

BÄK-Präsident Reinhardt im Interview

"Wir müssen dringend zur Normalität zurück"

Eigentlich hätte er vor 14 Tagen seinen ersten Deutschen Ärztetag als Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) leiten müssen – doch die Amtszeit von Dr. Klaus Reinhardt beginnt anders als erwartet. Wie steht der Facharzt für Allgemeinmedizin derzeit zum Thema Corona? Was schlussfolgert er aus der aktuellen Ärztestatistik – und was macht eigentlich die GOÄ? Der änd unterhielt sich mit Reinhardt über diese Themen.



Reinhardt: "Jetzt ist der Moment gekommen, an dem wir analysieren müssen, wie die verschiedenen Maßnahmen der Politik gewirkt haben."

© änd

Herr Dr. Reinhardt, wie läuft die Arbeit in Zeiten der Kontaktbeschränkungen in der Bundesärztekammer derzeit? Treffen Sie sich schon wieder mit den anderen Vorstandsmitgliedern in Berlin?

In der Tat hat der Vorstand der Bundesärztekammer vor 14 Tagen erstmals wieder – unter Einhaltung aller gebotenen Abstandsregelungen – getagt. Im Rahmen der Möglichkeiten legen wir nun wieder Wert auf Präsenzveranstaltungen. Es gibt aber auch noch viele Abstimmungen per Video und Telefon. Das wird nun noch eine Weile so bleiben und funktioniert inzwischen reibungslos.

Eigentlich hätten Sie vor einigen Tagen den Deutschen Ärztetag leiten müssen. Hauptthema Klimawandel und Gesundheit...

...und das zweite Thema wäre „Kommerzialisierung und Patientensicherheit“ gewesen. Beides wichtige Themen, die uns erhalten bleiben werden. Da habe ich keinen Zweifel. Ich sehe da viel Diskussionsbedarf.

Auf dem Ärztetag klären die Delegierten aber auch immer eine Menge organisatorischer Fragen. Die Entlastung des Vorstands, der Haushalt wird abgesegnet – klappt das nun alles per Telefon?

Ja – wir werden Möglichkeiten anbieten, diese Entscheidungen aus der Ferne zu treffen. Das erste Pandemiegesetz hat die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen. Wir werden den Stimmberechtigten der Landesärztekammern in Videokonferenzen alle Informationen und die Gelegenheit geben, den Haushalt zu besprechen. Auf diesem Wege muss zumindest schon einmal der Haushalt für das kommende Jahr genehmigt werden – sonst können wir nicht arbeiten.

Wir werden auch anstreben, die Entlastung für den vorherigen Haushalt auf diese Weise vorzunehmen. Die Fakten sind ja durch Sitzungen der entsprechenden Gremien alle transparent. Es gibt aber auch Stimmen, die eine Entscheidung darüber auf dem nächsten Ärztetag fordern. Ich bin für beide Wege offen.

Schauen wir einmal auf den Grund für die besondere Lage – die Corona-Krise: Derzeit streiten Virologen, Politiker und selbsternannte Experten in Bund und Land darüber, wann welche Maßnahmen gelockert werden sollten. Halten Sie sich als Bundesärztekammer bei der Debatte zurück – oder geben Sie der Politik jetzt einen eindeutigen Ratschlag?

Wir halten uns insofern zurück, als wir natürlich keine wissenschaftliche Institution zur Bewertung von Gefahrenlagen bei virusbedingten Erkrankungswellen sind. Da ist die Bundesärztekammer gut beraten, in der fachlich-inhaltlichen Debatte eher zurückhaltend zu agieren.

Trotzdem kommentieren und bewerten wir natürlich die Gesamtlage. Wir bringen uns in die Bewältigung dieser Krise ein und arbeiten zum Beispiel bei Gesetzesinitiativen eng mit den Bundesgesundheitsministerium, den Fraktionen und anderen Stellen zusammen. Die Politik hat bislang in der begründeten Sorge einer massiven Ausbreitung des Corona-Virus – mit großen Risiken und schweren Verläufen – besonnen gehandelt. Wir sehen ja auch das Infektionsgeschehen in anderen Staaten wie den USA oder Brasilien. Daher war das politisch vorsichtige Handeln bislang angemessen und richtig.

Jetzt ist allerdings der Moment gekommen, an dem wir analysieren müssen, wie die verschiedenen Maßnahmen der Politik gewirkt haben. Und da muss ich sagen: Das, was an Forschungsvorhaben oder Maßnahmen zum wissenschaftlichem Erkenntnisgewinn in dieser Fragestellung derzeit läuft, könnte sicher noch ausgebaut werden.

