
BERICHT AN DIE
VERTRETERVERSAMMLUNG
15. MAI 2023:
**SITZUNG DER
VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. ANDREAS GASSEN
VORSITZENDER DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

ich begrüße Sie zur ersten regulären Vertreterversammlung (VV) in dieser Amtsperiode, anlässlich des Deutschen Ärztetages hier in Essen.

Wir blicken voraus auf sechs herausfordernde Jahre, die unser Gesundheitssystem nachhaltig verändern werden. Daher danke ich Ihnen allen im Raum auch noch einmal sehr, dass Sie in der Wahl-VV am 3. März 2023 mir, meiner Kollegin und meinem Kollegen durch unsere Wahlergebnisse derart den Rücken gestärkt haben, um Ihre Stimmen in Berlin zu sein. Nur als Team und mit Ihrer Unterstützung können wir in den anstehenden schwierigen und harten Diskussionen gemeinsam erfolgreich sein. Das haben die letzten sechs Jahre gezeigt.

Die Stadt Essen ist auch ein Spiegelbild großer Herausforderungen. Wir befinden uns mitten im Ruhrgebiet, dem alten Zentrum der industriellen Produktion im analogen Zeitalter. Vielleicht haben Sie bei der Fahrt hierhin die Zechentürme, Bergwerke, Förderbänder, Schächte, Hochöfen und Fabrikhallen gesehen. Hier wurde über ein Jahrhundert lang mit harter körperlicher Arbeit gegraben, gehämmert, gebaggert und geschmiedet. Hier wurde richtig malocht und der Grundstein für Deutschlands Wohlstand gelegt. Rund 20 Kilometer von hier entfernt, in Duisburg, der Stadt von Horst Schimanski, habe ich meine ersten chirurgischen Schritte getan und war mein Onkel als niedergelassener Arzt tätig. Daher kenne und schätze ich diese Region und die Menschen hier.

Und heute? Heute steckt diese Region in einem großen Strukturwandel, man will Neues erschaffen, mit modernen Technologien in die Zukunft blicken. Das Alte wird dabei nicht ausgemustert, sondern erhält eine neue Funktion. Was hat das alles mit uns als Ärzte- und Psychotherapeuten und mit unseren Themen zu tun?

Die Gesundheitspolitik und insbesondere das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erinnert derzeit teilweise ebenfalls an eine Art Bergwerk. Zumindest wird auch im BMG quasi „unter Tage“, nämlich ohne Einblicksmöglichkeit von außen – an einer Vielzahl von Gesetzen gearbeitet. Ungefähr 15 Gesetzesvorhaben sind derzeit in der Pipeline. Doch zu Tage gefördert wird bislang wenig: Fristen werden immer wieder verlängert, Schwerpunkte verschoben. Die Themensetzung als solche mutet in Teilen gelinde gesagt fragwürdig an, etwa bei der Cannabis-Legalisierung. Wie genau sich die verschiedenen Vorhaben am Ende zusammenfügen sollen, bleibt nebulös. Nur eines scheint von vornherein festzustehen: Das „alte Eisen“, um im Bild zu bleiben, hat ausgedient, eine neue Versorgungsarchitektur soll künftig die Versorgung der Menschen sichern. Im Fall der medizinischen Versorgung besteht diese „Architektur“ dann zum Beispiel aus sogenannten Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren und Community Health Nurses. Tausende Ärztinnen und Ärzte werden in den kommenden Jahren ihre Praxis aufgeben, viele davon ohne eine Nachfolge zu finden. Und welche Lösung schlägt die Politik vor? Sie will minderwertige Ersatzangebote schaffen, um die Lücken zu füllen. Wenn die Menschen keinen Termin in einer Arztpraxis mehr bekommen, gehen sie zum Kiosk. Klingt das nach einem sinnvollen Fortschritt?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie sehen: Transformation – ein oft gebrauchtes Wort in diesen Zeiten – kann nach vorne gerichtet sein, sie kann aber, planlos vorangetrieben, auch nach hinten losgehen. Wenn sie erfolgreich sein soll, brauchen wir aber mutige Schritte vorwärts. Vor allem sollte man wissen, wie der Transformationsprozess in der praktischen Umsetzung überhaupt funktionieren kann. Eine Gesundheitspolitik am Schreibtisch und am Reißbrett à la BMG gezeichnet kann einfach nicht gelingen.

