

8. Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe der 17. Amtsperiode am 18. Juni 2022 in Münster

TOP 1) Bericht zur Lage

Referent:

Dr. med. Johannes Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

seit unserer letzten Kammerversammlung am 2. April sind elf Wochen vergangen. Elf Wochen, in denen nicht nur eine Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen stattgefunden hat, sondern auch ein Deutscher Ärztetag in Bremen, die Fort- und Weiterbildungswoche unserer Akademie auf Borkum und die Verabschiedung unseres langjährigen Hauptgeschäftsführers Michael Schwarzenau.

Ich freue mich sehr, dass die diesjährige Borkumwoche in Präsenz stattfinden konnte. Gerne zitiere ich den Lenkungsausschuss-Vorsitzenden, Herrn Kollegen Hugo Van Aken, der es so ausdrückte: „Wir haben zwar rasch gelernt, mit den neuen Formaten umzugehen. Aber die persönlichen Begegnungen haben wir schmerzlich vermisst.“ Und: „Fortbildung ist eben mehr als Vorträge anzuhören.“

Persönlicher Kontakt und persönlicher Austausch sind einfach wichtig, das haben wir auch wieder bei unserem „Schnupperkurs“ für Studierende im praktischen Jahr und bei den Ultraschallkursen gemerkt.

Bevor ich dann auf den Bremer Ärztetag eingehe, noch ein paar Worte zur Landtagswahl. Erschreckend – sicher nicht nur für mich – ist die historisch niedrige Wahlbeteiligung von 55,5 Prozent. Ein Kommentar in der Online-Ausgabe von „Der Tagesspiegel“ formulierte es am Tag nach der Wahl mit drastischen Worten: „*Während in der Ukraine für Demokratie gestorben wird, verschwendete in NRW fast die Hälfte der Wahlberechtigten ihr demokratisches Grundrecht.*“ Da mag man kaum widersprechen. Die demokratischen Parteien sind aufgerufen, mit überzeugenden Konzepten daran zu arbeiten, dass die „Partei der Nichtwähler“ nicht noch größer wird, sondern schrumpft.

Nachdem CDU und Grüne Ende Mai ihre Koalitionsverhandlungen aufgenommen hatten, ging nun alles sehr schnell. Ende Juni soll das erste schwarz-grüne Regierungsbündnis in Nordrhein-Westfalen stehen, heute in einer Woche wollen die beiden Parteien ihren Koalitionsvertrag auf Parteitag absegnen lassen.

Über den Koalitionsvertrag wird derzeit noch verhandelt. Aber gewisse Grundzüge der künftigen gemeinsamen Regierungspolitik lassen sich einem Eckpunkte-Papier entnehmen, das die jeweiligen Parteigremien gebilligt hatten und Grundlage der Koalitionsverhandlungen war. Dieses 12-seitige Sondierungspapier befasst sich auch mit dem Themenkomplex „Gesundheit und Pflege“. Darin finden sich eigentlich keine Überraschungen, es bleibt viel Unverbindliches. Erfreulich immerhin die Ankündigung, die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken zu wollen.

Was erwarten wir von der neuen Landesregierung?

Ganz klar zunächst einmal: Mehr Medizinstudienplätze! Insoweit darf die Politik nicht nur ankündigen, sondern muss schnell liefern! Das gilt auch für die weitere Ausgestaltung der Versorgungslandschaft. Wir fordern eine regionale bedarfsgerechte Versorgung, die ambulant und stationär verzahnt. Die ambulante Bedarfs- und die stationäre Krankenhausplanung müssen zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden, Versorgungsbrüche an den Sektorengrenzen überwunden werden. Es gilt, eine flächendeckende Grundversorgung sicherzustellen, was regionale, wohnortnahe und sektorenübergreifende Kooperationen erfordert.

Die im Sondierungspapier von CDU und Grünen enthaltene Ankündigung, für die nächsten fünf Jahre erhebliche finanzielle Anstrengungen zu unternehmen, damit in allen Krankenhäusern die notwendigen Investitionen in Ausstattung und Personal erfolgen können, ist dringend erforderlich. Die Investitionsmittel müssen aber dauerhaft das erforderliche Niveau erreichen, wenn die neue Krankenhausplanung nachhaltig erfolgreich sein soll. Wir erwarten von der neuen Landesregierung aber auch, dass sie sich auf Bundesebene für die längst überfällige Reform des Systems der Krankenhausvergütung einsetzt. Wenn sich da nichts ändert und die massiven Fehlanreize des DRG-Systems fortbestehen, laufen alle Bemühungen des Landes um eine bessere Struktur der Krankenhausversorgung ins Leere.

