

7. Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe der 17. Legislaturperiode am 2. April 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,

als hätten wir nicht genug Probleme mit einer Pandemie, die nicht enden will, einem Virus, das nicht weichen will! Es herrscht wieder Krieg in Europa, 77 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges.

Wir sind immer noch entsetzt und fassungslos angesichts des Überfalls russischer Truppen auf die Ukraine. Dieser inzwischen bereits seit mehr als fünf Wochen tobende Krieg steht für Tod und millionenfaches menschliches Leid. Er zerstört Städte, Wohnhäuser und Infrastruktur, gerade auch die medizinische, in weiten Teilen des Landes.

Vor allem die russischen Angriffe auf die Zivilbevölkerung und Gesundheitseinrichtungen lösen Entsetzen aus. Der Kammervorstand hat in seiner Sitzung am 23. März die Einhaltung der Genfer Konventionen gefordert und die Verstöße gegen die Genfer Konventionen im Ukraine-Krieg durch die russischen Streitkräfte scharf kritisiert. Wir verurteilen das völkerrechtswidrige Vorgehen der russischen Regierung auf das Schärfste und fordern die umgehende Beendigung des russischen Angriffskrieges.

Dieser Krieg führt zudem zu einer beispiellosen Flüchtlingswelle hilfesuchender Menschen, inzwischen sprechen wir von der größten Fluchtbewegung in Europa seit dem Zweiten Weltkrieg. Der Vorstand fordert deshalb die Einrichtung von gesicherten Fluchtkorridoren, um der Zivilbevölkerung in der Ukraine das Verlassen der Kriegsgebiete zu ermöglichen.

Viele Menschen aus der Ukraine haben inzwischen in Deutschland und auch hier in Nordrhein-Westfalen Zuflucht gesucht und gefunden. Solidarität und Hilfsbereitschaft der Bevölkerung sind riesengroß. Die zu uns kommen, haben nur das Nötigste bei sich. Und sie sind traumatisiert. Was sie vorrangig brauchen, ist – neben dem Dach über dem Kopf – insbesondere auch medizinische Versorgung. Deshalb unterstützen wir als Vorstand auch mit

Nachdruck die Forderungen der Bundesärztekammer, der Allianz der ärztlichen Verbände sowie des Marburger Bund-Bundesvorstandes nach einer schnellen und unbürokratischen medizinischen Hilfe für aus der Ukraine Geflüchtete. Diesen Menschen muss ein schneller, unbürokratischer und bundesweit einheitlicher Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglicht werden. Es gibt bereits einen unkomplizierten Weg, um die medizinische Versorgung dieser Menschen zu gewährleisten, nämlich die Gesundheitskarte für Geflüchtete. Leider sind aber noch nicht alle Bundesländer und Kommunen einer entsprechenden Rahmenvereinbarung beigetreten. Was wir dringend brauchen, sind einheitliche Regelungen ohne bürokratische Hürden und keinen Flickenteppich!

Die Aufnahme der aus der Ukraine geflüchteten Menschen stellt uns vor große Herausforderungen – auch das Gesundheitswesen. Die Not dieser Menschen trifft jedoch auf riesiges Engagement und Unterstützungsbereitschaft. Dafür möchte ich nicht nur der Politik, den Behörden und Kommunen, sondern allen im Gesundheitswesen Tätigen herzlich danken. Der Dank gilt aber genauso allen Bürgerinnen und Bürgern, die sich engagieren. Wenn es eines Zeichens bedurft hätte, dass menschlicher Zusammenhalt und gelebte Solidarität in unserer Gesellschaft noch eine Chance haben, dann bringt es dieses schreckliche Kriegsgeschehen zutage.

Die Flüchtlingswelle, die Notwendigkeit der Aufnahme, Unterbringung und Versorgung zahlreicher hilfeschender Menschen, wirft aber auch ein Schlaglicht auf gesundheits- und sozialpolitische Problemlagen. Gerade in Großstädten und Ballungsräumen stellen wir fest, dass wir uns zunehmend um sozial benachteiligte Gruppen kümmern müssen. Menschen, die mit den üblichen Strukturen gesundheitlicher Versorgung kaum mehr erreicht werden können.

