



14. Westfälischer Ärztetag in Münster: „Bundestagswahl 2021: Wohin entwickelt sich das Gesundheitswesen?“

Münster,
27. August 2021

23/21_hei

Statement von Dr. Hans-Albert Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

(Es gilt das gesprochene Wort)

Begrüßung/Anrede.

Es stehen ja viele ganz konkrete Punkte auf der gesundheitspolitischen Agenda, die uns aktuell und natürlich auch nach der Bundestagswahl beschäftigen werden. Viele Fragen, auf die wir Antworten erwarten, und natürlich auch eigene Positionen, die wir als Ärzteschaft in die Politik einbringen wollen. Aktuell ist die Coronapandemie und ihre Bewältigung das vorherrschende Thema. Wir sind bisher gut durch die Krise gekommen. Aber wenn es eine Lehre gibt, die wir daraus ziehen müssen, dann diese: Wir müssen besser vorbereitet sein!

Und die Pandemie hat auch schmerzlich gezeigt: Das öffentliche Gesundheitswesen, die Gesundheitsämter, sind nichts, was mal eben so nebenher laufen kann. Der ÖGD, jahrelang ausgezehrt und kaputtgespart, muss wieder zur tragfähigen dritten Säule des Gesundheitswesens aufgebaut werden – personell, strukturell und finanziell. Die Vergütung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ist so unattraktiv, dass es in Zeiten des Ärztemangels kaum möglich ist, Kolleginnen und Kollegen für diese Aufgabe zu gewinnen.

Und beim Stichwort **Ärztemangel**, oder man sollte vielleicht besser sagen: wachsender **Ärztebedarf**, geht der dringende Appell an die Politik, endlich mehr **Medizinstudienplätze** zu schaffen. Es kann auf Dauer keine Lösung sein, Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern hierhin zu holen, die dann in ihrem Heimatland natürlich in der Patientenversorgung fehlen, während hierzulande Abiturienten selbst mit sehr guten Abschlüssen jahrelang auf einen Studienplatz warten müssen.

Die Krankenhäuser mit ihren dort tätigen Ärzten und Pflegekräften haben – und das gilt ganz ausdrücklich auch für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und ihre Praxismitarbeiterinnen – mit ihrer Leistungsfähigkeit entscheidend dazu beigetragen, dass wir bisher gut durch die Pandemie gekommen sind. Es sind starke, belastbare Strukturen.

Aber die **Krankenhausfinanzierung** ist dringend reformbedürftig. Die für die Investitionsförderung zuständigen Länder kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen nicht hinreichend nach, es gibt einen riesigen Investitionsstau. Das DRG-Fallpauschalensystem setzt falsche Anreize und genügt nicht den Ansprüchen an eine adäquate und leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen.

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Kommunikation

Gartenstr. 210 – 214
48147 Münster

Tel.: 0251 929 – 2103
Fax: 0251 929 – 2149

Ansprechpartner: Volker Heiliger
Mail: kommunikation@aeowl.de
Twitter: twitter.com/aeowl_kom



Eine moderne und erfolgreiche **Krankenhausplanung** setzt zweierlei voraus: eine entsprechende Krankenhausinvestitionsfinanzierung, die nachhaltig ist, und die längst überfällige Reform des DRG-Systems in der Krankenhausvergütung.

Der Krankenhausstrukturfonds soll eigentlich Zusammenschlüsse von Kliniken aus Qualitäts- und Effizienzgründen fördern. Wenn aber solche Zusammenschlüsse Wirklichkeit werden sollen, werden immer wieder kartellrechtliche Bedenken dagegen geäußert. Initiativen, mit denen durch neue Aufgabenverteilung Synergieeffekte erzielt werden sollen, werden auf diese Weise ausgebremst.

Die groß angekündigte **Reform der Notfallversorgung** fiel aus und wurde in Einzelteile zerlegt. So etwas das verpflichtende, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren, das im Zuge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes eingeführt wurde. Stückwerk hilft uns an der Stelle aber nicht weiter. Wir brauchen eine Reform aus einem Guss, und zwar eine Reform, die auf funktionierende Strukturen der Notfallversorgung vor Ort Rücksicht nimmt.

