

**Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages**

Dr. Klaus Reinhardt

zur Eröffnung des 126. Deutschen Ärztetages

24. Mai 2022

Sperrfrist:

Beginn der Rede

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede,

zwischen Bremen und Saporischschja in der Südukraine liegen gerade einmal 2 000 Kilometer. Von Bremen bis nach Kiew sind es nicht einmal 1 600 Kilometer.

Seit Beginn des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine am 24. Februar dieses Jahres aber sind es Welten, die uns trennen.

„Niemand möchte sehen, was wir hier sehen.“ Das sagt der Chefarzt des Kinderkrankenhauses in Saporischschja, Juriji Borsenko.

Ich zitiere: „Wir haben Kinder mit Kopfverletzungen, Amputationen, durchlöcherterem Unterleib und Knochenbrüchen.“

Die Ärzte der Klinik berichten, die meisten der eingelieferten Mädchen und Jungen werden für immer schwere Schäden davon tragen.

Am schlimmsten ist, dass die jungen Patientinnen und Patienten auch in der Klinik nicht sicher sind.

Gelbe Klebebänder an den Fensterscheiben sollen verhindern, dass diese bei einer Druckwelle zerspringen. In den Ecken liegen Sandsäcke bereit und von der Neugeborenen-Intensivstation wurden die schwierigsten Fälle bereits in das etwas sicherere Untergeschoss verlegt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Berichte aus der Ukraine sind einfach erschütternd und machen betroffen.

Die massiven Angriffe der russischen Armee kosten zahllose Menschenleben und verursachen unvorstellbares menschliches Leid in der Zivilbevölkerung.

Aus den unterschiedlichsten Regionen der Ukraine erreichen uns immer wieder Meldungen über Angriffe auf Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen.

Dabei bedroht die Zerstörung der medizinischen Infrastruktur die Gesundheit und das Leben auch der nicht unmittelbar von den Kriegshandlungen betroffenen Bevölkerung.

Ich darf an dieser Stelle, hier in Bremen, den Kollegen Prof. Bazylevych begrüßen. Als Vorstandsmitglied der Ukrainian Medical Association und als Präsident der Weltföderation Ukrainischer Ärztlicher Vereinigungen werden Sie heute Nachmittag über die Folgen des Angriffskrieges auf Ihr Land, insbesondere für die medizinische Infrastruktur, berichten.

Seien Sie versichert, lieber Herr Bazylevych, unsere Gedanken sind bei den Ukrainerinnen und Ukrainern. Das gilt auch und gerade für die Kolleginnen und Kollegen, die im Kriegsgebiet ihr Leben aufs Spiel setzen, um anderen zu helfen.

Ihnen allen darf ich im Namen der deutschen Ärzteschaft unsere Unterstützung zusichern und unsere Solidarität aussprechen. Was Sie leisten, ist im besten Sinne ärztlich!

Zur Vor-Ort-Unterstützung der medizinischen Infrastruktur in der Ukraine und der medizinischen Versorgung geflüchteter Menschen in den Nachbarstaaten der Ukraine hat die Bundesärztekammer ein Registrierungsportal freigeschaltet.

Die Resonanz ist beeindruckend.

In wenigen Wochen haben sich über 1 600 Kolleginnen und Kollegen gemeldet. Das zeigt die Solidarität in der Ärzteschaft mit den Menschen in der Ukraine.

Wir sind gegenwärtig mit dem Auswärtigem Amt, dem Bundesgesundheitsministerium und den Botschaften der Ukraine und der Anrainerstaaten im Gespräch, wie die Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden können.

Sobald uns die Regierung Bedarf für Einsätze im Rahmen internationaler humanitärer Missionen meldet, können wir ausreichend Ärztinnen und Ärzte vermitteln.

Wir sind also vorbereitet.

Der Krieg in der Ukraine hat die andere große Krise unserer Zeit, die Corona-Pandemie, weitgehend von den Titelseiten verdrängt.

Aber die Pandemie ist natürlich nicht vorbei, das weiß niemand besser als Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Die Tatsache, dass wir unsere Gesundheitsversorgung in der Pandemie aufrechterhalten konnten, haben wir den Ärztinnen und Ärzten, den Medizinischen Fachangestellten, den Pflegenden in Kliniken, Seniorenheimen und ambulanten Pflegediensten sowie vielen weiteren Gesundheitsberufen zu verdanken.

Ich weiß, dass viele von Ihnen seit Monaten überdurchschnittlich stark belastet sind und persönliche Bedürfnisse zurückstellen.

Für Ihr großes Engagement möchte ich mich auch heute an dieser Stelle bei Ihnen noch einmal herzlich bedanken!

Zuvorderst ist die Pandemie aber natürlich für die besonders belastend, die entweder selbst schwer an Corona erkrankt sind oder die im besonderen Maße unter den Eindämmungsmaßnahmen leiden.