Die finanziellen Spielräume für Gesundheit und Soziales werden aller Voraussicht nach jedoch nicht wachsen. Es wird kein zusätzliches Geld geben, sondern wir müssen sehen, wie wir mit den bestehenden Mitteln und Strukturen zurechtkommen. Und aufgrund steigender Mieten, Energiepreise, Ausgaben für Lebensmittel und den täglichen Bedarf drohen immer mehr Menschen, die sich das nicht mehr leisten können, abgehängt zu werden. Im Klartext: Diejenigen, die es bislang schon schwer hatten, werden es noch schwerer haben.

Das bedeutet aber auch, wir müssen Antworten und Lösungen finden, wie wir das Gesundheitswesen und wie wir uns ärztlicherseits aufstellen. Deshalb sind vernetzte Strukturen, die im Sinne einer Lotsenfunktion genau dort etabliert werden, wo sozial benachteiligte Gruppen leben, so wichtig. Ich denke da etwa an das Innovationsfondsprojekt INVEST

Billstedt/Horn. Der Gemeinsame Bundesausschuss plant, dieses Projekt in die Regelversorgung zu überführen.

In den beiden Hamburger Stadtteilen wurden sogenannte Gesundheitskioske mit mehrsprachigen, wohnortnahen und besonders niedrighschwelligem Versorgungs- und Beratungsangeboten etabliert. Ergänzend gibt es ein breites Gesundheitsnetzwerk. Daran beteiligen sich neben Ärzten und Therapeuten unterschiedlichster Fachrichtungen auch Krankenkassen.

Von derartigen festen Anlaufstellen in Quartieren ist dann auch kein großer Schritt mehr hin zu aufsuchenden Strukturen, wie wir sie ja in Westfalen-Lippe im Bereich der Wohnungslosenhilfe bereits seit vielen Jahren aktiv mit unterstützen.

Für ganz wesentlich halte ich in diesem Kontext, dass wir uns als Ärzteschaft gemeinsam mit anderen Heilberufen auf den Weg machen und überlegen, welche neuen Strukturen und vielleicht auch neuen Gesundheitsberufe wir für die Versorgung der Zukunft brauchen.

Was die medizinische Versorgung der aus der Ukraine geflüchteten Menschen angeht, ist auch der Schutz vor dem Coronavirus ein wichtiges Thema. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums sind die meisten Ukrainer nicht gegen das Coronavirus geimpft, lediglich 35 Prozent der Bevölkerung haben zwei Impfungen erhalten, noch weniger eine Boosterimpfung. Hinzu kommt, dass viele Ukrainer mit Vakzinen aus China und Russland geimpft wurden, die in der Europäischen Union nicht zugelassen sind. Das Impfen dieser Menschen soll hier weitestgehend unbürokratisch erfolgen. Und Impfstoff ist ja zum Glück mehr als genug vorhanden. Die allgemeine Impfkampagne, wenn sie denn diesen Namen überhaupt je verdient hat, ist nahezu zum Erliegen gekommen. Novavax, der lang erwartete Proteinimpfstoff und Hoffnungsträger mit Blick auf unentschlossene Nichtgeimpfte, erweist sich als Ladenhüter, liegt sprichwörtlich wie „Blei in den Regalen“.

Der Krieg in der Ukraine hat die Corona-Pandemie in den Hintergrund treten lassen. Die Prioritäten haben sich verschoben. Aber die Pandemie ist nicht vorbei. Wir erleben gerade wieder einen rapiden Anstieg der Infektionszahlen und Höchststände bei den 7-Tage-Inzidenzen. Nach der ursprünglichen Virusform, dem sogenannten Wildtyp, arbeiten wir uns hierzulande seit zwei Jahren mit den Virusvarianten Alpha, Delta und jetzt Omikron durchs griechische Alphabet. Inzwischen hat deren Untervariante BA.2, mutmaßlich noch ansteckender als BA.1, bereits übernommen und bestimmt in Deutschland das Infektionsgeschehen. Allerdings streiten sich die Forscher darüber, ob BA.2 noch ein Omikron-Subtyp ist oder schon Pi, die nächste Sars-CoV-2-Variante.

