

Zwölf Vorstände

Drei Frauen und neun Männer: Wer sitzt mit den Dres. Gerald Quitterer, Andreas Botzlar und Wolfgang Rechl am Vorstandstisch der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)?

Nach der Interview-Vorstellung des Präsidenten („Bayerisches Ärzteblatt“ 3/2018, Seite 104 f.) und der beiden Vizepräsidenten („Bayerisches Ärzteblatt“ 4/2018, Seite 167 und 5/2018, Seite 240) ist es Zeit, das BLÄK-Vorstandsgremium kurz zu präsentieren. Der Vorstand der BLÄK setzt sich aus dem Präsidenten, den beiden Vizepräsidenten, den acht 1. Vorsitzenden

der Ärztlichen Bezirksverbände (ÄBV) in Bayern und sechs weiteren, aus der Mitte der Delegiertenversammlung zu wählenden Mitgliedern, zusammen. Weil mit Dr. Gerald Quitterer und Dr. Wolfgang Rechl zwei Vorsitzende von ÄBV ins Präsidium eingezogen sind, besteht der Vorstand aus insgesamt 15 Mitgliedern. Der Kreis der 15 ist männlich dominiert, besteht er doch aus drei Frauen und zwölf Männern. Der Altersdurchschnitt liegt mit 60,2 Jahren (vormals 59,3) etwas höher als in der vergangenen Amtsperiode. Insgesamt zählt die Runde sechs Fachärzte für Allgemeinmedizin und neun Fachärzte anderer

Gebiete, wovon fünf dem stationären und zehn dem niedergelassenen Bereich zuzurechnen sind. Die Redaktion wünscht allen Vorstandsmitgliedern – egal ob wieder- oder neugewählt – viel Erfolg bei der Arbeit und bei der Durchsetzung ihrer Ziele.

Wir haben den zwölf Vorstandsmitgliedern eine einzige Frage gestellt: Was würden Sie sofort anpacken, wären Sie Bundesgesundheitsminister? Die Antworten lesen Sie auf den folgenden Seiten in alphabetischer Reihenfolge.

Dagmar Nedbal (BLÄK)



Die Vorstandsmitglieder der Bayerischen Landesärztekammer für die Amtsperiode 2018 bis 2023.



Dr. Markus Beck (62), Facharzt für Allgemeinmedizin, Stadtbergen



Dr. Otto Beifuss (59), Facharzt für Allgemeinmedizin, Ebensfeld



Dr. Christoph Emminger (65), Facharzt für Innere Medizin, München

Vorrangige Aufgabe einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik muss die langfristige Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung sein. Dies erfordert eine Analyse des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Assistenzpersonal und Infrastruktur unter Berücksichtigung des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und der sich verändernden Arbeitsbedingungen.

Konkret bedeutet dies für den ärztlichen Bereich:

- » Zügige Umsetzung des Masterplans 2020, Schaffung von mehr Medizinstudienplätzen, zügige Implementierung der konsentierten neuen GOÄ.
- » Zügige Anpassung der Bedarfsplanung im stationären und im ambulanten Bereich.
- » Förderung der Freiberuflichkeit durch Stärkung der medizinischen Profession gegenüber der Ökonomie und Förderung der Selbstständigkeit und der Niederlassung durch Reduktion von bürokratischen und finanziellen Hürden.
- » Weiterführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, speziell in der Fläche.
- » Sinnvolle Steuerung der Patientenversorgung zum Beispiel auch durch angemessene Selbstbeteiligungen.
- » Konsequente Einbindung und Nutzung der Fachkompetenz von ärztlichen Verbänden, insbesondere von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

