

## Kammerversammlung 17.06.2023

### Bericht zur Lage

Anrede,

#### Gratulation Wiederwahl Dr. Reinhardt

bevor ich meinen Bericht beginne, möchte ich gratulieren: Im Mai fand der 127. Deutsche Ärztetag in Essen statt. Über die Beratungen und die Beschlüsse, die dort gefasst wurden, haben Sie alle schon gelesen, sodass ich an dieser Stelle nicht ins Detail gehen muss. Ich möchte allerdings eine Personalie herausgreifen: Der Ärztetag in Essen war ein Wahl-Ärztetag, und am Ende war der Präsident der Bundesärztekammer im Amt bestätigt. Viele waren froh, dass es wieder eine echte Wahl gab mit zwei guten KandidatInnen. Das zeigt ja auch das knappe Ergebnis. Dir persönlich – herzlichen Glückwunsch zu dieser Wahl, lieber Klaus Reinhardt, von mir und von uns allen hier, und alles Gute für Deine zweite Amtsperiode. Aber auch die Hoffnung, dass ihr beide nun als starke Persönlichkeiten zusammen dafür sorgt, dass die Politik die Ärzteschaft deutlicher wahrnimmt als bisher.

#### Ambulantisierung

Fangen wir mit „A“ wie „Ambulantisierung“ an: Die Politik wünscht sie sich und es ist im Grundsatz ja auch sinnvoll, Leistungen statt stationär ambulante zu erbringen, wenn dies medizinisch möglich und zum Nutzen des Patienten ist. Wir müssen auch kein weiteres Wort darüber verlieren, dass es bei der Qualität der Versorgung keine Abstriche geben darf. Bei der **politischen Umsetzung** wird es jedoch schwierig, ein gutes Beispiel ist der aktuelle AOP-Katalog.

Dieser Katalog sollte eigentlich dabei helfen, eine ärztliche Antwort zu finden auf die Frage: **Was braucht der Patient wirklich?** Dieses Ziel ist jedoch verfehlt worden. So wie die Vereinbarung über ambulante krankenhausersetzende Operationen jetzt gestaltet ist, ist sie leider nur ein „Schnellschuss“. Sie setzt falsche Anreize und es drohen Versorgungslücken, vor allem, wenn Menschen besonders intensive Betreuung nach einem Eingriff brauchen. Man kann einen **alleinstehenden 90-Jährigen** nun einmal nicht ohne Weiteres nach einem ambulanten Eingriff nach Hause schicken! **Interventionelle endoskopische Eingriffe** beispielsweise sind nach AOP-Katalog ambulant zu erbringen – eine Differenzierung nach Schweregrad oder Nachbeobachtungszeiten ist dort aber nicht definiert. So etwas geht an der Realität der Patientenversorgung vorbei!

Der **Arbeitskreis** „Sektorenübergreifende Versorgung“ hat den AOP-Katalog aufgegriffen und auch der **Vorstand** dieser Kammer hat sich im Frühjahr deutlich dazu positioniert: Wenn Leistungen krankenhausersetzend ambulant erbracht werden sollen, muss sich das zuallererst an der **individuellen Ausgangslage** der Patienten orientieren. Und die Ambulantisierung muss auch finanziell auskömmlich gestaltet sein. Bislang wird **nur eine Unterdeckung fortgeschrieben**. Das setzt falsche Anreize und hemmt die Entwicklung, statt sie zu fördern. Am Ende ist dann niemand zufrieden – weder Krankenhausärzte noch Niedergelassene noch Patienten.

### **Notfallreform – Ersteinschätzungsverfahren**

Wenig erfreulich ist auch ein Rückblick auf die jüngsten Ereignisse im Bundestag, soweit sie die Patientenversorgung betreffen. Beim „**Pflegeentlastungs- und Unterstützungsgesetz**“, das da vor einigen Tagen beschlossen wurde, denken viele sicherlich, dass es darin um Pflege geht. Das ist auch so,

doch für uns Ärztinnen und Ärzte ist, wie so oft bei Berliner Omnibus-Gesetzen, noch ein ganz anderer Aspekt von Bedeutung. Ein Änderungsantrag der Regierungskoalition, ganz kurzfristig und quasi durch die Hintertür eingebracht, betrifft nämlich die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten ganz erheblich.

