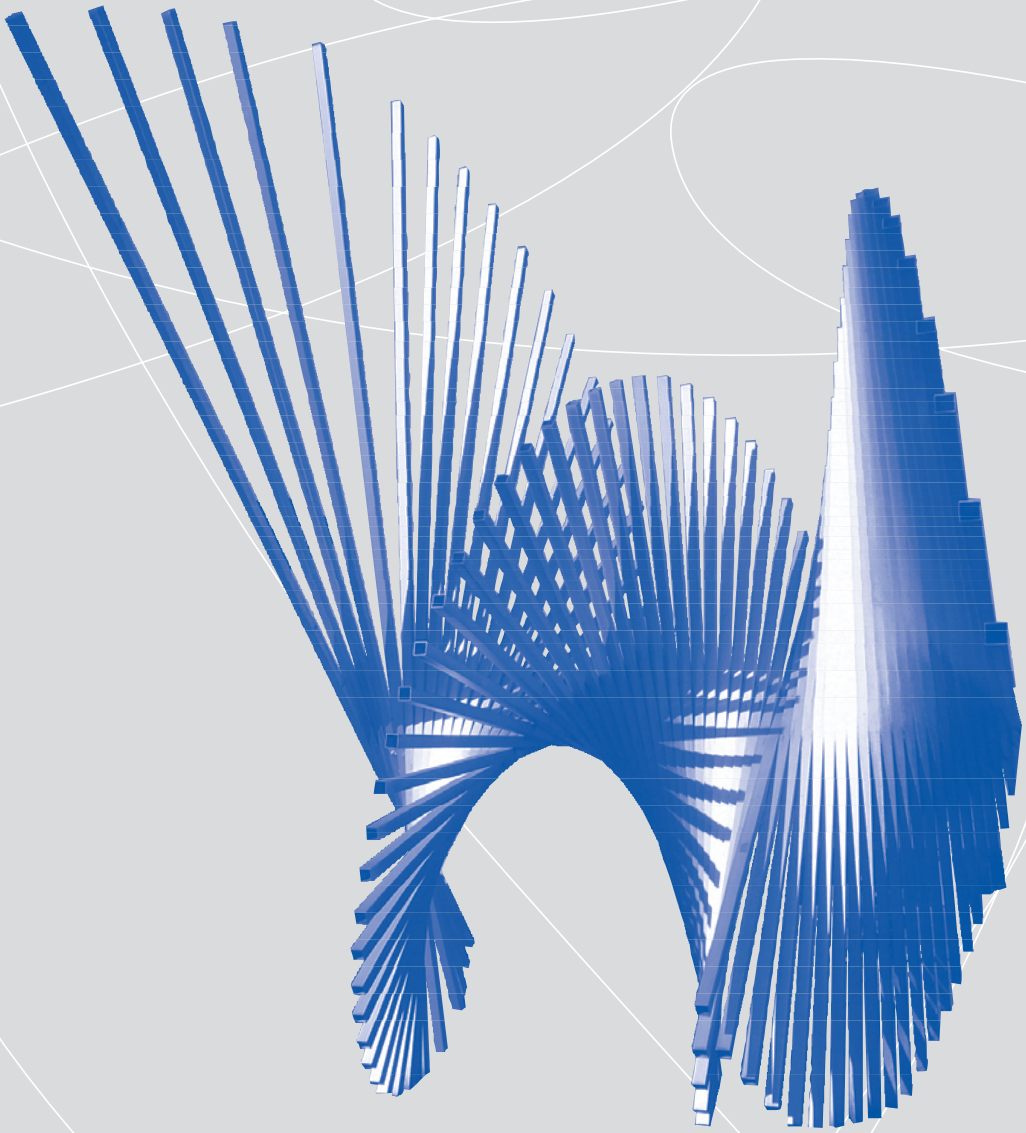
BUNDESÄRZTEKAMMER

112. Deutscher Ärztetag

Stenografischer Wortbericht



112. Deutscher Ärztetag in Mainz, 19. bis 22. Mai 2009

Stenografischer Wortbericht

112. Deutscher Ärztetag
Mainz, 19. bis 22. Mai 2009

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2009

Herausgeber: Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Stenograf: Rüdiger Weber, Berlin

Titelfoto: Ulrich Funk

Titelgrafik: André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.

Inhalt

Seite

I Eröffnungsveranstaltung 5

- Begrüßung:
  Prof. Dr. Frieder Hessenauer 5
  Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Grußwort:
  Kurt Beck 14
  Ministerpräsident des Landes Rheinland-Pfalz
- Totenehrung 19
- Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 20

  Prof. Dr. Rolf Bialas 21
  Prof. Dr. Dr. h. c. Theodor Hellbrügge 24
  Prof. Dr. Fritz Kümmerle 27
  Prof. Dr. Ernst Rebentisch 30

  Dankesrede im Namen der Geehrten:
  Prof. Dr. Rolf Bialas 33
- Grußansprache:
  Dr. Klaus Theo Schröder
  Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit 34
- Referat:
  Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
  Präsident der Bundesärztekammer, Präsident des Deutschen Ärztetages und der Ärztekammer Nordrhein 43

II Arbeitstagungen des Plenums 54

1. Tag, Dienstag, 19. Mai, 2009, Nachmittagssitzung 54

2. Tag, Mittwoch, 20. Mai 2009, Vormittagssitzung 120

2. Tag, Mittwoch, 20. Mai 2009, Nachmittagssitzung 191

3. Tag, Donnerstag, 21. Mai 2009, Vormittagssitzung 251

3. Tag, Donnerstag, 21. Mai 2009, Nachmittagssitzung 317

4. Tag, Freitag, 22. Mai 2009, Vormittagssitzung 399

Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 19. Mai 2009, 10.00 Uhr
Congress Centrum Mainz, Gutenbergsaal in der Rheingoldhalle

(Musikalische Einleitung: Blechbläserensemble des Luftwaffenmusikkorps 2 Karlsruhe unter der Leitung von Oberfeldwebel Kästner – Roland Kreid: Phönix-Fanfare)

Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz: Herzlich willkommen in der Stadt der Lebensfreude und der Gastfreundschaft, herzlich willkommen in Mainz! Der Mainzer Charme wird auch Sie in den nächsten Tagen ganz sicherlich berühren. Denn Mainz war schon immer begehrenswert und hat immer wieder die Mächtigen dieser Welt in seinen Bann gezogen. Und von Mainz gehen noch immer gute Impulse aus. Also sehr gute Voraussetzungen für einen gelungenen Deutschen Ärztetag.

Bereits zum vierten Mal findet in Rheinland-Pfalz ein Deutscher Ärztetag statt und schon zum zweiten Mal hier in Mainz. Ich begrüße daher ganz herzlich den Ministerpräsidenten des Landes Rheinland-Pfalz, Herrn Kurt Beck.

(Beifall)

Wir freuen uns auf Ihr Grußwort. Wir wissen, dass Ihr Terminkalender heute wieder sehr eng ist, denn gleich im Anschluss werden Sie zurück zur Kabinettssitzung gehen, die Sie leiten. Schön, dass Sie sich trotzdem die Zeit für uns genommen haben.

Herzlich willkommen heiße ich auch den Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Herrn Klaus Theo Schröder. Danke, dass Sie heute die Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt, vertreten.

(Beifall)

Frau Schmidt kann heute das erste Mal in ihrer Amtszeit nicht persönlich am Deutschen Ärztetag teilnehmen. Sie ist in Sachen eines internationalen Termins bei einem Gesundheitsministertreffen der G-7-Staaten in Genf. Sie kümmert sich da um die Themen, die heute auf der Welt aktuell sind.

(Unruhe)

Ich freue mich, dass unsere Landesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen heute bei uns ist, Frau Malu Dreyer.

(Beifall)

Für Sie ist dies ja heute fast ein Heimspiel. Die Wege zwischen Landesärztekammer und Ministerium sind in Mainz kurz. Und wir schätzen die Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Haus. Für die Anliegen der Ärztinnen und Ärzte haben Sie immer ein offenes Ohr. Danke dafür!

(Beifall)

Ich begrüße auch die Mitglieder des Bundestags, die heute hier sind. Herzlich willkommen in Mainz, Frau Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion,

(Beifall)

Herr Dr. Hans Georg Faust, stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags.

(Beifall)

Auch aus der Europapolitik dürfen wir Gäste begrüßen. Ich begrüße Herrn Kurt Lechner, Mitglied der Fraktion der Europäischen Volkspartei und europäischer Demokraten.

(Beifall)

Ein Willkommensgruß geht natürlich auch an unsere Landespolitiker aus dem rheinland-pfälzischen Landtag und den anderen Landtagen der Bundesrepublik.

(Beifall)

Ich begrüße ganz besonders herzlich den Ehrenpräsidenten des 112. Deutschen Ärztetages sowie Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Rheinland-Pfalz, Herrn Sanitätsrat Dr. Hans Engelhard, mit seiner Gattin.

(Beifall)

Verehrter Herr Engelhard, bereits zum zweiten Mal stehen Sie als Ehrenpräsident einem Deutschen Ärztetag vor. Das freut mich sehr, denn ich kann mir kaum einen Geeigneteren für dieses Amt vorstellen als Sie. Schön, dass Sie da sind.

(Beifall)

Sehr herzlich willkommen heiße ich auch den Präsidenten des Deutschen Ärztetages, Präsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Herrn Professor Jörg-Dietrich Hoppe.

(Beifall)

Wie all die Jahre zuvor werden Sie sicher auch hier in Mainz in Ihrer gewohnt konzentriert-souveränen Art durch die kommenden Plenumssitzungen leiten.

Ich begrüße auch den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Dr. Karsten Vilmar. Ich freue mich, dass Sie da sind.

(Beifall)

Neben vielen Kolleginnen und Kollegen aus dem europäischen Ausland – in diesem Jahr eine Delegation von über 40 Personen – begrüßen wir sehr herzlich den Präsidenten der brasilianischen Ärzteorganisation. Bem vindos, Dr. José Luiz Gomes do Amaral!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft ist die Paracelsus-Medaille. Sie wird einmal im Jahr für besondere Verdienste an nur wenige Ärztinnen und Ärzte verliehen. Ich begrüße die diesjährigen Träger der Paracelsus-Medaille und die der vergangenen Jahre, die heute zum Teil unsere Gäste sind. Es ist für mich eine Ehre, stellvertretend für alle Herrn Professor Dr. Fritz Kümmerle willkommen zu heißen. Herr Professor Kümmerle, Sie gelten als Begründer der modernen Herzchirurgie in Mainz und haben hier schon sehr früh die Technik der Herz-Lungen-Maschine eingeführt. Sehr vielen ehemaligen Mainzer Medizinstudierenden sind Sie noch immer in lebendiger Erinnerung. Wir alle freuen uns, dass Sie heute bei uns sind.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich begrüße auch sehr gerne die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihrer Führungsspitze Herrn Dr. Andreas Köhler und Herrn Dr. Carl-Heinz Müller. Ein lieber Gruß geht natürlich auch an unsere Schwesterkörperschaft, die KV Rheinland-Pfalz hier in Mainz. Herzlich willkommen, Herr Sanitätsrat Dr. Günter Gerhardt.

(Beifall)

Ein zuverlässiger Verbündeter im Kampf um den Erhalt unserer Freiberuflichkeit ist der Präsident des Bundesverbands der Freien Berufe. Herzlich willkommen, Herr Kollege Ulrich Oesingmann.

(Beifall)

Ich begrüße auch die Präsidenten der befreundeten Kammern und die Vertreter der Verbände. Besonders freue ich mich, dass heute so viele Vorsitzende von den Landesverbänden hier im Saal sind, zeigt es doch, dass wir hier in Rheinland-Pfalz einen guten Dialog miteinander pflegen.

(Beifall)

Und natürlich begrüße ich besonders herzlich meine Kolleginnen und Kollegen im Vorstand der Bundesärztekammer.

(Beifall)

Vorstellen möchte ich Ihnen nun auch das Blechbläserensemble des Luftwaffenmusikkorps 2 Karlsruhe, das uns heute unter der Leitung von Herrn Oberfeldwebel Kästner musikalisch begleiten wird.

(Beifall)

Sie begrüße ich herzlich und danke Ihnen und damit stellvertretend allen Kolleginnen und Kollegen im Sanitätsdienst der Bundeswehr hier in unserer Heimat sowie allen Soldatinnen und Soldaten unterwegs bei diversen Auslandseinsätzen.

(Beifall)

Unsere Gästeliste heute, meine Damen und Herren, ist wieder lang und prominent. Sie alle sind uns herzlich willkommen. Wir freuen uns, dass Sie heute hier in Mainz sind.

Meine Damen und Herren, die Mainzer Geschichte ist sehr bewegt, sehr vielfältig und hat uns hier geprägt. Vermutlich liegt es an den vielen Facetten der Mainzer Vergangenheit, dass sich über die Jahrhunderte und Jahrtausende hinweg die vielgepriesene rheinland-pfälzische Gesprächs- und Streitkultur entwickelt hat, um die uns viele andere Länder beneiden.

Wir gehen offen miteinander um. Wir sind dabei natürlich auch nicht immer einer Meinung. Wir sind hart in der Sache und lassen nicht locker. Aber wir pflegen dabei einen fairen Austauschstil.

Ganz sicher hat uns hier in Rheinland-Pfalz auch der Rhein geprägt. Der Rhein als Lebensader hat Mainz immer begehrenswert gemacht. Mainz war stets ein wichtiger strategischer Ort, heiß begehrt und viel umkämpft. Die Mächtigen dieser Welt hat es immer wieder nach Mainz gezogen, um von hier aus die Fäden in der Hand zu halten.

Der Schriftsteller Carl Zuckmayer, der nur rund zehn Kilometer Luftlinie von hier in Nackenheim geboren wurde und in Mainz aufwuchs, bezeichnete unsere Gegend hier immer gerne als Kelter Europas, als die große Völkermühle, die er in „Des Teufels General“ durch General Harras wie folgt beschreibt:

> *Da war ein römischer Feldhauptmann, ein schwarzer Kerl, braun wie ne reife Olive, der hat einem blonden Mädchen Latein beigebracht. Und dann kam ein jüdischer Gewürzhändler in die Familie, das war ein ernster Mensch, der ist noch vor der Heirat Christ geworden und hat die katholische Haustradition begründet. Und dann kam ein griechischer Arzt dazu, oder ein keltischer Legionär, ein Graubündner Landsknecht, ein schwedischer Reiter, ein Soldat Napoleons, ein desertierter Kosak, ein Schwarzwälder Flözer, ein wandernder Müllerbursch vom Elsaß, ein dicker Schiffer aus Holland, ein Magyar, ein Pandur, ein Offizier aus Wien, ein französischer Schauspieler, ein böhmischer Musikant – das hat alles am Rhein gelebt, gerauft, gesoffen und gesungen und Kinder gezeugt – und der der Goethe, der kam aus demselben Topf, und der Beethoven und der Gutenberg, und der Matthias Grünewald und – ach was, schau im Lexikon nach. Es waren die Besten, mein Lieber! Die Besten der Welt! Und warum? Weil sich die Völker dort vermischt haben. Vermischt – wie die Wasser aus Quellen und Bächen und Flüssen, damit sie zu einem großen, lebendigen Strom zusammenrinnen. Vom Rhein – das heißt: vom Abendland. Das ist natürlicher Adel.*

Und damit Sie diese Völkermühle besser verstehen können, nehme ich Sie nun mit auf eine kleine Reise.

Der Rhein war von Anfang an die Lebensader der Stadt. Ein reiches Kultur- und Völkerleben gab es hier in Mainz schon nach Ende der Steinzeit.

Mainz gehörte fast 500 Jahre zum Römischen Reich. Als strategisch wichtiger Militärstützpunkt zog Mainz natürlich Händler, Handwerker und Wirtsleute an. Mainz blühte auf und wurde wohlhabend.

Die vielen Überreste der Römer bestimmen noch immer das Mainzer Stadtbild. Wenn Sie heute in Mainz Baugruben ausheben, werden Sie noch immer fündig. Das freut die Historiker und ärgert manchmal die Bauherren. Und wo auf der Welt kann es Ihnen passieren, dass Sie, vom Flughafen kommend, aus der S-Bahn aussteigen und sofort in einem römischen Amphitheater sind?

Im sechsten Jahrhundert blühte das Christentum in der Stadt auf. Unter Bischof Lullus wurde das Bistum um 780 zum Erzbistum erhoben. Als Suffragane erhielt er mindestens die Bistümer Worms, Speyer, Würzburg und Eichstätt. Hinzukamen Konstanz, Straßburg, Paderborn, Halberstadt, Verden, Hildesheim, Chur, Augsburg, Havelberg, Brandenburg sowie Prag und Olmütz.

Kurzum: Die Kirche von Mainz entwickelte sich zur größten Kirchenprovinz nördlich der Alpen.

Und noch eine absolute Besonderheit und hohe Ehre: 955 nannte sich der Mainzer Erzbischof Wilhelm zum ersten Mal Diener des „Heiligen Stuhls von Mainz“ – ein Titel, den die Diözese bis heute führt. Mainz ist neben Rom die einzige Diözese der Welt, die den Titel eines Heiligen Stuhls führt.

Doch nun wieder zurück in die Vergangenheit. Mainz entwickelte sich weiter zu einem wichtigen Knotenpunkt des Reichs. Das galt nicht nur für politische und religiöse, sondern auch für wirtschaftliche Belange. Vor allem Kaufleute machten Mainz wohlhabend. Im zehnten Jahrhundert erwarb sich Mainz seinen Ehrennamen „Goldenes Mainz“.

Mit Willigis wurde der bedeutendste Kirchenmann dieser Zeit Erzbischof. Er galt als der zweite Mann nach dem Papst. Willigis ließ auch den Dom errichten. Bis heute prägt der Dom St. Martin das Mainzer Stadtbild. In diesem Jahr feiert Mainz 1000 Jahre Mainzer Dom.

In Mainz wusste man schon immer zu regieren und zu feiern. Zu den großartigsten Hoftagen des ganzen Mittelalters gehörte das von Barbarossa 1184 abgehaltene Pfingstfest. Weit über 40 000 Ritter zogen nach Mainz, eine Menschenmenge, die Mainz damals gar nicht fassen konnte. Deshalb lagerten die Ritter auch auf den Rheinauen. Da haben Sie es heute besser: Inzwischen gibt es in Mainz genügend Hotelbetten für Sie alle.

Seine Blüte erlebte Mainz in der Zeit von 1244 bis 1462, als es Freie Stadt war. Mit der Stadtfreiheit brach die Glanzzeit der Stadt im Hochmittelalter an. Mainz wurde zu einem Brennpunkt des politischen und des kirchlichen Geschehens.

Mit dem Ende des Hochmittelalters brachen jedoch auch wieder schlechtere Zeiten an.

Dazu kam noch die beginnende Reformation mit ihrer Kritik am Ablasshandel der Kirche. Solche Ablässe wurden im Erzbistum Mainz besonders intensiv verkauft. Erzbischof Albrecht von Brandenburg sorgte sehr eifrig dafür, dass die gläubigen Mainzer viel beteten und viel spendeten. Denn wegen Ämterhäufung musste er riesige Geldsummen nach Rom zahlen. Allein im Bezirk des Erzbischofs von Mainz kamen innerhalb von drei Jahren 42.043 Gulden zusammen. Eingetrieben wurden sie vor allem durch den Ablassprediger Johann Tetzel.

Dagegen erhob Martin Luther seine Stimme. Seine Thesen fanden in Mainz schnell Gehör und der dort gerade erfundene Buchdruck sorgte für eine rasche Verbreitung. Der Mainzer Johannes Gensfleisch, genannt Gutenberg, gilt als Erfinder des Buchdrucks mit beweglichen Metalllettern. Die Erfindung des Buchdrucks mit beweglichen Lettern löste somit die erste Medienrevolution aus. 1999 kürte das amerikanische A&E-Network den Mainzer zum „Mann des Jahrtausends“.

Doch noch einmal zurück in die Vergangenheit.

Der seit 1618 tobende Dreißigjährige Krieg verschonte Mainz zunächst, doch 1631 marschierten die Schweden unter König Gustav Adolf in Mainz ein. Sie konnten sich aber nicht lange halten. 1636 verließ der letzte schwedische Soldat Mainz.

Noch während des Dreißigjährigen Kriegs wurde der Fürstbischof von Würzburg, der später als „deutscher Salomo“ gepriesene Johann Philipp von Schönborn, neuer Erzbischof. Sein Clou für die Entwicklung der Stadt war das Stapelrecht. Das Stapelrecht forderte Abgaben von Händlern, die ihre Waren auf dem Weg in die Messestadt Frankfurt zwischenlagerten. Mainz gelang so wieder der wirtschaftliche Aufschwung.

Doch der pfälzische Erbfolgekrieg von 1689 verschonte auch Mainz nicht. Der französische König Ludwig XIV. erhob Anspruch auf Teile der Pfalz, weil sein Bruder mit einer Schwester des kinderlosen Kurfürsten verheiratet war. Sie alle kennen sie als die Liselotte von der Pfalz.

Um seine Interessen durchzusetzen, erteilte Ludwig seinem General Mélac den berühmt-berüchtigten Befehl „Brûlez le Palatinat!“ – „Brennen Sie die Pfalz nieder!“ Diesen Befehl führte der General fast wortwörtlich aus, sodass Städte wie Heidelberg, Worms und Speyer in Trümmer fielen. Auch vor Mainz tauchten die Truppen auf. 1689 wurde die Stadt zum ersten Mal französisch besetzt.

Die Zeit des Barocks ließ auch Mainz wieder erblühen: Kultur und Lebensstil hielten Einzug. Barocke Prachtbauten entstanden. Auch die Musik und das Theater spielten im barocken Mainz eine große Rolle. Wolfgang Amadeus Mozart besuchte die Stadt bis 1790 dreimal.

Wir kommen in unserer Zeitreise jetzt in der Aufklärung an.

Für Mainz war Kurfürst Erzbischof Emmerich Joseph von Breidbach-Bürresheim prägend. Er wollte aufgeklärte Bürger, um mit der modernen Zeit

mithalten zu können. Er sorgte für die Öffnung des Schulwesens. Um die Arbeitsproduktivität zu erhöhen, schaffte er kurzerhand 18 Festtage ab bzw. verlegte sie auf Sonntage.

Schließlich war Friedrich Karl Joseph Reichsfreiherr von Erthal der letzte Kurfürst und Erzbischof des alten Mainz. Er wollte seine Residenz zu einem „Athen am Rhein“ machen.

Mainz erlebte im 18. Jahrhundert eine zuvor nie gekannte kulturelle Blüte. Doch die Auswirkungen der Französischen Revolution erreichten in den Folgejahren auch die Stadt Mainz. Am 21. Oktober 1792 rückten die Franzosen ohne jede Kampfhandlung ein. 20 000 Soldaten besetzten die Stadt. Das waren mehr Soldaten als Einwohner.

Der Gedanke der Demokratie reifte in Mainz sehr früh. 1792 gründete sich die „Gesellschaft der Freunde der Freiheit und Gleichheit“ – der erste Jakobinerklub in Deutschland. Dieser Klub war die erste demokratische Bewegung in Deutschland.

Das französische Besatzungsregiment sah sogar Wahlen vor. Es entstand die Mainzer Republik. Die Mainzer Republik ist die erste Demokratie auf deutschem Boden und trat 1793 im Mainzer Deutschhaus zusammen. Das Deutschhaus ist der heutige Sitz des Landtags von Rheinland-Pfalz. Und so nebenbei bemerkt: Am Deutschhaus hat auch die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ihren Sitz.

Doch wieder zurück ins Jahr 1793. Mainz wurde erneut eingeschlossen. Der Kampf um Mainz hielt an. Aber die deutschen Truppen konnten den Franzosen nicht mehr viel entgegensetzen. Zu sehr hatten ihnen die Revolutionstruppen unter General Napoleon Bonaparte zugesetzt. Am 30. Dezember 1797 wurde „Mayence“ zum vierten Mal französisch. Das war das endgültige Ende des alten Mainzer Kurfürstentums nach über 1000 Jahren.

Die Franzosen wollten „Mayence“ nun für immer an sich binden und führten in der Stadt daher ihre Kultur und Sprache ein. Deren Reste finden sich bis heute im Mainzer Dialekt. Außerdem führten sie ihre Justiz und Verwaltung wieder ein. Eines der neugeschaffenen Gerichte verurteilte 1803 den Räuber Johann Bückler, genannt „Schinderhannes“; in Mainz wurde er hingerichtet.

Napoleon wurde zum bestimmenden Mann in der jungen Republik, zu der auch Mainz gehörte. Mehrmals inspizierte er die Stadt und veränderte das Stadtbild gewaltig. Straßen ließ er zu Prunkboulevards umbauen mit Durchbruch bis zum Rhein.

Erst die sogenannte Völkerschlacht im Oktober 1813 bei Leipzig leitete den Anfang vom Ende der napoleonischen Herrschaft in Deutschland ein. Mainz wurde wiederum von deutschen Truppen eingeschlossen und belagert. Obwohl die Nahrung knapp wurde, hielten sich die Franzosen fast noch ein halbes Jahr in der Stadt. Am 4. Mai 1814 zogen sie aufgrund des Ersten Pariser Friedens ab. Damit waren 16 Jahre französischer Herrschaft hier in Mainz zu Ende.

Die Revolution von 1848 betraf auch die Stadt Mainz. Doch wie immer waren die Mainzer und die Rheinland-Pfälzer dem allgemeinen Demokratiegedanken voraus. Schon 16 Jahre vor der deutschen Revolution von 1848 entwickelten

sich hier Burschenschaften und nahmen an politischen Volksfesten teil, insbesondere am Hambacher Fest im Mai 1832. Hambach liegt rund 100 Kilometer südlich von Mainz zwischen Neustadt und Landau. Beim Hambacher Fest wurden die burschenschaftlichen Farben Schwarz-Rot-Gold endgültig zu den deutschen Farben. Die original Hambacher Fahne, die als Symbol für Freiheit, Einheit und Demokratie gilt, hängt noch heute im Plenarsaal des rheinland-pfälzischen Landtags.

Nach dem Ende der Revolution folgten eine „politische Windstille“ und eine wirtschaftliche Depression.

Das 20. Jahrhundert brachte neben dem Status einer Großstadt weiteren Aufschwung in die Stadt. Der Ausbruch des Ersten Weltkriegs beendete auch in Mainz die seit 1871 anhaltende Blütezeit. Am 9. Mai 1918 fielen zum ersten Mal Bomben auf Mainz. Unter den Opfern des Angriffs war auch die junge Meta Cahn, welcher von Anna Seghers später ein schriftstellerisches Denkmal gesetzt wurde.

Nachdem im November 1918 der Waffenstillstand bekannt gegeben wurde, rückten bereits im Dezember zum fünften Mal die Franzosen in Mainz ein. Wie schon bei der Besatzung von 1799 führten die Franzosen auch diesmal ihre Kultur in Mainz ein. Außerdem wurde an den Schulen der Französischunterricht wieder eingeführt.

Die aufkommende Weltwirtschaftskrise beendete rasch die bestehende kurze Phase der wirtschaftlichen Erholung. Nach der Reichstagswahl 1933 begann die Phase der Gleichschaltung, die auch in Mainz voll durchgriff. Die Vereinnahmung der beiden großen Kirchen jedoch gelang den Nationalsozialisten in Mainz nicht.

Der Zweite Weltkrieg veränderte das Leben in der Stadt zunächst nur marginal. 1940 fielen zum ersten Mal im Zweiten Weltkrieg Bomben auf Mainz. Der schwerste Bombenangriff erfolgte am 27. Februar 1945, als die britische Luftwaffe in drei Wellen Bomben über der Stadt abwarf. Der gesamte Angriff dauerte eine Viertelstunde und verwandelte die ganze Stadt in ein Flammenmeer. 80 Prozent der Mainzer Innenstadt waren zerstört. Das „Goldene Mainz“ war endgültig untergegangen.

Doch wie Sie sich sicherlich denken können, sind die Mainzer nicht unterzukriegen. Mit ihrem unerschütterlichen Optimismus stehen sie immer wieder auf – egal wie tief sie gerade gefallen sind.

Die Zukunft des Nachkriegs-Mainz wurde unter anderem in Jalta beschlossen. Die französische Besatzungsmacht zog zum sechsten Mal in die Stadt ein. Sie erklärte die Stadt am 30. August 1946 zur Hauptstadt des neuen „rheinpfälzischen Landes“. Sie ordnete per Dekret auch an, dass 1946 wieder Fassenacht zu feiern sei.

Die „Meenzer Fassenacht“ hat eine lange Tradition. Im 16. Jahrhundert haben bereits die ersten närrischen Umtriebe stattgefunden. Sehr kreativ setzten die Mainzer ihre Erfahrungen insbesondere mit den französischen Besatzungszeiten in der Fassenacht um. Die farbenfrohen Uniformen der Fastnachtsgarden

bezeugen dies noch heute. Auch die in der Fassenacht so wichtige Zahl 11 ist eine „hommage“ an Frankreich: E steht für Egalité, L für Liberté und F steht für Fraternité. Auch die Insignien der Mainzer Fassenacht kennt inzwischen jeder, nämlich Weck, Worscht und Woi. Diese drei Ws sind des Mainzers Lebenselixier.

Mainz und Rheinland-Pfalz sind auch weltweit vertreten. Ob Sie in Berlin unterwegs sind oder in New York über die 5th Avenue schlendern – die Namen unserer Landsleute sind allgegenwärtig: Raiffeisen, Bosch, Chrysler, Rockefeller, Trump, Heinz, Hoover, Presley, Hilton und Adlon.

Und wussten Sie, dass ein Pfälzer der Vater des Weihnachtsmanns ist? Der Zeichner Thomas Nast hat das Bild des pfälzischen „Belzenickel“ aus seiner alten Heimat mit in die Neue Welt nach Amerika genommen. 1889 kam eine Sammlung seiner Werke heraus, in der diese Zeichnung veröffentlicht war. Ein amerikanischer Limonadenhersteller fand Gefallen an diesem Weihnachtsmann und machte ihn mit seinen Kampagnen weltweit bekannt.

Mit unserer Zeitreise sind wir nun schon fast in der Gegenwart angelangt.

Die Zeit des Wirtschaftswunders erreichte Mainz nur langsam. 1962 schließlich feierten die Mainzer ihr 2000-jähriges Jubiläum mit großen Festen und erneuerter Stadtkulisse. Die Jubiläumsfeier hatte noch einen weiteren bemerkenswerten Nebenaspekt: Das Land schenkte der Stadt am Rande des Ober-Olmer Waldes ein Gelände. Daraus entstand der Stadtteil Lerchenberg, wohin bald das Zweite Deutsche Fernsehen zog. Die Fernsehstadt fing an zu wachsen.

Wie Sie alle selbst feststellen können: Im Fernsehen sind Kochshows ja seit einiger Zeit die reinsten Quotenlieblinge. Aber wussten Sie, dass mit Clemens Wilmenrod der allererste Fernsehkoch ein Rheinland-Pfälzer war? Clemens Wilmenrod gilt als Erfinder des Toasts Hawaii und zauberte bereits 1953 zur besten Sendezeit einfache Gerichte auf den Tisch und erfreute damit ganz Nachkriegsdeutschland.

Mainz wurde ab dem Ende der 70er-Jahre auch häufiger von Staatsoberhäuptern aus aller Welt besucht. Den Mainzern ist der Besuch des US-Präsidenten George W. Bush im Februar 2005 noch in guter Erinnerung.

Rheinland-Pfälzer denken auch in die Zukunft. So hat unser Bundesland auch viele prominente Politiker hervorgebracht wie beispielsweise Helmut Kohl, der inzwischen als Kanzler der deutschen Einheit gilt. Unsere Politiker – auch wenn sie aus der Provinz kommen – haben immer die Gesamtheit im Auge und sie haben Visionen und sind damit ihrer Zeit oft voraus.

Die Zukunft gestalten ist für Rheinland-Pfälzer in Fleisch und Blut übergegangen. Unsere Geschichte und unsere eingangs erwähnte Völkermühle haben uns so sozialisiert.

Mainzer lassen sich nicht unterkriegen. Mainzer stehen immer wieder auf, auch im Fußball.

Mainz verbindet, denn durch Mainz läuft nicht nur der 50. Breitengrad, sondern auch die Straße der Demokratie.

Mainz ist die Stadt der Lebensfreude, der Gastfreundschaft und der fünften Jahreszeit.

Dafür sind wir hier in Mainz besonders bekannt, aber wie Sie soeben auf unserer Zeitreise bemerkt haben, auch für bewegte Geschichte und für revolutionäre Ideen.

Lassen Sie sich also von der Mainzer Lebensfreude, dem Genuss, dem Mainzer Optimismus, der Mainzer Kreativität und der Mainzer Diskussionskultur anstecken.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen guten Deutschen Ärztetag und auch ein bisschen Zeit, unsere schöne und facettenreiche Landeshauptstadt etwas näher kennenzulernen.

(Beifall)

(Chris Hazell: Kraken)

Kurt Beck, Ministerpräsident des Landes Rheinland-Pfalz: Verehrter Herr Präsident Professor Hoppe! Verehrter Herr Präsident Professor Hessenauer! Verehrte Damen und Herren Abgeordnete und Repräsentantinnen und Repräsentanten der Öffentlichkeit! Frau Ministerin! Herr Staatssekretär! Besonders grüße ich Sie alle, meine Damen und Herren, die Sie die deutsche Ärzteschaft repräsentieren und zu diesem 112. Deutschen Ärztetag hier nach Mainz gekommen sind.

Als Herr Professor Hessenauer eben zu uns gesprochen hat, habe ich gedacht: Wohl dem Ministerpräsidenten, der einen Ärztekammerpräsidenten hat, der so kundig und so voll Herzlichkeit über sein Heimatbundesland und die Hauptstadt dieses Bundeslandes zu sprechen weiß. Ich bedanke mich sehr herzlich dafür. Intensiver, schöner, einladender kann man das nicht tun.

(Beifall)

Frau Kollegin Dreyer und ich fühlen uns auch deshalb geehrt, dass Sie diesen Ärztetag hier in Mainz abhalten, weil es doch ein besonderes Jahr ist: Wir schauen auf 60 Jahre Bundesrepublik (West) zurück und im Herbst auf 20 Jahre Bundesrepublik (gesamtdeusch). Wir haben gestern den 62. Jahrestag unserer Landesverfassung begangen.

Wenn wir diese Zeit im Rückblick bewerten, dann müssen wir feststellen: Es war sicher eine der besten Zeitläufte, die wir in der Geschichte unserer Menschheit, für uns hier in Mitteleuropa, für uns hier in Deutschland verzeichnen können. Es ist aus Not und Elend unglaublich viel aufgebaut worden: wirtschaftlich, kulturell, sozial. Zu diesem sozialen Aufbau hat sicher in ganz zentraler Weise auch unser Gesundheitswesen geführt, das den Menschen die Sicherheit bietet, dass sie im Falle einer Erkrankung, im Falle einer Behinderung und der notwendigen Begleitung auf eine hochkompetente Ärzteschaft stoßen,

dass sie in einer Mischung aus freiem Beruf als niedergelassene Ärzteschaft und den Angeboten der stationären Versorgung ein Gesundheitssystem haben, das bei allen Herausforderungen, die ich nicht übersehe, sicherlich auch heute noch zu den besten dieser Welt gehört.

(Beifall)

So wie wir uns in diesem Jahr über das freuen, was wir erreicht haben, gilt es auch, den Blick zu heben und das kommende Jahrzehnt dieser Republik zu betrachten, eingebettet in eine Internationalität, wie wir sie noch nie erlebt haben, eingebettet in Europa, das so dicht zusammengerückt ist, wie wir es noch nie erlebt haben. In dieser Situation müssen wir und dürfen wir unsere Zukunft gestalten.

Dass dabei auch erhebliche Herausforderungen zu bestehen sind, das galt für vergangene Jahrzehnte genauso, wie es für dieses neue Jahrzehnt der Geschichte der Republik gelten wird.

Wenn wir die aktuelle Situation betrachten, treibt uns natürlich schon um, wie finanzwirtschaftlich und wirtschaftlich die aktuellen Herausforderungen bewältigt werden können. Alle in wirtschaftlicher, finanzpolitischer, aber auch in politischer Verantwortung sind momentan aufgerufen, an die Grenzen dessen zu gehen, was man an Handlungsfeldern zur Verfügung hat.

Ich hoffe – ich glaube, es gibt auch Gründe für diese Hoffnung –, dass wir es in den kommenden Monaten wieder schaffen werden, sicher nicht ruckartig, aber doch schrittweise wieder in eine Aufwärtsentwicklung unseres Wirtschaftsgeschehens zu kommen. Dabei kommt es darauf an, dass wir bei all den Entscheidungen, die wir jetzt treffen, nie aus dem Auge verlieren, dass das, was wir an Finanzentscheidungen getroffen haben und noch treffen müssen, auch wieder zurückbezahlt werden muss. Deshalb muss heute auch nach dem Prinzip „Bedenke das Ende“ gehandelt werden.

(Beifall)

Das gilt auch dafür, meine Damen und Herren, dass wir in dieser Zeit mit den entscheidenden Zukunftsinvestitionen nicht zurückhaltend werden: Investitionen in eine Versöhnung zwischen Ökonomie und Ökologie, Investitionen in Forschung und Entwicklung ganz allgemein, Investitionen in die Bildung und Ausbildung der Menschen.

Es fällt schwer, in diesen Bereichen auf hohem Niveau, auf steigendem Niveau Entscheidungen zu treffen, wenn man das Rückzahlen nicht aus dem Auge verliert. Dennoch sind diese Entscheidungen geboten.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, als wäre dies nicht genug – wem sage ich das? –, gilt es natürlich auch, die demografische Entwicklung in diese Entscheidungen einzubeziehen und einzubetten.

Insoweit glaube ich, dass wir so notwendig wie je den Dialog zwischen allen brauchen, die in unserer Gesellschaft Verantwortung tragen. Ich bin sehr dankbar dafür, dass Herr Professor Hessenauer betont hat, dass wir uns in Rhein-

land-Pfalz um einen solchen Dialog intensiv bemühen. Ich bin fest davon überzeugt, dass man bei aller Komplexität der Herausforderungen und so einsichtig es ist, dass Gruppen in der Gesellschaft ihre Interessen formulieren, ihre Sorgen, ihre Vorstellungen zum Ausdruck bringen, am Ende versuchen muss, die Eckpunkte zusammenzuführen, um das Ganze funktionsfähig zu halten.

Ich glaube, dass wir auch in der Zukunft gut damit fahren – wir wollen das aus rheinland-pfälzischer Sicht auch weiterhin so halten –, dass wir dieses Miteinander von freiberuflicher Ärzteschaft und unterschiedlichen Formen von stationärer Versorgung beibehalten, wissend, dass wir Herausforderungen bestehen müssen, um zwischen den ländlichen Regionen und den städtischen Regionen eine Gleichwertigkeit der Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen.

Meine Kollegin Dreyer hat dazu in entsprechenden Kontakten mit allen am Gesundheitswesen Beteiligten einen Masterplan entwickelt. Wir versuchen auf diese Art und Weise, attraktiv zu machen oder attraktiv zu halten, eine Praxis in einer ländlichen Region zu übernehmen. Das ist eine große Herausforderung für die Menschen, die sich dafür entscheiden. Ich weiß aus der Familie selber, was das bedeutet; meine Schwiegertochter führt eine solche Praxis.

Aber, meine Damen und Herren, dieser erste Grundsatz muss sicher auch davon begleitet werden, dass wir uns in unserer Versorgung auf die Veränderungen durch die Alterszusammensetzung der Gesellschaft einstellen. Deshalb wollen und werden wir in diesem und im nächsten Jahr in Rheinland-Pfalz unsere Vorgaben für die Krankenhausversorgung weiterentwickeln und dabei entsprechende Ausprägungen der geriatrischen Versorgung mit in dieses Bild einrücken.

Es gibt also aus meiner Sicht keinen politischen Grund, bezüglich des Bestands der freiberuflichen Ärzteschaft Sorge zu haben. Aber ich weiß, dass es materielle Sorgen gibt und dass wir uns auch dieser Frage zu stellen haben. Ich bin fest davon überzeugt, dass das große Vertrauen, das die Menschen in die Ärzteschaft, in die Gesundheitsversorgung haben, aufrechterhalten werden muss. Ich glaube deshalb nicht, dass es eine Lösung der Herausforderungen der Gegenwart wäre, wenn wir zu entsprechenden Ausschlusskriterien für bestimmte Versorgungsgrade kämen.

Ich denke, dass wir uns bei diesem sicher engen Budget für das Gesundheitswesen – es bleibt sicher auch nach den durchaus beachtlichen Aufstockungen eine richtige Feststellung, dass es ein enges Budget ist – sorgfältig in dem von mir angesprochenen Dialog mit der Frage auseinandersetzen sollten: Wie können wir denn, die unterschiedlichen Stellschrauben bedienend, das, was unsere Wirtschaft auch in Zukunft erarbeiten und erwirtschaften kann, in entsprechendem Anteil für das Gesundheitswesen organisieren? Wie ist die Verteilung dieses Anteils auf die unterschiedlichen Beiträge, die zum Gesundheitswesen geleistet werden, in fairer Weise sicherzustellen?

Das bedarf einer sehr differenzierten und, wie ich denke, von keiner Seite holzschnittartigen Betrachtung, weil wir nur mit sehr sorgfältig gewählten Entscheidungen zu einer Stabilität kommen, wobei ich auch nicht die Illusion habe oder verbreiten möchte, wir könnten jetzt die eine oder andere Entscheidung, wie auch immer sie aussieht, treffen, dann hätten wir bei diesem Punkt für lange

Zeit Ruhe. Ich bin sicher: Wir werden immer wieder aufs Neue nachtarieren müssen und schauen müssen, was unsere Volkswirtschaft verträgt, wie wir die Eckpunkte unseres Gesundheitswesens aktuell handlungsfähig und leistungsfähig halten können, wie wir die Berufe im Gesundheitswesen, zuvörderst die ärztlichen Berufe, attraktiv halten können und wie dies auszutarieren ist.

Ich glaube, das ist eine permanente Aufgabe. Es wird auch eine permanente Aufgabe bleiben.

Aber die Akzeptanz in unserer Gesellschaft – davon bin ich überzeugt – wird nur, wie ich zum dritten Mal sagen muss, in einem sorgfältigen Aufeinanderhören und einem Aufeinandereingehen aufrechterhalten werden können. Ich gehe davon aus, dass wir in Zukunft einen entsprechend höheren Anteil am volkswirtschaftlichen Einkommen für den Sektor des Gesundheitswesens zur Verfügung stellen müssen, als dies heute der Fall ist.

(Beifall)

Ich sage das übrigens nicht nur hier, sondern auch an anderer Stelle,

(Beifall)

denn ich möchte nicht den Eindruck erwecken, man redet jemandem nach dem Munde. Das ist die feste Überzeugung der von mir geführten Regierung. Es hat ja auch Versuche gegeben, den steuerlichen Anteil, der ins Gesundheitswesen gelenkt wird, höher zu wählen, als dies dann letztendlich politisch gelungen ist. Diese Verhandlungen habe ich noch selber geführt. Deshalb erinnere ich mich an jeden Satz der Auseinandersetzung in diesem Zusammenhang.

Ich will der Ehrlichkeit halber hinzufügen, dass ich im Moment keinen solchen Schritt sehe, weil wir dazu finanzpolitisch im Moment nicht in der Lage sind. Aber auf der Zeitschiene muss dies so sein; denn die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird zurückgehen und damit die Zahl der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler für die gesetzlichen Kassen. Eine Möglichkeit ist, dass man zu entsprechenden Einschnitten kommt. Sie merken: Ich scheue das Wort „Rationierung“ wie der Teufel das Weihwasser.

(Zuruf)

– Das ist nicht theoretisch, das ist ganz praktisch. Es gibt auch Begrifflichkeiten, die, wenn man sie erst einmal gewählt und in die politische Debatte eingeführt hat, ihre Wirkungen entfalten. Ich finde, „Rationierung“ ist im Zusammenhang mit Gesundheit ein furchtbares Wort, das wir wirklich meiden sollten.

(Beifall)

Ich sprach davon, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen davon auszugehen ist, dass die Zahl der Beitragszahler geringer wird. Es ist sicher auch nicht wünschenswert, dass der Anteil der Sozialversicherungsabgaben an den Lohnkosten deutlich steigt, sondern es ist eher wünschenswert, dass wir einen Ausgleich über steuerliche Mittel suchen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, das, was auf dieser Seite der Kostenerbringung zu tun ist, muss sicher immer auch begleitet werden durch das Hinschauen, wo ein gewisses Maß an Rationalität und Kostenersparnis möglich ist. Ich finde, die Tatsache, dass über die Zusammenschlüsse von Krankenkassen jetzt schon diskutiert wird, ist eher ein Erfolg der Gesundheitsreform als das Gegenteil, denn da ist sicher manches zu machen. Das allein wird die Probleme nicht lösen, aber es ist sicher eine dieser Stellschrauben, die bewegt werden müssen.

Ich denke, auf diese Art und Weise muss das gesamte System betrachtet und durchgegangen werden. Ich glaube, dann werden wir auch in der Lage sein, miteinander ein differenziertes und vielfältiges, ein den medizinischen und pharmazeutischen Fortschritt förderndes und nicht behinderndes Gesundheitssystem auch für die kommenden Jahrzehnte zu organisieren.

Dies wird immer nur mit Ihnen gemeinsam gehen. Das ist im Übrigen, wenn man die Geschichte dieser Bundesrepublik betrachtet, auch ein Teil der Konstituierung dieser Republik. Freie Verbände sind entstanden, bevor staatliche Institutionen entstanden. Auch das war eine Lehre aus unfreiheitlicher Zeit. Wir hatten ja bis vor 20 Jahren negativen Anschauungsunterricht in einem Teil Deutschlands.

Insoweit glaube ich, dass dieses Bekenntnis zu den freien Ärzteverbänden – seien es die Kammern, seien es die Kassenärztlichen Vereinigungen – kein wohlfeiles ist. Aber jetzt kommt der zweite Teil meiner Aussage: Wenn wir das so organisieren, muss natürlich, wenn man die Verteilung der Mittel in dieses System hineingibt – über den Umfang der Mittel muss man differenziert reden –, auch die Verantwortung dafür dort wahrgenommen werden. Das ist die zweite Seite dieser Medaille einer freiheitlichen Organisation der Finanzierung und inneren Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems.

Ich möchte damit deutlich machen, dass ich die Hoffnung habe, am Ende dieses Ärztetages möge eine solche Differenzierung hinsichtlich der Herausforderungen und deren Lösungsansätzen stehen. Ich biete, soweit es an uns als rheinland-pfälzische Landesregierung ist, ausdrücklich an, den Dialog zu suchen, mit Ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen, Übertreibungen und Überzeichnungen von allen Seiten wegzulassen. Ich bekomme momentan jede Woche ein paar Tausend Postkarten aus einem bestimmten Fachärztebereich, auf denen kein Absender steht, bei denen nicht zu erkennen ist, wer sie unterschrieben hat. Die Handschriften sind nicht zu entziffern. Was sollen wir damit machen?

(Zuruf)

– Wegwerfen hilft auch nicht weiter. Ich möchte herzlich dazu einladen, dass man eine Basis schafft, an den Problemen zu arbeiten – die Sorgen mögen ja begründet sein – und damit Entscheidungen vorzubereiten, die auf eine möglichst breite Akzeptanz stoßen.

Das wollte ich Ihnen von Herzen mit auf den schweren Weg dieser Tage mitgeben. Sie haben an einer schwierigen Thematik zu arbeiten. Ich möchte Sie mit einem nochmaligen herzlichen Willkommen auch auf das hinweisen, was Herr Hessenauer angesprochen hat: Es lohnt sich, nach harter Arbeit diese Stadt zu erleben. Das gehört mit dazu.

Herzlich willkommen, einen guten Ärztetag!

(Beifall)

(Hans Zeller: Mouse and Friends – Don Gillis: Just a Closer Walk)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Ich bin froh, dass wir die Totenehrung vornehmen, nachdem noch ein Stück dazwischen war. Ich bitte Sie, sich von Ihren Plätzen zu erheben.

(Die Anwesenden erheben sich)

Der Deutsche Ärztetag gedenkt in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen und Ärzte und Mitglieder von Organisationen, die der Ärzteschaft nahestehen, die seit dem vergangenen Deutschen Ärztetag verstorben sind.

Stellvertretend für alle seien genannt:

Dr. med. Armin Belg aus Fürstenfeldbruck, Notarzt und Anästhesist, Mitglied des Marburger Bundes und, wie ich sagen darf, berufspolitischer Hoffnungsträger;

Professor Dr. med. Wolfgang Dölle aus Tübingen, ehemaliger ärztlicher Direktor der Abteilung für Innere Medizin der Universität Tübingen, stellvertretender Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft;

Hans Geiger aus Köln, Vorstandsmitglied der Deutschen Ärzteversicherung AG und, wie ich sagen darf, ein Freund der Ärztinnen und Ärzte;

Dr. med. Erich Grassl aus München, Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, Mitgründer des Marburger Bundes, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf W. J. Gross aus Köln, emeritierter Ordinarius für Innere Medizin an der Universität zu Köln, Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des „Deutschen Ärzteblatts“, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Peter Helmich aus Brüggen, Hausarzt und Psychotherapeut, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und langjähriges Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;

Dr. med. Herrmann Kerger aus Bad Homburg, Allgemeinarzt, Gründer der ärztlichen Fort- und Weiterbildungs-Akademie in Bad Nauheim, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. habil. Ekkehard Münzberger aus Rostock, Allgemeinarzt und Arbeitsmediziner, ehemaliger Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin an der Universität Rostock;

Dr. med. Barbara Nemitz aus Berlin, Leiterin der Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz der Ärztekammer Berlin;

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Otto Prokop aus Berlin, ehemaliger Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Gerichtliche Medizin der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin;

Rechtsanwalt Hans Hermann Reusch aus Bornheim, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV), Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Peter Riedesser aus Hamburg, Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Vorstandsmitglied in der deutschen Sektion der Initiative „Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs“ (IPPNW);

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold aus Frankfurt, ehemaliger Präsident der Landesärztekammer Hessen und Direktor der Kinderklinik Frankfurt-Höchst, Leiter der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des „Deutschen Ärzteblatts“, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft;

Professor Dr. med. Winfried Vahlensieck aus Bonn, ehemaliger Direktor der Urologischen Universitätsklinik Bonn, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer;

Professor Dr. med. Helmut Valentin aus Erlangen, emeritierter Ordinarius für Arbeits- und Sozialmedizin an der Universität Erlangen/Nürnberg, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette der deutschen Ärzteschaft.

Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben; ich bedanke mich bei Ihnen.

(F. B. Beneken: Wie sie so sanft ruh’n)

Wir kommen zur Verleihung der **Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.** Auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer, der auf dem Deutschen Ärztetag zu verkünden ist, werden jährlich mit der Paracelsus-Medaille Ärztinnen und Ärzte ausgezeichnet, die sich durch erfolgreiche berufsständische Arbeit, vorbildliche ärztliche Haltung oder hervorragende wissenschaftliche Leistungen besondere Verdienste um das Ansehen der Ärzteschaft erworben haben.

Der Vorstand der Bundesärztekammer beschloss im Dezember 2008, auf dem 112. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Herrn Professor Dr. med. Rolf Bialas, Herrn Professor Dr. med. Dr. h. c. Theodor Hellbrügge, Herrn Professor Dr. med. Fritz Kümmerle und Herrn Professor Dr. med. Ernst Rebentisch. Ich bitte die Herren auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Rolf Bialas*** *in Hamburg, Prof. Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Rolf Bialas einen Arzt, der sich in einer Vielzahl von haupt- und ehrenamtlichen Tätigkeiten herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Als langjähriger Präsident der Ärztekammer Hamburg hat er sich vorbildlich für die ärztlichen Belange engagiert. Ein besonderes Anliegen war ihm die Alterssicherung der Ärzte. Am Aufbau des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg war er maßgeblich beteiligt und fungierte außerdem als Vorsitzender des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen. Auch auf der politischen Bühne in seiner Heimatstadt war er aktiv – als Mitglied der Hamburger Bürgerschaft und Bausenator. Bialas hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Bialas wurde am 2. Februar 1929 in Hamburg als einziger Sohn des Milchhändlers Ernst Bialas und seiner Ehefrau Katharina geboren. Anfang 1945 wurde er zum Wehrdienst eingezogen und geriet in Dänemark in Gefangenschaft. Nach dem Krieg kehrte er nach Hamburg zurück und legte an der Oberschule für Jungen in Eimsbüttel seine Abiturprüfung ab. 1948 begann der sportbegeisterte junge Mann – Bialas war damals Handballspieler und -trainer beim Hamburger Sportverein – das Studium der Humanmedizin in seiner Heimatstadt. 1954 absolvierte er das Staatsexamen und wurde zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit mit dem Thema „Soziale Lage, Gesundheitszustand und Konstitutionstyp der Studierenden“ entstand am Hygienischen Institut der Hansestadt Hamburg unter Leitung von Professor Harmsen. Es folgte der Berufseinstieg als Assistenzarzt im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek. Dort arbeitete er in der Inneren Abteilung sowie in der Chirurgie. Der ambitionierte Arzt strebte aber keine Klinikkarriere an, sondern die Niederlassung. Nachdem er 1960 die Prüfung zum Facharzt für Innere Medizin abgelegt hatte, führte er ab 1962 eine Privatpraxis und war als Vertrauensarzt für die Landesversicherungsanstalt Hamburg tätig. 1978 erhielt er eine Kassenzulassung und war bis 1993 als Vertragsarzt für seine Patienten da.

Schon früh setzte sich Bialas auch für die Belange seiner Kolleginnen und Kollegen ein und engagierte sich in der ärztlichen Selbstverwaltung. Seine berufspolitische Heimat ist der Marburger Bund. Von 1962 bis 1974 war er Mitglied im Hamburger Landesvorstand. Im Jahr 1966 wurde er Beisitzer im Vorstand der Ärztekammer Hamburg. Sein besonderes Interesse galt der Alterssicherung der Ärzte

durch berufsständische Versorgungseinrichtungen. Am Aufbau des Hamburger Versorgungswerkes war er maßgeblich beteiligt. Auch langwierige Auseinandersetzungen um die Sinnhaftigkeit schreckten ihn nicht. Seine Eloquenz sei eben so geschätzt wie gefürchtet, schrieb das Hamburger Abendblatt einmal über ihn. Und so setzte er in Hamburg schließlich die Gründung des Versorgungswerkes durch. 1971 wurde er zum Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg gewählt. Diese Tätigkeit unterbrach er, als er 1974 Hamburger Bausenator wurde. Bialas – seit 1965 FDP-Mitglied – engagierte sich nämlich nicht nur in der ärztlichen Selbstverwaltung, sondern war auch auf der politischen Bühne in seiner Heimatstadt aktiv. Seit 1970 saß er als Abgeordneter in der Hamburger Bürgerschaft.

Nachdem die FDP 1978 bei den Wahlen an der Fünf-Prozent-Hürde scheiterte, kehrte er in seinen Beruf als Arzt zurück. Ein Jahr bildete er sich zunächst im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek fort, um auf neuestem Wissensstand seine Praxis weiterzuführen. Auch in die Gremienarbeit in der ärztlichen Selbstverwaltung stieg er wieder ein. Aufgrund seiner umfassenden Sachkompetenz wurde er 1982 erneut zum Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses des Hamburger Versorgungswerkes gewählt. In dieser Funktion war er bis 2000 tätig.

Von 1986 bis 1994 war er Präsident der Ärztekammer Hamburg. Ein wichtiges Anliegen war ihm die ärztliche Fortbildung. In seiner Amtszeit wurde die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg gegründet. Als Kammerpräsident setzte er sich außerdem für eine Stärkung der Geriatrie ein, deren Bedeutung er schon früh erkannt hatte. Er scheute sich nie, auch Tabuthemen anzugehen und sich für Menschen am Rande der Gesellschaft einzusetzen. Mit vollem Einsatz unterstützte er das Methadonprogramm in Hamburg. In den ersten zehn Jahren dieses bundesweit bedeutsamen Programmes baute die Ärztekammer Hamburg selbst drei Drogenambulanzen auf und hatte während dieser Zeit ebenfalls die Trägerschaft der Einrichtungen inne.

Bialas war immer davon überzeugt, dass die Selbstverwaltung für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft unverzichtbar ist. „Die berufsständische Selbstverwaltung ist ein wesentlicher Teil unseres freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates. Sie ist gleichzeitig ein gutes Beispiel für die Funktionsfähigkeit unseres Gesellschaftssystems. Es beruht auf der Kreativität des Einzelnen und der Freiheit in Verantwortung für den Nächsten. So sehe ich in der berufsständischen Selbstverwaltung mehr als nur eine eigennützige Interessenvertretung. Hier wird beispielhaft unsere freiheitliche Demokratie gelebt“, sagte er 1991 in seiner Rede auf der Eröffnungsveranstaltung des 94. Deutschen Ärztetages in Hamburg – dem ersten gesamtdeutschen Ärztetag nach der Wende. Ein wichtiges Ziel war für ihn immer die Einheit der Ärzteschaft.

Als Präsident der Ärztekammer Hamburg war er auch Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer (BÄK) in Köln. Von 1991 bis 1995 saß er dem Ausschuss „Gebührenordnung“ der BÄK vor. Außerdem setzte er sich für die Qualitätssicherung ein – und zwar lange bevor dies gesetzlich vorgeschrieben war. Er war unter anderem stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung“ der BÄK. Seine Kompetenz war stets über die Grenzen Hamburgs hinaus gefragt, insbesondere seine Kenntnisse über die Alterssicherung von Ärzten. Von 1991 bis 1995 war er Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke und Fürsorge“ der BÄK. 1988 wurde er stellvertretender Vorsitzender, 1992 dann Vorsitzender des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) – ein Amt, das er bis zum Jahr 2000 innehatte. In seine Amtszeit fiel unter anderem die gelungene Integration der in den neuen Bundesländern gegründeten Versorgungswerke in die ABV.

Bialas hat eine Vielzahl von ehrenamtlichen Funktionen ausgeübt. Verpflichtet fühlte er sich der Prävention und der Förderung von sozial benachteiligten Kindern. Als 1992 die Gesundheitsförderungskonferenz (GFK) gegründet wurde – ein Zusammenschluss von mehr als 50 Hamburger Vereinen, Verbänden, Krankenkassen, Kammern und Behörden –, wurde er deren Vorsitzender. Später stand er an der Spitze der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, in die die GFK aufging. Von 1993 bis 2005 war er zudem alternierender Vorsitzender des Vorstandes der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Für sein vielfältiges, unermüdliches und erfolgreiches Engagement erhielt er zahlreiche Auszeichnungen, darunter die Ehrenschale der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen. In Anerkennung seines Lebenswerkes verlieh ihm der Hamburger Senat 1997 den Ehrentitel „Professor“. Bialas ist ebenfalls Ehrenvorsitzender des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg.

„Immer und überall unter Dampf“ – so charakterisierte ihn einst der Hamburger Journalist Max Conradt. An dieser Grundeigenschaft hat sich nicht viel geändert. Bis heute ist er vielseitig interessiert und befasst sich unter anderem mit medizinischen Themen, Politik, Geschichte und Literatur. Auch mit 80 Jahren ist er noch sportlich aktiv. Seit fast 52 Jahren steht ihm seine Ehefrau Dorothea zur Seite. Er hat vier Kinder und elf Enkel. Zwei seiner Söhne haben wie er den Arztberuf ergriffen.

Rolf Bialas hat sich mit seinem langjährigen Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung und der Hamburger Landespolitik sowie in seiner internistischen Tätigkeit außerordentliche Verdienste erworben. Sein Einsatz für ein freiheitliches, selbstverwaltetes Gesundheitswesen, besonders aber für die berufsständischen Versorgungswerke ist vorbildlich. Bialas hat sich um die Gesundheitsversorgung

der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz, 19. Mai 2009, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Theodor Hellbrügge*** *in Inning, Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult., Facharzt für Kinderheilkunde, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Theodor Hellbrügge einen Arzt, der sich in seiner langjährigen ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit sowie mit seinem ehrenamtlichen Engagement herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Er zählt zu den Pionieren der Sozialpädiatrie und war Inhaber des ersten Lehrstuhls für dieses Fachgebiet in Deutschland. Das von ihm gegründete Kinderzentrum München ist Vorbild für mehr als 200 sozialpädiatrische Zentren im In- und Ausland. Mit seinen wissenschaftlichen Arbeiten zur kindlichen Entwicklung sowie seinem außerordentlichen Einsatz für die Frühdiagnostik und interdisziplinäre Frühförderung erlangte er weltweit großes Ansehen. Hellbrügge hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Hellbrügge wurde am 23. Oktober 1919 in Dortmund als Sohn des praktischen Arztes Theodor Hellbrügge und seiner Ehefrau Johanna geboren. Er wuchs mit sechs Geschwistern auf. Im Zweiten Weltkrieg wurde er zunächst als Kanonier in einem Artillerieregiment eingesetzt. Da er in seinem Abiturzeugnis vermerkt hatte, dass er Medizin studieren wollte, versetzte man ihn in die Sanitätsabteilung nach Münster. An der dortigen Universität schrieb er sich 1940 für das Fach Humanmedizin ein. Nach dem Physikum wurde er als Feldunterarzt nach München versetzt. 1944 legte er das Staatsexamen ab und wurde zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit „Experimentelle Untersuchungen am Braun Pears-Tumor“ erstellte er am Pathologischen Institut der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. 1945 trat er seine erste Stelle an der Universitäts-Kinderklinik in München an. Als unbezahlter Volontärarzt musste der Familienvater die Zeit außerhalb des Dienstes nutzen, um Geld zu verdienen. Unter anderem war er für das Münchner Gesundheitsamt tätig und hielt Mütterberatungen ab. Im Winter 1945/46 machte er eine Beobachtung, die seine weitere Laufbahn prägen sollte: In der Mütterberatung Thalkirchen traf er auf mehrere Kinder im Alter von etwa zwei Jahren. Diese fielen ihm zunächst durch ihre hübsche Physiognomie auf. Doch beim näheren Hinsehen sah der junge Arzt:

Die Kinder waren alles andere als normal. Sie sprachen noch kein Wort, zeigten eine retardierte Motorik und waren nicht imstande, selbstständig mit dem Löffel zu essen. Außerdem waren die Kinder sehr ängstlich und schrien, wenn Hellbrügge sich ihnen näherte. Das Krankheitsbild fand er in keinem pädiatrischen Lehrbuch, er nannte es „Deprivationssyndrom". Später erfuhr er, dass die Kinder kurz nach ihrer Geburt in Heimen untergebracht worden waren. Der Mangel an Zuwendung – so schien es – war ein wesentlicher Grund für die Fehlentwicklung. Das Schicksal dieser Kinder ließ den Pädiater nicht mehr los. Der Grundstein für sein Interesse an Frühdiagnostik und -förderung von Säuglingen und Kindern war gelegt.

1951 legte er seine Facharztprüfung ab. Seine Habilitationsschrift mit dem Thema „Konnatale Toxoplasmose" verfasste er 1954 als Oberarzt an der Universitätskinderpoliklinik München unter Leitung von Professor Weber. 1960 wurde er zum außerplanmäßigen Professor der LMU ernannt. Er gründete die Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin aus der später das Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin entstand und das er viele Jahre leitete. Im Jahr 1976 erhielt er den Ruf auf den ersten Lehrstuhl für Sozialpädiatrie in Deutschland an der LMU. Gemeinsam mit seinen Mitstreitern entwickelte er ein Verfahren zur Erkennung von Entwicklungsstörungen, die „Münchener Funktionelle Entwicklungs-Diagnostik" – ein Instrument, das in 36 Sprachen übertragen worden ist. Mit seinem Konzept der „Entwicklungs-Rehabilitation" fand er international Beachtung. Dem Konzept zugrunde liegt die Erkenntnis, dass das kindliche Gehirn mit seiner enormen Plastizität eine große Fähigkeit zur Anpassung hat. Entwicklungsrückstände können so durch frühzeitige Intervention ausgeglichen werden. Hellbrügge propagiert deshalb eine Frühdiagnostik, interdisziplinäre Frühtherapie über die Eltern sowie die soziale Integration in die Familie und später in den Kindergarten. Sein Einsatz für die Frühdiagnostik hat zur Einführung der heute üblichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder maßgeblich beigetragen.