1. Bedarfsplanung in „Mangelversorgungsregionen“, wie beispielsweise Nordbayern (ausgenommen sind Städte mit mehr als 20.000 Einwohnern), abschaffen und eine „freie Niederlassung für freie Ärzte“ ermöglichen.
2. Honorarzuschläge (zum Beispiel pauschal ein Plus von zehn Prozent) für Kolleginnen und Kollegen, die sich in „Mangelregionen“ niedergelassen haben, fix für die Dauer von zehn Jahren einführen.
3. Gewinnmaximierungssorgie der Krankenhäuser beenden und eine am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung anstreben. Die Zahl der Eingriffe, wie Herzkatheter, Hüft- und Knie-Totalendoprothesen, Vorhof-Occluder uvm. am tatsächlichen Bedarf orientieren, das heißt auf europäisches Niveau bzw. Niveau der skandinavischen Länder realisieren.
4. Die medizinische Versorgung ist Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge und damit eine öffentliche Aufgabe mit öffentlicher, transparenter Kontrolle. Sie taugt nicht zur ökonomischen „Cash-Cow“.
5. Für „Faire Preise für faire Medikamente“ sorgen, das heißt keine „Fantasiepreise“ für Scheininnovationen und sonstige nutzlose Umsatzbringer.
6. Leitungen von Krankenhäusern und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen pflichtgemäß durch Ärzte und Geschäftsführer gleichberechtigt besetzen sowie miteinander dem Wohl der Patienten – nach ethischen und moralischen (christlichen) Grundsätzen verpflichtet – handeln.

Ich würde versuchen, mit meinen Kolleginnen und Kollegen ein „Bündnis“ zu schmieden. Die Politik weiß sehr wohl um ihre Aufgaben und Verantwortung bei der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Bei den folgenden Punkten erwartet sich die Politik die aktive Gestaltung der Ärzteschaft. Ich würde mich im Gegenzug dafür einsetzen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den erforderlichen Wandel zu schaffen:

- » Welche eigenen Beiträge kann die Ärzteschaft leisten, um den Notstand in der Pflege und den anderen medizinischen Assistenzberufen aufzuheben? Um gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung zu erreichen, bedarf es weit mehr als über mehr Geld neue Stellen zu schaffen und Einkommen zu erhöhen. Wichtig ist auch der Umgang zwischen den Berufsgruppen.
- » Die Notfallversorgung bietet sich geradezu an, um die Grenze zwischen den Sektoren „Klinik und Praxis“ zu überwinden. Jenseits der Finanzierungsfrage erwartet die Politik gemeinsames Handeln und umsetzbare Vorschläge. Auch wenn dabei eine gemeinsam entwickelte Neudefinition des Sicherstellungsauftrages für die Notfallversorgung herauskäme.
- » Trotz aller schon erreichten Fortschritte würde ich die Ärzteschaft motivieren, weiter in die Verbesserung der Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte zu investieren. Nur die Ärzteschaft selbst wird einen Kulturwandel beim Thema Weiterbildung herbeiführen.



Dr. Klaus-Jürgen Fresenius (70), Facharzt für Innere Medizin, Rottach-Egern



Professor Dr. Dr. h. c. (Dnepropetrovsk) Joachim Grifka (60), Facharzt für Orthopädie, Bad Abbach



Dr. Wolfgang Krombholz (68), Facharzt für Allgemeinmedizin, Isen

Als Gesundheitsminister beginne ich meine Arbeit mit dem Versuch, den Nachwuchsmangel bei Ärzten und Pflegekräften zu verringern. Bei Ärzten geht es darum, deutlich mehr Studienplätze zu schaffen. Dazu müssen Allianzen mit den Bundesländern geschmiedet werden. Gleichzeitig werde ich Krankenkassen verpflichten, einen neu definierten Pflegeschlüssel in Krankenhäusern und Pflegeheimen tarifgerecht zu erstellen und die Refinanzierung etwaiger Tarifierhöhungen zu tragen, auch auf die Gefahr hin, dass Julius-türme mancher Krankenkassen dadurch abgeschmolzen werden.