Ich freue mich auch über das klare Bekenntnis zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es ist ja nicht so, dass hier nichts geschehen wäre. Aus dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden im nordrhein-westfälischen ÖGD inzwischen 470 neue Stel-

len geschaffen, davon 80 ärztliche Stellen. Doch es bleibt weiterhin auf absehbare Zeit dringender Förderbedarf, völlig losgelöst von der Pandemie. Der ÖGD muss wieder zu einem attraktiven Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte und zu einer tragfähigen „dritten Säule“ des Gesundheitswesens werden.

An die Adresse der künftigen Landesregierung geht mein dringender Appell: Wir wollen keine Versprechungen hören, wir wollen Ergebnisse sehen! Ergebnisse, die eine am Versorgungsbedarf orientierte Gesundheitsversorgung möglich machen.

Über den zurückliegenden Deutschen Ärztetag in Bremen ist ja in der ärztlichen Fachpresse breit berichtet worden, einige unter Ihnen waren ja auch als Abgeordnete direkt vor Ort. Deshalb will ich an dieser Stelle nur auf einige wenige Themen und Beratungsergebnisse eingehen.

Mit der Überreichung des ersten Exemplars der neuen GOÄ an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist Dir, lieber Klaus, ein besonderer Coup gelungen. Ein deutliches Signal an den Minister, der zwar zusagte, er werde den Vorschlag vorbehaltlos prüfen. Ich habe aber meine Zweifel, ob das Ergebnis so sein wird, wie wir uns das alle wünschen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben uns ja immer klar zur Digitalisierung im Gesundheitswesen als wichtiges Ziel bekannt. Gleichzeitig gilt aber auch, dass digitale Anwendungen funktionieren und die Patientenversorgung tatsächlich verbessern müssen. Ganz in diesem Sinne hat der Deutsche Ärztetag gefordert, dass digitale Anwendungen in den Fokus rücken müssten, die einen konkreten, messbaren Nutzen in der medizinischen Versorgung haben. Auch wurden das Bundesgesundheitsministerium und die gematik aufgefordert, zeitnah eine dauerhafte Testregion zu etablieren.

Dieser Forderung ist die gematik – bezogen auf die Einführung des elektronischen Rezepts – nun nachgekommen. Anders als bisher geplant wird das E-Rezept in den Arztpraxen ab September nicht verpflichtend eingeführt. Vielmehr beschloss die gematik auf ihrer Gesellschafterversammlung im Juni einen Stufenplan für den Roll-out bis 2023. Pilotregionen werden Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe sein. Der Roll-out soll sich zudem an definierten Qualitätskriterien orientieren. Bevor die verpflichtende Einführung für die beiden Pilotregionen beschlossen wird, sollen die Gesellschafter zunächst den Erfolg der Pilotphase bestätigen.

Bis Ende letzten Jahres hatten während der ursprünglich vorgesehenen Testphase nur 42 E-Rezepte die Prozesskette Praxis – Apotheke – Krankenkasse fehlerfrei durchlaufen, darauf hatte Klaus Reinhart in seiner Eröffnungsrede hingewiesen. Ein desaströses Ergebnis! Ich glaube, dass ein solcher Stufenplan absolut sinnvoll und notwendig ist, um die bisher aufgedeckten Schwächen und Probleme bei der Ausstellung von E-Rezepten im Praxistest genauer zu identifizieren. Sollten die Probleme behoben werden können, steht der Einführung sicherlich nichts mehr im Wege. Stellt sich heraus, dass die Probleme fortbestehen, dann braucht es einfach noch mehr Zeit. Wie immer gilt: Sicherheit vor Schnelligkeit! Wir in Westfalen-Lippe haben unsere konstruktive Mitarbeit nicht nur in der Pilotphase zugesichert und werden uns hier einbringen.

