

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

Dr. Klaus Reinhardt,

zur Eröffnung des 125. Deutschen Ärztetages.

01. November 2021

Sperrfrist:

Montag, 01.11.2021, 10:30 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede,

es freut mich sehr, dass es nach der coronabedingten Absage des Deutschen Ärztetages im vergangenen Jahr und dem reinen Online-Ärztetag in diesem Frühjahr nun möglich ist, den Großteil der Abgeordneten des Ärzteparlamentes, Vertreter aus der Politik, von Verbänden, von den Medien und viele weitere Gäste heute persönlich hier begrüßen zu können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben in den vergangenen eineinhalb Jahren Außerordentliches geleistet – auf den Intensiv- und den Normalstationen, in den Praxen, in den Gesundheitsämtern, in den Forschungslaboren und in vielen weiteren Bereichen unseres Gesundheitswesens.

Viel zu kurz gekommen ist dabei der persönliche kollegiale Austausch über die Erfahrungen und die besonderen Herausforderungen in dieser Zeit.

Dieser Austausch ist auch Element der Bewältigung dieser intensiven physischen und psychischen Belastung.

Deshalb ist es gut, dass wir uns hier und heute persönlich wiedertreffen – selbstverständlich unter strikter Einhaltung aller geltenden Hygieneregeln.

Es ist ein Novum in der Geschichte der verfassten Ärzteschaft, dass zwei reguläre Ärztetage in einem Jahr stattfinden.

Aber außergewöhnliche Zeiten erfordern nun einmal
außergewöhnliche Maßnahmen.

Und zu besprechen gibt es viel.

So werden wir auf diesem Ärztetag auch eine Zwischenbilanz der
Pandemiebewältigung ziehen.

Wir werden die Schwachstellen im Pandemiemanagement und in
den Strukturen unseres Gesundheitswesens analysieren.

Und wir werden prioritäre Handlungsfelder und konkrete
Forderungen an ein gesundheitspolitisches Sofortprogramm der
neuen Bundesregierung diskutieren.

Wir werden einfordern, dass die Gesundheitspolitik nach den
Erfahrungen der Coronapandemie im Koalitionsvertrag in
besonderem Maße gewichtet wird.

Gesundheitspolitik muss ein zentrales Handlungsfeld der
nächsten Bundesregierung werden!

Dies ist angesichts der Pandemiebewältigung und für eine
moderne Gesellschaft des langen Lebens nur angemessen.
Danach sieht es im Moment allerdings noch nicht aus.

Die gesundheitspolitischen Ankündigungen im sogenannten
Sondierungspapier von SPD, Grünen und FDP mögen inhaltlich in
die richtige Richtung gehen, ausreichend sind sie aber bei Weitem
nicht.

Wir vermissen zum Beispiel Strategien und Konzepte zur Überwindung des fortschreitenden Fachkräftemangels in unserem Gesundheitswesen.

Die Ergebnisse der von der Bundesregierung mit viel PR gestarteten "Konzertierten Aktion Pflege" sind ja bisher eher enttäuschend.

Die Personalsituationen in unseren Kliniken, in den Altenpflegeeinrichtungen und bei den mobilen Pflegediensten verschlechtert sich zusehends.

Wenn hier nicht bald etwas passiert, droht der Kollaps des Systems.

Und auch im ärztlichen Dienst zeigen alle unsere statistischen Kennzahlen massive Personalengpässe an. Sie sind heute schon spürbar und werden sich in den nächsten Jahren dramatisch verschärfen.

Viele stationäre Einrichtungen sind nur aufrecht zu erhalten, weil wir in großem Stil Ärztinnen und Ärzte aus zahlreichen Ländern zu uns geholt haben.

Dieser „brain drain“ ist unter globalen Gesichtspunkten sicher nicht gerecht.

Wir müssen die Menschen in unserem Land – auch die zugewanderten – qualifizieren und den damit verbundenen Aufwand selbst tragen.

Das gilt für Ärztinnen und Ärzte, wie auch für die Beschäftigten in der Krankenpflege.