In welchem Bereich?

Das RKI ist schon ein großes Institut mit hoher Expertise, keine Frage. Ich finde aber, dass wir noch stärker auf die Orte schauen müssen, an denen wir die jüngsten Ausbrüche registriert haben – wie beispielsweise in der Fleischindustrie. Dort muss man hingehen und eruieren: Was sind ganz genau die Bedingungen, die dazu geführt haben? Welche Rückschlüsse lassen sich daraus ziehen – und wie können wir dieses Wissen nutzen, wenn eine zweite Infektionswelle kommen sollte? Dann wäre es klug, wenn wir bis dahin so viele Informationen über Verläufe und Risikopatienten hätten, dass wir deutlich passgenauere und spezifischere Maßnahmen ergreifen könnten, ohne dass wir das gesamte Wirtschaftsleben lahmlegen – und ohne das Gesundheitswesen total auf dieses eine Thema Corona fokussieren zu müssen.

Denn eine zu starke Fokussierung bedeutet?

...dass natürlich viele andere Aspekte der medizinischen Versorgung zurückgestellt werden müssen. Dabei geht es um Leistungen, deren Rückstellung jetzt nicht mehr gerechtfertigt ist – und deren Rückstellung vielleicht auch schon länger nicht mehr gerechtfertigt war. Wir müssen da dringend zur Normalität zurück.

Auch müssen natürlich die Informationsstrukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst ausgebaut werden. Die lange angekündigte Tracing-App muss endlich kommen. Im Moment muss man sich in Listen eintragen, wenn man ein Café besucht, damit im Falle einer Infektion die Verläufe rückverfolgt werden können. Es kann doch nicht sein, dass wir im Jahr 2020 noch mit solchen händisch geschriebenen Informationen arbeiten müssen. Da kann ruhig Gas gegeben werden. Wir müssen das Zusammenleben in dieser Situation so leicht und gangbar wie möglich gestalten – ohne leichtsinnig zu werden.

Wie haben Sie die Debatte zum Thema Schutzmasken erlebt?

Das war natürlich ein gigantisches Problem. Wenn man sich anschaut, wie Angehörige medizinischer Berufe zu Beginn der Krise ausgestattet waren – und welchem Risiko sie sich aussetzen mussten – kann man nur sagen: Das war schon sehr grenzwertig. Deshalb von uns die klare Forderung: Schutzmasken und Ausrüstung müssen in Deutschland hergestellt werden. Punkt. Und das in ausreichendem Maße – und zwar so, dass Masken für die Gesundheitsberufe von Beginn an verfügbar sind.

Zum Glück ist da ja schon ein wenig Dynamik in die Sache gekommen, auch weil Unternehmen in Deutschland ihre Produktionswege umgestellt haben. Dieses Engagement von Politik und Wirtschaft darf jetzt nicht wieder einschlafen. Ich bin aber zuversichtlich, dass das den Politikern inzwischen auch klar ist.

Vor Corona gab es eine große Debatte darüber, ob wir in Deutschland zu viele Krankenhausbetten haben – und wo Häuser geschlossen oder in ambulante Lösungen überführt werden sollen. Wie wird Corona diese Debatte nun verändern?

Die Versorgung im Krankheitsfall ist ein fester Bestandteil der Daseinsfürsorge in einer zivilisierten Gesellschaft. Das heißt nicht, dass Krankenhäuser, die unwirtschaftlich sind, unbedingt als eigenständige Einrichtungen am Netz bleiben müssen. Wenn es medizinisch sinnvoll ist, können Standorte zusammengelegt werden, um Synergieeffekte zu nutzen, vor allem um den Arbeitsdruck der Mitarbeiter zu mindern und um Freiräume für Investitionen zu schaffen. Entscheidend ist aber, dass Personal und Kapazitäten für die Patientenversorgung nicht nur erhalten bleiben, sondern ausgebaut werden. Darüber, was angemessen ist, wird man sich nach der Pandemie unterhalten müssen. Ich glaube, dass so Mancher dann feststellen wird, dass die nassforschen Empfehlungen für massenhafte Klinikschließungen und Bettenabbau aus den Studien von Bertelsmann und Co . nicht zielführend sind. Würde die Politik solchen Empfehlungen folgen, hätten wir in Deutschland bei der nächsten Pandemie unter Umständen ähnliche Verhältnisse, wie es sie im März und April in Italien, Spanien oder Frankreich gab. Wir müssen deshalb als Gesellschaft darüber diskutieren, ob wir uns einen gewissen Überhang an Kapazität auch in Nicht-Pandemiezeiten leisten und auch bezahlen sollten – um im Falle eines Falles handlungsfähig zu sein.