Das Ziel, Behinderung zu verhindern oder abzumildern, verfolgt auch das Kinderzentrum München, das 1974 auf Initiative Hellbrügges entstand. Krönung seines Lebenswerkes war der Neubau des Zentrums in der Nähe des Klinikums Großhadern, den er beharrlich gegen viele Widerstände durchsetze. Bis dahin war die Institution provisorisch an verschiedenen Stellen untergebracht. Das Kinderzentrum war die erste interdisziplinäre Einrichtung mit pädiatrischem, psychologischem und heilpädagogischem Angebot unter einem Dach.

Beeinflusst von Maria Montessori gab er auch der Heilpädagogik neue Impulse, legte dabei sein Augenmerk auf die Frühförderung von Säuglingen sowie die gemeinsame Erziehung von Behinderten und Nichtbehinderten in Kindergärten und Schulen. Im Rahmen des Kinderzentrums entstand der erste integrative Montessori-Kindergarten in Deutschland.

Als Kliniker und Forscher fand Hellbrügge große Beachtung. Sein wissenschaftliches Werk umfasst mehr als 1000 Publikationen, darunter 26 in Buchform. Zuletzt erschien die Buchreihe über „Bindung“, zu der auch der Titel „Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene“ gehört. Auch seine chronobiologischen Untersuchungen bei Kindern sind international anerkannt. Darüber hinaus war er viele Jahre unter anderem Schriftleiter der Zeitschriften „Fortschritte in der Medizin“ und „Der Kinderarzt“. Von 19 ausländischen Universitäten hat er die Ehrendoktorwürde erhalten und ist unter anderem Honorarprofessor der russischen Akademie der Wissenschaften in Moskau.

Hellbrügge fühlte sich aber nicht nur der Tätigkeit als Arzt und Forscher verpflichtet, sondern setzte sich stets dafür ein, dass die Erkenntnisse aus seiner Arbeit auch in die Praxis umgesetzt werden konnten. Er prägte durch seinen Einsatz auch die Rahmenbedingungen zur Förderung von Kindern. Schon 1968 gründete er die „Aktion Sonnenschein – Hilfe für das mehrfach behinderte Kind“. Damit beschritt er einen neuen Weg in der Behindertenhilfe, denn nicht die spezifische Schädigung stand dabei im Vordergrund, sondern das Kind selbst. Kernstück der Aktion Sonnenschein sind die pädagogischen Einrichtungen, in denen Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder gefördert werden. Ein wichtiges Anliegen ist dabei auch die Integration von Kindern mit und ohne Behinderung.

1991 gründete er die Theodor-Hellbrügge-Stiftung zur Förderung der Sozialpädiatrie in Wissenschaft, Forschung und Lehre, die – nachdem die LMU den Lehrstuhl für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin abgeschafft hat – nun den Stiftungslehrstuhl an der Technischen Universität finanziert. Darüber hinaus unterstützt die Stiftung die Entwicklungs-Rehabilitation in Deutschland sowie im Ausland und fördert den Aufbau von Einrichtungen nach dem Vorbild des Kinderzentrums München. Ein Ziel der Arbeit ist die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachkräften – unter anderem aus der Medizin, der Pädagogik und der Psychologie.

Für seinen unermüdlichen Einsatz erhielt er mehr als 40 Ehrungen, darunter den Moro-Wissenschaftspreis, den Theodor-Heuss-Preis, den Pestalozzipreis als höchste pädagogische Auszeichnung, das Große Bundesverdienstkreuz, den Bayerischen Verdienstorden und die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer. Er ist unter anderem Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und wurde mit dem Otto-Heubner-Preis der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin geehrt.

Auch mit 89 Jahren ist er den von ihm gegründeten Einrichtungen mit Vitalität und großem Engagement verbunden. Besonders für die Theodor-Hellbrügge-Stiftung und die Internationale Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation ist er aktiv. Seit nunmehr 66 Jahren steht ihm seine Ehefrau Jutta zur Seite. Er hat sechs Kinder, 15 Enkel und zehn Urenkel.

Theodor Hellbrügge hat sich außerordentliche Verdienste um die Pädiatrie erworben. Die wachsende Bedeutung der Sozialpädiatrie hat er früh erkannt. Sein Einsatz für die Frühdiagnostik und die interdisziplinäre Frühförderung von Behinderten sowie von Behinderung bedrohten Kindern sind mehr als vorbildlich. Ihm ist es zu verdanken, dass unzählige Kinder vor lebenslangen Einschränkungen bewahrt wurden oder das Ausmaß von Behinderung abgemildert wurde. Hellbrügge hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz, 19. Mai 2009, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Fritz Kümmerle*** *in Mainz, Prof. Dr. med., Facharzt für Chirurgie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Fritz Kümmerle einen Arzt, der sich in seiner langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. 22 Jahre war er Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik in Mainz. Besonders an der Entwicklung der Viszeralchirurgie und endokrinologischen Chirurgie hatte er großen Anteil. Außerdem begründete er die moderne Herzchirurgie in Mainz und setzte schon sehr früh die Technik der Herz-Lungen-Maschine ein. Als Kliniker und Forscher fand er große Anerkennung, aber auch die Förderung des chirurgischen Nachwuchses sowie die Weiter- und Fortbildung war ihm stets ein wichtiges Anliegen. Kümmerle hat sich um die medizinische Versorgung der Bevölkerung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Kümmerle wurde am 14. Februar 1917 in Göppingen als jüngstes von sieben Kindern des Metzgermeisters Friedrich Kümmerle und seiner Ehefrau Martha geboren. Im Jahr 1936 legte er seine Abiturprüfung ab, wurde dann zum Reichsarbeitsdienst, später zum Wehrdienst eingezogen. An der Universität Tübingen begann er 1938 das Studium der Humanmedizin, das er in Königsberg, Wien und München fortsetzte. Dazwischen war er an der russischen Front eingesetzt. Das Staatsexamen legte er 1942 in Tübingen ab. Dort wurde er auch zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit mit dem Titel „Die Wirkung des Histamins auf die Blutzusammensetzung“ entstand am Pharmakologischen Institut der Universität Tübingen unter Leitung von Professor Hafner. In der Folge wurde er als Regimentsarzt unter anderem in Italien eingesetzt. Nach seiner Rückkehr aus

der Gefangenschaft begann er 1945 seine chirurgische Weiterbildung. Zunächst war er als Assistenzarzt in der Chirurgie des Kreiskrankenhauses Göppingen unter Dr. Pfeiffer tätig. 1948 wurde Professor Krauss Leiter der Abteilung. Dieser hatte ebenfalls seine Karriere in Göppingen unter Pfeiffer begonnen, war dann aber unter anderem als Oberarzt bei Professor Sauerbruch in der Berliner Charité tätig gewesen. Die Begegnung mit Krauss war für Kümmerle sicherlich prägend. Innerhalb kurzer Zeit wurde er zu seinem Meisterschüler, legte 1951 seine Facharztprüfung ab und wurde Oberarzt. Er ging mit seinem Lehrer nach Freiburg, als dieser 1952 einen Ruf auf den dortigen Lehrstuhl für Chirurgie erhielt.

Kümmerle hatte nicht nur Interesse an der praktischen Chirurgie, sondern auch am wissenschaftlichen Arbeiten. Die Venia legendi für das Fach Chirurgie erhielt er 1954. Seine Habilitationsschrift war ein experimenteller Beitrag mit dem Thema „Die Chirurgie des plastischen Ersatzes der thorakalen Speiseröhre". 1955 wurde er Oberarzt und drei Jahre später erster Oberarzt der Chirurgischen Klinik. Die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg ernannte ihn im Jahr 1959 zum außerplanmäßigen Professor. Noch in seiner Freiburger Zeit entstand die Publikation „Chirurgie des Dünndarms" – ein bis heute richtungsweisendes Standardwerk.

Kümmerle genoss mittlerweile weit über Freiburg hinaus großes Ansehen und erhielt einen Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Von 1963 bis 1985 war er Direktor der dortigen Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik. Sein Hauptarbeitsgebiet war die allgemeine Chirurgie mit Schwerpunkt auf dem Gebiet der Bauchchirurgie und der endokrinologischen Chirurgie. Insbesondere interessierte er sich für die Chirurgie der Bauchspeicheldrüse, der Gallenwege und des Dünndarms. Er gehörte zu den ersten Chirurgen in Deutschland, die eine partielle und totale Pankreatektomie wagten. Seine Erfolge verschafften ihm national und international in Fachkreisen großes Ansehen. Auch in der Herzchirurgie setzte er Maßstäbe und ist einer der Vorreiter dieses Faches. Früh erkannte er das Potenzial der Herz-Lungen-Maschine. Zu seinem Amtseintritt führte er die seinerzeit noch abenteuerlich anmutende Technik der extrakorporalen Zirkulation in der Mainzer Chirurgie ein und verschaffte der Einrichtung so einen Platz in dem Kreis der Pionierkliniken der modernen Herzchirurgie in Deutschland.

Als Kümmerle seine Tätigkeit in Mainz begann, war die Chirurgie eine große Einheit. Er beherrschte sie noch in allen Sparten. Doch die Tatsache, dass er die verschiedenen Teilgebiete – wie Unfallchirurgie, Urologie, Kinderchirurgie und schließlich auch die kardiovaskuläre Chirurgie – während seiner Amtszeit in die Selbstständigkeit überführte, zeugt von seiner Weitsicht. Andererseits widmete er sich auch gerade den übergreifenden Problemen der Chirurgie. So ist er einer der Nestoren der Intensivmedizin im Bereich der Chirurgie. Unter seiner Leitung entstand beispielsweise am Mainzer Universitätsklini-

kum eine der ersten chirurgischen Intensivstationen in Deutschland. Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist maßgeblich seiner Initiative zu verdanken. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung war ihm ebenfalls immer ein wichtiges Anliegen. Aus der Mainzer Schule gingen zu seiner Zeit allein 40 Ordinarien und Chefärzte hervor. Seine Mahnung, genügend finanzielle Mittel in die Weiterbildung und Förderung von Chirurgen zu investieren, ist heute aktueller denn je.

Neben seiner umfangreichen klinischen Tätigkeit hat er sich intensiv mit Fragen der Ethik in der Medizin befasst und engagierte sich unter anderem in der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Sein besonderes Interesse galt der Ethik in der chirurgischen Entscheidungsfindung und der Intensivmedizin. Außerdem beschäftigte er sich mit dem Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und Humanität. Bei seiner Abschiedsvorlesung 1985 sagte er: „Zwischen Wissen und Gewissen, zwischen Technik und Humanität muss hinzukommen die Zuwendung des Samariters, der Zeit hat für die Hilfesuchenden am Wegesrand – eine Einstellung, die ebenso zeitlos ist wie Gesundheit und Krankheit.“ Zum Thema Ethik und wissenschaftlicher Fortschritt hielt er zuletzt 2007 einen viel beachteten Vortrag am Mainzer Universitätsklinikum.

Kümmerle kann auf ein beachtliches Lebenswerk zurückblicken, was seine Tätigkeit als Kliniker und akademischer Lehrer angeht, hat aber auch als Forscher große Anerkennung erlangt. Er hat eine Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen verfasst und ist Herausgeber zahlreicher Bücher. Zudem war er unter anderem viele Jahre Mitherausgeber und engagierter Schriftleiter der Deutschen Medizinischen Wochenschrift.

Neben seinen vielfältigen hauptamtlichen Tätigkeiten, denen er während seiner Laufbahn nachgegangen ist, engagierte er sich ebenfalls in vorbildlicher Weise in ehrenamtlichen Funktionen. So war er beispielsweise in der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungsfehler der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz aktiv. Auch in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie engagierte er sich vorbildlich. 1973 wurde er zum Präsidenten der Fachgesellschaft gewählt.

Für sein vielfältiges, unermüdliches und erfolgreiches Engagement erhielt Kümmerle zahlreiche Auszeichnungen, darunter die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer für seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung. Darüber hinaus ist er Senator auf Lebenszeit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und damit Präsidiumsmitglied dieser Fachgesellschaft. Zahlreiche Verbände und Vereinigungen haben ihn zum Ehrenmitglied ernannt, unter anderem die Deutsche sowie die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Er ist Mitglied der renommierten Deutschen Akademie der

Naturforscher Leopoldina, Halle an der Saale, sowie der Académie de Chirurgie in Paris.

Kümmerles Vitalität und Tatkraft ist auch mit 92 Jahren ungebrochen. Er ist politisch und kulturell sehr interessiert, verfolgt außerdem die Entwicklungen der medizinischen Forschung. Seine Ehefrau Helga, die ebenfalls Ärztin war, starb 1993 bei einem Unfall. Seine Tochter Annette ist promovierte Zahnärztin. Kümmerle hat zwei Enkelkinder.

Fritz Kümmerle hat sich während seiner aktiven Laufbahn als Kliniker, Lehrer und Wissenschaftler große Verdienste um das Fach Chirurgie erworben. Besonders an der Weiterentwicklung der Viszeralchirurgie und endokrinologischen Chirurgie hat er großen Anteil, er begründete außerdem die Herzchirurgie in Mainz. Dabei verstand er sich stets als Anwalt seiner Patienten. Kümmerle hat sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, die deutsche Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz, 19. Mai 2009, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten ***Ernst Rebentisch*** *in Kronberg, Prof. Dr. med., Facharzt für Chirurgie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Ernst Rebentisch einen Arzt, der sich in seiner langjährigen aktiven Tätigkeit herausragende Verdienste um das deutsche Gesundheitswesen und die Ärzteschaft erworben hat. Als Generaloberstabsarzt und Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens hat er die Bundeswehr nachhaltig geprägt. Ein besonderes Anliegen war ihm die Zusammenarbeit militärischer und ziviler Einrichtungen, um die Versorgung der Bevölkerung im Katastrophenfall sicherzustellen. So war er auch Mitbegründer und erster Präsident der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin. Darüber hinaus leitete er viele Jahre den Ausschuss „Katastrophenmedizin“ in der Bundesärztekammer und war Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates. Rebentisch hat sich um die medizinische Versorgung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

Rebentisch wurde am 31. Januar 1920 in Offenbach am Main als jüngstes von sechs Kindern des Medizinalrates Erich Rebentisch und seiner Frau Magdalene geboren. Sein Vater, Direktor des Stadtkrankenhauses in Offenbach, starb, als Rebentisch acht Jahre alt war. Die Familie zog nach Darmstadt, wo er 1937 seine Abiturprüfung ab-

legte. Anschließend wurde er zum Reichsarbeitsdienst einberufen. Während des Zweiten Weltkrieges war er im Truppen- und Stabsdienst eingesetzt – unter anderem ab 1944 als Major und Kommandeur einer Panzerabteilung sowie als Kampfgruppen- und zeitweise Regimentsführer in Rumänien, Polen und Ungarn. Nach Verwundung und längerer Lazarettbehandlung war er im Oberkommando des Heeres in Berchtesgaden tätig. Es folgte die Internierung durch die Amerikaner.

Nach dem Krieg schrieb er sich in München für das Fach Humanmedizin ein. Als ehemaliger Stabsoffizier wurde er allerdings vorübergehend von der Universität verwiesen. Ende 1950 schloss er das Studium jedoch mit der Note „sehr gut“ ab. Seine Assistentenzeit begann er im Stadtkrankenhaus Offenbach, in dem auch schon sein Vater gewirkt hatte. Zwei Jahre später wurde er von der Universität Mainz zum Dr. med. promoviert. Seine Dissertationsarbeit mit dem Titel „Über die Wirkung des embryonalen Herzextraktes in der Therapie schwerer Herzkrankheiten“ entstand unter Leitung von Professor Cremer. Nachdem er Ende 1958 seine chirurgische Facharztprüfung abgelegt hatte, bot man Rebentisch bereits Anfang 1959 eine Stelle als Oberarzt in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Gelnhausen an. Wenige Monate später trat er in den Dienst der Bundeswehr ein, wo er eine beispiellose Karriere begann.

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung attestierte ihm einmal „ungewöhnliche Talente“. Diese erkannte man auch bei der Bundeswehr schon früh. Kaum begann er im Herbst 1959 seinen Dienst als Oberstabsarzt, wurde er bereits Anfang 1960 zum leitenden Sanitätsoffizier beim deutschen Bevollmächtigten im nördlichen NATO-Bereich berufen. In diesem Amt arbeitete Rebentisch sehr erfolgreich mit den Sanitätsdiensten Dänemarks, Norwegens und Großbritanniens zusammen. 1964 holte ihn das Bundesministerium der Verteidigung als Referent nach Bonn. Drei Jahre sammelte er hier Erfahrungen in der Politik und war für Planungs- und Führungsaufgaben des Sanitätsdienstes, die zivil-militärische Zusammenarbeit in Katastrophenfällen und die wehrmedizinische Koordination im Bündnis zuständig. Nach seiner Beförderung zum Oberstarzt wurde er Divisionsarzt der 12. Panzerdivision. Dort setzte er seine Kriegserfahrungen als Panzeroffizier mit dem Wirken im damals weitgehend selbstständigen Sanitätsdienst erfolgreich um.

Weiter bestimmten die Ausbildung des Sanitätspersonals, der zum Kurzwehrdienst einberufenen Ärzte und der ersten von der Bundeswehr geförderten Medizinstudenten sowie die Weiterbildung von Sanitätsoffizieren seine Tätigkeit. 1969 wurde er Generalarzt und Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr in München. Als solcher verantwortete die Ausbildung von mehr als 4000 grundwehrdienstleistenden Sanitätsoffizieren. In seinen Aufgabenbereich fielen die wehrmedizinische Forschung sowie die Zusammenarbeit mit den Hochschulen und anderen wissenschaftlichen Instituten bezüglich der Aus- und Fortbildung

der Sanitätsoffiziere. Internationale Anerkennung erlangte er während der Olympischen Spiele 1972 in München, als er in vorbildlicher Weise den Sanitätseinsatz leitete.

Die Bundeswehr hatte mit Rebentisch einen außergewöhnlich engagierten Arzt für sich gewinnen können. 1973 wurde er Generalstabsarzt und Stellvertreter des Inspekteurs des Sanitäts- und Gesundheitswesens, 1976 schließlich Generaloberstabsarzt und Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr. In dieser Funktion scheute er sich nicht, auch auf Mängel hinzuweisen und Missstände zu thematisieren. Besondere Verdienste erwarb er sich mit der Konzeption einer neuen Struktur für das Sanitätswesen. Wichtig war ihm eine gute Zusammenarbeit des militärischen Sanitätswesens und der zivilen Einrichtungen. Auch der Wissenschaft fühlte er sich verpflichtet. Die Technische Universität München ernannte ihn 1975 zum Honorarprofessor für Wehr- und Katastrophenmedizin. Aus seiner Feder stammen rund 100 Publikationen zu wehr- und katastrophenmedizinischen Themen. Hinzu kommen zahlreiche Arbeiten, die der Geheimhaltung unterliegen.

1980 schied er aus dem aktiven Dienst bei der Bundeswehr aus. Doch für die Sicherheit der Bevölkerung setzte er sich auch danach aktiv ein. So war er Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin und wurde deren erster Präsident. Ebenfalls 1980 wählte man ihn auch zum Leiter des Ausschusses „Katastrophenmedizin“ der Bundesärztekammer – ein Amt, das er bis 1991 innehatte. In dieser Zeit engagierte er sich auch als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. Seine umfassenden Kenntnisse waren außerdem in der Politik gefragt: Seit 1982 war er ständiger Gast der Schutzkommission des Bundesministers des Innern.

Mit seinen Auffassungen stieß Rebentisch zur damaligen Zeit auf Widerstand, wovon er sich allerdings nicht beirren ließ. Die um 1980 gegründete deutsche Sektion der Initiative „Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges“ (IPPNW) warf den um den medizinischen Katastrophenschutz bemühten Ärzten Kriegstreiberei vor und verweigerte in der sogenannten Frankfurter Erklärung jede Form „kriegsmedizinischer“ Fortbildung. Die Folgen einer nuklearen Katastrophe seien medizinisch nicht zu beherrschen. Rebentisch stellte dagegen fest, dass kein Arzt den Atomkrieg wolle, es aber dennoch in einer ausschließlich von der Politik zu verantwortenden nuklearen Auseinandersetzung hilfsbedürftige Überlebende geben werde. Jeder approbierte Arzt habe dann die Pflicht, diesen Mitmenschen zu helfen, solange er dazu in der Lage sei. Katastrophenmedizin sei kein Mittel, um einen Krieg führbar zu machen. Im Falle einer Katastrophe – ob nun ziviler oder militärischer Natur – komme es darauf an, planvoll medizinische Hilfe zu leisten, um die Bevölkerung so gut wie möglich zu versorgen. Ethische Bedenken der IPPNW und anderer Ärzte gegen den Vorschlag, bei gleichzeitigem Anfallen einer großen Zahl von Schadensopfern die ärztliche Hilfe nach Sichtung und Dringlichkeit zu leisten, wies Rebentisch zurück. Das heute geltende

Prinzip des Einsatzes leitender Notärzte und der Sichtung bei verlustreichen Unfällen und Katastrophen bestätigt seine damaligen Forderungen.

Rebentisch ist auch mit heute 89 Jahren noch aktiv. Er geht viel spazieren, reist gern und betreibt unter anderem Familienforschung. Seit 55 Jahren ist er verheiratet. Er hat einen Sohn und zwei Enkelkinder.

Ernst Rebentisch hat sich während seiner aktiven Laufbahn besondere Verdienste um das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr erworben und dort Maßstäbe gesetzt. Sein Engagement ging aber weit darüber hinaus. Ein besonderes Anliegen war ihm stets die Katastrophenmedizin und somit auch die Sicherung der gesamten Bevölkerung. Rebentisch hat sich um die Gesundheitsversorgung in Deutschland, die Ärzteschaft und um das Gemeinwohl in herausragender Weise verdient gemacht.

112. Deutscher Ärztetag in Mainz, 19. Mai 2009, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Prof. Dr. Rolf Bialas: Sehr geehrter Herr Präsident der Bundesärztekammer, lieber Herr Kollege Hoppe! Im Namen der soeben Ausgezeichneten möchte ich mich bei Ihnen herzlich bedanken, zugleich aber auch bei den Mitgliedern des Vorstands der Bundesärztekammer. Wir haben uns über diese Auszeichnung sehr gefreut. Ich muss persönlich sagen: Ich bin auch stolz darauf.

Gestern Abend meinte ein Kollege beiläufig, wir Ärzte hätten ja unsere Wertmaßstäbe verloren. Ich habe mir das noch einmal überlegt und meine: Das ist unrichtig.

(Beifall)

Ich möchte drei einfache Dinge dazu sagen. Das Erste ist die Liebe, ganz genau: die Nächstenliebe. Was wäre wohl unser Beruf, wenn wir nicht täglich diese Nächstenliebe praktizierten?

Der zweite Wertmaßstab, vielleicht für viele etwas abseits, ist die Ehrfurcht vor der Schöpfung.

Der dritte Wertmaßstab ist das verantwortungsvolle Handeln. Handeln müssen wir jeden Tag, wenn wir Patienten betreuen, aber wir müssen uns immer überlegen: Was kommt danach? Das heißt, das Vertrauen muss da sein und wir müssen die Verantwortung dafür tragen.

Meine Damen und Herren, wir bedanken uns nochmals beim Präsidenten und dem Vorstand der Bundesärztekammer und wünschen für den Ärztetag gutes Gelingen und gute Diskussionen.

Schönen Dank.

(Beifall)

(Jeffrey Agrell: Oh No! – David Uber: A Day at the Camptown Races)

Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit: Herr Präsident Hoppe! Herr Präsident Hessenauer! Herr Ehrenpräsident Engelhard! Sehr verehrte Frau Staatsministerin! Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten des Europäischen Parlaments, des Deutschen Bundestages und des rheinland-pfälzischen Landtages! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Herzlichen Dank für die Einladung, zum 112. Deutschen Ärztetag zu Ihnen sprechen zu können. Die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, überbringt durch mich ihre besten Grüße. Sie hat ja in Ulm zugesagt, sie kommt wieder. Sie wäre auch wiedergekommen, wenn wir nicht die sogenannte neue Grippe hätten, wenn nicht seit gestern die Weltgesundheitsorganisation in der Weltgesundheitsversammlung in Genf tagte und, wie Herr Hessenauer gesagt hat, unter anderem die sogenannte G-7-Runde plus Mexiko heute zusammensäße, um gemeinsam mit der WHO zu überlegen – das ist eine der entscheidenden Schlüsselfragen –: Welche Impfstrategie sollen wir eigentlich einschlagen?

Diese Frage ist deshalb entscheidend, meine sehr geehrten Damen und Herren: Wenn wir eine falsche Entscheidung treffen, blockieren wir auf Monate hin die Kapazität für die Impfproduktion, die wir haben. Dann kann möglicherweise, was ja einige befürchten, in einer zweiten Welle der Virus in einer Form auftauchen, gegen die eine Impfung nicht möglich oder nicht entscheidend wäre.

Deshalb bitte ich um Verständnis, dass die Ministerin diese Entscheidung getroffen hat, nach Genf zu reisen und nicht nach Mainz zu kommen. Die Entscheidung ist ihr schwergefallen.

(Unruhe)

– Ich nehme das Bedauern gern mit.

(Heiterkeit – Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Herr Ministerpräsident Beck hat es schon gesagt: In vier Tagen feiern wir in Deutschland das 60-jährige Bestehen unseres Grundgesetzes. Vor 60 Jahren wurde nach dem furchtbaren Terror der Nazis und nach einem Krieg, der von Deutschland ausging, unser Land neu begründet und aufgebaut. Mit dem Grundgesetz haben wir eine demokratische Verfassung geschaffen, die in der Tat ein belastbares Fundament unseres Zusammenlebens darstellt. Mit der Verfassung wurde auch die Sozialstaatlichkeit der Bundesrepublik Deutschland verfasst, die uns 60 Jahre Wohlstand, Prosperität und alles in allem sozialen Frieden beschert hat.

Ärztliches Handeln, meine sehr geehrten Damen und Herren, ist aufs Engste mit dem Sozialstaatsgebot im Grundgesetz verbunden. Oberstes Ziel unseres

Sozialstaates ist es, den Menschen die gleichen Chancen auf Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben zu eröffnen. Eine medizinische Versorgung, die allen Menschen unabhängig vom Einkommen, vom Stand und vom Wohnort zugänglich ist, ist dabei eine unabdingbare Voraussetzung.

Unser solidarisches, selbstverwaltetes Gesundheitswesen gewährleistet, dass jeder, der eine medizinische Behandlung benötigt, sie auch bekommt – und das auf dem Niveau des medizinischen Fortschritts und in einem Umfang, um den uns viele in der Welt beneiden.

Ich stehe gerne hier, um an dieser Stelle zu sagen: Ihnen, Ihren Kolleginnen und Kollegen, die Tag für Tag und Woche für Woche und oft genug in der Nacht nicht nur in den Kliniken, nicht nur in der Praxis, auch beim Sanitätskorps der Bundeswehr, im öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch in den Forschungsinstituten ihre Arbeit tun, Dank zu sagen, dass Sie für kranke Menschen sorgen, dass unsere Versorgung verlässlich ist und dass medizinischer Fortschritt in Deutschland weiterhin Platz greift.

In der aktuellen, manchmal populistisch motivierten Diskussion um die Frage, was machen wir eigentlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, vermisse ich, dass auf den Kern der Daseinsvorsorge eingegangen wird. Es geht um den Rechtsanspruch der Versicherten in Deutschland auf einen uneingeschränkten und diskriminierungsfreien Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Das ist der Dreh- und Angelpunkt. Das stellt notwendigerweise die Sicherstellung in den Mittelpunkt der weiteren Diskussion.

Das System der Kassenärztlichen Vereinigungen hat die Aufgabe, die wohnortnahe ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich zu gewährleisten. Deshalb muss derjenige, meine sehr geehrten Damen und Herren, der das infrage stellt, eine Antwort auf die Frage geben: Wer sollte es denn anstelle der KVen anders machen? Wie könnte es anders gemacht werden?

Der Staat vielleicht? Von einem staatlich regulierten System haben wir in Deutschland bewusst abgesehen. Ein Blick auf staatlich organisierte Gesundheitssysteme sagt mir, dass dies keine Option ist. Der Staat, zumal auf der Ebene des Bundes, hat viel zu wenig Einsicht in die notwendigen differenzierten Lagebeurteilungen in den einzelnen Regionen. Man braucht zu einer guten Versorgung selbstverständlich medizinisches Fachwissen. Das gilt im Übrigen auch für die Honorarverteilung und erst recht für die Beurteilung der Qualität ärztlicher Leistung.

Die Krankenkassen? Wollen wir denen die Sicherstellung überantworten? Wer die Geschichte kennt – nicht nur die Mainzer –, der weiß, dass es dies bereits einmal gab. Es wurde ganz bewusst abgeschafft. Ich glaube, die Entscheidung war gut so.

(Beifall)

So schwierig das ist, auch für Sie, die Sie die Verantwortung tragen: Es gibt sehr wahrscheinlich keinen besseren Rahmen für die Steuerung der wohnortnahen Versorgung als durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Wenn es da etwas zu verbessern gibt – gut, dann packen wir's an. Aber bleiben wir dabei:

Wir wollen den Rechtsanspruch auf Versorgung sicherstellen – das ist das Markenzeichen des deutschen Systems – für alle zu gleichen Bedingungen.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, dabei kann man ja ganz legitim darüber nachdenken: Sind wir denn mit der Leistungsfähigkeit und der Gestaltungsfähigkeit der bisherigen Bedarfsplanung wirklich gut gefahren? Ich habe über 60 gute Jahre geredet. Gleichzeitig gilt, dass in bestimmten ländlichen Regionen, aber auch in sozial schwierigen Stadtbezirken eher Unterversorgung droht und wir im städtischen Ballungsraum und in gut situierten Stadtbereichen eine Überversorgung haben. Das ist unser Problem. Darum müssen wir uns, glaube ich, gemeinsam kümmern.

Die Frage ist also: Welche Gestaltungsspielräume brauchen wir und können wir nutzen? Ich zumindest halte es für vernünftig, unterversorgte Regionen auch über finanzielle Anreize so zu steuern, dass in Zukunft eine optimale Versorgung möglich ist. Das steht bereits im Gesetz und ist ab dem nächsten Jahr durch entsprechende Zuschläge im ambulanten Bereich möglich.

Natürlich, meine sehr geehrten Damen und Herren, wird das nicht ausreichen. Niemand kann in unserer freiheitlichen Ordnung gezwungen werden, sich im ländlichen Raum niederzulassen, auch wenn die meisten sehr wahrscheinlich ein bisschen mit modischer Attitüde unterschätzen, wie reizvoll das sein kann.

Die Länder haben zum Teil Überlegungen angestellt, ob sie nicht Stipendien mit der Bedingung vergeben, dann auch im ländlichen Raum zu arbeiten. Ich halte das für eine gute Lösung. Wir sollten sie offensiv weiter diskutieren. An der Stelle wären wir auch gar nicht allein; das tun andere auch.

Mit welchem Typus von angehendem Arzt und angehender Ärztin haben wir es denn zu tun? Ich glaube, bessere Teamarbeit, eine Kooperation auch mit dem nichtärztlichen Personal und – das sage ich vor diesem Hintergrund bewusst – neuere Entwicklungen, die man unter dem Stichwort „Schwester AGnES“ zusammenfasst, sind Rahmenbedingungen, die für die Zukunft bedeutsam sind und bedeutsam sein können.

Ich bin der festen Überzeugung, meine sehr geehrten Damen und Herren, dass ergänzend zum Kollektivvertrag einzelvertragliche und auch sektorübergreifende Versorgungslösungen notwendig sind. Das gilt für die integrierte Versorgung, das gilt für die hausärztliche Versorgung, das gilt auch für Medizinische Versorgungszentren, die einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten können.

Das gilt auch dafür, dass wir in diesem System Schritt für Schritt in den nächsten Jahren einen elektronischen Backbone für den Informations- und Kommunikationsaustausch brauchen auf einer flexiblen, sicheren und natürlich den Datenschutz gewährleistenden Grundlage. Die Diskussionen, die wir im letzten Jahr auch und gerade mit der Bundesärztekammer hatten, haben gezeigt: Das ist nicht so einfach, es ist schwierig. Aber wir haben die Chance, ein solches System, das in der Zukunft umso wichtiger werden wird, zu entwickeln.

Ich will an der Stelle auch hinzufügen: Ich kenne niemanden, der irgendjemanden in dieses System zwingen will, am Anfang allemal nicht. Was sollte das auch?

Wenn wir die Versorgung weiterentwickeln, dann ist die Frage: Wie ist eigentlich das Verhältnis von einzelvertraglichen Lösungen und Kollektivvertrag gewährleistet? Wir brauchen ein ausbalanciertes System, um die Chancen und Möglichkeiten des Systems wirklich vollständig zu entwickeln.

Niemand, meine sehr geehrten Damen und Herren, hat ein Interesse daran, „dass sich hochinnovative Inseln der Spitzenversorgung in einem Umfeld von Unterversorgung entwickeln“, wie es einmal sehr schön ein KV-Vorstand dargestellt hat. Wir brauchen also eine kollektivvertragliche, belastbare Grundlage und einzelvertragliche Ergänzungen da, wo notwendig und sinnvoll, wo auch klar ist, dass wir damit mehr Effizienz erreichen können. – Ich gucke nicht ohne Grund in Richtung der Vorstände der KBV, vor dem Hintergrund der Beschlusslage, die mir übermittelt worden ist.

Ein zweites Stichwort dominiert immer wieder die Diskussionen: Bei allen gebotenen Änderungen – ich sehe wirklich eine ganze Reihe von Notwendigkeiten der Veränderungen – steht die freiberufliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten nicht zur Debatte, überhaupt nicht.

(Beifall)

Das gilt für die Bundesministerin, das gilt für jeden in unserem Hause, der Verantwortung trägt.

(Zuruf)

– „In unserem Hause“ habe ich gesagt.

Wir haben nie einen Zweifel daran gelassen, dass wir zu diesem System ohne Wenn und Aber stehen, zu den Vereinbarungen, die wir getroffen haben, zur Basis, auf der wir die letzte Gesundheitsreform gemeinsam realisiert haben.

Es ist völlig klar: Die ambulante Versorgung beruht im Kern auf den beiden Schultern der Hausärzteschaft und der Fachärzteschaft. Natürlich ist es sinnvoll, auch die Krankenhausversorgung in diese Versorgung mit einzubeziehen.

Wer verloren gegangene Freiheitsgrade in der Diskussion ab und zu bedauert, den lade ich ein, konkret zu benennen, wo denn eine wirkliche Beeinträchtigung und Beeinflussung freiheitlicher Tätigkeit geschieht.

(Zurufe)

Medizinische Versorgungszentren – das ist ein zweites Stichwort in dieser Reihe – sind, wie ich eben sagte, aus unserer Sicht eine sinnvolle Ergänzung des Angebots. Von einer „feindlichen Übernahme“ zu reden, davon sind wir, meine sehr geehrten Damen und Herren, doch wirklich meilenweit entfernt. Wir haben ungefähr 125 000 Ärztinnen und Ärzte in niedergelassener Tätigkeit und 1 200 Versorgungszentren. Sie haben ihren Platz gefunden und finden ihren Platz,

nicht nur weil sie eine Antwort auf Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten sind, sondern auch von Patientinnen und Patienten.

Die Ärzte orientieren sich vielfach an Teamarbeit, einige wollen die finanziellen Risiken einer Praxisgründung nicht eingehen, bei anderen wiederum steht deutlich mehr als in der Vergangenheit im Vordergrund, dass sie ihre ärztliche Tätigkeit mit ihren familiären Bedürfnissen vereinbaren möchten. Neue Ordnungsmöglichkeiten, Organisationsmöglichkeiten für ärztliche Tätigkeit zu entwickeln, das kann doch nicht als Einschränkung der Freiheit missverstanden werden.

Wir dürfen, glaube ich – Sie und alle, die Verantwortung im Gesundheitswesen tragen –, die Augen nicht vor der Realität verschließen, die schon viel weiter fortentwickelt ist, als man es manchmal wahrhaben will. Zu dieser Realität gehört die Feminisierung des Arztberufs. Sie ist auf dem Vormarsch. Wenn unsere Buchhaltung stimmt, sind mittlerweile 58 Prozent der Erstmeldungen bei den Landesärztekammern Frauen. Es würde niemand verstehen, wenn wir nicht Organisationsformen entwickelten, mit denen wir diese Talente, die vorhanden sind und dort schlummern, nutzen. Das Berufsverständnis hat sich geändert. Aber es gibt genügend Möglichkeiten, die ganzen Potenziale an ärztlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die vorhanden sind, in unser System zu integrieren und es gleichzeitig weiterzuentwickeln.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, was wäre ein Deutscher Ärztetag, bei dem nicht über Honorierung diskutiert würde? Es war ein langer Weg bis zur Honorarreform, die am 1. Januar in Kraft getreten ist. Weil das manchmal vergessen wird, muss man an das Jahr 1997 erinnern. Im 2. GKV-Neuordnungsgesetz war das Regelleistungsvolumen zum ersten Mal, wenn Sie so wollen, etabliert. Vorschläge kamen nicht zuletzt aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das war 2003 und 2004 ähnlich. Auch bei den Diskussionen um das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gab es Vorschläge, die die Politik geprüft, aufgegriffen und in die gesetzlichen Grundlagen des SGB V aufgrund von Vorschlägen aus der Ärzteschaft selber aufgenommen hat.

Wir wissen alle miteinander: Es gibt seit Wochen eine heftige Diskussion; die Selbstverwaltung kämpft immer noch mit dem Thema. Der Kern ist: feste Preise einer Euro-Gebührenordnung, Kalkulierbarkeit des Honorars, Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. All das, meine Damen und Herren, waren in der Vergangenheit doch zentrale Forderungen der deutschen Ärzteschaft, die mit dem Gesetz umgesetzt worden sind.

Natürlich gibt es, wenn man das heute anschaut, Verwerfungen. Hatten wir die in der Vergangenheit nicht? Wieso erklären sich in der Vergangenheit eigentlich die Unterschiede der Honorierung beispielsweise in Baden-Württemberg und in Thüringen?

Ganz besonders wichtig war bei dieser Reform – ich unterstreiche das ausdrücklich –, dass 20 Jahre nach dem Fall von Mauer und Stacheldraht die Vergütung in den neuen Ländern endlich an das Westniveau angeglichen wurde. Das war ein überfälliger Schritt. Es ist gut, dass er getan worden ist, auch wenn er damit in eine ganz bestimmte Richtung Honorarvolumen bindet.

Die Honorarreform hat das System auch transparenter gemacht. Da ist so manche Schieflage, manche Ungereimtheit, manche Ungerechtigkeit erst offensichtlich geworden. Zumindest meine Gesprächspartner können mir nicht immer erklären, warum es klare, rationale Ursachen für die Unterschiede gibt, die festzustellen waren und zum Teil immer noch festzustellen sind.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, vertrauen wir doch in die Fähigkeit, diesen Prozess zu gestalten. Wir stehen nicht am Ende dieser Honorarreform, wir stehen doch erst am Anfang dieser Honorarreform.

(Unruhe)

Die Möglichkeiten, die der gesetzliche Rahmen bietet, den die Selbstverwaltung ausschöpfen kann, zeigen, dass wir Schritt für Schritt auch Fehler, die gemacht worden sind, korrigieren können und damit am Ende zu einer Honorarverteilung kommen, die heute natürlich nicht in Stein gemeißelt ist, die weiterentwickelt werden kann.

Natürlich wird es darüber immer wieder Diskussionen geben. Aber die Möglichkeiten, die vorhanden sind, die wirklich historischen Möglichkeiten, die vorhanden sind, gemessen an dem, was früher zu Recht kritisiert worden ist, sollten wir ausschöpfen.

Natürlich kann man ein System mit begrenzten Ressourcen – damit komme ich zu einem weiteren wichtigen Punkt auf der Agenda dieses 112. Deutschen Ärztetages – nicht ohne Mengensteuerung fahren, selbst wenn der Heilige Stuhl von Mainz mithelfen würde, an allerhöchster Stelle zu intervenieren. Solange wir uns auf dieser Erde befinden, sind die Ressourcen leider begrenzt. Das heißt, wir müssen immer wieder darüber nachdenken: Wie können wir das System immer wieder Schritt für Schritt optimieren, effektiver machen? Deshalb ist die Frage der vermeintlichen Rationierung, die heute ja nicht zum ersten Mal diskutiert wird, die Ärztetage schon manchmal angesprochen haben, aus meiner Sicht ein bisschen vor dem Hintergrund der Sachdaten zu beleuchten.

In diesem Jahr stehen allein in der GKV 11 Milliarden Euro mehr zur Verfügung, ohne jeden Abstrich. Die sind – ich betone es noch einmal – für die Versorgung garantiert.

Wir bewegen uns immer noch an vierthöchster Stelle, weil wir 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die gesundheitliche Versorgung ausgeben.

In deutschen Krankenhäusern sind die Patientinnen und Patienten im Schnitt 8,4 Tage. Bezogen auf die WHO-Statistik, kommen hierzulande auf 10 000 Einwohner 83 Klinikbetten. Im EU-Vergleich hat lediglich die Tschechische Republik eine größere Zahl mit 84.

Zur Versorgungsdichte in der ambulanten Versorgung: Im EU-Durchschnitt gibt es 326 praktizierende Ärztinnen und Ärzte pro 100 000 Einwohner, bei uns sind es 357. Von dem Grundvermögen des Systems her, von den objektiven Möglichkeiten her, meine sehr geehrten Damen und Herren, kann, glaube ich, nicht wirklich jemand behaupten, wir hätten ein Rationierungsproblem.

In der letzten Woche hat ein Vertreter einer KV darauf aufmerksam gemacht, dass die Deutschen überproportional häufig zum Arzt gehen. Die Antwort, die darauf gekommen ist, können wir nicht mittragen; das sage ich deutlich. Die Erhöhung der Praxisgebühr ist nicht auf der Tagesordnung, meine sehr geehrten Damen und Herren.

Es geht deshalb weiter – wie in der Vergangenheit auch – aus unserer Sicht darum: Wie können wir das System effizienter machen? Welche Potenziale können wir ausschöpfen? Ich glaube, wenn wir das gemeinsam diskutieren, haben wir auch eine Chance, das, was im Augenblick an Kritik vorhanden ist, zu überwinden. Natürlich müssen wir uns dann offen dazu bekennen: Auch die ärztliche Tätigkeit hat eine ökonomische Dimension. Wir können uns aus dem System nicht völlig entfernen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wer Entscheidungsfreiheit für sich in Anspruch nimmt, zu Recht in Anspruch nimmt, hat natürlich auch daraus erwachsende Verpflichtungen wahrzunehmen. Wo bewegen wir uns denn? Seien wir doch mal ehrlich: Ist diese Debatte nicht manchmal auch kleinmütig? Ich will nur ein paar Stichworte nennen. Es ist, glaube ich, ziemlich genau 42 Jahre her, da hat Christiaan Barnard im Groote-Schuur-Krankenhaus in Kapstadt das erste Herz verpflanzt. Was hätten wir damals wohl gesagt? Heute ist das eine Regelleistung in der GKV, Standard, Normalität.

Mir hat einmal ein alter Chefarzt gesagt: Mitte der 60er-Jahre gab es im ganzen Ruhrgebiet eine einzige Dialysestation, heute ist das Standardversorgung.

Wir brauchen nicht 40 Jahre zurückzugehen. Wer die Situation 1988/89 in der damaligen DDR kannte, weiß, dass da ein riesiges Problem war. Das haben wir zu Recht beseitigt und wir finanzieren das. Das gilt für die Onkologie, das gilt für anderes mehr.

Ich will auch daran erinnern: Das Wettbewerbsstärkungsgesetz hat an vielen Stellen sehr bewusst – die Diskussion war nicht einfach, am Ende musste ja der Beitragssatz beschlossen werden – dort, wo neue Leistungen notwendig waren, diese auch beschlossen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung war ein großes Defizit in diesem Land. Ich glaube, wir standen gemeinsam dafür, dass wir sagen: Die Sterbebegleitung ist die einzige ethisch vertretbare Alternative zur Verkürzung des Lebens.

Die Rehabilitation zur Pflichtleistung zu machen vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft, das war eine notwendige Entscheidung, weil wir möglichst lange schaffenskräftige, gesunde Menschen in unserem Lande brauchen.

Die Impfung als wichtige Prävention zur Pflichtleistung zu machen, das war eine weitere solche Entscheidung.

Meine Damen und Herren, wir wollen, dass auch in Zukunft – um es deutlich zu sagen – alle am medizinischen Fortschritt teilnehmen, auch wenn sie keine ergänzende Privatversicherung abgeschlossen haben. Dieses System hat das in der Vergangenheit geleistet und wird es auch in der Zukunft leisten. Niemand sollte ein Interesse daran haben, auf eine Zusatzversicherung zu verweisen, die

man gefälligst abschließen soll, damit bestimmte Leistungen erbracht werden. Dann stünden wir wirklich in Gefahr, in diesem Land über eine Zweiklassenmedizin reden zu müssen.

(Lachen)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir reden zu Recht und notwendigerweise über die Weiterentwicklung: Wie sieht es mit Kosten und Nutzen aus, wie sieht es mit den Leitlinien aus, wie sieht es mit der Evidence Based Medicine aus? Lassen Sie mich ein kurzes Zitat eines Ihrer Kollegen vortragen. Es geht um einen Onkologen und Hämatologen, der lange in den USA geforscht und praktiziert hat. Er hat gesagt: Ich bin deshalb aus Amerika nach Deutschland zurückgekommen, weil ich hier alle meine Patienten nach den neuesten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft behandeln kann. Das geht in den USA nicht.

Da ist vielleicht an der einen oder anderen Stelle die Spitzenversorgung besser. Das mag ja sein, für 1, 1,5, 0,5 Prozent, an einigen Stellen, wenn überhaupt. – Ich kann Ihr Kopfschütteln gut nachvollziehen, Herr Henke. Aber in der Breite gibt es das Angebot nicht.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir sollten auch das Thema Patientenrechte und Patientensicherheit nicht in der falschen Ecke diskutieren. Ich bekenne offen: Für uns war die Orientierung auf die Patientin und den Patienten bei der Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik der letzten Jahre von zentraler Bedeutung. Patientenrechte zu stärken, die Patienten in ihrem Selbstverständnis zu stabilisieren, hilft nach meiner festen Überzeugung niemandem mehr als Ihnen, weil aufgeklärte Patientinnen und Patienten die besseren Patientinnen und Patienten sind.

Ich bin dankbar, dass wir gemeinsam mit vielen aus Ihren Reihen, aus den Reihen der deutschen Ärzteschaft – beispielsweise im „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ – in den letzten Jahren kontinuierliche Verbesserungen erreicht haben. Ich nenne folgende Stichworte: anonyme Fehlermeldesysteme, die bundesweite Statistik der Gutachter- und Schlichtungsstellen, das Fortbildungsangebot zum Fehler- und Risikomanagement, die Versorgungsforschung auf dem Gebiet der Patientensicherheit und die kritische Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Obduktionspraxis.

Lassen Sie uns dort weiterarbeiten. Die Menschen werden es uns danken.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, es gibt natürlich bei der Vielzahl der Patientinnen und Patienten Gruppen, die nicht allein in dem Sinne ihre Rechte vertreten können. Dazu gehören auch Menschen mit Behinderung. Ich bin Ihnen ausdrücklich im Namen der Bundesgesundheitsministerin sehr dankbar, dass Sie dieses Thema prominent auf die Tagesordnung gesetzt haben. In Ihrem Dokument zum Deutschen Ärztetag schreiben Sie: „Jeder Mensch in Deutschland – ob mit oder ohne Behinderung – hat Anspruch auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung.“ Ja, wir sollten uns gemeinsam auf diesen Satz verständigen, weil er das Credo des Versorgungssystems in unserem Land ist. Behinderte Menschen brauchen Angebote, die ihre besondere Situation berücksichtigen und ihnen so viel Teilhabe und Selbstständigkeit wie nur

eben möglich eröffnen. Das war unter anderem der Hintergrund, dass im sogenannten WSG die häusliche Krankenpflege, die neuen Wohnformen, die neuen Wohngemeinschaften ausgeweitet wurden, um auch dafür die entsprechende Versorgung sicherzustellen.

Der Leistungsanspruch auf ambulante und mobile Rehabilitation findet eine seiner Begründungen genau in diesem Feld.

Wir wissen, dass es natürlich noch einer ganzen Reihe von weiteren Instrumenten bedarf, aber es gilt, dass in der hausärztlichen wie in der fachärztlichen Versorgung entsprechende Instrumente ebenso zur Verfügung stehen wie im Fallpauschalensystem, das wir in unseren Krankenhäusern anwenden. Hier werden Mehrkosten entsprechend berücksichtigt oder es werden über die Zusatzentgelte für die Versorgung von Schwerstbehinderten krankenhausindividuell Mehrkosten berücksichtigt.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich würde mich freuen, wenn Ihre praktischen alltäglichen Erfahrungen in die Weiterentwicklung des Systems eingehen würden. Akut diskutieren der Deutsche Bundestag und der Gesundheitsausschuss darüber, ob es nicht Möglichkeiten gibt, behinderten Menschen beim Krankenhausaufenthalt die gewohnte Assistenz weiterhin zur Verfügung zu stellen, was auch bedeuten würde, dass man diejenigen, die die Pflege und die ärztliche Behandlung im Krankenhaus durchführen, entlasten könnte.

Noch eine letzte Bemerkung, meine sehr geehrten Damen und Herren, zu diesem Themenkreis. Ich bin froh, dass der Bundestag in der Debatte um die sogenannte Spätabtreibung eine Lösung gefunden hat, bei der Behindertenverbände und Ärzteschaft zustimmen können. Das ist zumindest mein Eindruck. Der angenommene Gesetzentwurf sieht eine bessere psychosoziale Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen vor sowie eine dreitägige Bedenkzeit, bevor die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch fällt. Das ist ein guter Ansatz, um den betroffenen Frauen in einer unheimlich schwierigen und belastenden Situation die größtmögliche Unterstützung zu geben. Ganz erfolgreich wären wir, wenn wir alle gemeinsam ein behindertenfreundliches Land aufbauen würden, sodass die Entscheidung vielleicht gar nicht zu fällen ist.

(Beifall)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich komme zum Schluss und damit zurück zum Tagungsort. Von Mainz ging im 14. Jahrhundert eine Revolution aus, deren Bedeutung und Reichweite erst viel später offenbar wurde. Die Erfindung des Drucks mit beweglichen Lettern durch Johannes Gutenberg war die Voraussetzung für umwälzende politische, soziale und kulturelle Veränderungen durch Bildung und Wissen der nachfolgenden Jahrhunderte.

Inzwischen wissen wir alle: Im Gesundheitswesen gibt es keine Revolutionen, noch nicht einmal eine Jahrhundertreform. Aber es gibt die Notwendigkeit, das System kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ich bin ganz sicher, dass durch die Reformfreudigkeit der Mainzer der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr inspiriert

wird, dazu weitere gute Gedanken beizutragen. Ich bin gespannt auf die Ergebnisse. Ich wünsche Ihnen gute Beratungen und bedanke mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Sehr verehrte Frau Staatsministerin Dreyer! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete des Deutschen Bundestages – auch Herr Dr. Koschorrek, der unter uns ist, soll erwähnt werden –! Sehr geehrter Herr Europaabgeordneter! Meine Damen und Herren Abgeordneten aus den Ländern! Herr Staatssekretär Dr. Schröder! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst vielen Dank, Frieder Hessenauer, für deine Begrüßung hier und den Einblick in die Mainzer Geschichte, der äußerst bildend war und den wir so schnell nicht vergessen werden. Für mich besonders interessant war die Interpretation der Zahl 11 in der Mainzer Fassenacht.

Wenn ich mit dieser Interpretation ein bisschen rheinabwärts ankomme, werden die mich wahrscheinlich aufzuklären versuchen oder mich vielleicht sogar therapeutisch zu beeinflussen versuchen, dass ich auf solche Ideen lieber verzichten soll.

(Heiterkeit)

Aber diese Interpretation ist so eindringlich und so logisch, dass ich sie sogar glaube.

(Heiterkeit)

Man muss sich einmal überlegen: Aus dieser Zeit ist ja nicht nur die Zahl 11 übrig geblieben, sondern auch die Kostüme. Die Kostüme der Funken in Köln und anderswo stammen alle aus der napoleonischen Zeit, von den Truppen, die damals hier im Lande waren.

Frau Ministerin Dreyer, ich möchte Sie sehr herzlich bitten, Herrn Ministerpräsident Kurt Beck noch einmal unseren Dank dafür auszusprechen, dass er trotz seiner wirklich schwierigen Situation zu uns gekommen ist. Er hatte ja ursprünglich abgesagt, dann hat er doch zugesagt. Darüber freuen wir uns ganz besonders, auch darüber, dass er so hohen Wert darauf gelegt hat, dass die Vertrauensbeziehungen zwischen den Patienten und der Ärzteschaft eine große Rolle spielen. Wir haben als Vorstand der Bundesärztekammer bereits ein Gespräch mit ihm gehabt. Wir wissen, dass er sehr gesprächsbereit ist und sehr gut zuhören kann.

Wenn ihm das Wort „Rationierung“ als furchtbar vorkommt: Das geht uns auch so.

(Beifall)

Aber wenn es sie gibt – darauf komme ich gleich zurück –, dann muss man dieses Wort auch gebrauchen. Deswegen müssen wir, glaube ich, noch viel diskutieren; das werden wir auch tun.

Herr Staatssekretär, vielen Dank dafür, dass Sie heute gekommen sind. Die Ministerin hat mich vorige Woche angerufen und mir ausführlich erklärt, warum sie doch bevorzugen muss, in Genf zu sein, weil sie gern mit den anderen Ministerinnen und Ministern aus den Ländern, die sie dort trifft, als Ministerin dort sein will. Sie hat gesagt, das ist einfach auch eine Demonstration, welche Bedeutung die Bundesrepublik Deutschland diesem Thema beimisst. Dafür müssen wir natürlich Verständnis haben.

Wenn Sie eben vom KV-System und seiner Bedeutung gesprochen haben, darf ich vielleicht erwähnen: Es hat am besten funktioniert, als es nur die Kollektivverträge gab, die zwischen dem KV-System und den Krankenkassen abgeschlossen wurden. Da gab es keine Probleme.

(Beifall)

Die heutige Koexistenz von Selektiv- und Kollektivverträgen bedeutet ja, dass das Aschenputtelprinzip gilt und die Kassenärztlichen Vereinigungen das aufputzen müssen, was übrig bleibt, wenn Selektivverträge nicht vorkommen. Wir empfinden das nicht so, dass das Ergänzungen sind, sondern das ist das Primäre. Das wird sich durchsetzen und die KV ist überall dort noch gefragt, wo Reste übrig geblieben sind. Diese Funktion wird sie, wie ich glaube, auf Dauer nicht am Leben erhalten können, auch nicht mit der Bedeutung am Leben erhalten können, wie sie sie in der Vergangenheit hatte. Da würde ich doch überlegen, ob man das nicht noch einmal hinterfragt, ob diese Entwicklung nicht doch eher schädlich ist.

(Beifall)

Der Deutsche Ärztetag beschäftigt sich fast nicht mit Honorierung, höchstens dann, wenn es um die Amtliche Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte geht. Da haben wir ja mehrere Gespräche geführt und sind eigentlich vom Grundsatz her in Übereinstimmung. Insofern ist das, glaube ich, kein Thema, das uns entzweit. Die Frage ist nur, wie es dann irgendwann aussehen wird. Ansonsten sind für die Honorare die Kassenärztlichen Vereinigungen und – für die angestellten Ärztinnen und Ärzte – der Marburger Bund zuständig. Da mischen wir uns mit Absicht nicht hinein.

Ich darf an dieser Stelle offiziell sagen, dass wir uns über das Abstimmungsergebnis im Deutschen Bundestag zum Schwangerschaftskonfliktgesetz und der Änderung dieses Gesetzes freuen. Das haben wir lange gewünscht. Die Verhandlungen haben fünf Jahre gedauert. Sie sind zu einem guten Ergebnis geführt worden. Wir sind dankbar dafür, dass der Deutsche Bundestag so abgestimmt hat.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, manchmal schmerzt die Wahrheit, aber manchmal muss man auch den Mut haben, sie trotzdem auszusprechen. Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht infrage zu stellen.

Aber, meine Damen und Herren, wenn wir nicht mehr die ausreichenden Mittel für die Versorgung der Patienten bekommen, wenn also der jetzige Mangel von der Politik zementiert wird, dann müssen wir einfach offen und ehrlich reden und zu gerechten Verteilungsmechanismen kommen.

Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – um das noch einmal ganz klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und in den Kliniken verantwortlich gemacht werden.

(Beifall)

Und deshalb habe ich das Thema jetzt ganz bewusst angesprochen. Ich will eine Diskussion provozieren, in der die Politik Farbe bekennen muss. Und ich will eine Diskussion in der gesamten Gesellschaft anstoßen, wie viel diese bereit ist, für Gesundheit auszugeben. Danach ist sie noch nie gefragt worden. Das ist ein wichtiger Punkt.

(Beifall)

Der eine oder andere mag sich noch an Minister Dr. Norbert Blüm erinnern, den quirligen Sozialminister unter Bundeskanzler Dr. Helmut Kohl, der vor über 20 Jahren im ganzen Land plakatieren ließ: „Die Rente ist sicher.“ Er hat es in Rüsselsheimer Sprache ausgedrückt; die klingt so ähnlich wie die Mainzer. Die Experten wussten schon damals, dass das ein unhaltbares Versprechen ist.

Aber die Öffentlichkeit ist lange genug so informiert und damit auch geblendet worden. Und wer sich heute wie damals Dr. Blüm hinstellt und behauptet, die umfassende Gesundheitsversorgung sei sicher, der sagt schlicht und einfach nicht die Wahrheit.

(Beifall)

Damit will ich nicht sagen, dass er lügt; das ist etwas anderes.

Mit den Mitteln, die uns heute zur Verfügung stehen, werden wir den medizinischen Fortschritt zukünftig nicht mehr in den Praxen und Kliniken abbilden können – erst recht nicht in einer Gesellschaft des langen Lebens.

Darüber müssen wir jetzt reden und nicht erst in 20 Jahren. Das ist es, was ich fordere, wenn ich von Priorisierung rede: den Mut, unbequeme Wahrheiten offen zu diskutieren.

Und das ist es, was ich auch von der Politik erwarte: Sagen Sie unseren lieben Mitbürgerinnen und Mitbürgern die Wahrheit, übernehmen Sie endlich Verantwortung und lassen Sie uns Ärztinnen und Ärzte, die ja mit dem Thema tagtäglich konfrontiert werden, nicht im Regen stehen!

(Beifall)

Der richtige Umgang mit der Mittelknappheit wird zweifellos eine der wichtigsten Herausforderungen für unser Gesundheitswesen in den nächsten Jahren sein.

Wenn die Mangelverwaltung zum Dauerzustand wird, müssen wir uns mit der Priorisierung auseinandersetzen, auch wenn wir wissen, dass der Diskussionsprozess bis zur wirklichen gesellschaftlich akzeptierten Erkenntnis oftmals ein sehr schmerzhafter ist. Denn die Prozeduren und Reflexe bei der Behandlung eines solchen schwerwiegenden Problems sind ja immer die gleichen:

Zunächst gibt es ein sogenanntes gefühltes Problem. Bei unklarer Analyse nimmt man zumindest schon mal die Symptome zur Kenntnis. Das ist für mich das erste Talkshow-Stadium – und das haben wir schon hinter uns.

(Vereinzelt Beifall)

Dann wird das Problem von der wissenschaftlichen Community aufgegriffen. Ich habe hier ein Heft, das unlängst erschienen ist und hervorragend zusammenfasst, was in den letzten Monaten und auch schon Jahren an Ideen entwickelt worden ist, um mit der Mittelknappheit fertig zu werden. Das Thema der Priorisierung spielt dabei eine besondere Rolle. Das ganze Heft beschäftigt sich nur mit diesem Thema. Das ist höchst lesenswert. Wir fangen also nicht bei null an, sondern wir haben bereits erhebliche Vorlagen.

Das Problem wird, wie gesagt, von der wissenschaftlichen Community aufgegriffen. Es werden allfällige, durchaus auch interessengesteuerte Kongresse veranstaltet, wie das auch nach dem Ulmer Ärztetag der Fall war. Ich bin zu vielen Kongressen eingeladen worden, um zu dem Thema der Rationierung Stellung zu nehmen. Es werden dann in der Regel erste Therapievorschläge entwickelt. Spätestens dann beginnt das zweite Talkshow-Stadium, die Phase der öffentlichen Empörung und der politischen Reflexe. In diesem Stadium befinden wir uns derzeit.

Meine Absicht war es, dieses zweite Stadium in Sachen Priorisierung schon vor Beginn dieses 112. Deutschen Ärztetages zu erreichen. Ich denke, dieses Ziel kann man als erreicht ansehen.

(Beifall)

Erst nach diesem zweiten Stadium setzt eine mehr oder weniger offene Diskussion über die Problembewältigung ein. Dann kommt es zu wissenschaftlicher Arbeit, zu fundierter Analyse und zu möglichen Optionen. Und dann erst, ganz am Ende des Prozesses, gibt es manchmal die Bereitschaft der Politik, dieses Thema aufzugreifen und Therapieoptionen in Augenschein zu nehmen und möglicherweise sogar zu realisieren.

Sie sehen, meine Damen und Herren: Wir haben einen langen Weg vor uns, aber ein erster Schritt ist getan!

Aber was versteht man nun genau unter Priorisierung und was würde sie für das Gesundheitswesen in Deutschland bedeuten?

Im Prinzip bedeutet Priorisierung, dass ärztliches Handeln in Diagnostik und Therapie im Rahmen der zur Verfügung stehenden Leistungsmöglichkeiten eine

Auswahl trifft, welche Therapiemöglichkeiten für welche Patientinnen und Patienten in Zukunft zur Verfügung stehen und worauf unter Umständen verzichtet werden muss. Eine Teilmenge bewältigt ja auch der Gemeinsame Bundesausschuss.

Unter Priorisierung versteht man die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen in einer Rangfolge angeordnet werden.

Am Ende dieser Rangreihe finden sich dann solche Verfahren wieder, die keine messbar nachweisbare Wirkung mehr haben. Die Rangfolge kann innerhalb eines bestimmten Versorgungsbereichs, etwa im Hinblick auf die Versorgung von Herzerkrankungen, erfolgen. Diese Form wird als vertikale Priorisierung bezeichnet. Werden verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Kontext gestellt, spricht man von horizontaler Priorisierung.

Diese differenzierte Betrachtung, meine Damen und Herren, muss man kennen, wenn man über Priorisierung spricht. Sonst redet man zu schnell nicht von Priorisierung, sondern man betreibt Polemisierung. Das habe ich diese Woche erlebt.

Wie Priorisierung aussehen kann, zeigt das schwedische Beispiel. Dort hat der Reichstag nach 15 Jahren Diskussion vier Priorisierungsgruppen verabschiedet, nämlich

1. die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten und solcher, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität führen, sowie die palliativmedizinische Versorgung

2. Prävention und Rehabilitation

3. die Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen

4. die Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden.