Und nach wie vor ist der Beruf der Ärztin und des Arztes bei Schulabsolventen besonders attraktiv.

Jedes Jahr kommen auf rund 11.000 freie Studienplätze mehr als 60.000 Bewerberinnen und Bewerber.

Hochmotivierte potentielle Ärztinnen und Ärzte haben wir also genügend. Es fehlt aber an einer ausreichenden Zahl von Studienplätzen in der Humanmedizin.

Bundesweit 3.000 bis 5.000 Studienplätzen mehr, dann wären wir etwa da, wo wir im Jahr der Wiedervereinigung waren, würden die angespannte Personalsituation mittelfristig sicher deutlich entschärfen.

Nur um falschen Vorstellungen von Kostenträgern vorzubeugen: Eine Intensivierung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und die Entwicklung und Förderung neuer Pflege-Qualifikationen sind zur Sicherung einer hochwertigen, verantwortungsvollen Patientenversorgung im Team sicher eine sinnvolle Entwicklung.

Das Problem des Mangels an Ärztinnen und Ärzten löst das aber in keinem Falle.

Meine Damen und Herren,
wir vermissen auch konkrete Pläne für echte Strukturreformen im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Verstehen Sie mich nicht falsch: Die Gesundheitsämter leisten in der Pandemie Herausragendes.

Dies ist aber vor allem dem großen persönlichen Engagement der Beschäftigten im ÖGD zu verdanken – trotz der immer noch unzureichenden personellen und materiellen Ausstattung der Ämter.

Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist deshalb in ein Gesamtkonzept für eine Strukturreform des ÖGD einzubetten.

Meldewege sind zu digitalisieren, einheitliche technische Schnittstellen sind zu etablieren und vor allem sind Anreize für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu werden.

Eine tariflich gesicherte, arzt spezifische Vergütung aller im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte ist dafür eine unverhandelbare Grundvoraussetzung.

Und wir brauchen auch eine zentrale Stelle zur Koordinierung der Aktivitäten der einzelnen Gesundheitsämter, so etwas wie ein Bundesgesundheitsamt 2.0.

Das Robert Koch-Institut könnte einer solchen Bundesbehörde zuarbeiten, aber nicht selbst dessen Rolle ausfüllen.

Vielmehr braucht das RKI ein Upgrade zu einer echten Infektionsschutzbehörde wie in den USA – mit fachlicher und auch rechtlicher Unabhängigkeit vom Bundesministerium für Gesundheit.

Ein Upgrade – das ist in der Pandemie sehr deutlich geworden – könnte im Übrigen auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung brauchen.

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

Auch dieses Thema gehört in den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung.

Wie schütze ich mich vor Ansteckung? Wie unterscheidet sich Covid-19 von der saisonalen Grippe? Wie wirken neuartige mRNA-Impfstoffe und warum ist es so wichtig, mich impfen zu lassen?

Gezielte und spezifische Antworten – auch zu den in sozialen Medien kursierenden Fake News – müssen gegeben werden.

Fragen haben die Menschen ausreichend, aber an laienverständlicher, phantasievoll gestalteter gesundheitlicher Aufklärung von staatlichen Stellen mangelt es häufig.

Dabei geht es natürlich nicht nur darum, Gesundheitskompetenz zu Fragen rund um die Pandemie zu fördern.

Es geht auch darum, das Gesundheitswesen nicht nur als Reparaturbetrieb zu begreifen, sondern auch die Gesundheitskompetenz im Sinne der Salutogenese zu fördern.

Die USA sind die erste Industrienation, in der die Entwicklung der Lebenserwartung rückläufig ist! Dies ist im Wesentlichen bedingt durch die Zunahme von Wohlstandserkrankungen.

Konkret könnte zum Beispiel das nationale Gesundheitsportal unter der Federführung der BZgA weiterentwickelt und ausgebaut sowie sein Bekanntheitsgrad deutlich erhöht werden.

Die BÄK könnte dabei ein zentraler Partner bei der inhaltlichen Ausgestaltung sein.