Wir sehen, dass ungeachtet der rasant ansteigenden Infektionen die Anzahl der Klinikeinweisungen und die Anzahl der Intensivpatienten nicht im selben Maße ansteigen. Das erscheint auf den ersten Blick beruhigend. Besteht deshalb Anlass zur Entwarnung? Sicher nicht, denn wir können bei weitem nicht davon ausgehen, dass die Krankenhäuser im Normalbetrieb arbeiten. Und vergessen wir nicht: Täglich sterben 200 – 250 Menschen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2.

Und auch die vermeintlich mildere Omikron-Variante darf keinesfalls unterschätzt werden. Zwar schützen vollständige Impfungen in aller Regel vor schweren Verläufen. Doch wir haben bekanntermaßen leider eine unbefriedigende Impfquote in Deutschland. Nur etwas mehr als 75 Prozent der Bevölkerung sind vollständig geimpft, knapp 58 Prozent gelten als dreifach geimpft und rund drei Millionen Menschen über 60 Jahre sind ungeimpft – drei Millionen!

Die Omikron-Welle unter Hinweis auf milde Verläufe einfach „durchlaufen“ zu lassen, wäre grob fahrlässig. Bei dem Coronavirus handelt es sich um einen systemisch wirkenden Erreger. Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass Long-COVID oder – wie es medizinisch oft genannt wird – „Post-COVID“ sich zu einem echten Problem für unser Gesundheitswesen auszuweiten kann. Ich halte dieses Problem für völlig unterschätzt, dies allein schon wegen der schiereren Menge an Personen, die sich bereits mit SARS-CoV-2 infiziert haben und noch infizieren werden.

Als Long Covid Expertin gilt die Kollegin Jördis Frommhold, Fachärztin für Innere Medizin und Lungenheilkunde und Chefarztin der Median-Klinik in Heiligendamm. Ihr zufolge registriert man vermehrt Fälle von Long Covid bei jungen, sportlichen Menschen ohne Vorerkrankungen. Oft hätten diese Patienten einen milden Akut-Verlauf, entwickelten dann aber ein bis drei Monate nach der Genesung schwere Einschränkungen.

Sind wir darauf adäquat vorbereitet? Ich fürchte, nein! Patientinnen und Patienten, die an solchen Nachwirkungen der Infektion leiden, warten oft Wochen und Monate auf einen Termin in spezialisierten Fachambulanzen. Davon gibt es aktuell offenbar leider zu wenige, wir brauchen also dringend entsprechende Versorgungsstrukturen.

Und in dieser Situation, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, lockert die Politik die Corona-Maßnahmen!

Noch Anfang Februar warnte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angesichts der hohen Infektionszahlen vor neuen Mutationen und ging nicht von einem nahen Ende der Pandemie aus. Er sagte, „dass die Pandemie mit Omikron vorbei ist, halte ich für ausgeschlossen“. Mitte Februar gab er dem „Stern“ ein Interview – ich zitiere: „Wenn wir nicht zu früh lockern, werden wir einen super Sommer haben.“ Vier Wochen später hieß es dann: „Wir müssen mit einer Sommerwelle rechnen“. Sowohl die Delta- als auch die Omikron-Variante seien so infektiös, dass es selbst bei gutem Wetter durch viele Kontakte und den nachlassenden Impfschutz wieder zu steigenden Infektionszahlen kommen könne. In der gemeinsamen Pressekonferenz mit RKI-Präsident Lothar Wieler am 11. März wurde Lauterbach dann sehr deutlich: „Die Lage ist objektiv viel schlechter als die Stimmung“, befand er und warnte davor, die Omikron-Variante zu unterschätzen, denn auch wer geimpft sei, könne schwer erkranken und langfristige Folgen entwickeln.

Mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes sind am 19. März 2022 fast alle bundesweit gültigen Schutzmaßnahmen gegen das SARS-CoV-2-Virus ausgelaufen. Der Bund hat seine Verantwortung damit an die Länder abgegeben. Diese können nun in Corona-Hotspots mit hohen Inzidenzen geeignete Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens ergreifen. Die Hürden für die Anwendung der Hotspot-Regelung liegen hoch, der Spielraum der Bundesländer ist gering, „harte“ Kriterien für solche Hotspots fehlen.

Die Lockerungen kommen völlig verfrüht. Die Pandemie ist längst nicht vorbei. Die Rücknahme der Schutzmaßnahmen vermittelt uns nur scheinbare Sicherheit und verleitet zu Leichtsin im Umgang mit dem Virus. Das Virus verzeiht aber keinen Leichtsin. In Zeiten nie dagewesener Infektionszahlen einen „Freedom-Day“ auszurufen, grenzt an Wahnsinn.

Wie ätzte Kollege Werner Bartens in der Süddeutschen vom 19. März so treffend:

„Risikoabschätzung ist ein schwieriges Geschäft, zudem ist längst bleierne Gewöhnung an die Stelle der Gefahrenabwehr getreten. Ist doch die Fahrt im Nebel bisher auch immer gut gegangen. Wer steckt sich denn ernsthaft noch mit Corona an, wenn die Seuche erst mal per Dekret beendet wurde?“ Zitat Ende.

Im Grunde ist Deutschland aktuell ein einziger Corona-Hotspot. Zum Glück nutzen viele Bundesländer, darunter auch Nordrhein-Westfalen, die Übergangszeit bis zum heutigen 2. April, um die bestehenden Corona-Regeln aufrechtzuerhalten. Der Forderung von Gesundheitsminister Laumann, an bestimmten Corona-Maßnahmen weitere vier Wochen festzuhalten, wi-

dersprach allerdings der stellvertretende Ministerpräsident Joachim Stamp: Das sei die Meinung des Gesundheitsministers, aber keine abgestimmte Haltung der Landesregierung.

Die mit § 20a Infektionsschutzgesetz eingeführte einrichtungsbezogene Impfpflicht gilt seit dem 15. März. Mit diesem Stichtag dürfen auch nur vollständig Geimpfte in solchen Einrichtungen neu eingestellt werden. Ich mache mir relativ wenig Sorgen, dass es mit der Umsetzung zu ernsthaften Problemen im Gesundheitswesen kommt, zumal die Impfquote unter den von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht betroffenen Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen als hoch gilt. Hinzu kommen lange Übergangsregelungen und Bearbeitungszeiten, bis tatsächlich Bußgelder und Betretungsverbote verhängt werden. Viel mehr Sorgen bereiten mir die coronabedingten Ausfälle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kliniken, Praxen und Pflegeeinrichtungen. Das ist bereits ein Riesenproblem!

Die Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein haben auf Wunsch des Gesundheitsministeriums eine unterstützende Aufgabe übernommen. In Münster und Düsseldorf werden für den jeweiligen Landesteil Listen von Ärztinnen und Ärzten geführt, die ihre Bereitschaft erklärt haben, erforderliche ärztliche Gutachten zur Feststellung von absoluten medizinischen Kontraindikationen einer Impfung gegen SARS-CoV-2 durchzuführen. Bislang haben sich bei uns in Westfalen-Lippe 100 Kolleginnen und Kollegen gemeldet. Deren Daten sind in einer Cloud hinterlegt. Die Gesundheitsämter können bei Bedarf darauf zugreifen, um Ärztinnen und Ärzte zu beauftragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung werden vom Land getragen.