Wichtig scheint mir dabei auch der Hinweis, dass sich die Schweden für Priorisierung entschieden haben, obwohl sie ungefähr 9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsversorgung ausgeben.

Meine Damen und Herren, wir hier in Deutschland geben nur etwa 6, vielleicht 6,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die gesetzliche Krankenversicherung aus. Das ist ein Vergleichsmaßstab, der mehr stimmt als die 11 Prozent, wobei viele Leistungen inkludiert sind, die es in anderen Ländern gar nicht gibt. Die 6 Prozent für 92 Prozent der Bevölkerung – 70 Millionen Menschen – müssen in Vergleich gesetzt werden mit den 8, 9, 9,5 Prozent, die in den skandinavischen Ländern, in Großbritannien oder den Niederlanden ausgegeben werden. Wir müssen mit weniger auskommen und sollen dasselbe leisten. Das ist der Punkt.

(Beifall)

Wir sollen also das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik mit diesem Geld tagtäglich erfüllen – und das geht nicht mehr.

(Beifall)

Diesen zerstörerischen Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit halten wir in der täglichen Praxis nicht länger aus – und mittlerweile sind die Laune und die Stimmung auch so: Wir wollen ihn nicht mehr aushalten!

(Beifall)

Priorisierung kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Deshalb fordern wir die Errichtung eines Gesundheitsrats – dann können andere Räte weitgehend verschwinden –, in dem Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit Ethikern, Juristen, Gesundheitsökonomen, Philosophen, Theologen, Sozialwissenschaftlern und vor allem auch Patientenvertretern Empfehlungen für die Politik entwickeln, wie es zu einer gerechteren Verteilung der knappen Mittel kommen kann.

Wir können helfen, vernünftige Entscheidungen vorzubereiten, die Letztverantwortung liegt aber nun einmal bei der Politik. Das heißt nicht, dass wir Ärztinnen und Ärzte Verantwortung abgeben; wir haben ja die Verantwortung für jeden einzelnen konkreten Behandlungsfall. Und deshalb ist es genauso unabdingbar, dass für die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt im begründeten Einzelfall eine abweichende Therapiemaßnahme nach wie vor möglich bleiben muss.

Es liegt in der Natur des Arztberufs als freier Beruf, dass er seine Patienten bestmöglich behandeln möchte. Darauf vertrauen die Patienten und diesem Vertrauen wollen Ärztinnen und Ärzte gerecht werden. *Das* ist unser berufliches Ethos, *das* ist unsere Selbstverpflichtung als freier Beruf, so wie es Professor Bialas eben gesagt hat.

Deshalb auch legen wir großen Wert darauf, dass die professionelle Autonomie, diese Weisungsunabhängigkeit in medizinisch-fachlichen Fragen erhalten bleibt. Die Freiberuflichkeit des Arztes – das muss ich noch einmal ganz deutlich sagen – ist nicht gebunden an die Form des Arbeitsverhältnisses. Sie besteht an sich.

(Beifall)

Und deshalb wenden wir uns auch vehement gegen jeglichen Ansatz, Ärztinnen und Ärzte als Dienstleister in einem industrialisierten Medizinbetrieb zu definieren.

(Beifall)

Diese persönliche Verantwortlichkeit von Ärztinnen und Ärzten ist untrennbar mit der persönlichen Leistungserbringung verbunden. Freiheit und Verantwortung, meine Damen und Herren, sind das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt und damit auch zwischen Gesellschaft und Ärzteschaft.

Meine Damen und Herren, die Freiheit der Berufsausübung ist natürlich nicht grenzenlos. Es gibt klare Regeln, die wir uns gemeinsam gegeben haben, und es gibt Grundsätze ärztlichen Handelns, die keiner weiteren Festlegung bedürfen, weil sie seit Hippokrates zum Ethos des Berufs gehören.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind dem Leben verpflichtet, wir wollen Krankheiten heilen, Schmerzen lindern und den Menschen in ihrer ganz individuellen, in ihrer persönlichen Not beistehen, so gut es geht. Zum Leben gehört aber auch das Sterben. Unsere Aufgabe ist es, dann nicht nur Trost zu spenden, sondern mit den Mitteln der modernen Palliativmedizin die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen bis zuletzt zu erhalten.

Deshalb auch wenden wir uns mit aller Deutlichkeit gegen Überlegungen, die ärztliche Hilfe zum Sterben salonfähig zu machen.

(Beifall)

Da spielt es auch keine Rolle, ob die Möglichkeit eines assistierten Suizids nach geltendem Recht straffrei bleibt, denn jeder Suizidversuch, jeder Wunsch nach einem Suizid ist immer auch ein Hilfeschrei.

Nur extrem selten ist doch der Suizid eines Menschen wirklich frei verantwortlich. Weit mehr als 90 Prozent aller Suizide sind durch Depressionen verursacht, bedingt durch schwere Erkrankungen mit hohem Leidensdruck und oft auch mit wirtschaftlichen Belastungen und mit sozialer Einsamkeit, also auch mit Missverstandenheit. Diese Menschen brauchen ärztlich-psychotherapeutische Hilfe und sie brauchen menschliche Nähe.

Da wirkt der 66. Deutsche Juristentag mit seiner Positionierung, ich möchte mal sagen, sehr distanziert, wenn er fordert, dass die Mitwirkung eines Arztes an einem Suizid eines unheilbar Kranken eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern sogar als ethisch vertretbare Form der Sterbebegleitung zu tolerieren sei.

Meine Damen und Herren, dieser Weg zerstört nicht nur unser Arztbild als Heiler, Helfer und Tröster – dieser Weg muss das Vertrauen der Patientinnen und Patienten und der Bevölkerung in die Ärzteschaft zerstören.

(Beifall)

Wir aber wollen eine gänzlich andere Richtung, wir wollen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender verbessert wissen. Und dazu brauchen wir mehr Palliativmedizin und endlich eine ausreichende Zahl von ambulanten und stationären Palliativdiensten. Dass sich die Bundesregierung und der Deutsche Bundestag da bereits angestrengt haben, erkennen wir hoch an. Hier ist weiterer Handlungsbedarf und nicht etwa in einer zweifelhaften Interpretation des Strafgesetzbuchs.

Wir Ärztinnen und Ärzte wollen keine Sterbegehilfen sein, auch wenn uns so mancher Rechtsgelehrter diese Rolle gerne zuschreiben möchte. Es widerspricht zutiefst Geist und Inhalt unseres ärztlichen Auftrags. Um es klar und

deutlich zu sagen: Assistierter Suizid ist keine ärztliche Aufgabe und darf es auch niemals werden, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Wir wollen heilen und helfen. Und deshalb setzen wir uns für unsere Patienten ein, auch und gerade für diejenigen, die dauerhaft oder über einen langen Zeitraum auf ärztliche Hilfe angewiesen sind und besonders unter der verdeckten Rationierung zu leiden haben. Das sind Menschen, die häufig alleingelassen sind, die sich nicht wehren können, die auch stigmatisiert werden, wie beispielsweise psychisch Kranke. Gerade deshalb müssen wir uns um diese Menschen kümmern und sie unterstützen. Doch mit der jetzigen Unterfinanzierung und dem damit einhergehenden Bettenabbau in der stationären Psychiatrie hat sich ihre Situation erheblich verschlechtert. Ähnlich verhält es sich bei der Betreuung Demenzkranker. Die derzeitige Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen ermöglicht nur ein, wie man so furchtbar sagt, „satt, still, sauber“. Von dem Ziel, Demenzkranken möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, sind wir zu weit entfernt.

Auch in den Pflegeheimen ist die medizinische Versorgung nicht mehr ausreichend gewährleistet. Der Rettungsdienst wird abgebaut, die Arzneimittelversorgung qualitativ herabgestuft.

Die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung wird ebenfalls weiter zurückgefahren. Die Zahl der Krankenhäuser wird um mindestens 20 Prozent abnehmen – so die Prognosen –, und das bei einer Gesellschaft mit zunehmender Immobilität. Selbst bei den noch verbleibenden Krankenhäusern wird dann auch noch die Zahl der Intensivbetten gekürzt. Wir haben eine zunehmende Leistungsverdichtung, aber die absolute Zahl der Arzt- und Pflegestunden nimmt kontinuierlich ab. In der Pflege gingen in den vergangenen zehn Jahren etwa 50 000 Stellen verloren. Diesen Aderlass wird man auch mit dem aktuellen Pflegeförderprogramm nicht kompensieren können.

Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts haben inzwischen zwei Drittel der Kliniken erhebliche Probleme, Stellen zu besetzen. Bundesweit gibt es schon jetzt über 4 000 vakante Arztstellen in den Krankenhäusern.

Das sind nur einige Beispiele heimlicher Rationierung in Deutschland. Viele von Ihnen hier im Saal werden – da bin ich ganz sicher – aus eigener Erfahrung weitere Beispiele hinzufügen können.

Mangelversorgung ist in Deutschland leider Realität. Nun müssen wir es endlich schaffen, dass sich Politik und Gesellschaft mit diesem Thema auch ernsthaft auseinandersetzen.

Die Patientinnen und Patienten, die unter Rationierung leiden, haben es einfach verdient, dass wir sie wieder in die Mitte der Gesellschaft nehmen.

Hier und heute möchte ich die Situation einer Patientengruppe hervorheben, von deren Schicksal die Öffentlichkeit nur selten Kenntnis nimmt. Ich meine die Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung. Ich freue mich über das, was Sie gesagt haben, Herr Staatssekretär.

In Deutschland lebt rund eine halbe Million Menschen mit geistiger oder mehrfach körperlicher Behinderung. Diese Menschen haben aufgrund von Begleiterkrankungen einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung. Unser Gesundheitssystem aber ist weder strukturell noch organisatorisch auf die Versorgung dieser Menschen eingerichtet. Für den behinderungsbedingten Mehrbedarf gibt es einfach keine ausreichenden finanziellen Mittel.

Zwar gibt es für behinderte Kinder und Jugendliche vielerorts spezialisierte Angebote – auch dank Professor Hellbrügge –, aber wenn diese Patientinnen und Patienten das Erwachsenenalter erreichen, bricht die Versorgung ab. Dann gibt es nur noch wenige spezialisierte Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Aber selbst da fehlen häufig die finanziellen Mittel, um die Kosten zu decken. Viele dieser erwachsenen Menschen mit Behinderungen sind oft auch auf Sozialhilfeleistungen angewiesen, die es ihnen kaum erlauben, sich in einem größeren Umfang auf eigene Kosten notwendige gesundheitliche Leistungen zu beschaffen, darüber hinausgehende Wünsche gar nicht erwähnt.

Meine Damen und Herren, jeder Mensch, ob mit oder ohne Behinderung, hat – auch ich zitiere diesen Satz – Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung. Und deshalb müssen die Versorgungsstrukturen dem besonderen Bedarf von Menschen mit Behinderung angepasst und nicht etwa abgesenkt werden wie jüngst bei der Vergütung von Narkosen in der zahnärztlichen Behandlung. Viele der Menschen mit Behinderungen aber können ohne Narkose nicht behandelt werden. Die gesundheitlichen Folgen dieser Nichtbehandlung reichen von Kieferknochenerkrankungen bis hin zu Einschränkungen des Immunsystems.

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, passiert, wenn nicht die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen, sondern der primäre Akzent auf die Finanzierbarkeit von Leistungen gelegt wird.

(Beifall)

Mit diesem Problem der Unterversorgung müssen wir die Politik konfrontieren, und zwar alle politischen Parteien. Was allerdings keinen Sinn macht, was geradezu kontraproduktiv für unser gemeinsames Anliegen ist, das sind Aktionen zur Politisierung des Wartezimmers gegen eine bestimmte Partei.

(Beifall)

Das stößt bei den Patientinnen und Patienten ebenso auf Unverständnis wie die sogenannte Vorkasse, die einige Ärzte erhoben haben. Das sind völlig deplatzierte Aktionen übermotivierter Kolleginnen und Kollegen, die zu einem erheblichen Vertrauensverlust führen können.

(Beifall)

Diese Aktionen sind aber auch ein Symptom für die Stimmung in der Ärzteschaft insgesamt. Nie zuvor war der Unmut über Gesundheitspolitik, nie zuvor die Demotivation unter den Ärztinnen und Ärzten so groß wie heute. Und deshalb dürfen und müssen wir die Patientinnen und Patienten sorgfältig darüber

aufklären, was mit dem zur Verfügung gestellten Geld noch geht und auf welche Behandlungsoptionen sie aus Kostengründen verzichten müssen.

Wir sind in den letzten Wochen und Monaten als Abzocker diffamiert und durch die öffentliche Arena getrieben worden. Man hat die Öffentlichkeit glauben machen wollen, die Honorarsteigerungen seien Boni für Ärzte und nicht eine Nachzahlung für in den letzten zehn Jahren unentgeltlich geleistete Arbeit, wo es so was nicht gegeben hat.

(Beifall)

Kein Wort auch dazu, dass die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung heute nur noch 15 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung betragen und nicht mehr 22 Prozent wie noch vor etwa 20 Jahren.

(Beifall)

Man dreht uns also den Hahn zu und macht uns für die Trockenheit verantwortlich.

(Beifall)

Aber das, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, geht nicht – erst recht nicht in Zeiten des Wahlkampfs. Seit Lahnstein 1992 haben wir in der Gesundheitspolitik de facto eine Große Koalition gehabt, die bis heute trägt. Es hat angefangen mit sektoraler Budgetierung, es ist weitergegangen mit verdeckter Rationierung bis hin zur versorgungstechnischen Administrierung – um es klar zu sagen: Wir sind auf dem Weg in die Staatsmedizin, die zelebriert wird durch Rechtsverordnungen. Ich glaube, das müssen wir immer wiederholen.

(Beifall)

Und deshalb fordern wir in all diesen Fragen einen grundlegenden Politikwechsel. Wir wollen keine zentralstaatliche Einheitsversicherung, sondern ein freiheitliches Gesundheitswesen.

(Beifall)

Wir wollen eine starke, bürgernahe Selbstverwaltung und keine wöchentlichen Direktiven aus dem Bundesgesundheitsministerium.

(Beifall)

Wir wollen freiberufliche Ärztinnen und Ärzte sein, die nur ihrem Gewissen und ihren Patientinnen und Patienten verpflichtet sind, und nicht als Allokationsjongleure in einem Rationierungssystem herumturnen.

(Beifall)

Dazu, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, fordern wir klare Aussagen der Parteien. Wir wollen endlich verbindliche Rahmenbedingungen für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens. Denn wir wollen irgendwann wieder einmal ehrlichen Herzens sagen können: Die Versorgung ist sicher.

Vielen Dank.

(Langanhaltender lebhafter Beifall – Die Anwesenden erheben sich)

– Danke sehr. Ich hatte mit Problemen gerechnet wegen der Priorisierung.

Ich bin gerade darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich hier noch ankündigen muss, dass der 112. Deutsche Ärztetag eröffnet ist.

(Heiterkeit)

Wir werden jetzt mit Unterstützung durch das Luftwaffenmusikkorps die Nationalhymne der Bundesrepublik Deutschland singen.

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Nachgang zur Eröffnungsveranstaltung des 112. Deutschen Ärztetages lädt Sie die Landesärztekammer sehr herzlich zu einem typisch Mainzer Empfang im Vorraum ein. Ich wünsche Ihnen viel Freude.

(F. Spohr: Gruß an Kiel)

Arbeitstagungen des Plenums
1. Tag: Dienstag, 19. Mai 2009
Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Meine liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir beginnen mit unseren Verhandlungen. Je früher wir anfangen, desto früher sind wir vielleicht auch fertig. Ich begrüße Sie alle, auch unsere Gäste, sehr herzlich hier in diesem Saal. Ich freue mich, dass wir in so großer Zahl in diesem schönen Raum mit einer guten Akustik unseren Ärztetag durchführen können.

Ich begrüße ganz besonders herzlich den Ehrenpräsidenten des diesjährigen 112. Deutschen Ärztetages, Herrn Sanitätsrat Dr. Hans Engelhard.

(Beifall)

Wie Frieder Hessenauer schon erwähnte, ist er nach dem Ärztetag des Jahres 2001 in Ludwigshafen zum zweiten Mal Ehrenpräsident. Darüber freuen wir uns ganz besonders. Wir gratulieren ihm auch zur Verleihung der Hans-Engelhard-Medaille der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz; einer Medaille, die nach ihm benannt ist und die ihm als Erstem zuteil geworden ist. Wir haben es hier also mit einer doppelten Auszeichnung zu tun. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Dann begrüße ich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar. Herzlich willkommen, lieber Karsten!

(Beifall)

Weiterhin begrüße ich den Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Dr. Ulrich Oesingmann. Herzlich willkommen, lieber Uli!

(Beifall)

Dann haben wir schon jetzt eine große Zahl von Ehrengästen aus anderen Ländern unter uns. Ich darf sie einzeln herzlich willkommen heißen, und zwar als Ersten Herrn Dr. Alan Rowe, Mitglied der British Medical Association, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Herzlich willkommen, Herr Alan Rowe!

(Beifall)

Er ist nicht nur ein guter Arzt und ein guter Politiker, er ist auch ein guter Organist.

Ich begrüße Herrn Dr. Francisc Jeszenszky, Leiter des Zentrums für Public Health in Rumänien, ebenfalls Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Frau Dr. Waltraud Diekhaus, Vizepräsidentin für Zentraleuropa des Weltärztinnenbundes.

(Beifall)

Ich begrüße den Ersten Vizepräsidenten der Österreichischen Ärztekammer, Herrn Dr. Artur Wechselberger. Herzlich willkommen, Herr Kollege Wechselberger!

(Beifall)

Von der bulgarischen Ärzteorganisation ist zu uns gekommen Frau Dr. Lilyana Havezova. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wie bereits heute Morgen erwähnt, ist der Präsident der brasilianischen Ärzteorganisation und Mitglied des Vorstands des Weltärztebunds, Herr Dr. José Luiz Gomes do Amaral, zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls aus Brasilien ist unter uns der Vizepräsident für die Südregion der brasilianischen Ärzteorganisation, Herr Dr. Murillo Ronald Capella. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Auch aus Rumänien zu uns gekommen ist der Vizepräsident der rumänischen Ärzteorganisation, Herr Dr. Gheorge Borcean. Herzlich willkommen, Herr Borcean!

(Beifall)

Unter uns ist das Vorstandsmitglied der französischen Ärzteorganisation, Herr Dr. Gérard Lagarde. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls für die französische Ärzteorganisation ist unter uns Frau Olivia Uguen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Vizepräsident der kroatischen Ärzteorganisation, Herr Dr. Drazen Borčič. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Von der slowakischen Ärztekammer ist unter uns Herr Dr. Erich Mikurćik. Herzlich willkommen, Herr Kollege!

(Beifall)

Aus Ungarn ist anwesend der Vizepräsident des Verbands der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften (MOTESZ), Herr Professor Péter Sótonyi. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus derselben Organisation ist der Hauptgeschäftsführer Dr. Béla Szalma unter uns. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist der Präsident der mazedonischen Ärzteorganisation, Herr Professor Dr. Vladimir Borozanov. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist ebenfalls der Vizepräsident der mazedonischen Ärzteorganisation, Herr Dr. Stoje Stojmanovski. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus der Republik Srpska ist Herr Dr. Dejan Bokonjic unter uns. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist Frau Dr. Senija Kuralic, Präsidentin des Aufsichtsrats des Kantons Tuzla in Bosnien-Herzegowina. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist Herr Dr. Nedima Kapidžić-Bašić, Vorsitzender der Versammlung der Ärztekammer des Kantons Tuzla in Bosnien-Herzegowina. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Herr Dr. Zlatko Berberović, Vorstandsmitglied der Ärztekammer des Kantons Tuzla in Bosnien-Herzegowina. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer des Kantons Sarajevo in Bosnien-Herzegowina, Herr Dr. Fahrudin Kulenović. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist der Präsident der Ärztekammer des Kantons Sarajevo in Bosnien-Herzegowina, Herr Dr. Ismet Cerić. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Von der serbischen Ärztekammer begrüßen wir unter uns Frau Dr. Nada Radan Milovančev. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist die Hauptgeschäftsführerin der serbischen Ärzteorganisation, Frau Suzana Guberina Comic. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls aus der serbischen Ärztekammer ist zu uns gekommen Herr Nikola Mitrovic. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Frau Dr. Swetlana Kozlowa von der weißrussischen Ärzteorganisation. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls von der weißrussischen Ärzteorganisation ist Herr Dr. Andrei Khatenka zu uns gekommen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Bei uns ist der Präsident der ukrainischen Ärztekammer, Herr Dr. Oleg Musii. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Dann darf ich begrüßen Herrn Dr. David-Anatol Resnikov, Vorstandsmitglied der Euro-Asiatischen Medizinischen Gesellschaft. Er lebt aber in Deutschland und ist derjenige, der dafür sorgt, dass die Verbindungen zwischen Russland und Deutschland nicht abreißen, auch wenn es manchmal schwierig ist. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße weiterhin den Präsidenten des Zentrums für Mediation und Recht in Russland, Herrn Teimuraz Sariashvili. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus der Russischen Föderation ist unter uns Frau Zisana Samlikaschwili. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist der Generalsekretär der russischen Ärzteorganisation und ebenfalls Mitglied des Vorstands des Weltärztebunds, Herr Dr. Leonid Mikhaylov. Herzlich willkommen, Herr Dr. Mikhaylov!

(Beifall)

Zu uns gekommen ist Herr Dr. Yury Lobzin, Mitglied des Rats der russischen Ärzteorganisation. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Herr Dr. Alexander Konovalov, Präsident der Russischen Akademie für Medizinische Wissenschaften. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Schließlich begrüße ich Herrn Dmitri Ryabokha, Dolmetscher der russischen Ärzteorganisation. Auch er ist herzlich willkommen! Er hilft den russischen Kolleginnen und Kollegen, das zu verstehen, was wir hier sagen.

(Beifall)

Sollten noch weitere Ehrengäste aus dem In- und Ausland erscheinen, werden wir sie im Laufe der Sitzung besonders begrüßen.

Bisher eingetroffene Grußtelegramme werden umgedruckt ausgeteilt. Wir verzichten daher auf eine gesonderte Verlesung. Mit weiteren eintreffenden Grüßen wird ebenso verfahren.

Zur Feststellung der Beschlussfähigkeit und zur Erläuterung von Regularien erteile ich nunmehr dem Herrn Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herrn Professor Fuchs, das Wort. Bitte schön, Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Einladung zum 112. Deutschen Ärztetag ist Ihnen, den Delegierten, satzungsgemäß am 26. März 2009 zugegangen. Beigefügt waren die Tagesordnung, der Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2007/2008 und der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010. Am 16. April 2009 wurde ebenfalls satzungsgemäß der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer veröffentlicht.

Ich möchte an dieser Stelle ganz herzlich dem Deutschen Ärzte-Verlag dafür danken, dass es auch in diesem Jahr wieder so zügig und gut geklappt hat.

Laut § 4 Abs. 3 unserer Satzung beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich stelle fest, dass mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Damit ist der 112. Deutsche Ärztetag beschlussfähig.

Wir haben Ihnen die Liste der Delegierten mit aktuellem Stand den Tagungsunterlagen beigefügt. Weitere organisatorische Hinweise finden Sie der Einfachheit halber in Ihrer Tagungsmappe, sodass ich das hier nicht mehr im Einzelnen vortragen muss.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle, auf einige Stände im Foyer hinzuweisen. Neben den Ausstellern, die uns jedes Jahr mit ihrem Engagement unterstützen, finden Sie im Foyer auch Stände von Organisationen, deren Arbeit wir unter-

stützen. So haben die Organisationen „Ärzte helfen Ärzten“ und „Ärzte für die Dritte Welt“ ihren Platz auf diesem Ärztetag. Besonders hinweisen möchte ich Sie auf den Stand der Zeitung „ohrenkuss“, einer Zeitung, gemacht von Menschen mit Down-Syndrom.

Am Donnerstag baut passend zum Tagesordnungspunkt IV „Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung“ die „Bundesarbeitsgemeinschaft für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V.“ ihren Informationsstand auf. In ihr haben sich Ärztinnen und Ärzte zusammengeschlossen.

Alle diese Anliegen sind uns wichtig und bedürfen nicht nur unserer Wertschätzung, sondern konkreter Hilfe, auch in materieller Hinsicht.

Ich möchte Sie besonders auf ein Spendenprogramm der Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“ hinweisen. Wir würden uns freuen, wenn die Teilnehmer dieses Ärztetages durch ihre Spende ein Projekt der Tuberkulosebekämpfung in Kalkutta fördern würden. So reichen schon 15 Euro, um einen Monat lang eine tuberkulosekranke Mutter mit zusätzlichen Lebensmitteln zu versorgen. 25 Euro ermöglichen die ambulante Heilung eines tuberkulosekranken Kindes. Mit 50 Euro kann eine Mutter gemeinsam mit ihrem Kind einen Monat eine stationäre Tuberkulosebehandlung in einem von „Ärzten für die Dritte Welt“ betriebenen Tuberkulosekrankenhaus in Kalkutta erhalten.

Helfen Sie bitte mit, dass dieser Ärztetag ein Signal der Unterstützung setzt. Ich möchte mich im Übrigen an dieser Stelle bei all jenen Ärztinnen und Ärzten bedanken, die seit Jahren ihren Urlaub opfern, um ihre wichtige Arbeit in Ländern der Dritten Welt zu leisten – übrigens ohne Bezahlung und bei hälftiger privater Übernahme der Flugkosten.

(Beifall)

Der 112. Deutsche Ärztetag behandelt insgesamt 12 Tagesordnungspunkte. Zu diesen können wie gewohnt Anträge und Wortmeldungen abgegeben werden. Die nötigen Unterlagen hierfür finden Sie in Ihrer Mappe.

Wie jedes Jahr bitte ich Sie, alle Anträge allgemeinen und speziellen Inhalts, die nicht zu einem konkreten Tagesordnungspunkt gehören, unter dem Tagesordnungspunkt VIII „Tätigkeitsbericht“ einzureichen und nicht unter Tagesordnungspunkt I, um die gesundheitspolitische Kernbotschaft dieses Tagesordnungspunkts I nicht zu „verwässern“.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Fuchs. Es sind, glaube ich, alle Botschaften angekommen. Ansonsten werden wir unterwegs vielleicht noch die eine oder andere Bemerkung machen. Ich glaube, wir sollten noch einmal eindringlich auf die Möglichkeit der Spenden hinweisen, denn da ist doch vieles im Argen, wozu wir helfen können.

Wir treten in den **Tagesordnungspunkt I** ein. Dazu gibt es den Antrag des Vorstands „Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik“. Weitere Anträge sind zumindest noch nicht bis zu mir vorgedrungen.

Die erste Wortmeldung zu diesem Thema, die abgegeben worden ist, stammt von Herrn Dr. Crusius, dem Präsidenten der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Bitte schön, Andreas Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich hoffe, die Akustik ist jetzt etwas besser. Wir verstehen hier oben in der ersten Reihe nichts. Können Sie mich unten verstehen? – Gut.

Herr Präsident, lieber Jörg, zunächst ist es mir ein Bedürfnis – ich glaube, ich spreche im Namen vieler –, dir, lieber Jörg, zu danken. Ich fand es gut, dass du die Priorisierung vor dem Ärztetag in die Öffentlichkeit geworfen hast. Ich fand es auch gut, dass du dem Staatssekretär Klaus Theo Schröder entgegnet hast, dass die Rationierung notwendig ist, dass man das Wort nennen muss und dass man nicht wie Klaus Theo Schröder oder Herr Beck dieses Wort vermeiden muss, denn wir haben Rationierung.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn wir die Rationierung haben, dann müssen wir darüber sprechen und wir müssen die Bevölkerung aufklären. Gerade in einem Wahljahr ist es in meinen Augen besonders wichtig, dass wir die Kolleginnen und Kollegen und damit die Patientinnen und Patienten über dieses Problem aufklären; denn es wird vom Staat immer vorgegaukelt: Es ist für jeden alles da. Wenn der Patient zur Krankenkasse geht, wird ihm erzählt: Selbstverständlich werden wir für Sie diese Leistungen bezahlen.

Aber es wird immer heruntergebrochen auf das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis. Das schadet dem Arzt-Patient-Verhältnis, denn der Arzt muss dem Patienten sagen: Ich kann das für Sie leider nicht mehr tun, weil mein Budget erschöpft ist bzw. weil die Arzneimittel zu teuer sind oder Ähnliches. Auf der gestrigen Vertreterversammlung der KBV haben wir erneut feststellen können, dass die KVen unabdingbar sind. Wir brauchen sie, denn die Selektivverträge wie in Bayern und Baden-Württemberg – ohne dass ich den dortigen Delegierten zu nahe treten will – folgen dem alten caesarianischen Prinzip, das Ulla Schmidt dann ausnutzt: divide et impera. Das wollen wir nicht, wir sind eine geschlossene Ärzteschaft. Wir wollen uns nicht zerteilen lassen durch die Machenschaften von hausärztlichen Vertragsgemeinschaften!

(Pfiffe – Vereinzelt Beifall)

Wir können nämlich unsere ärztlichen Interessen und damit die Patienteninteressen nur vertreten, wenn wir eine einheitliche starke Ärzteschaft sind.

(Beifall)

Deshalb fand ich es auch gut, dass unser aller Präsident sich noch einmal für die Kollektivverträge eingesetzt und sich entsprechend ins Zeug gelegt hat;

denn die Selektivverträge schließen einzelne Gruppen aus. Der Drang zum Geld ist für den einen oder anderen leider doch ein zu großer Punkt.

Letztendlich geht es uns aber um die ärztliche Selbstverwaltung, um die Versorgung der Patienten und um die einheitliche Ärzteschaft in Deutschland.

Meine Damen und Herren, die klaren Statements unseres Präsidenten am Schluss seiner Rede haben der Politik noch einmal ins Tagebuch geschrieben, was in den nächsten Wochen vor der Wahl in allen politischen Parteien jedweder Couleur zu erledigen sein wird. Wir alle sind Multiplikatoren. Wir sind 400 000 Ärzte in Deutschland, jeder hat mindestens 20 Patientenkontakte pro Tag; multiplizieren können Sie alleine, denn Sie waren alle auf Arztschule, wie ich zu sagen pflege.

Das alles sind Wählerstimmen und Wählerpotenziale. Wir dürfen uns einfach nicht auseinanderdividieren lassen. Sprechen Sie mit den Patienten, reden Sie mit ihnen über die Notwendigkeiten in der Gesundheitspolitik, aber auch über eine gewisse Selbstbeteiligung und eine Selbsterziehung der Patienten, wenn ich es einmal so ausdrücken darf. Nicht alles wird von oben vorgegeben.

Wir wissen, was es bedeutet, wenn man staatlich-dirigistisch verwaltet wird. Wir hatten das im Osten 40 Jahre lang. Wenn das wiederkommen sollte, stellen wir im Osten einen Antrag auf Ausreise aus der Bundesrepublik.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Zum Glück darf man aus der Bundesrepublik auch ohne Antrag ausreisen.

(Beifall)

Wenn man nicht wiederkommt, wird man irgendwann gestrichen, wenn es denn jemand merkt.

Vielen Dank.

Ich möchte Herrn Professor Scriba, den Vorsitzenden unseres Wissenschaftlichen Beirats, bei uns herzlich begrüßen. Herzlich willkommen, Herr Scriba! Wir freuen uns, dass Sie schon heute anwesend sind.

(Beifall)

Als nächster Redner bitte Herr Privatdozent Dr. Benninger aus Baden-Württemberg.

PD Dr. Benninger, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich stehe am Anfang einer langen Reihe von Personen, die es sehr gut finden, was heute gewesen ist, und die Ihnen, Herr Präsident, dafür danken, dass Sie eine so schöne Rede gehalten haben. Einen Punkt möchte ich allerdings ergänzen. Ich fand gut, dass Sie gesagt haben – dies in Ergänzung zu Ihnen, Herr Crusius –: Die Patienten sollen nicht instrumentalisiert werden. Es reicht, was wir richtigerweise tun. Wir müssen die Patienten nicht für irgendwelche Zwecke, auch nicht für politische Zwecke, extra instrumentalisieren. Das ist eine Bitte. Ich glaube, Sie hatten es heute Morgen in diesem Sinne erwähnt.

Ich möchte eine Kleinigkeit hinsichtlich des Entschließungsantrags erwähnen. Im vierten Absatz des Entschließungsantrags heißt es:

> *Dabei drückt die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik …*

Hier erfolgt eine Replik auf die gegenwärtige Finanzkrise und die vielen Milliarden, die zur Stützung der Banken gegeben worden sind. Meine Frage lautet: Was hat das inhaltlich unmittelbar mit dem ganzen Anliegen zu tun? Ist das tatsächlich notwendig? Ist es nicht eher polemisch, populistisch gemeint? Muss dieser Satz an dieser Stelle stehen?

Das würde ein Herr mit Fliege machen, den wir ja am Sonntagabend im Fernsehen gesehen haben. Ich denke, das ist an dieser Stelle schlicht und einfach überflüssig. Ich würde die zweite Hälfte dieses Absatzes streichen.

Noch eine stilistische Bitte. In Punkt 5 steht das Wort „Weisungsungebundenheit“. Das ist eine interessante Wortschöpfung, soll aber nicht Unwort des Jahres werden. Formulieren Sie den Satz doch einfach in der Weise um, dass Sie sagen: Ärzte müssen weisungsfrei in medizinisch-fachlichen Angelegenheiten handeln dürfen. Ich denke, das ist verständlich und vernünftiges Deutsch.

Ihnen noch einmal vielen Dank, Herr Präsident, für Ihre Rede.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wenn Sie textliche Änderungen wünschen, Herr Benninger, dann müssten Sie das bitte durch einen Antrag machen. Ich glaube, auf Zuruf sollte man ein solches Papier nicht verändern. Das können wir unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ machen, aber nicht bei einem solch zentralen Thema und der Kernaussage. Es steht Ihnen frei, einen Änderungsantrag zu stellen, einen Satz wegzulassen oder etwas hinzuzufügen oder etwas zu verändern. Wir werden dann darüber abstimmen.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Krombholz aus Bayern.

Dr. Krombholz, Bayern: Verehrter Herr Präsident! Verehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich danke für Ihren Vortrag, Herr Präsident. Allerdings haben mich einige Passagen etwas verwundert. Ich bin Hausarzt. Ihre Bemerkungen bezüglich § 73 und bezüglich der Selektivverträge – auch die Ausführungen von Herrn Crusius – sind alles andere als unseren Problemen entsprechend, die wir Hausärzte nicht nur in Bayern und in Baden-Württemberg, sondern in der ganzen Republik haben. Wir haben in den KVen erlebt, dass wir das, was wir können, nicht durchsetzen konnten, dass wir auch das, was wir dafür haben wollten, nicht durchsetzen konnten.

Es blieb nur der Weg über die Politik, ihr klarzumachen, was wir brauchen, um dem Patienten die Versorgungsebene der Hausarztpraxen erhalten zu können. Darum geht es, um nichts anderes!

(Beifall)

Die Patienten haben ein Recht auf ihre Hausarztpraxen, die jahrzehntelang ihre Arbeit getan haben – im Übrigen auch mit Behinderten. Aber dieses Thema möchte ich hier nicht weiter ausbreiten.

Die Lösungen, die in irgendwelchen Spezialismen gesucht werden, negieren, dass wir diese Arbeit seit Jahrzehnten tun. Man kann natürlich alles verbessern, aber wir leisten diese Arbeit seit Jahrzehnten. Wir lernen gern dazu. Wir entwickeln uns gerne weiter.

§ 73 hat die Möglichkeit geschaffen, außerhalb der KV das leben zu können, was wir innerhalb der KVen nicht leben konnten.

(Beifall)

Wer also von strukturellen Weiterentwicklungen spricht, muss § 73 verstanden haben und zu ihm stehen, vor allen Dingen zu § 73 b.

Wir erleben, dass § 73 c von den Fachkollegen in weitesten Kreisen abgelehnt wird. Man kann immer wieder hören, dass sie das gar nicht wollen, wie Herr Crusius das angesprochen hat oder wie es auch in dem Leitantrag steht.

Ich bitte Sie, verehrte Kolleginnen und Kollegen, daher, dem Leitantrag, so wie es in Punkt 11 beschrieben ist, nicht zuzustimmen. Ich stelle den Antrag, den Punkt 11 zu streichen. Es geht um die hausärztliche Versorgung. Sie geht nur mit § 73 c mit struktureller Fortentwicklung.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das reichen Sie bitte auch schriftlich ein, dass Sie den gestrichen haben wollen, damit wir ein geordnetes Verfahren haben. – Vielen Dank. Der nächste Redner ist Herr Dr. Wesiack aus Hamburg, Vorsitzender des Berufsverbands der Internisten.

Dr. Wesiack, Hamburg: Lieber Herr Hoppe! Herr Hessenauer! Lieber Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Gestatten Sie mir, zu drei Punkten Stellung zu nehmen: erstens zu den Reden des heutigen Vormittags; zweitens zum Wahlkampf in diesem Jahr; drittens zu der Wahlinitiative der Allianz Deutscher Ärzteverbände, deren Vorsitzender ich im Augenblick bin.

Natürlich danke ich Ihnen, Herr Hoppe, auch für Ihnen wirklich exzellenten Vortrag, auch dass Sie die Tabuzone Rationierung und Priorisierung angesprochen haben. Ich fand es sehr bemerkenswert, wie charmant und keusch Herr Beck, wie ich fast sagen möchte, schwadronierte, indem er sagte: Rationierung ist ein so schreckliches Wort, lasst es uns eigentlich nicht in den Mund nehmen.

Die Essenz aus dem Vortrag von Herrn Staatssekretär Theo Schröder war für mich: Alles ist gut, wir sind eigentlich auf einem guten Weg, es gibt noch das eine oder andere zu verbessern, aber die Richtung stimmt.

Nein, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Richtung stimmt nicht!

(Beifall)

Die Richtung in der Gesundheitspolitik stimmt seit 1992, seit Lahnstein nicht mehr. Wir haben hier eine verhängnisvolle Große Koalition. Es gilt, dieser Großen Koalition diese unbequemen Wahrheiten entgegenzuhalten: Wir haben eine Rationierung, ja, wir brauchen eine Priorisierung. Wenn Länder wie Schweden mit einem Anteil von 9 Prozent am Bruttoinlandsprodukt das bereits können, dann müssen wir das bei einem Anteil von 6,5 Prozent am Bruttoinlandsprodukt erst recht leisten. Es ist ja nicht nur die Rente nicht sicher, nein, die Gesundheitsversorgung in diesem Lande ist schon lange nicht mehr sicher.

Ich komme zu meinem zweiten Punkt, dem Wahlkampf. Wann denn, wenn nicht jetzt, müssen wir aufstehen und unsere Forderungen der Politik präsentieren?

(Beifall)

Jetzt haben wir immerhin die Gelegenheit, dass sie uns vielleicht vorübergehend zuhören, weil sie wiedergewählt werden wollen. Jetzt können wir ihnen auch sagen, was wir wollen. Dies ist auch erforderlich und das sollten wir tun.

Beginnen möchte ich diesen Teil meiner Rede aber mit dem Vertrauen, das wir als Ärzte bei der Bevölkerung immer noch und weiterhin haben. Trotz der Hetze in den Medien, trotz der negativen Darstellungen sind wir diejenige Berufsgruppe, die bei den Patienten nach wie vor das höchste Vertrauen hat, nämlich zwischen 80 und 90 Prozent. Lassen Sie mich dagegenhalten den Gebrauchtwagenhändler mit 10 Prozent und den Politiker mit 7 Prozent. Sie sehen, welch ein Unterschied das ist, was das für ein Pfund ist, das wir uns aber jeden Tag wieder neu erarbeiten müssen. Es fällt uns nicht in den Schoß. Die Patienten wissen, dass wir ihr Anwalt sind und bleiben. Genau das sollten wir bitte zum zentralen Wahlkampfthema machen, Stichwort: Versorgung wieder sicher machen.

Mein dritter und letzter Punkt ist die Wahlinitiative der Allianz Deutscher Ärzteverbände. In dieser Allianz Deutscher Ärzteverbände sind der Bundesverband

der Ärztegenossenschaften, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, der Hartmannbund, MEDI Deutschland, der NAV-Virchow-Bund und der Berufsverband Deutscher Internisten vereinigt. Wir vereinigen immerhin mehr als 100 000 Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik.

Wir haben eine Wahlinitiative gestartet, die ich Ihnen Anfang Juni in Berlin an anderer Stelle zentral vorstellen werde. Ich möchte Ihnen hier nur ganz kurz die Thesen vorstellen. Sie decken sich weitgehend mit dem, was Herr Professor Hoppe heute Morgen für uns formuliert hat. Die Allianz Deutscher Ärzteverbände fordert erstens eine Abkehr von der staatlich-dirigistischen Gesundheitspolitik, zweitens den Verzicht auf überbordende Regulation und Bürokratie, drittens den Erhalt der solidarischen Grundsicherung unter Stärkung der Eigenverantwortung des Bürgers, viertens die Definition eines Katalogs solidarisch finanzierter Grundleistungen.

Es geht nicht mehr so weiter, dass alles bei uns im Leistungskatalog enthalten ist und dann nicht bezahlt wird; und wir rabattieren 30 Prozent unserer Leistungen für die GKV.

Ganz wichtig sind die beiden letzten Punkte: Schutz der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Wenn das zerstört wird, dann in der Tat wird unser gutes Ranking bei der Bevölkerung, bei unseren Patientinnen und Patienten nicht mehr vorhanden sein. Es gilt, das Arzt-Patient-Verhältnis unter allen Umständen zu schützen.

Als nächster Punkt: Wir brauchen eine Abkehr von einer ausschließlich ökonomischen Betrachtungsweise des Gesundheitswesens. Gesundheitswesen ist nicht Kostendämpfung, sondern ist sinnvolle Versorgung der Patienten jetzt und in Zukunft.

Bitte unterstützen Sie uns dabei.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wesiack. – Als nächster Redner kommt Herr Dr. Junker aus Westfalen-Lippe.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich will Ihnen als Verantwortlicher für eine Bezirksstelle im südlichen Sauerland ein wenig von den Dingen vor Ort erzählen. Die Stimmung der Ärzteschaft ist charakterisiert durch Frustration, Desillusioniertheit, Demotivation, Entwürdigung, wütend und gereizt, mit unsinniger Bürokratie überlastet, besorgt auch um die zunehmende Gefährdung des Vertrauens- und des Datenschutzes des Patienten.

Der Spagat zwischen „Der Arzt darf alles, was er für nötig hält“ und dem Regress, der Billigmedizin, der Haftung für Fehler und schlechte Versorgung wird einfach nicht mehr ausgehalten.

Für höheren Einsatz wird man bestraft. Wir wissen alle: Über 150 Prozent gibt es keine gerechte Bezahlung. Sollen wir diese Patienten denn abweisen?

Die Arbeits- und Lebensbedingungen vor Ort sind oft geprägt vom Einsatz der ganzen Familie, auch am Wochenende: Telefondienst der Ehefrau und Kinder, Verzicht auf Freizeit mit der Familie.

Früher gab es das auch; das habe ich selbst erlebt. Aber da stimmte noch die Anerkennung der Würde des Berufs. Da war man noch frei in seinen Entscheidungen, in seiner Verordnung. Da war man noch ein freier Beruf. Es gab auch noch den Spruch, der wirklich galt: Leistung lohnt sich. Wer heute teure Medikamente vom Facharzt, vom Spezialisten übernimmt, liegt gleich über dem Durchschnitt, kommt in den Regress. Wer Heilmittel übernimmt – auch das wird hin und her geschoben –, kommt auch wegen Überschreitung in die Regressgefahr.

Die einzigen Ratschläge der Prüfungsausschüsse lauten: Lassen Sie das doch den Facharzt ausschreiben! Dadurch wird das System aber nicht billiger; der Patient wird belastet und die Koordination untereinander fehlt.

Es gibt auch kein Interesse mehr, den hausärztlichen Nachwuchs generell auszubilden. Es ist doch eine Kette: Der Krankenhausarzt ist überlastet, hat keine Zeit für den „Lehrling“, die Niedergelassenen sind demotiviert. Wo soll der junge Kollege noch ärztliche Ethik vorgelebt bekommen oder auch noch lernen?

Die zunehmende Bürokratie ist meistens unsinnig, erzeugt nur statistischen Müll und nimmt Zeit für die Patienten weg. Nicht einmal unsere Gesundheitsuntersuchungen oder Krebsvorsorgen sind evaluiert worden; wir dürfen sie im Keller stapeln.

Gestern wurden in der KBV-Vertreterversammlung Krokodilstränen geweint über die negativen Auswirkungen der Pauschalierungen. Aber Selbstkritik ist denen, die das nicht nur zugelassen, sondern aktiv implementiert haben, fremd.

(Beifall)

Viele Probleme sind leider hausgemacht, selbst verschuldet. Das wirft uns die Politik ja auch genüsslich vor. Bei Zerstörung des Systems ist die Drohung mit Generalstreik sinnlos. Die unzähligen ehrenamtlich tätigen Ärzte in den gemeinsamen Selbstverwaltungsgremien – wir haben gestern gehört: über 800 allein in den Prüfungsgremien – hätten längst ihre Mitarbeit aufkündigen sollen. Dann hätte man gemerkt: Ohne uns geht es eben nicht. Das hätte keinem Patienten geschadet.

„Handeln statt verweigern“, das tönt noch immer in meinen Ohren. Wo war das Handeln? Jetzt bleibt uns doch nur noch das Verweigern.

Endlich fordert auch die KBV die Einzelleistungsvergütung. Herr Köhler sagt: Wir brauchen einheitliche Forderungen an die Politik und die Krankenkassen.

Aber mit quartalsweise vorgenommenen Schwenks der KBV schaffen wir das nie. Das ist den Ärzten draußen schon gar nicht mehr vermittelbar.

Heute werden wir beschimpft als Beutelschneider, als jammernde Großverdiener, sogar als Geiselnehmer der Patienten, als wären wir Verbrecher. Liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Debatte sind wir gründlich leid! Nicht nur das: Bisher war das Burn-out wegen Helfersyndrom – im Übrigen haben wir aufgrund unserer Berufe die höchste Trefferrate beim Selbstmord –; heute beruht die Burn-out-Rate hauptsächlich auf Existenznot und Entwürdigung. 80 Prozent der vorzeitigen Berentungen von Ärzten sind psychologischen Ursprungs.

Aber schlimmer als die schlechte Bezahlung ist der nicht auszuhaltende Spagat, die Patienten nicht ausreichend wegen hohem Druck und wegen Gängelung durch verknappte Ressourcen versorgen zu können, ihnen aber eine heile Gesundheitswelt vorzuspielen. Es stehen nicht mehr der Patient und die Gesundheit im Vordergrund, sondern die Ökonomisierung, die Rationierung mithilfe der Ärzte.

Welche Zukunft haben wir? Wir wissen, dass im letzten Jahr über 2 600 Ärzte Deutschland verlassen haben. Die Bochum-Studie zeigt, dass 70 Prozent der Studenten wegwollen. Weniger als 50 Prozent derjenigen, die ihr Studium abschließen, gehen in den kurativen Beruf. Warum gehen sie weg? Im Ausland gibt es bessere Bezahlung, bessere Freizeitmöglichkeiten, mehr Anerkennung.

Bei allen schönen, auch von unserem Minister Laumann vorgeschlagenen Verbesserungen durch Stipendien usw.: Politiker berücksichtigen nicht, dass alle Verbesserungen nicht in der politischen Zeitrechnung von vier Jahren wirksam werden, sondern mindestens sechs Jahre brauchen, damit sich überhaupt der Beginn einer Verbesserung zeigt. Wir brauchen ja nun einmal mindestens elf Jahre.

Die Verknappung ärztlicher Kompetenz ist eine Herausforderung für alle: für Politik, Land und Kommunen. Je kleiner die Kommune, desto größer ist das Problem, desto größer die Herausforderung, denn der Mangel ist schon da. Durch die schlechte Bezahlung werden notgedrungen Termine hinausgeschoben, Praxiszeiten verkürzt, Zuwendungen verkürzt.

Wettbewerb kann nicht um Krankheiten geführt werden. Eingruppierungsexzesse bei DRGs und auch bei der Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen im RSA zeigen, dass dieser ökonomische Wettbewerb krank ist, ja krank macht. Er schadet den Patienten. Das muss geändert werden.

Unser Altbundespräsident Rau hat auf dem Ärztetag in Eisenach gesagt – ich habe es noch gut im Ohr –: Der Patient ist kein Kunde, die Krankheit ist keine Ware. Daran sollte die Politik mal wieder denken.

Statt der Behinderung der Versorgung muss es eine unmittelbare Förderung der Patientenversorgung geben: nicht Billigheimer und die Verlagerung ärztlicher Leistungen auf medizinische Hilfsberufe, sondern qualifizierte Bezahlung für qualifizierte Arbeit. Nicht umsonst hat Deutschland in Brüssel auf den Facharztstatus bei der ärztlichen Versorgung gedrungen und das auch durchgesetzt.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf medizinische Hilfsberufe ist sicher notwendig und sinnvoll, aber unter der Steuerung durch behandelnde Ärzte.

Unsere Arzthelferinnen, denen wir und die Patienten vertrauen, müssen meines Erachtens auch nicht mehr 160 Stunden oder gar wie in Sachsen 500 Stunden zusätzlich teure Lehrstunden ableisten – wer bezahlt sie übrigens? –, sondern wären sofort einsetzbar, aber nicht zum Nulltarif. Wir brauchen keine Fremddienstleister, auch nicht aus Kostengründen. Arzthelferinnen, Pflegeberufe, Krankenschwestern und alle anderen im Gesundheitswesen sind schon Niedriglohngruppen. Sie sollten für ihre hohe Leistung besser bezahlt werden, nur geht das im Moment leider nicht.

Außerdem müssen wir die veränderte Geschlechterverteilung berücksichtigen. Es wurde bereits gesagt, dass schon über 70 Prozent der Studierenden weiblich sind, die hinterher keine Vollzeitstelle und auch keine eigene Praxis haben wollen.

Unsinnige Werbekampagnen des Bundesministeriums für Gesundheit statt Leistungen für Patienten brauchen wir auch nicht. Wer auf Menschen hört, braucht keine Reklame.

Was fordern wir jetzt? Wir müssen bereits beim Medizinstudium anfangen. Ich wiederhole frühere Forderungen auch der Ärztetage: Die ZVS ist überholt, die Universitäten müssen andere Auswahlkriterien zugrunde legen als die Zensur. Die Universitäten setzen das nicht um, müssen also dazu gezwungen werden, damit es weitergeht.

Wir brauchen ein neues Gesetz; das Vertragsarztänderungsgesetz löst nur wenig Probleme, schafft eher neue. Im Grunde genommen hat man im Moment auch das Gefühl, dass die Sozialgesetzgebung eher gegen die Patienten und gegen die Ärzte eingestellt ist, als dass sie eine Verbesserung der Versorgung ermöglicht.

Auch Pflegestützpunkte sind Unsinn. Darauf können wir gut verzichten.

Die E-Card – darüber werden wir ja auch noch reden – ist in ihrer jetzigen Form sicherlich unsinnig. Deshalb sollten wir auch ein Datenschutzgesetz für Heilberufe fordern.

Wir brauchen endlich eine leistungsgerechte Vergütung. Sie sollte eine Einzelleistungsvergütung sein. Immerhin ist die KBV jetzt auch auf diesem Dampfer. Der Patient sollte endlich selbst über die Gesundheitsleistungen entscheiden, die er fordert.

Zum Schluss: Ich möchte eigentlich wieder einmal Arzt sein – ich habe das in meiner Anfangszeit noch erlebt –, mit persönlicher Vertrauensbeziehung zum Patienten, der meine Qualität auch kontrolliert, unbehelligt von Krankenkassenangestellten, von Behörden, auch von der KV in dieser Hinsicht, von politischen Ideologinnen und Ideologen, sondern nur auf meinen medizinischen Beruf bezogen, aber auch mit einigermaßen gesicherten Existenzmöglichkeiten, und dabei nur mit der Qualität meiner Leistung im Wettbewerb mit anderen Kollegen.

Das ist gesunder Wettbewerb und das muss der mündige Patient selber kontrollieren.

Ganz zum Schluss: Ist es anmaßend, wenn wir Ärzte oder die Gesundheitsberufe insgesamt für das Wichtigste des Bürgers, die Erhaltung der Gesundheit, eine angemessene Bezahlung fordern, solange uns die Politik die Geldmenge bestimmt und nicht der Bürger selber? Deshalb gestehen wir unseren Abgeordneten ja ein vernünftiges Salär zu, damit sie ohne Lobbyismus und hochbezahlte Aufsichtsratsposten frei und unabhängig für uns entscheiden können.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Junker. – Jetzt möchte Herr Dr. Lutz einen Geschäftsordnungsantrag stellen. Er hat ihn schriftlich eingereicht.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Nachdem lange Reden nicht nur über wichtige Dinge gehalten werden und wir eine lange Rednerliste haben und noch viele Kollegen zu Wort kommen sollten, sollten wir, meine ich, die Redezeit auf drei Minuten begrenzen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Gibt es eine Gegenrede? – Dann stimmen wir ab. Wer möchte die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann sind drei Minuten beschlossen.

Als Erster ist davon Herr Kollege Schäfer aus Hamburg, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg, betroffen.

Schäfer, Hamburg: Ich denke, ich komme mit drei Minuten aus. – Herr Präsident, Ihr Statement für die Kollektivverträge von heute Morgen, das jetzt noch einmal von Herrn Crusius bestätigt wurde, ist für mich eigentlich der Nachweis, dass Sie das Erleben des ärztlichen Daseins des größten Teils der deutschen Hausärzteschaft nicht wahrgenommen haben.

(Vereinzelt Beifall – Widerspruch)

Ich möchte Sie dringend bitten, auch die deutsche Hausärzteschaft in Ihre Gedanken mit einzubeziehen. Die Verträge in Baden-Württemberg und Bayern versuchen mühsam, die Fehlentwicklungen der letzten 20 Jahre zu kompensie-

ren und die hausärztliche Versorgung auch für die Zukunft als Basis der medizinischen Versorgung unserer Patienten sicherzustellen.

(Beifall)

Bezüglich des Monitums der mehrfach behinderten Patienten in der Wüste kann ich nur sagen: Wenn ich von einem Vorbehandler einen vernünftigen Überleitungsbericht erhalte, werde ich einen Teufel tun, mich der Versorgung als Hausarzt zu verweigern. Das ist originäre hausärztliche Tätigkeit. Das praktiziere ich seit 25 Jahren, unter anderem in der Versorgung eines Heimes mit 60 mehrfach schwerbehinderten Patienten. Hier gibt es kein Wenn und Aber. Das ist für mich Berufsrealität, genauso wie für die meisten meiner Kollegen.

Hier gibt es vielleicht Lücken, die wir verbessern können, aber zu sagen, die Patienten seien plötzlich in der Wüste, ist einfach neben der Realität.

(Beifall)

Wenn mich meine Patienten fragen, wen sie bei der kommenden Bundestagswahl wählen sollen, kann ich nur sagen: Ich weiß es selbst nicht. Das ist die Wahl zwischen Skylla und Charybdis. Aber in der politischen Diskussion habe ich mir angewöhnt, den Politikern klarzumachen zu versuchen: Wenn jemand Übergewicht hat, dann ist das Abnehmen und das Reduzieren der Nahrungsaufnahme, das Sparen an Nahrungsaufnahme absolut richtig. Bloß: Irgendwann läuft dieses Sparen an Nahrungsaufnahme über in die Anorexia nervosa – und das wird zu einer lebensgefährlichen Situation. Und vor dieser Situation wollen wir bitte das deutsche Gesundheitssystem und vor allem unsere Patienten behüten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielleicht muss ich noch einmal daran erinnern, dass ich zu den Hausarztverträgen überhaupt nicht Stellung genommen habe. Ich habe nur gesagt, dass man der KV nicht die Lasten aufbürden kann, Schmutzfänger für all das zu sein, was durch andere Verträge nicht abgedeckt ist. Das ist mein Credo, das ich nach wie vor befürworte.

(Beifall)

Dann soll man ehrlich sein und sagen: Wir entpflichten die KV vom Sicherstellungsauftrag und lassen sie als eine Organisation unter vielen für die ambulante ärztliche Versorgung gelten. Aber sie hat dann nicht den gesetzlichen Auftrag, überall als Lückenbüßer aufzutreten, wo auf anderem Wege Verträge nicht zustande gekommen sind.

Diese Doppelgleisigkeit ist einfach unlogisch. Deswegen kann man auf Dauer nicht sicher sein, dass eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung durch Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor funktionieren

kann. Das ist meine einzige Aussage gewesen. Es handelt sich nur um die KVen und um die Funktion der KVen und nicht um irgendwelche Hausarztverträge, die – wo auch immer – geschlossen worden sind. Hausärztinnen und Hausärzte liegen mir ganz nah an der Seele, zumal wir welche davon in der Familie haben. Das Problem kenne ich sehr genau. Das wollte ich nur noch einmal klarstellen.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Dietrich aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Tagesordnungspunkt, den wir jetzt beraten, heißt „Gesundheits- und Sozialpolitik“. Was ich bisher gehört habe, war: Abrechnung, Einzelleistung, KV, Hausarztvertrag. Das sind alles Sachen, die ich fürchterlich langweilig und uninteressant finde und die für die Bevölkerung überhaupt keine Bedeutung haben. Meiner Ansicht nach geht es nur ums Geld. Wir werden uns weiterhin ins Abseits diskutieren, wenn wir unter dem Stichwort „Gesundheits- und Sozialpolitik“ nur übers Geld oder unser Einkommen reden. Das zum Ersten.

(Beifall)

Zum Zweiten. Herr Hoppe, ich habe Ihren Vortrag heute mit großem Interesse wahrgenommen. Uns unterscheidet eines: das Vertrauen in das Gutsein des Menschen und vor allen Dingen auch in die Güte des Arztes. Ich glaube einfach nicht das, was Sie sagen. Die Priorisierung, die Sie jetzt ankündigen, findet doch schon statt, die haben wir doch schon lange. Wir wissen, dass Kassenpatienten zum Quartalsende nicht mehr bezahlt werden. Wir wissen, dass bestimmte kassenärztliche Leistungen heute schon illegal – ich sage: illegal – gegen Bargeld und Vorkasse abgerechnet werden.

Wir haben die Zweiklassenmedizin, wir haben die Priorisierung, die durch die Kassenärzte durchgeführt wird, die illegal ist, die aber praktiziert wird.

Wenn Sie heute sagen „Wir brauchen die Priorisierung“, dann legitimieren Sie letztlich dieses Vorgehen. Letztlich kann jetzt jeder Arzt sagen: Mein Präsident hat doch gesagt, wir können nicht alles machen; lieber Patient, ich kann auch bei dir nicht mehr alles machen, aber wenn du mir 50 Euro rüberschiebst, dann kann ich es machen.

Herr Hoppe, lesen Sie einmal den IGeL-Katalog eines großen süddeutschen Laborunternehmens, das mit „S“ anfängt. Dort können Sie nachlesen, was es alles gäbe, wenn man bezahlen würde: Herz-Kreislauf-Prophylaxe, erweiterte Kolonkarzinomprophylaxe, Stressprophylaxe, was immer Sie wollen. All dieses Zeugs könnten Sie dem Patienten mit der Argumentation andrehen: Mein Präsident, der Herr Hoppe, hat gesagt, wir müssen priorisieren. Das ist nicht so wichtig, also zahle es selber.

Das heißt, wir müssen erst einmal vor der eigenen Haustüre kehren, wir müssen erst einmal sehen, was bei uns im Gesundheitswesen eigentlich schiefläuft, warum wir das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt haben. Ob es 6,5 oder

11 oder 12 Prozent ausmacht, ist egal, es ist das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt.

Wir müssen uns fragen: Was können wir anders machen? Ich sehe: Wir haben Herzkatheter, dass es nur so kracht, wir haben MRs, dass es nur so kracht. Für den größten Skandal halte ich: Die Ausgaben für pharmazeutische Produkte sind höher als das, was der Arzt für seine ärztliche Tätigkeit bekommt. Es ist doch ein Skandal, dass wir 30 Milliarden dafür ausgeben.

Von Ihnen, Herr Hoppe, habe ich überhaupt nichts Kritisches zur Pharmaindustrie gehört, Kritisches zur Pharmatherapie. Da müssen wir erst einmal ansetzen, vor dieser Tür müssen wir kehren. Dann können wir uns weiter darüber unterhalten. Wir dürfen nicht immer nur den anderen die Schuld zuschieben: Die Politik ist schuld, die Patienten sind schuld, die Krankenkassen sind schuld, aber wir sind die einzigen unschuldigen Menschen auf der Welt. So geht es nicht!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich werde natürlich lesen, was Sie mir empfohlen haben. Aber ich empfehle Ihnen, dieses hier zu lesen: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen/German Journal for Evidence and Quality in Health Care, Nr. 2/2009, „Priorisierung im Gesundheitswesen – eine Diskussion nimmt Fahrt auf“. Wenn Sie das lesen, dann wissen Sie, was Priorisierung ist. Das ist nämlich nicht das, was Sie gerade vorgetragen haben. Entschuldigung, wenn ich hier repliziere; das gehört sich an sich nicht, das weiß ich. Aber ich glaube, es ist wichtig, dass wir das auseinanderhalten. Morgen wird das ja ein Tagesordnungspunkt sein. Deshalb werden wir uns morgen darüber sicher noch einmal unterhalten.

Der nächste Redner ist der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Herr Kollege Schüller.

Dr. Schüller, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Gäste! Ich möchte zunächst Stellung nehmen zu der kurzen und knackigen Rede von Herrn Professor Bialas heute Morgen nach der Verleihung der Paracelsus-Medaille. Da gehe ich nämlich leider nicht mit ihm konform. Das, was er von dem Kollegen gehört hat, nämlich dass unsere Grundprinzipien des Arztseins, nämlich die Nächstenliebe, die Ehrfurcht vor der Schöpfung und dieses Grundvertrauen in den Arzt, nicht zerstört werden, kann ich nicht teilen. Genau das wird zerstört. Warum wird das in den letzten Jahren bei uns zerstört? Hier geht es um Grundfesten, die wir auf den Ärztetagen selbst mit gelegt haben, nicht zuletzt bei der Neuorientierung unserer Berufsordnung auf dem Ärztetag in Bremen.

Wir haben den Wettbewerb ins Gesundheitswesen eingeführt. Das war nicht nur die Politik, sondern das waren auch wir. Wir haben durch Änderungen der Berufsordnung Voraussetzungen geschaffen, bevor das Gesetz da war – vorauseilender Gehorsam.

Wir sind zurzeit dabei, vom Gesundheitswesen in die Gesundheitswirtschaft zu wechseln. Bei uns in Nordrhein ist das so, und zwar mit unserer Regierung zusammen. Der Patient wird zum Wirtschaftsfaktor, der individuell erkrankte Mensch wird zum Wirtschaftsfaktor. Wir sind schon voll und ganz dabei, uns darauf einzustellen, dass wir demnächst als Handlanger größerer Wirtschaftsunternehmen nicht nur in unseren Praxen, sondern vielfach schon in MVZs oder in ans Krankenhaus angeschlossenen Einrichtungen der ambulanten Versorgung arbeiten.

Das Vertrauen zum Arzt wird doch unter diesen Umständen massiv unterhöhlt. Wie soll ich denn als Patient Vertrauen zum Arzt, der nur für mich denkt und handelt, haben, wenn ich weiß, dass eine Wirtschaftsmacht dahintersteckt, die an meinem Arztbesuch verdienen will?

Eine entsprechend veränderte Berufsordnung hat sich die Ärzteschaft gegeben. Wir haben eine Berufsordnung geschaffen, die in erster Linie den immer zahlreicher werdenden Medizinrechtlern dient, die für junge Ärztinnen und Ärzte aber nicht mehr zu verstehen ist.