Wissenschaftliche Fachgesellschaften könnten darüber eingebunden werden.

Gesundheitsinformationen müssen leicht verständlich sein und in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen.

Es bedarf eines barrierefreien Zugangs zu den Informationen sowie einer direkten, am Lebensalltag der Menschen orientierten Ansprache.

Die Bemühungen um die Förderung der Gesundheitskompetenz dürfen sich deshalb auch nicht nur auf den Gesundheitssektor beschränken.

Der Einbezug und die Zusammenarbeit mit dem Bildungswesen müssen elementarer Bestandteil aller Anstrengungen sein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine klare Ansprache mancher Menschen ist auch wichtig, wenn es um verbale und körperliche Gewalt gegen Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen geht.

Wir leben in einer zunehmend polarisierten Gesellschaft und die Pandemie hat diese Polarisierung noch einmal verschärft.

Wir sehen und spüren diese Veränderungen auf Demonstrationen, in sozialen Medien, in den Parlamenten – und zunehmend auch in unseren Praxen und Kliniken.

Impfende Ärztinnen und Ärzte erhalten Drohbriefe, werden Opfer verbaler und körperlicher Gewalt.

Mitunter erfordert dies sogar Polizeischutz für Praxisteams oder die Klinikambulanzen.

Wir brauchen deshalb ein klarstellendes Bekenntnis zum besonderen Schutz aller Beschäftigten im Gesundheitswesen, die tagtäglich antreten, um anderen zu helfen und im Idealfall zu heilen.

Der gesellschaftliche Zusammenhalt und die Solidarität mit den Beschäftigten im Gesundheitswesen sind in Zeiten wie diesen wichtiger denn je.

Meine Damen und Herren,

Sie sehen, die gesundheits- und gesellschaftspolitische Aufgabenliste der neuen Bundesregierung ist lang – und ich habe dabei ja bisher nur einige ausgesuchte Kernpunkte skizziert.

Eine elementare Kernforderung der Ärzteschaft wurde aber bereits mit dem Sondierungspapier erfüllt: das klare Bekenntnis der Politik zum Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland.

Das ist gut und wichtig. Aber damit ist es natürlich nicht getan. Denn dass Reformbedarf sowohl im Bereich der GKV als auch der PKV besteht ist unstrittig.

Eine kontinuierliche Fortentwicklung und Anpassung des dualen Krankenversicherungssystems an die Herausforderungen der Zukunft ist unerlässlich.

Grundlegend dafür ist unter anderem eine moderne, den medizinischen Fortschritt abbildende, transparente und gut verständliche Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte.

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

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

Vor allem die eigentliche persönliche ärztliche Zuwendung ist inzwischen völlig unangemessen unterbewertet.

Sie wissen aus zahlreichen Sachstandsberichten, dass die Bundesärztekammer unter Einbeziehung von 165 ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen

Fachgesellschaften eine neue GOÄ in den wesentlichen Bereichen mit dem PKV-Verband konsentiert hat.

Derzeit befinden sich die Abstimmungen des gemeinsamen GOÄ-Vorschlags zwischen BÄK und PKV-Verband in der finalen Phase und betreffen vor allem den erwarteten Preiseffekt.

Von unserer Seite steht daher einer schnellen Umsetzung der Novelle nun nach der Bundestagswahl definitiv nichts mehr entgegen.

Wir erwarten jetzt von der zukünftigen Bundesregierung, dass sie diesen Reformstau auflöst und auf unsere hochlegitime Forderung nach einer neuen GOÄ endlich eingeht!

In der Pflicht ist sie aus unserer Sicht auch bei der Eindämmung der fortschreitenden Kommerzialisierung in unserem Gesundheitswesen – und das schon seit vielen Jahren.

Offenbar ist Teilen der Politik nicht mehr präsent, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist; er ist seiner Natur nach ein Freier Beruf.

So hat es der Gesetzgeber in der Bundesärzteordnung wörtlich festgehalten.