Und wie geht es mit der allgemeinen Impfpflicht weiter? Fünf konkrete Vorschläge liegen bekanntlich vor. Nach einer ersten Orientierungsdebatte im Bundestag Ende Januar verliefen auch die Beratungen am 17. März erwartungsgemäß kontrovers. Es wird nach Kompromissen gesucht. Inzwischen ist aber mehr als fraglich, ob dies gelingt, ob die Impfpflicht kommen wird. In wenigen Tagen wissen wir mehr.

Das Thema „Corona“ möchte ich nicht abschließen, ohne mit einem kritischen Blick auf die Art und Weise einzugehen, wie die Landespolitik ärztlichen Sachverstand einbezieht bzw. **nicht** einbezieht.

Im März 2021 hat der Gesundheitsausschuss des Landtages Nordrhein-Westfalen das „Parlamentarische Begleitgremium Covid-19-Pandemie“ als Unterausschuss eingesetzt. Sein Auftrag: als interdisziplinär ausgerichtetes Gremium soll dieser Unterausschuss aktuelle sowie künftige gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Fragen der Bewältigung und der

Eindämmung der Covid-19-Pandemie behandeln. Er kann hierzu auf wissenschaftlicher Grundlage auch Handlungsempfehlungen geben.

Das Parlamentarische Begleitgremium hat seitdem 14-mal getagt, zuletzt am 8. März. In dieser 14. Sitzung waren im Rahmen einer Sachverständigenanhörung zum Pandemie-Rahmenplan für das Land NRW die beiden Ärztekammern des Landes eingeladen – erstmalig! Weitere Beteiligte waren der Präsident des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Armin Schuster, der Landrat des Kreises Herford, Jürgen Müller, Arndt Winterer als Direktor des Landesentrums Gesundheit sowie Dr. Sascha Rolf Lüder als Vertreter von Hilfsorganisationen wie DRK und ASB.

Ich finde es schon bemerkenswert, dass ein solches Gremium eingesetzt wird und **ein Jahr lang** gerade auch über gesundheitliche Fragen der Corona-Pandemie berät, bevor man überhaupt daran denkt, vielleicht auch einmal die beiden Präsidenten der Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen in die Beratungen einzubeziehen.

Ich frage mich: Wo ist die Stellung der verfassten Ärzteschaft in diesem Parlamentarischen Begleitgremium?

Dieses Gremium wäre der richtige Ort, um die Positionen und Ratschläge der Ärztekammern, etwa zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, aber auch zu anderen Fragen der Coronabewältigung, in die politischen Beratungen aufzunehmen. Unser Konzeptpapier „Rückkehr zur Normalität: Stufenkonzept für die Nordrhein-Westfälischen Krankenhäuser“ vom Frühjahr 2020 beispielsweise hätte dort Gegenstand der Befassung sein können.

Es zeigt sich aber leider wieder einmal: die Politik nimmt immer gerne hilfesuchend die Unterstützung der Körperschaften in Anspruch – ich denke hier nur an das Freiwilligenregister. Eine systematische und auf Dauer angelegte Einbeziehung ärztlichen Sachverstandes findet jedoch so gut wie nicht statt!

Am 15. Mai wählt Nordrhein-Westfalen einen neuen Landtag. Nach Ergebnissen einer am 16. März veröffentlichten Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa liegt die CDU mit 32 Prozent vor der SPD mit 27 Prozent. Die Grünen, die gegenüber der letzten Wahl um 10,6 Prozent zulegen, und FDP kämen demnach auf 17 bzw. acht Prozent.

Nur ganz schlaglichtartig und ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit möchte ich auf die bisher bekannten Aussagen der Parteien eingehen, die Aussicht auf eine Regierungsbeteili-

gung haben. Die Linkspartei – obwohl mit drei Prozent Umfrageergebnis chancenlos – nehme ich einmal mit hinzu, da sie vergleichsweise sehr konkrete Forderungen stellt.