Für ein neues Vergütungssystem greife ich auf die bereits vorhandene Arbeit der Selbstverwaltung und Krankenkassen zurück und werde die allgemein verträglichste Lösung übernehmen. Termin-Servicestellen werden von den Bürgern nur selten nachgefragt, sind aber wählerwirksam. Gleiches gilt für die Verpflichtung zur Erhöhung der Sprechstundenzeiten für Kassenärzte. Es gibt nur wenige Ärzte in Deutschland, die kürzer als 25 Stunden pro Woche die Praxis geöffnet haben.

Für Telemedizin und Digitalisierung würde ich zunächst die Entscheidungen der ärztlichen Selbstverwaltung abwarten und mich an diesen Ergebnissen orientieren. Ich würde mich informieren, wie andere Länder Europas diese Frage lösen. Dem Bürger muss eine größtmögliche Sicherheit im Datenschutz geboten werden.

Mit der Wiedervereinigung sank die Zahl der Humanmedizin-Studierenden auf 13.607 (2017). 1994 trat das Arbeitszeitgesetz in Kraft mit strikten Regelungen der maximalen Tagesarbeitszeit und des Arbeitsverbotes nach Nachtdiensten. Durch die NC-Vorgaben für die Zulassung zum Studium erlebten wir eine Feminisierung (Gender-Shift). Außerdem hat ein sozialgesellschaftlicher Wandel des Entwurfes der Lebensplanung stattgefunden. Jüngere wählen wesentlich häufiger Teilzeit- und Anstellungsmodelle. Angesichts des fehlenden Nachwuchses, der demografischen Entwicklung einer alternden Bevölkerung, des verständlichen persönlichen Lebensentwurfes Jüngerer sowie der steigenden Erwartung der Bevölkerung an eine ärztliche Versorgung auf hohem Niveau, bräuchten wir wahrscheinlich 60 Prozent mehr Ärzte, als ausscheiden. Dieses absehbare, politisch induzierte Dilemma ist nicht durch einen Verteilungskampf zu lösen. Eine massive Aufstockung der Studienplätze ist dringend nötig. Dazu bedarf es zusätzlicher Ressourcen für die medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken. Aber selbst, wenn dies morgen beschlossen würde, würde es wiederum 20 Jahre dauern, bis wir einen vernünftigen Stand der Ärztezahlen erreichen. Die größer werdende Lücke ist nicht durch Abwerbung ausländischer Ärzte zu schließen – ganz abgesehen davon, dass diese wiederum ihrerseits Versorgungsdefizite in ihrem Herkunftsland verursachen. Eine Milderung des Arztdefizites ist nur möglich, indem man zusätzlich Ältere in Praxis und Klinik bittet, ihre Tätigkeit über die Altersgrenze fortzuführen.

Als erste Amtshandlung würde ich das Bundesgesundheitsministerium von Berlin nach München verlegen, weil ich es dann erstens nicht so weit in die Arbeit hätte und zweitens weiterhin die schöne oberbayerische Landschaft mit Bergen und Seen genießen könnte.

Zudem würde ich mir einen vorurteilsfreien, von Partikular- und Parteiinteressen ungetrübten Blick auf das Geschehen in unserem Gesundheitswesen gönnen und überlegen, wie man die Position der Leistungsträger im System – Ärzte, Therapeuten, Pfleger – effektiv stärken kann.

Dabei wäre ich auch bereit, mich mit den Großkonzernen anzulegen, die sich in der Form von Klinikketten und medizinischen Versorgungszentren immer mehr in der Gesundheitsversorgung ausbreiten. Der zunehmenden Kommerzialisierung in dem an sich solidarischen System, die letzten Endes vor allem zu Lasten der Patienten geht, muss Einhalt geboten werden.

Und wenn das nicht der Bundesgesundheitsminister leisten könnte – wer dann?