Die medizinisch-fachliche Weisungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten und ihre im ärztlichen Berufsethos sowie im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patientinnen und Patienten sind aus unserer Sicht Grundvoraussetzungen für eine gute Patientenversorgung.

Ärztinnen und Ärzte wollen keine Entscheidungen treffen und auch keine medizinischen Maßnahmen durchführen, die aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben und Überlegungen erfolgen und dabei das Patientenwohl gefährden und den Patienten Schaden zufügen können.

Die Ärzteschaft lehnt alle Leistungs-, Finanz-, Ressourcen- und Verhaltensvorgaben ab, welche ärztlich verantwortungsvolles Handeln tangieren und die mit ihrem ärztlich-ethischen Selbstverständnis unvereinbar sind.

Die Politik ist deshalb aufgefordert, diese ärztliche Grundhaltung auch im Sinne des Schutzes der Patientinnen und Patienten vor sachfremden Einflussnahmen mit konkreten gesetzgeberischen Gegenmaßnahmen zu unterstützen.

Im ambulanten fach- und hausärztlichen Bereich muss der Einfluss von sogenannten Private-Equity-Gesellschaften auf die Versorgung begrenzt werden.

Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren besteht die Gefahr, dass versucht werden könnte, medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung zu beeinflussen.

Zu befürchten ist ferner eine Konzentration von investorenbetriebenen medizinischen Einrichtungen, vor allem in Ballungsräumen – zu Lasten der Versorgung in ländlichen Gebieten.

Deshalb sind zusätzlich zu den bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz umgesetzten Maßnahmen dringend

weitergehende gesetzgeberische Schritte auf Bundes- und Landesebene erforderlich.

Zur Wahrung der Trägerpluralität und der freien Arztwahl dürfen Medizinische Versorgungszentren keine marktbeherrschende Stellung erlangen.

Das Leistungsangebot darf sich nicht nur auf einzelne, renditeträchtige Prozeduren konzentrieren, sondern muss das gesamte Leistungsspektrum eines Gebietes abdecken.

MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser müssen an einen fachlichen und räumlichen Bezug zu deren Versorgungsauftrag gekoppelt werden.

Gewinnabführungsverträge mit externen Kapitalgebern sind zu begrenzen, da die Gewinne aus Sozialversicherungspflichtbeiträgen generiert werden.

Im Übrigen, auch die Kolleginnen und Kollegen im stationären Sektor stehen unter einem erheblichen ökonomisch motivierten Druck.

Und zwar im Wesentlichen wegen des starren, letztlich auf Wettbewerb ausgerichteten Fallpauschalensystems.

Wir müssen von diesem Ärztetag ein starkes Signal an die künftigen Koalitionäre senden, dass wir uns mit Sonntagsreden zur sprechenden Medizin und zur Eindämmung der Kommerzialisierung der Patientenversorgung nicht zufriedengeben werden.

Wir erwarten konkrete gesetzgeberische Schritte, die sich auch im Koalitionsvertrag widerspiegeln.

Die Ausprägungen der Kommerzialisierung in der stationären und in der ambulanten Versorgung sind unterschiedlich.

Im Ergebnis führen sie aber dazu, dass Ärztinnen und Ärzte in einen für sie schwer lösbaren Konflikt mit ihren berufsrechtlichen Pflichten getrieben werden, wenn sie von Klinik- und Kostenträgern sowie zunehmend auch von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren angehalten werden, in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen zu denken und zu handeln.

Lassen Sie mich deshalb an dieser Stelle in aller Deutlichkeit sagen: Alle Ärztinnen und Ärzte sind Freiberufler, unabhängig davon, ob sie in wirtschaftlicher Selbstständigkeit oder in einem Angestelltenverhältnis tätig sind.

Das Spezifische des Arztberufes als Freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen.

Für den stationären sowie für den ambulanten Bereich sind deshalb im Sozialrecht sowie speziell im Zulassungsrecht explizite Regelungen zu verankern, nach denen Träger von Einrichtungen unter Androhung von Sanktionen gewährleisten müssen, dass die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre berufsrechtlichen Vorgaben einhalten können.