Im Kern geht es darum, dass **Krankenhäuser**, an denen sich keine vertragsärztliche Notfalldienstpraxis befindet, quasi durch die Hintertür einen umfassenden Versorgungsauftrag für bei ihnen auflaufende Notfallpatienten erhalten. Selbst dann, wenn diese Patienten nach Einschätzung der Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus selbst **primär gar nicht als Notfall einzu-stufen** sind, sondern als Patienten, deren Problem auch in der regulären vertragsärztlichen Versorgung gelöst werden kann.

Die Regierungskoalition wirft auf diese Weise über den Haufen, was bislang mühsam an Ideen zur Patientensteuerung im Notfalldienst erdacht worden ist. Auch die Richtlinie des **G-BA** zu einem Ersteinschätzungsverfahren, die in diesen Tagen vorgelegt werden soll, muss nun wohl verändert werden. Doch gerade von der **Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene hängt ja der Erfolg jeder Notfallreform ab!** Wenn aber so wie jetzt eine gesetzliche Vorgabe die ärztliche Einschätzung von Schwere und Dringlichkeit des Versorgungsbedarfs und die vernünftige Weiterleitung in eine angemessene Versorgung aushebelt, kann dabei nichts Gutes herauskommen!

Es wundert natürlich nicht, wenn **Krankenhaus-Träger** diese neue Idee der Ampel gut finden. Aber in den Krankenhäusern selbst sind längst nicht alle begeistert. **Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern** sind wenig begeistert. Denn auch ohne solche fehlallozierten Patienten haben sie schon längst genug zu tun. Und auch bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen hat die neue Regelung heftigen Protest hervorgerufen. Bei der

letzten **Vertreterversammlung der KVWL** wurde sogar der Vorstand beauftragt zu prüfen, ob die Kassenärztliche Vereinigung den Sicherstellungsauftrag für den Notfalldienst zurückgeben kann.

In dieser Woche hat sich auch **der Vorstand dieser Ärztekammer** mit dem Thema „Notfalldienst“ befasst. Der Vorstand stellt dazu fest: Die Notfalldienstordnung in Westfalen-Lippe ist eine gemeinsam von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung beschlossene Satzung. Der Vorstand der Ärztekammer bekräftigt, dass auch in Zukunft die Notfallversorgung auf dieser Grundlage gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt wird. Notfallversorgung geht nur zusammen mit Krankenhausärztinnen und -ärzten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Wir sitzen gemeinsam in einem Boot und keiner sollte das Boot alleine verlassen.

## **Krankenhausreform**

Was tut sich noch in Berlin? Anfang des Monats gab es Neuigkeiten von der Krankenhausreform, wir haben jetzt so etwas wie ein Grundgerüst, auf das sich Minister Lauterbach und die Gesundheitsminister der Länder geeinigt haben. Denn nachdem er die Krankenhausplanung nach nordrhein-westfälischem Vorbild im Winter noch so vehement abgelehnt hat, kann Herr Lauterbach mittlerweile dem **NRW-Modell** offenbar immer mehr abgewinnen. Selbst die Zahl der Leistungsgruppen für die Planung ähnelt inzwischen doch sehr der Planung hier in Nordrhein-Westfalen, es gab lediglich eine überschaubare Ergänzung. Und die „Versorgungslevel“ scheinen zumindest als Planungsinstrument erstmal vom Tisch. Das ist gut so.

Aber da bleiben noch wichtige Themen wie etwa die konkrete Ausgestaltung **der Vorhaltepauschalen** – die dürfen auf keinen Fall am Ende zu **noch mehr**

**Bürokratie** in den Krankenhäusern führen! Ärztliche Personalmindeststandards müssen genauso gelten wie für die Pflege. Das **ärztliche Personalbemessungstool** der BÄK soll hier rote Linien setzen. Und am Ende – wir wissen das, und Herr Lauterbach sollte es auch wissen – braucht die Reform Geld. Sparen kann man mit neuen Krankenhausstrukturen nämlich erst einmal nicht, im Gegenteil, die Umsetzung erfordert erhebliche finanzielle Mittel. Wir können gespannt sein, woher dieses Geld kommen soll.