Das bedeutet nicht, dass man sich nicht weiter darüber unterhalten sollte, ob eine sinnvolle Strukturierung der stationären Versorgung nötig ist, von der Basisversorgung bis hin zur Universitätsmedizin. Dafür brauchen wir aber eine Kommunalpolitik, die mitzieht und das Prinzip der Kirchturmpolitik an dieser Stelle fallen lässt.

Sollte das Thema DRG in den Kliniken auch anders angegangen werden?

Definitiv. Viele gute Kliniken sind gar nicht in der Lage, vernünftig zu arbeiten, da die Investitionskosten nicht in ausreichendem Umfang von den Ländern getragen werden. Sie sind daher darauf angewiesen, aus den DRGs – die eigentlich nur Betriebskosten decken sollen – Investitionen zu finanzieren. Das setzt falsche Anreize. Daher kann das DRG-System unter den jetzigen Bedingungen nicht die Zukunft sein. Wir werden uns mit dem Thema Klinikfinanzierung auseinandersetzen und eine Lösung finden müssen. Den Rotstift beim Personal anzusetzen, kann dabei auf keinen Fall die Lösung sein.

Zum Thema Corona noch eine Satzvervollständigung: Deutschland ist bisher glimpflich durch die Krise gekommen, weil....

...ein ganzes Mosaik von Gründen dazu geführt hat. Zunächst waren wir etwas später als die südeuropäischen Länder betroffen. Manche Erkenntnis, die man dort gewonnen hatte, konnten wir hier schon nutzen. Nach meinem Kenntnisstand haben die Kollegen in Italien zum Beispiel zunächst zu früh und mit zu viel Druck beatmet. Das konnten wir hier anders machen.

Ein zweiter Grund: Wir haben weit mehr Intensivbetten als viele andere Industrieländer. Daher sind wir gar nicht in die Situation gekommen, dass die Kliniken mit entsprechenden Folgen für die Versorgungsqualität extrem unter Druck standen. Drittens: Wir haben sehr viel und früh getestet und hatten daher früh einen guten Überblick. Viertens: Wir haben ein sehr leistungsfähiges ambulantes System. In dieser Form – mal von der Schweiz und Österreich abgesehen – einzigartig in Europa. Das bedeutet, dass die Betreuung von Altenheimen und älteren erkrankten Menschen engmaschig und effektiv erfolgen kann. Und ich bin auch sicher: Die gute Versorgung führt dazu, dass Hypertoniker, Diabetiker oder prinzipiell chronisch erkrankte Menschen aufgrund der Betreuungsdichte gut eingestellt und versorgt sind. Das kann das Risiko, an der Infektion zu sterben, positiv beeinflussen. Es sind also mehrere Faktoren, welche die Entwicklung hier geprägt haben.

Welche Rolle spielte der Lockdown?

Das werden Analysen noch zeigen müssen. Spanien und Italien haben ja viel früher als wir deutliche Verbote ausgesprochen. Die haben nicht immer viel gebracht. Man wird in Ruhe später analysieren müssen, was die Maßnahmen bei uns bewirkt haben.

Ich bin auch gespannt, was die Analysen in zwei bis drei Jahren – denn früher wird man kein seriöses Fazit ziehen können – über das Modell Schweden aussagen. Dort setzt man eher auf den Appell an die Vernunft der Menschen und nicht so sehr auf Verbote und Kontaktsperrern. Auch werden Schulen und andere Einrichtungen offengehalten.

Es heißt aber, dass die Zahl der Corona-Toten dort höher ist...

Wenn man auf die ersten Zahlen schaut, ist man in der Tat erst einmal geneigt, das zu denken. Aber da muss wirklich einmal geschaut werden, was in der Gesamtbilanz rauskommt. Wir wissen nicht, welche „Kollateralschäden“ die Corona-Maßnahmen in Deutschland verursacht haben, zum Beispiel weil Menschen nicht in die Klinik gekommen sind und nicht behandelt wurden. Diese Rechnung ist natürlich schwer zu führen. Aber es gibt von Wissenschaftlern den Hinweis darauf, dass die Zahlen nicht zu unterschätzen sind. Die muss man zu den Corona-Toten addieren, wenn man bewerten will, was man alles getan hat. Denken wir auch an die sozialen Auswirkungen, die der Lockdown zur Folge hat: Existenzvernichtung von Menschen, die wirtschaftlich selbstständig sind, Verschuldungen, soziale Verwerfungen, eingeschränkte Bildung von Kindern und Jugendlichen... Die Liste ist lang. Das sind auch Dinge, die wir bei einer Gesamt-Risikobewertung nicht vergessen dürfen.