Wir dürfen also nicht immer nur nach außen zeigen; das, was ich erwähnt habe, haben wir selber getan. Es wird immer mehr sogenannte Transparenz gefordert. Wenn ich das Wort „Transparenz“ höre, merke ich, dass damit oft nur Kontrolle gemeint ist, immer mehr Kontrolle.

(Beifall)

Wir geraten in einen Kontrollstaat hinein, das ist grauenhaft. Und das lassen wir uns als sogenannter freier Beruf gefallen! Diese Kontrollen gehen nicht nur von der Politik und den Krankenkassen aus, sondern leider immer mehr auch von unseren eigenen Gremien;

(Beifall)

nicht deshalb, weil sie sich damit nach außen rechtfertigen müssen, sondern weil sie sich selbst nach innen rechtfertigen wollen, dass sie überhaupt existieren.

Wir müssen uns zunehmend fragen: Ist das richtig? Ist das im Sinne der Mitglieder dieser Gremien? Sind wir da noch auf dem richtigen Weg?

Zum Schluss noch ganz kurz Folgendes. Ich kann die übertriebene Darstellung der Vorteile einer spezialisierten Palliativmedizin langsam nicht mehr hören. Ich bin Hausarzt. Ich bin damit einverstanden, dass Punkt 11 so bleibt, wie er lautet, weil ich gegen die Spaltung der Ärzteschaft in den Hausarztverband und die Restärzteschaft bin. Aber die Palliativmedizin ist ein hausärztliches Grundanliegen.

(Beifall)

Es ist doch nicht so, dass ich nicht schon immer meine Patienten in dieser Hinsicht versorgt habe und auch schon entsprechende Medikamente verschrieben

habe. Dass man das derartig spezialisiert, ist auch wieder eine Zerstörung des eigentlichen Arztbildes.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Alle Sätze, die mit „und“ angeschlossen werden, müssen ja auch noch zu Ende gesprochen werden. Wenn man einen Punkt macht, ist es schlecht, dann geht es nicht mehr weiter. – Der nächste Redner ist jetzt Herr Dr. Wolfram Tuschen. Er kommt aus Westfalen-Lippe. Bitte sehr.

Dr. Tuschen, Westfalen-Lippe: Herr Professor Hoppe! Meine Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz vortragen, was ich bei Ihrer Rede, Herr Hoppe, nicht verstanden habe. Ich habe nicht verstanden, warum die Welt vor den Selektivverträgen zwischen KV und Kassen in Ordnung gewesen sei. Das habe ich anders gesehen oder ich bin, wie man so sagt, in einem anderen Film. Ich meine, dass die Welt für die KV-Mitglieder bezüglich der Kassen nicht in Ordnung war, denn 20 oder 30 Prozent weniger pro Quartal in den letzten fünf Jahren, das haben wir Ärzte nicht in Ordnung gefunden. Deshalb frage ich Sie: Warum sehen Sie eine Welt in Ordnung, die die Mitglieder nicht in Ordnung sehen?

Mich hat Folgendes furchtbar gefuchst. Sie haben gesagt: Behinderte ab 18 Jahren werden in die Wüste geschickt. Ich habe geschluckt, als ich das hörte. Meiner Meinung nach, Herr Professor Hoppe, sind diese Patienten – einfach und mehrfach Behinderte – in der hausärztlichen Praxis gelandet. Das ist ganz einfach. Wir haben sie weiterversorgt, unter der Voraussetzung, dass die Kinderärzte sie an uns übergeben haben. Wir haben diese Behinderten, wie wir das bei allen anderen Krankheiten auch tun, weitergeschickt, wenn es nötig war. Diese Aufgabe haben wir erfüllt, wahrscheinlich ohne dass Sie es gemerkt haben.

(Vereinzelt Beifall)

Ich finde es nicht gut, Herr Professor Hoppe, dass Sie heute Randeffekte verallgemeinert haben. Sie haben noch einmal diese Vorauszahlungen in den Praxen hervorgehoben, dass gesagt wird, weil es wirtschaftlich sonst nicht machbar ist: Bitte legt 50 Euro auf den Tisch. Sie sollten diese Randeffekte, ob es nun ein oder zwei Kollegen waren, nicht verallgemeinern. Damit tun Sie allen Hausärzten, die ihre Arbeit machen, Unrecht.

(Beifall)

Herr Professor Hoppe, ich habe ein Bekenntnis zur hausärztlichen Versorgung vermisst, vor allen Dingen nachdem Sie in den letzten Tagen in der Presse – auch in der „Ärzte Zeitung“ vorgestern – deutlich Ihre Sorge geäußert haben, ob die flächendeckende Versorgung demnächst noch gewährleistet sei. Ich habe nichts von einem Bekenntnis zur hausärztlichen Versorgung gehört. Wir wollen die hausärztliche Versorgung, Herr Professor Hoppe, wir wollen die hausärztli-

che Versorgung *und* die fachärztliche Versorgung. Wir wollen § 73 b und § 73 c und keinen Mischmasch.

(Beifall)

Dann noch ein Wort zum Nachwuchs. Darüber hat zum Beispiel Herr Crusius eben gar nicht gesprochen. In fünf Jahren brauchen wir nicht mehr über die flächendeckende Versorgung zu sprechen, wenn es nicht langsam Mittel und Wege gibt, jetzt junge Kollegen in die hausärztliche Versorgung zu bekommen. Deshalb brauchen wir, Herr Professor Hoppe, die hausarztzentrierte Versorgung, wir brauchen § 73.

Wie sagt in Westfalen im Radio einer immer so schön: Denk darüber mal nach, mindestens eine Viertelstunde!

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Jetzt muss ich doch ein bisschen korrigieren. Ich habe nicht gesagt, dass die erwachsenen Behinderten in die Wüste geschickt werden, sondern ich habe gesagt, dass die Grundversorgung für die Kinder und die Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr danach abbricht. Das habe ich selber durch einen Besuch in Bethel und an anderen Stellen erfahren, dass das so ist. Das habe ich auch geschildert bekommen. Ich würde warten, bis wir am Donnerstag bei diesem Thema sind. Dann werden wir dazu Näheres von den hochkundigen Referenten hören. Trotzdem vielen Dank für die Wortmeldung.

Das Wort hat jetzt Herr Dr. Gerald Quitterer. Bitte schön.

Dr. Quitterer, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mit Enttäuschung lese ich in Punkt 11 des Entschließungsantrags, dass die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts einen stabilen Kollektivvertrag voraussetzt. Wie stabil war dieser Vertrag, wenn in meinem Heimatort mit 14 000 Einwohnern innerhalb des letzten Jahres drei Hausärzte in den Ruhestand gegangen sind und keinen Nachfolger gefunden haben? Genau dieser stabile Kollektivvertrag war der Grund, warum es notwendig war, in Bayern andere Wege zu gehen, um diese Versorgungsebene aufrechtzuerhalten.

(Beifall)

Ferner heißt es in dem Entschließungsantrag:

> *Selektivverträge dürfen nur als Ergänzung und nicht als Konkurrenz zu den kollektivvertraglichen Regelungen konzipiert werden.*

Das wäre doch dasselbe, als wenn Sie Ihr Dachgeschoss ausbauen, obwohl Sie wissen, dass dadurch das Erdgeschoss zusammenbricht. Ich bitte um Streichung dieses Textes. Ich bitte Sie bei der Abstimmung über diesen Antrag um Ihre Unterstützung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Es gibt schon zwei Anträge mit derselben Zielsetzung, die wortgleich sind. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Pilz aus Bayern.

Dr. Pilz, Bayern: München!

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: München, aus Bayern München.

(Heiterkeit)

Dr. Pilz, Bayern: Wir haben die Hoffnung noch nicht aufgegeben. – Herr Präsident, ich danke Ihnen ausdrücklich, dass Sie das Thema der Priorisierung aufgenommen haben. Ich habe bereits auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster einen Antrag zu diesem Thema gestellt. Es freut mich, dass das auf fruchtbaren Boden gefallen ist, nachdem es damals eine Vorstandsüberweisung gab.

Ich möchte gerne auf zwei Punkte Ihrer Rede, die mir wichtig erscheinen, eingehen. Das eine ist das Thema der Plakataktion in den Wartezimmern. Meine Damen, meine Herren, nicht nur weil ich Dermatologe und Allergologe bin und mittlerweile beim Fernsehen, wenn ich Frau Schmidt oder ihren Obersouffleur Herrn Lauterbach höre, typische Anzeichen einer anaphylaktischen Reaktion entwickle, halte ich diese Aktion nicht für verkehrt. Warum? Weil diese Partei seit Jahren die Realitäten im deutschen Gesundheitswesen nicht anerkennen will. Das heißt nicht, dass ich die Linkspartei oder die Grünen oder auch Teile der CDU hier außen vor lassen will, auch nicht Teile der CSU. Aber diese Partei negiert seit Jahrzehnten die Realitäten im deutschen Gesundheitswesen.

Hierfür haben wir heute wieder ein schönes Beispiel gehört. Staatssekretär Theo Schröder hat etwas von 11 Milliarden erzählt, die zusätzlich in das GKV-System geflossen seien. Er sagte aber nichts über die 48 Milliarden, die diesem System jedes Jahr an versicherungsfremden Leistungen entzogen werden. Das geht aus den neuesten Studien von Professor Beske hervor. Dieses Geld fehlt.

(Beifall)

Wir arbeiten also nicht für 6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, sondern wahrscheinlich für 4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Damit ist eine suffiziente Versorgung unserer Patienten nicht mehr gewährleistet.

Ich erinnere mich noch gut daran, als es in der vorhergehenden Wahlperiode um den Zahnersatz für Kinder ging – wohlgemerkt: Kinder haben die Chance, durch eine entsprechende Zahnhygiene ihre Zähne im Alter gesund zu halten –: Damals hat der ehemalige Bundeskanzler Schröder sofort argumentiert: Wir wollen nicht, dass man am Zahnstatus den sozialen Stand der Bürger erkennt. Damit wurde diese notwendige Priorisierungsmaßnahme diffamiert.

Meine Damen und Herren, bei einer Partei, die derartig populistisch argumentiert, kann man nur mit einem groben Klotz kontern.

Abschließend möchte ich an diese Versammlung appellieren, sich den Frust an der Basis klarzumachen. Der Frust der Kollegenschaft – ich spreche hier für die ambulanten Fachärzte – ist ungeheuer. Es geht nur zu einem ganz geringen Teil um Geld, sondern es geht darum, dass sich der Großteil der Ärzteschaft einem Repressionsapparat ausgeliefert sieht, dem sie nicht entrinnen kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pilz. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich will vorausschicken: Ich sehe die KV schon lange nicht mehr als meine Interessenvertretung; sie verteilt die Gelder und damit hat es sich. Viel mehr traue ich der auch nicht zu.

Wenn Herr Hoppe sagt, es müsse eine Priorisierung geben, dann hat er recht, aber das ist schwierig umzusetzen. Ich sehe doch, wie viele meiner Patienten ihr Geld zum Heilpraktiker tragen. Sie gehen dorthin wegen Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen und Allergien und behaupten anschließend, der Heilpraktiker habe besser geholfen als die Schulmedizin. Hier haben wir in der Tat ein Gebiet, um das wir uns nicht mehr kümmern müssen. Sie sollen es doch woanders machen lassen, das ist nicht lebensnotwendig, funktioniert offenkundig, wird selbst bezahlt, dann streichen wir das ab. Da hätten wir einen Teil, den wir ausgrenzen können.

Zur Facharztpraxisgebühr, die in die Debatte geworfen wurde, und zur Kostenerstattung: Kolleginnen und Kollegen, das sind natürlich vergiftete Pfeile. Ich arbeite in einem Vorort von Duisburg. Wir haben das Problem: Der Bergbau ist geschlossen, die Montanindustrie krankt, wir haben eine hohe Arbeitslosigkeit. Demjenigen, der erwartet, dass die Hartz-IV-Empfänger und andere eine Praxisgebühr von 25 Euro bezahlen oder die Kostenerstattung praktizieren, kann man nur sagen: Ein Teil der Facharztpraxen und anschließend wahrscheinlich

auch eine Menge Hausarztpraxen werden deswegen schließen, weil die Menschen das Geld nicht haben. Sie gehen nicht mehr zum Arzt. Es wird keine Vorsorge mehr geben, andere notwendige Dinge werden unterbleiben.

Wer dieses propagiert, verkennt letzten Endes die Bedürfnisse in manchen Gegenden unseres Landes. Das trifft sicherlich nicht diejenigen, die ihre Praxis auf der Düsseldorfer Kö oder der Hohen Straße in Köln haben.

Herr Henke hat den Vorschlag in die Debatte gebracht, man könnte einen Teil dieser Dinge durch Zusatzversicherungen abdecken. Prima Idee, Herr Henke, danke schön für den Ball! Ich erinnere daran, dass Sie auf dem Ärztetag in Dresden meinem Vorschlag, Sportverletzungen und eventuell auch Verletzungen nach Verkehrsunfällen durch eine Sonderversicherung abzudecken, die der Einzelne abzuschließen hat, zugestimmt haben. Hinterher haben Sie kalte Füße bekommen. Ich werfe es trotzdem noch einmal in die Debatte. Das könnte man einmal anpacken.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Holzborn. – Der nächste Redner ist Herr Zimmer aus Wuppertal. Das liegt auch in Nordrhein. Bitte.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Präsident, es schmerzt mich, wenn Sie feststellen mussten, dass behinderte Kinder nach ihrem 18. Geburtstag in die Wüste geschickt werden. Ich habe in über 20 Jahren nur einmal erlebt, dass ein solcher junger Mensch unvorbereitet vom vorbehandelnden Pädiater nach draußen geschickt wurde. In der Regel ist das Überleitungsmanagement ganz hervorragend, zumindest in meiner Wahrnehmung. 20 Jahre Tätigkeit in Kreisstelle und KV haben dort nicht einen einzigen Problemfall erkennen lassen.

(Beifall)

Ich bin überrascht, dass ich im Leitantrag I-01 unter der Überschrift „Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik“ unter Punkt 11 lese, dass die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorausgesetzt wird. In meiner Kreisstelle werden 28 Hausarztsitze als offen ausgewiesen. Im letzten Jahr ist ein Kollege mit gerade einmal 50 Jahren aus vollem Saft und Kraft verstorben, ein weiterer ist inzwischen schwerstkrank. Beide haben ihre Praxis nicht verkaufen können. Wir sind jetzt bei 30 offenen Sitzen. Das zeigt, dass das mit der flächendeckenden Sicherung so, wie es in dem Papier dargestellt wird, zumindest in meiner Kreisstelle nicht klappen kann.

(Beifall)

Es ist für mich auch kein stabiler Kollektivvertrag, wenn in dieser Region Nordrhein 35 Euro im Quartal, also schlappe 12 Euro pro Monat, für eine hausärztliche Versorgung übrig bleiben, die alle Kerngeschäfte – Hausbesuche, EKGs, Lungenfunktionsprüfungen usw. –, das sogenannte Regelleistungsvolumen, umfasst. Das kann nicht dazu führen, dass sich Kollegen motiviert fühlen, in dieser Region anzutreten. Sie werden im Rahmen der individuellen Priorisierung andere Gebiete der Republik aufsuchen, wo sie für dieselbe verantwortungsvolle Tätigkeit ungefähr das Doppelte an Honorar bekommen.

Ich möchte auf den letzten Satz in Punkt 11 hinweisen. Dort steht, dass eine Abschottung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung verhindert werden muss. Meine Wahrnehmung ist, dass im derzeitigen KV-System 50 Prozent der Patientenkontakte ohne diese Kommunikation stattfinden, bei voller Abschottung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Das Schreiben der Arztbriefe ist im Facharztlager bei weit unter 50 Prozent angekommen, sodass derzeit die Abschottung geradezu manifestiert ist.

Zum Schluss möchte ich das Plenum bitten: Wenn wir morgen über Priorisierung reden, sollten wir uns, wenn wir Ressourcen in Form von Weiterbildungskapazitäten und Geld einsetzen, bemühen, eine stabile, wohnortnahe, demografiegerechte hausärztliche Versorgung als erste Priorität ärztlichen Weiterbildungshandelns und ärztlicher Tätigkeit zu favorisieren.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Zimmer. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Dietsche. Er kommt aus Baden-Württemberg.

Dr. Dietsche, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich muss sagen: Ich hatte heute Vormittag bei Ihrer Rede, Herr Präsident, kurz eine akute psychische Krise, als Sie darauf hinwiesen, dass die vertragsärztliche Versorgung der letzten 20 Jahre in Ordnung war. Ich habe mich gefragt: Habe ich die letzten 20 Jahre in einem Wahnsystem verbracht? Nach kurzem Nachdenken und insbesondere nach dem Nachdenken über die aktuelle Situation in Baden-Württemberg bin ich wieder auf den Boden der Tatsachen zurückgekommen.

Wir haben in Baden-Württemberg bereits das erste Quartal 2009 abgerechnet. In diesem ersten Quartal 2009 ist als Folge der vertragsärztlichen Vergütung im hausärztlichen Bereich für über 80 Prozent der hausärztlichen Praxen ein Honorarverlust bis zu 30 Prozent zu verzeichnen. Es gibt fachärztliche Gruppen, bei denen die Verluste noch höher liegen. Da noch von einer funktionierenden Honorarverteilung und einem zuverlässigen System zu sprechen, halte ich doch für sehr abenteuerlich. Einige Dinge wurden ja schon von den Vorrednern erwähnt.

(Beifall)

Herr Crusius, ich kann es mir nicht verkneifen: Bevor Sie sich noch einmal zu diesem Thema äußern, bitte ich Sie dringend, sich einfach einmal sachkundig zu machen, was wir tun. Ich biete Ihnen gern an, Sie entsprechend zu informieren.

Zu den Selektivverträgen: Wir etablieren in den südlichen Bundesländern innerhalb des Kollektivvertragssystems – das muss man einmal ganz deutlich sagen; Voraussetzung ist die Zulassung als Vertragsarzt – neue Versorgungsformen, und zwar gute Versorgungsformen mit klaren Versorgungsstrukturen, klaren Honorarstrukturen in Euro.

Der Schwerpunkt bei unserer Honorarordnung in diesen hausarztzentrierten Versorgungsverträgen liegt gerade in der Behandlung chronisch kranker Patienten, schwerkranker Patienten. Die gesunden Patienten werden bei uns nicht wirklich angesprochen.

Wir versuchen hier, eine Kooperation der verschiedenen Versorgungsebenen zu etablieren, mit EDV-Strukturen, mit Fortbildung, mit definierten Schnittstellen. Ich frage mich, was daran schlecht sein kann.

Gestern wurde in der KBV-Vertreterversammlung ein Modell vorgestellt, bei dem wesentliche Eckpunkte der hausarztzentrierten Versorgung aus Baden-Württemberg abkopiert wurden. Da muss ich wirklich sagen: Das kann doch nicht so schlecht sein.

Abschließend: Wenn der Vertrag gut ist, alles freiwillig, werden die Kollegen und die Patienten beitreten. Wenn er schlecht ist, werden sie im KV-System verbleiben. So einfach ist die Welt. Ich bin davon überzeugt, dass die neuen Versorgungsformen die Patienten und die Ärzte überzeugen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Dietsche. – Jetzt Herr Kollege von Ascheraden, ebenfalls aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu zwei Punkten sprechen. Der erste Punkt lautet Priorisierung, Rationalisierung oder Rationierung. Wenn es nicht eine reine Umbenennung werden soll, die das politisch schwer handhabbare Wort „Rationierung“ aus der Diskussion nehmen soll, muss es mit einem Inhalt gefüllt werden. Darüber werden wir ja noch diskutieren. Ich will nur ein paar kritische Fragen stellen, die ich beim ersten Durchlesen und beim Hören Ihres Referats, Herr Präsident, mir selbst gestellt habe.

Priorisierung mag ja bei operativen Eingriffen, bei differenzierten Behandlungsmethoden wie der Dialyse durchaus klar und plausibel darstellbar sein; für die hausärztliche Tätigkeit erwachsen aber sehr viele Probleme. Die Patienten

kommen ja nicht und sagen „Hier bin ich, ich habe Klasse 3, behandeln Sie mich bitte“, sondern die Patienten kommen und schildern ein Problem, das zunächst einmal ernst genommen werden will. Das ist ja auch unsere Intention. Dann muss ich mich damit beschäftigen. Ich kann also nicht a priori eine Priorisierung durchführen. Ex post kann ich vielleicht sagen: Es war nicht so schlimm.

Aber wie soll das funktionieren? Es hat ja nur dann bei begrenzten Ressourcen Sinn, wenn Konsequenzen daraus folgen, was die Versorgungsebene anlangt, was vielleicht auch die Zuzahlung oder den Ausschluss anlangt. Ich glaube, dass wir diese Frage sehr ernsthaft diskutieren müssen. Hier sind wir an derselben Ecke wie bei der Frage: Wie kann der Leistungskatalog sinnvoll beschränkt oder diskutiert werden?

Wir werden uns immer in der Gefahr einer Sackgasse oder einer Falle befinden.

Ich bitte darum, dass wir die Diskussion so führen, dass nicht zum Schluss wieder auf der hausärztlichen Ebene sozusagen der Kleinkrieg über den Schreibtisch zu führen ist, auch was die Verschreibung von Medikamenten oder von Heil- oder Hilfsmitteln anlangt.

Zweitens möchte ich gern etwas zu dem Thema „Plakate gegen bestimmte Parteien in der Praxis“ sagen. Jeder von uns hat das Recht, seine politische Meinung privat und öffentlich zu äußern. Aber die Menschen kommen nicht in die Praxis, um politisch zu diskutieren, sondern weil sie krank sind bzw. sich krank fühlen, weil sie eine ärztliche Behandlung ohne politische Vorgabe erwarten. Das ist ein Unterschied. Deshalb sollten wir in unseren Wartezimmern auf eine auf parteipolitische Differenzierung oder auch Attacke gegründete Plakatierung verzichten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr von Ascheraden. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Crusius, Ihre Wortmeldung kam so schnell und so überraschend, dass ich glaube, es nicht richtig gehört zu haben. Sie sagten: Wir wollen uns nicht auseinanderdividieren lassen, sondern mit einer Stimme sprechen; deswegen ist der Hausärztevertrag etwas Schlechtes. Herr Crusius, ich höre diese Platte hier seit 40 Jahren, diese Platte mit dem Nicht-auseinanderdividieren-Lassen, mit der Einheit der Ärzteschaft, mit der einen Stimme, die natürlich immer diejenige Stimme ist, die gerade spricht.

Diese Platte hat einen Sprung. Sie sind 20 Jahre später auch in diesem Sprung hineingekommen. Ich will Ihnen nur ein kurzes Beispiel geben, wie damals die Einheit der Ärzteschaft definiert wurde. Dies als Lehrbeispiel, Herr Crusius. Ein ganz Großer unseres Kreises hat gesagt: Man kann sich höchstens darauf einigen, dass jeder Nichtspezialist in der kassenärztlichen Versorgung zukünftig als

Hausarzt bezeichnet wird. Dazu genügt unbedingt die Approbation als Arzt. Der Frischling von der Universität sollte Hausarzt werden. – Das hat ein ganz Großer unseres Kreises gesagt. Dieser Saulus ist später zum Paulus geworden.

Das war damals die Einheit der Ärzteschaft. Wer dagegen war, war ein Spalter. Dieses Nicht-auseinanderdividieren-Lassen hören wir heute wieder. Deswegen bin ich so aufgeregt oder erregt, weil ich dieses Wort nicht mehr hören kann. Ich sage auch nicht, Herr Professor Hoppe, wer das damals gesagt hat.

Ganz schnell noch zu Herrn Hoppe. Er hat das sehr geschickt gemacht, indem er sich auf die Seite der KV gestellt hat. Er hat nämlich gesagt – ich habe es mitgeschrieben –: Selektivverträge sind nicht Ergänzungen, sie werden das Primäre. Damit hat er gesagt: Wenn sie das Primäre werden, dann sind sie schädlich. In diesem Sinne haben Sie es gesagt. Sie haben sich damit im Grunde auf die Seite der KV und gegen den Hausarztvertrag gestellt.

Damit habe ich meinen Part schon beendet. Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Massing. Wir sind ja beide schon lange dabei. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Mahn aus Hamburg. Bitte.

Dr. Mahn, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Professor Hoppe, ich habe mich über Ihre Rede heute Vormittag gefreut. Ich kann mich ganz dahinterstellen. Wenn ich aber den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer lese, fällt mir ein Satz auf, über den ich mich gar nicht freue, der nicht mutig ist, wie Sie selber bezüglich des Themas Priorisierung gesagt haben. Der Satz lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken.*

Meine Damen und Herren, er gehört abgeschafft!

(Beifall)

Da haben wir ein Wettbewerbsstärkungsgesetz, das den Wettbewerb fördern soll. Stattdessen haben wir einen Gesundheitsfonds, der das genaue Gegenteil dessen bedeutet. Sie glauben doch nicht etwa, dass die Zusatzbeiträge, die ohnehin auf 1 Prozent des Einkommens begrenzt sind, wirklich ein Wettbewerbselement darstellen. Die Kassen werden versuchen, das zu vermeiden.

Wir haben erheblich mehr Bürokratie und die Krankenkassen werden von der Bürokratie nicht entlastet. Wir haben erheblich mehr Kosten. Dieses Geld sollte in die medizinische Versorgung fließen und nicht zum Aufbau von bürokratischen Elementen dienen.

(Vereinzelt Beifall)

Dann haben wir bald eine Einheitskasse. Der Weg geht, wie Sie, Herr Professor Hoppe, in einem anderen Zusammenhang gesagt haben, in die Staatsmedizin. Das geschieht mit den Kassen genauso: Erst fusionieren sie, nachher kann man sie überhaupt nicht mehr voneinander unterscheiden.

Glücklicherweise wird im Antrag ausgeführt, dass die Kassen ihre Beiträge wieder selbst erheben sollen. Auch das ist Wettbewerb. Die Patienten sollen ihre Kasse wählen können.

Ich habe deswegen einen Antrag vorbereitet, den ich jetzt gerne einreichen möchte, den ersten Satz im zweiten Absatz von Ziffer 13

> *Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken*

umzuwandeln in:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds abzuschaffen.*

Es ist natürlich eine völlig andere Frage, ob wir das schaffen, aber ein entsprechendes Signal sollten wir geben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Mahn. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Fresenius. Er kommt aus Bayern.

Dr. Fresenius, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag I-01, Abs. 15. Ich bin erfreut, dass das Kostenerstattungsprinzip Erwähnung findet, wenn auch sehr diskret. Ich finde es etwas zu diskret. Vorhin hat Herr Wesiack gesagt: Die Richtung stimmt nicht. Wir sollten – das hat sich für Deutschland oft als gut erwiesen – nicht in den Osten blicken, sondern in den Westen. Frankreich ist ein Land, das sowohl hinsichtlich seiner kulturellen als auch hinsichtlich seiner wirtschaftlichen Situation mit uns durchaus vergleichbar ist. Dort ist es durchaus üblich, dass der Patient nach erbrachter Leistung vom Arzt eine Rechnung bekommt, diese bezahlt und sie anschließend bei der Gemeinde einreicht und dort 80 Prozent des Rechnungsbetrags erstattet bekommt.

Wir brauchen meiner Meinung nach weder § 73 b noch § 73 c, sondern wir brauchen wirkliche Transparenz. Wir brauchen eine direkte Beziehung mit dem Patienten, eine Arzt-Patient-Beziehung. Es gibt das Argument, dass Rechnungen vielleicht nicht beglichen werden. Dieses Schicksal würden wir mit allen anderen freien Berufen und mit anderen Handwerkern teilen. Im Augenblick

haben wir eine Gebührenordnung nach Euro und Cent, die sicher knapp oder ungerecht gestaltet ist. Wir fordern lediglich eine Kostenerstattung anhand dieser Gebührenordnung.

Ich weiß, wie träumerisch diese Forderung ist. Ich weiß, dass Politiker sagen: Wir würden es ja gern machen, aber derjenige, der es fordert, ist automatisch der Wahlverlierer. Warum können wir nicht denjenigen Politikern, die dieser Meinung sind, den Rücken stärken und sagen: Wir, die Ärzteschaft, stehen hinter einem solchen Prinzip?

Es geht nicht, wie diskriminierend behauptet wird, um Vorauskasse. Nein, das hat nichts mit Vorauskasse zu tun. Hier geht es um eine Nachkasse, so wie es in jedem Dienstleistungsverhältnis üblich ist: Nach erbrachter Leistung erstatte ich diese.

Auch das Argument, dass der Patient die Rechnung vielleicht nicht verstünde, ist meiner Ansicht nach nicht schlüssig, weil auch ich die Rechnung meines Elektrizitätswerks und meines Autohändlers nicht verstehe.

Zum Schluss darf ich Herrn Dietrich bitten, uns von der illegalen Situation zu befreien, in der wir uns immer wieder befinden. Wir behandeln nämlich kostenlos. Diese kostenlose Behandlung setzt uns in Widerspruch zu § 12 der Berufsordnung, sodass wir alle straffällig werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und Vizepräsident der Bundesärztekammer.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich würde Sie gern mit zurücknehmen an den Anfang unserer heutigen Debatte und an die Wortmeldung von Christian Benninger erinnern, bei der er Ihnen den Leitantrag des Vorstands vorgestellt und Sie gebeten hat, in einem Punkt eine Änderung vorzunehmen, nämlich auf der ersten Seite das Ende des vierten Absatzes zu streichen. Er hat völlig zu Recht gesagt, dass dort ein paar durchaus polemische Äußerungen stehen über die Finanzkrise und über die Tatsache, dass in unserem Staat mit großer Leichtigkeit Geld ausgegeben wird, um die ganzen Fehler der Banken, der Banker, der Finanzpolitik zu kaschieren. So sind zum Beispiel allein für die Stützung der Hypo Real Estate 112 Milliarden Euro bisher zugesagt worden. Das sind zwei Drittel dessen, was wir in einem Jahr im Gesundheitswesen ausgeben.

Ich glaube, wir müssen auch einmal in einem solchen Antrag durchaus polemisch darauf hinweisen, dass bei unseren Politikern die Dimensionen völlig außer Proportion geraten sind. Hier wird ungeheuer viel Geld zur Kaschierung der

finanzpolitischen Desaster ausgegeben und im Gesundheitswesen müssen wir um jeden Cent ringen und kämpfen.

(Beifall)

Deshalb bitte ich dich, lieber Christian, mir nicht übel zu nehmen, dass ich die Delegierten bitten möchte, dem Antrag in diesem Punkt nicht zuzustimmen, sondern diese prägnante und etwas polemische Formulierung im Absatz 4 auf der ersten Seite des Vorstandsantrags zu belassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Jaeger aus Schleswig-Holstein, unter anderem bekannt durch internationale Prozesse.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie in Ergänzung Ihres Vortrags von heute Morgen über Priorisierung und Rationierung bitten, in Zukunft bei all Ihren Besprechungen und Unterredungen darauf hinzuweisen, dass Priorisierung und Rationierung doch schon längst stattfinden und dass es ganz wichtig ist, diese in geordnete Kanäle zu leiten.

Ich möchte hier einmal ganz kurz die diesjährige Fortbildung unserer leitenden Notärzte Revue passieren lassen, die unter dem Titel „Ethische Aspekte der Sichtung bei vielen Verletzten bei Großschadenslagen“ stand. Dort ging es um die Problematik, dass wir gesagt haben: Es ist doch unethisch, wenn wir hier eine Triage, eine Sichtung vornehmen, wenn wir also begrenzte Ressourcen verteilen, weil doch jedes Menschenleben wichtig ist.

Dort hat ein Geistlicher einen sehr interessanten Vortrag gehalten und gesagt: Gerade dann, wenn Sie nicht priorisieren, priorisieren Sie; Sie priorisieren immer, in der Regel priorisieren Sie dann nämlich falsch, denn Sie werden zu dem hingehen, der am lautesten schreit, der am jüngsten ist, der Ihnen persönlich am nächsten steht.

Das war für uns eine wichtige Erkenntnis. Verweigern Sie sich also bitte nicht der Priorisierung, denn sie findet statt. Ich denke, jeder von uns kann mehr als genügend Beispiele dafür anführen, dass in einem System mit begrenzten Ressourcen die Ressourcen immer verteilt werden müssen. Wenn es dort keine Regeln gibt, wenn dort keine Listen aufgestellt werden, wie Sie sie fordern, geht es in der Regel nach dem Recht des Stärkeren: wer am lautesten schreit, wer die meisten Lobbygruppen hat.

Ich möchte Sie bitten, Ihre Diktion so zu ändern, dass Sie sagen: Die Priorisierung und die Rationierung, die schon längst stattfinden – dafür können Sie mehr als genug Beispiele bekommen –, müssen in geordnete Bahnen geleitet wer-

den. Sie müssen insbesondere von der Gesellschaft mitgetragen werden, damit hier geordnete Verhältnisse entstehen, dass nicht ein Wildwuchs entsteht, weil die Ressourcen gerade dorthin fließen, wo die beste Unterstützung oder die größte Lobbygruppe ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das werden wir morgen, wenn wir dieses Thema speziell besprechen, mit bedenken. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Markus Beck aus Bayern.

Dr. Beck, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Von Moltke stammt der Spruch, den er einmal zu einem jungen Artillerieoffizier gesagt hat: Wenn Sie in eine Stellung hineingehen, sollten Sie im Zweifelsfall auch wissen, wie Sie aus dieser Stellung wieder herauskommen. Herr Professor Hoppe, Sie sind in die Stellung hineingegangen. Man könnte das vielleicht im Sinne der Frankfurter Schule als Entmythologisierung des Mythos bezeichnen, dass wir nicht priorisieren. Ich bin mit Ihnen völlig einig: Wir priorisieren. Wir müssen die Gesellschaft so weit bringen, dass sie das Ganze entmythologisiert und uns dabei hilft.

Aber eines müssen wir auch bedenken: Wenn wir diese Diskussion an die Gesellschaft übertragen, werden Gesellschaft und Politik so reagieren, dass sie wieder sagen: Sie sind doch die Experten, Sie als Ärzte legen jetzt mit einem Mal fest, was wichtig und was nicht so wichtig ist.

Wir werden dann in kürzester Zeit eine Diskussion haben, die wir ansatzweise bereits festgestellt haben, auch in den wenigen Redebeiträgen, die bisher hier gehalten wurden, dass einzelne Gruppen sagen: Aber meine Leistung ist für die Gesellschaft besonders wichtig. Das befürchte ich, dass dies auf uns zukommt und dazu führen wird, dass sich einzelne Gruppen gegenseitig ihre wichtige Stellung für die Gesellschaft und für die Gesundheit an die Köpfe werfen.

Vielleicht wird es ja auch dazu führen, dass wir sagen: Wir machen ein Modell, bei dem wir eine hausarztzentrierte Versorgung haben. Als Hausarzt hätte ich nichts dagegen. Nachweislich gibt es ja Gesundheitssysteme, die damit sehr gut fahren und auch finanziell damit ordentlich über die Runden kommen. Ich habe damit kein Problem.

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass wir, wenn wir diese Diskussion führen, innerärztlich eine große und massive Solidarität brauchen. Ich hoffe, dass es dann nicht so weit kommt, dass es zum Schluss vielleicht heißt, wie es ein Kollege vorhin schon angedeutet hat: Beim Hausarzt sammeln sich ein paar unwichtige Fälle, das Angio-MRT ist aber besonders wichtig, das muss gefördert werden. So sollte es nicht sein. Vielleicht führt die Diskussion dazu, ein Hausarztmodell zu entwickeln. Wie gesagt: Ich hätte nichts dagegen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Beck. – Der nächste Redner ist Andreas Crusius, der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Schäfer aus Hamburg hat bei mir bewirkt, dass ich mich noch einmal gemeldet habe. Offenbar hat er mich missverstanden. Selektivverträge können ja sein, aber doch bitte im Rahmen der KVen, dass die KVen diese mitverhandeln, beispielsweise wie im südlichen Bayern, wo Bosch-Verträge über die KV abgerechnet werden. Mein Bruder ist Hausarzt im schönen Sachsen-Anhalt. Ich bin da total mit im Thema. Er sagt immer: Was macht ihr bloß? Warum lasst ihr so etwas zu, dass wir gespalten werden?

Das ist jemand, der total an der Basis ist. Ich bin in der Klinik auch an der Basis. Letztendlich müssen wir doch sehen, dass wir nicht zulassen, dass die Hausärzte nur noch Auftragnehmer der AOK oder der Kassen sind.

(Beifall)

Es kann doch nicht sein, dass die Kassen dann bestimmen, was wir noch tun dürfen.

Mein KV-Vorsitzender in Mecklenburg-Vorpommern, Wolfgang Eckert, ein sehr streitbarer Mann, den Sie alle kennen, hat als Mitglied im Vorstand des Hausärzteverbands Sie sozusagen wieder eingesammelt und gar nicht rausgelassen. Das ist doch der Sicherstellungsauftrag. Wie soll denn die KV – das hat Herr Köhler gestern gesagt – noch die kassenärztliche Tätigkeit im Bereitschaftsdienst abwickeln, wenn ein Teil der Kollegen gar nicht mehr da ist? Deswegen verhandeln Sie doch über die KV mit den einzelnen Anbietern bzw. lassen Sie die Selektivverträge als zusätzliche alternative Methoden zu, aber unter einem einheitlichen Dach. Wir können und dürfen uns nicht auseinanderdividieren lassen.

Hausärzte sind auch Fachärzte, nämlich solche für Allgemeinmedizin. Sie wissen, dass ich mich seit 19 Jahren für die hausärztliche Weiterbildung einsetze. Wir können nicht ein Auseinanderdividieren durch die Politik durch gezielte Manipulation und Verträge, die man uns auferlegen will, gestatten. Stimmen Sie bitte auch Punkt 11 des Antrags 01 zu.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Nächster Redner ist Herr Kollege Julian Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir reden unter dieser Überschrift sehr viel darüber, wie das ganze Geld wirklich unten ankommt und wer davon sehr viel bekommt. Ich bin nicht sicher, ob das ein ganz glücklicher Eindruck ist, den wir damit draußen hervorrufen. Das Thema ist eigentlich größer.

Trotzdem möchte ich noch kurz auf den Antrag I-01 des Vorstands eingehen. Wir sind uns völlig einig, dass die GKV unterfinanziert ist. Deswegen hat ja auch der Präsident die Priorisierung auf die politische Agenda gesetzt. Es ist klar, dass es täglich passiert, aber jetzt ist es exponierter, es wird offener angesprochen. Damit ist es expliziter in der politischen Diskussion.

Wenn ich den Vorstandsantrag lese, sehe ich: Wir fangen wieder an: Wir stellen fest, der stationäre Bereich ist unterfinanziert, wir stellen fest, die niedergelassenen Kollegen arbeiten zum großen Teil kostenlos. Das ist meinetwegen auch strafbar. Wir diskutieren aber nicht darüber: Wie können wir die Strukturdefizite der GKV letztlich beseitigen? Wie kriegen wir mehr Geld ins System? Wir jammern alle über den Gesundheitsfonds, aber es gibt ja auch andere Modelle.

Aber auch dieser Antrag versucht, die Frage zu beantworten: Wie schaffen wir es, dass am Ende mehr Geld übrig bleibt, sei es nun ein Erstattungssystem, sei es IGeL? Es geht immer um die Frage: Wie schaffen wir es, die Einnahmeausfälle, die durch die Strukturdefizite der GKV entstehen, auf andere Weise auszugleichen?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, vielleicht habe ich nur ein Faible für verlorene Dinge, aber ich finde, die Sozialversicherung und die Solidarversicherung, die die Patienten nach Maßgabe ihres Einkommens beteiligen und damit den Preis festlegen, den sie für Gesundheitsleistungen bieten, halte ich für einen Konservativen wie Otto von Bismarck für eine erstaunliche Errungenschaft, wenn auch unter politischem Druck zustande gekommen.

Ich bitte einfach darum, dass wir uns mehr darum kümmern, wie wir mehr Geld ins GKV-System bringen, als uns darum zu kümmern, wie wir parallel zum GKV-System für uns zusätzliche Einnahmequellen erschließen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Veelken. – Jetzt Herr Dietrich aus München noch einmal. Bitte.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich kann mir zwei Vorbemerkungen nicht verkneifen. Herr Montgomery hat auf die Hypo Real Estate hingewiesen und auf das Geld, das dort hineingeht. Dazu möchte ich nur bemerken: Der Vorstand der Hypo Real Estate ist zumindest geflogen; der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist immer noch im Amt. Der war derjenige, der Ihnen die Katastrophe eingebrockt hat. Also

auch hier wieder: Kehren Sie bitte erst einmal vor der eigenen Tür, bevor Sie wieder nach anderen Hilfen suchen oder andere beschuldigen.

Die zweite Bemerkung: Herr Hoppe, Sie haben mir das Heft gezeigt, in dem wissenschaftlich über Priorisierung berichtet wird. Genau das war der Punkt, den ich meinte: dass Sie an das Gute im Menschen und das Gute im Arzt glauben. Ich glaube nicht daran. Wenn ich der Herr S. aus Augsburg wäre und die Homepage über meine IGeL-Leistung hätte, würde ich morgen Ihre Rede von heute Morgen auf meine Homepage stellen und erklären: Herr Hoppe hat gesagt, man kann nicht mehr alles zahlen, also nehmt meine IGeL-Leistung, das ist eine gute Medizin. Ihr müsst halt dafür zahlen.

Das meinte ich damit, völlig unabhängig von dem, was irgendwelche Wissenschaftler über Priorisierung in England oder in Schweden gesagt haben. Sie haben das Fass aufgemacht. Lesen Sie die Überschriften von heute: Überall steht „Hoppe fordert eine Reduzierung der kassenärztlichen Leistungen“. Das ist es, was rüberkommt. Das halte ich für ganz, ganz schlecht.

Ein anderer Punkt, zu dem ich mich eigentlich gemeldet habe, ist folgender. Unser Medizinsystem besteht doch nicht nur aus ambulanter Medizin. Ich bin angestellter Arzt. Es gibt die Diskussion hier: Es gibt überhaupt keine Krankenhausärzte, es gibt überhaupt keine Krankenhausmedizin in einem besseren Gesundheitswesen. Warum eigentlich? Warum reden wir nicht auch einmal über die Situation in den Krankenhäusern? Wer ist es denn, der heute das Land verlässt? Das sind hauptsächlich die jungen Ärzte. Vielleicht sind es auch die Alten, die mit ihrer Familienplanung fertig sind, die gesettled sind, die noch einmal ins Ausland gehen wollen. Aber die Jungen laufen uns weg. Die Jungen kommen nicht aus Ihrer Situation, sie kommen nicht aus dem Lager der Niedergelassenen. Sie kommen aus den Kliniken. Weshalb kommen sie aus den Kliniken? Nicht, weil sie nicht mehr genug Geld haben – das Geld stimmt heute in den Kliniken eigentlich –, aber die Verhältnisse, wie wir sie in vielen Kliniken haben, gerade in den Universitätskliniken, bewirken das: Da herrscht noch Kasernenhofatmosphäre, da herrscht ein Ton wie beim Militär. Das will sich ein Jugendlicher heutzutage einfach nicht mehr antun. Der macht diese Geschichte nicht mehr mit.

Insofern müssen wir auch einmal über die Situation an den Kliniken reden. Wir müssen uns überlegen: Wie können wir da etwas demokratischere, flachere Strukturen schaffen? Warum steht nicht irgendwo einmal etwas über ein Consultant-System, das man auch bei uns einführen kann, bei dem jemand auf Facharztstandard, auf Oberarztstandard alleinverantwortlich ist? Die Alleinverantwortlichkeit passt übrigens zu dem freiheitlichen ärztlichen Berufsbild, über das wir ja gemäß der Tagesordnung noch sprechen werden.

Warum reden wir nicht darüber, dass solche Strukturen auch bei uns an den Kliniken geschaffen werden? Dann würden wir Ärzte schaffen, die gern in der niedergelassenen Praxis arbeiten, die nicht unbedingt nach Schweden, Dänemark oder Frankreich auswandern wollen. Das vermisse ich in der Diskussion sehr.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dietrich. – Der nächste Redner ist Herr Köhne aus Aachen. Das liegt in Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie bitten, den Leitantrag des Vorstands, der schon gut ist, noch ein wenig zu verbessern, indem in Ziffer 7 nicht geschrieben wird, dass die Finanzierungslücken in der Kalkulation der DRGs berücksichtigt werden müssen, sondern dass diese Berücksichtigung in der Kalkulation der Basisfallwerte berücksichtigt werden. Das kommt dem Anliegen des Vorstands wesentlich näher. Der entsprechende Änderungsantrag liegt vor. Ich denke, er wird vom Vorstand direkt so übernommen.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Köhne. – Der nächste Redner ist Herr Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das Peinliche an der Gesundheitspolitik ist ja eigentlich, dass sie so furchtbar schlicht ist, richtig was für die Doofen; aber gleichzeitig ist sie so erfolgreich. Das Prinzip ist ganz einfach: Die Politik verspricht allen alles, die Krankenkasse soll es zahlen, zur Belohnung wird ihr versprochen, dass sie die Führungsgewalt bekommen soll. Der Arzt soll es ausbaden. Zwischendurch werden ein paar Nebelkerzen geworfen, entweder mit negativem Beigeschmack – Skandal, Betrug, ähnliche Geschichten – oder es werden positiv lautende Nebelkerzen geworfen, meistens mit irgendwelchen englischen Begriffen, „patient empowerment“ oder was auch immer.

In der Zwischenzeit wird parallel jedes Jahr das Gesundheitswesen geplündert. Wir alle kennen die Zahlen von Herrn Beske. Im Zuge eines Verschiebebahnhofs werden 8 Milliarden Euro pro Jahr zugunsten der anderen, eigentlich steuerfinanzierten Sozialversicherungen herausgezogen. Im Endeffekt entsteht das, was wir gerade erleben: Die Beteiligten fallen erfolgreich übereinander her.

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, dürfen wir der Politik und der Öffentlichkeit nicht bieten. Die Lage ist viel zu ernst und viel zu kritisch, als dass wir uns hier mit Standeskämpfen beschäftigen müssten.

In Ziffer 11 des Leitantrags des Vorstands der Ärztekammer steht ja nicht, dass man die hausärztlichen Versorgungsverträge wieder kündigen soll, sondern da steht nur, dass diese Verträge so, wie sie aussehen, durchaus geeignet sind, das System der flächendeckenden Versorgung durch die KVen zu gefährden.

Das ist kein Affront, sondern das ist eine Tatsache, mit der man leben muss. Ich glaube, darüber sind wir uns auch alle im Klaren.

Wir müssen uns auch über Folgendes weiterhin im Klaren sein – das habe ich bereits letztes Jahr gesagt –: Die Strategie, die dahintersteckt, ist eine ganz billige. Das SPD-Papier von 1996 sieht auf Platz 1 ein Globalbudget vor. Das haben sie jetzt mit dem Gesundheitsfonds. Auf Platz 2 steht die Zerschlagung der kassenärztlichen Versorgungen. Das geht auf dem Weg der Hausarztverträge, das geht über § 116 b. Auf Platz 3 steht die Liquidierung der fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis. Auch das läuft.

Meine sehr verehrten Damen und Herren vom Hausärzteverband, Sie wissen, ich stehe dem Fach sehr, sehr nahe: Dann kommt das Thema der „Förderung" der hausärztlichen Versorgung. Der Hausarztvertrag jetzt ist gut, der Hausarztvertrag in zwei Jahren ist schon magerer, in zwei weiteren Jahren bekommen Sie einen Hausarztvertrag angeboten, wonach die Gemeindeschwester arbeitet. Die Gemeindeschwester überweist dann gerne zum Facharzt, wenn der Patient nicht schon von alleine dorthin gelaufen ist.

Auch hier mein Appell: Man begegnet sich im Leben immer zweimal; machen Sie die Türen nicht zu, keine Stammeskämpfe, denken Sie darüber nach, unterstützen Sie den Antrag 1 des Vorstands.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Jonitz. – Als nächster Redner Herr Kollege Albring aus Niedersachsen.

Dr. Albring, Niedersachsen: Lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich heute Morgen nach Ihrem Referat, Herr Präsident, sehr gerne erhoben, aber in einem Punkt muss ich Ihnen heftigst widersprechen. Das betrifft das Schwangerschaftskonfliktgesetz. Wie läuft das denn in der Realität? Die Patientin kommt zu mir in der 18. oder 20. Woche, ich mache einen Ultraschall, stelle bei dem Baby ein Problem fest, schicke die Patientin zum Pränatalmediziner. Es dauert zwei, drei Tage, bis ich dort einen Termin bekomme. Der Pränatalmediziner wird die Diagnose bestätigen, aber er hat noch immer keine endgültige Diagnose getroffen. Er macht eine Amniozentese, also eine Fruchtwasserpunktion, er macht möglicherweise, wenn ein Infekt vorliegt, auch noch eine Blutanalyse. Das dauert und dauert.

Letztendlich wird die Diagnose gestellt: Das Baby ist schwerkrank; die Diagnose beispielsweise thanatophorer Zwergwuchs oder Zystennieren ist nicht mit dem Leben vereinbar.

Was passiert dann? Jetzt muss die Frau, nachdem diese Diagnose und die Indikation gestellt ist, noch drei Tage warten. Sie muss sozusagen noch in ihrem

eigenen Saft schmoren, um dann endlich den Schwangerschaftsabbruch zu bekommen.

Nach Ansicht der Frauenärzte, die damit zu tun haben, der Pränatalmediziner, von „pro familia“ und vielen anderen Beratungsstellen – außer den kirchlichen Beratungsstellen – ist das unmenschlich und frauenfeindlich. Deshalb können wir nicht begrüßen, dass das so gelaufen ist.

Was passiert denn heute?

Eine Frau mit 35 Jahren weiß schon vom Hörensagen, wenn sie ungewollt schwanger ist: Es könnte möglicherweise ein Chromosomenproblem vorliegen. Was passiert dann im Gegensatz zu früher? Sie wird Angst haben, dass sie, wenn sie ein Kind mit einem Fehler hat, den Schwangerschaftsabbruch nicht mehr vornehmen kann, weil die Gesetze so rigide geworden sind. Sie wird dann zum Notanker greifen und eventuell die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs bis zur 14. Woche bzw. 12 Wochen post conceptionem wahrnehmen. Das ist nicht in Ordnung.

Ich habe selbst solche Fälle in der Praxis, wo die Patienten genau das fürchten und deshalb vorher den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Wir haben also überhaupt keine Möglichkeit mehr, die Patientin zu überzeugen: Geben Sie dem Kind doch noch eine Chance, es könnte ja gesund sein. Die Frau wird einfach, weil sie Angst hat, den Abbruch vornehmen lassen, wenn sie schon vier Kinder hat. Wenn sie 40, 41 Jahre alt ist, ist die Gefahr ja auch relativ groß.

Der Abbruch wird also vor Ablauf der Zeit durchgeführt werden. Alle anderen Frauen werden ins Ausland gehen, weil es hier in Deutschland so schwierig geworden ist. Ich meine, damit hat die Ärztekammer den Frauen in Deutschland einen Bärendienst erwiesen. Darauf dürfen wir nicht stolz sein.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Albring. – Jetzt bitte Herr Professor Schwantes aus Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident, Sie haben, wie Sie gesagt haben, ganz bewusst das Wort „Priorisierung“ in die Diskussion geworfen. Mich macht die Diskussion um diesen Begriff heute nicht zum ersten Mal sehr nachdenklich. „Priorisierung“ ist ein schwieriges Wort in Zeiten, in denen unser Krankenversorgungssystem immer mehr ökonomisiert wird. Ein Vorgehen, das wir aus unserer täglichen Entscheidungsfindung kennen, wird zu einem Label für Geldzuteilung.

Das Krankenversorgungssystem im ambulanten Sektor ist gekennzeichnet durch ein Verhältnis zwischen Spezialisten und Hausärzten von 2,5 : 1. Wenn

hier priorisiert wird, Geld zugeteilt wird, wird dieses System zementiert. Wir brauchen vor der Diskussion über eine Priorisierung eine Strategie, die eine Basisversorgung auf hohem Niveau garantiert, und zwar wissenschaftlich, fachlich und sicher auch menschlich. Dazu bedarf es der Nachwuchsförderung, die motiviert in der Ausbildung und in der Weiterbildung.

Eine Priorisierung, die diese grundlegende Diskussion ausblendet, läuft in die Irre; nein, ich würde sogar weitergehen und sagen: Sie schafft Raum, ökonomisches Bestreben gewinnmaximierend zu konzentrieren.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Schwantes. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich wollte ich nichts sagen, aber nun sage ich doch etwas, und zwar deshalb: Wer hat welche Aufgaben und wer übernimmt welche? Der Deutsche Ärztetag ist sicherlich berufen, über sämtliche Dinge, die die ärztliche Arbeit betreffen, eine Meinung abzugeben und die Entsprechenden darauf hinzuweisen, dass sie vielleicht etwas besser machen können.

Da fällt mir ein Qualitätsmerkmal einer befreundeten Körperschaft ein. Eine Körperschaft, die Umsatzreduzierungen von 30 Prozent im laufenden Betrieb zulässt, genügt nicht den Ansprüchen, die ärztliche Arbeit im vertragsärztlichen Bereich auf Dauer zu festigen. Das ist nicht ausreichend. Dieses Problem muss bei den KVen gelöst werden und kann nicht durch den Deutschen Ärztetag geregelt werden.

Ich bitte zumindest zu berücksichtigen, dass ein Großteil unserer Probleme, die wir haben, durch uns selbst verursacht ist. Auch die Kammern haben mit ihren Qualitätsanforderungen sicherlich recht, aber der bürokratische Aufwand nimmt zu und erschwert die ärztlichen Handlungen.

Noch ein Wort zur Priorisierung. Der Handlungsauftrag für uns Ärzte umfasst die Wahrnehmung des Patienten durch die Anamnese und den Befund. Wenn wir aufgrund der Erfahrungen, die wir haben, der Meinung sind, dass das vielleicht irgendwo anders bezahlt werden sollte, dann können wir das später regeln. Das beeinträchtigt aber eigentlich nicht die ärztliche Tätigkeit, sondern nur die Zuordnung der Kosten im System. Das hat eigentlich nichts damit zu tun, dass wir die ärztliche Aufgabe im Grunde anders definieren dürften. Deshalb ist dieser Begriff notwendig, um die Allgemeinheit auf die Arbeitssituation der Ärzte hinzuweisen. Andererseits ist er auch gefährlich, weil er den Berufsstand des Arztes durch die Überbetonung dieses Begriffs auch gefährdet.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Michaelis. – Der nächste Redner ist der Kollege Wagenknecht aus Niedersachsen.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Debatte über die Priorisierung von Gesundheitsleistungen haben Sie angestoßen, Herr Präsident. Ich finde es sehr richtig. Ich finde es auch sehr richtig, dass Sie gesagt haben: Die Gesellschaft muss diese Diskussion führen, nicht die Ärzteschaft. Ich glaube, es ist auch falsch, wenn man sagt, dass irgendjemand uns diesen Auftrag geben soll. Auch ein Gesundheitsrat kann der Ärzteschaft nicht den Auftrag geben, darüber zu entscheiden, welche Leistungen im Gesundheitswesen ersten, zweiten oder dritten Ranges sind. Das ist Aufgabe der Menschen, die in diesem Lande versorgt werden sollen und wollen.

Ich möchte etwas zum Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer sagen. Ich tue mich sehr schwer damit, diesem Leitantrag zu folgen, da er Dinge enthält, die meiner Meinung nach da nicht hineingehören.

Ich ärgere mich ein bisschen darüber, Herr Montgomery, dass Sie sagen: Wir müssen provozieren. Das stimmt schon, aber dann nicht mit Dingen, die nichts, aber auch gar nichts miteinander zu tun haben. Dass Milliardensummen in eine möglicherweise insolvente Bank gestopft werden, geht uns in diesem Falle überhaupt nichts an, das hat mit unserer Finanzierung des Gesundheitswesens gar nichts zu tun.

Ich habe viel gelesen, weil ich nicht verstanden habe, warum diese Bank in solchen Schwierigkeiten ist. Irgendwann habe ich verstanden, dass es für unser gesamtes Gesellschaftssystem notwendig ist, diese Bank irgendwie zu erhalten. Dennoch glaube ich nicht, dass wir das mit der Einnahmesituation der GKV verknüpfen können, weder direkt noch indirekt.

(Beifall)

Der letzte Satz des vierten Absatzes in Antrag I-01 lautet:

> *Sie werden die Schulden der heutigen Finanzkrise zurückzahlen müssen, sei es durch Kapitaltransfer oder Inflation.*

Das verstehe ich auch nicht; das gehört da auch nicht hin. Wir wollen uns hier doch über eine vorausschauende Gesundheitspolitik unterhalten, nicht über eine rückwärtsgewandte. Hier kommen aber Dinge vor, die rückwärtsgewandt sind. Die Überschrift von Ziffer 3 – „Ausstieg aus dem Hamsterrad“ – ist auch fehlerhaft. Da wird der Gesundheitspolitik das Hamsterrad angelastet. Ich bin seit 13 Jahren als Allgemeinarzt niedergelassen. Ich erlebe das Hamsterrad als eine Folge der Selbstverwaltung. Wir haben es nicht geschafft, das abzuschaffen.

(Beifall)

Die KVen, die sich darum bemüht haben, das Hamsterrad abzuschaffen, beispielsweise Nordrhein, sind jetzt bei der Mittelzuführung nach dem Gießkan-

nenprinzip völlig unter die Räder geraten, obwohl sie etwas Vernünftiges getan haben.

(Vereinzelt Beifall)

Ich komme aus einer KV, die durchaus wie verrückt auf dem Hamsterrad geritten ist. Sie hat davon profitiert. Das ist keine vernünftige Gesundheitspolitik, auch nicht der Selbstverwaltung. Insofern muss man sagen: Dieser Abschnitt ist so nicht zustimmungsfähig.

Zu Ziffer 11 haben meine Vorredner schon sehr viel gesagt. Auch ich glaube, es täte der Ärzteschaft gut, einen Pflock für die hausärztliche Versorgung als Priorität im deutschen Gesundheitswesen einzuschlagen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Wagenknecht. – Jetzt der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herr Wagenknecht, auch ich komme aus einem KV-Bezirk, wo dasselbe gilt. Auch sie hat gegen das Hamsterrad gearbeitet, auch sie ist hinten runtergefallen.

Aber deshalb habe ich mich eigentlich nicht gemeldet, obwohl es um die KVen geht. Ich habe mich gemeldet, weil ich registriert habe, dass Ziffer 11 erhebliche Diskussionen ausgelöst hat. Ich muss gestehen: Ich habe, bevor ich diese Diskussion registriert habe, zu demselben Thema für morgen zwei Anträge eingereicht, die aber aus einem ganz anderen Ansatz heraus kommen. Ich dachte nämlich, es ginge um den Fortbestand der Freiberuflichkeit auch in der niedergelassenen Praxis.

Es geht um Auszüge aus Band 111 der Beske-Schriftenreihe: Für eine grundsätzliche Neuorientierung in der Gesundheitspolitik. Dieses Werk ist in einer zweijährigen Arbeit auf der Basis von sehr tiefgehenden Analysen entstanden, die wir aus dem Beske-Institut ja gewohnt sind.

Es geht um die Frage: Wieso ist es überhaupt so weit gekommen, dass diese Selektivverträge außerhalb der KVen abgeschlossen wurden, abgeschlossen werden mussten? Sie bestehen immerhin auf einer gesetzlichen Grundlage. Es ist deshalb so weit gekommen, weil die KVen letztendlich sturmreif geschossen worden sind durch immer weiteres zentralistisches Durchregieren von Berlin aus. Sie sind sturmreif geschossen worden durch die Wegnahme von Kompetenzen, durch Eingriffe in die inneren Strukturen. Dann war dieser Schritt nur logisch, dass die Hausärzte das, was ihnen zugestanden wurde, auch ergriffen haben. Dagegen kann man überhaupt nichts sagen.

Dennoch ist es so, dass wir zu dem Ergebnis gekommen sind: Wir brauchen weiterhin ein stabiles Kollektivvertragssystem; ob mit der KV als Körperschaft oder anders, das bleibt dahingestellt. Diese Selektivverträge außerhalb des Kollektivvertragssystems KV sind ein Mittel, um die KV weiterhin zu schwächen. Der Appell geht also dahin, gegen eine weitere Zersplitterung vorzugehen und nicht weitere Selektivverträge zuzulassen, die das Volumen der KV weiterhin mindern. Wir brauchen im Gegenteil eine Stärkung der Selbstverwaltung vor Ort. Wir brauchen wieder mehr Regionalisierung, weg vom Zentralismus.

Herr Wagenknecht, das ist ja einer der Makel, die wir gespürt haben: Richtiges Verhalten vor Ort ist durch zentralistische Regelungen ins Gegenteil verkehrt worden. Deshalb der Appell zur Erhaltung eines starken Kollektivvertragssystems, gegen eine weitere Zersplitterung. So habe ich meine Unterstützung für den Vorstandsantrag verstanden. Ich bitte Sie, das einmal unter diesem Aspekt zu sehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Franz Bartmann. – Jetzt Frau Kollegin Mieke.

Dr. Mieke, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Viele meiner Vorredner, die hausärztlich tätig sind, fühlen sich in Ihrer Rede nicht vertreten, ja sogar angegriffen. Die Themen wurden ausreichend diskutiert. Das erinnert mich doch leider sehr an den vorjährigen Deutschen Ärztetag. Ich wurde heute von über 50 hausärztlichen Delegierten gebeten, einen nicht abgehandelten Punkt noch einmal zu erörtern. Dort haben sich die Hausärzte auch nicht ausreichend berücksichtigt gefühlt.

Folgende Resolution von 56 Delegierten wurde auf dem vorjährigen Ärztetag aus einem organisatorischen Missverständnis heraus nicht behandelt. Ich habe versucht, dass das wenigstens in das Wortprotokoll aufgenommen wurde, was am Anfang aber nicht ganz selbstverständlich war.

Ich möchte das hier noch einmal verlesen und bitte um Gehör:

> *Mit Befremden stellen die unterzeichnenden hausärztlichen Delegierten des 111. Deutschen Ärztetages fest, dass mehrheitlich Anträge abgelehnt wurden, die das Ziel hatten, die Stellung des Hausarztes/der Hausärztin im Gesundheitssystem zu stärken.*
>
> *Sie sehen sich somit in den Beschlüssen des Ulmer Ärztetages nicht ausreichend berücksichtigt.*

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als Nächster Herr Professor Sauermann aus Sachsen. Bitte.

Prof. Dr. Sauermann, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich stehe eigentlich voll zu dem Entschließungsantrag, schlage aber vor, dass wir zu Ziffer 7, die den stationären Bereich betrifft, doch noch ein paar Präzisierungen vornehmen. Wir haben dazu auch einen Antrag vorbereitet.

Ich glaube, dass in der Krankenhausfinanzierung bestimmte Bereiche schlecht abgebildet sind. Wenn Sie eventuell als leidtragender Arzt in eine Notfallaufnahme kommen und dort von ganz jungen Kolleginnen und Kollegen in Empfang genommen werden, oder aber wenn Sie als Sachverständiger Gutachten schreiben müssen, welche Pannen passiert sind, nur weil wir im Krankenhaus aus Gründen der Ersparnis unter Umständen unerfahrene Kolleginnen und Kollegen in der ersten Linie stehen haben, sollte klar sein, dass trotz dieses gewaltigen Begriffs „Krankenhausfinanzierungsreformgesetz“ mehrere Dinge auf der Strecke geblieben sind. Daher haben wir sieben Punkte vorgeschlagen, die in die Spezifizierung aufgenommen werden sollten, beispielsweise eine bessere Berücksichtigung der Ausbildung und der Weiterbildung, eine bessere Berücksichtigung der Morbiditätskriterien in den einzelnen Bereichen, weiterhin die Länderhoheit für die differenzierten Betrachtungen und dergleichen mehr.