Meine Damen und Herren,
bei allen unseren Forderungen geht es im Grundsatz vor allem darum, die leistungsstarken Strukturen unseres Gesundheitswesens zu sichern und auch zukunftsfähig zu machen.

Dazu gehört die konsequente Förderung sinnvoller digitaler Anwendungen und der Ausbau der digitalen Infrastruktur.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat das Potential, einen positiven Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung zu leisten. Das steht völlig außer Frage.

Die Digitalisierung ist aber kein Selbstzweck. Maßgabe muss immer sein, dass digitale Anwendungen praxistauglich sind und sich an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten.

Das heißt: Die technische Umsetzung digitaler Anwendungen ist an klar definierten Versorgungszielen auszurichten.

Die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen muss deshalb drei grundlegenden Anforderungen genügen:

Erstens: Sie muss Ärztinnen und Ärzte im Versorgungsalltag praktikabel unterstützen.

Zweitens: Sie muss sicher sein, denn hochsensible medizinische Daten dürfen auf keinen Fall in falsche Hände geraten.

Und drittens: Sie muss für alle Patientengruppen nutzbar sein, also auch für ältere und multimorbide Menschen.

Immerhin nutzen etwa 50 Prozent der über 70-Jährigen kein Smartphone.

Das haben viele in unserem Gesundheitswesen leider immer noch nicht verinnerlicht. Auch nicht alle in der Politik.

Seit zweieinhalb Jahren hat der Gesetzgeber mit 51 Prozent die Mehrheit in der gematik.

Zweieinhalb Jahre, in denen es dem BMG und der gematik fast ausschließlich um Tempo ging.

Die Vorgabe dabei: Digitale Anwendungen sollen um jeden Preis fristgerecht eingeführt werden – ob sie störungsfrei im Praxisalltag funktionieren oder nicht.

Bedenken oder sogar Warnungen derjenigen, die wirklich beurteilen können, ob Anwendungen praxistauglich sind oder noch weiter getestet werden müssten, wurden ignoriert oder abgekanzelt.

Schließlich war man sich in der gematik der Rückendeckung des BMG sicher.

Die Ergebnisse sprechen für sich: Ständig auftretende Störungen der Telematikinfrastruktur beeinträchtigen den Praxisalltag.

Die für Anwendungen erforderliche Technik steht entweder noch nicht oder nur unzureichend zur Verfügung und Sanktionen drohen, wenn die Technik – auch ohne eigenes Verschulden – nicht fristgerecht installiert wurde.

Die Konsequenz ist: Viele Kolleginnen und Kollegen sind frustriert.

Die Akzeptanz digitaler Anwendungen hat massiv gelitten.

Wenn wir das jetzt noch verändern wollen, müssen wir die Reißleine ziehen und Ordnung in das Chaos bringen.

Das heißt: Tempo raus aus der überhasteten Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Stattdessen sollten wir uns in den kommenden zwölf Monaten darauf konzentrieren, die geplanten Anwendungen ausgiebig auf ihre Praxistauglichkeit und ihren tatsächlichen Nutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu testen.

Wir fordern die künftigen Ampel-Koalitionäre auf, für die gematik ein einjähriges Moratorium festzuschreiben.

In dieser Zeit ist die gematik auf eine versorgungsrelevante Strategie hin neu auszurichten und die Versorgungskompetenz der Gesellschafter stärker zu gewichten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen

eine stärkere Einbindung hätten wir uns im Übrigen auch auf europäischer Ebene bei der Ausarbeitung der sogenannten e-Evidence-Verordnung gewünscht.

Hier zeigt sich, dass Digitalisierung auch ihre Schattenseiten hat.

Worum geht es? Die Europäische Union plant eine neue Verordnung zur Herausgabe von elektronisch gespeicherten Daten an Ermittlungsbehörden anderer EU-Staaten.

Tritt die e-Evidence-Verordnung in ihrer geplanten Form unverändert in Kraft, können Ärztinnen und Ärzte künftig nicht mehr sicher sein, dass Behörden anderer EU-Länder sich Zugriff auf die von ihnen dokumentierten Patientendaten verschaffen.