## **Palliativvertrag**

Doch es gibt auch Positives zu berichten. Schon des Öfteren haben wir an dieser Stelle darüber gesprochen, dass die Palliativversorgung, wie sie in **Westfalen-Lippe** organisiert ist, einzigartig ist und Vorbildcharakter für die gesamte Bundesrepublik hat. Wir haben deshalb in den letzten Jahren mit großer Sorge die Bemühungen verfolgt, die Palliativversorgung in Deutschland zu vereinheitlichen. Denn das hätte angesichts der schon jetzt hohen westfälisch-lippischen Standards eine Verschlechterung der Situation bedeutet.

Umso mehr freue ich mich, dass nach langen Verhandlungen mit den Krankenkassen nun ein neuer Palliativvertrag für Westfalen-Lippe unter Dach und Fach ist, der **ab dem 1. Juli** gilt und die Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung erhält und teilweise sogar noch verbessert. Jetzt ist es an den **Kolleginnen und Kollegen in Westfalen-Lippe, mitzumachen** und die Kooperationsmöglichkeit mit einem der 38 palliativmedizinischen Konsiliar-dienste zu nutzen. Dazu kann ich von hier nur nachdrücklich ermuntern.

Dass Patientinnen und Patienten von der hohen Ergebnisqualität bei dieser Form der Versorgung profitieren, ist mittlerweile ja auch durch Studiener-

gebnisse belegt. **Wichtig bleibt aber auch die gute Vernetzung der ambulanten mit der stationären Palliativversorgung.** Hier ist ein direkter Zusammenhang mit dem Krankenhausplan NRW. Es muss das Netz gestärkt werden, um in Krisensituationen Patienten zu helfen und dann wieder ambulant zu versorgen. Gute Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhauskollegen im ärztlichen aber auch im pflegerischen und sozialmedizinischen Bereich ist dafür notwendig. Palliativmedizin kann so wie in Westfalen-Lippe begonnen nicht nur Vorbild für andere Kammerbereiche, sondern **Vorbild für die Zusammenarbeit ohne durch die Sektoren gezogenen Grenzen sein.**

### **Gesetz zur Suizidhilfe**

Ich hatte dies gar nicht auf meinem Text stehen, gestern, vorgestern flattert dann plötzlich die Nachricht rein, dass man vor der Sommerpause noch einmal eben das Gegenteil beschließen möchte, das Gesetz zur Suizidhilfe. Jetzt gibt es 2 Vorschläge, das eine will dies über das Strafgesetzbuch regeln, das andere will eigentlich beim alten System bleiben. Die Rolle der Ärzteschaft ist da sehr ausgefeilt dargestellt aus meiner Sicht und ich weiß nicht ob wir da so einen Beschluss noch fassen können, denn müsste ja noch einer schreiben, weil es ja wirklich erst kurz vorher war. Ich glaube wir müssen auf jeden Fall den Gesetzgeber auffordern, Klaus, dass er das nicht einfach jetzt vor der Sommerpause durchdrückt, sondern dass dies eine Gesellschaftliche Diskussion ist über die man lange diskutieren muss, wir haben auch im Vorstand sehr lange drüber diskutiert und ich glaube, das ist wichtig, das wir da ein Zeichen setzen. Ich weiß nicht, ob die Bundesärztekammer da schon etwas macht, ansonsten würde ich sagen, müssen wir dies über die Landesärztekammern etwas machen, aber da kannst du gleich gerne etwas zu sagen, denn aus meiner Sicht ist es ein absoluter Skandal und der Arzt kriegt plötzlich eine Rolle zugeschrieben, die zwar sagt, „Du musst dies nicht machen

aber durch die Differenziertheit dieser Rolle, von Überprüfung das es entsprechende Gespräche gegeben hat bis zur Letztverordnung des Medikaments und jetzt kommt es noch einen Schritt drauf – wir hatte es ja auf dem Ethiksymposium auch zu der Rolle dem Menschen zu erklären, wie er dieses Medikament dann am besten nimmt, damit er erfolgreich ist. Das ist eine Verpflichtung, die wir sozusagen dann auch noch wie man das von anderen Aufklärungen auch noch kennt. Mit doppelter Unterschrift und Verwahrung im Archiv an die Seite nehmen soll, das halte ich für einen absoluten Skandal.

Ja, aber die Welt ist nicht nur in der Medizin schwierig, hätte ich fast gesagt, oder manche Dinge die in der ganzen Welt sind betreffen uns mehr als wir manchmal glauben. Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ein großes Thema, das ist die eine Seite. Was mir – und da können wir lange drüber diskutieren – und viel läuft da auch falsch, aus meiner Sicht, alles, hätte ich fast gesagt, weil der Beweis fehlt, dass es nutzen stiftet, aber das ist die eine Seite. Wir reden und ich habe ich damals bei meiner Amtseintrittsrede gesagt, wir müssen uns mit **Künstlicher Intelligenz** beschäftigen und aus meiner Sicht müssen wir das dringlicher denn je, denn **Künstliche Intelligenz** und das ist jetzt wissenschaftlich sozusagen auch bewiesen durch Tiktok, da komme ich gleich zu, kann nicht nur **gefährlich werden, sondern lebensgefährlich**.

### **Künstliche Intelligenz – Tiktok**

Das Thema Digitalisierung ist auch im Gesundheitswesen allgegenwärtig, mancher Kollege mag es vielleicht schon gar nicht mehr hören. Mit der „Künstlichen Intelligenz“ verhält es sich anders, sie begegnet uns in Kontexten, bei denen wir es vielleicht zuerst gar nicht vermuten. Aber das kann **gefährlich werden, sogar lebensgefährlich!**

In der Wochenzeitung „DIE ZEIT“ wurde kürzlich über Tiktok berichtet. Sie kennen Tiktok als Plattform für Kurzvideos. Es ist enorm populär, und wenn Sie Kinder und Jugendliche in Ihrer Umgebung haben, dann wissen Sie, welche enorme Aufmerksamkeit Tiktok auf sich zieht und wieviel Zeit junge Menschen damit verbringen. Für sie ist Tiktok auch deshalb so interessant, weil es sehr schnell lernt, wie die individuelle Interessenlage ist. Ein Algorithmus sorgt dann dafür, dass die vorgeschlagenen Videos immer besser zu den Interessen passen. Das mag bei Musik, Mode und Filmen in Ordnung sein. Wenn jedoch ein junger Mensch in eine Phase mit depressiven Gedanken gerät und seine Sehgewohnheiten und Interessen sich ändern, kommt ganz schnell eine Spirale in Gang. Vereinfacht gesagt: Menschen mit Neigung zur Depression bekommen immer mehr depressive Videos – aber keine, die bei der Bewältigung der Situation helfen. Und **wer Suizidgedanken** entwickelt, bekommt sie ebenfalls durch immer neue Videos verstärkt.

Das ist höchst erschreckend, vor allem, wenn man hört, dass auch die Zahl der Suizidversuche unter Jugendlichen steigt. Wahrscheinlich mit ein Grund, wenn auch längst nicht der einzige, warum bereits jetzt nicht nur in den USA, sondern auch in anderen Staaten diskutiert wird, Tiktok zu **verbieten**.

Das Beispiel Tiktok lässt erahnen, welche negativen Auswirkungen der Einsatz Künstlicher Intelligenz haben kann. Meist werden jedoch die **Vorzüge der KI** gepriesen. Im Gesundheitswesen etwa, wo es ja jetzt auf GKV-Kosten **Apps** für Patienten gibt, zum Beispiel für die Überbrückung der Wartezeit bei der Behandlung von Depressionen oder Burnout. Das „Digitale-Versorgung-Gesetz“ macht es möglich.

Mit Gesundheits-Apps lässt sich offenbar eine **Menge Geld** machen. Schon 2020 hat das Berliner eHealth-Unternehmen Selfapy bei verschiedenen Investoren insgesamt sechs Millionen Euro eingeworben, mit denen es weiterwachsen wollte. In der Selfapy-App gibt es dann Online-Kurse, für die Nutzer anonym und ohne Wartezeiten.

**Nicht dass wir uns falsch verstehen: Sinnhafte, durch Ärzte verordnete Apps könnten durchaus hilfreich sein – aber die Krankenkassen begrüßen diese Entwicklung eventuell auch aus **anderem Grund**. Ärztinnen und Ärzte aus Fleisch und Blut sind Ihnen ja oft genug höchst verdächtig. Und jetzt präsentieren sie auch noch Apps, die besser behandeln und besser Zuwendung geben sollen, als es ein Arzt angeblich kann.**

**KANN oder DARF?** Fängt man jetzt an, das, was wir Ärztinnen und Ärzte als Empathie geben, durch digitale Medien zu ersetzen, weil man uns nicht mehr die Zeit gönnt, mit unseren Patientinnen und Patienten zu sprechen? **Zeitnot** kennt jeder von uns, es muss immer schnell gehen: Ein Unfallchirurg soll einen Patienten mit Kniebeschwerden nicht nur in zwei Minuten untersuchen, sondern ihm am besten in dieser Zeit auch noch erläutern, warum eine weiterführende Behandlung gar nicht nötig ist. Gibt es da demnächst im Hintergrund womöglich eine Erklär-App, die emotionaler und empathischer ist, als es der Arzt sein darf?

**Wie gestalten wir Ärztinnen und Ärzte den Umgang mit Künstlicher Intelligenz?** Ein iPad mit digitaler Fallakte wird uns gern als gewaltiger Fortschritt verkauft, doch das braucht keine KI. Die kann viel mehr: Künstliche Intelligenz gibt Krankenkassen die Möglichkeit, den Arzt zu überwachen, sie kann schauen, was er behandeln darf und was nicht und ob er sich dabei leitliniengetreu verhält. Und im Hintergrund vielleicht auch noch die Leitlinien ändern.

**Wir Ärztinnen und Ärzte fühlen uns der Humanität verpflichtet.** Wie human wäre es eigentlich, wenn Künstliche Intelligenz berechnet, wie viel ein Menschenleben wert ist? Mit dem Geld, das die moderne Behandlung einer komplexen Erkrankung im Deutschen Gesundheitswesen kostet, ließen sich in anderen Gegenden der Welt schließlich dutzende, wenn nicht noch mehr Menschenleben retten! Wer entscheidet, wo diese Mittel am sinnvollsten eingesetzt werden? Und wo sind die Grenzen, die eine Entscheidung lenken?

Ich will nicht zu sehr schwarzmalen, doch während andernorts über Künstliche Intelligenz, über Tiktok und Autonomes Fahren diskutiert wird, sind Ärztinnen und Ärzte mitunter seltsam ruhig, wenn es um KI im Gesundheitswesen geht. Ich bin wahrlich kein Gegner der Digitalisierung und auch ich hoffe, dass KI uns vor allem bei unserer Arbeit helfen und uns bei Routinetätigkeiten entlasten wird. Oft meinen wir, wenn wir über KI sprechen, auch nur eine vernünftige Digitalisierung von Prozessen. Das wäre ja schließlich auch schon etwas! Doch wir müssen uns schon sehr bald die Frage stellen, ob das ausreicht. Mein Credo: Vorbei an Ärztinnen und Ärzten darf es keine weitere Digitalisierung und KI-Experimente geben. **Aber wir müssen uns auch fragen:** Fokussieren wir uns auf die richtigen Themen, denken wir weit genug? Und vor allem: Müssen wir uns nicht viel intensiver in die öffentliche Diskussion einmischen? Ich bin gespannt auf Ihre Meinung hierzu!

Herzlichen Dank