Bitte beachten Sie, dass in dem Entschließungsantrag unter Ziffer 2 doch noch eine kleine Änderung vorgenommen werden muss. Dort ist zum Opt-out eine falsche Aussage hineingeraten. Wir ziehen sie zurück. Die Ausführungen in der Klammerbemerkung möchten wir nicht mit in den Antrag aufgenommen haben.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Teilen Sie das bitte noch mit, damit man uns eine Version vorlegen kann, die korrigiert ist, damit keine Irrtümer auftreten. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich weiß nicht, wie Sie es empfunden haben; für mich ist der Geist von Frau Schmidt, auch wenn sie nicht da gewesen ist, durch die Veranstaltung geweht. Das hat sich bei mir zum einen festgemacht an den Worten ihres Staatssekretärs, der eigentlich – auf Mecklenburgisch gesagt – erklärt hat: Et bliwt wie et bliwt, was bedeutet: Es ändert sich nichts.

Mein Eindruck macht sich aber auch an der jetzigen Diskussion fest, und zwar vor allen Dingen daran, dass die Saat, die Frau Schmidt schon vor Jahren aus-

gebracht hat, scheinbar aufgeht. Ich meine damit die Trennung zwischen Haus- und Fachärzten.

Herr Massing, ich kann Sie nicht verstehen. Ich kann nur die Worte meines Präsidenten wiederholen: Es geht auch anders. Man kann hausärztliche und fachärztliche Interessen in der KV integrieren. Man kann sie auch in der Kammer integrieren. Wir machen das vor. Wir geben zu: Wir sind eine kleine Kammer, gemessen an Westfalen oder Bayern oder Nordrhein. Das mag alles sein, aber es geht. Es kommt darauf an, wie man das Ganze vor allen Dingen in der Außenwirkung positioniert.

(Beifall)

Herr Professor Hoppe, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie heute die Priorisierung ein wenig als Provokation dargestellt haben, dass Sie auch die Etappen, die aus einer Provokation vielleicht eine Realität werden lassen, erläutert haben. Ich verweise auf die Worte, die der Kollege Hansen bezüglich der Praxisgebühr, mit der er ja auch sehr viel Ärger und Aufsehen erregt hat, in der Talkshow von Anne Will am vergangenen Sonntag gesagt hat. Da hat er nämlich auch klargestellt, dass man darüber nachdenken müsse, ob die Praxisgebühr überhaupt das ist, was sie sein sollte, nämlich ein Instrument zur Regulierung der Ausgaben im Gesundheitswesen. Da hat sie nämlich völlig versagt, und zwar dank verschiedener Rabattverträge, dank verschiedener Versichertenverträge, die die Versicherten bestimmter Kassen privilegieren. Diese Versicherten brauchen dann plötzlich keine Praxisgebühr mehr zu bezahlen. Damit ist das Ganze schon ad absurdum geführt worden.

Er hat auch klargestellt, dass er das für sozial Schwache überhaupt nicht will. Ich finde, solche Provokation muss manchmal sein.

Was für mich in dieser Talkshow auch noch anregend war – das möchte ich hier ausdrücklich in die Diskussion einbringen –: Die Hausärztin, die dort zu Wort kam, hat sich ganz klar für das Prinzip der Kostenerstattung ausgesprochen. Ich glaube, das ist der einzige Weg, der uns aus dem Dilemma führt. Es ist ein schwieriger, ein langer Weg. Wir müssen ihn wahrscheinlich gehen. Verstehen Sie das bitte durchaus auch als gewollte Provokation.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Schimanke. – Jetzt Frau Kollegin Haus aus Köln. Das liegt in Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Schimanke hat schon ganz viel von dem gesagt, was auch ich sagen wollte. Zunächst einmal möchte ich noch auf den Vormittag eingehen. Herr Ministerpräsident Beck ist hier – so habe ich es jedenfalls gesehen –, abgesehen davon, dass er der Landesherr ist, auch als Vertreter einer Politik erschienen,

die vom Gesundheitsministerium betrieben wird. Ich fand es schon bemerkenswert, dass er von den freien Verbänden sprach und dann in einem Atemzug die Körperschaften, nämlich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kammern, nannte. Es ist schon schwierig, mit solchen politischen Schwergewichten zu sprechen, wenn sie die Grundvoraussetzungen, die die Grundstrukturen unseres Gesundheitssystems darstellen, überhaupt gar nicht verstanden haben.

(Beifall)

Den zweiten bemerkenswerten Satz fand ich, dass er davon sprach, dass die Freiberuflichkeit des Arztes – ich weiß, wir haben dazu noch einen eigenen Tagesordnungspunkt, aber weil die Rede von Herrn Beck noch frisch im Gedächtnis ist, möchte ich das jetzt sagen – politisch überhaupt nicht infrage gestellt werde. Natürlich gebe es materielle Probleme. Wenn die materielle Situation der freiberuflich Selbstständigen durch gesetzliche Maßnahmen so zugespitzt wird, dann kann ich natürlich leicht sagen: Politisch haben wir gar nichts gegen euch, aber ansonsten trocknen wir euch aus. Das sind so Untergrundschwingungen, die mir sehr zu denken geben.

Noch ein Wort zur Priorisierung. Ich finde es ausgesprochen gut, dass dieses Thema aufgebracht wird. Sicherlich ist es im Moment in der Presse noch so, dass das Gegenteil dessen verbreitet wird, was eigentlich gemeint ist. Das ist aber ganz normal, das muss auch so sein. Es ist ganz ähnlich wie damals, als Professor Karsten Vilmar vom „sozialverträglichen Frühableben“ gesprochen hat. Natürlich haben die Ärzte das nicht gewollt, aber das Thema musste auf den Tisch, dass es eine Gefahr darstellt, wenn man keine visionären Ansichten hat, wie die zukünftige Gesundheitsversorgung aussehen soll.

Jetzt ist es ganz genauso: Wir sind die Propheten im Lande. Wir werden aber nicht gehört. Wir müssen rechtzeitig sagen: Wenn die Rationierung erst einmal um sich gegriffen hat, dass auch der Rest der jungen Kollegen aus dem Lande verschwindet, wenn die Krankenhäuser nur noch ganz vereinzelt existieren und sich vor allem um spezielle Krankheitsbilder kümmern, dann ist das Kind in den Brunnen gefallen. Also müssen wir jetzt von Rationierung und Priorisierung reden, aber nicht deshalb, weil wir das wollen – das ist überhaupt nicht unsere Aufgabe –, sondern weil wir die Gefahren aufzeigen müssen.

Noch ein letztes Wort zur Kostenerstattung, die in diesem Papier sicherlich nur sehr unterschwellig angeregt wird. Alle, denen das nicht gefällt, haben Gelegenheit, dem Antrag einzelner Mitglieder des Hartmannbundes zuzustimmen, in dem die Vorbereitung eines generellen Kostenerstattungsprinzips befürwortet wird. Bitte stimmen Sie für den Antrag.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Jetzt Herr Kollege Gramlich aus Bayern.

Dr. Gramlich, Bayern: Herr Präsident! Herr Dr. Crusius! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wehre mich nicht gegen Kollektivverträge. Ich bin aber auch für Selektivverträge dort, wo sie sich anbieten, beispielsweise dort, wo große Betriebe Betriebskrankenkassen vorhalten, beispielsweise Bosch, Siemens und Audi. Wir im Oberallgäu betreiben seit drei Jahren ein Pilotprojekt, ein Hausarztmodell nach § 73 c mit den Krankenhäusern, den Belegärzten an den Krankenhäusern und den Fachärzten unter Einbeziehung der Pflegebegleitung der Firma Bosch.

Dies führt zu einer Win-win-Situation für alle: am Entlasstag für das Krankenhaus, für den aufnehmenden Hausarzt und auch für die BKK Bosch, da durch die Pflegebegleitung immense Kosten eingespart werden. Der Hauptgewinner aber ist der Patient. Am Tag der Entlassung findet er zu Hause sein Krankenbett vor, seine Windeln, seinen Gehwagen, seinen Rollator. Er ist versorgt mit dem Pflegedienst.

Dieses Pilotprojekt hat sich so bewährt, dass es inzwischen in ganz Bayern angewendet wird. MEDI B in Baden-Württemberg hat diesen Vertrag übernommen und an allen Bosch-Standorten in den neuen Bundesländern kommt dieser Vertrag zur Anwendung.

Ich bitte Sie deswegen, dem Antrag des Kollegen Krombholz, Absatz 11 zu streichen, zuzustimmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Kollegin Martina Wenker. Bitte schön.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor Dietrich, es hat mich sehr gereizt, als Sie mit Recht die Situation unseres Nachwuchses in den Kliniken beklagt haben. Ich habe mir aufgeschrieben: militärischer Ton, Hierarchie, die Kollegen verlassen scharenweise das Land. Ich denke, sie verlassen nicht nur im stationären Sektor das Land, sondern ich glaube, es macht auch keinen Spaß mehr, im ambulanten Sektor tätig zu sein.

Sie haben – da sind wir völlig beieinander – Selbstkritik eingefordert. Ich möchte uns allen etwas Mut machen. In Niedersachsen gibt es einen kleinen Ort namens Brake. Nicht viele werden ihn kennen. In Brake gibt es ein Krankenhaus, das schon vor Jahren ein ganz fantastisches Teamarztmodell realisiert hat, wo die jungen Kollegen sehr früh in enger fachärztlicher Anwendung im Krankenhausalltag tätig sind. Dieses Krankenhaus kann sich vor Bewerbungen zwar nicht gerade nicht retten, aber es hat keine Probleme, Stellen nachzubesetzen.

Ich denke, wir sollten insgesamt mehr dazu übergehen, nicht nur zu klagen – Herr Professor Dietrich, Sie haben recht –, sondern wir sollten versuchen, ein positives Signal für unseren Nachwuchs auszusenden. Lassen Sie uns gemeinsam fair miteinander die Probleme anpacken, Teamarztmodelle vielleicht auch einmal über die Sektoren zu entwickeln. Ich glaube, darin könnte ein Teil der Lösung unserer Probleme in den nächsten Jahren liegen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Wenker. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Hoppe, Sie haben heute Vormittag eine richtige Rede in der richtigen Diktion mit dem richtigen Inhalt und, wie ich glaube, auch in der richtigen Zeit gehalten, nämlich in einer Zeit, in der die Angriffe auf die Ärzteschaft vielfältig sind. Wenn man Ihren Antrag „Prüfsteine“ liest, könnte man fragen, ob der Titel „Prüfsteine“ im Wahljahr richtig gewählt ist. Sind es tatsächlich Wahlprüfsteine?

Der volle Titel lautet: „Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik“. Ich erlaube mir so ein bisschen den Einwand: Man hätte an mancher Stelle tatsächlich etwas kreativer und vorausschauender auf die nächsten Jahre die eine oder andere Situation beschreiben können.

Sie haben das Thema Priorisierung angeschnitten. Ich frage hier durchaus selbstkritisch: Wenn die Ärzteschaft fordert, dass die Gesellschaft und vor allem die Politik zum Thema Priorisierung Stellung nimmt, an welchen Stellen priorisieren wir Ärzte selber, und zwar unser eigenes Handeln und darin, wie wir uns selber organisieren und wie wir selber wollen, dass unsere Patienten uns wahrnehmen, dass die Gesellschaft uns wahrnimmt?

Herr Bartmann hat vorhin in seinem Beitrag eine richtige Formulierung gebraucht: Die KVen sind sturmreif geschossen. Daran ist etwas Wahres. Bei diesem Sturmreif-geschossen-Sein kann man die Äußerungen der Allgemeinärzte durchaus nachvollziehen und verstehen, wenn sie sagen: Wir müssen unsere Interessen, unsere Ideen mit unseren eigenen Mitteln verfolgen, weil wir uns von einer derart sturmreif geschossenen KV nicht mehr so richtig vertreten fühlen. Nachvollziehen und wahrnehmen muss man das.

Die Hausärzte sollten sich nicht der Illusion hingeben, dass sie mit ihren Organisationen nicht als Nächste sturmreif geschossen werden und nicht als Nächste in die Mangel einer Politik der Rationierung und der Reduzierung der Geldzuflüsse geraten.

Ich habe in einem Antrag, der Ihnen nachher verteilt werden wird, um den Konflikt zu Ziffer 11 etwas zu entschärfen, die Idee entwickelt: Lassen Sie uns doch einmal darüber nachdenken, ob wir nicht im Sinne einer vorausschauenden und

zukünftigen Gesundheitspolitik uns auch Gedanken darüber machen könnten, die beiden Körperschaften zu einer großen und schlagkräftigen Körperschaft zusammenzulegen, die dann nicht mehr so leicht sturmreif zu schießen ist, wie das derzeit mit der KV und zukünftig vielleicht auch mit uns möglich ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Emminger. Das ist ein weitreichender Antrag. Darüber sollte man sehr gründlich nachdenken, weil damit die Bundespolitik in die KVen eingreifen könnte und das Bundesgesundheitsministerium dann gewisse Aufsichtsrechte hätte, von denen wir uns nicht immer so schrecklich viel versprechen. – Die nächste Rednerin ist die Vizepräsident der Ärztekammer Bremen, Frau Dr. Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Krankenhausärztin – übrigens in Ausübung eines freien Berufs – bin ich doch ein bisschen entsetzt über den Verlauf der Diskussion hier. Herr Professor Hoppe hat das Thema Priorisierung versus Rationierung angestoßen, und zwar ganz bewusst, weil er wollte, dass in der öffentlichen Diskussion für Furore gesorgt wird und endlich auf unsere Not aufmerksam gemacht wird. Als Krankenhausärztin erlebe ich genauso wie wahrscheinlich Sie alle hier im Saal und alle Kolleginnen und Kollegen im Lande in Praxis und in Klinik tagtäglich und zunehmend die Rationierung, die ungehemmt, ungeregelt, schleichend und heimlich und jetzt immer offener zutage tritt.

Und was machen wir hier? Wir diskutieren darüber, wie man den Versorgungsvertrag hier ändern kann, Gruppen hier und Gruppen da. Das ist doch Quatsch!

(Beifall)

Die Not ist überall und wird nicht dadurch gelindert, dass man guckt, wo man dem anderen in die Tasche langen kann. Wenn irgendwo ein Versorgungsvertrag gut funktioniert, dann doch nicht deswegen, weil ein neuer Vertrag geschlossen wurde, sondern deshalb, weil im Moment einmal ausreichend Gelder dorthin fließen, die woanders fehlen.

Das kann nicht die Lösung sein. Ich möchte an dieser Stelle dringend appellieren: Kommen Sie zum Thema zurück, reden Sie offen darüber, dass in dieser Gesellschaft rationiert wird. Es ist so wichtig, dass deutlich wird, dass den Bürgern Gesundheitsleistungen vorenthalten werden, die ihnen eigentlich zustehen. Es ist nämlich nicht so, dass noch immer das medizinisch Notwendige geleistet werden kann. Durchs Rost fallen die sozial Bedürftigen, das sogenannte Prekariat.

Herr Professor Hoppe, mich hat in dieser unsäglichen Talkshow, die ich mir genehmigt habe, sehr entsetzt, dass die Journalistin sehr süffisant lächelnd die kleinen Filmchen begleitet hat, wo genau dieses Problem so offen zutage trat.

Sie lächelte über den Mann, der sich die Currywurst reinschob und sagte: Ich zahle dauernd in die gesetzliche Krankenversicherung ein, da darf ja auch mal was bei rauskommen. Ich sitze derweil vor dem Bildschirm und weiß genau: Die Zeit, die für die Versorgung dieses Problems in der hausärztlichen Praxis in der Bundeshauptstadt vorhanden sein müsste, ist gar nicht da, um das Problem nachhaltig zu lösen.

Herr Professor Dietrich, ich möchte Ihnen den Zusammenhang zwischen der Autoindustrie und den fehlenden Geldern für die Versorgung bei uns ganz gern erklären. Wir fordern seit Jahren, dass Gelder in die Hand genommen werden müssen, um endlich die Finanzierung im Gesundheitssystem nachhaltig umzustellen, dass sie für die kommenden Generationen ausreicht. Nichts ist passiert. Aber mit einem Handstreich werden Milliarden in die Schrottpresse der Autoindustrie gepumpt, obwohl eigentlich klar ist, dass das schon seit Jahren keine Wachstumsindustrie mehr sein kann. Die Wachstumsprognosen für die Autoindustrie sind marginal; die Wachstumsprognosen für das Gesundheitswesen sind exorbitant.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sehr gut! Vielen Dank, Frau Gitter. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Rettkowski aus Niedersachsen. Bitte schön.

Rettkowski, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Hoppe! Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich will mich ganz kurz fassen. Ich will zwei Sätze zu meiner Vorrednerin sagen, der ich nur absolut zustimmen kann: Die Rationierung ist da und sie wird auf dem Rücken der Beschäftigten im Gesundheitsbereich allgemein ausgetragen, nicht nur in unserem ärztlichen Bereich. Es ist noch schlimmer im Bereich der pflegenden Berufe.

Ich möchte ein kleines Statement zur Gesundheits- und Sozialpolitik abgeben, nicht zum ärztlichen Bereich. Ich habe keine Lust mehr, irgendetwas zum hausärztlichen und fachärztlichen Bereich zu sagen. Wir haben ein Problem, das wir der Politik klarzumachen versuchen sollten, und zwar heute und nicht erst in zehn Jahren: Wir alle wissen, dass wir heute unter finanziellen Problemen leiden, weil die Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung nicht mehr die erforderlichen Zahlungen abdecken. Wir alle wissen, dass sich dieses Problem in den nächsten 10, 20, 25 Jahren um ein Vielfaches verschärfen wird. Heute müssen drei Beitragszahler einen Rentner versorgen. In 25 Jahren ist das Verhältnis 1 : 1. Wir haben heute einen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 15,5 Prozent. Bei dem vorhandenen medizinischen Fortschritt beispielsweise bei künstlichen Hüften, beim Herzen, bei den Nieren werden wir zukünftig einen Beitragssatz zwischen 30 und 40 Prozent haben müssen, damit die Kosten bezahlt werden können. Worüber reden wir jetzt eigentlich? Wir beuten uns heute aus und versuchen der Politik irgendwohin zu kriechen und ihr zu

sagen: Wir tragen dieses und jenes mit, wir machen diese und jene Versorgung.

Das ist doch alles Augenwischerei. Wir können es eh nicht bezahlen. Das müssen wir heute klarmachen. Das müssen Sie, lieber Herr Hoppe, der Politik heute klarmachen. Sie müssen ihr sagen: Wir brauchen heute 10 Prozent, weil 30 Prozent von uns bezahlt werden und nicht von der GKV. Wir können das zwar weiterhin so tun und uns ruinieren, aber wir werden es nicht überleben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das werden wir machen. – Das Wort hat jetzt Herr Kollege Fuchs aus Niedersachsen.

Dr. Fuchs, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich schließe an den letzten Satz des Kollegen Fresenius an, der beklagte, dass wir Ärzte berufsordnungswidrig kostenlos handeln. Ich muss das korrigieren: Wir arbeiten nicht kostenlos, wir machen täglich Kosten, wir bekommen nur kein Honorar. Deswegen stört mich auch unter Ziffer 15 des Leitantrags das Wort „Kostenerstattung“, auch wenn im folgenden Text auf die zu novellierende GOÄ vertröstet wird. Die Kostenerstattung ist an diesem Punkt nicht das richtige Wort. Wir wollen die Kosten und das Honorar haben. Deswegen bin ich für das Wort „Direktabrechnung“. Ich will nämlich nicht nur die Kostenerstattung.

Ich darf noch darauf hinweisen: Wir als Ärzte machen die GOÄ nicht. Wir haben eine geringe Einwirkungsmöglichkeit. Bei der GOÄ handelt es sich um eine vom Staat erlassene Gebührenordnung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Hier heißt es aber „Kostenerstattungsprinzip“. Das ist ein Terminus technicus. Insofern müssten wir ihn wohl auch verwenden, sonst verstehen uns andere Leute nicht. – Der nächste Redner ist der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Herr Kollege von Knoblauch. Bitte.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will auf zwei andere Punkte in dem Antrag 1 hinweisen, bei dem es um Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik geht. In Ziffer 8 ist im Prinzip alles erläu-

tert. Von hier muss ein deutliches Signal ausgehen, dass nicht sein kann, dass die Weiterbildung nicht mehr der Zugang zur Erbringung ärztlicher Leistung ist. Wir müssen ganz eindeutig darauf bestehen, dass das, was wir uns in der Weiter- und in der Fortbildung an Fähigkeiten angeeignet haben, den Patienten ohne weitere Barrieren zur Verfügung steht. Das darf nicht durch andere Gesetze ausgehebelt werden, sodass wir uns mit zusätzlichen neuen Qualifikationen, die mit der Weiterbildung an sich nichts zu tun haben, dafür bewerben müssen.

Mein zweiter Punkt ist hier nicht als eigener Punkt aufgezählt, wurde vorhin aber schon einmal erwähnt. Die palliativmedizinische Versorgung ist eine unserer wichtigsten Aufgaben. In vielen Kulturen genießen Schwerstkranke, Alte und Behinderte besondere Zuwendung. Es ist also ein gesamtgesellschaftliches Problem, hier für eine vernünftige Versorgung verantwortlich zu zeichnen.

Glücklicherweise ist dieser Anspruch noch einmal gesetzlich verankert worden. Wir begrüßen, dass die Versorgung durch Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung langsam in Fahrt kommt. Das reicht aber nicht. Wo geschieht denn die tägliche Versorgung der Schwerstkranken, Alten und Behinderten? Das geschieht dort, wo man in der Basis die hausärztliche Versorgung vorfindet, die Versorgung durch spezielle Fachgebiete, die ihre Patienten bei ihren speziellen Erkrankungen täglich betreuen.

Deshalb muss hier unterstützend eingegriffen werden. Es reicht nicht, dass wir die bisherigen Versorgungsschienen nur einfach weiter so akzeptieren. Wir müssen dafür sorgen, dass der gesetzliche Auftrag von denen erfüllt werden kann, denen dafür die Mittel zur Verfügung gestellt werden. Das geschieht in der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Es sollte von diesem Ärztetag ein entsprechendes eindeutiges Signal ausgehen.

Ich bedanke mich bei Ihnen fürs Zuhören.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr von Knoblauch. – Der nächste Redner ist Rudolf Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe mich zu Wort gemeldet, weil ich zu ein paar Punkten eine kurze Bemerkung machen will.

Der erste Punkt: Ich finde diese polemische Zuspitzung richtig – Monti hat davon gesprochen –, was das Verhältnis zwischen der Bankenwelt und dem Gesundheitswesen angeht. Ich will trotzdem nur darauf hinweisen, dass wir natürlich alle am Tropf des Erfolgs der allgemeinen Wirtschaft hängen. Das Gesundheitswesen in Deutschland und in jedem anderen Staat der Welt wird nur so viel leisten können, wie die Wirtschaft leisten kann. Es nützt keinem Organismus etwas, wenn das Herz stehen bleibt, man aber an anderer Stelle ein nicht vitales Organ konserviert und rettet.

Deswegen muss man sich darüber im Klaren sein, dass es bei den Bemühungen um die Rettung jedenfalls bestimmter systemwichtiger Banken nicht darum

geht, eine Alternative herzustellen, sondern um eine Voraussetzung dafür, dass eine Volkswirtschaft in Gang bleibt, die halt auch über die Kreditfinanzierung funktioniert. Kein Mensch hat etwas davon, wenn die Kommunalobligationen und die Pfandbriefe, über die wir uns zum Teil auch in den Versorgungswerken finanzieren, alle notleidend werden. Das wäre der Fall, wenn bestimmte Banken zusammenbrächen.

Ich finde, wir sollten der Politik das Signal geben, dass wir natürlich ein großes Interesse am wirtschaftlichen Erfolg unseres Landes haben und dass wir da keinen Gegensatz zwischen den Ärzten und den Bürgern sehen, weil wir natürlich auch kein Interesse daran haben können, dass die Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung wächst, und dergleichen.

Die zweite Bemerkung, die ich gern machen möchte: Ich sehe die Politik in der zentralen Verantwortung für das Versicherungsversprechen. Die Politik muss definieren, welches Versicherungsversprechen gilt. Jeder Versicherte hat ein Recht darauf, zu wissen, worauf er sich in der gesetzlichen Krankenversicherung verlassen kann und wofür er zusätzlich vorsorgen muss. Jörg Hoppe hat recht, wenn er an die Plakate „Die Rente ist sicher“ erinnert. Heute haben wir die Riester-Rente als ein ergänzendes freiwilliges Modell mit steuerlicher Förderung.

Das ist der Grund, warum ich sage: Wenn wir sehen, dass in der Zuverlässigkeit des Versicherungssystems eine Erosion eintritt, brauchen wir auch im Gesundheitswesen eine Zusatzvorsorge, die möglich ist, die dann steuerlich auch so gefördert werden muss, wie beispielsweise die Riester-Rente gefördert wird. Sonst ist das unehrlich gegenüber denen, die sich eine zusätzliche Vorsorge schaffen müssen.

Die Kollegen haben recht, die sagen: Da spielt auch das Krankenhaus eine große Rolle. 85 Prozent der Krankenhausärzte – so war es im Oktober im „Deutschen Ärzteblatt“ nachzulesen – und 63 Prozent der niedergelassenen Ärzte führen Klage darüber, dass die Zeit, die sie den Patienten widmen können, nicht reicht: nicht reicht in der Versorgung, nicht reicht in der Beratung. Ich nenne das Rationierung!

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Rudolf Henke. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Conrad aus Hessen.

Dr. Conrad, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Dieses Gesundheitswesen hat in den letzten 20 Jahren 15 Gesetzesveränderungen über sich ergehen lassen müssen. Die 16. steht vor der Tür. Es ist ganz klar, dass das, was zurzeit bei den Regelungen passiert, eine Geschwindigkeit annimmt, dass wir es kaum schaffen. Langsam liegt die Haltbarkeit von Richtlinien unterhalb der Haltbarkeit eines Jo-

ghurts. Ich sage Ihnen eines: Wenn das mit dieser Geschwindigkeit weitergeht, werden wir Ärzte in die innere und wahrscheinlich auch in die äußere Emigration gehen.

Aber die Körperschaften müssen sich ein bisschen auch an den eigenen Kragen fassen: Die Körperschaften waren in diesem System nicht die Heilsbringer. Gestern hat Herr Köhler von der KBV gefordert: Allein die Zentralisierung ist das einzige Heilmittel. Herr Bartmann hat eben gesagt: Gerade die Zentralisierung durch die Politik ist das Schlechte, wir brauchen mehr Regionalisierung.

Morgens bietet uns Herr Köhler die Forderung nach einer Einzelleistungsvergütung an, unbegrenzt; nachmittags präsentiert er uns eine Honorarverteilung, die kaum einer versteht. Das ist Chaos pur in diesem System.

(Beifall)

Jetzt kommt Herr Henke und ruft nach der Politik. Das haben heute mehrere Redner getan: Sie haben nach der Politik gerufen. Dann schreibt die Politik § 73 b und alle wollen plötzlich nicht mehr die Politik haben. Plötzlich ist das verkehrt, wenn die Politik was macht. Die Politik hat natürlich § 73 b geschrieben. Sie können selbstverständlich fordern, sie solle ihn wieder abschaffen. Aber er steht.

Ich sage Ihnen eines: Wir als Hausärzte wären dumm genug, wenn wir diese Chance nicht ergriffen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Schuch aus Bayern.

Dr. Schuch, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Mein Vorredner hat gerade davon gesprochen: Chaos pur im System. Ich frage mich, welchen Eindruck wir als Ärzteschaft heute Nachmittag gegenüber der Presse abgeben.

(Vereinzelt Beifall)

Ich habe meine Zweifel, ob wir so richtig zielführend und weiterbringend in unseren Diskussionen wirken. Es gibt eben sehr unterschiedliche Meinungen.

Ich möchte Sie sensibilisieren für den Antrag I-03, in dem ich über Vorgänge berichte, die wir in Bayern erlebt haben. Wir haben gesehen, dass unser System ganz erheblich im Wandel begriffen ist. Das wissen wir, das haben wir gehört, wir spüren es. Nicht wir alleine spüren es, sondern ganz erheblich spüren es unsere Patienten. Mein Vorredner sprach gerade von 15 Reformen und davon, dass jetzt die 16. kommt. Im Rahmen dieser ständigen Veränderungen entwickeln wir kein System, mit dem wir eine solidarische Patientenversorgung verwirklichen, sondern Jahr für Jahr entstehen neue Konflikte. Heute Nachmit-

tag erleben wir Konflikte innerhalb der Ärzteschaft, die wir vermeiden sollten. Aber es bestehen auch Konflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen, zwischen Arzt und Patient, weil letztlich unausgesprochen sicher die eine oder andere Rationierung stattfindet.

Ständig müssen wir uns immer mehr dafür rechtfertigen, dass wir überhaupt noch kranke Menschen behandeln. Das kann es nicht sein. Es ist wirklich ein Skandal und abzulehnen, wenn Krankenkassen das Kassenvertragsarztrecht dazu nutzen, um Ärztinnen und Ärzte mundtot zu machen, und sie mit dem Kassenentzug bedrohen und dieses Verfahren einleiten, ohne dass die Kolleginnen und Kollegen die Zeit bekommen, dazu Stellung zu nehmen.

Letztlich ist dies auch ein Ausdruck blankliegender Nerven und einer völlig verfehlten Gesundheitspolitik, die nicht nur uns Ärzte bedroht, sondern auch unsere medizinischen Assistenzberufe. Ich denke, die Tatsache, dass die Gesundheitsministerin heute bei der Eröffnung nicht anwesend war, zeigt, dass die Gesundheitspolitik am Ende ist und keine Antworten mehr auf die aktuellen Probleme und Anliegen hat. Entsprechend brauchen wir hier eine neue Politik und eine neue solidarische Zukunft unseres Systems. Ich bitte Sie, dem Antrag I-03 zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schuch. – Jetzt kommt Herr Zimmermann aus Niedersachsen zu Wort.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn man die Botschaft des Staatssekretärs von heute Morgen ein bisschen verkürzt darstellen will, kann man dazu Folgendes sagen. Sie war doch in dem Sinne: Was regt ihr euch eigentlich alle so auf, wir sind doch auf einem guten Weg. Na klar, es gibt noch so ein paar kleine Probleme, aber lasst uns mal machen, das wird schon!

Es wird eben nicht in Zeiten der Rationierung. Ich glaube, wir sollten alle sehr dankbar dafür sein, dass Professor Hoppe dieses Thema in dieser Art und Weise öffentlich gemacht hat. Bislang haben wir es immer auf Ärztetagen diskutiert. Ganz schnell mündete diese Diskussion in innerärztliche Streitereien. Wir sind schon wieder dabei, diesen Weg zu gehen.

Nein, das kann nicht der Weg der Zukunft sein. Die Rationierung ist da, sie wird bei der gegebenen demografischen Situation wahrscheinlich stärker zunehmen. Wir müssen uns ihr stellen, und zwar als Gesellschaft. Nicht die Politik wird die Lösungen finden. Ich glaube, das ist der falsche Weg. Die Politik muss nachher entscheiden – das ist richtig –, aber die Gesellschaft, alle Mitbürgerinnen und Mitbürger in diesem Lande, wir selber, müssen in eine Diskussion eintreten – andere Länder haben uns vorgemacht, dass das durchaus machbar ist –, die Themen Priorisierung, Rationierung, Verteilung der Mittel offen, transparent und

ehrlich diskutieren und nicht immer in diese Falle laufen, die die Politik gerade in diesem Wahljahr wieder aufmacht: Es ist doch alles möglich, die Ärzte kriegen sogar noch viel mehr Geld und schreien trotzdem immer nur. Der Schwarze Peter liegt bei uns.

Das ist nicht der richtige Weg. Lassen Sie uns den Weg der Politisierung der Diskussion weitergehen. Wir wollen versuchen, dass die Ärzteschaft endlich einmal sagt: So nicht, liebe Politik! Die Wähler haben ein Anrecht auf eine ehrliche Diskussion, denn sie werden letztendlich als unsere Patientinnen und Patienten die Rationierung am eigenen Leibe erfahren.

Deswegen müssen wir diese Diskussion, wie sie angestoßen ist, sehr viel offensiver, sehr viel geschlossener und sehr viel ehrlicher führen. Wir dürfen uns nicht wieder in innerärztliche Verteilungskämpfe begeben.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zimmermann. – Der nächste Redner ist Herr Scholz. Er kommt aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr verehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Geht es Ihnen nicht auch so, dass elementare Leistungen, die Sie als Arzt erbringen sollen, überhaupt nicht mehr abgebildet sind? Wahrscheinlich bin ich nur zu dämlich, im DRG-System die Ziffer zur Abrechnung des Gesprächs mit dem Patienten zu finden. Ich habe dort bis heute nicht gefunden, dass ein ärztliches Gespräch abrechenbar ist.

Auch im niedergelassenen Bereich haben Sie dieselben Probleme. Erklären Sie Ihrem Patienten einmal, wieso Sie bei einer Flatrate von 12, 13 oder 14 Euro im Monat nicht die Zeit haben, eine halbe Stunde mit ihm zu diskutieren oder bestimmte Dinge zu besprechen.

Das sind doch die Dinge, die unanständig sind, die wir aufgezwungen bekommen und gegen die wir uns wehren sollten!

(Beifall)

Aber müssen wir uns nicht auch ein wenig an die eigene Nase fassen, sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich? Sobald ein Politiker hochgestochener Art kommt, wird er zuvorkommendst behandelt. Warum bekommt er nicht die Dosis, die ein GKV-Patient bekommt? Dann wäre ruckzuck Schluss mit diesen Kaspereien, die wir dort haben. Aber nein, der wird ja hofiert bis hinten gegen.

Wenn wir es endlich schaffen würden, den Patienten klarzumachen, dass bestimmte Dinge, die die Patienten tun, auch nicht gehen, wäre auch schon viel gewonnen. Um die Praxisgebühr, die Sie erheben müssen, beneide ich Sie in

keinster Form. Verhindert sie denn, was sie verhindern soll, nämlich das Hopping von einem Arzt zum anderen? Nein, sie verhindert das auch nicht wesentlich oder in elementarer Form, weil der Patient, der Doktor-Hopping betreibt, eben pro Quartal die 10 Euro bezahlt oder zu den 40 Prozent gehört, die sowieso befreit sind.

Auch darauf muss einmal der Finger gelegt werden; denn der Kollege, der einen solchen Patienten ursprünglich behandelt hat, hat sich ja meistens etwas dabei gedacht, wie er ihn zu behandeln hatte und warum er ihm bestimmte Dinge nicht mehr verschreibt, wobei natürlich das Volumen ausgedehnt wird, wenn der Patient zum zweiten oder dritten Kollegen geht. Ich finde, hier sollten wir die Öffentlichkeit und die Patienten entsprechend informieren, dass jeder dazu beitragen kann, dass mehr Leistungen verfügbar wären, wenn diese Dinge nicht falsch liefen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Scholz.

Bevor wir zur Abstimmung kommen, gibt es noch zwei Wortmeldungen. Die erste kommt von Herrn Wagenknecht. Bitte.

Wagenknecht, Niedersachsen: Ich habe das tiefe Bedürfnis, noch etwas anzusprechen, was auch zum Tagesordnungspunkt „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ gehört. Wir haben aber noch nicht so richtig viel darüber gesagt. Ich meine die unglaubliche Dimension der Krise der Wirtschaft in der ganzen Welt, in Europa, insbesondere in Deutschland. Wir erleben momentan, dass sich Wirtschaftszweige gegenseitig abwürgen. Erst ist die Wirtschaft kaputt, das Industrieunternehmen, der Dienstleistungsbetrieb, der hinten dranhängt. Und wir in unserem Gesundheitswesen? Wir sind doch eigentlich ganz fein raus. Unser Fonds, der Gesundheitsfonds, verhindert, dass wir an diesem Abstieg teilhaben. Er ist nämlich sicher vor der Wirtschaftskrise. In dem Moment, da die Mittel, die durch Beitragseinnahmen fließen, ausbleiben, muss der Staat einspringen. Ehrlich gesagt: Mir ist es völlig egal, woher der Staat dieses Geld nimmt. In dem entsprechenden Gesetz heißt es: Der Staat schießt nach und füllt den Fonds auf.

Das ist schön. Wir müssen uns keine Gedanken darüber machen, woher dieses Geld kommt. Aber wir haben einen Zuwachs im Rahmen der Honorarreform im ambulanten Bereich. Die Krankenhäuser haben auch irgendwo Zuwächse. Diese sind vielleicht alle nicht ausreichend. Ich glaube aber doch, dass wir als Leistungserbringer im GKV-System, von dem wir alle leben – sowohl die Krankenhausärzte als auch die niedergelassenen Ärzte, die Psychotherapeuten usw. –, eine Verantwortung für diese Gesellschaft haben. Ich sehe schon mit großer Sorge die Gruppen, die im Partikularinteressengeplänkel mit einem Arbeitsplatzabbau drohen. Das finde ich in der heutigen Zeit unanständig.

Ich würde mir wünschen, dass wir uns unserer Verantwortung bewusst werden und gerade in der heutigen Zeit darauf achten, dass wir, wenn wir Zuwächse haben, diese in die lang ausstehenden Investitionen stecken, dass wir sagen: Wir sichern die Arbeitsplätze in unseren Krankenhäusern und in unseren Praxen.

Ich glaube, in dieser Zeit ist es auch wichtig, dass wir nicht nur jammern und zanken und den Politikern eins um die Ohren hauen, sondern dass wir unseren wichtigen Teil der Wirtschaftskraft unseres Landes – Herr Professor Hoppe, Sie haben gesagt, wie viel Prozent es ausmacht – aus eigener Kraft ein bisschen anstoßen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wagenknecht. – Jetzt noch einmal Herr Schimanke. Bitte.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Dass ich überhaupt noch einmal hier stehe, hat etwas mit der Redezeitbegrenzung zu tun. Die drei Minuten vorhin haben leider nicht ausgereicht.

Ich möchte noch zwei Bemerkungen anschließen, die sich eigentlich ein bisschen aus dem ergeben, was ich gesagt habe. Die eine Bemerkung richtet sich ausdrücklich an den Kollegen Dietrich aus Bayern. Ich finde es völlig unangemessen, dass er die Priorisierung, die Professor Hoppe in die Diskussion geworfen hat, hier als Alibifunktion für überzogene Abrechnungen von IGeL-Leistungen bezeichnet hat. Das eine hat mit dem anderen überhaupt nichts zu tun. Das lässt sich auch nicht so verstehen. Selbst bei böswilligem Verständnis lässt sich das nicht so verstehen.

(Vereinzelt Beifall)

Das Zweite ist: Ich möchte ausdrücklich noch einmal dafür plädieren – insofern freue ich mich, dass ich der Letzte auf der Rednerliste bin –, den 11. Absatz im Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer so anzunehmen, wie er ist. In meinen Augen lässt er alles zu. Er lässt zu, dass es weiterhin Selektivverträge gibt, aber er unterstreicht die Priorität von Kollektivverträgen. Er unterstreicht damit die Notwendigkeit eines geschlossenen Auftretens der Ärzteschaft.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt hat sich noch der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe gemeldet, Herr Kollege Windhorst. Bitte.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Punkt 11 regt ein bisschen zu Gedanken an, die einfach nicht dahinterstecken. Wir wollen von der Bundesärztekammer aus keine Hausarztverträge oder die HzV-Verträge kritisieren oder einschränken. Wir wollen die Selektivverträge stoppen. Warum? Es kann nicht angehen, dass in der Privatversicherung, bei der GOÄ über die Öffnungsklausel Selektivverträge entstehen. Da gibt es in der Ärzteschaft Gewinner und Verlierer, die völlig zufällig entstehen. Sie haben überhaupt keine Möglichkeit, da einzusteigen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Ersatzkassen werden Selektivverträge mit einem Stamm angenäherter Ärztinnen und Ärzte abschließen. Das dürfen wir nicht machen, dass wir das Entstehen von Gewinnern und Verlierern unterstützen. Bitte denken Sie daran: Wenn Sie Ziffer 11 komplett streichen, haben wir das Problem der Selektivverträge nicht vom Tisch. Ich bitte Sie: Lassen Sie Ziffer 11 zu. Die hausarztzentrierten Verträge haben damit nichts zu tun. Das ist aus dem Text auch ersichtlich.

Der Sicherstellungsauftrag gehört auf jeden Fall nicht in die Hand der Politik, gehört auf jeden Fall nicht in die Hand der Kassen. Dann haben wir noch die KVen. Wir haben also eine gute Form der Arbeitsteilung. Deswegen kann ich dem Antrag von Herrn Emminger nicht folgen, dass wir das noch in die Kammer packen wollen. Wir sollten uns nicht durch eine solche Art des Arbeitens zusätzlich belasten. Wir haben genug zu tun, wir brauchen nicht noch die Monetik zusätzlich. Bitte lehnen Sie diesen Antrag von Herrn Emminger hinsichtlich der Zentralisierung ab.

Vielen Dank, dass Sie mir noch zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das hat Herrn Kollegen Krombholz auf den Plan gerufen. Er hat das Recht, jetzt noch zu sprechen. Bitte schön.

Dr. Krombholz, Bayern: Danke, Herr Präsident. – Wenn so für die Abschaffung des § 73 c gesprochen wird, muss man noch einmal dagegenhalten. Diese Paragrafen schaffen die Möglichkeit, neue Leistungen direkt mit denen, die sie bezahlen, strukturell gesehen zu organisieren. Wenn Sie die Kraft haben, ein Angebot zu machen, dann wird die Gesellschaft das nutzen, dann werden es die Kassen nutzen. Wenn Sie kein Angebot haben, wird es die Gesellschaft eben nicht mehr nutzen. Das ist der Witz dieser Paragrafen.

Es ist schon richtig, dass es möglicherweise einige gibt, die keine Angebote machen können. Wenn Sie so einer sind, dann trifft es Sie. Aber wenn Sie kein solcher sind, dann haben Sie die Chance, Ihre Möglichkeiten der medizinischen Tätigkeit zu verhandeln. Das konnten die Hausärzte zumindest in den KVen nicht mehr. Deshalb muss Ziffer 11 aus diesem Antrag heraus.

Danke.

(Beifall – Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich hoffe, dass wir jetzt nicht alle auseinanderfliegen, weil dies wohl das besonders kribbelige Thema der ganzen Unternehmung ist. Wir werden das durch Abstimmung regeln und sehen, was dabei herauskommt.

Wenn keine weiteren Wortmeldungen mehr vorliegen, werden wir jetzt in die Abstimmungsprozedur eintreten. Ich bitte Sie, den Antrag I-01 zur Hand zu nehmen. Zunächst aber kommen wir zum **Antrag I-01 c.** Der erste Teil dieses Änderungsantrags betrifft die erste Seite. Der Antragsteller, Herr Dr. Benninger, möchte gern, dass im vierten Absatz ab der fünften Zeile der Text gestrichen wird, also von „Dabei drückt die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus“ bis „Kapitaltransfer oder Inflation“. Dr. Montgomery hat dagegengesprochen, Herr Dr. Benninger dafür. Jetzt können wir in die Abstimmung eintreten. Sie wissen, was gemeint ist. Es geht um die Ansicht, die Finanzkrise habe in diesem Antrag nichts zu suchen.

Wer möchte diesen Text streichen? – Wer ist dafür, dass dieser Text nicht gestrichen wird? – Das ist die Mehrheit. Enthält sich jemand? – Einige Enthaltungen. Dann bleibt dieser Text bestehen.

Wir kommen zu Ziffer 5 „Stärkung ärztlicher Freiberuflichkeit statt Kommerzialisierung“ auf Seite 3. Dazu liegen zwei Anträge vor, nämlich zum einen der zweite Teil des Antrags 01 c und der Antrag 01 e. Zuerst müssen wir über den **Antrag 1-01 e** abstimmen, weil „muss“ in „soll“ umgewandelt werden soll. „Soll“ bedeutet im juristischen Sinne, wie ich glaube: Es muss so sein, es sei denn, es gibt gute Gründe, es nicht zu machen. Bei „muss“ gibt es kein Vertun, das muss halt so geschehen. Wer stimmt dem Antrag 01 e zu, das Wort „muss“ in das Wort „soll“ umzuwandeln? – Wer möchte das nicht? – Das ist wieder die Mehrheit. Damit ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum zweiten Teil des Antrags 01 c. Hier geht es, wie der Antragsteller selber gesagt hat, um eine sprachliche Verbesserung. Danach soll der letzte Satz von Ziffer 5 lauten:

> *Darüber hinaus fordert der Deutsche Ärztetag, dass auch angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) weisungsfrei in medizinisch-fachlichen Angelegenheiten bleiben müssen.*

Der Begriff „Weisungsungebundenheit“ soll also ersetzt werden. Der Antragsteller meint, das sei sprachlich besser. Das kann man so sehen. Wer möchte dem

zweiten Teil des Änderungsantrags 01 c zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann wird diese Formulierung gewählt.

Damit kommen wir zum **Antrag I-01 d,** den wir als Vorstand der Bundesärztekammer übernehmen. Statt „DRGs“ soll „Basisfallwerte“ geschrieben werden. Das ist kein Problem. Sind alle Vorstandsmitglieder einverstanden? – Gut. Dann brauchen wir darüber nicht abzustimmen, sondern dann ist das so geschehen.

Damit kommen wir zur Ziffer 11; der ist jetzt zwiebelig. Wir kommen zunächst zu den **Anträgen I-01 a und I-01 b.** Die beiden Anträge sind inhaltsgleich: Ziffer 11 soll gestrichen werden. Ich bitte die Zähler auf die Plätze. Wir wollen das von vornherein zählen, damit wir da klare Verhältnisse haben. Das ist wichtig.

Wer stimmt den Änderungsanträgen 01 a und 01 b zu, die Ziffer 11 ganz zu streichen? Wer möchte das befürworten? – Wer möchte diese Ziffer stehen lassen? – Das sind mehr. Aber ich möchte die Zahlen haben. Das ist wichtig, das ist sehr wichtig. – Enthaltungen? – Einzelne. Der Antrag ist **abgelehnt** mit 163 Stimmen. 52 haben sich entschieden, den Antrag anzunehmen. 163 möchten den Antrag ablehnen und damit Ziffer 11 stehen lassen.

Es gibt zu Ziffer 11 einen weiteren Änderungsantrag, nämlich den **Antrag I-01 g.** Das Thema soll dadurch weiterverfolgt werden, dass die Körperschaften zusammengelegt werden. Wer möchte statt des Textes in Ziffer 11, den Sie gerade mit Mehrheit befürwortet haben, den Text des Antrags 01 g befürworten? Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **abgelehnt.** Der Text bleibt so, wie er jetzt ist.

(Vereinzelt Beifall)

Wir fahren fort mit Seite 6. Dazu gibt es den **Antrag I-01 f.** Danach soll der Gesundheitsfonds abgeschafft werden, statt ihn grundsätzlich neu zu überdenken. Das hat Frau Dr. Mahn beantragt. Wer möchte den Gesundheitsfonds abschaffen? – Wer möchte die Formulierung so lassen, wie sie hier steht, nämlich: „Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken“? – Wir wiederholen die Abstimmung. Wer möchte den Text im Sinne von Frau Dr. Mahn ändern, dass der Gesundheitsfonds abgeschafft werden soll? – Wer möchte die Formulierung, die jetzt hier steht, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken, stehen lassen? – Das ist die Mehrheit. Jetzt ist es klar. Wer möchte sich enthalten? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Änderungsantrag **abgelehnt.**

Damit haben wir alle Änderungsanträge zum **Antrag I-01** behandelt und können in die Abstimmung zum Gesamtantrag eintreten. Ich frage: Wer stimmt dem Antrag I-01, vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt, in der jetzt erarbeiteten Fassung zu? – Wer ist dagegen? – Zahlreiche Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit sehr großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Vielen Dank.

(Beifall)

Jetzt haben wir Prüfsteine, die wir zu Wahlprüfsteinen weiterentwickeln werden.

Wir kommen zur Abstimmung über den **Antrag I-02** von Herrn Kollegen Sauermann aus Sachsen. In Ziffer 2 soll der Text, der in der Klammer steht, nicht Bestandteil der Abstimmungsprozedur sein. Wer möchte dem Antrag I-02 – es geht um das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – zustimmen? – Gerade ist noch ein Änderungsantrag eingetroffen. Das behandeln wir dann später.

Wir fahren jetzt mit dem Antrag I-03 von Herrn Kollegen Schuch aus Bayern fort. Der Text lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert Rahmenbedingungen, in denen es Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Krankenkassen auf der anderen Seite …*

(Zuruf: Wir waren doch schon in der Abstimmung! – Weitere Zurufe)

– Das stimmt. Sie haben recht. Aber es ist so, dass der Änderungsantrag vorher da war, nur war er noch nicht bei mir gelandet. Deshalb habe ich ihn aufgerufen. Ich wusste zu dem Zeitpunkt noch nichts von dem Änderungsantrag.

(Erneute Zurufe)

– Das kommt darauf an. Wenn Sie ganz streng sind: ja. Ich glaube, das kriegen wir ganz friedlich geregelt, wenn wir erst einmal die nächsten Anträge behandeln und anschließend noch einmal den Antrag I-02 aufrufen. Sind Sie einverstanden? – Ja. Gut.

Ich rufe jetzt den **Antrag I-03** auf. Haben Sie ihn alle?

(Zuruf)

– Antrag auf Nichtbefassung ist gestellt. Stimmt das?

(Erneuter Zuruf)

– Antrag auf Nichtbefassung bei diesem Tagesordnungspunkt und Wiedervorlage unter „Tätigkeitsbericht“. So möchte es der Antragsteller. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist dafür, dass wir diesen Antrag unter „Tätigkeitsbericht“ behandeln? – Wer ist dagegen? – Das sind etwas mehr. Was meint der Antragsteller selber?

(Zuruf)

– Er möchte, dass wir den Antrag jetzt behandeln. Dann stimmen wir darüber ab. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-04** von Herrn Dr. Müller. Sie haben ihn alle gelesen? Oder muss ich ihn vorlesen? – Nicht. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Die Abstimmungsbeteiligung ist nicht sehr groß. Daraus schließe ich, dass der Antragsinhalt nicht so richtig bekannt ist. Es

geht darum, dass die Usancen, dass gesetzliche Krankenversicherungen und private Krankenversicherungen Deals machen, eine besondere Situation herstellen und dadurch dieses duale System, das wir im Moment zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung haben, gefährdet wird.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag I-05:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Wettbewerb im Gesundheitswesen auf die Basis einer fairen Wettbewerbsordnung zu stellen.*

Dieser Antrag wurde von zahlreichen Delegierten eingebracht. Wer möchte dem Antrag zustimmen? Es sind ja nur zwei Zeilen. Die sind schnell zu verstehen. – Wer ist dagegen? – Ich verlese den Antragstext noch einmal:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Wettbewerb im Gesundheitswesen auf die Basis einer fairen Wettbewerbsordnung zu stellen.*

Das ist der Antragstext. Wer ist dafür, dass wir das unterstützen?

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Ist jemand gegen Vorstandsüberweisung? – Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag I-06** von Dr. Bartmann:

> *Der Deutsche Ärztetag setzt sich für eine dauerhafte Sicherstellung einer solidarisch finanzierten Grundversorgung für alle gesetzlichen krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger ein.*
>
> *Dazu muss die künftige Politik ihre gesetzgeberischen Maßnahmen an Gesundheitszielen ausrichten. Die wesentlichen Ziele sind:*
>
> *• Versorgungssicherheit für den Patienten auch im Alter*
>
> *• Planungssicherheit für den Leistungserbringer*
>
> *• Medizinischer Fortschritt für alle*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag I-07:**

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Voraussetzungen für einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen zu schaffen.

Im Einzelnen werden die folgenden Forderungen erhoben …

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen die Vorstandsüberweisung? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Dann kommt **Antrag I-08** mit dem Titel: „Spaltung der Ärzteschaft verhindern". Der Antragstext lautet:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle Mandatsträger der verfassten Ärzteschaft auf, gegen jegliche Tendenzen, die zur Spaltung der Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung führen, entschieden aufzutreten und ihrem Mandat – erhalten von Kollegen, um in Kassenärztlichen Vereinigungen und Kammern deren Interessen wahrzunehmen – gerecht zu werden.

(Zuruf)

– Es ist Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt.

(Zurufe)

– Der Antrag liegt nicht vor? Dann lese ich ihn noch einmal langsam vor:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle Mandatsträger der verfassten Ärzteschaft auf, gegen jegliche Tendenzen, die zur Spaltung der Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung führen, entschieden aufzutreten und ihrem Mandat – erhalten von Kollegen, um in Kassenärztlichen Vereinigungen und Kammern deren Interessen wahrzunehmen – gerecht zu werden.

Klar? – Gut. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit bei zahlreichen Enthaltungen und einigen Gegenstimmen **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag I-09:**

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die Voraussetzungen für eine generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips zu schaffen.

Wir können keine Gesetze machen. Das ist schade, aber es ist nicht zu ändern. Trotzdem können wir uns dafür stark machen und intensiv einsetzen.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen?

(Zuruf)

– Jetzt müssen wir erst über die Vorstandsüberweisung abstimmen. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das sollten wir lieber zählen. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag bezüglich des Kostenerstattungsprinzips an den Vorstand überweisen? Wir können ja einmal Herrn Dr. Lagarde bitten, uns zu berichten, wie das in Frankreich mit der Kostenerstattung läuft. – Wer ist gegen die Überweisung an den Vorstand? – Wer möchte sich bezüglich der Vorstandsüberweisung enthalten? – Dann ist die Vorstandsüberweisung mit 116 : 98 Stimmen abgelehnt.

(Beifall)

Dann stimmen wir über den Antrag inhaltlich ab. Ich frage: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte ihm nicht zustimmen? – Auch das müssen wir zählen. Es wird so ähnlich ausgehen. Ich frage: Wer möchte dem Antrag bezüglich des Kostenerstattungsprinzips zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag I-09, Kostenerstattungsprinzip? – Wer möchte sich in dieser Frage enthalten? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit 129 gegen 82 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag I-10.** Haben Sie ihn auf den Plätzen? Der Antragstext lautet:

> *Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte treten bei der Lösung komplexer Patientenprobleme nicht in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen sich als gleichberechtigte Partner. Grenzen zwischen ambulant und stationär sind im Sinne einer patienten- und behandlungszentrierten Sichtweise zu überwinden.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nun haben wir noch den **Antrag I-11.** Der Text lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenkassen auf, die durch Schließung von Krankenhäusern eingesparten Gelder weiterhin der Patientenversorgung zukommen zu lassen.*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen,** wenn auch nicht mit überwältigender Mehrheit.

Jetzt kommen wir noch einmal zum Antrag 02 zurück und dem dazugehörigen **Antrag I-02 a.** Der Änderungsantrag 02 a möchte, dass in Ziffer 1 des Antrags I-02 die Worte „Aus- und“ gestrichen werden. Ferner sollen in dieser Ziffer 1 die Worte „automatischer Anpassung“ ersetzt werden durch „vollständiger Kom-

pensation“. So muss das verstanden werden. Die so geänderte Ziffer 1 würde lauten:

> *Die ausreichende Abbildung aller Kosten (dazu gehört insbesondere die ärztliche Weiterbildung) in den Diagnosis Related Groups mit vollständiger Kompensation von Tarifänderungen und allgemeiner Preisentwicklung (z. B. Energiekosten).*

(Zuruf)

– Wir sind im Änderungsantrag. Die Frage ist, ob man den Änderungsantrag bejaht oder ob man ihn ablehnt. – Herr Henke möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen. Bitte.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin gegen die Vorstandsüberweisung, weil wir das dann in einem aufwendigen Verfahren im Vorstand beraten müssen. Jedenfalls sind Herr Montgomery und Herr Windhorst als stellvertretender Vorsitzender der Krankenhausgremien und ich als Vorsitzender der Krankenhausgremien der Meinung, dass der Antragsteller recht hat. Deswegen spricht viel dafür, dass der Vorstand dem folgen würde. Mit dieser Empfehlung könnten Sie hier eigentlich auch beschließen, keine Vorstandsüberweisung vorzunehmen, sondern den Antrag anzunehmen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut, dann vertrauen wir mal. Wir stimmen zunächst über den Antrag 2 a ab. Bleibt es bei der Forderung nach einer Vorstandsüberweisung? – Nicht. Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 2 a zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist der Änderungsantrag **angenommen.**

Wer stimmt jetzt dem so geänderten **Antrag I-02** zu? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir haben den Tagesordnungspunkt I bewältigt. Vielen Dank, dass Sie so geduldig waren. Ich hoffe, dass Sie einen schönen Abend haben werden. Wir sehen uns morgen um 9 Uhr in diesem Saal pünktlich wieder.

2. Tag: Mittwoch, 20. Mai 2009
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist kurz nach 9 Uhr. Ich begrüße Sie alle sehr herzlich heute Morgen und hoffe, dass Sie gestern einen entspannten Abend hatten und sich so für die heutige Sitzung regenerieren konnten, die ja mit mindestens zwei sehr schwergewichtigen Themen befrachtet ist und uns die volle Konzentration abfordern wird.

Ich begrüße auch heute wieder Gäste, die aus anderen Ländern der Welt zu uns gestoßen sind, an der Spitze den Vorsitzenden des Rats des Weltärztebunds (Chairman of Council), Herrn Dr. J. Edward Hill, der aus Mississippi in den Vereinigten Staaten von Amerika zu uns gekommen ist. Herzlich willkommen, Herr Dr. Hill!

(Beifall)

Vorige Woche waren wir noch gemeinsam in Israel.

Dann begrüße ich den Generalsekretär des Weltärztebunds, Herrn Dr. Dr. h. c. Otmar Kloiber. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße die Präsidentin der slowenischen Ärzteorganisation, Frau Dr. Gordana Kalan-Živčec. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ferner begrüße ich den Vorsitzenden der ukrainischen Ärztevereinigung in Deutschland, Herrn Dr. Andrzej Batruch. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Herr Dr. Hill möchte gern kurz ein Wort an uns richten. Dazu wäre jetzt genau der richtige Zeitpunkt. Dr. Hill, the rostra is yours.

Dr. Hill (in der Übersetzung): Guten Morgen! Mein Name ist Dr. Edward Hill. Ich bin Vorsitzender des Rats des Weltärztebunds. Im Namen des Weltärztebunds und seiner 95 Mitglieder weltweit möchte ich Sie herzlich grüßen. Der Weltärztebund ist die globale Föderation der nationalen Ärztekammern und vertritt Millionen von Ärzten weltweit. Unsere Arbeit fokussiert sich darauf, dass wir den höchstmöglichen Standard in der medizinischen Versorgung sowie in der Ethik, der Ausbildung und bei den Menschenrechten für alle erreichen.

Im politischen Bereich konzentriert sich der Weltärztebund auf die Erklärung von Helsinki, eine Erklärung zur Ethik der biomedizinischen Forschung, an der Menschen beteiligt sind.

Weitere ethische Themen, mit denen wir es zu tun haben, werden momentan noch ausgearbeitet und werden bei unserem Treffen der Generalversammlung im Herbst 2009 vorgelegt. Dabei geht es um mehr Professionalität und Interessenskonflikte für Ärzte, um eine Erklärung zur Gesundheit von Kindern, um Patente, Genetik und Medizin.

In der sozioökonomischen Politik werden die Mitglieder des Weltärztebunds dieses Jahr ihre Erklärungen abgeben zu Themen wie Telegesundheit, Investitionen in die Gesundheitsfürsorge und weitere Verbesserungen der Qualität in der Gesundheitsfürsorge.

Beim 62. Treffen der Weltgesundheitsorganisation treffen sich unsere Mitglieder, um über verschiedene Themen zu sprechen: Gesundheitsfürsorge, internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal und weitere wichtige Themen. Wir haben sieben Prinzipien festgelegt, auf deren Grundlage wir unsere internationale Zusammenarbeit fundiert sehen möchten. Daran arbeiten wir momentan mit Hochdruck.

Der Weltärztebund hat mehr als 23 Deklarationen verabschiedet, die sich auf Themen beziehen wie beispielsweise die Ethik im Zusammenhang mit der Organbeschaffung, die Folter und die Verantwortung in Zeiten bewaffneter Konflikte.

Ich danke Ihnen recht herzlich für die Einladung zum Deutschen Ärztetag. Wir haben hier sehr viele interessante Reden gehört und freuen uns darauf, mit Ihnen zusammenzuarbeiten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank auch von uns an Dr. Hill für diese Worte.

Meine Damen und Herren, wir treten ein in den **Tagesordnungspunkt II:**

Patientenrechte in Zeiten der Rationierung

Die Referenten haben sich darauf verständigt, dass als erster Redner entgegen der ausgedruckten Einladung unser Präsident Jörg-Dietrich Hoppe spricht, anschließend Herr Professor Dr. iur. Christian Katzenmeier aus Köln, den ich an dieser Stelle herzlich begrüße. Vielen Dank, dass Sie zu uns gekommen sind, Herr Professor Katzenmeier.

(Beifall)

Ich schlage vor, dass wir die beiden Referate hintereinander hören und dann in die Diskussion einsteigen. Bisher liegt zu diesem Tagesordnungspunkt lediglich der Vorstandsantrag II-1 vor. Sie haben jetzt Zeit und Gelegenheit, weitere Anträge für die Debatte und für die Abstimmungen vorzubereiten.

Als Erster hat Herr Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein, das Wort. Jörg, the floor is yours.

Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, Referent: Vielen Dank, Herr Dr. Montgomery, für die Worterteilung. – Guten Morgen, meine Damen und Herren, auch noch einmal von dieser Stelle aus! Von meinem Referat gibt es eine Langfassung, die Ihnen auf die Plätze gelegt wird. Für diejenigen, die sich mit dem Thema intensiver beschäftigen müssen, besteht die Möglichkeit, anhand dieser Langfassung tiefere Einblicke zu gewinnen. Die Langfassung ist aber so umfangreich, dass es zu viel Zeit bräuchte, um sie vorzutragen. Deswegen trage ich eine Kurzfassung vor. Professor Katzenmeier aus dem Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln wird meine Ausführungen ergänzen. Es wird einen Übergang geben, der die beiden Waggons sozusagen zu einem gemeinsamen Zug verbindet.

Ich glaube, dass wir anhand der Medienresonanz auf den gestrigen Tag sehen können, dass die Öffentlichkeit, auch die Medienöffentlichkeit, noch viele Informationen und viel Hintergrundwissen braucht, bis richtig klar geworden ist, was in Deutschland passiert.

(Beifall)

Das, was wir zur Kenntnis nehmen konnten, war weitgehend durch ein Unverständnis geprägt. Ich glaube nicht, dass nur Bösartigkeit eine Rolle spielt; vielleicht auch ein bisschen Bösartigkeit, aber die Masse ist einfach durch Unverständnis geprägt. Hier gibt es noch eine Riesenmenge Erklärungsbedarf. Wir wollen mit diesem Tagesordnungspunkt beginnen, ihn zu befriedigen.

Meine Damen und Herren, in Band 16 der Brockhaus-Enzyklopädie von 1991 existiert das Wort „Patientenrechte“ nicht. Aufgeführt ist das Wort „Patientenverfügung“ mit dem Hinweis darauf, dass die Verbindlichkeit von solchen Verfügungen umstritten sei.

Mitte April dieses Jahres ergab die Suche unter dem Begriff „Patientenrechte“ für Deutschland 53 000 Treffer und die Nachforschung bei der freien Enzyklopädie Wikipedia ergab neben kurzen definitorischen Hinweisen eine Fülle von Links zu diversen Fundstellen in Deutschland, aber auch im Ausland.