Die CDU kündigt in ihrem Wahlprogramm die Fortführung der Landarztquote und die Erhöhung der darüber vergebenen Medizinstudienplätze an. Ferner will sie die Reform der Krankenhausplanung weiterführen. Zum Glück sind wir kammerseitig inzwischen ja viel stärker als bisher in diesen Prozess einbezogen. Wir müssen uns entsprechend auch deutlich positionieren und mit unserem Sachverstand einbringen. Das wird viel Einsatz erfordern und Kräfte binden. Gleichwohl werden wir uns kümmern und aktiv an dem Planungsprozess beteiligen müssen, wenn wir nicht unsere gestärkte Rolle wieder aufs Spiel setzen wollen.

Die CDU will auch mehr finanzielle Mittel für die Modernisierung der Krankenhäuser bereitstellen, insgesamt 2,5 Milliarden Euro in den nächsten fünf Jahren. Auf Bundesebene will sie sich für eine Reform des DRG-Systems einsetzen, um die Grundfinanzierung der Betriebskosten von Krankenhäusern der Grund- und Notfallversorgung, der Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendmedizin sicherzustellen.

Das „Virtuelle Krankenhaus“ soll nach der Intensivmedizin und Infektiologie auf weitere Indikationen und auf alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ausgedehnt werden. Auch eine angemessene Vergütung telemedizinischer Leistungen wird zugesagt.

In Nordrhein-Westfalen sind wir bei der Nutzung von Möglichkeiten digitaler Medizin für die Patientenversorgung damit gut aufgestellt und weiter auf einem guten Weg. Dies nicht nur mit dem Virtuellen Krankenhaus, sondern auch mit dem Telenotarzt-System. Insoweit haben wir hier im Land bereits nahezu flächendeckende Strukturen erreicht. Die in diesem System eingesetzten Telenotärztinnen und Telenotärzte müssen natürlich besondere fachliche und persönliche Anforderungen erfüllen. Gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein haben wir eine curriculare Fortbildung „Qualifikation Telenotarzt“ entwickelt und inzwischen bereits 145 Kolleginnen und Kollegen entsprechend qualifiziert.

Im Wahlprogramm findet sich nicht zuletzt auch das klare Bekenntnis zum System der Portalpraxen und zu einem „Ein-Tresen-Modell“. Auch die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört zu den Plänen der CDU für die nächste Wahlperiode.

Die SPD tritt für eine Stärkung der personellen, finanziellen und digitalen Ausstattung der kommunalen Gesundheitsämter ein. Sie will landesweit alle Krankenhausstandorte erhalten, manche möglicherweise mit verändertem Versorgungsauftrag. Zu ihrem Programm gehört

auch die Neuordnung des ambulanten und stationären Sektors. Ambulante Versorgungsangebote und bestehende Krankenhäuser sollen enger zusammenarbeiten.

Eine Reform der Strukturen der Krankenhausfinanzierung soll in zwei Schritten erfolgen: Änderung der finanziellen Rahmenbedingungen im bestehenden System, parallel gemeinsam mit dem Bund Arbeit an einem neuen Vergütungssystem.

Erklärtermaßen wollen die Sozialdemokraten sich auch besonders um die Versorgung in ländlichen Bereichen und um die Versorgung in den Stadtteilen kümmern, in denen Menschen mit geringem Einkommen leben. Wörtlich: „Wir wollen mehr Hausärztinnen und Hausärzte für die ländlichen Bereiche Nordrhein-Westfalens und für die Stadtteile, in denen wenig Privatversicherte zu erwarten sind, finden. Dazu werden wir Anreizsysteme schaffen – durch Studienstipendien, Praxiskredite und mehr Studienplätze für Medizin.“

Die FDP kündigt eine Unterstützung des Krankenhaus-Strukturwandels und Sicherung der Erreichbarkeit und Versorgung in der Fläche mit einer zielgerichteten Investitionsförderung an. Sie beabsichtigt die Verbesserung der Behandlungsqualität durch Konzentration komplexer Leistungen an besonders geeigneten Standorten, Reduktion ineffizienter Doppelstrukturen in Ballungszentren sowie Förderung von Kooperationen von Krankenhäusern sowohl mit Krankenhäusern als auch mit niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken.