Nehmen wir die Krankenhausreform. Das Ziel muss doch sein, eine flächendeckende Versorgung über die gesamte Republik sicherzustellen. Es ist ein offenes Geheimnis, dass die Kolleginnen und Kollegen an den Kliniken häufig gar nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit vernünftig zu machen. Die Zustände an manchen Krankenhäusern sind längst Material für einschlägige TV-Formate zur Primetime. Auch wenn manches davon dem Krawall-Charakter entsprechender Sender geschuldet sein mag, vieles trifft dennoch leider zu – da muss man nur einmal mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen auf Station sprechen, um das bestätigt zu bekommen. Entgegen mancher landläufigen Vermutung sind die Personalzahlen im stationären Bereich in den letzten Jahren zwar gestiegen, sowohl bei den Ärzten als auch bei den Pflegekräften. Angesichts der überdurchschnittlich hohen Bettendichte und Fallzahlen muss das Personal bei uns im Vergleich zu anderen Ländern aber viel mehr Patientinnen und Patienten versorgen – mit den bekannten

und allseits beklagten Folgen. Bezogen auf die Personalausstattung pro Krankenhausfall stehen wir im Vergleich von 18 europäischen Ländern auf Rang 16 – ein beschämender Platz, auch wenn es besser ist als bei unserem Digitalranking oder beim Eurovision Song Contest. Wir haben zwar ein sehr hochtouriges System, das wegen mangelnder Kapazitäten aber teilweise frei dreht.

Daraus ergeben sich meines Erachtens zwei logische Schlussfolgerungen. Erstens: Die Krankenhäuser müssen von Fällen, die dort nicht hingehören, endlich entlastet werden – das sind bei den sogenannten ambulant-sensitiven Konditionen rund 20 Prozent. Zweitens: Personelle Kapazitäten und Bettenzahl müssen so in Einklang gebracht werden, dass Patienten medizinisch und pflegerisch angemessen und gleichzeitig wirtschaftlich vertretbar behandelt werden können. Mit nur einem Drittel der Häuser beziehungsweise Betten hätten wir in Deutschland laut Professor Reinhard Busse beispielsweise einen Personalschlüssel, wie ihn die Niederlande erreichen. Insofern bedarf es dringend und zwingend einer Konzentration – und das wiederum bedeutet, dass nicht jedes Krankenhaus in seiner jetzigen Form bestehen bleiben kann. Minister Lauterbach hat davor gewarnt, dass, wenn seine Reform nicht komme, „ein ungeordnetes Krankenhaussterben“ die Folge sei. Wird es dann mit der Reform ein geordnetes? Während der Minister im Dezember 2022 auf die Frage, ob Krankenhäuser schließen müssten, noch klar mit Ja“ geantwortet hat, waren seine letzten Äußerungen in dieser Hinsicht sehr viel zurückhaltender – mutmaßlich dem Druck der Länder geschuldet, denen wiederum die Kommunen im Nacken sitzen.

Die zentrale Formel für die Zukunft des Krankenhauswesens kennt doch auch Karl Lauterbach: Jedes Krankenhaus sollte nur die Leistungen erbringen dürfen, für die es personell, und zwar 24/7, und technisch angemessen ausgestattet ist. Solche Krankenhäuser brauchen wir in Deutschland. Damit steht die Tatsache, dass nicht alle Krankenhäuser erhalten bleiben können, wie der sprichwörtliche Elefant im Raum. Bettenkapazitäten werden reduziert werden – sei es durch die normative Kraft faktischer Insolvenzen oder durch eine rationale Planung. Wer Bilanzen lesen kann, weiß, was Sache ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) selbst weist immer wieder auf die roten Zahlen hin, die 60 Prozent der Häuser schreiben.