Die Suche nach Patientenrechte-Gesetzen weltweit erbrachte die ältesten derartigen Gesetze in Ländern mit steuerfinanzierten Systemen, die aus dem Blickwinkel der Bundesrepublik Deutschland seit Jahren, zum Teil seit Jahrzehnten als unterfinanzierte Systeme gelten und deswegen als reguliert eingestuft wurden. Eine besonders interessante Publikation fand sich während dieser Suche bei der Verbraucherzentrale Deutschland mit dem Titel: „Elemente eines Patientenrechte- und Informationsgesetzes (Behandlungsvertrag)“ – Eckpunkte

und Textvorschlag für einen Gesetzentwurf, erteilt im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbands e. V. von Rechtsanwalt Marcus Lindemann aus Hamburg im Oktober 2005. Dieses 49 Druckseiten starke Werk sieht für die Bundesrepublik Deutschland einen enormen Nachholbedarf für ein ausformuliertes Gesetz. Der Autor erwähnt expressis verbis – ich darf zitieren –:

> *Rechtssystematisch ist daran gedacht, im Bürgerlichen Gesetzbuch den Behandlungsvertrag ähnlich wie den Reisevertrag zusammenhängend zu regeln.*

Er weist außerdem darauf hin, dass eine derartige gesetzliche Regelung sowohl im Interesse von Patientinnen und Patienten als auch von Ärztinnen und Ärzten sei.

Der Weltärztebund hat bereits auf seiner 34. Generalversammlung in Lissabon im Jahre 1981 eine Deklaration verabschiedet mit dem Titel „Deklaration zu den Rechten des Patienten“, welche 1995 zum ersten Mal und 2005 zum zweiten Mal revidiert, in ihren Grundzügen aber unverändert gelassen wurde. Ich darf Ihnen die wesentlichen Grundsätze kurz darstellen:

1. Das Recht auf qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung
2. Recht auf freie Arztwahl
3. Recht auf Selbstbestimmung
4. Der nicht geschäftsfähige Patient
5. Verfahren gegen den Willen des Patienten
6. Das Recht auf Information
7. Das Recht auf Vertraulichkeit

Wie gesagt: Das ist eine Deklaration des Weltärztebunds – nicht der Weltgesundheitsorganisation, was ja manche verwechseln – aus dem Jahre 1981.

In sämtlichen hier wenigstens als Überschrift genannten Punkten stimmen Weltärztebund und wir Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen durch die Formulierungen in unseren Berufsordnungen miteinander überein.

Mit diesen einführenden Bemerkungen möchte ich darauf aufmerksam machen, dass die Ärzteschaft schon seit mehr als einem Vierteljahrhundert das Thema der Patientenrechte diskutiert und dazu auch Entschließungen gefasst hat, sich also keineswegs nur auf den Hippokratischen Eid oder auf die Heilberufe- und Kammergesetze der Bundesländer zurückzieht.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat auf ihrer 72. Tagung im Jahre 1999 in Trier ebenfalls eine Entschließung „Patientenrechte in Deutschland heute“ verfasst, in welcher umfassend Patientenrechte niedergelegt sind, aber nicht daran gedacht ist, dass auch Ärztinnen und Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe Rechte besitzen. Von Patientenpflichten ist überhaupt nicht die Rede.

Interessant ist nun, welche konkreten Rechte auf qualifizierte Behandlung die für das Gesundheitswesen in Deutschland zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren im Jahre 1999 beschlossen haben. Ich zitiere wörtlich:

> *Der Patient hat ein Recht auf eine sichere, sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Dies setzt voraus, dass die Behandlung wissenschaftlich gesichert und/oder aufgrund praktischer ärztlicher Erfahrung in der Ärzteschaft akzeptiert ist. Die Wirksamkeit der Patientenbehandlung ist zu optimieren und ihre Risiken sind zu minimieren. Sind in einer Praxis oder im Krankenhaus die erforderlichen organisatorischen, personellen (z. B. Ausbildung des Personals, Spezialisierung) oder sachlichen (z. B. medizinische Geräte, Hygienestandards) Voraussetzungen einer Behandlung nicht oder nicht mehr gegeben, so ist der Patient unverzüglich an einen geeigneten Arzt oder ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen. Zumindest ist der Patient über die Situation zu informieren. Eine Überweisung an einen anderen Arzt oder ein anderes Krankenhaus ist dann notwendig, wenn der erforderliche Standard nicht gewährleistet ist.*

Diesen Text würde eine heute stattfindende Gesundheitsministerkonferenz so wohl nicht mehr formulieren, weil nach nunmehr zehn Jahren weiterer sogenannter Gesundheitspolitik – in Wirklichkeit Krankenversicherungskostendämpfungspolitik oder Beitragssatzstabilitätspolitik – diese Anforderungen in zahlreichen Fällen nicht mehr gewährleistet sein dürften.

(Beifall)

Und damit komme ich zu der eigentlichen Problematik der Patientenrechte, wie wir sie sehen, nämlich dem Problem der angemessenen Patientenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der mittelbaren Beeinflussung der Leistungserbringer, Ärzte und Krankenhäuser, durch entsprechende sozialrechtliche Vorgaben.

Die seit Anfang dieses Jahrzehnts mit dem Vorwurf, das deutsche Gesundheitswesen definiere sich im Wesentlichen durch Unter-, Über- und Fehlversorgung, unverdrossen weiter ausgegebene Parole der Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven ist längst in eine heimliche, verdeckte, verschwiegene Rationierung übergegangen, wobei genau die Merkmale erfüllt werden, welche in der Erklärung der Gesundheitsminister 1999 aufgeführt sind. Wir haben mittlerweile unzureichende Investitionen in moderner Medizintechnik, Personalabbau sowie den Einsatz von überfordertem Personal, zunehmende Wartezeiten und durch Kosteneinsparungen auch reduzierte Hygienequalität, um nur einige Parameter zu erwähnen.

(Vereinzelt Beifall)

Diese Form der Rationierung wird aber politisch nicht zur Kenntnis genommen, wird verschwiegen oder verschleiert. Gesetzgeberische Rationierungsentscheidungen werden meist so formuliert, dass die sich daraus ergebenden Probleme in die sogenannte Mikroebene, also in die Patient-Arzt-Beziehung verlagert werden, damit die betroffenen Kranken, aber auch die allgemeine Öffentlichkeit

den Eindruck gewinnen sollen, die Verantwortung für die Vorenthaltungen von Leistungen liege bei den sogenannten Leistungserbringern, also auch in der Verantwortung von uns Ärztinnen und Ärzten. Das war wohl gestern Abend in der Medienberichterstattung nicht viel anders. Hieran müssen wir arbeiten. Das kann so nicht weitergehen.

(Beifall)

Diesen fundamentalen Wandel in der Qualität in unserem Gesundheitswesen seit den frühen 90er-Jahren hat die allgemeine Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen. Während in früheren Zeiten der Staat im Wesentlichen Daseinsvorsorge getroffen hat und dafür stand, dass eine ausreichende und flächendeckende ambulante Versorgung und stationäre Krankenhausversorgung sichergestellt war, er sich aber aus Diagnostik- und Therapieentscheidungen herausgehalten hat, sind jetzt die Wege geebnet für genau die gegenläufigen Entwicklungen. Die in der medizinischen Wissenschaft entwickelten Methoden, neues Wissen möglichst korrekt und rasch für alle Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung verfügbar zu machen, eben die Verwendung von evidenzbasierten Leitlinien, von sogenannten klinischen Behandlungspfaden und anderen Formen der Standardisierung, werden jetzt politisch missbraucht, um im Wesentlichen unter Kostengesichtspunkten formulierte gesetzliche und untergesetzliche Vorschriften zu erlassen, die der individuellen Patient-Arzt-Beziehung nur noch kleine Spielräume übriglassen.

Das ist das, was wir als Listenmedizin anprangern, und nicht das, was gestern Abend in manchen Medien unter „Listenmedizin“ verstanden worden ist. Hier haben wir offensichtlich etwas gesendet, was in der Öffentlichkeit noch nicht verstanden worden ist. Wichtig ist aber, was ankommt, nicht das, was gesendet wird. Wir müssen uns also auch bei der Sendung noch einmal neu positionieren und die Form unserer Sendungen überprüfen.

So bedeuten diagnosebezogene Fallpauschalen nicht etwa nur eine bestimmte Geldmenge, sondern auch ein Leistungspaket, welches vom Leistungserbringer zu liefern ist. Und Disease-Management-Programme enthalten gleichfalls Vorschriften, welche Leistungen von Patienten und Arzt zu erbringen sind.

Seit Jahren schon ist die sogenannte Meso-Ebene, also die ehemalige gestaltende, heute Aufträge erledigende Selbstverwaltung damit befasst, Nutzenbewertungen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu ermitteln. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist diese Aufgabe ausgeweitet; nunmehr müssen Kosten-Nutzen-Bewertungen beschlossen werden, welche für die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten eingreifende Bedeutung haben und dazu beitragen, unseren Arztberuf zu deprofessionalisieren.

Der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem macht darauf aufmerksam – ich zitiere ihn –:

> *Grundsätzlich ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung immer ein Instrument zur Rationierung, sonst würde man nur den Nutzen bestimmen. Setzt man Kosten gegen den Nutzen, so ist bereits dies ein Beleg für die Begrenztheit der einsetzbaren finanziellen Mittel.*

Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen.

Explizite, auch aktive oder offene Rationierung ist in Deutschland nicht vermittelbar. Das wäre beispielsweise der Beschluss: Ab 80 Jahren gibt es keine künstlichen Gelenke mehr. Sie wäre eine öffentliche Nichtgewährung von Leistungen oder ein ebenfalls öffentlich gemachter Leistungsausschluss aus dem Leistungskatalog unseres Gesundheitssystems. Dies wünschen die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, wie erst jüngst bei einer Umfrage wieder ermittelt, obwohl sie eine solche Entwicklung befürchten. Die Politik scheut die Diskussion dieses Themas schon seit vielen Jahren. In diesem Wahljahr 2009 ist da mit Sicherheit keine Änderung zu erwarten. Das erleben wir zurzeit ja auch.

Dabei ist der Staat verpflichtet, diese Thematik offen anzusprechen. Schließlich bestimmt er mittlerweile allein die Finanzausstattung unseres Systems der gesetzlichen Krankenversicherung und er mischt sich durch diverse Rechtsverordnungen und Richtlinien massiv in die individuelle Patient-Arzt-Beziehung ein. Er übernimmt somit Usancen, wie wir sie eigentlich nur aus steuerfinanzierten Ländern kennen, die allerdings schon seit geraumer Zeit wesentlich offener und ehrlicher mit der Thematik Rationierung umgehen, siehe zum Beispiel Finnland, Schweden oder das Vereinigte Königreich.

Dankenswerterweise hat sich die bei der Bundesärztekammer angesiedelte Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bereits im Oktober 2007 zu dem Gesamtkomplex Mittelknappheit im Gesundheitswesen unter der Überschrift „Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung“ zu Wort gemeldet. Das war, wohlgemerkt, im Jahre 2007. Das ist zwei Jahre alt. Im Jahre 2000 hat es schon eine Vorgängeräußerung gegeben, die sich mit einem ähnlichen Thema beschäftigte, die vielleicht den Ausdruck „Priorisierung“ nicht so stark in den Vordergrund gestellt hat. Die ausführliche Stellungnahme ist im Internet unter www.zentrale-ethikkommission.de abrufbar.

Generell versteht man unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen oder Verfahren vor anderen. Das ist zitiert nach einer Publikation der Zentralen Ethikkommission aus dem Jahre 2000. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangreihe, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen, also Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Probleme, in einer Rangfolge angeordnet werden können. In Schweden, wo man sich mit dem Thema Priorisierung bereits seit 15 Jahren beschäftigt – ich sagte es gestern schon – und bereits im Jahre 2004 eine entsprechende Anordnung verabschiedete, benutzt man zum einen das Instrument der sogenannten vertikalen Priorisierung, was bedeutet, dass bei bestimmten Krankheitsbildern Eingriffe und Maßnahmen sowie Prozeduren auf dem Boden wissenschaftlicher Diskussionen eine Prioritätszahl von eins bis zehn zugeordnet bekommen. Dann wird entschieden, welche dieser Prioritäten in der Versorgungswirklichkeit ankommen. Das liegt beispielsweise auch an der Finanzausstattung, ob nur die ersten drei oder alle zehn oder sieben.

Unter horizontaler Priorisierung wird verstanden, dass verschiedene Krankheitsgruppen oder Versorgungsziele in einen Zusammenhang gestellt und dann bewertet werden. Die erste Stufe zum Beispiel würde bedeuten, dass Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und vor Schmerzen im Vordergrund stehen. Auf der zweiten Stufe wäre der Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen und auf der dritten Stufe der Schutz vor weniger schwerwiegender oder vorübergehender Beeinträchtigung des Wohlbefindens platziert. Eine vierte Stufe, die lediglich der Verbesserung und Stärkung der Körperfunktionen dienen würde – gedacht ist beispielsweise an Fitness, allgemeines Wohlbefinden, äußeres Erscheinungsbild –, wäre dann für die solidarisch finanzierte Gemeinschaft nicht mehr leistungspflichtig.

Eine kurze rechtlich relevante Zwischenbemerkung sei erlaubt: Der Abschluss des Behandlungsvertrags oder – im Rahmen des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung – das Zustandekommen eines Behandlungsverhältnisses mit dem Vertragsarzt begründen aufseiten des Patienten den Anspruch auf Behandlung nach dem Standard guter ärztlicher Versorgung. Mit dem im Haftungsrecht vom Bundesgerichtshof verwendeten Begriff „Standard guter ärztlicher Versorgung“ begegnet uns ein allgemeiner Maßstab, der für die Entscheidung darüber zugrunde gelegt wird, ob der Arzt oder die Ärztin im Einzelfall bei unangemessenem Ergebnis der Behandlung, also in der Regel bei einem Gesundheitsschaden, die geschuldete erforderliche Sorgfalt gewahrt hat.

Die Beschränkung der gesetzlichen Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung im Krankheitsfall wirft das Problem der Verknüpfung von ärztlich-medizinischem Heilauftrag und Wirtschaftlichkeit auf. Der Heilauftrag wird nicht allein durch die vertraglich und deliktisch geschuldete Sorgfalt bestimmt, sondern auch durch die Gewissenhaftigkeitsnorm unserer Berufsordnungen.

Damit sind wir inmitten der rechtlichen Problematik zwischen Haftungsrecht und Sozialrecht, nämlich der Frage, ob und wie wir mit unseren Sorgfaltsanforderungen auf die staatlich vorgegebenen Versorgungsgrenzen, also die beschränkten finanziellen Ressourcen, reagieren sollen. Ich habe gestern gesagt: Es stehen nur 6 Prozent unseres Bruttoinlandsprodukts für die Versorgung von 70 Millionen Bürgerinnen und Bürgern bei uns zur Verfügung. Andere Länder haben 9 Prozent.

Es stellt sich deshalb die Frage, wie versicherungsrechtliche – oder besser: leistungsrechtliche – Deckungslücken das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten beeinflussen.

Was Politik oft übersieht: Mit den Sicherungen der Freiheit ärztlicher Berufsausübung, wie sie im Rahmen der ärztlichen Berufsordnung gewährleistet ist, ist vorrangig dem Patientenschutz gedient. Die in eigener Autonomie entwickelte Professionalität von Ärztinnen und Ärzten enthält eine emanzipatorische Option zum Schutz der Patienten, sie ist ein Garant der Patientenrechte.

Dem Arzt muss ein Freiraum zu einer gewissenhaften Entscheidung im Einzelfall bleiben. Ein Zuviel an Reglementierung zerstört die Tatkraft und die Initiative von Ärztinnen und Ärzten.

(Beifall)

Was wir nicht brauchen, ist eine weitere Reglementierung des Patient-Arzt-Verhältnisses über eine sogenannte Patientenrechte- oder gar fälschlicherweise so genannte Patientenschutzgesetzgebung. Vor wem sollen die geschützt werden? Vor uns oder vor der Politik oder vor wem? Sozialrechtlich ist bereits zu vieles überreglementiert. Dies erzeugt, wie Sie auch an den politischen Begleitungen der jüngsten Gesundheitsreform seitens der Ärzteschaft sehen können, Frustration und im schlimmsten Falle Flucht aus dem Beruf.

Meine Damen und Herren, Rationierung wird zunehmen. Wir sollten nicht verkennen, dass der durch die politische Förderung von Selektivverträgen im GKV-System in Kauf genommene Verlust an flächendeckender ambulanter Versorgung auch eine Rationierungsfalle sein kann. Auch die neueren Instrumente des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, wie zum Beispiel Rabattverträge über Arzneimittel mit den rechtlichen Anreizen zur Verordnung solcher rabattierter Arzneimittel oder die neu eingeführte Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln mit der Möglichkeit des Ausschlusses auch neu eingeführter Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung wie schließlich auch die neueren versicherungsrechtlichen Instrumente von Wahltarifen ebenso wie der Basistarif in der privaten Krankenversicherung, schränken die Deckungszusagen der Gesundheitssicherungssysteme ein. Sie schaffen jedoch auch ein Dilemma, wenn nicht sogar auch eine Aporie: Soll der Arzt einem Patienten, von dem er genau weiß, dass er finanziell damit überfordert wäre, eine alternative, sogar erwiesenermaßen bessere Therapie, zum Beispiel ein besonderes Arzneimittel, empfehlen, wenn er damit zugleich in Kauf nehmen muss, dass der Patient sich in seiner Krankheit schlecht behandelt sieht oder gar alleingelassen fühlt? Wir brauchen also dringend Transparenz und eine öffentliche Diskussion, damit wir in diesem medizinethischen Konflikt als Ärztinnen und Ärzte nicht aufgerieben werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jörg, für dieses einführende Referat.

Meine Damen und Herren, wie richtig und wichtig es ist, dass wir dieses Thema heute hier behandeln, belegt die erste Reaktion unserer Ministerin, die ja gestern nicht anwesend sein konnte, die dafür im ZDF gesagt hat, diese Debatte sei menschenverachtend, weil sie nicht humanitären Ansprüchen genüge. Ich halte das für eine grandiose dialektische Umkehrung der Tatsachen; denn wirklich menschenverachtend ist es doch, durch eine schleichende Rationierung, durch Mittelentzug dieses Problem im Vorzimmer der Ärzte und Krankenhäuser abzuladen. Das ist die wahre Menschenverachtung!

(Lebhafter Beifall)

Ein gutes Beispiel für die intellektuelle Stringenz der Ministerin ist der nächste Satz im Interview, in dem sie für eine vernünftige Diskussion über eine Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zum optimalen Nutzen kranker Men-

schen plädiert. Genau das machen wir hier, meine sehr verehrten Damen und Herren! Deswegen ist es gut, dass wir das heute hier behandeln.

(Beifall)

Aus rechtlicher Sicht hilft uns in dieser Materie jetzt weiter Herr Professor Dr. iur. Katzenmeier. Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Katzenmeier, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Haben Sie vielen Dank für die Einladung zu Ihnen nach Mainz. Es ist für einen Juristen eine besondere Ehre und eine Freude, auf dem Deutschen Ärztetag sprechen zu dürfen. Das Thema meines Vortrags ist freilich ein ernstes: Patientenrechte in Zeiten der Rationierung. Mein etwa 40-minütiger Vortrag schließt in vielem an Herrn Professor Hoppe an.

Er ist wie folgt gegliedert: Ich werde kurz etwas zum Stand der Patientenrechte und zu aktuellen Entwicklungen sagen, dann etwas zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen. Ausführlich will ich das Thema Kostendruck und Standard beleuchten. Dies scheint mir besonders wichtig, da Ärzte in ihrer täglichen Berufsausübung zunehmend belastet werden durch eine Divergenz zwischen dem sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitspostulat einerseits und haftungsrechtlichen Sorgfaltsanforderungen andererseits. Das Spannungsverhältnis wird aufzuzeigen sein.

Schließen werde ich mit einem Wort zur Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen. Dabei maße ich mir als Jurist kein Urteil darüber an, wie die Ressourcen in unserem Gesundheitswesen am sinnvollsten einzusetzen sind. Ich beschränke mich darauf, Maßgaben und Grenzen des Rechts zu beleuchten.

Zunächst zu den Patientenrechten. Die Rechte des Patienten in der individuellen Beziehung zu seinem Arzt werden hierzulande allgemein als hochentwickelt anerkannt. Mehrere Untersuchungen jüngeren Datums gelangen zu dem Ergebnis, dass die Bundesrepublik „mit den bestehenden Patientenrechten mit erheblichem Vorsprung eine Spitzenstellung in den Ländern der Europäischen Union“ innehat – dies obwohl es in Deutschland keine speziellen Regelungen gibt. Die richterliche Spruchpraxis hat in den vergangenen Jahrzehnten ein effektives Patientenschutzrecht geschaffen, indem sie die vorhandenen, allgemeinen Rechtsgrundsätze interpretierte, modifizierte und entsprechend den jeweils vorherrschenden Anschauungen und sozialen Bedürfnissen in einem breiten Strom der Erkenntnisse beständig fortbildete.

Die wesentlichen Maßgaben ärztlicher Berufsausübung wurden unabhängig von der Gesetzgebung durch die Judikatur formuliert, so die Anforderungen an die Sorgfalt bei der Behandlung, die Pflicht zur Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und daher angemessener Aufklärung vor dem Eingriff, die Pflicht zur Dokumentation sowie zur Einsichtsgewähr in die Krankenunterlagen. Die Gerichte anerkennen oder verneinen die Ersatzfähigkeit bestimmter Schäden und sie verteilen die Beweislast zwischen Arzt und Patient im Prozess auf durchaus eigenartige Weise.

Vornehmlich durch die Rechtsprechung des VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs erfolgte eine bemerkenswerte sozialbereichsbezogene Ausdifferenzierung der allgemeinen Haftungsnormen. Festzustellen ist: Das Fehlen spezieller Regelungen bedeutet kein Defizit. Im Gegenteil erwiesen sich die allgemeinen Normen des Vertrags- und des Deliktrechts als valide und flexibel zugleich. Sie erlauben eine Fortschreibung der Arztpflichten und Patientenrechte entsprechend den Entwicklungen in der Medizin und den Anschauungen in der Gesellschaft.

Nun hat die Einsicht, dass gerade auch in der medizinischen Behandlungssituation der Wert eines Rechts maßgeblich von der Kenntnis der Beteiligten abhängt, international einen Trend zur Kodifikation von Patientenrechten ausgelöst. Zu verzeichnen ist eine Entwicklung, die abkehrt von der mittelbaren Begünstigung des Patienten über Pflichten Dritter und sich dem Auf- und Ausbau eigenständiger subjektiver Rechte zuwendet.

Hierzulande beschlossen die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder auf ihrer 72. Konferenz im Juni 1999 einstimmig eine Deklaration, die den Titel trägt „Patientenrechte in Deutschland heute“. Herr Professor Hoppe sprach bereits davon. Das Dokument will Patienten und Versicherte über ihre wichtigsten Rechte und Pflichten informieren, gleichzeitig Ärzten, Zahnärzten, Pflegekräften und Psychotherapeuten sowie Mitarbeitern aus Gesundheitsfachberufen bei der täglichen Arbeit als Orientierungshilfe dienen. Durch die Information über bestehende Patientenrechte soll deren tatsächliche Umsetzung in die Alltagspraxis medizinischer Behandlung gefördert und so die Position des Patienten im Gesundheitswesen gestärkt werden. Das beiden Seiten leicht zugängliche und verständliche Dokument will das kooperative Gespräch ermöglichen und damit zur Entwicklung einer vertrauensvollen, partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung beitragen.

Neues Recht wurde dadurch nicht geschaffen, die Kodifikation hat keine konstitutive, mehr eine deklaratorische Bedeutung, weniger einen rechtlichen denn einen appellativen Charakter. Sie zielt auf „Rechtsbewusstseinsschaffung“.

Nach Verabschiedung der Deklaration kam die Diskussion um Absicherung, Kodifikation und Stärkung von Patientenrechten für einige Jahre etwas zur Ruhe. Jüngst aber nimmt sie wieder Fahrt auf und ist aktuell in vollem Gange. Sie gerät dabei zunehmend in den allgemeinen Sog der Verbraucherrechte. Patienten werden als Kunden betrachtet, als Konsumenten in einem sich ausweitenden Gesundheitsmarkt qualifiziert.

Nur kurz erwähnt sei, dass sich das Europäische Parlament am 23. April 2009 dafür ausgesprochen hat, die Rechte der Patienten bei der grenzüberschreitenden Versorgung zu stärken. Anfang Juni werden die 27 EU-Gesundheitsminister offiziell über einen Richtlinienvorschlag beraten. Dieser wird im Wesentlichen die Frage der Kostenübernahme bei Auslandsbehandlungen betreffen.

Im November letzten Jahres hatte die EU-Kommission angekündigt, die Rechte von Patienten ganz allgemein zu verbessern und europaweite Mindeststandards zu schaffen. Der Entschluss wurde gefasst, nachdem die EU-Gesundheitskommissarin Vassiliou vermeldete, jede zehnte Behandlung sei europaweit

fehlerhaft, und die EU-Mitgliedstaaten aufgefordert hatte, im Falle von medizinischen Behandlungsfehlern Klagen zu erleichtern und eine Entschädigung sicherzustellen. Die Meldung ging auch bei uns durch alle Medien. Dabei werden entsprechende Legislativakte der EU hierzulande keine nennenswerten Veränderungen bewirken: Nicht nur materiellrechtlich sind die Patientenrechte hochentwickelt, auch ihre verfahrensrechtliche Durchsetzung bereitet keine übermäßigen Schwierigkeiten, die außergerichtliche wie gerichtliche Regulierung begründeter Schadenersatzansprüche ist gewährleistet.

Ungeachtet dessen plant der nationale Gesetzgeber nun den Erlass eines „Patientenschutzgesetzes“. Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Kühn-Mengel, hat zu diesem Zweck eine parlamentarische Arbeitsgruppe einberufen. Ihr Ziel ist es, „ärztlichem Paternalismus entgegenzuwirken“, indem „Patientinnen und Patienten ihre Rechte in einem Gesetz übersichtlich zusammengefasst ebenso einfach nachlesen können, wie Urlauber dies im Reisevertragsrecht tun können“. Das Reisevertragsrecht scheint eine enorme Attraktivität auch auf den medizinischen Behandlungsvertrag auszuüben.

Ein Patientenschutzgesetz wird im Zeichen höherer Patientensicherheit für geboten erachtet. Der Bundesverband der Verbraucherzentralen fordert mehr Transparenz bezüglich des Behandlungsgeschehens, mehr Aufklärung und eine generelle Beweislastumkehr zugunsten des Patienten.

Meine Damen und Herren, ich möchte an dieser Stelle auf das Thema „Patientenschutzgesetz“ inhaltlich nicht näher eingehen. Gern können wir anschließend darüber diskutieren, was davon zu halten ist, welche Vorteile sich die Befürworter davon versprechen, aber auch welche Risiken eine weitere Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung und eine zusätzliche Verschärfung der Arzthaftung bewirken.

Wichtig erscheint mir folgende Feststellung: Die jüngst zunehmend erhobenen Forderungen nach einem „Patientenschutzgesetz“ sind ein Beleg dafür, dass die Rechte der Patienten und ihre Rechtsgüter – Leben, körperliche Integrität, Gesundheit – aktuell als bedroht angesehen werden. Doch wodurch droht ihnen Gefahr? Herr Professor Hoppe stellte diese Frage eben gerade auch in den Raum: Wodurch droht ihnen Gefahr?

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass Patientenrechte weniger durch sorglos handelnde Ärzte verkürzt werden als durch eine Gesundheitspolitik, die sich weigert, sich des Problems der zunehmenden Ressourcenknappheit anzunehmen und dafür Lösungen zu erarbeiten.

(Beifall)

In den vergangenen Jahrzehnten sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland beträchtlich gestiegen. Die Ursachen sind hinlänglich bekannt: zunächst ein wachsendes Krankheitsvolumen, da die Menschen immer älter werden, der Krankheitsbegriff sich ausweitet und mit den Umweltbelastungen und Stressfaktoren im Alltag die Leiden insgesamt zunehmen. In noch viel stärkerem Maße vergrößert sich das Behandlungsvolumen, die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die Entwicklung der Medizin erscheint als eine „Explosion des Machbaren“. Fortwährend steigern sich die An-

gebote der Apparate- und Präparatemedizin und wecken ihrerseits neue Ansprüche. Da sich mit ihren Errungenschaften der Kreis der Therapiebedürftigen ausweitet, jeder medizinische Fortschritt einen zusätzlichen Bedarf erzeugt, der nicht bestand, als es die Mittel zu seiner Befriedigung noch nicht gab, sprechen kundige Beobachter von der „Medizin in der Fortschrittsfalle“. Es zeigt sich ein immer deutlicherer „Überhang des theoretisch Machbaren über das praktisch Finanzierbare“ in der modernen Medizin, es öffnet sich eine „Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung“ im Gesundheitswesen. Die zentrale Frage lautet: Wie gehen wir mit den knappen Mitteln um? Wie stellen wir eine gerechte Verteilung sicher?

Damit möglichst viele Patienten in gleicher Weise und in ausreichendem Maße weiterhin von den Leistungen der Medizin profitieren können, sind fortwährend Rationalisierungen geboten, die eine effiziente Mittelverwendung in allen Bereichen der Medizin sicherstellen. Dabei gewinnen Fragen nach Prioritäten und Präferenzen, Nutzen-Risiko-Abwägungen und Kosten-Nutzen-Relationen sowie Fragen nach dem Bedarf einzelner Gesundheitsmaßnahmen an Bedeutung.

Gesundheitsökonomische Überlegungen leisten wichtige Hilfe bei dem Bestreben, die vorhandenen Ressourcen optimiert, das heißt mit maximalem Nutzen für die Gesundheit aller zu verwenden. Ökonomische Analysen zeigen freilich immer nur Wege auf, wie mit verfügbaren Mitteln mehr oder mit weniger Mitteln das Gleiche zu erreichen ist; niemals sind ihre Ergebnisse selbst Entscheidungen hinsichtlich des geschuldeten Aufwands bei Diagnose oder Therapie.

Aus ethischer Sicht ist das simplifizierende Vorteil-Nachteil-Kalkül nur bedingt verwertbar. Ökonomische Evaluierungen können keine Entscheidungspriorität haben, da mit der Forderung nach Gesundheit die Effektivität einer Heilmaßnahme das maßgebende Kriterium sein und bleiben muss.

Effizienzsteigernde Rationalisierungen werden alleine aber nicht ausreichen, um dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen. Es lässt sich nicht mehr leugnen, dass letzten Endes Rationierungen unumgänglich sind, wobei diese ethisch stets bedenklich bleiben, da sie immer einen Verzicht auf effektive Leistungen bedeuten.

Der Gesetzgeber hat dies bislang nicht eingestanden. Für ihn stellt die Budgetierung, die Einführung von Regelleistungsvolumina etc. ein eleganteres Mittel zur Kostendämpfung dar, denn sie lässt die Leistungsansprüche des Patienten unberührt. So wird der potenziell wahlentscheidende Konflikt umgangen, zu dem offene Leistungskürzungen führen müssen. Für die Leistungserbringer aber beschwört gerade dies schwere Konfliktlagen herauf. Mit Grund wendet sich die verfasste Ärzteschaft in ihrem auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag verabschiedeten „Ulmer Papier“ vehement gegen Budgetierung und sogenannte „heimliche Rationierung“, gegen die Fremdbestimmung der Arzt-Patient-Beziehung und die damit einhergehende Minderung der Qualität ärztlicher Leistungen.

Unumgängliche Rationierungsmaßnahmen müssen indirekt in Form von Sparbeschlüssen auf einer möglichst hohen hierarchischen Ebene getroffen werden. Nicht die interaktionelle Ebene zwischen Arzt und Patient, sondern der gesundheitspolitische Diskurs, der die Rahmenbedingungen für eine effiziente Mittel-

verteilung aufgrund der vorfindlichen wissenschaftlichen Gesamtanalyse festlegen muss, ist Ort der Entscheidung. Der Arzt vor Ort entscheidet über die Heilung oder Rettung eines konkreten, identifizierbaren Menschenlebens, er ist mit der Vorenthaltung effektiver medizinischer Leistungen im Einzelfall regelmäßig moralisch überfordert. Durch eine politisch vorweggenommene, vom gesellschaftlichen Konsens gedeckte Ex-ante-Beschränkung seiner Handlungsmöglichkeiten wird der Einzelne zumindest partiell von der Bürde direkter Rationierungsentscheidungen entlastet.

Letztlich wird es dem Staat nicht erspart bleiben, Regeln für den Umgang mit der Knappheit aufzustellen.

(Beifall)

Sparen auf einer höheren Ebene ist notwendig, da dem Arzt sonst die Rolle eines Funktionärs austeilender Gerechtigkeit droht, die den besonderen Charakter seines Dienstes grundlegend veränderte, zu deutlich mehr Rechtsstreitigkeiten führte und zu weiteren Reglementierungen des klinischen Alltags von außen. Im Umgang mit dem Hilfesuchenden steht der Arzt immer zuerst in dessen Diensten. Strategien der Mittelbeschränkung dürfen ihn nicht dazu zwingen, gesundheitsökonomische Entscheidungen am Krankenbett für oder gegen den einzelnen Patienten zu treffen. Gemäß dem Leitsatz „salus aegroti suprema lex“ ist er gehalten, dem Kranken alles angedeihen zu lassen, was der Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit dient.

Die vorrangige Sorge des Arztes um den einzelnen Patienten bleibt freilich eingebettet in die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Ein diagnostischer oder therapeutischer Aufwand jenseits der Grenzen wirtschaftlicher Rationalität lässt sich bereits mit Rücksicht auf die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht rechtfertigen. Bei der Begrenztheit der Mittel führt hoher Aufwand an der einen Stelle oft zwangsläufig zu Engpässen oder Mängeln bei der Versorgung anderer Patienten. Darum wird der Arzt in Zukunft bei seiner Indikationsstellung mehr noch als bisher nicht nur den möglichen Nutzen für den individuellen Kranken, sondern auch die gesellschaftlichen Auswirkungen zu bedenken haben. Ärzte sind immer stärker gefordert, die sozialen Konsequenzen ihrer „Ressourcenverwendungsentscheidung“ zu verantworten und den Ressourceneinsatz auf das medizinisch Sinnvolle zu begrenzen. Der bestehende Zielkonflikt zwischen humanitärer Ausrichtung, medizinischer Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems verschärft sich weiter.

Dies hat nicht zuletzt haftungsrechtliche Konsequenzen. Das möchte ich Ihnen jetzt etwas genauer aufzeigen.

Infolge des wachsenden Kostendrucks bei fixen Regelleistungsvolumina gewinnt in der Praxis das sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot zunehmend an Bedeutung. Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers besteht zwischen dem Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 Abs. 1 SGB V) und dem Erfordernis, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V), kein Widerspruch, beides ergänze sich vielmehr.

Unverkennbar wird es jedoch in einem Gesundheitssystem, in dem eine Begrenzung der finanziellen Ressourcen einhergeht mit zunehmend strengeren Leistungsanforderungen und gesteigerten Erwartungen der Patienten an die Medizin, für den Arzt immer schwieriger, den individuellen und gesellschaftlichen Heilauftrag sachgerecht zu erfüllen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot kann ihn vor die Frage stellen, ob er die vertraglich wie haftpflichtrechtlich begründete höchstmögliche Sorgfalt und beste Vorkehrungen mit ihrem erhöhten Aufwand anwenden darf und soll.

Vertraglich und haftungsrechtlich schuldet der Arzt dem Patienten nach bislang einhelliger Ansicht eine Behandlung entsprechend dem medizinischen Standard. Dabei repräsentiert der Standard in der Medizin „den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat“. Wirtschaftliche Gesichtspunkte spielten bei der Konkretisierung des ärztlichen Heilauftrags lange Zeit keine Rolle.

Vor dem Hintergrund des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen bei immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen gewinnt aber die Frage zunehmend an Bedeutung, ob Ärzte und Krankenhausträger die hohen Standards medizinischer Versorgung wie gewohnt zu halten vermögen oder ob nicht die vielfältigen Maßnahmen der Kostendämpfung zu Begrenzungen des Heilauftrags führen (müssen) – auch mit haftungsrechtlichen Konsequenzen.

Zwischen dem Haftungs- und dem Sozialversicherungsrecht besteht ein Spannungsverhältnis, angelegt in den Begriffen der „erforderlichen“ Sorgfalt in § 276 Abs. 2 BGB, die eine Grenze markiert, welche nicht unterschritten werden darf, und der „ausreichenden“ Versorgung in § 12 Abs. 1 SGB V, die eine Obergrenze bildet. Wenn sich das Haftungsrecht weiterhin an dem medizinisch Machbaren orientiert und damit tendenziell das Optimale fordert, während nach Sozialversicherungsrecht Leistungen nicht erbracht werden dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dann droht die Gefahr eines Auseinanderdriftens dieser beiden Teilrechtsgebiete.

Die Entwicklung lässt sich kurz wie folgt darstellen. Ich habe versucht, das zu visualisieren, damit man die Entwicklung in ihrer Dramatik erfasst. Sie sehen einen breiten Handlungskorridor des Arztes. Innerhalb des Korridors kann sich der Arzt betätigen. Das macht letztlich die Therapiefreiheit aus. Grenzen werden einerseits durch die erforderliche Sorgfalt, andererseits durch das Wirtschaftlichkeitsgebot gezogen. Dabei richten sich die Sorgfaltsanforderungen nach den Möglichkeiten der Profession. Sie steigen also mit dem medizinischen Fortschritt. Die untere Schwelle rückt also immer höher. Gleichzeitig drückt das Wirtschaftlichkeitsgebot immer stärker von oben; es lastet auf der Behandlungsseite. Der Handlungskorridor des Arztes wird so immer enger.

Wenn eine Finanzierung der jeweiligen medizinischen Standards durch die Krankenkassen nicht mehr gesichert ist, dann wird sich die weitere Frage stellen, ob die Rechtsordnung den Arzt jedenfalls haftungsrechtlich für verpflichtet halten kann, Maßnahmen zu treffen, die er möglicherweise nicht liquidieren kann. Diese durchaus dramatische Konstellation ist im folgenden Bild dargestellt. Sie sehen die Einengung des Handlungskorridors. Der medizinische Fortschritt, die Standards drücken immer weiter von unten herauf. Die erforderliche

Sorgfalt nimmt zu. Der Kostendruck wird stärker, sodass schließlich der Handlungskorridor gänzlich verschwunden ist.

(Beifall)

Auch wenn man den gesundheitspolitischen Beteuerungen Glauben schenkt, dass es so weit niemals kommen dürfe und nie kommen werde, ist die Lage bedrohlich genug. Der Weg zu einer Harmonisierung der gesetzlichen Haftpflichtregeln und der gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebote ist bis heute wenig geklärt.

Der Bundesgerichtshof war mit der Problematik bereits mehrfach befasst, ohne jedoch näher darauf einzugehen. Von einer Einzelentscheidung im Jahre 1975 abgesehen, misst das höchste deutsche Zivilgericht ökonomischen Gesichtspunkten bislang kaum, ja keine Bedeutung zu. Der BGH differenziert hinsichtlich der Behandlungspflichten nicht danach, welche Kosten die Maßnahmen verursachen, sondern nur danach, ob diese medizinisch indiziert sind oder nicht.

Keine Rolle spielen die Behandlungskosten auch in der jüngeren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. In seinem „Nikolaus-Beschluss“ – dieser Begriff rührt daher, dass diese Entscheidung am 6. Dezember erfolgte – bewertete es das Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten alternativen Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Nicht die Behandlungspflicht des Arztes, vielmehr die Erbringbarkeit der Leistung zulasten der GKV war Gegenstand der Streitigkeit, in welcher der Kläger gewonnen hat, dem die Leistungen zunächst einmal versagt wurden.

Derzeit offen ist, ob dem „Nikolaus-Beschluss“ auch haftungsrechtliche Relevanz zukommt, also ob der VI. Zivilsenat des BGH angesichts des Leistungsanspruchs auf sozialversicherungsrechtlicher Seite die Behandlung mit der Außenseitermethode in der jeweiligen Situation auch haftungsrechtlich vom Arzt einfordern wird. Dies erscheint eher unwahrscheinlich, würde damit doch der zivilrechtliche vom medizinischen Standard nicht nur abgekoppelt, sondern ginge entgegen allen Eingrenzungsbemühungen hier über diesen sogar noch hinaus.

Im Schrifttum wird das Problem einer Divergenz der beiden Teilrechtsgebiete und die Notwendigkeit einer Harmonisierung von Haftungs- und Sozialrecht wenigstens ansatzweise erkannt. Allerdings findet sich zumeist schlicht die Aussage, dass die haftungsrechtlichen Maßstäbe des Rechtsgüterschutzes, welche die höchstrichterliche Rechtsprechung im Interesse der Patienten aufgestellt und konkretisiert habe, nicht aus Gründen der Wirtschaftlichkeit herabgesetzt werden dürfen. Selbst die Budgetierungen änderten nichts daran, dass auch der Sozialversicherte nach wie vor einen Anspruch auf Heilbehandlung nach dem jeweiligen medizinischen Standard habe. Wenn im Klinikalltag jedenfalls in Teilbereichen sogar allgemein anerkannte medizinische Standards nicht

mehr eingehalten und wegen des Arzneimittel- und Heilmittelbudgets gelegentlich notwendige Arzneimittel aus Angst vor einem Regress nicht mehr verordnet würden, dann sei dies ein rechtliches Problem der Ärzte, die sich fragen müssten, ob ihre Inpflichtnahme im Sinne der Art. 12 GG (Berufsfreiheit) und Art. 14 GG (Eigentumsgarantie) rechtlich zulässig ist und ob sie gegebenenfalls dagegen vorgehen müssten. Wegen des verfassungsrechtlich garantierten Rechts auf Gesundheit und Wiederherstellung der Gesundheit dürfe es in Deutschland niemals einen Unterschied zwischen den Standards der kassenärztlichen Leistungen und den allgemeinmedizinischen Standards geben.

Nur sehr zögerlich gewinnt die Einsicht Raum, dass der rechtliche Sorgfaltsmaßstab die allgemeinen Grenzen im System der Krankenversorgung, selbst wenn es Grenzen der Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit sind, nicht völlig vernachlässigen kann. Erste Ansätze finden sich in den Schriften des Arztrechtlers Adolf Laufs und des ehemaligen Vorsitzenden des VI. Zivilsenats des BGH, Erich Steffen:

> *Ärztlicher Auftrag und zivilrechtlicher Haftungsmaßstab werden bestimmt und begrenzt nicht nur durch die Befindlichkeit des Patienten, sondern auch durch die Befindlichkeit der Gesellschaft, in die Arzt und Patient eingebunden sind. Beide hängen auch ab von den verfügbaren Ressourcen und davon, wie viel und mit welchen Präferenzen die Gesellschaft für ihre medizinische Versorgung auszugeben bereit ist. Allgemeine Grenzen der Finanzierbarkeit unter dem Postulat der Beitragsstabilität ebenso wie allgemeine Grenzen der Ressourcen werden, wo sie die ärztliche Behandlungsaufgabe beschränken, auch an den zivilrechtlichen Haftungsmaßstab weitergegeben. Sie eignen sich ebenso wenig wie das Krankheitsrisiko zur Abwälzung von dem Patienten auf den Arzt.*

Bei der Frage nach Lösungsansätzen in Betracht zu ziehen und zu diskutieren ist eine erweiternde Anerkennung ärztlicher Entscheidungsfreiräume, eine Relativierung medizinischer Behandlungsstandards oder eine Modifikation des Haftungsmaßstabs. Das alles ist Neuland. Darüber haben sich die Juristen künftig zu unterhalten und zu verständigen. Wichtig ist eine Umorientierung der Rechtsprechung, die gegenwärtig Ärzte zu einem übermäßigen Einsatz der zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren zwingt und damit ihrerseits zur Ressourcenverknappung beiträgt. Eine Einschränkung der Haftungsbestimmungen sowie die Berücksichtigung von Aufwand-Ertrag-Analysen auch vor Gericht sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass die Ärzte künftig sparsamer mit den finanziellen Mitteln umgehen, umgehen können und der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gebremst werden kann.

Die Erkenntnisse der ökonomischen Analyse des Haftungsrechts können in der Diskussion nicht länger gänzlich unberücksichtigt bleiben.

(Beifall)

Die „economic analysis“ zeigt auf, dass es „ein bestimmtes Ausmaß an Schäden gibt, die hinzunehmen einen Gewinn an gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrt

bedeutet“, nämlich soweit die Kosten zu ihrer Verhinderung höher sind als die der verhüteten Schäden selbst.

Andererseits sind diesem Erklärungsmodell im Arzthaftungsrecht enge Grenzen gesteckt. So besteht weitgehend Einvernehmen darüber, dass – so Erich Steffen –

> *die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nur legitim ist, wo der Einfluss auf die medizinische Indikation die gesundheitliche Rehabilitation des betroffenen Patienten nicht grundsätzlich infrage stellt, und solange eine Mindestgrenze für die personellen und sächlichen Behandlungsbedingungen nicht unterschritten wird, die sich an der gesundheitlichen Integrität als einem dem Kosten-Nutzen-Vergleich nur begrenzt zugänglichen Gut, aber auch der aktuell erreichten Qualitätshöhe der Medizin ausrichtet. Die Grenzen der Sparsamkeit liegen dort, wo sie die Gefahren für den Patienten erhöhte. Darüber hinaus trifft die Medizin dort, wo die bisherigen Leistungen eingeschränkt und der Standard herabgesetzt werden soll, eine Darlegungs- und Rechtfertigungslast, dass sie hierzu trotz Ausschöpfung aller Rationalisierungspotenziale gezwungen ist.*

Festzuhalten bleibt: Die Rechtsprechung muss auf den wachsenden Kostendruck durch eine Relativierung der Standards und Modifikation bestehender hoher oder höchster Sorgfaltsanforderungen reagieren, andererseits hat das Arzthaftungsrecht aber immer auch eine Schutzfunktion gegenüber allzu rigiden Einschnitten in die Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen wahrzunehmen. Ansätze zur Auflösung des Spannungsverhältnisses zwischen Sorgfalts- und Wirtschaftlichkeitsgebot können sein: eine standardbezogene Harmonisierung, eine informationspflichtbezogene Harmonisierung oder eine Harmonisierung durch Leitlinien, die eine Qualitätssicherungsfunktion medizinischer Behandlungen haben, eine Implementierungsfunktion für die Durchsetzung von Standards, außerdem eine Schutzfunktion zugunsten von Patienten.

Welcher Ansatz am ehesten zielführend ist, kann noch nicht zuverlässig prognostiziert werden. Vor überzogenen Erwartungen ist aber schon jetzt zu warnen. Es wird sich schwerlich ein Patentrezept oder gar eine Zauberformel zur Lösung aller Probleme finden lassen. Leitlinien können hier nur mittelbar von Nutzen sein. Weder werden sie unter ökonomischen Vorzeichen erarbeitet, noch dürfen sie zu einer Festlegung des Arztes und damit zu einer weiteren Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit missbraucht werden.

(Beifall)

Eine „standardbezogene Harmonisierung“ muss zu Abstrichen beim Rechtsgüterschutz führen. Daher findet unter Juristen eine „informationsbezogene Harmonisierung“ manchen Fürsprecher, sie wahre die Sicherheit und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Dabei darf – auch das hat Herr Professor Hoppe eben schon angesprochen – nicht verkannt werden, dass eine Aufklärung darüber, was medizinisch alles möglich ist, von der GKV aber nicht finan-

ziert wird, den Patienten belasten und das Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt grundlegend zerstören kann.

Dies alles zeigt, meine Damen und Herren, dass vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Beschränkungen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht mehr allein Aufgabe der Leistungserbringer sein kann, sondern immer mehr eine Herausforderung an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik bedeutet. In Deutschland war eine Diskussion über objektive und allgemeine Verfahren der Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen lange Zeit tabu. Doch jetzt wird sie eröffnet. Transparente und bestimmte Zuordnungsregeln müssen herausgearbeitet werden und an die Stelle der bislang kasuistischen, intransparenten und häufig impliziten Vorenthaltung medizinischer Leistungen treten. Die Verfahren sind dabei jeweils auf ihre Vereinbarkeit mit den Vorgaben der Rechtsordnung, insbesondere mit den Grundrechten zu überprüfen. Das ist eine schwierige, eine heikle, aber eine unumgängliche Aufgabe.

Meine Damen und Herren, ich möchte schließen mit einem Bild aus der Literatur. „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung“ – das erinnert ein klein wenig an „Die Liebe in den Zeiten der Cholera“. In seinem Roman erzählt Gabriel García Márquez die Geschichte eines Mannes, der nach lebenslangem Warten schließlich doch noch zu seiner großen Liebe gelangt. Beide finden auf einem Schiff zueinander. Nachdem die übrigen Passagiere abgesetzt sind, hisst der Protagonist zur Fahrt durch eine weitgehend zerstörte Umwelt die Choleraflagge, um ungestört die Zweisamkeit zu erleben.

Die aktuelle Diskussion erweckt ein wenig den Eindruck, als hoffe die Ärzteschaft darauf, dass die für Budgetierung und heimliche Rationierung verantwortlichen Dritten von Bord gehen, damit der Arzt die Priorisierungsflagge hissen und seinen Patienten endlich wieder diesen ärztlichen Liebesdienst erweisen kann. Doch ein so glückliches Ende wie bei Márquez wird dem bundesdeutschen System der Krankenversorgung voraussichtlich nicht vergönnt sein. Auch Priorisierung bedeutet Mangelverwaltung. Freilich kann sie einen effektiveren Mitteleinsatz und damit eine gerechtere Ressourcenverteilung gewährleisten, als dies bei heimlicher Rationierung der Fall ist. Deshalb, meine Damen und Herren, muss die Diskussion nun beginnen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Lebhafter Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Professor Katzenmeier, für dieses ausgezeichnete Referat. Sie haben mit Ihren letzten Sätzen eigentlich die Überleitung in die Diskussion vorweggenommen. Wir treten jetzt ein in die Debatte zum Tagesordnungspunkt II: Patientenrechte in Zeiten der Rationierung.

Mir liegen bisher acht Wortmeldungen und drei Anträge vor. Neben dem Antrag des Vorstands II-01 liegen uns noch die Anträge 02 und 03 vor. Sie werden umgedruckt und Ihnen verteilt. Weitere Anträge bitte hier vorne abgeben.

Als Erster in der Debatte hat sich der Kollege Dr. Dehnst, Delegierter der Ärztekammer Westfalen-Lippe, zu Wort gemeldet. Ich bitte Herrn Dehnst auf das Podium.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrtes Präsidium! Hochverehrte Kolleginnen und Kollegen! Der Umgang mit begrenzten Ressourcen gehört eigentlich zu den Herausforderungen des Alltags, natürlich auch bei uns in der Medizin, in der medizinischen Versorgung, in der Gesundheitsversorgung. Deshalb ist es nicht mehr als legitim, darüber zu sprechen, wie man mit dieser Begrenztheit der Ressourcen umgeht und welche Strategien man einschlägt.

Leider ist die mediale Umsetzung der Darstellung, auch der Darstellungen unseres Präsidenten gestern nur sehr unzureichend erfolgt. Die primäre Stoßrichtung, dass auch eine politische und gesellschaftliche Diskussion darüber in Gang kommen muss, was uns die Gesundheitsversorgung wert ist, ob die Gesundheit wirklich unser höchstes Gut ist, ist gar nicht umgesetzt worden. Die Medien haben sich mehr darauf kapriziert, dass wir, die Ärzteschaft, Ranglisten aufstellen wollen. Hieran müssen wir noch sehr intensiv arbeiten.

Die Beispiele aus dem Ausland zeigen uns, dass auch unter dem Begriff Priorisierung die Diskussion schon sehr lange geführt wird, in Norwegen bereits seit 1987. Schon 1997 erfolgte die erste Überprüfung der festgelegten Überlegungen.

In Schweden gibt es die Diskussion seit 1992. 1997 wurden Grundprinzipien und Richtlinien beschlossen. Seit 2001 gibt es ein Priorisierungscenter, etwa so, wie es auch bei uns installiert werden könnte.

In Finnland wurde 1994 eine Studie von STAKES, einem staatlichen Forschungsinstitut, unter dem Titel „Von Werten zur Wahl“ veröffentlicht. Dort wird eine gleiche Versorgung bei gleichem Behandlungsbedarf gefordert. Nicht akzeptabel als Kriterien sind Alter an sich, Lebensstil und ökonomische Leistungsfähigkeit.

Das zeigt schon ein bisschen auf, wie schwierig die Diskussion ist. Wir werden uns die Sache sicher nicht leicht machen, wenn wir uns auf Priorisierung einlassen, denn dies ist überhaupt nicht unproblematisch. Zumeist führt die Auseinandersetzung zu einer Art von Verwaltung, die in Wartelisten mündet. In den nordeuropäischen Ländern ist es üblich, dass es dort zwei Wartelisten gibt: eine Warteliste vor der fachärztlichen Untersuchung und eine vor der konservativen und operativen Therapie. Dies führt zu zunehmenden Verwaltungskosten. Dort ist in jedem kleinen Krankenhaus ein Angestellter nur damit beschäftigt, diese Wartelisten zu verwalten.

Ferner tut sich das Problem auf, dass es verschieden lange Wartezeiten in den einzelnen Regionen gibt. Was passiert bei der grenzüberschreitenden Versorgung, die zunimmt? Hier erwachsen ganz neue Ansprüche.

Ein weiteres Beispiel für die Schwierigkeiten, die auf uns Ärzte zukommen werden, sind sogenannte Punktescores. Beispielsweise gibt es einen Punktescore für gynäkologische Krebserkrankungen. Beurteilt werden die zu erwartende Le-

bensqualität, die wahrscheinliche Lebenserwartung und mögliche Komplikationen durch eine Therapie. Es wird gefordert, Einschätzungen vorzunehmen, wie hoch die Lebenserwartung ist. Es wird die Einschätzung gefordert, wie sich die Lebensqualität möglicherweise verbessern wird.

Ich sehe da ganz große Probleme. Dennoch dürfen wir dieser Diskussion nicht aus dem Wege gehen. Rationierung und Priorisierung gibt es auch bei uns schon lange; das wissen wir. Unlängst hat das Wettbewerbsstärkungsgesetz eigentlich schon eine Priorisierung vorgenommen, indem es uns Ärzte zwingt, selbst verschuldete Krankheiten der Patienten – wir denken da an Piercing, an Tattoos – an die Krankenkassen zu melden. Es fehlt die Zielpunktdefinition. Das IQWiG ist nichts anderes als ein in meinen Augen unzureichendes und ungeeignetes Instrument, Priorisierungen durchzuführen. Das Beispiel der Untersuchung der Insulinanaloga zeigt uns, dass hier letztendlich die Zielpunktdefinition fehlt. Untersucht wurden die Überlebenszeiten, die zugegebenermaßen nicht verlängert werden konnten. Was aber nicht untersucht werden konnte, war die Lebensqualität.

Insofern müssen wir uns fragen, ob die jetzt bestehenden Regelungen überhaupt zu einer gerechten Gesundheitsversorgung führen können. Ist die Gesundheit unser höchstes Gut? Diese Frage muss die Gesellschaft beantworten. Herr Professor Hoppe hat es gestern gefragt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dehnst. Als Nächster hat das Wort der Kollege – –

(Zuruf: Redezeit!)

– Ein Antrag zur Geschäftsordnung. Ich hatte den Namen des Kollegen noch nicht ausgesprochen. Deswegen geht der Antrag vor. Herr Dr. Emminger aus Bayern beantragt eine Redezeitbeschränkung auf drei Minuten.

(Beifall)

Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann bitte ich Sie, darüber abzustimmen. Bitte benutzen Sie die gelben Abstimmungskarten. Wer für die Beschränkung der Redezeit auf drei Minuten ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann ist mit wenigen Gegenstimmen und wenigen Enthaltungen fast einstimmig die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Das trifft zuerst den Kollegen Dr. Peter Eichelmann aus der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

Dr. Eichelmann, Sachsen-Anhalt: Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte mich ganz herzlich bei Herrn Professor Katzenmeier für den sehr fundierten ausführlichen Vortrag bedanken, der uns deutlich vor Augen geführt hat, in welchem Spannungsfeld der Arzt in Zeiten der Rationierung lebt. Zu diesem Punkt habe ich zusammen mit Kollegen aus meiner Kammer und aus anderen Kammern einen Antrag eingebracht, der Ihnen vielleicht noch nicht vorliegt. Der Antragstext lautet:

> *Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, bei Straf- oder Zivilrechtsverfahren, die Patientenschäden betreffen, die Verantwortung den Personen aufzuerlegen, die die behandelnden Ärzte trotz deren medizinisch gerechtfertigten Gegenvorstellungen zu im Sinne der Rechtsprechung pflichtwidrigem Verhalten veranlasst haben.*
>
> *Bleibt in einem straf- oder zivilrechtlichen Verfahren zweifelhaft, ob die Schädigung eines Patienten dem Arzt als vermeidbares Fehlverhalten angelastet werden kann oder z. B. die Folge eines von Dritten ausgeübten Rationalisierungsdrucks ist, muss der Ausgleich des Patientenschadens von der Gesamtheit der Versicherten in einem Umlageverfahren aller Kassen oder aus Steuermitteln getragen werden.*

Ich möchte das begründen. Der Druck in den Krankenhäusern, Kliniken und Praxen, Kosten einzusparen, ist unerträglich und wird ständig stärker. Es kommt zu Schädigungen von Patienten, vor allem dann, wenn Ärzte in mit Systemfehlern behafteten Organisationsstrukturen arbeiten. Es ist arbeitsrechtlich riskant und verlangt auch schon Zivilcourage, wenn etwa ein Chefarzt einer Klinik der Anordnung der Geschäftsführung entgegentritt, Pflegekräften anstelle von Anästhesisten die Führung einer Narkose zu übertragen. Trotz vieler ehrenwerter mutiger Beispiele ärztlichen Widerstands muss damit gerechnet werden, dass sich die betriebswirtschaftlichen Zwänge häufig durchsetzen, der Facharztstandard aufgegeben wird und die Sicherheit des Patienten bedroht ist.

Gleichwohl lehnt der BGH die Lockerung des Haftungsmaßstabs ab. Das haben wir in dem Referat gehört. Die Sicherheit des Patienten geht allen anderen Gesichtspunkten jedoch vor. Aus diesem Grunde wird nicht der Arzt, sondern der Dritte, der diese unvertretbaren Risiken geschaffen hat, gegebenenfalls straf- oder zivilrechtlich für den entstandenen Schaden eventuell einstehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Eichelmann. – Als Nächster hat sich Herr Zimmer, Delegierter der Ärztekammer Nordrhein, zu Wort gemeldet.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu einem Antrag, der seit 20 Minuten im Umdruck ist. Ich habe hier gelernt, dass offenbar auch bei Juristen angekommen ist, dass das Haftungsrecht, in dessen Rahmen wir uns als Vertragsärzte bewegen, mittlerweile – anders als in der Folie dargestellt – manchmal viel höhere Hürden bietet, dass viel mehr auf uns lastet als die Ressourcen, die uns die gesetzliche Krankenversicherung noch zur Verfügung stellt. Es hat mich gefreut, dass das hier zur Kenntnis genommen wird. Das löst die Probleme allerdings nicht.

Ich möchte einen Antrag stellen zum Recht des Patienten auf Feststellung seiner Medikationsautonomie zur Verbesserung der Therapiesicherheit. Das ist ein sehr konkretes Recht, das ich wie folgt begründen will. Ich bitte darum, dass dieser Deutsche Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, sich über die Deutsche Krankenhausgesellschaft dafür einzusetzen, dass jeder Patient, der im Krankenhaus eine Medikation bekommt – seien es Tabletten, Tropfen, Sprays, subkutane Injektionen oder ähnliche Dinge –, in der Richtung überprüft wird, ob er diese Therapie überhaupt autonom durchführen kann. Wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass es nicht geht, sollte dies zwingend schon im ersten Entlassbrief mitgeteilt werden, damit die Therapiesicherheit insoweit gewährleistet ist, dass eine unmittelbare Versorgung zu Hause mit entsprechenden Hilfen bereitgestellt werden kann.

Es kann nicht sein, dass wir über Priorisierung reden, aber gleichzeitig die Patienten mit Therapieformen ausgestattet nach Hause entlassen werden, die sie faktisch nicht mehr anwenden können. Ich halte es für ein unverzichtbares Recht, dass dem Patienten im Krankenhaus eine entsprechende Untersuchung zur Verfügung gestellt wird, was seine eigene Versorgungskompetenz angeht.

Ich bitte Sie, das zu unterstützen, damit wir ein bisschen Qualität in die Versorgung hineinbekommen, die auch die Überleitung aus dem Krankenhaus mit einer entsprechend hohen, komplizierten Medikation für die Praxis sicher werden lässt.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Zimmer, für Ihren Antrag, der als Antrag II-03 umgedruckt wird und sicherlich demnächst auf Ihren Tischen auftaucht. – Der Nächste in der Rednerliste ist der Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg, Herr Kollege Klaus Schäfer. Klaus, du hast das Wort.

Schäfer, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bitte beachten Sie bei meinem Beitrag jetzt, dass in dem verzweifelten Versuch der satirischen Überzeichnung manchmal die Wahrheit klarer wird als in der realistischen Darstellung. So viel zur Politsatire.

In Anbetracht der immer schneller aufeinanderfolgenden Gesetze, Regelungen, der diversen Verträge zwischen Kassen und Pharmaindustrie, Kassen- und Ärz-

teverbänden sowie Kassen und einzelnen Arztgruppen halte ich es wirklich bald für erforderlich, mit den Medien in Verhandlungen zu treten, um eine täglich aktuelle Berichterstattung zu den jeweils geltenden Gesetzen und Verträgen im Gesundheitssystem ähnlich dem Börsenbericht als Information für Patienten und Ärzte zu schaffen, damit wir endlich wissen, was wir tun sollen.

Dabei möchte ich noch einmal auf die Einlassung von Herrn Professor Lauterbach Anfang Mai im Fernsehen hinweisen, als er forderte, die PKV abzuschaffen, und zwar mit der Begründung, die Mitglieder der gesetzgebenden Organe wären dann auch in der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht in der PKV. Sie würden sicher andere Gesetze machen als die jetzt geltenden, wenn sie von den eigenen Gesetzen und deren Schwächen betroffen wären.

Ich denke, wenn man so etwas hört, muss man innehalten und überlegen: Was für Volksvertreter haben wir eigentlich gewählt?

(Beifall)

Es gibt ja das Bild, das mir vorhin gerade noch einmal zurechtgerückt wurde: Ein Autovertreter verkauft Autos, ein Volksvertreter verkauft – was denn?

Danke, das war's.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg. – Die Nächste in der Rednerliste ist die Kollegin Cornelia Goesmann als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Vizepräsidentin. Cornelia, du hast das Wort.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Vorsitzender! Sehr verehrte Referenten! Meine Damen und Herren! Vorletzte Woche hatten wir in Berlin das sogenannte Patientenforum, wo Vertreter der Bundesärztekammer und der KBV die Spitzenverbände der Patientenorganisationen empfangen und gemeinsam interessierende Fragen debattiert haben. Es ging damit los, dass uns etwa 15 Minuten lang von den Patientinnen- und Patientenvertretern heftige Vorwürfe entgegenschallten, dass wir als Ärzteschaft Rationierung und Priorisierung fordern und fördern würden. Dem musste natürlich heftig erwidert werden. Wir konnten das in der Debatte auch auflösen. Trotzdem bleibt dieser Vorwurf im Raum stehen. Wir müssen dem immer wieder entschieden entgegentreten.