Dr. Heidemarie Lux (67), Fachärztin für Innere Medizin, Fürth



Dr. Christian Potrawa (68), Facharzt für Allgemeinmedizin, Würzburg



Dr. Melanie Rubenbauer (40), Fachärztin für Diagnostische Radiologie, Bayreuth

Nachdem wir eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben, wäre es mir als erstes wichtig, dies der Bevölkerung klarzumachen. Er gibt in jedem noch so guten System immer Verbesserungspotenzial, jedoch sollte erst einmal klargestellt und gewürdigt werden, was wir derzeit haben.

Des Weiteren würde ich die rigide Deckelung aufheben. Dies hätte zur Folge, dass auch am Ende des Quartals/des Jahres den Patienten alle Leistungen zur Verfügung stehen.

Um die Zukunftsfähigkeit des Systems sicherzustellen, würde ich den Krankenkassen auferlegen, mehr finanzielle Mittel für die individuelle Prävention zur Verfügung zu stellen und nicht im Wesentlichen nur für die Therapie bereits vorhandener Erkrankungen.

Unter demütiger Hintanstellung eigener Ambitionen, mich in die Liste vergangener Großtaten einiger meiner Amtsvorgängerinnen/-vorgänger einzutragen, würde ich, dem allgemeinen politischen Usus folgend, zunächst einen hochkarätig besetzten Arbeitskreis installieren. Dieser sollte in brutalst möglicher Schonungslosigkeit den Ist-Zustand des Gesundheitswesens feststellen. Erst dann wird man unter höchster Transparenz in Regionalkonferenzen Ziele und Machbarkeit intensiv diskutieren können. (Hier sollte die hochnotwendige Digitalisierung der Gesellschaft den erforderlich breiten Raum einnehmen können.) Wegen der immensen Zukunftsträchtigkeit kann natürlich auf das Ende der Legislaturperiode keinerlei Rücksicht genommen werden.

Oder aber: Ich könnte sofort Gesundheitspolitik für die Menschen machen, nicht für Konzerne und Aktionäre – zunächst den Mangel an Ärzten beheben, die Zuwendung an die Patienten stärken, vor dem heraufziehenden Gewölk von Digitalisierung, Telemedizin und Künstlicher Intelligenz.

Das wird schwer werden!

Vielleicht finde ich Gleichgesinnte?

Ich würde zunächst und vor allem anderen – trotz Ressortüberschreitung – etwas gegen die steigende Gewalt gegen Ärzte, Sanitäter, Pfleger und Rettungsdienst im Notdienst unternehmen. Wir können nicht zusehen, wie Menschen, die anderen helfen wollen, sich hierdurch zunehmend selbst in Gefahr bringen. Die einheitliche Notrufnummer muss landesweit zeitnah installiert werden, um eine prä-hospitale Lenkung der Patienten zur richtigen Behandlungsform zu gewährleisten und unnötige Belastungen, sowohl des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes zu vermeiden. Patientensteuerung bedeutet auch, unter Beachtung des Datenschutzes, die Digitalisierung der Patientendaten in Verbindung mit einer umfassenden Vernetzung der Daten zwischen Hausarzt, Facharzt und Kliniken zu forcieren. Auch eine digitale Vernetzung mit dem Rettungsdienst muss angepackt werden.

Telemedizinische Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten müssen evaluiert und bei Erfolgsevidenz zeitnah umgesetzt werden.

Entweder es müssen mehr Gelder in das Gesundheitssystem investiert werden oder der Leistungsumfang kann auf Dauer nicht erhalten werden – und das muss ehrlich mit allen Beteiligten diskutiert werden. Systematische Veränderungen sind erforderlich.