Warum sage ich das alles hier? Die Krankenhausreform ist kein rein stationäres Thema. Sie wird zwangsläufig und in vielfältiger Art Auswirkungen auf den ambulanten Bereich haben, bis hin zur ärztlichen Weiterbildung, auf die Stephan Hofmeister noch zu sprechen kommen wird. Wenn es darum gehen soll, Ressourcen stärker zu bündeln – und das muss es meiner Ansicht nach, wie eben dargelegt –, dann reden wir automatisch von einer stärkeren Ambulantisierung von Leistungen. Nicht zuletzt die Pandemie hat hier ein großes Potenzial deutlich gemacht. Zwischen 2020 und 2022 sind die Fallzahlen im somatischen Bereich um 14 Prozentpunkte gesunken, bei den sogenannten ambulant-sensitiven Behandlungen sind es rund 22 Prozentpunkte. Das kann nur die Vertragsärzteschaft auffangen und das tun wir ja auch. In dem Fall müssen wir aber über eine echte und nicht über eine Pseudo-Ambulantisierung nach Gusto einiger wirtschaftlich taumelnder Krankenhäuser reden.

Der entscheidende Punkt muss doch sein: Wer kann eine Leistung qualifiziert erbringen und wer nicht? Und erst danach stellt sich doch die Frage, in welchem Gebäude diese Leistung erbracht werden sollte. Dementsprechend ist das Stufenkonzept für die künftige Einteilung der Krankenhäuser, das Minister Lauterbach kürzlich noch mal gegenüber den Ländern verteidigt hat, durchaus sinnvoll, wenn man Kooperationen mit den Niedergelassenen vor Ort mitdenkt.

Unabdingbare Voraussetzung hierfür sind gleiche Bedingungen und eine gleiche auskömmliche Finanzierung für Praxen und Krankenhäuser. Hier hatten wir als KBV ja den gesetzlichen Auftrag gemäß Paragraf 115f SGB V, gemeinsam mit der DKG und dem GKV-Spitzenverband für geeignete ambulante und stationär erbringbare Leistungen eine spezielle sektorengleiche Vergütung zu vereinbaren. Dieses Vorhaben ist bekanntermaßen leider gescheitert. Die unterschiedlichen Vorstellungen über den Umfang sowohl des Leistungskatalogs als auch der Vergütung waren nicht in Deckung zu bringen. Auffällig war, dass der GKV-Spitzenverband in den Verhandlungen eindeutig stationäre Interessen vertreten hat. Der Krankenhaus-Bias begegnet uns also nicht nur in der Politik. Der Ball liegt nun beim BMG, das die Modalitäten der speziellen sektorengleichen Vergütung nach Paragraf 115f nun per Rechtsverordnung festlegen muss. Wir haben unsere mit den Berufsverbänden konsentierten Vorschläge dem Ministerium übermittelt. Man darf gespannt sein, ob das BMG seinen eigenen Ansprüchen, die Ambulantisierung zu fördern, gerecht wird und

die gestalterische Kraft hat, die sogenannten Hybrid-DRGs konsequent umzusetzen. Wenn der Katalog entsprechender Leistungen allerdings auf magere 20 Prozeduren beschränkt wird, wird es nicht funktionieren. Fest steht, wir brauchen endlich mehr Dynamik in diesem Bereich, eben die vorhin erwähnten mutigen Schritte. Der neue Paragraph 115e SGB V, der den Krankenhäusern tagesstationäre Behandlungen ermöglicht, also quasi nach DRG (Diagnosis Related Groups) ohne Kost und Logis, ist jedenfalls kein Ambulantisierungsimpuls.