Wir wollen auf diesem Ärztetag deshalb eine vulnerable Gruppe besonders in den Blick nehmen, die viel zu oft übersehen wird und die keine politische Lobby hat, die Kinder und Jugendlichen.

Ihre Bedürfnisse wurden gerade im ersten Pandemiejahr kaum beachtet. Damals ging es in der öffentlichen Diskussion vor allem darum, ältere Bevölkerungsgruppen, die - wie wir heute wissen - in ganz besonderer Weise gefährdet sind, vor Infektionen zu schützen.

Es war natürlich richtig, die Menschen in den Heimen oder diejenigen mit Vorerkrankungen vor Ansteckung zu bewahren. Aber es war ein großes Versäumnis der Politik in Bund und Ländern, dass darüber die Heranwachsenden und ihre besondere Situation vergessen wurden.

Heute wissen wir, welche enormen Schäden die Schul- und Kita-Schließungen, diese monatelange Isolation durch die Kontaktbeschränkungen bei Kindern und Jugendlichen angerichtet haben.

Und es geht dabei explizit nicht nur um die schulischen Bildungsdefizite. Viele junge Menschen haben wichtige Entwicklungsphasen ihres Lebens in sozialer Isolation verbringen müssen.

Wie die COPSY-Studie zeigt, beklagten 83 Prozent der Kinder und Jugendlichen während des ersten Lockdowns einen Rückgang ihrer sozialen Kontakte, 39 Prozent gaben an, dass sich ihre freundschaftlichen Beziehungen verschlechtert haben.

Weitere Folgen sind Zukunftsängste, erhöhter Leistungsdruck und Vereinsamung. Es kam häufiger zu familiären Spannungen, Konflikten und häuslicher Gewalt.

Die soziale Chancengerechtigkeit hat sich verschlechtert.

Solche Erfahrungen wirken nach, gerade und insbesondere bei jungen Menschen, die noch in der Entwicklung sind.

Wir wollen deshalb auf diesem Ärztetag mit hochkarätigen Referenten über die negativen Folgen der Corona-Schutzmaßnahmen für Heranwachsende diskutieren. Wie sieht die Schadensbilanz aus und was muss unternommen werden, damit es nicht wieder zu einer sozialen Isolation kommt?

Wir alle gehen davon aus, dass die Infektionszahlen im Herbst aller Voraussicht nach wieder steigen werden.

Darauf müssen wir uns vorbereiten – jetzt!

Ich habe es oft angemahnt und tue es auch hier und heute: Wir brauchen endlich klug gemachte, zielgruppengerechte Informationskampagnen für eine höhere Durchimpfungsrate.

Wir müssen jetzt Hygienekonzepte und Notfallpläne entwickeln, um im Falle, dass tatsächlich eine neue besorgniserregende Virusvariante auftreten sollte, gewappnet zu sein.

Wir müssen verlässlich sicherstellen, dass auch bei einem starken Wiederanstieg der Infektionszahlen im Herbst ausreichend Therapiemöglichkeiten mit monoklonalen Antikörpern und antiviralen Wirkstoffen verlässlich und überall zur Verfügung stehen.

Und wir müssen Strategien entwickeln, um Kitas und Schulen offen zu halten und den Heranwachsenden auf diese Weise ein weitgehend normales Leben ermöglichen.

Wir haben in diesem Jahr den Leitantrag des Ärztetages mit der grundlegenden Forderung versehen, bei allen politischen Entscheidungen immer die Menschen zum Maßstab zu nehmen.

Das gilt für alle Maßnahmen im Zuge des Pandemiemanagements und natürlich auch für die Gesundheitspolitik insgesamt.

Wenn wir die Menschen zum Maßstab nehmen wollen, fängt das mit einer konsequenten, zukunftsorientierten Nachwuchsförderung und Fachkräftesicherung in unserem Gesundheitswesen an.

Die vergangenen zwei Jahre haben uns drastisch vor Augen geführt, wie sehr unser gesellschaftliches und wirtschaftliches Leben von einem gut funktionierenden Gesundheitswesen abhängt.

Tatsächlich ist die Personalsituation in Kliniken und Praxen auch unabhängig von der Corona-Krise angespannt. Die aktuelle Ärztestatistik von Anfang Mai dieses Jahres zeigt dies deutlich.

Wir verzeichnen zwar ein leichtes Wachstum bei der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, dieser Zuwachs reicht aber bei weitem nicht aus, um den Behandlungsbedarf einer alternden Bevölkerung auf Dauer zu decken.

Eine Gesellschaft des langen Lebens bedeutet einen Zuwachs an Multimorbidität, an komplexen Krankheitsbildern und an chronischen Erkrankungen mit hohem Versorgungsaufwand. Denken Sie an Demenz, an Diabetes, an Krebserkrankungen, an chronische Atemwegs- und Herzerkrankungen.