Dass nun der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Westfalen-Lippe die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen dazu aufruft, sich nicht an den Tests zum E-Rezept zu beteiligen, halte ich persönlich für kontraproduktiv. Wie soll diese Anwendung denn irgendwann im klinischen Alltag fehlerfrei laufen, wenn wir sie nicht testen? Also bitte an der Stelle keine Blockadehaltung, sondern kritisch-konstruktive Mitwirkung!

Ich hoffe, dass sich Politik und Gesetzgeber auch in der Frage der finanziellen Unterstützung für Praxen bei der digitalen Vernetzung auf die Ärzteschaft zubewegen. Aus meiner Sicht völlig zu Recht hat der Deutsche Ärztetag mit Blick auf die notwendigen hohen Investitionen, die Praxisinhaber aufbringen müssen, ein Praxiszukunftsgesetz gefordert.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen ist ein Problem, das wir mit großer Sorge beobachten.

Wir haben immer gesagt: Zur ärztlichen und damit freiberuflichen Tätigkeit gehört auch ökonomische Verantwortung. Wir haben immer gesagt: Die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten muss entsprechend der hohen fachlichen Kompetenz und der enormen Verantwortung angemessen vergütet werden, egal ob in Klinik, Praxis oder anderen Bereichen. Wir haben auch immer gesagt: Krankenhäuser müssen auskömmlich finanziert werden, Praxisinhaber und Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren müssen in notwendige Infrastruktur und erforderliches Personal investieren können.

Wogegen wir uns aber massiv wenden, ist eine Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, die Kliniken, Praxen und MVZ als reine Renditeobjekte betrachtet.

Bereits vor einem Jahr hat unser Vorstand diese gefährliche Entwicklung angeprangert: Kapitalgebende Unternehmen steigen in Kliniken, Praxen oder Medizinische Versorgungszentren ein und richten diese vor allem gewinnbringend aus, um mit Gesundheitsversorgung Geld zu verdienen. Das wiederum wird dann aus dem System abgezogen. Es darf nicht sein, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens allein nach Profitabilität ausgerichtet werden, und nicht an dem, was medizinisch indiziert ist. Patientenversorgung ist eine Frage der öffentlichen Daseinsfürsorge und nicht dazu da, dass Kapitalgeber Dividenden ausschütten.

In Deiner Eröffnungsrede in Bremen hast Du, lieber Klaus, das Gutachten angesprochen, das das IGES-Institut kürzlich im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns veröffentlicht hat. Demzufolge sind in Bayern bereits 10 Prozent der MVZ in Private-Equity-Hand. Die Honorarvolumina in Private-Equity-geführten MVZ liegen über alle Fachrichtungen hinweg deutlich höher als in Einzelpraxen.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat insoweit dankenswerterweise ein klares Signal gesetzt und einen Maßnahmenkatalog gegen den Kommerzialisierungsdruck in der ambulanten und stationären Versorgung beschlossen.

Auswirkungen dieses Kommerzialisierungsdruckes in den Krankenhäusern sind die seit nunmehr sechs Wochen laufenden Streiks an den Universitätsklinika in NRW. Unsere Kolleginnen und Kollegen vor Ort sind zwiegespalten. Einerseits die Hoffnung, dass für alle endlich Druck aus der Versorgung genommen wird, andererseits die Sorge um unsere Patienten. Ich hoffe, dass das Land NRW schnell vernünftige Lösungen findet – dies im Übrigen nicht nur für die Pflegekräfte, sondern auch für Ärzte und alle anderen Berufsgruppen im Sinne der Patienten.

Im Krankenhausbereich war es der Gesetzgeber selbst, der mit dem DRG-Fallpauschalensystem den Weg für ein rein betriebswirtschaftliches Denken bereitet hat, das dem medizinisch Sinnvollen und Notwendigen oft genug entgegensteht. Krankenhäuser werden dadurch gezwungen, Renditen zu erzielen. Das derzeitige Fallpauschalensystem ist überholt und führt zu einem ruinösen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Deshalb brauchen wir eine neue Form der Krankenhausvergütung – diese ist längst überfällig!