Klingt, als hielten Sie doch einige der politischen Entscheidungen der letzten Zeit für grob fahrlässig...

Nein. Darum geht es nicht. Vorwürfe helfen jetzt nicht weiter. Auch Corona-Gegner, die mit abstrusen Verschwörungstheorien auf die Straße gehen, helfen niemandem – ebenso wie Drohbriefe an Herrn Drost, der Tatsachen ausspricht, die manche Menschen einfach nicht hören möchten.

Aber es geht schon darum, rationale Überlegungen anzustellen, die sich nicht nur auf das eine Thema fokussieren – sondern auf die Gesamtentwicklung. Ich hoffe, dass wir uns nun in diese Richtung bewegen.

Kommen wir zu einem anderen Thema: Die Bundesärztekammer hat gerade die neue Ärztestatistik veröffentlicht. Die Gesamtzahl der Ärzte ist erneut gestiegen – aber gleichzeitig boomt die Teilzeitarbeit und ein paar geburtenstarke Jahrgänge nähern sich dem Rentenalter. Welche Schlussfolgerung ziehen Sie daraus?

Wir sehen, dass wir im Moment zwar immer noch leicht steigende Arztzahlen haben. Die geleistete Arztzeit ist aber schon seit einigen Jahren rückläufig. Wir müssen auch feststellen, dass aus nachvollziehbaren Gründen die Bereitschaft sinkt, 60 bis 70 Stunden zu arbeiten – und der Wunsch nach geordneten Arbeitsbedingungen steigt.

Um 100 Vollzeitstellen zu besetzen, wurden im Jahr 2015 noch 108 Ärztinnen und Ärzte benötigt, zwei Jahre später waren es bereits 115. Dies entspricht einem Mehrbedarf von 6 Prozent, ohne dass sich die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit erhöht hatte. Gleichzeitig haben wir eine Gesellschaft des Älterwerdens und ein Gesundheitswesen, das von Forschung und großer Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist. Unser Gesundheitssystem kann viel leisten, wenn die Bevölkerung bereit dazu ist, den finanziellen Aufwand dafür zu tragen. Ich habe den Eindruck, dass sie das auch ist.

Wir müssen nun mehr Nachwuchs gewinnen und die Zahl der Studienplätze anheben. Wichtig dabei: Wir müssen die Absolventen dann auch motivieren, tatsächlich kurativ tätig zu werden. Auch im Pflegebereich müssen wir ein vernünftiges Berufsbild mit möglichen Zusatzqualifikationen und akzeptablen wirtschaftlichen Einkommensverhältnissen schaffen.

Wenn wir uns in der Statistik die Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich anschauen, sehen wir einen starken Anstieg. Wie geht das weiter? Verschwindet der selbstständig tätige Arzt in eigener Praxis?

Das glaube ich nicht. Es wird immer Menschen geben, die gerne wirtschaftlich selbstständig arbeiten möchten. Ich hoffe auch, dass sich künftig mehr Modelle etablieren, die jüngeren Kollegen und Kolleginnen ermöglichen, erst einmal als Angestellte zu arbeiten – um sich dann nach einer gewissen Zeit „in den fließenden Verkehr“ einzufädeln. So könnte die Zahl derer, die selbst auch wirtschaftliche Verantwortung übernehmen, ausreichend groß bleiben.

Für wie groß halten Sie das wirtschaftliche Risiko derzeit?

Die wirtschaftliche Verantwortung, die ein Vertragsarzt in der Praxis tragen muss, ist zwar nicht so risikobehaftet, wie es in vielen anderen Branchen der Fall ist. Aber es ist natürlich mit Organisationverantwortung und viel Arbeit verbunden. Ich glaube aber, dass die Weisungsunabhängigkeit im Hinblick auf die eigene ärztliche Tätigkeit in der eigenen Niederlassung noch einmal eine besondere Bedeutung hat. Das sollte nicht verlorengehen. Daher bin ich sehr dafür, die wirtschaftliche Selbstständigkeit attraktiv zu gestalten. Daran arbeiten wir ja auch mit den KVen. Da gibt es Patenschaften, Beratungen und Coaching-Programme. Mittelfristig werden KV-Eigeneinrichtungen an Bedeutung gewinnen, allein schon, um den Sicherstellungsauftrag in strukturschwachen Gebieten erfüllen zu können. Wenn dann noch ein junger Arzt, der vielleicht aus der Gegend kommt, die Praxis irgendwann übernimmt, ist das sicher ein guter Weg.