Es reicht deshalb nicht aus, einfach nur die „Köpfe“ der Ärztinnen und Ärzte zu zählen.

Nach wie vor schlagen sich die gesamtgesellschaftliche Entwicklung hin zu mehr Teilzeitarbeit und der Wunsch nach versöhnlicherer Vereinbarung beruflicher Aufgaben mit einem erfüllenden Privatleben auch in der Ärzteschaft nieder.

Dadurch sind mehr Ärztinnen und Ärzte als früher nötig, um freiwerdende Stellen in der medizinischen Versorgung nachzubesetzen und die Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden konstant zu halten – und das bei steigender Behandlungsintensität.

Hinzu kommt, dass nicht nur die Gesellschaft insgesamt älter wird, sondern mit ihr auch die Ärztinnen und Ärzte.

Jeder fünfte steht bereits jetzt unmittelbar vor dem Ruhestand. Mehr als 13 Prozent der Ärztinnen und Ärzte gehören der Altersgruppe der 60- bis 65-jährigen an; über 8 Prozent der beruflich aktiven Ärztinnen und Ärzte haben das 65. Lebensjahr bereits überschritten.

Damit wird sich die ohnehin angespannte Personalsituation in Kliniken und Praxen in den nächsten Jahren noch weiter verschärfen.

Vor den Folgen dieser Entwicklung haben wir schon vor der Pandemie gewarnt.

Ich erinnere an unsere Debatte zum Thema „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht“ auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 2019 in Münster.

Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen, beklagen seit Jahren, dass ihre Arbeit von hohem Zeitdruck und wirtschaftlichen Zwängen geprägt ist.

Umfragen zeigen, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte erschöpft und ausgebrannt fühlen und deshalb sogar ein Ausscheiden aus der Versorgung in Erwägung ziehen. In der Pflege und anderen Gesundheitsberufen sieht es im Übrigen nicht anders aus.

Oft wird vergessen: Menschen, die sich für einen Beruf im Gesundheitswesen entscheiden, tun dies, weil sie mit ausreichend Zeit und viel Empathie für ihre Patientinnen und Patienten da sein wollen.

Zeitdruck, überbordende Bürokratie und immer mehr durchökonomisierte berufliche Rahmenvorgaben verleiden vielen die Freude an ihrer Arbeit. Das können wir uns nicht mehr länger leisten. Und, meine Damen und Herren, das dürfen wir nicht länger zulassen!

Inzwischen mehren sich immerhin auch in der Politik die Stimmen, die eine Personalbemessung nicht nur für die Pflege – wie sie bereits beschlossen wurde –, sondern auch für Ärztinnen und Ärzte fordern.

Und, wie ich finde, sehr zu Recht. Dabei halte ich es für unerlässlich, dass wir dies nicht allein Politikern und Ökonomen überlassen. Die Ärzteschaft selbst sollte den erforderlichen Zeitbedarf für die unterschiedlichen ärztlichen Tätigkeitsprofile ermitteln. Es bedarf der ärztlichen Realerfahrung, um beurteilen zu können, was gute Versorgung bedeutet.

Die Bundesärztekammer hat sich dieses Themas angenommen. Wir wollen auf diesem Ärztetag die bisherigen Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ vorstellen. Sie wurde vom BÄK-Vorstand beauftragt zu prüfen, ob und wie eine quantitative Herleitung patienten- und aufgabengerechter Personalvorgaben vorgenommen werden kann.

So viel darf ich vorwegnehmen: Die Arbeitsgruppe hat ein Konzept für ein Instrument entwickelt, das zu einem in fast allen Fachabteilungen nutzbaren Instrument weiterentwickelt werden könnte.

Dies wäre ein Meilenstein im Bemühen um eine bessere und angemessenere Personalausstattung – und damit um bessere Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern.

Aktive Nachwuchsförderung und Fachkräftesicherung sind grundlegend für eine gute Patientenversorgung. Eine am tatsächlichen

Bedarf der Menschen orientierte Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, der Versorgungsplanung sowie der digitalen und personellen Vernetzung der Versorgungsbereiche ist aber ebenso dringend erforderlich.

Ich weiß, viele können das Mantra von der Notwendigkeit einer stärker sektorenübergreifenden oder sektorenverbindenden Versorgung nicht mehr hören. In keiner gesundheitspolitischen Grundsatzrede von Politikern aus Bund und Ländern darf dieses Bekenntnis zu mehr Vernetzung fehlen – allein, passiert ist bisher wenig.

Dort, wo intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung funktionieren, ging die Initiative von engagierten Ärztinnen und Ärzten aus.