Dr. Pedro Schmelz (67), Facharzt für Augenheilkunde, Bad Kissingen



Dr. Hans-Erich Singer (58), Facharzt für Allgemeinmedizin, Mittleschenbach



Doris M. Wagner, DESA (47), Fachärztin für Anästhesiologie, Sulzberg

Erstens gehören die Servicestellen für Facharzttermine abgeschafft. In Bayern liegt die Zahl der über diese Servicestelle vermittelten Termine im Vergleich zu den jährlich rund 80 Millionen Behandlungsfällen im Promillebereich. Außerdem konnten alle Terminanfragen problemlos von niedergelassenen Ärzten übernommen werden. Dies zeigt, dass die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten auch ohne Terminservicestellen bestens funktioniert.

Zweitens würde ich die Industrie beim Thema „Telematikinfrastruktur“ endlich in die Pflicht nehmen. Nach wie vor liefern die Anbieter die erforderlichen Komponenten weder fristgerecht noch zu Preisen, die den Förderbeträgen entsprechen. Doch nicht die Ärzteschaft darf für dieses Marktversagen bestraft werden, sondern die Hersteller müssen für dieses Dilemma zur Verantwortung gezogen werden!

Last but not least, muss endlich die Budgetierung im ambulanten Bereich beendet werden. Schon seit Jahren wird das GKV-Honorar durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gedeckelt – mit der Konsequenz, dass nicht alle erbrachten Leistungen vollständig vergütet werden. Eine Tätigkeit in der Praxis muss jedoch kalkulierbar bleiben, damit die medizinische Versorgung in Deutschland auf dem bekanntlich sehr guten Niveau aufrechterhalten werden kann.

Das dringlichste Problem stellt meines Erachtens die humane Ressource Arzt dar. Trotz steigender Zahl an Ärzten sinkt die Menge der pro Arzt geleisteten Arbeitsstunden, bei gleichzeitig ungebremster Inanspruchnahme durch die Versicherten. Eine pauschale Erhöhung der Sprechstundenzeiten zu fordern, greift zu kurz.

Damit diese Schere nicht weiter aufgeht, muss einerseits dafür gesorgt werden, dass mehr Ärzte in der Versorgung ankommen. Dazu gehört eine Steigerung der Medizinstudienplätze in Deutschland. Allein durch deren Verknappung seit der deutschen Wiedervereinigung ist bereits eine Versorgungslücke entstanden.

Auf Seiten der Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen muss die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gesteigert werden. Hier besteht nachweislich ein Defizit. Die Menschen müssen wieder den Unterschied zwischen Krankheit und Befindlichkeitsstörung erlernen.

Hierzu gab es bereits Vorschläge wie Gesundheitsunterricht in den Schulen, die unbedingt wieder aufgegriffen werden sollten.

Das Gesundheitswesen als wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge muss den Bedürfnissen der Bevölkerung dienen und nicht denen, der dort tätigen Akteure:

- » Wir erleben, dass marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen über Fehlanreize zu Über- und Unterversorgung bestimmter Patientengruppen führen. Das kennen wir seit längerem aus dem ambulanten Sektor und seit Einführung der DRG-Systematik zunehmend auch aus den Krankenhäusern – mit negativen Folgen für die Patientinnen und Patienten. Deshalb muss die Politik in diesen Bereichen, genau wie in den Bereichen Justiz oder Bildung, ihre Verantwortung wahrnehmen und eine überregionale Bedarfsplanung, ausgerichtet an Ergebnissen einer unabhängigen Versorgungsforschung – auch gegen Widerstände – durchsetzen.
- » Da es keine Therapie ohne Nebenwirkungen gibt, muss konservativen Maßnahmen und insbesondere der sprechenden Medizin mehr Raum gegeben werden – Fehlanreize zur Mengenausweitung operativer und interventioneller Prozeduren müssen beseitigt werden.
- » Die Öffnung des Gesundheitswesens für private Investoren führt zum Abfluss gesellschaftlicher Ressourcen aus dem Solidarsystem und ist zu beschränken. Das gilt analog für die Pharmaindustrie, die eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung hat. Gewinnmaximierung zu Lasten der Patienten oder der Allgemeinheit ist unethisch.