

Kammerversammlung 15.11.2025

Bericht zur Lage

Anrede

Man kann es im Kalender sehen oder auch einfach an den Platanen hier rund ums Ärztehaus: Es ist Herbst! Und der Herbst 2025 ist ein besonderer Herbst, der Bundeskanzler hat ihn schließlich als „Herbst der Reformen“ angekündigt. Davon ist auch das Gesundheitswesen betroffen. Ein Entwurf des KHAG, des „Krankenhausreformenpassungsgesetzes“, ist bereits im Oktober im Bundeskabinett verabschiedet worden. Das „Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ hat der Bundestag in der vergangenen Woche ebenso beschlossen wie ein Sparpaket, das die Krankenkassen-Financen retten soll, aber bei den Kliniken für weitere Probleme sorgen wird. Zudem hat die Bundesgesundheitsministerin ihren Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung zur Abstimmung weiteren Ministerien zugeleitet.

Notfallreformgesetz

Über eine Reform der Notfallversorgung haben wir an dieser Stelle schon einige Male gesprochen. Sie ist dringend nötig, keine Frage, und schon Frau Warkens Vorgänger im Amt haben sich erfolglos an dieser Reform abgearbeitet. Karl Lauterbach kam zuletzt das Ende der Ampel dazwischen. Ob es der Ministerin diesmal gelingt?

Was hat Nina Warken vor? Eine prominente Rolle spielt in ihren Plänen die 116 117, die als Telefonnummer für den vertragsärztlichen Notfalldienst eigentlich jedem bekannt sein sollte. Deren Bedeutung wächst weiter, sie wird mit der 112 vernetzt. Über ein Ersteinschätzungsverfahren sollen die Anrufer

mit ihrem Gesundheitsproblem von dort in die passende Versorgungsebene gesteuert werden, damit sich weniger Patienten nur aufgrund einer Selbsteinschätzung in die nächste Notaufnahme begeben. Alles nach dem Prinzip: „Wer vorher anruft, kommt später schneller dran.“

Auch die Abkürzung „INZ“ wird in Zukunft sehr viel mehr Menschen als bisher geläufig sein. Denn diese „Integrierten Notfallzentren“ sollen flächendeckend an Krankenhäusern eingerichtet werden. Wo genau, das sollen Kliniken, KVen und Krankenkassen im Rahmen der Selbstverwaltung festlegen. Ein INZ besteht dann aus der Notaufnahme des Krankenhauses und einer Notdienstpraxis der KV, es wird rund um die Uhr geöffnet sein. Die KV-Notdienstpraxis steht wie bisher für die Versorgung in Randzeiten und am Wochenende zur Verfügung. Zu normalen Sprechstundenzeiten sollen aber jetzt auch noch „Kooperationspraxen“ an das INZ angebunden werden.

Als Ärzteschaft weisen wir seit langem darauf hin, dass die Notfallversorgung viele Ressourcen braucht, die insbesondere im ärztlichen Bereich knapp sind. Gerade auf die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen käme in diesem Konstrukt des Bundesgesundheitsministeriums neben den Kooperationspraxen noch einiges zu: Die KVen werden nämlich auch verpflichtet, durchgängig eine telemedizinische und aufsuchende Versorgung sicherzustellen. Übersetzt heißt das wohl: Es wird ein Fahrdienst eingerichtet, der 24/7 Hausbesuche machen soll. Und das werde dann, meint das Ministerium, Patienten und Ärzte gleichermaßen entlasten. Tatsächlich? Wie neue Zusatzaufgaben mit besserer Entlastung zusammenpassen, das lassen wir uns dann wohl besser noch einmal erklären.

Und der Rettungsdienst? Ja, auch daran hat man im Gesundheitsministerium gedacht. Er soll jetzt nicht nur einen eigenständigen Bereich im SGB V erhalten. Auch die Kostenübernahme für Rettungsdienst-Einsätze, die nicht mit

einer Patientenbeförderung ins Krankenhaus enden, wird endlich sinnvoller geregelt. So weit, so gut.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, so wie die Pläne zur Notfallreform jetzt aussehen, werden damit mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet. Diese Kammerversammlung hat noch im vergangenen Jahr eine Resolution verabschiedet, dass Notfallversorgung unbedingt eine bessere Patientensteuerung braucht, aber auch, dass diese Steuerung keine Anreize für Strukturausweitungen setzen darf, die am Ende niemand tragen kann. Doch diese Gefahr besteht. Hier werden wir die weitere Entwicklung ganz genau im Auge behalten!

KHAG

Das Notfallreformgesetz ist – wieder einmal – am Anfang seines Weges, das Krankenhausreformenpassungsgesetz ist schon viel weiter, der Entwurf hat im Oktober das Bundeskabinett passiert. Leider bleibt auch dort immer noch viel zu viel im Ungewissen. Wir haben ja in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren gern darauf verwiesen, wie weit wir mit unserer neuen Krankenhausplanung vorn liegen. Jetzt droht das mit dem neuen Gesetz in Sachen Krankenhausfinanzierung zum Problem zu werden. Das darf aber nicht sein: Die Bundesregelungen zur Vorhaltefinanzierung dürfen unseren Kliniken nicht schaden. Sie dürfen nicht als Druckmittel missbraucht werden, dass NRW sich Berlin anpassen muss.

Notfalls muss in dieser Frage muss eben ein Sonderweg für die nordrhein-westfälischen Kliniken ins Gesetz hineingeschrieben werden. Hier in Nordrhein-Westfalen versorgen wir mit unseren Krankenhäusern 18 Millionen Menschen, mehr als ein Fünftel der deutschen Bevölkerung. Das läuft, das kann man nicht übergehen und das darf man schon gar nicht aufs Spiel

setzen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, da sind wir alle gefragt: Sprechen Sie mit Ihren regionalen Bundestagsabgeordneten, machen Sie ihnen deutlich, was Frau Warkens Pläne für die Region und ihre Krankenhäuser bedeuten würden!

Noch eines liegt uns als Ärztekammer besonders am Herzen: Wie soll unter den Bedingungen der Bundes-Krankenhausreform in Zukunft ärztliche Weiterbildung gestaltet werden, wenn Umstrukturierungen greifen und Krankenhausstandorte geschlossen werden? Wie soll eine hochwertige Weiterbildung sektorenübergreifend durchgeführt werden, wie kann man das praktikabel für die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung gestalten? Auch zur Finanzierung der Weiterbildung haben wir bislang wenig Brauchbares gehört! Als Ärztekammer sind wir deshalb seit geraumer Zeit im Gespräch mit vielen Akteuren, wir lassen bei diesem Thema nicht locker!

Sparpaket, GKV-Finzen

In der vergangenen Woche hat der Bundestag ein Sparpaket beschlossen, das den Druck für Beitragsanhebungen bei den Krankenkassen mindern soll. Ministerin Warken ist dem Schätzerkreis gefolgt und hat für das Jahr 2026 einen Zusatzbeitrag von 2,9 Prozent verkündet, mehr möchte man den Versicherten nicht zumuten. So gesehen war es auch eine prima Idee von Frau Warken, ein Sparpaket aufzulegen und zum Beispiel bei den Kassen 100 Millionen Euro an Verwaltungskosten oder bei Werbeaktionen einzusparen!

Was leider überhaupt nicht geht, ist der vorgesehene Spar-Beitrag, den die Krankenhäuser leisten sollen: Den Kliniken möchte die Ministerin den Anstieg der Vergütungen begrenzen und so 1,8 Milliarden Euro für die Kassen gewinnen. Dabei hatte der Bundestag doch erst im September beschlossen, den Krankenhäusern bis zu vier Milliarden Euro als „Sofort-Transformations-

kosten“ zukommen zu lassen. Das und noch einiges mehr verstehen auch die Bundesländer an diesem Sparpaket nicht: Im Bundesrat wird deshalb in der kommenden Woche darüber abgestimmt, ob der Vermittlungsausschuss einberufen werden soll.

Wie gewonnen, so zerronnen, das geht im Leben ja manchmal sehr schnell. Im deutschen Gesundheitswesen geht es allerdings derzeit mit großem Tempo in die falsche Richtung: Es geht längst nicht mehr um den medizinischen Bedarf der Menschen, der wächst und in den nächsten Jahren noch viel mehr wachsen wird. Es geht offensichtlich leider nur noch um eine Versorgung nach Kassenlage. Das Einzige, was unter diesen Bedingungen noch gedeiht, ist unnötige Bürokratie – doch davon haben wir keine wirtschaftlich überlebensfähigen Krankenhäuser, keine neuen Fachkräfte, keine Digitalisierung. Solche Rahmenbedingungen ermöglichen keine ärztliche Arbeit, sie erdrücken sie mehr und mehr.

Primärarztssystem

Ich habe vorhin im Zusammenhang mit der Notfallreform schon das Thema „Patientensteuerung“ angesprochen. Ohne dieses Stichwort kommt schließlich derzeit keine Diskussion über die Zukunft unserer Patientenversorgung aus. Vor diesem Hintergrund ist es traurig, dass es mit dem Primärarztssystem noch immer nicht recht vorangeht. Alle fordern es: Die Politik will es, der Deutsche Ärztetag hat es schon lange befürwortet. Auch Versicherte und Patienten halten es mehrheitlich für sinnvoll, hat eine Umfrage des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ergeben. Sechs von zehn Befragten sind demnach für ein Primärarztssystem!

Das Primärarztssystem ist also in den Köpfen der Menschen angekommen. Das heißt: Jetzt müssen wir auch liefern! Noch hat keiner den gordischen

Knoten durchgehauen, denn viele Wege sind denkbar. Sollen Hausärztinnen und -ärzte die einzigen sein, die steuern? Oder könnte es wie in einem Modell des Ersatzkassen-Verbandes gehen, wo der Patient sich einen Hausarzt und einige grundversorgende Fachärzte in sein „persönliches Ärzteteam“ wählen kann? Oder noch ganz anders?

Wir sind auch hier in der Ärztekammer dabei, Ideen und Stimmen zusammenzuführen. Im Dezember werden wir dazu die Gremien, die mit Fragen der Patientensteuerung befasst sind, an einen Tisch rufen. Egal, was dabei im Detail herauskommt: Patientensteuerung ist zunächst einmal ärztliche Aufgabe! Zu diesem Job gehört dann allerdings auch, den Menschen nichts vorzugaukeln und Steuerung klar als solche zu benennen. Hier sind klare Worte gefragt, ich denke, das ist jedem Patienten und jeder Patientin zuzumuten. Ich bin sicher: Wer sich jetzt noch nicht mit dem Gedanken der Patientensteuerung anfreunden kann, wird sich überzeugen lassen, wenn er erst einmal erkennt, dass gesteuerte Versorgung für ihn am Ende die bessere Versorgung ist. Deshalb ist auch die wichtigste Frage beim Primärarztsystem nicht: „Wird es am Ende weniger kosten?“ Nein, es geht vielmehr darum: „Ist am Ende die Versorgung eine bessere? Sind Patientinnen und Patienten, aber auch ihre Ärztinnen und Ärzte, damit zufriedener?“

Exkurs Morgenmagazin

Gestatten Sie mir einen kleinen Exkurs zu unserer ärztlichen Verantwortung: In der vergangenen Woche hat mich ein Fernsehbeitrag im Morgenmagazin angerührt, in dem es um eine Krebspatientin ging, die alleinstehend auf Pflege angewiesen ist, aufgrund ihrer Pflegestufe aber eigentlich nur ein Minimum an Versorgung erhält. Ihr Pfleger schaute deshalb über die wenigen bezahlten Minuten hinaus quasi ehrenamtlich auch nach Feierabend nach ihr.

Solches Engagement ist aller Ehren wert. Ich weiß, dass viele Kolleginnen und Kollegen es in der einen oder anderen Form ähnlich halten würden. Das verdient Anerkennung, zeigt aber gleichzeitig, wie krank unser System an vielen Stellen ist. Auf diese kranken Stellen hinzuweisen, ist unsere ärztliche Verantwortung! Trotz aller Übergriffigkeiten gegen unsere Arbeit, wie wir sie jetzt gerade im Pflegereformgesetz wieder erleben, sind wir Ärztinnen und Ärzte diejenigen, die sagen müssen, dass bestimmte Dinge einfach nicht gehen. Denn wir haben die Gesamtverantwortung! Wir arbeiten gern im Team mit anderen Berufen zusammen, anders geht es auch gar nicht. Doch so grundlegende Veränderungen wie einen Neuzuschnitt der ärztlichen Aufgaben kann es sinnvollerweise nur geben, wenn wir als Ärztinnen und Ärzte mit im Boot sitzen. Wenn mit uns gesprochen wird und nicht nur über uns!

Fachkräftemangel

Da ist sie wieder, die Frage: Wer soll eigentlich in Zukunft die Patientenversorgung übernehmen? Wie kann es gelingen, dass genügend Berufsnachwuchs tatsächlich in der Versorgung ankommt? Es ist paradox: Die wirtschaftliche Situation unserer Krankenhäuser wird immer schwieriger, viele Kolleginnen und Kollegen nehmen die Arbeitsbedingungen dort als immer schlechter wahr. Trotzdem haben wir, gerade in der Fläche, genügend freie Arztsitze. Ärztinnen und Ärzte kommen einfach nicht in genügender Zahl in der ambulanten Versorgung an. Dabei sind die Möglichkeiten so vielfältig wie noch nie: Die klassische allgemeinmedizinische Weiterbildung gibt es ebenso wie den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. 198 Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin hat unsere Kammer im letzten Jahr erteilt, davon waren 58 Quereinsteigerinnen und Quereinsteiger.

Gerade erst vor einigen Tagen hat auch der nordrhein-westfälische Städte- tag auf den Ärztemangel hingewiesen, der sich weiter verschärft. Dabei geht es längst nicht mehr nur um den ländlichen Raum abseits der großen Städte, sondern auch immer mehr um Stadtlagen, für die sich keine Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte mehr finden.

Erschreckend fand ich jüngst einen Bericht des Ärztenachrichtendienstes über eine junge Kollegin, die sinngemäß zu Protokoll gab, dass sie ja quasi ab dem zweiten Patientenkontakt im Quartal ehrenamtlich arbeite, dass sie ohne die finanzielle Unterstützung ihres Mannes längst in die Insolvenz ginge. Das tut sie zwar nicht in Westfalen-Lippe, das Signal ist aber klar: Ein solches Beispiel kann junge Kolleginnen und Kollegen nicht ermutigen, den Schritt in die Selbstständigkeit einer eigenen Praxis zu wagen. Sicher, die eigene Praxis ist mittlerweile ja nur eine von vielen Möglichkeiten, in der ambulanten Versorgung tätig zu werden. Sie ist aber auch ein klares Statement gegen die Hyperprivatisierung, die unserer Versorgungslandschaft droht, wenn die nächste Privatisierungswelle durch das Gesundheitswesen schwappt.

Konzentration Einkaufsverbände

Mit genügend Geld in der Hinterhand ist das Gesundheitswesen nun einmal ein hochinteressantes Betätigungsfeld, um dieses Kapital zu mehren. Als Ärzteschaft sehen wir die Auswirkungen seit jeher kritisch, sei es bei Klinik-Konzernen oder auch bei Investoren-MVZ. In letzter Zeit bekommen gerade die Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus eine weitere Facette dieser Entwicklung vor Augen geführt: Es ist offenbar keine Selbstverständlichkeit mehr, dass Verbrauchsmaterial im bestellten Umfang zur Verfügung steht. Ich spreche noch nicht einmal von den Lieferschwierigkeiten bei Arzneimitteln, die uns schon seit Jahren immer mehr Sorgen machen – hier geht es

jetzt schon um Dinge wie Sauerstoffsonden, Trachealkanülen, Masken oder ganz einfach NaCl. Man kann nicht mehr sicher sein, dass das, was am Tag vorher bestellt wurde, dann auch wirklich zur Verfügung steht. Dazu braucht es nicht erst eine Katastrophenlage oder eine Pandemie. Das ist leider Alltag, und das ist sehr besorgniserregend!

Im Wirtschaftsteil der Zeitung erfährt man, wohin die Reise derzeit geht. Erst vor einigen Wochen hat beispielsweise der Gesundheitsdienstleister Vivecti den Einkaufsverbund der Sana Kliniken erworben. Vivecti gehört dem Private-Equity-Unternehmen Nordic Capital, Sana Einkauf betreut bislang schon über 1500 Gesundheitseinrichtungen in Deutschland und der Schweiz. Die Kliniken im Sana-Einkaufsverbund kaufen Produkte im Wert von vier Milliarden Euro jährlich. Nach dem Zukauf wird Vivecti 6000 Gesundheitseinrichtungen in ganz Europa versorgen. Das ist eine beeindruckende Marktmacht! Ich bezweifle allerdings stark, dass eine solche Konzentration nur Vorteile bringt. Denn Branchenexperten merken an, dass solche Einkaufsverbände die Gesamtverfügbarkeit der Produkte nicht erhöhen können und auch keine Produktionsengpässe lösen können. Man kann nur hoffen, dass das Kartellamt ein wachsames Auge auf diese Entwicklung hat!

Deeskalationstraining

Noch ein Aspekt des Arbeitsalltags in der Klinik, leider aber auch in vielen Arztpraxen ist die zunehmende Gewalt gegen Beschäftigte. Im Oktober wurde eine Umfrage des Instituts Yougov unter mehr als tausend Ärzten, Pflegekräften und MFA veröffentlicht. Darin gaben 75 Prozent an, im vorangegangenen Jahr mindestens einmal mit Gewalt oder Konfliktsituationen konfrontiert gewesen zu sein. Wir alle müssen auf solche Situationen vorbereitet sein, und deshalb freut es mich, dass wir als Ärztekammern in NRW gemeinsam

mit der Landesregierung und unseren Partnern im Präventionsnetzwerk „Sicher im Dienst“ jetzt ein neues Angebot in diesem Bereich machen können.

Wir haben gemeinsam ein Deeskalationstraining entwickelt, das speziell auf die Anforderungen in der Patientenversorgung ausgerichtet ist und das sich an die Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen wendet. Um möglichst viele Beschäftigte schulen zu können, werden jetzt Deeskalationstrainerinnen und -trainer ausgebildet. Daran wirkt auch unsere Fortbildungsakademie im nächsten Jahr mit.

Bundesverfassungsgericht zu Triage-Regelung

Ich komme zum Ende meines Berichts und ich möchte schließen mit einem Beispiel, dass mutiger Einsatz von Ärztinnen und Ärzten nicht nur im Kleinen, sondern auch auf übergeordneter Ebene etwas bewirken kann. Das Bundesverfassungsgericht hat sich unlängst mit den Triage-Regeln befasst, die während der Corona-Pandemie ins Infektionsschutzgesetz aufgenommen wurden, und diese für nichtig erklärt. Das ist in mehrfacher Hinsicht wichtig: Es gibt nicht nur den Kolleginnen und Kollegen aus der Notfall- und Intensivmedizin Recht, die geklagt hatten. Auch wenn es vor allem um formale Fragen der Gesetzgebung geht, hat das Gericht deutlich gemacht: Ärztliche Berufsausübung schließt den Kernbereich der ärztlichen Therapiefreiheit ein. Ärztinnen und Ärzte haben die von den Grundrechten geschützte Freiheit, ihre Patientinnen und Patienten individuell nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu behandeln.

Es war wichtig, all dies durch ein höchstes Gericht bestätigt zu bekommen. Ob diese Entscheidung in nächster Zeit praktische Auswirkungen hat und wie diese aussehen werden, vermag ich nicht abzusehen. Denn es ist doch fraglich, ob sich die jetzige Bundesregierung mit Eifer auf dieses Thema stürzen

wird – überhaupt könnte man ja trefflich diskutieren, in welchem Bereich des Rechts entsprechende Regelungen am besten angesiedelt werden sollten. Das Thema bleibt uns also mit Sicherheit erhalten. Wenn es aber darauf hinausläuft, die Regelungen im Landesrecht in den jeweiligen Infektionsschutzgesetzen zu verankern, ist eines besonders wichtig: Das Thema muss in den Bundesländern unbedingt einheitlich geregelt werden. Triage darf links der Weser nicht anders gehandhabt werden als rechts davon – hier darf kein Flickenteppich entstehen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!