Der hausärztlichen Versorgung wird eine zentrale Rolle beigemessen. Die Freien Demokraten wollen über die bestehende Landesförderung für Niederlassungen mit dem Hausarztaktionsprogramm hinaus gemeinsam mit den Körperschaften die Rahmenbedingungen für innovative Versorgungsangebote und ortsnahe Kooperationsformen verbessern. Um mehr ärztlichen Nachwuchs gerade für ländliche Regionen zu gewinnen, sollen mehr Studienplätze an der Universität Witten-Herdecke geschaffen und die medizinische Fakultät Ostwestfalen-Lippe weiter ausgebaut werden.

Auch die FDP ist für eine Stärkung des ÖGD durch Digitalisierung und Steigerung seiner Attraktivität für ärztlichen Fachkräftenachwuchs: das bedeutet etwa verlängerte Einstellungsfristen, eigenständiger Tarifvertrag, attraktive Arbeitszeitmodelle und mehr Weiterbildungsstellen.

Im Wahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen findet sich eine Aussage, die die ärztliche Ausbildung betrifft. Demnach soll das Praktische Jahr im Medizinstudium – „im Rahmen unserer Kompetenzen“ – NRW-weit und insbesondere an den Universitätskliniken fairer und

studierendenfreundlicher gestaltet werden. Was damit genau gemeint ist, bleibt im Verborgenen.

Ferner planen die Grünen die Sicherung der medizinischen Versorgung gerade in ländlichen, unterversorgten Regionen durch „Gesundheitsregionen“ mit enger Anbindung an die Kommunen. Hier sollen ambulante und stationäre Angebote gemeinsam geplant werden. Die Kommunen sollen gemeinwohlorientierte, interprofessionelle Gesundheits- und Pflegezentren errichten können.

Die Krankenhäuser sollen sich enger mit ambulanten Einrichtungen wie Arztpraxen und anderen Therapie- und Pflegeangeboten oder Rehabilitationseinrichtungen verbinden.

Auch die Bündnisgrünen wollen eine Stärkung des ÖGD durch mehr finanzielle Mittel und eigenständigen Tarifvertrag für das medizinische Personal. Und auch wir, die Ärztekammern, kommen explizit im Landtagswahlprogramm der Grünen vor, ich zitiere: „Durch Nachwuchsprogramme in Kooperation z. B. zwischen Hochschulen und Ärztekammern lernen Studierende den ÖGD als Tätigkeitsfeld kennen.“ Zudem wollen die Grünen gemeinsam mit dem Bund auf die weitere Akademisierung in der Pflege, die mit einer echten Übertragung von Aufgaben einhergehen müsse, setzen.

Die Linke fordert eine Krankenhausplanung, die sich an wirklichen Pflegebedarfen ausrichtet und Reserven für Notfälle und Pandemien vorhält, sowie einen Systemwechsel in der Gesundheitsversorgung: Gesundheit sei keine Ware, sondern müsse Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge sein.

Sie will sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die DRG-Fallpauschalen vollständig abgeschafft werden und die gesetzliche Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung für alle Einkommensarten umgebaut wird.

Ferner fordert sie die Finanzierung aller erforderlichen Investitionskosten durch das Land NRW und Auflegen eines Sonderprogramms zur Behebung des Investitionsstaus von aktuell über 12,5 Milliarden Euro bis 2024 sowie eine Rückkehr zur antragsbezogenen Einzelförderung anstelle der Baupauschale.