Ein dickes politisches Brett bohren will Bundesgesundheitsminister Lauterbach mit der geplanten Krankenhausreform. Dass er aber bei der Zusammensetzung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ nur auf die wissenschaftliche Expertise von Vertretern von Großkliniken sowie Ökonomen und Juristen setzt,

ist falsch. Es fehlt der Sachverstand der medizinischen Basis. Die ärztliche Selbstverwaltung hat in dieser Kommission keine Stimme. Nun hat der Minister in Bremen ja versichert, dass die Expertise der Ärzteschaft in jedem Fall im Rahmen der Beratungen zur Krankenhausreform gehört werde. Es werde erst wissenschaftliche Vorschläge geben, die dann mit den Praktikern und den Ländern besprochen werden würden. Er sei nicht so naiv zu glauben, dass etwas gelingen könnte, ohne dass es mit den Praktikern abgestimmt worden wäre.

Das klingt gut, reicht mir persönlich aber bei weitem nicht. Es ist etwas anderes, wenn Menschen, die die Patientenversorgung in den Krankenhäusern aus eigener Anschauung kennen, mitberaten und den Diskussionsprozess mitgestalten, als wenn durch einen wissenschaftlich ausgerichteten Expertenkreis sozusagen Fakten geschaffen werden, an denen wir Praktiker uns dann abarbeiten dürfen. Das ist weder ein fairer Umgang mit der Ärzteschaft, noch führt dies zu zielführenden Lösungen für eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Krankenhausversorgung!

Auch die Monopolkommission der Bundesregierung empfiehlt in ihrem Ende Mai vorgelegten Sondergutachten „Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren“ eine Reform des DRG-Systems. Die Kommission empfiehlt die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Gesundheit, der die zielgerichtete und transparente Ausgestaltung des Fallpauschalensystems überprüft. Wichtig sei etwa ein wettbewerbskonformer Regulierungsstandard für die Entgelthöhe neuer Finanzierungskomponenten, wie z. B. Vorhaltepauschalen.

Unter anderem schlägt die Kommission auch vor, einen speziell auf das Ziel der flächendeckenden Versorgung zugeschnittenen (Mindest-)Bedarf („Sicherstellungsgrenze“) sowie zur Vermeidung einer Überversorgung ggf. eine Bedarfsobergrenze durch die Krankenhausplanung auszuweisen. Ob eine derartige Sicherstellungsgrenze wirklich eine gute Idee ist, wage ich zu bezweifeln. Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Gerald Gaß, sieht im Instrument des Mindestbedarfs als Sicherstellungsgrenze die Gefahr, dass die Mindestgrenze zum Standard wird. Diese Gefahr besteht durchaus.

Was die Finanzierung angeht, empfiehlt die Monopolkommission die Überführung der Investitionskostenförderung in das wettbewerbliche System der DRGs und die Zusammenführung aller neben der regulären Krankenhausfinanzierung existierenden Finanzierungsmittel, wie z. B. Sicherstellungszuschläge, Zentrumszuschläge, Zu- und Abschläge bei der Notfallversorgung usw. in die im Koalitionsvertrag angeregten Vorhaltepauschalen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, „pharmazeutische Dienstleistungen“ – dieses Stichwort geht seit wenigen Tagen wieder durch die ärztliche Fachpresse. Was verbirgt sich dahinter?

Bereits noch durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wurde das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken auf den Weg gebracht, das am 15. Dezember 2020 in Kraft trat. Das war vor allem eine Reaktion auf die zunehmende Marktmacht der Versandapotheken. Es ist ja auch richtig, den akademischen Heilberuf des Apothekers als freien Beruf zu stärken. Aber mit dem Gesetz hat Spahn meines Erachtens mit einem „Pflästerchen“ versucht, ein durch seine eigene Gesetzgebung geschaffenes Problem zu lösen, und dadurch gewollt oder ungewollt eine völlig unnötige und auch schädliche Konkurrenz zwischen Apothekern und Ärzten ausgelöst. Klare Regelungen zur ausländischen Versandapotheken hätten Apothekern und Ärzten geholfen, denn nur inländische Apotheker und auch Ärzte unterliegen auch einer über den Berufsstand und Gesetzgeber geregelten Selbstkontrolle ihrer Heilberufe.

