz an den Anfang des Kapitels „Pflege und Gesundheit“ stellen die Koalitionspartner das Ziel einer sektorenübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung sollen zu einer sektorenübergreifende Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Tatsächlich sind die Versorgungsbrüche an den Sektorengrenzen ein zentrales Problem unseres Gesundheitssystems.

2. Medizinstudium

Ein anderes zentrales Problem - der eklatante Mangel an Ärzten und Ärztinnen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst wird mit keinem Wort erwähnt.

Das ist mehr als enttäuschend. Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung gab es in Deutschland 15.000 Studienplätze Medizin, jetzt sind es noch knapp 10.000. In Westfalen-Lippe hat die Hälfte aller jedes Jahr neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte keinen deutschen Hochschulabschluss. Die fehlenden Studienplätze in der Medizin werden nicht einmal thematisiert. Der Lösungsansatz der Koalitionspartner, die beschleunigte und vereinfachte „Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsabschlüsse“ fördert einen unsolidarischen Brain-Drain aus Ländern, deren Gesundheitssysteme einen noch größeren Personal-mangel haben als das reiche Deutschland. So werden sich die Probleme des Ärztemangels nicht lösen lassen.

3. Pflege (und Ärztinnen und Ärzte?)

Ein Schwerpunkt des Koalitionsvertrages ist die notwendige Stärkung der Pflege. In der Corona Krise haben Pflegerinnen und Pfleger - ebenso wie Ärztinnen und Ärzte - herausragendes geleistet. Der Koalitionsvertrag zielt auf sinnvolle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, zum Beispiel mit einer Pflegepersonalregelung 2.0. Neu geschaffen werden soll das Berufsbild einer Community Health Nurse. Gemeindeschwestern sollen als Lotsen im Gesundheitswesen wirken. Lotse im Gesundheitswesen? Das ist eine Kernkompetenz von Hausärztinnen und Hausärzten.

Es ist eine nette Geste, wenn die Steuerfreiheit für den Pflegebonus auf 3.000 Euro angehoben wird, aber eben nur eine Geste, kein nachhaltiger Anreiz. Und im Übrigen: auch Ärztinnen und Ärzte haben in der Corona-Krise Großartiges geleistet. Für sie sind keine Steuervorteile vorgesehen – wo bleibt da der vielbeschworene „Respekt“? Und was ist mit einer Personalregelung 2.0 auch für Ärztinnen und Ärzte?

4. Digitalisierung

Deutschland hinkt bei der Digitalisierung hinterher, auch im Gesundheitswesen. Es ist daher richtig, Digitalisierung im Gesundheitswesen als Ziel zu formulieren. Es bleibt aber zu hoffen, dass nach den bisherigen - eher bescheidenen - Erfahrungen mit gematik, eHBA, ePA, eAU zielführende Lösungsansätze gewählt werden. Telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und telenotärztliche Versorgung - das klingt vielversprechend und bedarf einer ausreichenden Finanzierung.

5. ÖGD

Die Pandemie hat drastisch gezeigt, wie notwendig es ist, den ÖGD zu stärken. Jeder Ansatz in diese Richtung ist zu begrüßen, so etwa die im Koalitionsvertrag angesprochene Verlängerung der

Einstellungsfristen und die Klärung der Frage, welche Mittel für einen dauerhaft funktionsfähigen ÖGD notwendig sind. Warum aber dann nur ein „Appell für einen eigenständigen Tarifvertrag“? An anderer Stelle werden die Koalitionspartner beim Gehalt konkreter, und Tarifpartner des ÖGD ist die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, also der Staat selbst. Und warum wird die Rolle der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD mit keinem Wort erwähnt?

6. Reform der Notfallversorgung

Ein Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung ist auch die sinnvolle Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und der angesprochene Einsatz standardisierter Einschätzungssysteme. Erfahrungen dazu in einem Modellprojekt in Ostwestfalen sind positiv. Auch die Entwicklung eines Integrierten Leistungsbereiches im SGB V kann den Rettungsdienst stärken. Aber leider gilt auch: das Festhalten an integrierten Notfallzentren, wie sie der bereits existierende Gesetzentwurf „Reform der Notfallversorgung“ skizziert, bedroht die gewachsene Struktur der Portalpraxen in Westfalen-Lippe.

7. Ambulante Versorgung

Ausdrücklich begrüßt die Ärzteschaft die angedachte Aufhebung der Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich. Und wie sieht es mit den Honoraren im fachärztlichen Bereich aus? Die Aufhebung der Budgetierung im hausärztlichen Bereich darf nicht zulasten des fachärztlichen Bereiches geschehen.

Zu kritisieren ist der geplante Verlust an Autonomie für die Selbstverwaltung, wenn die Koalitionspartner „gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen“ sicherstellen wollen. Glaubt die höchste politische Entscheidungsebene, der Bund, wirklich die kleinräumige Bedarfsplanung sachgerecht und kompetent umsetzen zu können? Und völlig widersprüchlich ist, wenn im Satz nach dem angestrebten Abbau bürokratischer Hürden die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse unter Vorbehalt behördlicher Genehmigungen gestellt werden.

8. Stationäre Versorgung - Krankenhaus

Die negativen Auswirkungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und insbesondere Patientinnen und Patienten eines auf Wettbewerb ausgerichteten Finanzierungssystems sind von der Ärzteschaft an vielen Stellen bereits thematisiert worden. Die jetzt angekündigte auskömmliche Finanzierung in den besonders betroffenen Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Notfallversorgung und Geburtshilfe und die Ergänzung der DRGs um Vorhaltepauschalen sind ein Schritt in die richtige Richtung, aber leider fehlt offenbar noch der politische Wille für einen „echten“ Ausstieg aus den DRGs. Eine auf Leistungsgruppen basierende Krankenhausplanung erinnert an die in Nordrhein-Westfalen an den Start gegangene Krankenhausplanung, an der die beiden Ärztekammern konstruktiv mitgearbeitet haben. Mit Besorgnis aber sehen wir, dass der Bund mindestens Teile der Krankenhausplanung an sich ziehen will.

Im Gegensatz zur an anderer Stelle immer wieder eingeforderten besseren interprofessionellen Zusammenarbeit steht die explizite Förderung hebammengeleiteter Kreissäle - sind Ärztinnen und Ärzte Störfaktoren im Kreissaal?

9. Weiterbildung

Wenn die Koalitionspartner die Mittel für Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in den DRGs nur noch den Kliniken zukommen lassen wollen, die auch tatsächlich weiterbilden, klingt dies zunächst gut und sinnvoll. Aber welche Mittel für Weiterbildung sind in den DRGs überhaupt kalkuliert? Die Kalkulation der DRG setzt auf Tarifgehältern auf, Zuschläge für Weiterbildung sind dort nicht vorgesehen.

Und wenn die Koalitionspartner *„das Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten [aktualisieren wollen], um auch medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche leichter verfügbar zu machen“*: das Konzept gibt es bereits, es nennt sich „Weiterbildung“. Die Probleme beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch beruhen nicht auf einer fehlenden Qualifizierung.

10. Gesundheitsfinanzierung

Positiv hervorzuheben sind die Vorschläge zur Verbesserung der Finanzgrundlage der GKV aus Steuermitteln durch eine Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV sowie die höheren Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln