

Kammerversammlung 29.03.2025

Bericht zur Lage

Anrede

Es gibt Themen, von denen ich lange nicht gedacht hätte, dass sie uns in der Kammerversammlung einmal beschäftigen würden. Doch mit den in vieler Hinsicht beispiellosen Umbrüchen der letzten Monate ändert sich alles. Die Krise ist zum Normalmodus geworden und wir stehen immer öfter fassungslos oder gar entsetzt vor den Entwicklungen, die uns täglich in den Nachrichten präsentiert werden. In diesen Tagen ziehen die Vorbereitungen für Koalitionsverhandlungen in Berlin viel Aufmerksamkeit auf sich. Aber es gibt auch darüber hinaus sehr wichtige Themen, die uns als Ärztinnen und Ärzte beschäftigen!

Austritt der USA aus der WHO

Schauen wir einmal weit über den deutschen Tellerrand hinaus, 6400 Kilometer nach Westen, nach Washington. Was dort im Gange ist, wird kurz überlang auch hier Auswirkungen zeigen. Der neue amerikanische Präsident hatte im Januar nichts Eiligeres zu tun als den Austritt der USA aus der Weltgesundheitsorganisation zu erklären. Das stürzt zunächst einmal die WHO selbst als Institution in ein massives Finanzierungsproblem. Bald werden sich jedoch auch die Folgen für den internationalen Austausch in Forschung und Wissenschaft auf der ganzen Welt zeigen. Wie wichtig dieser Austausch ist, hat sich in der Corona-Pandemie gezeigt. An eine nächste Pandemie mag man unter diesen Vorzeichen kaum denken. Hätte das nächste Pandemie-Virus ein Gesicht – wir könnten es gerade breit grinsen sehen!

Von größter Bedeutung ist die Arbeit der WHO aber auch in ganz konkreten Präventions- und Versorgungsprogrammen. Fehlen künftig beispielsweise Aufklärungs- und Impfkampagnen, werden sich viele Krankheiten wieder verstärkt ausbreiten. Am härtesten treffen wird das die Menschen in den ärmsten Ländern. Wer soll sie auffangen?

Veränderte Sicherheitslage

Internationale Zusammenarbeit aufzukündigen, das passt in der Regel nur schwer in unser Weltbild. Denn die Vorteile solcher Zusammenarbeit sehen und schätzen wir gerade in der Europäischen Union seit Jahrzehnten. Doch unser tradiertes Weltbild ist spätestens seit dem Auftritt des US-amerikanischen Vizepräsidenten bei der Münchner Sicherheitskonferenz vor einigen Wochen zerstört. Bündnisse und Beziehungen sind jetzt grundsätzlich in Frage gestellt.

Wir Europäer müssen erkennen, dass die Vereinigten Staaten auf absehbare Zeit weder unsere Werte teilen noch weiter wie gewohnt für uns eintreten wollen. Auf einmal stellt sich deshalb auch für uns in Deutschland sehr dringend die Frage, wie es eigentlich um unsere Sicherheit steht. Wir müssen uns ganz konkret fragen: „Wie sind wir auf einen Ernstfall vorbereitet?“ Für uns als Ärzteschaft heißt das: Wie gut ist unser Gesundheitswesen auf eine große Krise eingestellt? Wie ist es vorbereitet auf einen Verteidigungsfall, auf einen Bündnisfall? Oder auch auf Naturkatastrophen, große Unfallgeschehen und terroristische Anschläge?

Resilienz des Gesundheitswesens

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe mich stets als Pazifist gesehen. Doch ich sehe auch, dass wir uns dringend auf bestimmte Szenarien

vorbereiten müssen, um nicht eines Tages weitgehend entblößt dazustehen. Das deutsche Gesundheitswesen, das ist der Tenor der Expertenmeinungen, ist nicht gut vorbereitet. Über Jahrzehnte sind zudem Strukturen und Ressourcen in der Verteidigung, im Zivil- und Katastrophenschutz abgebaut worden. Sie schienen nicht mehr nötig. Wie sollte aber, um einmal beim Beispiel Verteidigungsfall zu bleiben, der absehbare Zustrom von Kriegsverletzten in Deutschland mit heutigen Mitteln wohl bewältigt werden? Nur die Älteren unter uns werden sich noch an die beiden Bundeswehrkrankenhäuser in Westfalen-Lippe erinnern. Das Haus in Hamm wurde 2007, das in Detmold bereits 1993 geschlossen.

Und heute? Heutige zivile Krankenhäuser – das zeigen Modellrechnungen – wären binnen weniger Tage mit der Versorgung Kriegsverletzter überfordert. Wobei wir noch gar nicht darüber gesprochen haben, welches Personal all die zusätzlichen Aufgaben übernehmen soll. Im Sanitätsdienst der Bundeswehr sind schon jetzt zahlreiche Stellen unbesetzt. Viele Kollegen in Kliniken werden also nicht mehr am gewohnten Ort zur Verfügung stehen, wenn ein Militäreinsatz vorrangig Kapazitäten bindet. Es geht deshalb in nächster Zeit darum, eine eng verzahnte Zusammenarbeit des zivilen Gesundheitswesens mit Bundeswehr und Hilfsorganisationen zu organisieren. Es geht um Personal- und Notfallreserven. Bislang haben wir hierfür nicht viel in der Hand.

Bemerkenswert fand ich in diesem Zusammenhang in dieser Woche eine Äußerung der bayrischen Gesundheitsministerin Judith Gerlach. Sie hat in der WELT für Krisenzeiten mutige Entscheidungen gefordert. Und sie fordert Verzicht – zum Beispiel auf Berichtspflichten und Prüfungen. Sie sagt: „Für das Personal muss es einzig und allein um eines gehen: Leben retten.“ Das ist richtig. Aber es ist bitter, dass solche Einsichten erst ausgesprochen werden, wenn es um die Resilienz des Gesundheitswesens im Verteidigungsfall geht.

Wir werden auch darüber sprechen müssen, wie Medizin unter krisenhaften Bedingungen aussehen kann. Über die Berechtigung und Vertretbarkeit etwa von Limited Surgery und die Regeln für eine ethisch vertretbare Triagierung von Patienten kann man jedenfalls sehr, sehr lange diskutieren. Solange man noch die Zeit dafür hat.

Ich will an dieser Stelle nicht weiter ins Detail gehen – das übernimmt gleich der Kollege Günther Matheis. In der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz gab es, auch in Kooperation mit den Ärztekammern Hessen und Saarland, bereits gemeinsame Initiativen zur zivil-militärischen Zusammenarbeit, Kollege Matheis wird seine Erfahrungen mit uns teilen.

Agenda Gesundheit für künftige Regierungskoalition

Werfen wir also lieber einen Blick auf die deutsche Gesundheitspolitik. In dieser Woche hat sich der neue Bundestag konstituiert, gleichzeitig wurden die Verhandlungen über eine große Koalition von CDU/CSU und SPD weiter vorangetrieben. Was uns dabei im Gesundheitswesen erwarten könnte, das haben Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, einem Ergebnispapier der „AG Gesundheit und Pflege“ entnehmen können, das in dieser Woche öffentlich wurde und das wir Ihnen zur Information auch zugesandt haben. CDU/CSU und SPD haben darin eine Agenda skizziert, die ein Stakkato von neuen Gesetzen und Regelungen erwarten lässt. Und es soll schnell gehen!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir wissen noch nicht, was von dieser Agenda tatsächlich einmal umgesetzt wird. Sie ist ein erster Aufschlag, wir werden sehen, was sich davon am Ende in einem Koalitionsvertrag wiederfindet. Als Ärzteschaft sehen wir in dem Papier einige altbekannte

Forderungen, anderes erstaunt doch sehr. Das Papier wirft schon jetzt viele Fragen auf!

Beginnen wir ausnahmsweise mit dem, was **nicht** im Papier steht: Es findet sich kein Wort mehr zum Thema „Medizinstudienplätze“! Schon in der Januar-Sitzung hat diese Kammerversammlung festgestellt und scharf kritisiert, dass das Thema „Ärztemangel“ in den Wahlprogrammen keine Rolle spielte. Nun haben CDU/CSU und SPD klar gemacht, welche Bedeutung sie der Förderung unseres Berufsnachwuchses beimessen. Früher gab es zumindest in der Regierungskoalition noch die Absicht, die in den 1990er-Jahren verlorenen Studienplätze wieder einzurichten – leider wurde nicht wirklich etwas daraus. Jetzt gibt es offenbar nicht einmal mehr den guten Willen dazu. Das ist mehr als schwach, das ist für eine künftige Regierung, die doch Daseinsvorsorge für unser Land betreiben soll, mit Blick auf die Zukunft der Patientenversorgung geradezu fahrlässig und unverantwortlich!

Nun aber zu einigen Inhalten des Ergebnispapiers! Schon vor der Wahl haben fast alle Seiten ein Primärarztsystem für die ambulante Versorgung gefordert – da ist es nun! Verbindlich für alle soll es sein, bei freier Arztwahl von Haus- und Kinderärzten in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Auf die Details darf man gespannt sein – auch darauf, wie die künftige Versorgung von Chronikern gestaltet werden soll. Mindestens „interessant“ finde ich zudem, dass nicht nur vom Primärarzt, sondern auch über die 116 117 entschieden werden soll, ob ein Facharzttermin nötig ist. Den dann die KV vermitteln soll – kann sie es nicht, darf der Patient einen Facharzt im Krankenhaus aufsuchen.

Einige weitere Ideen für die ambulante Versorgung sind die Entbudgetierung von Fachärzten in unterversorgten Gebieten, Honorarzuschläge in unterversorgten Gebieten, dafür aber Honorarabschläge in überversorgten Gebieten:

Von mehr Geld für die ambulante Versorgung ist keine Rede, das würde also auf eine Umverteilung hinauslaufen. Wie sollte diese Umverteilung fair gestaltet werden?

Aufhorchen müssen wir als Ärztekammer bei der Ankündigung, es sollten mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis absolvieren können – nämlich „zwei pro Weiterbilder“. Außerdem sollen die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendärzte ausgebaut werden. Ganz abgesehen davon, dass die ärztliche Weiterbildung nicht im Bundesgesundheitsministerium, sondern in den Ärztekammern geregelt wird. Wie stellt man sich das in Berlin im Detail wohl vor?

Ein weiteres, nicht ganz unwichtiges Detail: Künftig sollen sich die Gehälter bei den Gesetzlichen Krankenkassen, bei Medizinischen Diensten und weiterer Institutionen am TvöD orientieren. Werden da tarifliche Regelungen für Ärztinnen und Ärzte ausgehebelt? Man sieht darin ein „erhebliches Einsparpotenzial“. Aber dann wird es absehbar sehr schwierig, für diese Stellen überhaupt noch jemanden zu gewinnen.

Noch ein Blick auf andere Berufsgruppen: „Den Apothekerberuf entwickeln wir zu einem Heilberuf weiter“, wird in dem Papier angekündigt. Wer in NRW ins Heilberufsgesetz schaut, findet dort aber schon seit jeher auch die Apothekerinnen und Apotheker. Ganz so weit kann der Weg zum Heilberuf also nicht mehr sein. Wir werden deshalb sehr aufmerksam verfolgen, worin die angekündigte „Weiterentwicklung“ bestehen soll. Versuche, ärztliche Aufgaben in Apotheken zu verlagern, hat es ja in der Vergangenheit immer wieder gegeben.

Was in Berlin in den kommenden Wochen keinesfalls unter die Räder kommen darf, ist die Krankenhausreform! Sie ist unter Karl Lauterbach begonnen

worden, und bei allen Unzulänglichkeiten: Sie darf nicht sang- und klanglos untergehen! Laut Verhandlungspapier bleibt die Basis für die Zuweisung von Leistungsgruppen das NRW-System, Anpassungen der Leistungsgruppen sollen möglich sein, wenn es medizinisch sinnvoll ist. Positiv zu bewerten ist schon einmal, dass die Konvergenzphase von zwei auf drei Jahre verlängert werden soll.

Krankenhausplanung NRW – Folgen für die ärztliche Weiterbildung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir alle wissen: Sollte Berlin die Krankenhausreform vor die Wand fahren, wird es für NRW mehr als schwierig! Denn wir sind in Nordrhein-Westfalen mit der neuen Krankenhausplanung schon weit vorangekommen. Allerdings haben die Gerichte derzeit mit Klagen vieler Krankenhäuser gegen die Feststellungsbescheide gut zu tun. Und auch als Ärzteschaft müssen wir feststellen: Gut gemeint ist nicht unbedingt gut gemacht. Leider hat sich schon wenige Wochen gezeigt, dass die neue Krankenhausplanung auch negative Auswirkungen hat, vor allem auf die ärztliche Weiterbildung.

Nach wie vor ist ja der Grundgedanke richtig, Versorgungsqualität zu sichern und zu steigern und unsinnige Konkurrenzkämpfe zwischen Krankenhäusern zu beenden. Wird Ärztinnen und Ärzten jedoch die Fortsetzung oder Beendigung ihrer Weiterbildung erschwert, weil nach den neuen Leistungsbescheiden ihre Abteilung als Weiterbildungsstätte geschlossen wird, dann läuft etwas falsch.

Es ist mehr als ärgerlich, wenn dann noch im Fernsehen zu hören ist, die Kolleginnen und Kollegen seien quasi selber schuld, wenn es mit ihrer Weiterbildung hakt oder gar nicht mehr weitergeht. Am 9. März hat die WDR-Sendung Westpol über dieses Thema berichtet. Dabei ging es unter anderem um

den Fall einer jungen Kollegin im Rheinland, die von der kurzfristigen Schließung ihrer Abteilung komplett unerwartet getroffen wurde. Für sie das Ende der Weiterbildung, zumindest vorerst!

Hätte man das wissen können? Vor der Kamera, so der Fernsehbericht, wollte dazu vom Gesundheitsministerium niemand Stellung nehmen. Aber schriftlich hat sich das Ministerium dann doch geäußert – Zitat: „Das Erfordernis von Umstrukturierungen der Krankenhauslandschaft verbunden mit dem Wegfall von einzelnen Leistungsgruppen war jedoch seit Jahren öffentlich bekannt (...) so dass sich insbesondere auch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf die kommenden Veränderungen einstellen konnten.“

Soweit das Statement des MAGS. Von jungen Kolleginnen und Kollegen, die hochbesorgt um den Fortgang ihrer Weiterbildung sind, bekommt man etwas anderes zu hören. Unsere Forderung bleibt deshalb: Krankenhäuser müssen gesetzlich verpflichtet werden, ärztliche Weiterbildung ohne Abstriche und Brüche zu ermöglichen. Und wenn das im eigenen Haus nicht zu realisieren ist, müssen verpflichtend Rotationen organisiert werden! Es ist jedenfalls wenig überzeugend, wenn man als Krankenhausträger einerseits den Fachkräftemangel beklagt, andererseits aber die jungen Kolleginnen und Kollegen im Regen stehen lässt.

Novelle der Fortbildungsordnung

Kommen wir zum Abschluss des Berichts zur Lage noch auf die innerärztliche Politik. Auch als Ärzteschaft haben wir wichtige Weichenstellungen in eigener Sache vor uns.

Den Rahmen, den uns die Politik für unsere Arbeit aufdrängt, nehmen wir oft als eng und geradezu erdrückend wahr. Dabei haben wir durchaus

Spielräume – die wir allerdings auch nutzen müssen! Heute steht auf unserer Tagesordnung die Neufassung der Fortbildungsordnung.

Die Idee der lebenslangen berufsbezogenen Fortbildung stammt nicht aus Berlin. Sie kommt nicht etwa aus dem Sozialgesetzbuch, sondern aus der Mitte der Ärzteschaft! Fortbildung gehört zum Kern des ärztlichen Selbstverständnisses. Die Verpflichtung dazu ist schon in unserer Berufsordnung enthalten, und wie bei der Berufsordnung tun wir auch bei der Fortbildung gut daran, diesen Teil unseres Lebens und Arbeitens als Berufsstand selbst zu regeln. Die neue Fortbildungsordnung, wie sie Ihnen heute zur Abstimmung vorliegt, ist ein wichtiger Schritt, die Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung zu sichern. Setzen wir als Ärztinnen und Ärzte nicht selbst diesen Rahmen für unsere Fortbildung, werden es Gesundheitspolitiker für uns tun – aber dementsprechend wird der Rahmen auch ausfallen!

Muss ich noch mehr sagen? Nein, auch hier kündige ich noch einmal den Kollegen Günther Matheis an. Er ist Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“ der Bundesärztekammer und wird uns die Neufassung der Fortbildungsordnung und ihre Bedeutung für unser Fortbildungswesen vorstellen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe an Dr. Günther Matheis!