Sie haben nicht gewartet, bis ihnen die Politik den Weg bereitet. Sie haben in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Kostenträgern Modelle der integrierten Versorgung, Praxisnetze und regionale Gesundheitszentren auf den Weg gebracht.

Wenn die Koalition ihre Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag für den flächendeckenden Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsmodelle hoffentlich bald in Angriff nimmt, dann sollte sie die jahrelange ganz praktische Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich nutzen. Die verfasste Ärzteschaft muss von Anfang an in diese Planung eng eingebunden werden.

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, dieses Angebot der Zusammenarbeit gilt ausdrücklich auch für die anstehenden Reformen im stationären Sektor.

Wir sind uns darüber einig, dass wissenschaftliche Expertise auch in der Gesundheitspolitik unverzichtbar ist.

Es braucht aber auch das Knowhow der Praktiker vor Ort, um wirklich praxistaugliche Lösungen für eine Reform der Krankenhausplanung und -vergütung zu finden.

Wir bedauern sehr, dass die Kommission zur Krankenhausreform vor allem mit Theoretikern besetzt ist, nicht aber mit Vertretern aus der Patientenversorgung und aus der ärztlichen Selbstverwaltung.

Wenn die Koalition bei der Krankenhausreform den Menschen zum Maßstab nehmen will – und dies sollte sie – dann kann sie über die Ausgestaltung der stationären Versorgung nicht allein am grünen Tisch entscheiden.

Dann muss sie diejenigen in die Planung mit einbeziehen, die tagtäglich mit diesen Menschen arbeiten, und das sind wir, die Ärztinnen und Ärzte.

Wenn die verfasste Ärzteschaft schon nicht in der Kommission vertreten ist, erwarten wir zumindest, regelmäßig, strukturiert und verlässlich in die Beratungen eingebunden zu werden und auch bei Teilschritten Gelegenheit zur Stellungnahme zu bekommen.

Ziel einer Krankenhausvergütungsstruktur muss es sein, neben fallzahlabhängigen Vergütungsanteilen auch fallzahlunabhängige Vorhaltekosten abzudecken und ein Budget zur Strukturqualität zu schaffen.

Und wir brauchen eine dauerhafte additive Kofinanzierung der Krankenhaus-Investitionskosten durch den Bund – unter Wahrung der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Länder.

Anders lässt sich der von den Ländern verursachte Investitionsstau in den Kliniken nicht überwinden und auflösen.

In Sonntagsreden hören wir viel über Qualitätssicherung und Patientensicherheit. Aber wenn es am Montag darum geht, die notwendigen Mittel für Investitionen bereitzustellen, damit diese nicht aus der Finanzierung für die medizinische Versorgung entnommen werden müssen, dann tauchen diese Sonntagsredner ab!

Ich appelliere deshalb ein weiteres Mal an die Vertreter der Länder: Nehmen Sie endlich Ihre Verantwortung wahr und lassen Sie uns und alle Beschäftigten in den Krankenhäusern nicht länger im Regen stehen!

Bleiben wir beim Thema Investitionsförderung: Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurden zumindest schonmal Anreize und Finanzhilfen für den Ausbau digitaler Strukturen im stationären Sektor umgesetzt.

Auch wenn die Antrags- und Bewilligungsverfahren immer noch viel zu aufwendig und langwierig sind, war dieses Gesetz doch wichtig, um den digitalen Ausbau voranzubringen.

Mit Leben gefüllt wird die Digitalisierung aber nur, wenn sie auch dort gefördert wird, wo digitale Anwendungen tagtäglich millionenfach zum Einsatz kommen sollen, in den vertragsärztlichen Praxen.

Wir brauchen deshalb analog zum Krankenhauszukunftsgesetz ein Praxiszukunftsgesetz.

Verstehen Sie mich nicht falsch. Ärztinnen und Ärzte verlangen nicht nach staatlichen Hilfen, um ihr internes digitales Praxismanagement auf den neuesten Stand zu bringen. Als Freiberufler in eigener

wirtschaftlicher Verantwortung brauchen und wollen wir dafür keine staatliche Unterstützung.

Es geht vielmehr um den interoperablen Ausbau des ambulanten Sektors im Sinne der digitalen Vernetzung und Kommunikation mit anderen Versorgungsbereichen und zwischen den Praxen.

Dafür sind enorme Investitionen notwendig. Die können wir unmöglich den Praxisinhabern allein aufbürden. Hierfür – und nur hierfür – halten wir Finanzhilfen von Bund und Ländern nicht nur für gerechtfertigt, sondern auch für dringend geboten!

Die Digitalisierung hat ein enormes Potential, die Patientenversorgung zu verbessern und den Arbeitsalltag in Praxen und Kliniken zu erleichtern.