Immerhin scheint sich zumindest in Teilen der Politik allmählich die Erkenntnis durchzusetzen, dass es bei bestimmten medizinischen Leistungen einer besseren und gezielteren Arbeitsteilung bedarf. Die Unionsfraktion arbeitet aktuell an einem Antrag, der eine Gebühr für diejenigen Menschen vorsieht, die eigenständig ohne vorherige medizinische Ersteinschätzung eine Notaufnahme aufsuchen. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Ich will noch einmal betonen: Es geht nicht darum, jemanden zu bestrafen oder Patienten von den Notaufnahmen fernzuhalten. Viele wissen einfach nicht, wohin sie sich bei welchem gesundheitlichen Problem wenden können. Eine telefonische Ersteinschätzung hilft und steuert Patientinnen und Patienten dorthin, wo sie zielgerichtet behandelt werden können. Wer sich aber bewusst nicht an die Empfehlungen hält und trotz besseren Wissens unbedingt in die Notaufnahme will, sollte eine Gebühr entrichten müssen. Denn er blockiert knappe medizinische Ressourcen für echte Notfälle. Klar ist aber auch: Die entsprechende Verfügbarkeit einer solchen Ersteinschätzung per Telefon braucht eine klare Finanzierungsgrundlage und die Umsetzung entsprechender Richtlinien. Hierauf wird Stephan Hofmeister gleich noch zu sprechen kommen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Transformation, von der ich eingangs sprach und die man hier im Ruhrgebiet sichtbar und spürbar vollzieht, die brauchen wir im Gesundheitswesen nicht nur im Bereich der Ambulantisierung und der Digitalisierung, wo dieser Begriff ja schon länger in aller Munde ist. Sondern eben auch in der Krankenhauslandschaft, im Zusammenspiel der Sektoren, in der Akut- und Notfallversorgung, in der ärztlichen und psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, bei der Finanzierung der Versorgung und so weiter und so fort. Ich freue mich, dass es in der Klausursitzung der Mitglieder der KBV-Vertreterversammlung vor knapp zwei Wochen gelungen ist, sehr konstruktiv erste gemeinsame Positionierungen zu erarbeiten, die teilweise auch in Anträge für die heutige Vertreterversammlung gemündet sind. Diese Anträge spiegeln wider, dass wir Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Innovationen nicht entgegenstehen, sondern sie sogar mit Nachdruck einfordern, sofern sie der Versorgung nützen.

Unser ambulantes System in Deutschland ist – noch – enorm leistungsfähig. Nicht zuletzt, weil es sich in der überwiegenden Zahl um inhabergeführte Praxen handelt, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihren Teams mit viel Herzblut für die Menschen in diesem Land täglich da sind. Das wird wie selbstverständlich hingenommen, eine politische Anerkennung bleibt in der Regel aus. So schrumpft die reale Vergütung seit Jahren. Jetzt kommt ein hoher Inflationsdruck hinzu. Bei anderen Berufsgruppen führt dies zu spürbarem Protest und in der Folge zu Tarifabschlüssen mit teilweise zweistelliger prozentualer Steigerung. Für die Ärzte und Psychotherapeuten sind Kompensationen der gewaltigen Inflationslast nicht in Sicht.

Vielleicht sollte sich der eine oder andere fragen, was in Deutschland passieren würde, wenn nicht die Bahnen 50 Stunden nicht fahren – ein Szenario vor dem die ganze Republik schon seit Tagen zitterte –, sondern die Praxen 50 Stunden geschlossen wären. Ich glaube, das wäre eine wirklich beunruhigende Vorstellung für manchen Gesundheitspolitiker.

Aber es gibt stattdessen immer noch Politiker, die den Kolleginnen und Kollegen in den Praxen noch mehr aufbürden wollen. Die Liste des „mehr Wollens“ ist lang: mehr Bereitschaftsdienst, mehr Haftung, Digitalisierungsaufwände ohne Mehrwert, aber dafür mit erheblichen Mehrkosten, mehr Gängelung, Einmischung in das Ordnungsverhalten, wie aktuell bei Antibiotika, und so weiter und so fort.