Die Ministerin hat noch eins draufgesetzt. Wir haben eben gehört, dass sie gesagt hat: Priorisierung ist unmenschlich. Wir alle erleben in unserer täglichen Arbeit, dass angesichts des demografischen Wandels eine Rationierung unumgänglich ist und auch stattfindet. Im Moment aber – das hat Frau Gitter gestern sehr gut herausgearbeitet – wird sie subkutan durchgeführt. Sie trifft vor allem diejenigen – das haben die letzten fünf Ärztetage mit ihren Fragestellungen zur psychiatrischen Versorgung, zur Versorgung von Demenzkranken usw. immer wieder herausgearbeitet –, die sich am wenigsten wehren können, die am we-

nigsten eine Lobby haben, um das in Anspruch nehmen zu können, was ihnen zusteht.

(Vereinzelt Beifall)

Das können wir nicht dulden. Wenn wir nicht über Rationierung und Priorisierung debattieren, dann ist das unmenschlich.

Unsere Ethikkommission in Niedersachsen hat sich sehr früh mit Fragen der Verteilungsgerechtigkeit befasst und erklärt: Ärztinnen und Ärzte müssen diese Debatte nicht selber führen und die Entscheidung nicht selber treffen, denn sie sind damit moralisch überfordert. Sie müssen ihren Patientinnen und Patienten dasjenige zukommen lassen, was sie brauchen. Wenn sie erkennen, dass sie ihren Patientinnen und Patienten das nicht zur Verfügung stellen können, dann müssen sie politisch handeln. Das finde ich einen sehr wichtigen Satz.

Das wollen wir jetzt auch tun. Ich möchte nunmehr die konkrete Ebene ansprechen: Was tun wir denn nun? Wir haben gestern beschlossen, dass wir vorschlagen, einen Gesundheitsrat zu gründen, der die Politik in der undankbaren Frage der Verteilungsgerechtigkeit beraten soll. Um das zu konkretisieren, möchte ich vorschlagen, dass wir uns mit der Frage befassen, wie dieser Gesundheitsrat aussehen könnte. Er sollte nicht wie der Sachverständigenrat von Lehrstuhlinhabern besetzt sein, er sollte sich nicht wie der Gemeinsame Bundesausschuss nur mit Fragen der Kosten befassen, sondern er soll aus Vertretern aller Betroffenen bestehen. Das sind natürlich Ärztinnen und Ärzte, die sich auskennen, andere Gesundheitsberufe wie die Pflege. Es müssen Patientenvertreter in diesem Gremium sein, vielleicht auch Vertreter der Kostenträger.

Wir müssen in diesem Gesundheitsrat auch die Strukturdebatte führen: Welches Gesundheitswesen wollen wir? Wer bekommt was?

Ich bitte Sie, dem Vorstand der Bundesärztekammer den Auftrag zu erteilen, sich über diesen Gesundheitsrat noch einmal Gedanken zu machen und das Ergebnis der Politik vorzutragen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Cornelia Goesmann. – Der nächste Redner ist Herr Professor Dr. Wulf Dietrich, Bayerische Landesärztekammer.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Als ich den Titel dieses Tagesordnungspunkts las, dachte ich, wir würden etwas darüber hören, wie wir unseren Patienten in Zeiten des technischen Fortschritts, der weiteren Technisierung der Medizin beibringen können, wie sie zu mehr autonomen Entscheidungen kommen können, wie sie sich in dem Dschungel der neuen Medizin zurechtfinden.

Was mich bei beiden Vorträgen sehr entsetzt hat, ist die Tatsache, dass ich kaum etwas über Patienten gehört habe. Ich habe nichts über Patientenschutz,

Patientenrechte gehört. Ich habe nur etwas über Arztschutz gehört. Ich habe eine reine Defensive gehört: Wie können wir uns dagegen wehren, dass irgendwelche Ansprüche gestellt werden? Wie können wir uns wehren, in Zeiten der Rationierung irgendwo haftungsrechtlich belangt zu werden?

Ein ganz interessanter Aspekt dabei ist folgender. Gestern haben wir über Priorisierung gesprochen. Herr Hoppe hat versucht, uns den feinen Unterschied zwischen Rationierung und Priorisierung beizubringen. Der heutige Tagesordnungspunkt bezieht sich auf Zeiten der Rationierung. Wir gehen also davon aus: Wir rationieren. Gestern haben wir noch gesagt: Wir priorisieren, dann muss man sehen, wie es weitergeht. Heute tun wir so, als müssten wir unseren Patienten wirklich Mittel vorenthalten.

Da frage ich mich: Wo ist das eigentlich der Fall? Ich möchte wirklich einmal die Beispiele hören. Natürlich müssen wir rationieren. Wenn wir einen Patienten haben, dem eine Niere transplantiert werden muss, muss er warten. Das wissen wir seit 10 oder 20 Jahren. Bei einer Herztransplantation ist es das Gleiche.

Heißt das aber, dass wir etwas vorenthalten? Nein, das heißt es eben nicht. Ich arbeite seit über 30 Jahren in einem sehr hoch technisierten Bereich der Medizin, in der Herzchirurgie. Was ich bisher gesehen habe, ist nicht, dass etwas vorenthalten worden ist. Im Gegenteil, zum Teil wurde unseren Patienten der größte Unsinn angetan. Was ich an Mittelverschwendung gesehen habe, was ich an inhumaner Medizin gesehen habe, was wir alten Patienten im Herz-OP und auf der Intensivstation antun, das stinkt zum Himmel! Wir sollten darüber reden, wie wir diesen Patienten die Mittel zukommen lassen, die sie wirklich brauchen, um ihre persönliche Autonomie zu wahren, dass sie auch am Lebensende in Würde Entscheidungen treffen können, ihr Leben in Würde zu Ende bringen können.

(Vereinzelt Beifall)

Hier wurde das Beispiel von Gabriel García Márquez gebracht: der Patient in Zeiten der Cholera, der Arzt in Zeiten der Cholera, der Arzt in Zeiten der Rationierung. Ich habe das Gefühl: Wir segeln isoliert auf einem Schiff irgendwohin, kein Mensch wird uns mehr wahrnehmen, kein Patient wird uns mehr ernst nehmen. Wir schaffen nur Opposition, wir schaffen es inzwischen nur noch, dass uns weder die Politik noch die Patientenvertreter noch die Justiz mit unserer Argumentation ernst nehmen. Das, was wir diskutieren, entspricht lange nicht dem, was in der klinischen und in der medizinischen Praxis tagtäglich stattfindet.

Überlegen Sie es sich wirklich gut. Mich interessieren die Beispiele für eine echte Rationierung, wie wir sie bei uns heute haben.

Danke sehr.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Dietrich, aber was unsere Wahrnehmung durch die Außenwelt angeht, bin ich wesentlich optimistischer, als Sie das hier darstellen,

(Beifall)

gerade wenn Sie die Presse heute betrachten, denn sie nimmt doch das Argument von der nötigen Priorisierungsdebatte auf. Ich glaube, da können wir guter Hoffnung sein, lieber Herr Dietrich. Völlig klar ist, dass in die Debatte über die Priorisierung immer auch die Frage nach der Vermeidung von Verschwendung gehört. Ich glaube, das ist ein impliziter Anteil der ganzen Priorisierungsdebatte.

Als Nächster steht auf der Rednerliste der Kollege Professor Dr. Nix aus der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Prof. Dr. Nix, Rheinland-Pfalz: Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte hier als Hochschullehrer und Leiter einer Fortbildungsakademie sprechen. Ich glaube, wir haben jetzt ausreichend diskutiert, dass wir mittlerweile die Rationierung haben. Damit kommt eine nächste Stufe zum Tragen, nämlich die normative Kraft des Faktischen. Rationierung hat sicherlich ein bisschen was auch damit zu tun, welche Patienten in die Krankenhäuser aufgenommen werden, eben im Sinne der diagnosebezogenen Fallpauschalen. Was bedeutet es für Unterrichtseinheiten wie eine Universität, dass natürlich nur noch Patienten aufgenommen werden, die auch im Sinne des Ökonomischen tragbar sind? Von daher wird natürlich eine Selektion hinsichtlich akut kranker Patienten und chronisch kranker Patienten betrieben. Von daher wird schon priorisiert.

Aber wir betreiben auch Ausbildung an unseren Universitäten. Das bedeutet also, dass durch diese neue Form der Priorisierung und Rationierung uns überhaupt nicht mehr die Möglichkeit gegeben ist, die Breite der Medizin darzustellen. Aber wir sind verpflichtet, sie der jungen Generation vorzuführen, damit sie das ärztliche Handeln erlernen kann.

Darin sehe ich eine große Problematik, weil wir eine Diskrepanz haben zwischen der Approbationsordnung und den Diskussionen, die im Gesundheitsbereich darüber geführt werden, wer noch in die Krankenhäuser kommen soll und wie wir Zugang zu Patienten haben.

Die Patientenrechte sollen gestärkt werden. Das ist ganz schön und gut. Natürlich klären wir unsere Patienten auf. Aber mittlerweile ist es so, dass die Patienten, wenn sie am Unterricht teilnehmen sollen, zuvor Einwilligungserklärungen unterschreiben müssen. Das ist natürlich auf die Dauer sehr kontraproduktiv.

Es ist nicht mehr so, dass die Patienten die Möglichkeit haben, am Unterricht teilzunehmen, sondern anscheinend sehen sie das als eine Gefahr an. Insofern muss man sie aufklären.

All dies sind Dinge, die aus meiner Sicht in die falsche Richtung gehen. Darum bitte ich sehr darum, dass vom Vorstand der Bundesärztekammer darauf geachtet wird, dass die Dinge nicht in die falsche Richtung getrieben werden und

dass der Unterricht – auch in den Fortbildungsakademien – mehr vom Inhalt bestimmt wird als von äußeren Rahmenbedingungen.

Danke sehr.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Nix. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Susanne Johna aus Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Sehr verehrte Damen und Herren! Herr Professor Katzenmeier hat in seinem Vortrag sehr schön das Spannungsverhältnis zwischen Haftungsrecht und Sozialversicherungsrecht dargestellt. Die jungen Kollegen formulieren das weniger juristisch und sagen: Wir haben Druck, Druck von allen Seiten, wir sind als freier Beruf, der wir sein sollten, in unserer freien Entscheidung eingeschränkt. Das treibt die jungen Ärzte viel mehr aus dem Land als die häufig noch unzureichende Vergütung.

(Beifall)

Herr Professor Hoppe, Sie haben die Priorisierungsdiskussion angeregt. Sie legt dieses Spannungsfeld offen. Wir Ärzte sind nicht mehr bereit, einen Mantel über all diese Probleme zu legen und die Probleme auszubaden. Wir möchten die Patientenrechte wahren. Ein Patientenrecht ist die Information, die Information darüber, dass eine Rationierung stattfindet und dass die Politik in diesem Punkt bewusst die Unwahrheit sagt.

Die Politik reagiert mit der Einrichtung einer parlamentarischen Arbeitsgruppe und möchte die Patientenrechte – ähnlich der Steuererklärung auf einem Bierdeckel – als eine Art Reisevertrag darstellen. Wenn es nicht unsere Steuergelder kosten würde, würde ich sagen: Da kann man ja einmal gespannt sein.

Ein Patientenrecht ist beispielsweise auch das Ausstellen einer Patientenverfügung. Dies ist ein Recht, auf das heute noch viel zu wenige Patienten hingewiesen werden, auch durch uns Ärzte. Die Medizin, die die Patienten in dem letzten halben Jahr ihres Lebens erfahren, ist oft nicht diejenige, die sie für sich wünschen. Eine Patientenverfügung bewirkt somit nicht nur, dass die Patienten diejenige Art von Medizin erleben dürfen, die sie wollen, sondern entlastet auch Ärzte und Angehörige, die in dieser Phase nur sehr schwer für ihre erkrankten engen Verwandten entscheiden können.

Ich möchte an alle Kolleginnen und Kollegen appellieren, in ihren Praxen und im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs die Patienten viel mehr auf dieses Recht hinzuweisen, und zwar nicht erst bei Patienten, die über 80 Jahre alt sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Johna. – Der nächste Redner ist der Kollege Dr. Albert Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Als Professor Katzenmeier sein juristisches Referat mit dem Hinweis eröffnete, er werde nun 40 Minuten lang zu uns sprechen, hörte ich in meiner Umgebung ein leichtes Aufstöhnen. Ich möchte mich jetzt ausdrücklich für dieses Referat bedanken, das sehr aus unserem Praxisalltag spricht.

Wir haben in den vergangenen Jahren natürlich immer wieder das Problem mit Kostendruck und Haftungsdruck aufgezeigt, zwischen § 12 und § 276. Im ärztlichen Alltag weiß ich, dass ich aufgrund des Haftungsdrucks die Kniepunktion mit dem OP-Szenario durchführen müsste; aufgrund des Kostendrucks führe ich sie auf der Praxisliege aus. Dieser Druck, den ich jetzt nur an einem kleinen Beispiel verdeutlicht habe, durchzieht die ganze Medizin und unser tägliches Arbeiten. Ich bin ausdrücklich dankbar dafür, dass das hier juristisch so scharf und klar dargelegt wurde. Danke schön.

(Beifall)

Wenn ich den Begriff „Harmonisierung von Standards“ höre, bin ich sehr skeptisch. Die Rentenversicherungsbeiträge und anderes, alles wird harmonisiert. Dieses euphemistische Wort bedeutet in der Regel immer: Ein Standard wird gesenkt. Das steht uns offenbar auch bevor, wenn diese Rationalisierung und Rationierung anhält. Ich möchte hier ausdrücklich darauf hinweisen: Wir hoffen natürlich alle, dass unsere ärztliche Leistung so gut bezahlt und honoriert wird, dass wir den Standard hochhalten können, dass wir nicht nach unten harmonisieren müssen. Wenn sich in dieser Richtung nichts tut, wird diese Harmonisierung mit dem negativen Beigeschmack realisiert werden.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Joas. – Der nächste Redner ist der Kollege Thomas Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Außerhalb der Redezeit eine kurze Kritik am Vorstand. Auf dem vorigen oder vorvorigen Ärztetag gab es einen Antrag, der an den Vorstand überwiesen wurde. Der ist wahrscheinlich sang- und klanglos gestorben, zumindest nicht beachtet worden. Eine der Hauptaufgaben des Ärztetags ist es, unsere Interessen auch in der Öffentlichkeit zu präsentieren. Dazu bedarf es der Medienarbeit. Immer dann, wenn wir irgendwie ein kritisches Thema haben, haben wir eine schlechte Presse. Deshalb hatten wir einmal beschlossen – Vorstandsüberweisung –, ob die Medienarbeit in der Außenwirkung nicht professionalisiert werden soll, notfalls auch mit einer externen Stelle, die uns berät.

Wir wissen aus der Politik – gerade auch Sie, Herr Montgomery –, dass wichtige Botschaften der breiten Masse nicht durch Informationen vermittelt werden, sondern durch Emotionen. Was machen wir als Deutscher Ärztetag und Bundesärztekammer? Wir informieren auf eine ganz saubere, nüchterne und objektive Weise und fallen damit regelmäßig bezüglich der Außenwirkung auf die Nase.

(Beifall)

Dass wir eine solche Außenwirkung haben, liegt auch an unserer Anständigkeit. Wir brauchen eine Strategie und eine Taktik, wie wir solche Sachen nach draußen vermitteln. Ich glaube nicht, dass wir so etwas in unserem eigenen Laden gestalten können. Deswegen verweise ich auf diesen Antrag, der bisher nicht bearbeitet wurde. Ich hätte gern gewusst, wie das entschieden wurde.

Jetzt komme ich zu meinem Redebeitrag.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Lipp, die drei Minuten laufen von Anfang an. Tut mir leid, wir kennen keine gespaltene Redezeit für unterschiedliche Beiträge. Sonst hätte ich Ihnen eben das Wort entziehen müssen, weil Sie leider nicht zur Sache geredet haben, über die hier gesprochen wird.

Gestatten Sie mir einen Nebensatz – das bekommen Sie hinterher als Redezeit hinzugerechnet –: Unsere Pressearbeit ist hochprofessionell. Gerade dieses Jahr beweisen wir das an jedem Tag, an jeder Ecke und an jeder Kante. Ich kann Ihre Kritik deswegen nicht uneingeschränkt nachvollziehen.

(Vereinzelt Beifall)

So, jetzt geht's los.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich komme zu unserem Thema: „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung". Meine Damen und Herren, wir reden die ganze Zeit von Rationierung und von Patientenrecht. Wir wollen, dass es keine Rationierung gibt bzw. dass sie geregelt wird, damit uns nicht die Last der Rationierung trifft. Es geht immer um die Anbieterseite: Das ist der medizinische Fortschritt, das sind wir Ärzte. Aber mir fehlt hier fundamental: Wer Rechte, wer Patientenrechte hat, hat auch Pflichten. In dieser Debatte, wenn es um Rationierung, um Patientenrechte geht, müssen die Patientenpflichten viel stärker betont werden. Es kann nicht sein, es ist unmoralisch – ich bin ein bisschen irritiert, dass die Gesellschaft in dieser Hinsicht überhaupt nicht reagiert –, dass sich das Gesundheitswesen vorrangig damit abgibt, dass Patienten ihr ganzes Leben versemmeln mit Rauchen, Alkohol usw. Wenn sie dann krank sind, wird die Last auf die Gesellschaft übertragen.

Das geht nicht. Das hat auch etwas mit Rationierung zu tun, denn wenn sich die Menschen mehr um ihre eigene Verantwortung kümmern müssten, hätten wir heute vielleicht keine Rationierungsdebatte. Deswegen muss in diese Arbeit bezüglich Rationierung und Patientenrechte dieses Thema der Eigenverantwor-

tung ganz besonders einbezogen werden. Ich sage Ihnen voraus, dass in der breiten Öffentlichkeit mit diesem Aspekt die Rationierungsdebatte eine höhere Akzeptanz finden wird.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Lipp. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Norbert Jaeger aus Schleswig-Holstein.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Sehr verehrte Damen und Herren! Ich wollte eigentlich etwas ganz anderes sagen. Insofern könnte auch ich eine getrennte Redezeit beantragen. Ich möchte zunächst auf die Ausführungen von Herrn Professor Dietrich erwidern. Ich muss sagen, Herr Dietrich: Ihre Ausführungen haben bei mir eine akute obere Einflussstauung verursacht. Sie haben nach Beispielen für eine Rationierung gefragt. Ich muss schon sagen: Ihren Schilderungen entnehme ich, dass Sie Krankenhausarzt sind. Entweder liegt Ihr Krankenhaus irgendwo auf Wolke sieben oder Sie sind in einem Bereich tätig, bei dem Sie sich schon lange von der Basis, vom medizinischen Alltag auf der Station, in der Ambulanz usw. entfernt haben.

(Beifall)

Sie baten um Beispiele für eine Rationierung. Ich könnte Ihnen 20 Beispiele aufzählen. Ich will es bei drei Beispielen belassen.

Wenn ich auf der Station gezwungen werde, bei 35 Patienten in 30 Minuten eine Visite zu machen, dann ist das eine Rationierung, weil den Patienten etwas Wichtiges vorenthalten wird, nämlich das Arztgespräch.

(Beifall)

Diese Rationierung wird am Wochenende noch dadurch verstärkt, dass, wenn ich in Vertretung der Kollegen auf einer mir nicht bekannten Station Visite mache, in der Regel keine Krankenschwester mehr die Visite begleitet, weil der Stellenplan das nicht hergibt.

(Beifall)

Das kann man durchaus als Doppelblindversuch bewerten: Der Arzt weiß nichts und die Patienten können möglicherweise nicht sprechen.

Das sind ganz konkrete Beispiele für eine Rationierung. Ein weiteres Beispiel: Wenn ich aufgrund eines engen Stellenplans als einziger Arzt in der Ambulanz tätig bin für mehr als 20 Patienten, wo eigentlich drei Ärzte vorgesehen sind, und ich von meiner Chefärztin angehalten werde, schneller zu arbeiten, woraufhin ich sie frage, ob ich schnell oder sorgfältig arbeiten soll, dann bin ich genau in dem Gewissenskonflikt, der hier bereits angesprochen wurde.

(Beifall)

Als letztes Beispiel für Rationierung möchte ich Ihnen den Fall meiner Tante schildern. Sie wurde mit einer bradykarden Herz-Rhythmus-Störung von 30 – wahrscheinlich durch eine relative Überdosierung von Antiarrhythmika – von einem sehr sorgfältigen Hausarzt eingeliefert. Sie wurde nicht, wie es bei uns eigentlich selbstverständlich sein sollte, an einen Monitor gelegt. Am nächsten Morgen bei der Visite war sie tot. Der Fehler war wahrscheinlich, dass sie Privatpatientin war, denn es hieß: Der Oberarzt kommt erst später zur Visite. Bei Rücksprache mit den behandelnden Ärzten sagte man: Wir hatten in der Nacht – es war Wochenenddienst – viele Aufnahmen, Ihre Tante schien die Gesündeste zu sein, wir hatten nicht so viele Monitorplätze, außerdem war der Arzt völlig überarbeitet. Insofern wurde meine Tante in ein Normalzimmer geschoben, weil sie eben recht gesund erschien. Keiner hat nach ihr geschaut; bei der Visite war sie tot.

Das sind die Beispiele für Rationierung. Ich kann Ihnen noch weitere 20 Beispiele nennen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, lieber Norbert. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Anke Müller aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Ich habe mich auf diesen Ärztetag gefreut. Ich bin gern hierhergekommen aus diesem kleinen Dorf Strasburg am Ende der Welt, kurz vor Polen, mit 6 000 Einwohnern. Ich wollte mich hier mit Kollegen treffen, die ich von der Akademie für Allgemeinmedizin her kenne. Da ich nicht das erste Mal hier bin, wollte ich mich auch mit vielen anderen netten Kollegen treffen. Ich wollte einmal heraus aus dem weißen Kittel. Ich habe mich ein bisschen in eine Farbe gezwängt; mit 52 muss man schon aufpassen, dass man ein bisschen besser aussieht, nicht so alt, wie man eigentlich ist. Ich hatte gehofft, dass ich hier ein bisschen abschalten kann. Ich wollte hier Berufspolitik mitmachen, mich aber auch ein bisschen erholen.

Die Eröffnungsveranstaltung hatte ich noch gar nicht hinter mich gebracht, da erreichte mich schon der erste Anruf. Es war mein Bruder. Mein Bruder teilte mir mit – ich bin die Hausärztin sowohl meines Bruders als auch meiner Mutter, aller meiner Geschwister, der Enkel und Urenkel und von vielen 100 Patienten –, ich hätte vergessen, unserer Mutter die Tabletten aufzuschreiben, sie suche danach. Meine Mutter nimmt unter anderem Corvaton.

Natürlich hatte ich es nicht vergessen. Sie war in die Apotheke gegangen und hatte irgendwelche Tabletten bekommen, die blaue Streifen hatten. Sie kam zum x-ten Mal nicht damit zurecht, dass sie wieder etwas anderes bekommen hatte. Nun kann man mir ja entgegenhalten, ich hätte ein Kreuz machen und die Aut-idem-Regelung in Kraft setzen können. Das habe ich alles durch. Früher habe ich die Präparatenamen aufgeschrieben, die Firma dahinter. Es sollte ja die billigste Firma sein. Daran habe ich mich nicht immer gehalten. Dann habe ich versucht, nur noch den Wirkstoffnamen aufzuschreiben. Da ich mittlerweile

nicht mehr überblicke, was ich aufschreiben darf, weil es so viele Rabattverträge gibt und ich einen Großteil der Zeit damit verbringe, dem Patienten zu erklären, wie er das Medikament einnehmen muss, sage ich nun: Okay, Wirkstoff. Ich rede und rede und rede. Wir versuchen mal, dass die Welt in Ordnung kommt.

Heute Morgen wollte ich mich nun bei meinem Mann ausheulen. Ich habe ihn angerufen und ihn gefragt: Alles in Ordnung? – Ja, alles in Ordnung. Unsere Mutter hat angerufen. – Ja, ich habe mal wieder die Tabletten vergessen, das stimmt nicht. Mein Mann, der kein Mediziner ist, hat gesagt: Das habt ihr von eurer Sparpolitik, kein Mensch sieht mehr durch, was man einnehmen soll, das schadet euch gar nichts!

Der Trost war also dahin. Was will ich damit sagen? Mich stinkt es ganz genauso an wie viele meiner Kollegen, dass ich mich auf einem Feld bewege, wo die Sicherheit für den Patienten nicht mehr gegeben ist, weil wir ständig neue Regelungen haben, weil wir dem Patienten erklären müssen, was er einnehmen darf und was er nicht einnehmen darf.

Ich danke Ihnen für den ausgezeichneten Vortrag, Herr Professor Katzenmeier. Ich kann nur hoffen, dass mein Sohn, der Jura studiert, mich irgendwann heraushaut, wenn irgendetwas Schlimmes mit meinen Patienten passiert.

Mein Kollege hat mich heute gefragt, ob die Welt besser geworden sei, seit ich in Mainz bin. Ich habe geantwortet: noch nicht. Vielleicht, Herr Professor Hoppe, sollten wir versuchen, dass die Welt ein bisschen besser wird, dass wir uns von Ulla Schmidt oder wem auch immer nicht unterstellen lassen, dass wir nur noch Abzocker sind, dass wir nicht wissen, was wir tun.

Wir sind vernünftige Ärzte, die vernünftig handeln. Wir sollten uns nicht in eine Position drängen lassen, mit der wir selber ganz, ganz schlecht leben können.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Müller. – Der nächste Redner ist Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Jörg, es ist dir ausdrücklich zu danken, dass du dieses heikle Thema, das eine große Resonanz gefunden hat, so klar angesprochen hast, auch wenn es offensichtlich nicht alle Medien verstanden haben, aber einige doch. Die Wahrheit ist den Menschen zumutbar. Wir müssen diesen Ärztetag heute nutzen, um unsere alltäglichen katastrophalen Erfahrungen der Öffentlichkeit gegenüber transparent zu machen, damit sie weiß, was läuft, und sich nicht permanent von der Politik vorführen lässt. Ich lese fast mit Vergnügen, wie sich die Ministerin gegen das Thema Priorisierung und Rationierung wehrt. Warum sagt sie der Öffentlichkeit gegenüber nicht, dass genau diejenigen Gesundheitssysteme, die ihr als Vorbild dienen –

die skandinavischen Länder, Großbritannien, Holland –, genau diese Verfahren bereits routinemäßig eingeführt haben?

(Vereinzelt Beifall)

Dort wird priorisiert, dort wird auch rationiert auf einer völlig normalen Ebene. Wenn sie jetzt sagt, dass sie das Thema doof findet, dann sagt sie nicht die Wahrheit.

Das Thema Rationierung ist ja auch kein neues Thema. Schon Mitte der 90er-Jahre hat der damalige Professor für Gesundheitssystemforschung Michael Arnold – er war auch einmal Sachverständigenratsvorsitzender – immer wieder darauf hingewiesen, dass wir uns nicht darüber unterhalten, ob wir rationieren, sondern darüber, wie wir zuteilen. Das ist völlig normal. Wir müssen es nur richtig machen und es nicht in die Klemme führen lassen.

Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat bereits 2000 und 2007 Stellungnahmen dazu veröffentlicht. Das heißt, das Thema ist da; es wurde von der Politik verdrängt. Jetzt sorgen wir dafür, dass die Politik von diesem Thema eingeholt wird.

Meine Damen und Herren, ich glaube, es ist inhaltlich gesehen extrem wichtig: Priorisierung ist nicht Rationierung. Joachim Dehnst hat in seinem Beitrag zu Beginn dieser Diskussion darauf hingewiesen, dass es Länder gibt, die damit seit vielen Jahren arbeiten. Interessanterweise berichten diese Länder über mittlerweile gute Erfahrungen.

Durch die breite öffentliche Debatte über das, was in der Patientenversorgung sinnvoll und was nicht sinnvoll ist, wurde nicht nur in vielen Bereichen – beispielsweise in Schweden oder auch in Oregon – nachweislich die Patientenversorgung verbessert, es wurde dafür auch zielgerichtet neues Geld zur Verfügung gestellt. Versuchen Sie bitte zu trennen: Rationierung ist das eine – das ist kein angenehmes Wort –, Priorisierung ist etwas richtig Sinnvolles.

Wenn wir wollen, dass auch in Zukunft der medizinische Fortschritt für alle finanzierbar ist, müssen wir auch den Mut haben, zu sagen: Nicht alles kann und muss überall zur Verfügung stehen. – Beifall?

(Beifall)

Ich würde diesen Beifall nämlich gern weitergeben an die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, die genau dieses Zitat 2005 vor dem Deutschen Ärztetag brachte. Möglicherweise hat der Mut sie verlassen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Günther. – Der nächste Redner ist Horst Massing, Hausarzt und Delegierter der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr amtierender Präsident! Meine Damen und Herren! Über unserem Tag steht heute in großen Lettern: Rationierung kommt von draußen. Auf diesen Dampfer „Rationierung kommt von draußen“ sind wir sanft geleitet worden und dieser Dampfer nimmt nun Fahrt auf.

Von der Rationierung, die wir selber angerichtet haben, wird hier nicht mehr gesprochen. Gestern haben die Herren Schäfer, Holzborn, Quitterer und Junker von dieser Rationierung gesprochen. Unser Präsident hat gesagt, noch heute: Verlust an flächendeckender Versorgung ist auch eine Rationierung. Der Verlust an flächendeckender Versorgung ist niemals von draußen herbeigeführt worden, sondern einzig und allein home made, Sache der Kammern und der Kassen gewesen. Da müssen sich alle, die hier vorne sitzen, mal an den Bart fassen. Verlust an flächendeckender Versorgung, Wartezeiten, Hausarztmangel – kein Mensch von draußen hat daran gedreht, sondern das ist alles die Selbstverwaltung gewesen.

Ganz schnell noch zu unserem großen Thema: Soll es einen Gesundheitsrat geben, der Priorisierungen vornimmt? Herr Präsident, ich weiß nicht, ob wir in der Gefahr sind – ich glaube, Herr Dietrich hat es gesagt –, es zu externalisieren. Die Gefahr, zu externalisieren, hat ein ganz Großer aus unserem Kreis 1988 schon einmal ausgedrückt – das war Herr Montgomery. Er hat es gegen uns ins Feld geführt. Immer dann, wenn es drinnen nicht richtig klappt, werden wir in der Gefahr sein, draußen einen Feind zu suchen. In dieser Gefahr sind wir jetzt. Der Dampfer nimmt Fahrt auf.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Horst Massing. Wenn Sie sich das Zitat von 1988 angucken, können Sie doch nur sagen, dass ich damals recht hatte. So muss man es doch einfach einmal sehen. – Die Nächste auf der Rednerliste ist die Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen, Heidrun Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Vorsitzender! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Herr Präsident Hoppe, Sie haben vorhin gesagt, dass wir nicht – ich würde sagen: noch nicht – von den Medien verstanden werden; das betrübt Sie ein bisschen. Ich wäre da völlig gelassen, weil nämlich die Zeit für uns arbeitet. Wir alle merken ja, dass die Patientinnen und Patienten das am eigenen Leib mehr und mehr spüren. Die Bürger werden selber den Politikern erklären, dass sie sich nicht mehr länger für dumm verkaufen lassen.

Nach dem Vortrag von Herrn Professor Katzenmeier bin ich ziemlich sicher, dass uns auch die Juristen in nächster Zeit helfen werden, weil sie die Realität, die sich entwickelt hat, natürlich auch in der Zukunft in der Rechtsprechung wahrnehmen und umsetzen werden. Auch da bin ich mir ziemlich sicher.

Ich würde natürlich von einem kritischen und investigativen Journalisten erwarten, dass er seine Funktion der Politikkontrolle wahrnimmt und den Bürgern hier

ein bisschen hilft. Ich habe bereits gestern gesagt: Die Bedürftigen haben es besonders nötig. Mit ihrer Erlaubnis, Herr Vorsitzender, möchte ich aus dem Brief einer großen Gesundheitskasse in diesem Lande zitieren, um einmal darzulegen, wie andere mit Patientenrechten umgehen. Der Brief lautet:

> *Sehr geehrte Damen und Herren, auf dem Abrechnungsschein der ambulanten Notfallbehandlung vom … wurde die Diagnose „Verletzung der Vulva“ angegeben.*

Es handelte sich um ein Kind.

> *Bitte teilen Sie uns mit, ob die Verletzung durch Missbrauch entstanden sein könnte.*

Das war der Brief einer Sachbearbeiterin dieser Krankenkasse. Ich habe das selbstredend abgelehnt und ihr erklärt: Wenn Sie darauf bestehen, diese Information zu bekommen, geben Sie das Ihrem MDK. Dann wird das von Arzt zu Arzt behandelt. Außerdem habe ich ihr angekündigt, dass ich diesen Brief hier vorlesen werde, weil ich es einen unsäglichen Umgang finde. Der Kasse geht es nicht um die adäquate Therapie des Kindes, sondern selbstverständlich nur um die Wiedererlangung der Kosten durch einen eventuellen Verursacher.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich komme bekanntermaßen aus einem der ärmeren Bundesländer. Ich kann täglich sehen, dass die Rationierung natürlich besonders die Bedürftigen trifft. Sie haben die Chancengleichheit im Gesundheitswesen genauso wenig wie in der Bildung. Wenn man eine dieser Studien für das Gesundheitswesen durchführen würde, käme man wahrscheinlich zu ähnlichen prekären Ergebnissen. Das ist das Problem, warum genau bei diesen Bürgerinnen und Bürgern die eben ins Feld geführte informationsbezogene Harmonisierung durch Aufklärung eben nicht geschieht. Sie können sich nicht durch das Einkaufen der fehlenden Leistungen helfen, sondern sie sind die Gebrandmarkten.

Noch ein Beispiel für die Rationierung, das mittlerweile evidenzbasiert ist: Es ist nachgewiesen, dass die Zahl der MRSA-Infektionen dort zunimmt, wo der Personalmangel groß ist. Auch bei uns im Kinderkrankenhaus ist ein Pflegekräftemangel durch Stelleneinsparungen eingetreten. Er trifft die Bedürftigen besonders hart. Das sehe ich täglich. Deswegen ist es auch gut, wenn man einmal vom Elfenbeinturm irgendwelcher anderer Realitäten herunterkommt und in die Niederungen der medizinischen Realität in diesem Land einsteigt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Heidrun. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Dr. Jörg Hermann, Delegierter der Ärztekammer Bremen.

Dr. Hermann, Bremen: Herr Präsident! Liebe Delegierte! Ich bedanke mich ausdrücklich beim Vorstand der Bundesärztekammer dafür, dass dieses Thema – ob wir es nun Rationierung oder Priorisierung nennen – zum Thema des Ärztetags gemacht wurde, denn wir können keinesfalls an diesem Thema vorbeigehen. Die Vorträge waren auf allerhöchstem Niveau. Ich danke sowohl Herrn Professor Hoppe als auch Herrn Professor Katzenmeier für ihre Darstellung. Herr Professor Katzenmeier hat aus juristischer Sicht sehr deutlich gemacht, in welchem Dilemma wir uns befinden, das unser tägliches Arbeiten schon heute sehr bestimmt. Dieser Korridor wird von uns allen als bereits verschwunden gesehen, wenn er sich nicht bereits in dem dargestellten roten Bereich bewegt hat.

Die Darstellung in den Medien spiegelt allerdings nicht wider, um was es uns hier eigentlich geht. Woran liegt das? Bei Frau Schmidt können wir sicher davon ausgehen, dass es böser Wille ist, denn sie ist nicht so doof, das nicht zu verstehen, was wir hier sagen wollen.

(Beifall)

Der böse Wille äußert sich darin, dass sie uns das wieder um die Ohren gehauen hat, um ihr umfassendes Leistungsversprechen vor den Wahlen zu wiederholen, obwohl sie gut weiß, dass das niemals verwirklicht werden kann. Das bewirkt die Wahl. Aber auch für uns steht die Wahl direkt bevor.

Woran liegt es noch? Wir haben – das richtet sich direkt an den Vorstand – sicher falsche oder schlechte Beispiele benutzt. Damit können wir beim Volk kein Verständnis dafür erlangen, um was es uns eigentlich geht. Oft wird gefragt, noch in der Sprechstunde: Gibt es das denn noch von der Kasse? Das ist also ein Thema, das den Versicherten, unseren Patienten, unseren Schutzbefohlenen bereits völlig präsent ist.

Es gibt Beispiele, mit denen man besser landen kann, beispielsweise den Hinweis auf die Maximalmedizin am Ende des Lebens. Jedes Leben geht unabweisbar zu Ende, gleichgültig welche Mühe wir uns als Ärzte geben. Diese Maximalmedizin kostet unendlich viel Geld. Das ist das Teuerste, das wir in der Medizin überhaupt veranstalten, die letzten zwei Lebensjahre zu bedienen. Welcher unserer Patienten würde nicht äußern, dass er am Ende seines Lebens nicht an Schläuche angeschlossen werden will? Das ist doch eine Sache, die den Menschen nahe ist und die sie verstehen.

Von diesen beiden Seiten her können wir aufeinander zugehen, auch wenn es sehr schwer ist, das nachher in Worte und in Regeln zu fassen.

Ein zweites Beispiel ist die HPV-Impfung. Massen von Müttern fragen mich: Soll ich das mit meinen zwölfjährigen Kindern machen lassen? Die Mütter haben allergrößte Zweifel, und zwar zu Recht. Ich will gar nicht den unsäglichen Gang zu dieser Empfehlung nachvollziehen. Da sind wir doch bei unseren Versicherten, da können wir doch an einem Strang ziehen. Das war die teuerste Nummer, die wir arzneimittelmäßig in 2008 gefahren haben.

Wenn sich Herr Hoppe in Talkshows vorführen lässt und Monti vor dem Ärztetag auch noch die Zahl 10 000 nennt, dann haben wir uns sicher keinen Gefallen getan,

(Beifall)

denn dann kommt genau das dabei heraus – das haben uns die Provinzschreiberlinge hier wieder vorgeführt –: Wir wollen den anderen etwas wegnehmen, damit wir fünfstellig verdienen können. Da brauchen wir griffigere Beispiele. Herr Lipp hat es gesagt: Da kann die Pressearbeit sicherlich verbessert werden.

Herr Hoppe, ganz ehrlich, ich bitte Sie von Jörg zu Jörg: Treten Sie nie wieder vor eine Kamera.

Danke.

(Unruhe)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Ich glaube, Letzteres war eine unsachliche Bemerkung, die nicht ganz den parlamentarischen Regeln entspricht, lieber Herr Hermann. Ich glaube, das sollten Sie noch einmal intern klären.

Ansonsten fand ich die Reaktionen auf die Äußerung, dass man 10 000 Euro doch nicht als unanständiges Einkommen eines Vertragsarztes betrachten könne, sehr interessant, weil die Krankenkassen darauf mit dem Hinweis reagiert haben, das sei unverschämt, schließlich würden sie ja 120 000 Euro im Jahr verdienen. Ich fand es – unabhängig davon, ob die Zahl stimmt – sehr erstaunlich, dass man 10 000 Euro im Monat ablehnt, aber 120 000 Euro im Jahr für richtig hält. Die müssen vielleicht noch rechnen lernen. Aber das bringen wir ihnen dann in den Gremien bei.

Die nächste Rednerin ist Frau Professor Alexandra Henneberg, Delegierte der Landesärztekammer Hessen.

Prof. Dr. Henneberg, Hessen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Priorisierung ist keine Rationierung. Ich mache mir größte Sorgen um das, was wir hier im Moment diskutieren. Wir haben einen Katalog aufgestellt und haben gesagt: Am Anfang der Priorisierung stehen Schmerzen und lebensbedrohliche Situationen, am Ende Wellness.

Ich muss vielleicht sagen, aus welcher Ecke ich komme: Ich bin Ärztin für Neurologie und Psychiatrie. Ich gehöre also einer der Minderheiten hier an. Ich habe eine Spezialambulanz für Parkinsonkranke. Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland 320 000 Parkinsonkranke. Das sind Patienten, die, wenn sie in die Fortschrittsfalle der Medizin geraten, also nicht diejenigen Medikamente bekommen können, die sie benötigen, sehr schnell unbeweglich werden und sich dann auch nicht mehr äußern können, weil sie sehr leise werden. Sie haben vielleicht noch eine Selbsthilfegruppe, aber werden dann eben nicht von Patien-

ten selbst vertreten, sondern von Juristen, die uns ja, wie wir hier hören konnten, sehr gut weiterhelfen können.

Wir diskutieren jetzt darüber, dass wir am Ende des Lebens die Würde des Menschen erhalten wollen. Wir müssen bitte dafür sorgen, dass Minderheiten sowohl von den Fachärzten als auch von den Patientenvereinigungen gehört werden, auch wenn sie eine noch so kleine Gruppe vertreten. Ich bin ganz sicher, dass viele unserer Kollegen ebenso ihr kleines Beispiel in der Hinterhand haben.

Wenn wir das nicht tun, werden wir vielen Menschen in unserem Lande nicht gerecht werden, denn die Ressourcen der Gesellschaft sind offensichtlich nicht mehr so groß, dass wir kleine Minderheiten berücksichtigen können. Aber genau das wünsche ich mir von einer gut funktionierenden Medizin. Auch das würde ich unter dem Begriff der Patientenrechte subsumieren.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Professor Henneberg. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Ute Taube, Delegierte der Sächsischen Landesärztekammer.

Taube, Sachsen: Wir sprechen über Patientenrechte, liebe Kolleginnen und Kollegen. Die Entmündigung der Patienten durch die Gesundheitspolitik und die Kostenträger ist bereits Realität. Als Beispiel dafür möchte ich die zentralisierte Versorgung von AOK-Patienten mit Inkontinenzmaterial, die qualitativ schlecht ist, nennen. Patienten- und arztseitige Einwände werden einfach ignoriert. Wir verordnen also per Quartalsrezept wissentlich eine Versorgung, die die Lebensqualität vermindert und die medizinische Komplikationsrate steigert.

(Vereinzelt Beifall)

Vor diesem Hintergrund spricht der Gesetzgeber von Patientenschutzgesetzen. Die Patienten selbst erleben ihre Situation immer häufiger als rechtlos. Die verfasste Ärzteschaft muss dringend und ganz massiv alle ihre Möglichkeiten nutzen, hier zu intervenieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Taube. – Der nächste Redner ist der Kollege Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Bodendieck, Sachsen: Meine lieben Kolleginnen! Liebe Kollegen! Sehr geehrter Herr Präsident Hoppe! Lieber Herr Montgomery! Die Diskussion über die Patientenrechte ist eine komische Sache, wenn die Ärzte immer darüber reden. Ich will das trotzdem tun. Die Patienten scheinen offensichtlich nicht so richtig in der Lage zu sein, selber darüber zu reden und sich so zu äußern, dass sie in der Lage sind, ihre Rechte, die verbrieft sind, wo es keiner Schutzgesetze oder anderer Dinge bedarf, wahrzunehmen.

Werfen wir einen Blick in die Geschichte. Es beginnt 1784 mit Kant, der schrieb:

> *Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines eigenen Verstandes ohne Anleitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen …*

Ich glaube, wenn wir darüber reden, ist es genau dieses, was wir den Patienten beibringen müssen. Dann können uns die Presse und der Journalismus eigentlich nicht kümmern, wie man mit uns Ärzten und mit den Patienten umgeht.

Bedenken Sie bitte bei allen diesen Diskussionen, dass das Arzt-Patient-Verhältnis oder, andersherum ausgedrückt, die Patient-Arzt-Beziehung immer eine individuelle Beziehung bleibt, die bis zu Entscheidungen geht, die den Tod des Patienten bedeuten können.

Wir haben heute etwas darüber gehört, dass es sicherlich oftmals nicht nötig ist, Patienten am Ende ihres Lebens noch mit fragwürdigen operativen Eingriffen zu belasten. Aber wer entscheidet dies? Sind wir, die Ärzte, diejenigen, die das entscheiden? Ich meine: ja. Wir können es aber nicht allein entscheiden, sondern wir müssen es gemeinsam mit unseren Patienten entscheiden.

Die Patienten müssen aus diesem Grunde informiert sein. Die Patienten müssen in die Lage versetzt sein, mit uns entsprechend ihren Möglichkeiten, entsprechend ihrem Verstand in jedem individuellen Einzelfall aufgeklärt zu werden. Aufklärung heißt nicht, am Ende darüber aufzuklären, dass natürlich die Operation der Appendizitis mit dem Tode enden kann, sondern Aufklärung heißt, den Patienten mitzunehmen und nicht von Compliance zu reden, sondern von Empowerment zu reden. Dieses Empowerment muss in Zukunft weiterhin betrieben werden.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Bodendieck. – Der nächste Redner ist Herr Professor Ulrich Schwantes, Delegierter der Landesärztekammer Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Professor Hoppe! Herr Dr. Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Am Anfang eine natürlich fiktive Patientengeschichte. Da haben wir nun von einem Patienten eine Sonografie gemacht, ein MRT gemacht, das Labor einmal rauf, einmal runter durchgeführt und am Ende haben wir uns auch noch getraut, eine PET durchzuführen. Wir haben aber nichts Fassbares gefunden. Dann sind wir zum Äußersten geschritten: Wir haben den Patienten untersucht.

Was will ich damit sagen? Wir diskutieren die Rationierung auf einem relativ hohen Standard, auf einer Umkehrung. Mit „hohem Standard“ ist die neueste medizinische Technik gemeint. Mit dem Begriff „medizinischer Fortschritt“ ist gemeint: aktuellste wissenschaftliche Ergebnisse.

Herr Professor Katzenmeier hat in seinen Grafiken deutlich gezeigt: Die Sorgfaltspflicht bedeutet, dass wir genau diesen Fortschritt anwenden müssen, technisch-wissenschaftliche Methoden.

Oder könnten wir auch anders vorgehen und könnten sagen: Die Sorgfaltspflicht besteht darin, dass wir eine sorgfältige Anamnese erheben, dass wir eine sorgfältige körperliche Untersuchung durchführen, dass wir eine sorgfältige Verlaufsbeobachtung bei dem Patienten machen und vor allen Dingen – und das von Anfang an – eine tragfähige Beziehung zum Patienten herstellen und daraus klare diagnostische Fragestellungen entwickeln und fragen, welche der vielen neuen Methoden eine adäquate und ausreichende Antwort auf die gestellte Frage ergibt? Oder könnten wir eine klare therapeutische Zielstellung entwickeln, immer im Hinblick auf die individuellen Besonderheiten des Patienten?

Wir haben inzwischen die Situation mit sehr hohen Standards einerseits, wie ich das beschrieben habe, und einem gravierenden Mangel an basalen praktischen Fertigkeiten andererseits. Dieser Mangel hat seinen Anfang in der medizinischen Ausbildung, bei der wissenschaftliches Wissen ganz obenan steht und trotz der neuen Approbationsordnung die praktischen Fertigkeiten, nämlich patientenbezogene Fertigkeiten, und die Begegnung mit dem Patienten so gut wie keine Rolle spielen.

Die patientennahe Ausbildung kann an den Universitäten nicht mehr stattfinden. Wir haben das vorhin bereits von Herrn Professor Nix angedeutet gehört. An den Universitäten findet ein hoch spezialisiertes Vorgehen statt. Es gibt ein knappstes Zeitmanagement und ein hohes Turnover. Gleichzeitig weigern sich die Universitäten, diese patientennahe Ausbildung herauszugeben. Ich habe den Antrag gestellt, dass der Deutsche Ärztetag die Medizinischen Fakultäten auffordert, der patientennahen Ausbildung wieder ausreichend Raum zu geben und außeruniversitäre Lernorte mit einzubeziehen.

Ganz herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Schwantes. Wenn ich das richtig sehe, haben Sie diesen Antrag zu einem anderen Tagesordnungspunkt

eingereicht, nicht zu Tagesordnungspunkt II. Der Antrag liegt mir nämlich noch nicht vor. Wenn ich ihn noch bekomme, können wir ihn bescheiden. – Der Nächste in der Rednerliste ist Herr Gustav Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Patienten und die Ärzte leiden unter der Diskrepanz zwischen dem umfassenden Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung und der erlebten Wirklichkeit. Zum Glück ist der überwiegende Teil dieses Arzt-Patient-Verhältnisses in ausreichender Qualität herstellbar und wird von uns auch so wahrgenommen. Dennoch gibt es große Klagen, die von den zuständigen Körperschaften nicht hinreichend weitergegeben und umgesetzt werden können. Die Klagen der ärztlichen Kollegen werden teilweise nicht richtig wahrgenommen und einfach ignoriert. Wieso kann es geschehen, dass es 1 400 Seiten EBM gibt, dass 5,1 versprochen waren, man aber auf 3,5 heruntergegangen ist, plötzlich fehlen 40 Prozent – und keiner merkt es und keiner sagt, was los ist?

Ich verstehe das nach wie vor nicht. Ich bin Krankenhausarzt. Ich muss doch einer halbwegs fundierten wirtschaftlichen Analyse vertrauen können. Sehr wenige Bürger der Bundesrepublik Deutschland wissen, was diese Diskrepanz bedeutet. Es gibt so viele Scheinschauplätze der Auseinandersetzung, dass sich niemand mehr auskennt.

Um Fehler zu vermeiden, habe ich zum Antrag II-01 einen Änderungsantrag eingebracht. Im Vorstandsantrag heißt es in Ziffer 2 des Punktes 3:

> *Es muss in der Entscheidung des Patienten liegen, Versorgungstarife frei zu wählen.*

Das klingt ganz vernünftig, entspricht eigentlich auch der Realität. Es gibt eine Vollversicherung für 90 Prozent. Darüber hinaus sind die Dinge nicht geregelt. Deshalb habe ich den Antrag gestellt, vor dem Wort „Versorgungstarife“ die Worte „auch zusätzlich“ einzufügen. Auf diese Weise sollte die Position klarer werden.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Michaelis. Der von Ihnen erwähnte Antrag hat die Nummer II-01 c. Der Antrag liegt bereits umgedruckt vor. – Der nächste Redner ist der Kollege Martin Junker aus Westfalen-Lippe.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte eine Vorbemerkung machen. Ich bedauere es, dass ich gestern einigen die Hoffnung auf eine längere eigene Redezeit genommen habe. Aber ich hatte bei 15 Ärztetagen das erste Mal die Gelegenheit, ohne Redezeitbegrenzung

sprechen zu können, wie das der frühere Berliner Kammerpräsident Huber regelmäßig tat.

Ich möchte zum Thema Rationierung ein Beispiel anführen, das uns zeigt, dass es schon sehr, sehr lange eine Rationierung gibt. In diesem Hause hat vor über zehn Jahren ein Kollege einen Fall von der Universität Freiburg vorgestellt, wo die Suche nach einem Spender für ein Leukämiekind eingestellt wurde, weil die Krankenkasse den Geldhahn zugedreht hat. Das ist belegt. Ihm gegenüber wurden juristische Drohungen ausgesprochen.

Ich möchte jetzt einen Aspekt der Patientenrechte ansprechen, der heute nicht besonders erwähnt wurde, mit dessen Hilfe aber die Rationierung erfolgt. Ich meine die Datensammlungen. Das rückt heute immer stärker in den Vordergrund, nicht nur im Zusammenhang mit der E-Card. Ich denke, das ist ein wichtiger Aspekt auch für die Behandlung unseres Tagesordnungspunkts IV. Das Recht auf eigene Daten wird immer mehr durchlöchert. Das ist im Grunde schon ein Schweizer Käse. Selbst bei einer banalen Reiserücktrittsversicherung muss man als Betroffener seine Gesundheitsdaten im Reisebüro abgeben, um Leistungen erstattet zu bekommen. Bei Attesten für Studenten werden die Diagnosen nicht nur aufgeschrieben, sondern sie müssen auch noch für einen Laien verständlich erklärt werden. So jedenfalls fordert das die Universität Siegen.

Wir haben schon auf früheren Ärztetagen die Forderung erhoben, die ich hier nochmals bekräftigen möchte: Wir brauchen eine Zusammenfassung der in vielen verschiedenen Gesetzen meistens unauffindbar versteckten Datenschutzbestimmungen zu einem eigenen Datenschutzgesetz für Heilberufe, für Gesundheitsberufe, damit wir endlich den von uns tagtäglich verteidigten Datenschutz unserer Patienten gegenüber der Politik, den Krankenkassen, dem MDK und auch gegenüber der gematik deutlich machen und transparent darstellen können.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Junker. – Der nächste Redner ist der Kollege Florian Schuch aus Bayern.

Dr. Schuch, Bayern: Hohes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! In unserer Diskussion über die Priorisierung geht es nicht darum, wie es heute teilweise in der Presse herüberkommt, wie es teilweise auch als menschenverachtend von der Bundesgesundheitsministerin dargestellt wird, wie es einige Kollegen auch ohne Basiswissen behaupten, dass wir hier IGeL-Leistungen Vorschub leisten wollen, den Patienten medizinisch notwendige Maßnahmen vorzuenthalten. Diese Debatte muss dazu führen, dass wir Standards entwickeln, dass jeder Mensch in Deutschland, egal wie er versichert ist, egal wo er herkommt, egal ob er der deutschen Sprache mächtig ist oder nicht, sich darauf

verlassen kann, dass wir ihn medizinisch notwendig und ausreichend behandeln können. Das findet nicht statt. Das wissen wir. Das haben wir heute auch schon gehört.

Nebenbei sei bemerkt: Wir sollten nicht so tun, als sei die Privatversicherung der Königsweg. Wir alle kennen irrationale und unrationierte Behandlungen von Privatpatienten.

Wir brauchen eine solche Debatte, die am Ende Standards definiert, bei denen wir wissen, dass wir uns darauf verlassen können, dass das abgestimmt und konsentiert ist, damit die Ärztinnen und Ärzte, speziell die jungen, sich darauf verlassen können, dass sie das erbringen können. Wir haben Woche für Woche 100 bis 150 Stellenanzeigen. Es herrscht ein echter Ärztemangel. Wir werden die Patienten nicht mehr betreuen können, wenn wir in Deutschland keine Ärztinnen und Ärzte mehr haben.

Wir haben eben von Herrn Professor Katzenmeier dargestellt bekommen, dass die Ärzte zerpresst werden, insbesondere die jungen Ärztinnen und Ärzte. Sie fallen rechts und links herunter. Unter „rechts“ können Sie sich Norwegen und Skandinavien vorstellen, unter „links“ die Schweiz.

Wir brauchen eine Debatte, wo ich als Arzt noch tätig sein kann, ohne ständig zerrieben zu werden von einer überbordenden Verwaltung, von ständig neuen Regulierungen. Anschließend wird es keine Ärzte mehr in Deutschland geben. Wir wollen Rahmenbedingungen, innerhalb deren wir als Ärzte für die kranken Menschen da sein können. Das muss auch das Ergebnis einer solchen Debatte sein. Das ist im Sinne des Patienten. Das ist eine ehrliche Debatte und nicht die Fortführung der Verlogenheit der Politik.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Schuch. – Der nächste Redner ist der Kollege Dr. Josef Pilz aus Bayern.

Dr. Pilz, Bayern: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte direkt auf die Ministerin Ulla Schmidt antworten. Unmenschlich ist aus meiner Sicht eine Politik, die einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geschaffen hat, der die Kassen dazu verleitet, die deutsche Bevölkerung kranker zu machen, als sie ist, ohne damit Kosten auszulösen. Das ist meines Erachtens wesentlich unmenschlicher.

Ich komme zum Thema zurück. Ich bin überglücklich darüber, dass wir heute über die Themen Rationierung und Priorisierung sprechen, weil dies meiner Meinung nach für 95 Prozent aller Ärzte, ob klinisch oder ambulant tätig, das Kernproblem und der große Frust in der bundesdeutschen Medizinversorgung ist. Ich finde, dass die Diskussion hier wieder üblich deutsch geführt wird: Es wird polemisiert, statt sachlich über dieses Problem zu reden. Ein Meister in

diesem Feld ist Herr Professor Dietrich. Der Grundsatz der Priorisierung lautet, dass die Ausgaben, die eine Volkswirtschaft für die Gesundheit zur Verfügung stellen kann, immer begrenzt sein werden. Dem steht gegenüber, dass der Wunsch in Bezug auf medizinische Leistungen theoretisch unbegrenzt ist. Insofern ist die Priorisierung eine absolut notwendige und sicherlich sinnvolle Maßnahme, um zu einer gerechten Verteilung der Leistungen zu kommen.

Ich möchte appellieren, dass wir uns an den skandinavischen Ländern orientieren. Wir sollten uns nicht von der Presse oder von wahlkämpfenden Politikern scheu machen lassen, sondern sollten ganz konsequent diesen Weg weitergehen. In Schweden hat es 15 Jahre gedauert. Man hat lange diskutiert. Dann hat man ein Ergebnis gefunden, das von allen gesellschaftlichen Kreisen akzeptiert wurde.

Dahin müssen auch wir kommen. Wir dürfen uns nicht in irgendeiner Weise in die Ecke drängen lassen oder ängstlich wieder zurückweichen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Pilz. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Martin Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Herren Referenten! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Änderungsantrag II-01 a, der Ihnen bereits vorliegt. Auf Seite 4 des Vorstandsantrags soll der zweite Absatz unter Ziffer 5 ersatzlos gestrichen werden. Dieser Absatz beginnt mit den Worten:

> *Die Ärzteschaft verschließt sich nicht der Mitwirkung an gesundheitspolitischen Priorisierungsentscheidungen.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte Sie daran erinnern, dass wir im vergangenen Jahr im „Ulmer Papier“ auf Lösungsvorschläge in Richtung Politik verzichtet haben. Wir sollten uns auch bei diesem sehr fundiert formulierten Antrag hier und heute nicht zur Problemlösung anbieten. Der Ball liegt zunächst einmal bei der Politik. Die Politik wird bei dieser Fragestellung auch wieder auf die Ärzteschaft zukommen. Dann können wir immer noch, Frau Vizepräsidentin Goesmann, auf das „Ulmer Papier“ und den dort geforderten Gesundheitsrat verweisen.

Wir als Ärzteschaft müssen unbedingt den Eindruck vermeiden, wir seien die Initiatoren oder gar die Verursacher der Priorisierung. Daher möchte ich Sie bitten, meinem Antrag zu folgen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Bolay. Es sei nur kurz darauf hingewiesen, dass sowohl im „Ulmer Papier“ als auch in dem gestern verabschiedeten Leitantrag dieser Gesundheitsrat vorkommt. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Jan Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Das mit der Presse sehe ich gar nicht so negativ. Ich glaube auch, dass es sehr schwierig ist, diese komplexe Thematik innerhalb kurzer Zeit so darzustellen, dass es jeder in der Bundesrepublik Deutschland versteht. Ganz wichtig ist, dass diese Diskussion eröffnet ist, dass sie angestoßen worden ist. Sie wird auch weitergehen.

Wir haben damals auch in verschiedenen anderen ziemlich haarigen Diskussionen erlebt, dass zunächst der Regen der negativen Presse auf uns niedergegangen ist. Beispielsweise hieß es bei den Ärztestreiks, wir seien ohne Ende geldgeil. Schließlich hat es sich gewandelt. Inzwischen ist allgemein akzeptiert, dass auch der Arzt ein Recht auf ein Einkommen hat. Das ging relativ rasch.

Ich würde es also gar nicht so pessimistisch sehen, wenn nach 24 Stunden die eine oder andere Pressestimme negativ ist. Ich möchte vielmehr sagen, dass das Gejaule unserer Bundesgesundheitsministerin ein sehr positives Indiz dafür ist, dass wir sie an einer sehr, sehr empfindlichen Stelle getroffen haben. Das sehe ich als durchaus positiv an.

(Vereinzelt Beifall)

Andererseits möchte ich auch einmal sagen, dass wir Rationierung und Priorisierung nicht vermischen sollten. Ich kann der Priorisierung nicht nur Schlechtes abgewinnen. Ich möchte es anders formulieren: Die Aufgabe, zu definieren, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist, ist eine genuin ärztliche Aufgabe. Das müssen *wir* schaffen, und zwar nicht im Sinne der Rationierung, sondern wir müssen wieder die Herrschaft, sozusagen die Lufthoheit, über das gewinnen, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist.

Ich möchte hier unter Tagesordnungspunkt II außerordentlich begrüßen, dass im Antrag des Vorstands zu Tagesordnungspunkt I unter Ziffer 17 die Anregung steht, einen Gesundheitsrat ins Leben zu rufen, der der Politik ein bisschen hilft, Realitäten zu finden. Der Gesundheitsrat kann möglicherweise den jetzt existierenden Gemeinsamen Bundesausschuss ersetzen.

Abschließend möchte ich noch kurz auf den Antrag II-02 eingehen. Ich möchte Sie bitten, diesen Antrag entweder abzulehnen oder Nichtbefassung zu beschließen. Wenn man es andersherum liest, würden wir sagen: Weil unsere Gesundheitspolitik komplett versagt hat, möchten wir unsere gesamte Rechtsordnung auf den Kopf stellen, das heißt, wir Ärzte zeigen ein pflichtwidriges Verhalten. So steht es in diesem Antrag. Wir lassen uns das vom Gesetzgeber sogar noch sanktionieren und uns dadurch heilig sprechen.

In unserer Rechtsordnung gibt es den Unterschied zwischen einem abstrakten und einem konkreten Verschulden, einem Anordnungs- und Übernahmever-

schulden. Wir sollten uns auf keinen Fall höchstrichterlich in irgendeiner Art und Weise die Verantwortung für Gesundheit und Krankheit unserer Patienten nehmen lassen. Bitte lehnen Sie diesen Antrag ab.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Danke, lieber Jan Hesse. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Christiane Friedländer. Sie kommt aus Nordrhein.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mit sehr viel Aufwand feiert die Bundesrepublik 60 Jahre Grundgesetz. Ich kann nur sagen: Dieses Grundgesetz ist das beste Patientenschutzgesetz, das wir haben. Da brauchen wir keine weiteren Patientenschutzgesetze. Das Grundgesetz garantiert die Würde des Menschen. Das betrifft Patient und Arzt. Es besteht der Anspruch auf körperliche und seelische Unversehrtheit. Auch da ist alles eingeschlossen, was wir als Ärzte im Verhältnis zu den Patienten austarieren müssen.

Ich bin Herrn Professor Hoppe sehr dankbar, dass er diese Priorisierungsdebatte angestoßen hat. Aber wenn ich Sie recht verstehe, soll es eine Debatte sein, nicht eine Entscheidung für eine Priorisierung. Gerade diese wollen wir ja verhindern. Ich möchte ganz klarstellen: Ich möchte keine gesellschaftliche Entscheidung dafür, wie ich im Einzelfall als Arzt und auch als Patient, der ich ja selber auch einmal werden könnte, mich versorgen lassen muss. Das kann keine gesellschaftliche Aufgabe sein, sondern das kann immer nur eine individuelle Aufgabe sein.

Insofern möchte ich nicht, dass ein Gesundheitsrat festlegt – ich weiß ja gar nicht, wer zufälligerweise in diesem Gesundheitsrat sitzt –, wie meine Behandlung voranschreitet.

Im Übrigen sollte man vielleicht einmal darüber nachdenken, ob es nicht woanders eine Priorisierung geben könnte, die sinnvoll wäre, nämlich im politischen Bereich. Wenn ich an die Steuerverschwendung denke, die jedes Jahr nachgewiesen wird, stellt sich die Frage, ob dieses Geld nicht an anderer Stelle besser allokiert ist, sodass gar nicht die Problematik auftritt, dass zu wenig Geld vorhanden ist.