Darüber und über den notwendigen Fortschritt, den wir in diesem Zusammenhang in Deutschland brauchen, besteht in der Ärzteschaft kein Zweifel!

Aber auch hier gilt, dass sich alle politischen Maßgaben an den Menschen orientieren müssen, an den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten sowie an den professionellen Anforderungen von Ärztinnen und Ärzten.

Nicht alle Ärzte sind IT-Experten. Der Umgang mit digitalen Anwendungen muss also intuitiv sein. Die Anwendungen müssen dauerhaft störungsfrei und sicher im Praxisalltag funktionieren.

Es ist das Gegenteil von verantwortungsbewusster Gesundheitspolitik, wenn nicht ausreichend getestete Anwendungen auf Biegen und Brechen eingeführt werden, nur damit die politisch Verantwortlichen einen Haken auf ihrer To-Do-Liste machen können.

Wir laufen große Gefahr, die Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten für digitale Anwendungen zu verspielen, wenn die neue Technik nicht praxisreif ist.

Meine Damen und Herren, ich habe darauf hingewiesen, dass wir im ärztlichen Bereich vor einer enormen Ruhestandswelle stehen. Da bricht uns richtig etwas weg. Wir können es uns nicht leisten, dass ältere Kolleginnen und Kollegen aus Frust wegen unausgereifter digitaler Technik noch früher als geplant aus der Versorgung aussteigen. Das müssen wir unter allen Umständen vermeiden!

Geschwindigkeit darf nicht vor Gründlichkeit gehen. Genau das haben wir in den letzten Jahren – insbesondere mit Blick auf die Einführung des eRezepts – immer wieder angemahnt.

Noch einmal: Es ging nicht um die Anwendung an sich. Das eRezept hat aus unserer Sicht enormes Potential, die Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland weiter zu verbessern und die Abläufe in den Praxen sowie zwischen den Sektoren zu vereinfachen.

Aber die Technik muss funktionieren.

Bis Ende letzten Jahres hatten während der ursprünglich vorgesehenen Testphase nur 42 eRezepte die Prozesskette Praxis – Apotheke – Krankenkasse fehlerfrei durchlaufen.

Eine niederschmetternde Bilanz, wenn man bedenkt, dass jeden Tag rund zwei Millionen Rezepte ausgestellt werden.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen, Herr Minister Lauterbach, für Ihre Intervention danken. Sie haben die flächendeckende Einführung des eRezepts verschoben und die Testphase in einem größeren Rahmen fortgesetzt.

Das war richtig und wir unterstützen das sehr. Denn wir brauchen intensive Tests in einer dauerhaft betriebenen Testregion unter realen Bedingungen.

Zumindest hat die Gesellschafterversammlung der gematik sogenannte Quality-Gates beschlossen, bevor es zu einem bundesweiten Rollout mit verpflichtender Nutzung kommt.

Darin heißt es, dass alle technischen Dienste der Telematikinfrastruktur fehlerfrei zur Verfügung stehen müssen, und die Nutzerfreundlichkeit der an den Tests beteiligten Leistungserbringer wird evaluiert.

Erst wenn diese und weitere Kriterien von den Gesellschaftern als erfüllt angesehen werden, soll es zu einer flächendeckenden Nutzung des eRezepts kommen.

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, diese Voraussetzungen sind essenziell. Diese Voraussetzungen dürfen nicht aufgeweicht oder politisch instrumentalisiert werden!

Die Ärzteschaft erwartet von Ihnen, dass Anwendungen nur dann verpflichtend zum Einsatz kommen, wenn diese tatsächlich und nachweislich ausgetestet sind und ihre Alltagstauglichkeit bewiesen haben.

Und das sollte auch für die gematik, in der das BMG Mehrheitsgesellschafter ist, bindend sein.

Alles andere würde das Vertrauen der Ärzteschaft in die Digitalisierungskompetenz des BMG nachhaltig stören.

Priorisiert werden sollten zunächst die Einführung und die Nutzung der beiden Anwendungen Notfalldatenmanagement und Kommunikation im Medizinwesen.

Über das Notfalldatenmanagement haben Ärztinnen und Ärzte in der Notfallbehandlung von ihnen unbekanntem Patienten unmittelbaren Zugriff auf medizinische Informationen zu deren Krankheitsgeschichte; in Anbetracht der hohen Zahl von Notfallbehandlungen kommt dieser Anwendung hohe Versorgungsrelevanz zu.

Und die Anwendung Kommunikation im Medizinwesen fördert die sichere digitale Kommunikation und Übermittlung von Patientendaten unter den Ärztinnen und Ärzten.

Beide Anwendungen sind geeignet, die Akzeptanz der weiteren Digitalisierung zu befördern, sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten.

Die Digitalisierung, das steht völlig außer Frage, wird unser Gesundheitswesen verändern.