Da wundert es nicht, wenn junge Kolleginnen und Kollegen sehr genau überlegen, ob sie sich niederlassen oder am Ende vielleicht gar nicht in der Versorgung arbeiten wollen. Wenn dann Vorschläge von ehemaligen ärztlichen Kollegen wie dem niedersächsischen Gesundheitsminister Andreas Philippi kommen, Medizinstudierende zu verpflichten, einige Jahre in der Versorgung zu arbeiten, kann man nur noch

erstaunt den Kopf schütteln. Es wäre mir neu, dass wir Lehramtsabsolventen zwingen, als Lehrer zu arbeiten oder Juristen als Staatsanwälte. In der Logik müsste ja dann auch unser Gesundheitsminister seinen Sessel im BMG mit dem Schreibtisch im Arztzimmer eines Krankenhauses tauschen.

Es ist schon ein eigenartiges demokratisches Grundverständnis, den Menschen immer mehr vorschreiben zu wollen, was sie dürfen oder nicht. Individuelle Freiheiten stehen auf jeden Fall bei dieser Ampel-Regierung nicht mehr hoch im Kurs. Die Maxime, der Staat könne letztlich alles besser regeln, hat sich in den letzten Jahren doch eher als nicht tragbar erwiesen. Politik zu ideologisieren hat noch niemals zum Erfolg geführt. Ein Blick auf die Reformdebatte im Gesundheitssystem bestätigt dies täglich. Es ist daher auch nicht hilfreich, wenn eine Staatssekretärin alle Forderungen der Vertragsärzte mit der Pauschalaussage abtut, die würden eh alle genug verdienen.

Oder schauen wir nach Brüssel. Wenn ein deutscher EU-Parlamentarier, ebenfalls ein ehemaliger Kollege, Ärzte auch noch zwingen will, weniger Antibiotika zu verordnen – möglicherweise, weil man die Antibiotikagabe in der Tiermast nicht geregelt bekommt oder nicht in der Lage ist, die Antibiotikaversorgung in Europa sicherzustellen? –, dann kommt man aus dem Kopfschütteln gar nicht mehr heraus.

Augenscheinlich ist die Gesundheitspolitik derzeit nicht in der Lage, vernünftige Rahmen zu setzen. Stattdessen wird versucht, eine ganze Gruppe hochqualifizierter Akademiker über Zwänge in ein Korsett zu binden – das kann nicht funktionieren. So verlieren wir eine ganze Medizinergeneration, die wir mehr als dringend brauchen. Deutschland ist nach aktuellen Untersuchungen als Arbeitsmarkt für ausländische Fachkräfte nicht mehr wirklich attraktiv – wenn das so weiter geht, für einheimische bald auch nicht mehr.

Ein Grund ist sicher die schulmeisterlich abgehobene und verkiffene Art, in der in Deutschland politische Entscheidungen auf den Weg gebracht werden. Das beginnt bei Gesundheitskiosken und geht mit Heizungsverboten weiter. Nur bei der Cannabis-Legalisierung scheinen einige Politiker aufzublühen. Was wir brauchen sind Rahmenbedingungen, die es den Kolleginnen und Kollegen in den Praxen erlauben, ohne überbordende Regulierung die Menschen in diesem Land zu versorgen und dafür eine ihrer Arbeitsleistung und Ausbildung entsprechende Vergütung zu bekommen!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir merken es alle: Die Gesundheitspolitik bietet aus Sicht der ambulanten Versorgung derzeit prima vista wenig Anlass zur Zuversicht. Zum Glück gelingt es uns innerhalb des KV-Systems nach wie vor, Herausforderungen konstruktiv zu diskutieren und den Gesundheitspolitikern Lösungswege aufzuzeigen, wie zuletzt auf unserer Klausursitzung Anfang Mai. Wir werden unsere Vorschläge, aber auch unsere Forderungen weiterhin entschlossen und mit Nachdruck an die Politik herantragen. In der Hoffnung, Bewährtes zu bewahren und Transformation im Gesundheitswesen dort, wo sie nötig ist, doch noch zu einem guten Ergebnis bringen zu können. Und als Rheinländer bin ich ja grundsätzlich optimistisch und rechne letztlich damit, dass Vernunft über Ideologie siegen wird.

Vielen Dank.