Dem Gesetzeswortlaut zufolge haben nämlich Versicherte Anspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen durch Apotheken, die über die Verpflichtung zur Information und Beratung gem. § 20 der Apothekenbetriebsordnung hinausgehen und die Versorgung der Versicherten verbessern. Diese Dienstleistungen umfassen insbesondere Maßnahmen der Apotheke zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie, insbesondere bei

1. der Anwendung bestimmter Wirkstoffe, die nur in besonderen Therapiesituationen verordnet werden,
2. der Behandlung chronischer schwerwiegender Erkrankungen,
3. der Behandlung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen und Mehrfachmedikation und
4. der Behandlung bestimmter Patientengruppen, die besondere Aufmerksamkeit und fachliche Unterstützung bei der Arzneimitteltherapie benötigen.

Der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband waren vom Gesetzgeber aufgefordert, diese Dienstleistungen inhaltlich zu konkretisieren und auch deren Vergütung zu regeln. Da die beiden Parteien allerdings mehrere Monate über die Höhe der Honorare, die die Apothekerinnen und Apotheker dafür erhalten sollen, stritten, wurde im Herbst 2021 die Schiedsstelle eingeschaltet. Anfang dieser Woche wurde die Einigung der beiden Verhandlungspartner bekannt. Demzufolge sollen Menschen pharmazeutische Dienstleistungen in Apotheken in Anspruch nehmen können, die

- fünf oder mehr verordnete Arzneimittel einnehmen.

- gegen eine Krebserkrankung neue Tabletten oder Kapseln erhalten (orale Antitumortherapie).
- nach einer Organtransplantation neue Medikamente verordnet bekommen, um die körpereigene Abstoßungsreaktion zu hemmen (Immunsuppressiva).
- einen ärztlich diagnostizierten Bluthochdruck haben und Blutdrucksenker einnehmen.
- gegen eine Atemwegserkrankung Medikamente zum Inhalieren erhalten.

Bereits im September 2020 hatten die Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in einer gemeinsamen Stellungnahme die Regelung zur Einführung zusätzlicher honorierter pharmazeutischer Dienstleistungen abgelehnt und eine Streichung gefordert. Aus ihrer Sicht ebnet dies den Weg zur Um- bzw. Auslagerung originär ärztlicher Leistungen in den Bereich der Apotheken. Dies könne nicht im Interesse der Patienten sein

Für mich besteht diese Gefahr durchaus. Eins bleibt klar. Wir üben die Heilkunde am Menschen aus, nicht die Apothekerinnen und Apotheker. Wir sind für Diagnostik und Therapie zuständig und auch qualifiziert, nicht die Apotheker.

Gerade z. B. orale Krebsmedikamente sind Medikamente, die von hochspezialisierten ärztliche Kolleginnen und Kollegen verordnet werden! Sollen Apotheker beim Hinweis auf vermeintliche Neben- oder Wechselwirkungen jedes Mal Alarm schlagen? Das ist keine Entlastung für uns, sondern verunsichert die Patientinnen und Patienten. Und es ist auch nicht im Interesse der Versorgungsqualität.

Das Ergebnis des Schiedsspruchs greift in ärztliche Tätigkeit ein. Das können wir nicht akzeptieren. Aber wie sehen das die Apotheker? Die ABDA-Präsidentin und auch Präsidentin der Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Gabriele Regina Overwiening, sagte mir gestern sinngemäß: Wir wollen keine „Arztpraxis-to-go“ werden. Unser Interesse ist es, mit den Ärzten zusammenzuarbeiten. Wir wollen Ärzte unterstützen und nicht ersetzen.

Ich habe sie daher zur unserer Kammerversammlung im November eingeladen und bin gespannt, welche Taten diesen Aussagen folgen werden.

Um hier nicht missverstanden zu werden: Wir Ärztinnen und Ärzte sind für Arzneimitteltherapiesicherheit, wir wollen mit den Apothekern auch konstruktiv in der Patientenversorgung zusammenwirken – jeder mit seiner Zuständigkeit. Apothekerinnen und Apotheker sollen für ihre Arbeit natürlich auch Geld bekommen. Aber dann bitte auch wir in gleichem Maße.

Deshalb fordere ich von den Apothekern und ihrer Berufsvertretung: Stimmt Euch mit uns Ärzten ab, setzt Euch mit uns zusammen und macht keine neue Versorgungsebene neben der ärztlichen auf.