Der Ausspruch „Big brother is watching you“ bekommt hier eine ganz neue Bedeutung!

Und das ist natürlich gerade mit Blick auf das ärztliche Berufsträgergeheimnis fatal und absolut inakzeptabel.

Wir haben deshalb das Bundesjustizministerium angeschrieben und mit Vertretern des Europäischen Parlaments Kontakt aufgenommen und auf dieses Problem aufmerksam gemacht.

An den ersten Reaktionen sehen wir, dass es durchaus Problembewusstsein zu geben scheint.

Wir hoffen, dass diese Entwicklung aufzuhalten ist.

Andernfalls ist stark zu befürchten, dass das Vertrauen in digitale Lösungen im Gesundheitswesen und auch in einen künftigen Europäischen Gesundheitsdatenraum Schaden nimmt.

Wir können dann nicht mehr ausschließen, dass Ärztinnen und Ärzte aus Sorge um die Sicherheit der sensiblen Patientendaten die Etablierung von digitalen Prozessen in ihren Praxen aussetzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wollte die scheidende Bundesregierung die Digitalisierung in den Kliniken mit mehr als vier Milliarden Euro fördern.

Ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes zeigt sich aber, dass die Finanzierungswege offenbar viel zu kompliziert sind, in den Bundesländern unterschiedliche Regelungen und Formulare zur Anwendung kommen und viele Förderanträge in den Mühlen der Bürokratie feststecken.

Das ist auch deshalb bedauerlich, weil bei den Kliniken großes Interesse an Förderungen für den digitalen Ausbau besteht.

Nach einer aktuellen Befragung planen 98 Prozent der Häuser mindestens einen Antrag zu stellen.

Bund und Länder müssen hier noch einmal ran und dafür sorgen, dass das Krankenhauszukunftsgesetz seinem Namen auch gerecht wird.

Und ich erwarte eigentlich auch ein entsprechendes Praxiszukunftsgesetz zur Unterstützung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Sie stehen mit ihren Millionen Patientenkontakten pro Tag an vorderster Front.

Sie müssen die digitalen Anwendungen als erste gangbar machen.

Aber die notwendigen Investitionen zur digitalen Aufrüstung ihrer Praxis müssen sie bisher allein tragen.

Wenn wir hier den Turbo drücken wollen, dann braucht es auch und gerade für die Praxen einen Digitalisierungsfonds.

Meine Damen und Herren,
unabhängig von diesem Gesetz steht das eigentliche
Zukunftsprogramm für die Krankenhäuser aber noch aus.

Bleiben wir beim Stichwort Investitionen:

Ich habe es bereits im Mai bei unserem letzten Deutschen Ärztetag
gesagt und ich bekräftige es heute mit Blick auf unsere
Podiumsdiskussion mit den Gesundheitsministern der Länder
noch einmal:

Im Jahr 2019 belief sich der Investitionsbedarf der Krankenhäuser
laut DKG auf 6,2 Milliarden Euro. Stellt man die im Jahr 2019
tatsächlich geleisteten Förderungen gegenüber, ergibt sich eine
Differenz von mehr als 50 Prozent.

Diese Missstände haben maßgeblich die Bundesländer zu
verantworten. Sie kommen ihrer Pflicht zur Finanzierung von
Investitionen nicht nur sehr unterschiedlich nach, sondern meist
auch völlig unzureichend.

Verantwortliches Regieren sieht aus unserer Sicht anders aus.

Und wenn die Länder dieses Problem nicht selbst in den Griff
bekommen, dann muss man auch über eine geeignete
Kofinanzierung des Bundes nachdenken.

Das ist aber nur ein Punkt, der in der nächsten großen Krankenhausreform geregelt werden muss.

Wir brauchen außerdem eine umfassende und bedarfsgerechte Reform der Krankenhausvergütungssystematik.

Und eine Reform der Krankenhausplanung.

Alles das kann die neue Bundesregierung nicht allein auf den Weg bringen.