Wie hoch ist Ihrer Meinung nach das Abschreckungspotential von Regressen, Bürokratie und Budgets beim Nachwuchs?

Das schreckt natürlich besonders ab, wenn man laut darüber stöhnt. Dabei sind viele Punkte ja nicht mehr so dramatisch. Die Zahl der Regresse ist beispielsweise in den vergangenen Jahren massiv zurückgegangen. Bei der Bürokratie ist es auch ein wenig besser geworden – oder zumindest findet das Thema nun mehr Beachtung. Im Verhältnis zu vielen anderen Berufen ist das Maß aber noch einigermaßen erträglich. Wir müssen die Dinge, die uns stören benennen, sollten aber auch nicht zu sehr stöhnen. Natürlich: Meine Eltern als Hausärzte kannten eine solche Anzahl von Dokumentationsbögen, Hygieneverordnungen oder QM-Systemen nicht – die haben noch mit dem Kugelschreiber auf die Karteikarte geschrieben. In einer modernen Welt wie dieser ist das aber nicht mehr machbar – schon gar nicht im globalen Kontext. Insofern müssen wir uns der Entwicklung stellen. Wichtig ist aber, dass die Zeit, die dafür aufgebracht werden muss, auch wirklich dafür übrig ist und der Aufwand honoriert wird.

Die GOÄ nähert sich der Vollendung, heißt es. Warten Sie praktisch nur noch auf ein politisch günstiges Klima, um damit ins Ministerium zu laufen?

Aktuell versuchen wir (beraten von PrimeNetwork) mit dem PKV-Verband (beraten von McKinsey) ein Preisgefüge zu konsentieren, das einen Zuwachs von unterschiedlichster Größenordnung bedeuten könnte. 10 oder 15 Prozent – oder nur die bekannten 6,4 Prozent, die uns zugestanden werden sollen. Das kann man alles kalkulieren und unterschiedliche Modelle aufmachen. Es bleibt natürlich dabei, dass wir die Leistungsfähigkeit der privaten Krankenversicherer nicht überstrapazieren dürfen, wenn wir das System als solches nicht gefährdet wollen. Auf der anderen Seite brauchen wir eine angemessene Vergütungsbasis.

...und Politiker, die sich für das Thema überhaupt interessieren.

Richtig – es braucht natürlich ein politisches Klima, in dem man sich darüber einig ist, dass wir eine moderne Gebührenordnung für Selbstzahler und privat Krankenversicherte brauchen. Daran arbeiten wir derzeit im politischen Raum. Das Verständnis wächst auch. Aber zwischen Sozialdemokraten und Union ist in der Sache derzeit kein Konsens herstellbar. Das liegt natürlich im Wesentlichen an der Blockadehaltung von Herrn Lauterbach. Ob die GOÄ im Rest der Koalition – vor dem Hintergrund von Corona – noch ein Thema wird, liegt nicht in unserer Hand. Wir werden aber unsere Hausaufgaben machen und ein Konstrukt zustande bringen, mit dem man unterschiedliche Preiseffekte feststellen kann, und es der Politik auf den Schreibtisch legen. Dann werden wir schauen, wie die Reaktionen sind.

Was liegt sonst noch an Themen in den nächsten Wochen für Sie an?

Wir werden uns intensiv mit dem Thema Weiterbildung und dem eLogbuch beschäftigen. Auch das Bundesverfassungsgerichtsurteil zum assistierten Suizid könnte Folgen für die Berufsordnung haben. Darüber wird auf der kommenden Klausurtagung des Bundesärztekammervorstandes Ende Juni gesprochen werden müssen. Wir werden auch die Themen Ökonomisierung und Patientensicherheit nicht aus den Augen verlieren – wie auch das Thema Klima und Gesundheit. Das wird auch auf der Agenda des Ärztetages bleiben. Der wird jedoch erst wieder im nächsten Jahr in Rostock stattfinden.

03.06.2020 16:53:20, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: <https://www.aend.de/article/206584>