Und meine Forderung an die Politik: Lasst uns Ärzte bitte einfach unsere Arbeit machen! Wenn wir andere Gesundheitsberufe in die Versorgung der Patientinnen und Patienten einbeziehen möchten und das im Wege der Delegation und der professionsübergreifenden Zusammenarbeit für richtig halten, dann regeln wir das schon selber!

Nur noch kurz zu Corona. Der Expertenrat der Bundesregierung hat Empfehlungen gegeben die nach Ansicht auch der uns beratenden Wissenschaftler allenfalls einen groben Rahmen geben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, am Schluss der heutigen Kammerversammlung werden wir uns mit einer kleinen Anfrage des Herrn Kollegen Hochstetter zur Verbesserung der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten befassen. Ich möchte an dieser Stelle der Antwort nicht vorgreifen, aber das Stichwort zum Anlass nehmen, kurz auf dieses Thema einzugehen.

Wir haben vor einigen Wochen eine Werbekampagne gestartet, um Nachwuchs für den Ausbildungsberuf der MFA zu gewinnen. Unter dem Titel „Medizinische/r Fachangestellte/r. Etwas für Dich?“ wollen wir als Kammer jungen Menschen den Beruf nahebringen. Warum ist uns das so wichtig? Wir sind für die MFA-Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz zuständig und wir Ärztinnen und Ärzte brauchen gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte, an die wir Aufgaben vertrauensvoll delegieren können. Doch wie überall trifft auch hier steigender Bedarf auf knappe Ressourcen. Im vergangenen Jahr wurden 2.060 neue MFA-Ausbildungsverträge bei uns eingetragen. Bei der Anzahl der Verträge verzeichnen wir zwar seit über 10 Jahren eine insgesamt steigende Tendenz; allerdings werden längst nicht alle Auszubildenden nach der 3-jährigen Ausbildung auch auf Dauer in einer Praxis tätig. Die Kampagne vermittelt ehrlich und authentisch, welche Aufgaben, Schwierigkeiten, aber auch Chancen und Perspektiven konkret auf den Nachwuchs zukommen können.

Ich möchte an dieser Stelle ganz herzlich dem Vorsitzenden des Arbeitskreises „Medizinische Fachangestellte“, Herrn Kollegen Hans-Peter Peters, und der stellvertretenden Vorsitzenden, Frau Kollegin Barbara Blaszkiewicz, Dank für ihr großes Engagement im Rahmen der MFA-Ausbildung aussprechen.

Wie gesagt, wir brauchen qualifizierte MFA für eine gute Patientenversorgung, und der Fokus liegt dabei auf Entlastung von Ärztinnen und Ärzten durch Delegation von Aufgaben. Wie Sie alle wissen, lege ich größten Wert auf interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe und treibe dieses Thema mit Nachdruck voran. Bekanntlich haben wir uns kammerseits ja auch gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mit einer entsprechenden Initiative öffentlich positioniert. Bei alledem dürfen wir aber nicht vergessen, was wir unter professionsübergreifender Zusammenarbeit verstehen. Da ist ja zuweilen auch von „Augenhöhe“ die Rede. Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ ja, wenn damit gemeint ist, dass man sich mit gegenseitigem Respekt und gegenseitiger Wertschätzung begegnet. Dazu gehört auch, die jeweilige fachliche Kompetenz des entsprechenden Fachberufes anzuerkennen. Aber in medizinischen Fragen haben eben Ärztinnen und Ärzte das fachliche Wissen und die Kompetenz. Insoweit kann es keine „Augenhöhe“ geben.

Ich sage das deswegen, weil es ja bekanntlich „Emanzipations“bestrebungen beispielsweise bei den Pflegeberufen, aber auch bei Medizinischen Fachangestellten gibt. Wenn aber eine Berufsgruppe – überspitzt ausgedrückt – irgendwann sagt, „eigentlich brauchen wir Euch Ärzte gar nicht“, dann läuft etwas in die falsche Richtung. Qualifizierung, Spezialisierung für Aufgaben, um uns Ärzte zu entlasten, damit wir etwas delegieren können – das ist das Ziel. Aber keine Hochspezialisierung oder gar Akademisierung, an deren Ende ein „Arzt light“ steht.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!