Dafür braucht sie die Unterstützung der Länder und natürlich auch die Expertise der Ärzteschaft und anderer Stakeholder.

Zur Vorbereitung einer großen Krankenhausreform schlagen wir die Einberufung eines nationalen Krankenhausgipfels mit den Ländern, den Kommunen, der ärztlichen Selbstverwaltung, den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie der Pflege vor.

Und das ist aus unserer Sicht zu tun:

Wir müssen wegkommen von dem 100-Prozent-Ansatz des G-DRG-Fallpauschalensystems.

Die Krankenhausvergütung ist prioritär an den Kriterien von Personalbedarf, Personalentwicklung, Flächendeckung und notwendiger Vorhalteleistungen auszurichten.

Konkret heißt das: Die Krankenhäuser sind durch einen Mix aus pauschalierten Vergütungskomponenten zur Deckung von

fallzahlunabhängigen Vorhaltekosten, einem fallzahlabhängigen Vergütungsanteil sowie einem Budget zur Strukturqualität finanziell solide aufzustellen.

Die bereits umgesetzte Ausgliederung der Personalkosten in der Pflege aus dem G-DRG-System ist auch auf Ärztinnen und Ärzte auszuweiten.

Und ganz wichtig: Eine Reform der Krankenhausvergütungssystematik muss zwingend mit einer stärker an den regionalen Bedarf angepassten Neuorganisation der Krankenhausplanung einhergehen.

Kooperative Versorgungskonzepte, intersektorale Versorgungsformen, Möglichkeiten der belegärztlichen Versorgung sowie sogenannte Mitversorgereffekte – auch über Landesgrenzen hinweg – sind in die Krankenhausplanung einzubeziehen.

Wir brauchen also einen Mix von Indikatoren, der auf den tatsächlichen Behandlungsbedarf einer Region abstellt.

Im Ergebnis sollte dann ein funktional und nach einheitlichen Kriterien abgestuftes, subsidiär strukturiertes Netz einander ergänzender Kliniken stehen, im Sinne von spezialisierten größeren Zentren in Ballungsräumen und einer gesicherten Grundversorgung in der Fläche.

Und damit keine Missverständnisse aufkommen: Die Verantwortung für die Krankenhausplanung muss bei den Bundesländern verbleiben.

Aufgabe der Bundesregierung ist es aber, den Weg für eine bundesweit abgestimmte Krankenhausplanung und mehr länderübergreifende Kooperationen zu ebnen.

Dabei müssen wir übrigens nicht bei Null anfangen.

Mein Heimatbundesland Nordrhein-Westfalen ist in Sachen Krankenhausplanung bereits neue Wege gegangen.

Diese könnten nach meinem persönlichen Dafürhalten auch für andere Bundesländer durchaus zielführend sein.

Herr Minister Laumann wird in der Podiumsdiskussion heute Mittag sicherlich genauer darauf eingehen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie sehen, die Vielzahl von Themen, über die wir zu sprechen haben, würde gut und gerne auch noch für einen dritten Ärztetag in diesem Jahr reichen.

Aber keine Sorge, wir lassen es bei diesem bewenden.

Eine ganz wesentliche Thematik, mit der wir uns auf diesem Ärztetag schwerpunktmäßig beschäftigen werden, möchte ich selbstverständlich noch ansprechen.

Eigentlich wollten wir schon im letzten Jahr, auf dem 123.

Deutschen Ärztetag in Mainz, ein Hauptaugenmerk auf das Thema „Klima- und Gesundheitsschutz“ legen.

Wie Sie wissen, musste der Ärztetag leider pandemiebedingt ausfallen.

Wir werden uns deshalb morgen ausreichend Zeit nehmen und gemeinsam mit ausgewiesenen Expertinnen die direkten Folgen des Klimawandels auf den menschlichen Körper sowie die indirekten Folgen für die globale Gesundheit diskutieren.

Die Bundesärztekammer ist seit 2019 Mitherausgeber des Lancet Countdown Policy Brief für Deutschland.