Im letzten Jahr hatten wir hier das Thema Integrierte Notfallzentren vs. Erfolgsmodell Portalpraxen: Wie sichern wir den „westfälischen Weg“? Die Diskussion war von der Sorge geprägt, dass zentralstaatliche Vorgaben des Gesetzgebers gute Strukturen in der Region zerschlagen. Diese Sorge besteht weiterhin.

In dem Zusammenhang stellt sich für mich auch die Frage, ob und inwieweit der **Gemeinsame Bundesausschuss** immer alles so richtig regelt. Seit mehr als 15 Jahren besteht in Nordrhein-Westfalen eine erfolgreich etablierte Struktur der Brustzentren. Der Beschluss des G-BA zur Neuregelung zur Finanzierung von klinischen Spitzenzentren und er damit verbundene Entfall der Krankenkassenzuschläge für Brustzentren bringt diese Struktur in Gefahr.

Wir brauchen auch wirksame Mechanismen gegen den wachsenden **Kommerzgedanken** in Krankenhäusern, aber auch in Praxen und medizinischen Versorgungszentren. Es läuft ganz klar etwas falsch, wenn Kapitalgeber Dividenden ausschütten. Patientenversorgung ist eine Frage der öffentlichen Daseinsfürsorge. Diese darf nicht kommerzialisiert werden und sich nicht an Gewinnmargen orientieren.

Dann das große Thema **Digitalisierung im Gesundheitswesen**, das ja durch Corona noch einmal zusätzlich Schub erhalten hat. Wir müssen da vorankommen, wir brauchen Digitalisierung. Aber sie darf uns, die wir im Gesundheitswesen tätig sind, und die Patientinnen und Patienten nicht überfordern. Sie ist kein Selbstzweck, sondern sie muss konkreten Nutzen und Verbesserungen für die Patientenversorgung bieten. Außerdem kann und darf es nicht sein, dass die Einführung von digitalen Anwendungen mit massivem Druck auf die Ärzteschaft und sogar Sanktionsandrohungen verbunden wird.

Und schließlich muss es auch bei der **dezentralen Datenspeicherung** bleiben. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) hat insoweit leider einen Paradigmenwechsel eingeleitet, als die elektronische Gesundheitskarte als Speicherort für Patientendaten durch zentrale Online-Speicher ersetzt werden soll. Die eGK in der Hand des Versicherten soll zukünftig nicht mehr als Speicherort für die Anwendungen Notfalldaten und elektronischer Medikationsplan nutzbar sein.



Seit Jahrzehnten reden wir über die **Überwindung der Sektorengrenzen und integrierte Versorgung**. Aber so richtig Fahrt aufgenommen hat diese Entwicklung bisher leider nicht. Wie kommen wir zu einer regionalen Versorgungsplanung, die ambulant und stationär zusammenbringt? Es scheitert ja schon an den unterschiedlichen Vergütungsstrukturen. Also muss doch endlich kreativ darüber nachgedacht werden, wie man integrierte Versorgung auch integriert finanziert.

Wir bleiben weiterhin bei unserer Haltung, jede Form von **Substitution ärztlicher Leistungen** abzulehnen. Leider hat auch insoweit der Gesetzgeber in der auslaufenden Legislaturperiode unnötig Druck aufgebaut und die Regelung zur Heilkundeübertragung an Pflegekräfte deutlich verschärft. Nun gibt es einen Paragraphen zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten. Getreu dem Motto: Wenn Appelle nichts fruchten, dann braucht es eben Druck!

Übertragung bisher ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehaltenen Leistungen an Pflegekräfte zur selbstständigen Durchführung ohne Delegation heißt nichts anderes als Substitution. Das bedeutet Arztersatz und nicht mehr Arztentlastung und überschreitet eine rote Linie!