Umso wichtiger ist es, dass Patienten und Ärzte Vertrauen in diese neuen Strukturen und Abläufe entwickeln können.

Dazu zählt zuallererst Vertrauen darauf, dass sich der Ausbau digitaler Strukturen in unserem Gesundheitswesen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert und nicht an den Marktinteressen von Tech-Konzernen und sogenannten digitalen Plattformanbietern.

Das gilt auch für alle anderen Bereiche unseres Gesundheitswesens.

Preiswettbewerb, Kosteneffizienz und Renditestreben bestimmen mehr und mehr unseren ärztlichen Alltag.

Ärztinnen und Ärzte werden von Klinik- und Kostenträgern und vor allem auch von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren im ambulanten Bereich zunehmend angehalten, in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen zu denken und nach kommerziellen Vorgaben zu

handeln. Das bestätigte auch eine aktuelle Umfrage des Deutschen Ärzteblattes.

In der ambulanten Versorgung steigt die Anzahl fremdfinanzierter medizinischer Versorgungszentren sowie die Zahl der dort angestellten Ärztinnen und Ärzte stetig an.

Sie alle kennen das Gutachten, das das IGES-Institut im Auftrag der KV Bayern kürzlich veröffentlicht hat und das uns endlich einige systematisch erfasste Daten zur Verfügung stellt.

Demnach sind in Bayern bereits zehn Prozent der MVZ in Private-Equity-Hand. Und über alle Fachrichtungen hinweg betrachtet liegen die Honorarvolumina in Private Equity-geführten MVZ deutlich höher als in Einzelpraxen.

Aber auch hier gilt: Maßstab der Gesundheitsversorgung sind unsere Patientinnen und Patienten mit ihrem medizinischen Versorgungsbedarf.

Es kann nicht sein, dass die Versorgung mehr und mehr denjenigen überlassen wird, deren primäres Ziel es ist, für ihre Kapitalinvestoren möglichst hohe Renditen zu erwirtschaften.

Wir dürfen nicht zulassen, dass unser Gesundheitssystem in ein profitorientiertes Franchise-System umgewandelt wird.

Und wir wollen auch keine industriegleichen Abläufe in der stationären Versorgung.

Das DRG-System aber hat durch seine Fehlanreize zu erheblichen Fallzahl- und Leistungsmengenzunahmen und zu deutlich reduzierten Verweildauern der Patientinnen und Patienten geführt. Mit der Folge einer massiven Arbeitsverdichtung für die Ärztinnen und Ärzte.

Durch die bereits erwähnte völlig unzureichende Investitionskostenfinanzierung der Länder werden Investitionen aus Betriebsmitteln generiert.

Das Resultat ist eine sich verstärkende Spirale aus Arbeitsverdichtung, unzumutbaren Arbeitsbedingungen, Erschöpfung des Personals, Arbeitszeitreduzierung, zunehmendem Personalmangel und auch Berufsaufgabe.

In der schon angesprochenen Umfrage des Deutschen Ärzteblattes berichtet der Großteil der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte von

- beträchtlichem Druck durch Kommerzialisierung und
- dass dieser Druck in den vergangenen fünf Jahren spürbar zugenommen hat.

Und nicht nur das. Diese Kolleginnen und Kollegen berichten zudem, dass

- dieser kommerzielle Druck oftmals ihr ärztliches Handeln beeinflusst.

Dieser Druck wird besonders unter jüngeren Ärztinnen und Ärzten und bei den Kollegen mit hohen Wochenarbeitsstundenzahlen wahrgenommen.

Aus beiden Sektoren wird berichtet, dass Geschäftsführungen versuchen, ärztliche Entscheidungsfindung und Indikationsstellung zugunsten einer Gewinnmaximierung zu beeinflussen.

Das muss dringend ein Ende haben!

Paragraf 2 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung ist hier ganz deutlich: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“ Auch das muss Maßstab verantwortungsvoller Gesundheitspolitik sein.

Die Ärzteschaft warnt seit vielen Jahren vor den negativen Folgen zunehmender Kommerzialisierung der Versorgung. Seit dem letzten Ärztetag, bei dem wir uns sehr intensiv mit dieser Thematik befasst hatten, haben wir zumindest in Teilen der Politik ein Bewusstsein dafür geschaffen, das Mantra von mehr Markt und Wettbewerb kritisch zu hinterfragen.

Jetzt müssen dieser Einsicht allerdings auch Taten folgen.

Im stationären Sektor erwarten wir konkrete gesetzgeberische Schritte zur Reform des starren und letztlich auf Wettbewerb ausgerichteten Fallpauschalensystems.

Im ambulanten Bereich sind gesetzgeberische Maßnahmen zur Eindämmung des Einflusses von sogenannten Private-Equity-Gesellschaften auf die Versorgung unerlässlich.