Dieser gehört zum internationalen Forschungsprojekt „The Lancet Countdown on Health and Climate Change“, in dem mehr als 35 internationale Forschungsinstitutionen sowie einige UN-Organisationen zu den medizinischen, gesellschaftlichen und auch wirtschaftlichen Folgen der globalen Klimakrise zusammenarbeiten.

In der letzten Woche wurde der diesjährige Deutschland-Brief des Lancet vorgestellt, in dem eine erste Zwischenbilanz gezogen wird, wie weit Deutschland bei der Prävention klimabedingter Gesundheitsgefahren gekommen ist.

Um es kurz zu machen: Es gibt noch sehr viel zu tun.

Noch immer ist nicht bei allen politisch Verantwortlichen angekommen, dass die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels keine ferne Bedrohung mehr sind.

Sie sind eine weltweite Realität.

Immer häufiger kommt es auch in Deutschland zu Hitzewellen, die vor allem für ältere Menschen oder solche mit Vorerkrankungen tödlich verlaufen können.

Hinzu kommen weitere Gesundheitsgefahren durch neuartige Krankheitserreger und Extremwetter.

Uns wurde in diesem Sommer mit den katastrophalen Überschwemmungen im Ahrtal und anderen Teilen Deutschlands schmerzhaft vor Augen geführt, welche verheerenden Auswirkungen Extremwetterereignisse haben können.

Lassen Sie mich an dieser Stelle den Kolleginnen und Kollegen danken, die sich in den Katastrophengebieten bis zum heutigen Tage mit ganzer Kraft für die Aufrechterhaltung der Patientenversorgung einsetzen.

Ich weiß, dass viele von Ihnen selbst betroffen sind und die Bewältigung ihrer eigenen Notlage hinten anstellen, um anderen zu helfen.

Das ist, meine Damen und Herren, im besten Sinne des Wortes „ärztlich“!

Ich danke auch den Ärztekammern in den betroffenen Gebieten, die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen mit Spenden von Ärztinnen und Ärzten aus ganz Deutschland schnell geholfen haben.

Das ist gelebte Solidarität und das ist vorbildlich gelebte Selbstverwaltung, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Neben der Hilfe für die Betroffenen ist es nun aber wichtig, nicht einfach zur Tagesordnung zurückzukehren.

Wir müssen uns auf die Folgen des menschengemachten Klimawandels auch in der Gesundheitsversorgung einstellen.

Die Einhaltung der Pariser Klimaschutzziele ist unerlässlich.

Unabhängig davon sind Sofortmaßnahmen von Bund und Ländern notwendig, die die Gesundheitseinrichtungen in die Lage versetzen, neue und zusätzliche Aufgaben in der Patientenversorgung aufgrund der Erderwärmung zu bewältigen.

Neben einem nationalen Hitzeschutzplan sind konkrete Maßnahmenpläne für Kliniken, Not- und Rettungsdienste sowie Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung auf Extremwetterereignisse verpflichtend zu erstellen.

Und wir brauchen eine nationale Strategie für eine klimafreundliche Gesundheitsversorgung in Deutschland. Diese muss auch den notwendigen Investitionsbedarf zum Beispiel für den Bau klimaneutraler Krankenhäuser sowie für die Nutzung klimaneutral gewonnener Energie im Gesundheitsbereich berücksichtigen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
viele Themen konnte ich nur anreißen – das Pandemiemanagement, die Fachkräftesicherung, die Reform der GOÄ, die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung und -planung, der Ausbau der Digitalisierung und nicht zuletzt der

Klimaschutz sind Aufgaben und Herausforderungen, die keinen weiteren Aufschub dulden.

Sie müssen jetzt angegangen werden, um unser Gesundheitswesen zukunftsfest auszurichten.

Wir werden auf diesem Ärztetag, dessen bin ich gewiss, aus ärztlicher Sicht die Richtung bei diesen wichtigen Fragen vorgeben.

Mit ganz herzlichem Dank für Ihre Aufmerksamkeit erkläre ich den 125. Deutschen Ärztetag für eröffnet.