Die Linke will kommunale Versorgungszentren oder Polikliniken ermöglichen. Wörtlich: „Ergänzt werden können diese beispielsweise durch das Doc-Mobil, bei dem das medizinische Personal in Kleinbussen unterwegs ist, oder speziell geschulte Gesundheitsfachkräfte, die

Hausbesuche machen (VERAH). Ein öffentlich gefördertes Fachkräfte-Programm (AGnES) kann durch Übernahme nichtärztlicher Tätigkeiten Arztpraxen entlasten. Apotheken können niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsberatung und Prävention übernehmen.“

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie auch immer sich das neu gewählte Parlament und die nächste Landesregierung zusammensetzen werden: Wir erwarten von der Politik einen Rahmen, in dem sich Versorgung gestalten lässt. Und wir erwarten auch, dass wir in die Gestaltung dieses Rahmens mit unserer Expertise und unserem Sachverstand einbezogen werden. Wir sind bereit, daran aktiv mitzuwirken!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich kann nicht umhin – und jetzt spricht neben dem Kammerpräsidenten auch der Gewerkschafter – auf die aktuellen Tarifaueinandersetzungen mit der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände einzugehen. Diese fanden bekanntlich mit einem Warnstreik am Donnerstag auf dem Römerberg in Frankfurt einen vorläufigen Höhepunkt.

Es geht um berechnigte Forderungen der Klinikärztinnen und –ärzte gerade angesichts der Belastungen der Corona-Pandemie. Ja, es geht auch um Geld, um eine Tarifierhebung, vor allem geht es aber um Respekt und Wertschätzung des Berufs. Und ich meine, da sollte sich nicht allein die Gruppe der angestellten Ärztinnen und Ärzte angesprochen fühlen, sondern das geht die Gesamtärzteschaft etwas an. Wir müssen gemeinsam dafür kämpfen, dass Wertschätzung für den Arztberuf nicht nur in Sonntagsreden und Lippenbekenntnissen vorkommt. Diese muss sich vielmehr in angemessenen Arbeitsbedingungen und einer angemessenen Vergütung unserer Arbeit ausdrücken. Egal, wo wir arbeiten. Dafür bitte ich Sie alle um Ihre Unterstützung!

Am 26. August findet von 15.00 bis 19.00 Uhr der 15. Westfälische Ärztetag im Ärztehaus Münster statt. Hierzu möchte ich Sie schon jetzt alle herzlich einladen.

Diesmal steht ein eher medizinisches Thema im Mittelpunkt: „Gendermedizin: Wege zu einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgung“. Wir erinnern uns, dass der 124. Deutsche Ärztetag im Mai letzten Jahres die im und für das Gesundheitswesen Aktiven aufforderte, die Geschlechterperspektive in allen Bereichen des Gesundheitswesens gleichermaßen zu berücksichtigen. Von der Forschung, zum Beispiel mit der Einrichtung weiterer Lehrstühle zur gendersensiblen Medizin, bis in die medizinische Versorgung.

Wir möchten mit der Veranstaltung das Thema Gendermedizin stärker in den Fokus rücken und deutlich machen, dass es nicht um „Frauengesundheit“ geht, wie vielleicht manch einer noch denkt. Es soll deutlich werden, dass Gendermedizin der Gesundheit von Frauen **und** von Männern dient. Zugleich ist Gendermedizin aber auch der Einstieg in eine individualisierte, in eine personalisierte Medizin.

Wir haben drei hochkarätige Referentinnen gewinnen können, die uns das Thema aus verschiedenen Perspektiven – nämlich der Pharmakotherapie, der Digitalisierung und der ärztlichen Ausbildung – näher bringen. Wir wollen aber auch die Frage diskutieren, wie wir Gendermedizin als selbstverständliches Element ärztlichen Handelns im Versorgungsalltag implementieren können.

Nach den guten Erfahrungen, die wir beim letztjährigen Westfälischen Ärztetag mit dem Hybridformat gesammelt haben, wollen wir erneut neben der Präsenzteilnahme die Möglichkeit eröffnen, den Westfälischen Ärztetag als Livestream zu verfolgen. Wir gehen davon aus, dass wir pandemiebedingt auch in diesem Jahr die Anzahl der Präsenzplätze werden einschränken müssen. Deshalb empfehle ich Ihnen, sich rechtzeitig anzumelden – am besten über die Internetseiten der Kammer, wo wir das Programm und die Anmelde-möglichkeit veröffentlichen.