Die Bundesärztekammer hat in ihrem 12-Punkte-Programm zur Bundestagswahl die dafür notwendigen konkreten Schritte bereits benannt.

Der Kostendruck im Gesundheitswesen und der damit verbundene Zeitdruck im System führen zunehmend auch zu ganz handfesten Konflikten zwischen Patientinnen und Patienten mit Beschäftigten in Kliniken und Praxen.

In den Notaufnahmen bilden die angespannte Personalsituation, der Zeitdruck und die hohe Arbeitsverdichtung den Nährboden für Gereiztheit, verbale Entgleisungen und leider auch immer wieder für körperliche Gewalt.

In den Praxen waren und sind – vor allem in der Pandemie – nicht selten die Medizinischen Fachangestellten der „Prellbock“ für die Aggressionen von Patientinnen und Patienten.

Hoffnung macht uns, dass nach unseren jahrelangen Mahnungen auch dieses Thema in der Politik angekommen ist.

Zuletzt hatte ich Gelegenheit, in einer Gesprächsrunde mit dem Bundespräsidenten über alltägliche Gewalterfahrungen von Ärztinnen und Ärzten zu berichten und Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Wir haben auch erreicht, dass das Strafrecht verschärft wurde. Das war sicher hilfreich, damit Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe wirkungsvoller sanktioniert werden kann.

Auch eine Vielzahl an Beratungs- und Fortbildungsangeboten zum Umgang mit verbaler und körperlicher Gewalt für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Fachangestellte bei den Ärztekammern sind gute Ansätze, der Entwicklung entgegenzuwirken; doch das allein reicht nicht.

Wir brauchen darüber hinaus mehr spezifische Informationsangebote über die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, über die Notwendigkeit der Behandlung nach Dringlichkeit und über den wertschätzenden Umgang mit den Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt.

Wir müssen weiter für dieses Thema sensibilisieren und Kompetenzen aufbauen.

Nur dann können wir diese besorgniserregende Entwicklung stoppen.

Nie war die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung so wichtig wie in der Pandemie.

Neben grundsätzlichem Wissen zu Covid-19, zu Ansteckungswegen und Hygienemaßnahmen mussten und müssen den Menschen fundierte, verständliche und zielgruppengerechte Informationen zu Fake-News in sozialen Medien, insbesondere zu Corona-Schutzimpfungen, an die Hand gegeben werden.

Das hat leider nicht in ausreichendem Maße funktioniert. Die Politik muss sich selbstkritisch fragen, ob sie dem Aspekt der Gesundheitsinformation und -kommunikation bislang ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Wie kann es sein, dass nach Umfragen der Erhalt und die Wiederherstellung der eigenen Gesundheit für die meisten Menschen größte Bedeutung haben, aber trotzdem große Teile der Bevölkerung bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz nicht erreicht werden können?

Die Beantwortung dieser Fragen ist nicht nur mit Blick auf Ausnahmesituationen wie in der Pandemie wichtig. Sie ist von grundsätzlicher Bedeutung für unsere Gesellschaft.

Gesundheitskompetenz lässt sich nicht allein durch das Bereitstellen von Gesundheitsinformationen erreichen.

Gesundheitskompetenz umfasst vielmehr das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, sie zu verstehen, zu beurteilen und vor allem auch im Lebensalltag anwenden zu können.

Deshalb gehören Kinder und Jugendliche zu den wichtigsten Zielgruppen für Maßnahmen der Prävention und der frühen Gesundheitsförderung.

Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die früh erlernt werden, können sich im Lebensverlauf festigen – im Positiven, wie im Negativen.

Aus diesem Grund ist die Einführung eines Schulfachs Gesundheit seit Jahren eine zentrale Forderung der deutschen Ärzteschaft.

Gesundheitskompetenz zu erreichen, liegt jedoch nicht allein in der Verantwortung der oder des Einzelnen, sondern muss auch als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden.

Wir sprechen dann von Health in all Policies.

Nur einige Beispiele:

Reduziert die Verkehrspolitik den Autoverkehr, leistet sie einen Beitrag gegen den Klimawandel und reduziert Gesundheitsgefahren durch Feinstaub- und Lärmbelastungen.

Baut sie mehr sichere Radwege, sorgt das nicht nur für die Entlastung der Umwelt, sondern animiert Menschen, auf das Rad umzusteigen.

Schaffen Städteplanerinnen und -planer Flächen, auf denen Menschen sich gern treffen und aufhalten, fördern sie soziale, nachbarschaftliche Zusammenkünfte und steuern somit nicht nur der krank machenden Vereinsamung entgegen.

Grün- und Wasserflächen kühlen die Städte während der Hitzewellen und schaffen zugleich Raum für Sport und Spiel im Freien.

Prävention ist also nicht nur Sache der Gesundheitspolitik, sondern eine Aufgabe, die in allen Bereichen des öffentlichen Handelns gefördert werden sollte – in der Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Verkehrs-, Stadtentwicklungs-, Wirtschafts- und Arbeitspolitik.

Rudolf Virchow hat den Kern des heutigen Konzepts von „Health in All Policies“ vorweggenommen: „Vor allem die Lebensbedingungen beeinflussen Gesundheit und Krankheit.“

Ärztinnen und Ärzte, meine Damen und Herren, sind nicht nur der Gesundheit des Einzelnen verpflichtet, sondern der Gesunderhaltung der Gesellschaft als Ganzes. Schon aus diesem Grund sollten wir diesen Ansatz von Rudolf Virchow mit aller Deutlichkeit unterstützen!

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, dass die Ärzteschaft bereit ist, Verantwortung zu übernehmen, stellt sie in unterschiedlichen Bereichen immer wieder unter Beweis.

Ich habe heute das große Engagement von Ärztinnen und Ärzten bei der humanitären Hilfe für die Menschen aus der Ukraine genannt, bei der Bewältigung der Corona-Pandemie, bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen, bei der Digitalisierung und der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

Als Angehörige eines Freien Berufes warten Ärztinnen und Ärzte nicht, bis andere Probleme für sie lösen, sie packen selbst an – und gehen auch in Vorleistung.

So haben wir es auch bei der Novelle der Gebührenordnung für Ärzte gehalten.

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach, im Gegensatz zu den Gebührenordnungen anderer Freier Berufe wurde vom Bundesgesundheitsministerium seit drei Jahrzehnten versäumt, – oder soll ich sagen verschleppt – die Gebührenordnung für Ärzte auf den aktuellen Stand der Medizin zu bringen.

Die derzeit gültige GOÄ stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 und wurde im Jahr 1996 lediglich teilnovelliert.

Sie ist somit völlig veraltet und bildet weder die Dynamik des ärztlichen Leistungsspektrums noch die aktuelle Kosten- und Preisentwicklung ab.

Dadurch können nicht im Gebührenverzeichnis enthaltene Leistungen nur mit Hilfe von Analogziffern abgerechnet werden. Für Patientinnen und Patienten, Krankenversicherer, Beihilfe und Ärzteschaft führt dies zu großen Verunsicherungen, unnötigen Rechtsstreitigkeiten und Bürokratie.

Ein unhaltbarer Zustand.

Nur ein Beispiel: Es ist absurd, dass eine optische Kohärenztomographie des Auges, mit der Veränderungen an der Netzhaut erkannt und kontrolliert werden können, in Ermangelung einer entsprechenden Gebührenziffer analog einer Ultraschalluntersuchung des Herzens berechnet werden muss.

Diese Art der Leistungsabrechnung ist für Patientinnen und Patienten vollkommen intransparent und unverständlich.

In erster Linie ist eine neue GOÄ erforderlich, um diese Intransparenzen und daraus resultierende Unsicherheiten zu beenden.

Aber natürlich haben auch Ärztinnen und Ärzte einen Anspruch auf eine moderne Gebührenordnung, um ihre Leistungen, insbesondere ärztliche Zuwendungsleistungen, endlich angemessen abbilden zu können.

Seit vielen Jahren fordert der Deutsche Ärztetag deshalb mit Nachdruck das Bundesgesundheitsministerium auf, diese Reform auf Grundlage

des gemeinsamen Vorschlags von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe endlich umzusetzen. Geschehen ist bisher nichts.

Wir empfinden dies inzwischen als Affront!

Herr Minister Lauterbach, es ist kein Geheimnis, dass wir in der Frage nach der künftigen Ausgestaltung unseres Krankenversicherungssystems unterschiedlicher Meinung sind.

Aber abgesehen davon, dass diese Diskussion derzeit nicht ansteht, wäre die Novelle der GOÄ kein Präjudiz für das eine oder für das andere Krankenversicherungssystem.

Sie würde aber die Arbeit auch Ihrer Kolleginnen und Kollegen erleichtern, Transparenz für Patientinnen und Patienten schaffen und durch Vermeidung von bürokratischen Rechnungsprüfungen mehr Zeit für die Versorgung ermöglichen.

Ein weiteres Verschleppen dieser dringend notwendigen Reform ist weder Ärztinnen und Ärzten und schon gar nicht Patientinnen und Patienten noch länger zuzumuten.

Herr Minister Lauterbach, die Ärzteschaft appelliert deshalb dringend an Sie, setzen Sie diese Reform nach den vielen Jahren des Stillstands endlich um!

Machen Sie bei dieser wichtigen Aufgabe die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die legitimen Ansprüche von Ärztinnen und Ärzten zum Maßstab Ihres Handelns!