Ich möchte noch Folgendes in den Vordergrund stellen: Das Gesundheitswesen scheint ein Lieblingsthema für die Idee der Vergesellschaftung zu sein. Überall habe ich Freiheiten: Ich habe die Freiheit, in welche Schule ich mein Kind schicke, ich habe die Freiheit, wo ich leben will, ich habe die Freiheit, mit wem und wie ich leben kann. Diese Möglichkeiten habe ich auf allen Gebieten, nur im Gesundheitswesen soll die Gesellschaft darüber bestimmen, wie ich mich zu verhalten habe. Das halte ich für völlig unangemessen. Ich bitte Sie herzlich, diesen gesellschaftspolitischen Bestrebungen energischen Widerstand entgegenzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Friedländer. – Der nächste Redner ist der Kollege Christian Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Vorsitzender! Sehr verehrter Herr Professor Hoppe! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Rationierung im Umfeld begrenzter Ressourcen ist ein nicht mehr vermeidbarer Prozess. Das ist offenbar ein innerärztlicher Konsens. Doch darüber hinaus sollten wir unseren Blick auch auf die dramatische Verschiebung der Gesundheitswirklichkeit durch Einführung der diversen Privatisierungen richten. Indem der sogenannte Gesundheitsmarkt eine gleiche ökonomische Bedeutung erlangt wie beispielsweise die Autoindustrie, somit für die Finanzierer dieser Privateinrichtungen zuerst eine Einrichtung zur Optimierung der eingesetzten Mittel darstellt, entsteht eine dramatische Verschiebung der Gewichtung in der Gesundheitsversorgung.

Im Zentrum steht also der Profit und nicht der Patient. Das wiederum, meine sehr verehrten Damen und Herren, muss zu der Frage führen, ob in einem System, das zur Rationierung, zur Priorisierung zwingt, die Ärzte den Sündenfall der Privatisierung mit dem Ziel der Profitmaximierung überhaupt noch ethisch vertreten können. Ich halte daher einen Paradigmenwechsel in der Gestaltung unserer Gesundheitsversorgung für erforderlich. Stellen wir das Gesundheitswesen wieder vom Kopf auf die Füße, von der Gewinnmaximierung der Finanzierer hin zur Gesundheit unserer Patienten!

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Danke sehr, Herr Kollege Handrock. – Der nächste Redner ist Matthias Seusing aus Schleswig-Holstein.

Seusing, Schleswig-Holstein: Sehr verehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Es ist von einigen Rednern schon angesprochen worden: Haben wir jetzt Rationierung oder haben wir sie noch nicht? Herr Professor Dietrich kennt es nicht, er sprach sogar von einer Überversorgung. Ich möchte, weil ich Hausarzt in Schleswig-Holstein bin und täglich Patienten versorgen muss – außer in dieser Woche –, einige Beispiele dafür vortragen, wo Rationierung bei mir vorkommt.

Erstes Beispiel. Wir haben seit 2001 einen Heilmittelkatalog, wonach wir indikationsbezogen Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachheiltherapie verordnen können. Dieser Katalog beinhaltet eine Rationierung, denn hier ist genau festgelegt, wie viele Rezepte ich ausschreiben kann, also welche Menge ich verordnen kann, es sei denn, ich überschreite diese Grenze und muss außerhalb des Regelfalls ein Rezept ausschreiben, das zuvor von den RVO-Kassen begutachtet werden muss bzw. einen Stempel bekommen muss.

Das ist ein Beispiel dafür, dass täglich bei mir in der Praxis die Kasse bzw. der MDK als Prüfinstitution genau festlegen kann, was ich verordnen darf und was der Patient nicht mehr bekommt.

Die Richtgrößen sind in Schleswig-Holstein für Versicherte pro Quartal 7,23 Euro und für einen Rentner 17,63 Euro. Mit diesem Geld muss ich also auskommen. Das bedeutet in meiner Praxis: Wenn ich fünf neurologische Patienten mit einer Halbseitenlähmung oder ähnlicher Erkrankung habe, ist mein gesamtes Volumen im Quartal ausgeschöpft.

Ein weiteres Beispiel ist die Hilfsmittelversorgung. Wenn ich beispielsweise einen Pflegerollstuhl im Heim oder auch bei einem häuslich versorgten Patienten verordne, bekomme ich drei Tage später von der entsprechenden Krankenkasse einen vierseitigen Fragebogen, in dem ich vermerken muss, in welchem Bereich, wie oft, mit welchen Fähigkeiten der Patient dieses Hilfsmittel nutzen kann. Wenn man anruft und fragt, ob es als Begründung dafür, dass der Patient das Hilfsmittel benötigt, reicht, die entsprechende ICD-Kodierung auf das Rezept zu schreiben, heißt es: Das war doch nur ein Vorschlag von Ihnen. Ein Rezept ist also heute keine Verordnung mehr, sondern ein Versorgungsvorschlag, der vom Kostenträger erst einmal geprüft wird. Auch dieses ist Rationierung.

Das steht natürlich nicht in Übereinstimmung mit unserem ärztlichen Selbstverständnis und der Therapiefreiheit. Das gibt es in diesem Bereich gar nicht mehr.

Mein nächstes Beispiel betrifft die Tätigkeit des MDK. Das ist ja beim ersten Gesundheitsreformgesetz 1992 ganz intensiv mit ins SGB V hineingekommen. Damals sollte eigentlich jedes Rezept geprüft werden, selbst die Medikamentenrezepte. Zum Glück ist es nicht so gekommen. Mutter-Kind-Kuren beispielsweise müssen beim MDK vorgelegt werden und werden dort geprüft. Entweder wird es für gut befunden oder abgelehnt. Auch hier haben wir in der Praxis ständig Probleme mit der Rationierung. Das ist ein Problem, das letztlich auch die Patientenrechte betrifft. Wir als Ärzte sind eigentlich die Unterstützer unserer Patienten. Wir müssen immer wieder für sie kämpfen und dafür sorgen, dass sie das Recht, das sie haben, auch bekommen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Seusing. – Die nächste Rednerin ist Anne Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Sehr verehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eine Prioritätenliste ist gar kein Ausweg aus dieser unerträglichen Situation und in meinen Augen das denkbar schlechteste PR-Wort, das wir uns selbst liefern konnten.

(Vereinzelt Beifall)

Eine Reform des bestehenden Systems ist nicht mehr möglich. Das müssen wir einfach einmal zugeben. Unsere politische und leider auch unsere standespolitische Führung hat es nicht geschafft, die juristischen und faktischen Rahmenbedingungen zu verbessern, am wenigsten für die Patienten, gar nicht für die niedergelassene Medizin und ebenso wenig für die Krankenhausärzte.

Wir haben Beispiele genug gehört. Ich möchte nur eines hinzufügen. Ein Kinderarzt, in einer großen Stuttgarter Kinderklinik tätig, hat mir Weihnachten gesagt, sie haben die Hälfte der Neonatologiebetten schließen müssen und die Verwaltung hat ihnen verboten, mit der Presse zu sprechen. Ich habe gefragt, warum haben Sie die Betten der Kleinkinder bzw. der Frühgeborenen nicht auf die Straße geschoben und die „Bild"-Zeitung angerufen? Sie haben sich nicht getraut, meine Damen und Herren.

Die KV ist ein staatlich gebundenes Zwangssystem, das uns kostentreibende Pflichten aufbürdet und Rechte und Freiheiten nimmt.

(Vereinzelt Beifall)

Es ist ein Transmissionsriemen staatlichen Willens.

Ulla Schmidt macht es ja ganz geschickt: Sie sagt immer, es solle allen gleich gehen, aber bitte gleich schlechter. Und das merken unsere Patienten durch Rationierung und das merken sie auch durch Priorisierung.

Sehr verehrter Herr Professor Hoppe, ich schätze Sie sehr als feinen Analysten unseres Systems. Ich schätze Sie seit Jahren wirklich sehr. Aber dem unlauteren Dauergast bei Anne Will sind Sie natürlich nicht gewachsen. Es ist einfach ein Unding, wenn der es immer wieder schafft, so viel Redezeit zu bekommen, dass unsere feinen Argumente nicht durchkommen. Ich finde, wir sollten darüber reden. Wir müssen jemanden haben, der diesen unlauteren Dauergästen vielleicht einmal die Stirn bietet – oder wir müssen alle wegbleiben.

(Beifall)

Wenn ich sage, dass wir dieses System überwinden müssen, so ist das mit der Vision verknüpft, dass es sehr wohl ein besseres, sozial gerechteres System geben kann. Aber Visionen ohne Aktionen sind Illusionen.

Wir müssen politisch handeln. Dieses Jahr ist Wahl. Ich sage schon heute meinen Patienten: Wenn Sie das nicht möchten, dann dürfen Sie Rot-Schwarz nicht wählen. So ist es eben. Das muss man auch einmal sagen dürfen.

(Vereinzelt Beifall)

Einzelverträge, Verträge nach § 73 b und 73 c, sind ein Schritt in die richtige Richtung.

(Beifall)

Sie müssen ja auch nicht gegen das KV-System sein.

Der Wunsch nach Kostenerstattung auch für Ärzte ist ebenfalls ein Schritt in die richtige Richtung, denn der freie Arzt ist der beste Schutz des Patienten. Nur so kann es gehen.

(Beifall)

Sie müssen bitte handeln, da nützen neue Gremien, die nachdenken, nichts. Sie müssen bitte endlich handeln. Das erwarte ich mir von diesem Ärztetag und von unseren Gremien in den KVen und den Kammern.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Gräfin Vitzthum. Gestatten Sie mir, bevor ich den nächsten Redner aufrufe, ein paar Bemerkungen zur Medienpräsenz in einer Talkshowsendung. Ich glaube, wir überinterpretieren den Wert solcher Sendungen. Wenn Sie mir gestatten, Folgendes zu sagen: Die Situation, die dort aufgebaut wird, ist oft so etwas von schwierig und unerträglich, dass ich glaube – anders, als viele von Ihnen es hier gesagt haben –: Jörg Hoppe hat sich dort ausgesprochen gut geschlagen.

(Beifall)

Wir tun uns und ihm überhaupt keinen Gefallen, wenn wir hier andauernd ein Zucken im Mundwinkel als negativ betrachten.

Mir geht es jedes Mal nach einer solchen Sendung so, dass die Meinung gespalten ist. Einige sagen „Das war gut“, andere sagen „Das war schlecht“. Das ist nichts, was in die öffentliche Debatte gehört, meine sehr verehrten Damen und Herren. Das muss man intern im kleinen Kreis bereden.

(Beifall)

Ich finde, wenn man die Sympathiemesser hinterher betrachtet, haben wir uns dort hervorragend geschlagen und vor allem der Sache einen Dienst getan. Was der mit der Fliege macht, das können wir sowieso nicht beeinflussen. Das müssen andere wissen. Ich glaube, wir sollten die Debatte an dem Punkt jetzt nicht weiterführen.

(Beifall)

Als nächster Redner hat sich noch einmal Herr Professor Dietrich gemeldet.

Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Bayern: Meine Damen und Herren! Ich habe mich jetzt noch einmal zu Wort gemeldet, um etwas klarzustellen. Es ist immer schwierig, wenn man eine Minderheitenmeinung vertritt oder eine Meinung vertritt, die nicht unbedingt immer die Mehrheit des Plenums hier findet. Wenn man das auch noch in drei Minuten machen muss, dann geht manchmal etwas unter.

Ich bin kritisiert worden, dass ich nicht die Personalschwächen in den Kliniken angeprangert habe. Natürlich ist das eine Rationierung. Das sehe ich völlig ein; dafür muss ich mich entschuldigen. Aber das war nicht das Thema, das ich hatte. Mein Thema war die medizinische Behandlung.

Dass wir heute in den Kliniken unter großem ökonomischen Druck stehen, ist völlig klar. Ich gebe zu: Das beeinflusst auch unsere medizinischen Entscheidungen, die wir in der Klinik treffen. Vielleicht habe ich einen etwas falschen Blickwinkel, weil ich in einem sehr lukrativen Bereich der klinischen Medizin tätig bin, der der Verwaltung Geld bringt. Andere Bereiche tun das nicht.

Das ist der eine Teil, weshalb ich mich zu Wort gemeldet habe, weil ich das klarstellen und betonen wollte. Der andere Aspekt ist folgender. Was wir von Herrn Katzenmeier gehört haben, ist für mich eine gefährliche Tendenz. Das ist die Tendenz, die in eine Defensivmedizin führt. Viele diagnostischen Leistungen werden heute nicht mehr erbracht, um eine Diagnose zu stellen, sondern um eine Diagnose auszuschließen, um sicher zu sein, dass der Patient diese oder jene Erkrankungen nicht hat. Obwohl ich eigentlich weiß, er hat sie nicht, muss ich mir sicher sein, ich brauche ein CT, ich brauche ein MR, ich brauche ein PET oder einen Herzkatheter.

Das ist eine Medizin, wie wir sie heute beispielsweise in den USA haben, wo mehr als die Hälfte aller Leistungen nicht erbracht werden, um den Patienten zu helfen, sondern um den Arzt zu schützen. Die Tendenz zum Arztschutz halte ich für schlecht und für extrem teuer.

Eine MR-Untersuchung bei Kopfschmerzen kann für einen Kassenpatienten drei Wochen dauern. Das kann lebensbedrohlich sein. Das hängt aber nicht damit zusammen, dass rationiert wird, sondern das hängt einfach damit zusammen, dass zu viele MRT-Untersuchungen durchgeführt werden, dass zu viele Patienten, die einen banalen Kopfschmerz haben, zur Absicherung des Arztes durchs MRT geschoben werden.

Da müssen wir einen Weg finden, dass wir uns vernünftig verhalten können. Natürlich hängt das mit der Apotheken-Zeitung zusammen, natürlich hängt das mit unserem öffentlichen Auftreten zusammen, dass wir sagen: Wir können alles machen, die moderne Medizin guckt in den Patienten, liefert uns die Diagnose. Hier haben wir selbst eine gewisse Schuld.

Worauf ich hinauswollte, ist: Wir sollten erst einmal auf uns selber schauen. Wir sollten schauen: Was können wir für unsere Patienten tun? Wo haben wir noch Möglichkeiten innerhalb dieses Systems, eine vernünftige Medizin im Sinne unserer Patienten zu machen? Das war der Sinn meines vorherigen Beitrags.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Herr Kollege Dietrich. – Der nächste Redner ist Professor Joachim Grifka aus – daran muss ich mich noch gewöhnen – Bayern.

Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Bayern: Meine sehr geehrten Damen und Herren Kollegen! Wir können nur dankbar sein, dass wir das Thema der Priorisierung auch mit diesen Abwägungen in die Öffentlichkeit gebracht haben, denn es ist ein Problem, das immanent ist, aber unter der Decke gehalten wird. In der tagtäglichen Entscheidung haben Sie alle doch genau damit zu kämpfen, Abwägungen vorzunehmen.

Wir Ärzte – genauso gut die Krankenhäuser und die Industrie – werden immer wieder für die finanziellen Probleme verantwortlich gemacht, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben in der GKV und der PKV herrschen. Letztlich sind wir alle in der Verantwortung dem Patienten gegenüber, aber auch aus unserem beruflichen Ethos heraus, Lösungen zu suchen, die versuchen, das Beste daraus zu machen, aber in den Grenzen, die uns vorgegeben sind, und innerhalb der Rahmenbedingungen, die eng gefasst sind, die unsere Handlungsmöglichkeiten wie ein Korsett entscheidend einengen.

Deshalb glaube ich, dass diese Diskussion wichtig ist, dass man sie führen muss. Ich bin froh, dass sie jetzt so ins Rollen gekommen ist, dass wir diese Diskussion von der ärztlichen Verantwortung ausgehend führen. Das heißt ja nicht, dass wir sie wollen, sondern wir wollen klarmachen, dass es sie gibt und dass wir mit ihr umgehen müssen, mit dieser externen Restriktion, die genauso öffentlich gemacht werden muss.

Ich finde es aber zugleich höchst bedenklich, dass von den Kostenträgern erhebliche Finanzmittel für nicht zweckentsprechende medizinische Versorgungen aufgewendet werden, für Dinge, die eigentlich Marketinginstrumente sind. Das sind Wellnessmaßnahmen, das sind entsprechende Werbekampagnen. Dabei geht es um erhebliche Mittel. Nach den Analysen von Herrn Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel, der das ja sehr genau aufgelistet hat und im Einzelnen beschreibt, sind das allein für die Quersubventionen, die es als Verschiebebahnhof gibt, im Jahr 45,5 Milliarden Euro, die nicht zweckgebunden medizinisch eingesetzt werden können.

Wenn man unsinnige Maßnahmen wie irgendwelche Yogakurse hinzurechnet, kommt man auf bis zu 30 Prozent des Gesamtvolumens.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, deswegen finden Sie einen Antrag von mir zu dieser Thematik: Dieses Geld muss ärztlich eingesetzt werden. Alles andere ist eine absolute Verschwendung. Dieses Geld muss unseren Patienten zugute kommen. Das lindert auch Not und dient der Versorgung von Patienten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Joachim. – Der nächste Redner ist Horst Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr amtierender Präsident! Meine Damen und Herren! Zur Linderung und Minderung der Rationierung muss mehr Geld ins System. Das ist ja unser aller Forderung. Das möchten wir alle. Es wird uns draußen entgegengehalten, es gebe genug Geld. Dann werden Milliardensummen – mit gerolltem „r“ gesprochen – genannt. Ich glaube, es sind 140 Milliarden Euro allein für die GKV. Diese Zahl muss man ins richtige Verhältnis setzen. Ein Volk, das sich 60 Milliarden Euro für den Auslandsurlaub erlaubt, müsste auch Geld für die medizinische Versorgung haben. Ein Volk, das Geld für Bücher von Dieter Bohlen oder Verona Feldbusch hat, müsste auch Geld für die Versorgung haben.

Aber mehr Geld ins System kann auch Gift sein, wenn es in Strukturen hineingerät, die wir im Augenblick haben, in die KV-Strukturen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich will es einmal simplifizieren: Bei zusätzlichem Geld in die Struktur, die wir gerade erlebt haben, bedeutet, dass das zusätzliche Geld sofort beim patientenfernsten Arzt ankommt, nämlich dem Laborarzt. Das können wir gar nicht verhindern. So wird „mehr Geld“ im Augenblick wirken.

Schnell noch ein Wort zu den Patientenrechten. Im SGB V stehen Patientenrechte: Der Patient wählt einen Hausarzt. Niemand von der verfassten Ärzteschaft oder von der KV hat sich je darum gekümmert. Auch in § 73 b steht ein Patientenrecht, nämlich dass der Patient einen Hausarztvertrag bekommen kann. Das ist keine Monopolisierung des Hausärzteverbands, sondern ein Patientenrecht.

Es sollte ein Sturm der Entrüstung entstehen, dass sich die Kassen nicht an deutsche Gesetze halten. Sie haben sich seit 16 Jahren nicht an deutsche Gesetze gehalten.

(Beifall)

Stattdessen decken wir die KVen. Die KV Westfalen-Lippe an erster Stelle – unser Präsident ist nicht hier – versucht, mit Tricks und Tipps § 73 b zu umgehen. Dieser erbarmungswürdig hilflose Versuch, Ziffer 11 aus dem Leitantrag herauszustreichen, ist hier ja bereits gescheitert. So etwas Simples und Einfaches wurde den Hausärzten verwehrt. Das ist aber auch Sache der Selbstverwaltung, die wir repräsentieren.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Herr Massing. – Meine Damen und Herren, es ist jetzt ziemlich genau 12 Uhr. Wir haben bis zur Mittagspause noch eine halbe Stunde Zeit. Es sind alle uns eingereichten Anträge zu diesem Tagesordnungspunkt jetzt umgedruckt und müssten Ihnen vorliegen. Es sind insgesamt fünf Anträge. Zum Antrag 1 gibt es drei Änderungsanträge.

Wenn sich alle, die jetzt auf der Rednerliste stehen, vielleicht ein bisschen sputen würden, würden wir es schaffen, diese Anträge noch vor der Mittagspause durch Abstimmung zu bescheiden. Dass wir keinen Schluss der Rednerliste kennen, wissen Sie. Aber vielleicht kriegen wir das ja auf die weiche Tour hin, dass wir diesen Tagesordnungspunkt noch vor der Mittagspause beenden können.

Der nächste Redner ist der Kollege Christian Benninger aus Baden-Württemberg.

PD Dr. Benninger, Baden-Württemberg: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Gestern wollte ich im Entschließungsantrag 1 zur Gesundheitspolitik den Bezug zur Finanz- und Wirtschaftskrise und zur Bankenfinanzierung durch die Regierung streichen lassen. Das ist abgelehnt worden. Heute hätte ich im Hinblick auf die Diskussion über Rationierung und Priorisierung eine Umformulierung vorgeschlagen. Was hat denn der Gesetzgeber anderes gemacht, als eine Priorisierung im Großen vorzunehmen? Er hat Geld zugunsten der Banken gegeben, dies nicht zuletzt auch auf Kosten des Gesundheitswesens. Es ist Geld dorthin gegeben worden, was auf anderen Gebieten vielleicht viel nötiger gewesen wäre.

(Vereinzelt Beifall)

Hier ist eine Priorisierung im Großen erfolgt. Ich denke, was im Großen erfolgt, muss genauso gut – das zeigt ja auch die heutige Diskussion – im Kleinen erfolgen. Jede Art von Mittelvergabe setzt eine Schwerpunktsetzung und eine Priorisierung eigentlich voraus. Der Kern ist doch, dass diese Priorisierung offen, demokratisch erfolgt und politisch durch die gewählten Volksvertreter letzten Endes legitimiert und verantwortet wird.

Genau das ist der Sinn dieser Sache, im Großen wie im Kleinen und hier im Gesundheitswesen. Das zeigt ja auch die heutige Diskussion. Wir Ärzte haben, bezogen auf das Gesundheitswesen, geradezu die Verpflichtung, uns mit diesem Thema zu befassen. Dafür den Anstoß gegeben zu haben, möchte ich unserem Präsidenten ganz besonders danken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Christian Benninger. – Jetzt bitte Norbert Jaeger aus Schleswig-Holstein.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Jetzt kommt mein Beitrag, den ich eigentlich vorhin sagen wollte. Herr Professor Katzenmeier, auch in Ihrem hervorragenden Vortrag ist mir wieder das aufgefallen, was landauf, landab den Bürgern und leider auch der Ärzteschaft immer wieder eingetrichtert wird: zwar nicht,

dass die Erde eine Scheibe ist, aber dass es eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gibt. Sie haben gesagt: Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind enorm gestiegen. Sie sprachen von Kostenanstieg, Kostenexplosion, Kostendämpfung, Kosten müssen gesenkt werden.

Meine Damen und Herren, das stimmt nicht. Ich möchte Sie auffordern, das über Ihre Gremien in der Bevölkerung immer wieder zu verbreiten. Ich habe hier die „Kieler Nachrichten“ von der vergangenen Woche mit einem schönen Bild von Professor Hoppe: In den letzten zehn Jahren sind die Gesundheitskosten um 25 Prozent gestiegen. Meine Damen und Herren, das sind 2,5 Prozent pro Jahr. In den letzten 30 Jahren war es nicht anders. Ich habe mich mit dieser Problematik intensiv um die Jahrtausendwende beschäftigt, als es um unseren Arbeitsrechtsstreit ging und es auch da hieß: Das ist nicht zu bezahlen, wir haben eine Kostenexplosion.

Ich möchte Ihnen einen kleinen Vergleich darstellen. Mein Bruder hat sich 1978 einen VW Golf zum Preis von 5 000 Euro gekauft. Dieses Auto kostet jetzt etwa 15 000 Euro. Das ist eine Steigerung um 200 Prozent in 30 Jahren. Das macht 7 Prozent pro Jahr. Aber man redet nicht von einer Kostenexplosion bei der Automobilindustrie. Ein Brötchen – für unsere bayerischen Nachbarn: eine Semmel – kostete 1978 5 Cent – das entspricht 10 Pfennig –, heute kostet es in der Billigversion 25 Cent, in der Luxusversion eines Körnerbrötchens 50 bis 60 Cent. Das ist eine Steigerung von 400 Prozent in 30 Jahren. Das entspricht einer Steigerung von etwa 12,5 Prozent pro Jahr. Über explodierende Preise bei Brötchen bzw. Semmeln und bei Kraftfahrzeugen habe ich bisher noch nichts gehört.

Meine Damen und Herren, es muss doch die Diagnose vor die Therapie gestellt werden. Es ist klar, dass unsere Regierenden, dass die Politiker versuchen, uns zu erklären, wir hätten explodierende Kosten, weil dann ja andere, nämlich wir, dafür verantwortlich gemacht werden können. Wenn wir aber sagen, dass es überhaupt keine Kostenexplosion gibt, dass wir wahnsinnig effizient sind, dass wir eine normale Kostenentwicklung haben bei deutlich gesteigerter medizinischer Versorgung – die Demografie usw. wurde immer wieder angesprochen –, dann muss man sich ja sagen: Die Ursachen liegen ganz woanders, nämlich bei den wegbrechenden Einnahmen. Hier müssen die Gesellschaft und die Politiker in die Pflicht genommen werden. Bitte hören Sie auf mit der Mär von der Kostenexplosion!

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Norbert Jaeger. – Andreas Scholz aus Hessen hat das Wort.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kollegen und Kolleginnen! Herr Professor Katzenmeier, ich muss zugeben: Es fällt dem Mediziner natürlich schwer, dem Juristen zuzuhören und ihm Glauben zu schenken. Aber ich fand schon sehr interessant, was Sie ausgeführt haben. Ich habe an Sie die Frage, weil wir ja nicht wie bei Faust alles studiert haben und über alles Bescheid wissen: Wie kommt denn der Patient zu seinem Recht?

Sie haben sehr schön beschrieben: Er steht natürlich in diesem Spannungsfeld zwischen dem sorgfältigen Handeln und den ökonomischen Notwendigkeiten. Aber woher weiß denn der Patient, was für ihn notwendig ist, was für ihn angemessen ist? Ich denke, es fällt doch gerade dem Patienten am schwersten, das zu bekommen, was ihm schon jetzt zusteht. Ich denke, wir werden in einem der Referate zur Situation der Behinderten sicherlich hören, welche Schwierigkeiten die dort Betroffenen haben, diejenigen Hilfsmittel zu bekommen, die ihnen eigentlich bereits jetzt zustehen. Die Patienten wissen das oft gar nicht. Wer kann diesen Menschen helfen? Das sind doch die Kollegen und Kolleginnen vor Ort oder in den Kliniken, die spezialisiert sind, die dann auch noch für den Patienten kämpfen müssen gegen die Kasse, dass er die entsprechenden Dinge bekommt.

Wer es je mit dem MDK zu tun bekommen hat, weiß, wie lustig und angenehm diese Kollegen und Kolleginnen sind, wenn sie die Frage stellen, ob die vorgesehene Therapie notwendig oder angemessen ist.

Ich glaube, das ist der Punkt. Wir brauchen gar nicht über eine kommende Rationierung und Priorisierung zu diskutieren, sondern, liebe Kollegen und Kolleginnen, wir haben die Rationierung doch schon längst. Wenn jemand auf einer Warteliste steht, dann verzögert sich die Erbringung der Leistung entsprechend. In der Zwischenzeit kann sich der Gesundheitszustand verschlechtern und das nimmt man billigend in Kauf.

Ich finde, das ist die Unehrlichkeit der Politik, dass sie niemals darauf hinweist, dass wir das im Gesundheitssystem schon längst schleichend eingeführt haben, dass Prioritäten nicht klar benannt werden.

Ich hoffe, Sie haben bei dem Vortrag des Ministerialen in Vertretung von Frau Schmidt den Satz gehört, dass sie von Medizin oder medizinischen Dingen keine Ahnung hätten. Das, liebe Kollegen und Kolleginnen, sollten wir uns für die Zukunft merken, wenn wir mit denen diskutieren, dass sie wirklich von Medizin keine Ahnung haben, wenn sie uns etwas vorschreiben wollen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Andreas Scholz. – Der nächste Redner ist Christian Henner Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Bei aller Notwendigkeit, das Thema Rationierung ehrlich zu diskutieren, darf man natürlich nicht daraus folgern, dass man sich bei pflichtwidrigem Verhalten der juristischen Verantwortung entziehen kann. Deshalb ist der Antrag II-02 abzulehnen. Letztlich kann hinter diesem Antrag nur die Geisteshaltung stehen, dass man nicht mehr freiberuflich tätig werden kann. Man sollte unabhängig davon, dass das unser nächster Tagesordnungspunkt ist, diesen Antrag konsequent ablehnen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Henner. – Der nächste Redner ist Max Kaplan, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Die Diskussion heute Vormittag zu diesem Tagesordnungspunkt hat gezeigt, dass wir uns täglich in Praxis und Klinik im Konflikt befinden zwischen dem Haftungsrecht, nämlich der Sorgfaltspflicht unseren Patienten gegenüber, und dem Sozialrecht, dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Hierbei ist, liebe Kolleginnen und Kollegen, schon lange nicht mehr die Frage, ob wir rationieren, sondern wie wir rationieren. Heute haben wir auf diesem Deutschen Ärztetag die Chance, diesen Konflikt, der uns tagtäglich in der Mikroebene belastet, durch unseren Alternativvorschlag zu lösen, nämlich eine Diskussion über die Priorisierung zu führen. Auf diese Weise können wir den Konflikt an die Gesellschaft zurückgeben.

Hierbei sollten wir die Chance nutzen, dass wir uns vor zwei wichtigen Wahlen befinden und deswegen auch die Chance haben, die Politiker zu zwingen, sich offen und ehrlich mit diesem Thema zu befassen. Nur so haben wir eine Chance, dass wir dieses Thema im Interesse unserer Patientinnen und Patienten offen und ehrlich diskutieren. In diesem Zusammenhang können wir auch darauf hinweisen, dass ein Patientenschutzgesetz keine Lösung ist, sondern eher das Gegenteil bewirkt, nämlich ein Patientenbehandlungsverhinderungsgesetz zu sein.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Max. – Der nächste Redner ist Julian Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich möchte auf die Ausführungen von Gräfin Vitzthum antworten. Ich denke, wenn man hier auf dem Deutschen Ärztetag die Unreformierbarkeit des Systems behauptet, dann ist das ein ganz, ganz großes Wort. Das bedeutet: Wir befinden uns in einem System, in dem man nicht arbeiten kann, in dem keine vernünftige Gesundheitsversorgung möglich ist. So etwas zu erklären, ohne zu sagen, was man sich denn vorstellt und was das Vorbild ist, halte ich für ziemlich unredlich, wenn ich mir dieses große Wort erlauben darf.

Was möchte man denn? Wo ist das System, das wir wollen? Soll es das norwegische sein? Wollen Sie, wenn Sie eine schwere Augenerkrankung haben, auf Kosten des Gesundheitswesens ein Flugticket zum nächsten Augenarzt bekommen, während das Auge so lange wehtut? Oder wollen Sie das schwedische Modell? Wenn Sie im Wald sitzen und anrufen, Sie hätten stärkste Bauchschmerzen und sorgten sich, dann bekommen Sie die Antwort: Trinken Sie mal Kamillentee, geben Sie ein bisschen Ruhe, wenn es morgen noch wehtut, dann rufen Sie noch einmal an. Wenn Sie dann antworten, es tue Ihnen aber jetzt weh, Sie hätten Angst, dann hören Sie: Wir können Ihnen jemanden schicken, aber dafür müssen Sie zahlen.

Oder sollen wir es so machen wie in Frankreich, wo bei jedem Arztbesuch ein gewisser Prozentsatz an Ihnen selber hängen bleibt und die Leute genau deswegen nicht mehr zum Arzt gehen, wie das hier bei uns der Fall ist, weil man die Praxisgebühr sparen will? Oder wollen wir das englische System nehmen, wo die niedergelassene Facharztschiene fehlt und deswegen nach wie vor der Zugang zu einer spezialisierten Versorgung außerordentlich lang ist?

Im Ausland beneidet man uns außerordentlich um unser Solidarsystem, bei dem – bei allen berechtigten Klagen, die wir heute haben – die Wartezeiten immer noch recht kurz sind. Das muss man auch einmal sagen. Es ist falsch, wenn behauptet wird, dass Marktmechanismen diejenigen Instrumente sind, die unser System retten. Das stimmt nicht. In den USA hat man den Markt komplett eingeführt. Dort hat man pro Kopf der Bevölkerung die höchsten Kosten, aber nur für die Hälfte der Bevölkerung, weil nämlich nur die Hälfte der Bevölkerung versichert ist. Jemand, der schwerkrank ist, wird trotzdem operiert, aber die chronisch Kranken fallen hinten herunter, ob sie nun Diabetes haben, Fettstoffwechselstörungen oder Bluthochdruck, weil sie die Medikamente schlicht nicht bezahlt bekommen und es dort praktisch für weite Teile der Bevölkerung mit solchen undramatischen Krankheiten überhaupt keine Versorgung gibt.

Eine letzte Bemerkung zum mündigen Patienten, von dem wir gestern und heute bereits gehört haben. Der Patient hat auch das Recht, dass wir uns um sein Wohlergehen Sorgen machen, bevor er überhaupt krank wird. Wenn wir fordern, der Patient solle sich mit einem Tarif mit Selbstbehalt versichern, dann müssen wir im Auge behalten, dass der Patient überhaupt keine Ahnung hat, wie teuer es werden kann, wenn er am Ende krank wird. Er verkauft sein letztes Hemd, wenn er krank wird und es um sein Leben geht. Es gibt im Gesundheitssystem auch immer jemanden, der dieses letzte Hemd nimmt. Deshalb brauchen wir Regulierung und nicht so viele Marktmechanismen wie beispielsweise in den USA.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Veelken. – Der nächste Redner ist Hans-Ulrich Schröder aus Westfalen-Lippe.

Dr. Schröder, Westfalen-Lippe: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Wir, die wir hier sitzen, sind uns sicher einig, dass die Diskussion über dieses heikle Thema wichtig ist und letztendlich längst überfällig ist. Was stört, was nicht funktioniert und was wir nicht akzeptieren können, ist, dass die Priorisierung in der breiten medialen Darstellung mit ärztlich gewollter Rationierung gleichgesetzt wird, dass wir tendenziell in eine Rolle gedrängt werden, die wir tatsächlich nicht haben, dass wir ein Stück weit in die Verursacherrolle geschoben werden. Wir sind aber tatsächlich nicht die Verursacher.

Diesen Eindruck müssen wir mit Nachdruck verhindern und in der medialen Präsentation auch immer wieder deutlich machen, wo die eigentlichen Verursacher sitzen, dass es nicht die Ärzteschaft ist, die eine Priorisierung versteckt als Rationierung fordert.

Wir fordern nicht aus eigennützigen Motiven die Priorisierung, sondern wir wollen die notwendige Diskussion darüber anstoßen und die Politik auffordern, sich von ihrem umfassenden Leistungsversprechen zu verabschieden. Das ist im Moment natürlich aus wahltaktischen Gründen nur sehr schwierig möglich.

Wir brauchen die gesamtgesellschaftliche Diskussion über die Ziele und die ethischen Prinzipien, die einer Priorisierung, die eine sehr wohltuende positive Definition hat, die es nur zu transportieren gilt, zugrunde liegen. Nachdrücklich müssen wir uns dagegen aussprechen – das ist mein Anliegen –, in die Position gedrängt zu werden, als Verursacher von Rationierung gebrandmarkt zu werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Danke, Uli. – Rudolf Henke ist der nächste Redner.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Referenten! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eines der Kommunikationsprobleme, die wir haben, ist, dass wir natürlich 60, 70 oder 80 Priorisierungsstufen denken können, wenn wir eine Priorisierung durchführen wollen, in der wir alle Maßnahmen, die es in der Medizin überhaupt gibt, entsprechend ihrer Dringlichkeit in eine Reihenfolge bringen möchten. Jedes Fachgebiet wird seine eigene Reihenfolge haben, jede Versorgungsform wird ihre eigene Reihenfolge haben, jedes Netzwerk, in dem Kooperation organisiert wird, wird seine eigene Reihenfolge haben.

Wenn wir die Debatte über Priorisierung so organisieren, dass wir in eine Diskussion kommen über eine Katalogisierung von 80, 90 oder 100 Maßnahmen oder der inzwischen 1 200 DRGs oder über die Einträge in das Register der Krankheiten, dann wird diese Debatte uferlos werden. Wir werden sie nicht beherrschen, die Politik wird sie nicht beherrschen, niemand wird sie beherrschen.

Sozialpolitisch gesehen, für die Gestaltung des Sozialgesetzbuchs, sind nur drei Unterscheidungen wirklich zentral: Was ist so dringend, so wichtig, so bedeutend, dass es unter allen Umständen und auf jeden Fall von den Kassen bezahlt werden muss? Was ist weniger dringend und muss nur dann von den Kassen bezahlt werden, wenn das Geld dafür reicht? Was ist so sehr nahe am Konsumgut, dass es von den Kassen überhaupt nicht bezahlt werden muss?

Wenn wir diese Unterscheidungen treffen, bekommen die Versicherten Sicherheit darüber, worauf sie sich bei den Krankenkassen verlassen können und wofür sie selber zusätzlich vorsorgen müssen. Diese Sicherheit für die Versicherten muss von der Art, wie wir die Diskussion führen, ausgehen, weil die Versicherten durch das, was sie an Rationierung erleben, das Gefühl haben, einer Beliebigkeit zu begegnen. Diese Beliebigkeit nimmt ihnen die größte Leistung der Sozialversicherung, nämlich dass sie einen Anspruch darauf haben, für ihr Geld mit einer kalkulierbaren Leistung rechnen zu können.

Genau an dieser Stelle können wir das Bündnis herstellen, weil das nämlich Patienten und Ärzte als Rationierung empfinden.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Rudolf Henke. – Der nächste Redner ist Christoph Emminger.

Dr. Emminger, Bayern: Hohes Präsidium! Meine Damen und Herren! Sehr geehrter Professor Katzenmeier, das Verhältnis zwischen Medizin und Jurisprudenz war und ist nicht immer ganz spannungsfrei. Ich empfinde es als wohltuend, heute mit Ihnen in einem geschützten Rahmen in einem fast wissenschaftlichen Diskurs sprechen zu können.

Ich will ganz kurz auf ein Thema zu sprechen kommen, das Sie in Ihrer Präsentation sehr gut dargestellt haben, das hier aber noch gar nicht diskutiert worden ist. Sie haben die These aufgestellt: Der rechtliche Sorgfaltsmaßstab kann die allgemeinen Grenzen im System der Krankenversorgung nicht völlig vernachlässigen. Ich will es ein bisschen umformulieren: der rechtlich begründete ärztliche Sorgfaltsmaßstab.

Sie haben gleichzeitig Lösungsansätze geboten. Ich bitte Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, in der Nacharbeit dieses Ärztetags dieses wirklich anzuschauen. Herr Katzenmeier hat Dinge angesprochen, die uns Ärzte unmittelbar betreffen, wo wir quasi unsere Hausaufgaben machen müssen. Das halte ich für unver-

zichtbar, bevor wir an die Öffentlichkeit und die Politik herantreten. Es lohnt sich, über die Erweiterung des ärztlichen Entscheidungsfreiraums und die Relativierung medizinischer Behandlungsstandards zu diskutieren.

Herr Katzenmeier hat von einem Spannungsverhältnis gesprochen. Die Spannung ist vorhanden, sie muss beseitigt werden, auch von uns. Ich will Ihnen ein ganz kurzes Beispiel nennen. Herr Hoppe, Sie haben in den vergangenen beiden Tagen wiederholt gesagt – ich darf Sie zitieren –: Wahrheiten zu sagen ist notwendig. Manchmal sind Wahrheiten auch schmerzhaft. Ich denke, das richtet sich nicht nur an die Öffentlichkeit, sondern auch an uns.

Es gibt im Süden dieses schönen Landes eine Stadt – das ist eine der Wahrheiten, über die wir sprechen müssen, die für den einen oder anderen von uns schmerzhaft sein wird –, in der es mehr Kernspintomografen gibt als in einem europäischen Land insgesamt. Es gibt in dieser Stadt mehr Herzkathetermessplätze als in einem anderen europäischen Land, in dem, was wir gestern gelernt haben, die Menschen die höchste Lebenserwartung haben.

Um dem Spannungsverhältnis, von dem Herr Katzenmeier gesprochen hat, die Spannung zu nehmen, müssen wir über diese Dinge innerärztlich sprechen. Wir müssen innerärztlich Lösungsansätze erarbeiten. Ich glaube, dann sind wir in der Diskussion mit der Öffentlichkeit und der Politik einen Schritt weiter.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Christoph Emminger. – Der nächste Redner ist der Kollege Ulrich Clever, Vizepräsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Sehr verehrter Herr amtierender Präsident! Sehr verehrte Damen und Herren! Die große Lücke, das Delta zwischen Haftungs- und Sozialrecht ist heute mit der Diskussion über die Rationierung auf die Tagesordnung gekommen. Ich möchte Sie bitten, kurz den Entschließungsantrag II-01 zur Hand zu nehmen. Dort heißt es unter Ziffer IV. Nr. 1:

> *Das ärztliche Haftungsrecht darf nicht missbraucht werden, um staatlich bedingte Versorgungsdefizite zu kaschieren.*

Jetzt kommt der Satz, um den es mir geht:

> *Führen solche Versorgungsdefizite zu einer Versorgung unter Standard, dann darf der Arzt die Behandlung des Patienten ablehnen.*

Nun möchte, wie Sie vielleicht schon gesehen haben, Herr Dr. Klock aus Westfalen-Lippe just diesen zweiten Satz streichen, der für mich erstmalig sichtbar uns Ärzten in einer wichtigen Frage den Rücken stärkt, diese große unüberbrückbare Lücke zwischen Sozial- und Haftungsrecht zu schließen. Wir brau-

chen dieses Recht, eine Behandlung ablehnen zu können. Wenn wir im GKV-Recht – wirtschaftlich, ausreichend und notwendig – gezwungen werden sollen, etwas defizitär zu behandeln, dann aber bei Einführung eines Patientenrechtsgesetzes noch mehr als heute zivilrechtlich haftbar gemacht werden sollen, dann müssen wir dieses ablehnen können.

Die Begründung von Herrn Kollegen Klock ist natürlich ehrenwert, die Ablehnung einer ärztlichen Behandlung wäre ärztlich ethisch nicht vertretbar. Das ist genau der ethische Nasenring, der hier so oft beschworen wurde. Dieser Satz muss im Entschließungsantrag stehen bleiben. Der Antrag von Herrn Dr. Klock muss leider abgelehnt werden.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Ulrich Clever. – Als letzte Rednerin auf der Rednerliste hat jetzt die Delegierte Brigitte Mahn von der Ärztekammer Hamburg das Wort.

Dr. Mahn, Hamburg: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Wir haben nun gestern und heute Vormittag intensiv über das Thema Rationierung gesprochen. Aber meine Befürchtung ist ein bisschen, dass, wenn dieser Ärztetag vorbei ist und wir in den nächsten Tagen die Berichte in den Medien gelesen haben, die Diskussion wieder etwas verpufft. Insofern ist die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgeschlagene Einrichtung eines Gesundheitsrats wahrscheinlich doch sehr sinnvoll. Er darf auf keinen Fall eine Alibiveranstaltung werden.

Wir tragen doch als Ärzte neben unserer medizinischen auch eine gesellschaftliche Verantwortung. Das heißt, dass wir auch Verantwortung für das Gesundheitssystem, das wir haben, tragen. Gesundheitssystem und Rationierung sind Themen, mit denen sich auch der Gesundheitsrat befassen sollte. Diese Verantwortung dürfen wir eben nicht verleihen, dem Staat zuschieben. Ich zumindest muss sagen, dass es mein Gewissen nicht entlastet, wenn der Staat alleine Entscheidungen über medizinisches Handeln trifft, die ich als Arzt moralisch überhaupt nicht mittragen kann.

Die Tendenz, die man hier manchmal etwas spürte, nämlich „Das übertragen wir der Politik“ – gut, die Politik macht die Gesetze, aber dabei müssen wir unsere Stimme erheben, weil ja letztlich wir am Patienten handeln müssen. Der angedachte Gesundheitsrat müsste sich also dieser Probleme annehmen und auch Lösungen erarbeiten, die in der Gesellschaft breit diskutiert werden, auch in unseren Ärztekammern. Das muss rückgespiegelt werden.

Dazu muss der Gesundheitsrat aber auch adäquat besetzt werden, richtigerweise auch aus der Basis heraus. Die Etablierung des Gesundheitsrats muss

Zustimmung bei allen Gesundheitsverbänden finden, damit die Effektivität gewährleistet wird.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen herzlichen Dank, Frau Kollegin Mahn. Sie war die Letzte auf der Rednerliste. Die Rednerliste ist damit abgearbeitet. – Jetzt bitte ich die Referenten um ihre Schlussworte. Als Erstem erteile ich Herrn Professor Katzenmeier das Wort.

Prof. Dr. Katzenmeier, Referent: Vielen Dank allen für ihre Wortbeiträge. Es ist für mich sehr eindrucksvoll, wie Sie auf Ärztetagen diskutieren. Das ist, wie ich sagen darf, etwas offener, etwas unverblümter, als dies unter Juristen der Fall ist. Das war beeindruckend.

(Beifall)

Ich kann und möchte jetzt nicht auf alle einzelnen Wortbeiträge eingehen. Bestimmte Dinge habe ich mir allerdings herausgepickt. Zunächst einmal möchte ich zum Thema insgesamt noch Folgendes sagen. So schwierig das Thema ist, so einfach sind die Fragestellungen. Es geht um zwei Fragen: Erstens. Wie viel sind wir für die Gesundheit auszugeben bereit? Das wird niemals so viel sein, um alle Wünsche zu befriedigen. Diese Frage ist als erste zu beantworten.

Dann stellt sich zwingend die zweite Frage: Wie sind die Ressourcen am effektivsten und am gerechtesten einzusetzen? Bei der Diskussion, die von Ihnen angestoßen wurde, ist der Begriff der Priorisierung strikt zu trennen von der Rationierung. Darüber müssen sich alle klar sein. Rationierung, wie sie in diesem Land stattfindet, bedeutet, dass medizinisch notwendige Leistungen aus Kostengründen vorenthalten werden. Das ist Rationierung. Priorisierung bedeutet etwas anderes. Priorisierung ist zunächst einmal ein Denkmodell, ein Prozess, den wir auch in unserem Land durchlaufen müssen, keine Methode, sondern ein Prozess, bei dem es nicht darum geht, ausländische Modelle zu adaptieren, blind zu übernehmen, sondern in unserem eigenen System, das nicht nur seine Schwächen, sondern auch seine Stärken hat, diesen Gedanken möglichst zu implementieren und zu schauen, wie man Verbesserungen herbeiführen kann.

Der Priorisierung geht es um eine gerechte Schwerpunktsetzung. Das kommt nicht einfach so daher, das ist kein Schlagwort, das völlig unreflektiert ist, sondern darüber hat sich schon 2007 die Zentrale Ethikkommission, worauf Herr Professor Hoppe hingewiesen hat, eingehend Gedanken gemacht. Es gibt eine DSG-Forschungsgruppe, interdisziplinär besetzt – mit hochrangigen Repräsentanten auch Ihres Faches besetzt –, die sich Gedanken über Priorisierung in der Medizin macht. Das ist unter diesem Stichwort schon im Internet als Auftritt zu finden.

Bei der Priorisierung geht es wie gesagt um die Frage: Wie können wir die vorhandenen Ressourcen am effektivsten und am gerechtesten einsetzen? Das muss uns allen ein Anliegen sein.

Dazu sind zwei Dinge sehr wichtig, nämlich zum einen, dass das Ganze in einem fairen Verfahren stattfindet. Dazu ist Transparenz erforderlich: Die Priorisierung soll nach klar erkennbaren Kriterien erfolgen. Wichtig ist zweitens Evidenzbasierung, drittens Legitimität, es muss eine demokratisch legitimierte Institution die Prioritäten festlegen. Der momentan in unserem System schon ein wenig priorisierende Gemeinsame Bundesausschuss unterliegt da ja gewissen Zweifeln hinsichtlich der demokratischen Legitimierung.

Erforderlich ist ferner Rechtsschutz. Es ist wichtig, dass es für Patienten, die sich benachteiligt sehen, effektive Rechtsschutzmöglichkeiten, Widerspruchs- und Klagemöglichkeiten gibt.

Das betrifft die Ausgestaltung des Verfahrens. Legitimation durch Verfahren ist nicht nur bei Juristen ein wichtiges Wort.

Zum anderen geht es um die inhaltlichen Kriterien. Hier bietet sich ein ganzer Strauß von Kriterien an, nach denen priorisiert werden kann. Einmal geht es – das dürfte im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen – um die Fragen der medizinischen Bedürftigkeit: Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankungen und Dringlichkeit des Eingreifens. Außerdem können, ja müssen der erwartbare medizinische Nutzen und auch die Kosteneffektivität berücksichtigt werden. Nützlichkeitserwägungen, die immer einem gewissen Verdacht des Utilitarismus ausgesetzt sind, sind im Rahmen von Gerechtigkeitserwägungen anzustellen. In einem egalitären Verteilungssystem können sie implementiert werden und müssen berücksichtigt werden.

Wenn Sie dieses System so ausgestalten – das wird recht aufwendig sein –, dann können Sie individuellen Besonderheiten, also den Besonderheiten des Einzelfalls, Rechnung tragen. Es geht nicht darum – dieses Schreckensszenario wird immer wieder gezeichnet –, dass künftig den über 70-Jährigen keine künstliche Hüfte mehr gegönnt wird. Darum geht es nicht. Es geht um die Feststellung individueller Bedürfnisse und darum, diesen möglichst Rechnung zu tragen, indem man priorisiert und die Mittel dort einsetzt, wo sie am nötigsten sind.

Nicht berücksichtigt werden dürfen zum einen Art und Umfang der Krankenversicherung und zum anderen die Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft der Patienten. Dadurch würden chronisch kranke, alte und behinderte Menschen benachteiligt. Gerade das möchte die Priorisierung vermeiden. Es geht gerade nicht um die Ausgrenzung Schwacher, sondern um die Gewinnung von Mitteln, damit sie dort, wo sie so dringend nötig sind, auch eingesetzt werden können.

Zu diesem Zweck ist – das hatte ich vorhin schon einmal gesagt – der Diskurs wichtig. Die Diskussion ist in der Öffentlichkeit unter Beteiligung breiter Bevölkerungskreise zu führen. Das ist nach meinem Dafürhalten ein Ausdruck von Demokratie. Ich halte es für unverantwortlich, wenn man versucht, diese Diskussion nicht zu fördern, sondern sie zu unterdrücken oder gar als verantwortungsloses Verhalten zu brandmarken.

(Beifall)

Es geht um eine Einbeziehung der Bürger in diesen Diskurs. Schon allein die Einbeziehung wird nach meinem Dafürhalten das Bewusstsein in der Bevölkerung für den Wert der Gesundheit stärken. Es mag auch ein klein wenig dazu beitragen, dass die heute von vielen von Ihnen zu Recht betonte Eigenverantwortung wieder ein bisschen in den Mittelpunkt rückt, die Eigenverantwortung, die so ganz außen vor ist. Da muss man nicht Bezug nehmen auf diese unsägliche Sendung Anne Will, die Menschen an der Pommes-Bude, die jeden Tag zwei Currywürste essen und Pommes in sich hineinschieben, die rauchen und sagen: Mein Verständnis von Sozialstaat ist, dass ich rundum versorgt werde.

Das kann nicht sein. So tragen diese Personen dazu bei, dass dieses Sozialsystem, das noch immer hochzuhalten ist und so viel wert ist, irgendwann kollabiert. Patienten sind keine Verbraucher, Patienten konsumieren nicht Gesundheit, sondern müssen mit ihrer Gesundheit selbst verantwortungsvoll umgehen und im Notfall ihren Arzt konsultieren.

(Beifall)

Interessant fand ich den Gedanken, dass es mir darum gehe, den Arzt zu schützen. Das ist mir bislang noch nicht unterstellt worden. Normalerweise sind wir Juristen ja diejenigen, die Sie, die Ärzte, immer anprangern, anklagen, haftbar machen. Das ist eine neue Facette, die mich erstaunt hat. Aber es geht ja nicht darum, was mich erstaunt.

Ich möchte für den Fall, dass Sie es nicht verstanden haben, noch einmal darstellen, um was es geht: Es geht nicht darum, den Arzt zu schützen, sondern es geht allein darum, dass man die Interessen des Patienten nicht gegen die Interessen des Arztes ausspielt. Darum geht es.

(Beifall)

Selbst mir als Jurist ist das Bild vom Arzt-Patient-Verhältnis als, wie ich es ein wenig zu kennzeichnen versucht habe, therapeutisches Arbeitsbündnis geläufig. Der Begriff sollte als Leitbild aufrechterhalten werden. Wir haben es also nicht mit klassisch gegenläufigen Interessen zu tun, entgegengesetzten Interessen wie bei den Herstellern und den Konsumenten von Waren, sondern weitgehend sind die Interessen gleichlaufend.

Deswegen ist es so wichtig, dass die Therapiefreiheit erhalten wird, die Therapiefreiheit, die kein Privileg des Arztes ist, sondern ein fremdnütziges Recht. Therapiefreiheit ist ein fremdnütziges Recht. Es geht darum, unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles im Interesse des Patienten die Wahl der Methode zu erlauben. Therapiefreiheit dient der Wahrung der Würde des Patienten und seines Selbstbestimmungsrechts. Nicht umsonst werden freie Berufe als Statthalter der Freiheit qualifiziert.

(Beifall)

Patientenrechte verdanken letzten Endes ihren hohen Stand der Freiheit des Arztberufs.

(Beifall)

Die Bedeutung der ärztlichen Freiheit wird uns allen hoffentlich nicht erst dann bewusst, der gesamten Bevölkerung, wenn sie erst einmal zerstört wurde.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Professor Katzenmeier, für diese Klarstellung. – Meine Damen und Herren, jetzt hat der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, die Gelegenheit zu einem Schlusswort. Ich bitte Sie, Ihren Magen noch ein wenig länger knurren zu lassen. Wir haben nur wenige Anträge. Ich glaube, wir sind damit relativ schnell fertig und könnten diesen Tagesordnungspunkt noch vor der etwas verkürzten Mittagspause beenden.

Bitte, Jörg.

Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, Referent: Vielen Dank. – Meine Damen und Herren, dem, was Herr Professor Katzenmeier gesagt hat, ist fast nichts mehr hinzuzufügen. Ich glaube, eines ist ganz wichtig: Wir haben zum ersten Mal seit vielen Jahren eine Situation, in der wir als Ärztinnen und Ärzte in die Offensive gegangen sind und die Politik in die Defensive gedrängt haben. Das ist ein wichtiger Erfolg.

(Beifall)

Das Thema Priorisierung ist seit Jahren sowohl in öffentlichen Kundgebungen als auch in der Literatur etabliert. Es hat nur niemand davon Kenntnis genommen. Die Reaktion war null. Jetzt haben wir einzelne Beispiele gebracht, von denen sich manche Menschen angesprochen oder sogar bedroht fühlen. Plötzlich interessiert sich jeder für dieses Thema.

So muss man das heutzutage machen, mit ganz billigen Methoden. Auch der Film mit den Currywürsten, den Herr Professor Katzenmeier gerade angesprochen hat, hat in der Öffentlichkeit viel mehr Wirkung als jeder Vortrag eines Wissenschaftlers. Ich glaube, insofern haben wir genau die richtigen Reaktionen hervorgerufen.

Ich wundere mich überhaupt nicht, dass manche von unseren in den Medien gern auftretenden, am Arztberuf Gescheiterten

(Beifall)

plötzlich ihre Chance wittern, sich in den Medien mal wieder breitzumachen.

Die Botschaft muss lauten: Keiner soll nicht behandelt werden. Das ist der entscheidende Satz: Keiner soll nicht behandelt werden. Priorisierung bedeutet lediglich, dass wir diejenigen, die es am nötigsten haben, an die erste Stelle setzen und diejenigen, die es am wenigsten nötig haben, etwas warten müssen.

(Beifall)

Priorisierung ist übrigens ein internationaler Terminus technicus. Auch wenn der Ausdruck nicht für jeden schön sein mag: Er ist in der Community einfach nicht mehr zu vermeiden. Er ist etabliert.

Also: Die Zeit ist reif. Wenn nicht wir als Ärztinnen und Ärzte mit diesem Thema an die Öffentlichkeit gehen, gibt es niemanden, der das tut; denn unsere Patientenvertretungsorganisationen sind dazu nicht fähig oder wollen das nicht, weil sie sich nicht als Vertreter ihrer Patienten verstehen, sondern eher als Feinde der Leistungserbringer. Das ist unser Dilemma. Das haben wir ja auch in der Will-Sendung gesehen.

(Beifall)

Also: Wir machen das. Wir lassen uns nicht ins Bockshorn jagen. Wir werden an diesem Thema dranbleiben und wir werden die Politik herausfordern, nicht nur auf diesem Ärztetag, sondern jeden Tag und jede Woche bis zum nächsten Ärztetag – und auch danach geht es wieder weiter.

Ich empfehle Ihnen noch ein kleines Buch: „Ethik in der Medizin“ vom Reclam-Verlag, erschienen 2004. Da steht auf den Seiten 260 bis 293 alles über Mittelknappheit im Gesundheitswesen, über Rationierung, implizit und explizit, über Priorisierung. Es lohnt sich, dieses kleine Buch mit hinzuzunehmen. Überhaupt ist das ganze Buch wertvoll. Ich will hier keine Werbung machen, aber das Buch ist einfach gut. Deswegen sollte man sich darum kümmern. Wer daran Freude hat und sich entsprechend kundig machen will, wird großen Genuss daran haben und Erfolg damit haben.

Wie gesagt: Wir machen weiter und lassen uns nicht unterkriegen, schon gar nicht von denjenigen, die viel Dreck am Stecken haben, weil sie unser Gesundheitswesen in den letzten Jahren ruiniert haben.

Vielen Dank.

(Lebhafter Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Jörg Hoppe. Das waren klare Worte.

Jetzt lassen Sie uns unsere Arbeit tun. Ich bitte Sie, die gelbe Abstimmungskarte zur Hand zu nehmen. Es gilt, sieben Anträge und drei Änderungsanträge zu bescheiden. Sie sind alle umgedruckt, sie müssten Ihnen alle vorliegen. Wenn nicht, sagen Sie mir das. Dann lesen wir Ihnen die Passagen vor. Der Text wird auch auf die Leinwand projiziert.

Zuerst nehmen wir den Antrag II-01 zur Hand. Zunächst behandeln wir den **Antrag II-01 c.** Der Antragsteller begehrt, auf Seite 2 in Nummer III, Ziffer 2 im dritten Satz in der vierten Zeile nach dem Komma die Worte „auch zusätzlich“ einzufügen. Dazu ist gesprochen worden. Wir können direkt abstimmen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Stimmkarte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einzelne. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag II-01 b.** Dieser Antrag ist hier mehrfach diskutiert worden. Er ist vom Kollegen Klock aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe gestellt worden. Er begehrt, auf der letzten Seite des Vorstandsantrags in Abschnitt IV im ersten Absatz den zweiten Satz zu streichen, der da lautet:

> *Führen solche Versorgungsdefizite zu einer Versorgung unter Standard, dann darf der Arzt die Behandlung des Patienten ablehnen.*

Herr Klock gibt in seinem Antrag auch eine Begründung, warum er das gestrichen haben möchte. Dazu haben viele Kollegen gesprochen. Ich glaube, Sie wissen, worum es geht. Ich darf jetzt diejenigen, die für die Streichung dieses Satzes im Sinne des Herrn Klock sind, bitten, die Hand zu heben. – Einzelne. Bitte die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag **abgelehnt.** Der Satz bleibt bestehen.

Wir kommen zum **Antrag II-01 a.** Danach soll der letzte Absatz des Vorstandsantrags gestrichen werden. Das ist die Ziffer V Abs. 2. Es geht um den Gesundheitsrat, den wir ja bereits im „Ulmer Papier“ und im Vorstandsantrag von gestern verabschiedet haben. Hier besteht ein impliziter Widerspruch zum Antrag II-7, den wir später noch behandeln, der die Detailregelungen fordert. Das muss man wissen, wenn man hier etwas streicht, dass man nicht hinterher an anderer Stelle Ausführungsbestimmungen für etwas fordert, was man vorher gestrichen hat. Das macht nicht so schrecklich viel Sinn.

Ich bitte diejenigen um ihr Handzeichen, die im Sinne des Antragstellers Ziffer V Abs. 2 gestrichen haben wollen. – Bitte die Gegenprobe! – Das ist die überwältigende Mehrheit. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Damit ist dieser Antrag **abgelehnt.** Der Absatz bleibt also bestehen.

Jetzt stelle ich den gesamten, nur an einer Stelle durch die Hinzufügung der Worte „auch zusätzlich“ veränderten **Antrag II-01** zur Abstimmung. Wer für den so veränderten Vorstandsantrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag bei wenigen Gegenstimmen mit überwältigender Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.** Ich danke Ihnen, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Ich schlage Ihnen jetzt vor, die weiteren Anträge in ihrer enumerativen Reihenfolge zu behandeln. Ich rufe den **Antrag II-02** einer ganzen Reihe von Kollegen, vor allem aus der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, auf. Herr Eichelmann hat dazu gesprochen.

(Zuruf)

– Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag auf Nichtbefassung. Wird gewünscht, den Antrag zu begründen?

(Zuruf: Ich stelle den Antrag auf Nichtbefassung,
weil das Ganze juristisch nicht haltbar ist
und wir uns mit diesem Antrag eigentlich lächerlich machen!)

– Danke sehr. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Das ist nicht der Fall. Der Antrag auf Nichtbefassung geht vor. Ich bitte diejenigen, die sich nicht mit diesem Antrag befassen möchten, die Hand zu heben. – Das ist die riesige Mehrheit. Gegenprobe! – Wenige. Enthaltungen? – Damit ist mit großer Mehrheit **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir kommen zum **Antrag II-03.** Das Wort „Gutlassbrief“ ist in „Entlassungsbrief“ zu ändern.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt.

(Zuruf)

– Sie müssen darüber abstimmen. Wenn Vorstandsüberweisung beantragt ist, muss ich darüber abstimmen lassen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einzelne. Die Gegenprobe! – Das ist die große Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist die Vorstandsüberweisung abgelehnt.

Wir bilden uns also eine Meinung über den Antrag II-03. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Letzteres ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Der Antrag ist mit einer knappen Mehrheit abgelehnt worden.

(Beifall)

Wir kommen zum Antrag II-04 von Herrn Kollegen Grifka. Auch hier gibt es einen Tippfehler.

(Zuruf)

– Wünschen Sie zum letzten Antrag eine Auszählung? Bevor hier irgendwelche Legenden gebildet werden, zählen wir. Ich rufe also noch einmal den Antrag II-03 auf, weil das Ergebnis hinterfragt wird. Ich bitte die Zählerinnen auf ihre Plätze. Diejenigen, die dem Antrag II-03 von Herrn Zimmer zustimmen möchten, bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Ich bitte jetzt um die Gegenprobe. Wer diesen Antrag ablehnen möchte, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Meine Damen und Herren, wir hatten doch keinen Knick in der Linse: Der Antrag ist mit 93 gegen 114 Stimmen abgelehnt. Ich bitte um die Enthaltungen. – Einzelne Enthaltungen. Ich glaube, die brauchen wir nicht zu zählen. Wir hatten es richtig gesehen: Der Antrag bleibt damit **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag II-04** von Herrn Kollegen Grifka. Hier gibt es im zweiten Absatz einen kleinen Tippfehler: Statt „Geiche“ muss es heißen „Gleiche“. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Eine Enthaltung. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag II-05** des Kollegen Lipp. Der Antragsteller bittet selber darum, in der vorletzten Zeile hinter das Wort „Ei-

genverantwortung“ noch die beiden Worte „der Versicherten“ einzufügen, sodass es dann heißt:

> *… den Aspekt Eigenverantwortung der Versicherten sich selber und der Gesellschaft gegenüber deutlich mehr Gewicht zu geben.*

Wer diesem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Gleichwohl ist dieser Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag II-06** von Herrn Kollegen Christian Handrock. Wir waren durchaus der Meinung, dass er auch in einen anderen Tagesordnungspunkt gepasst hätte. Aber nun liegt er Ihnen hier vor. Wer diesem Antrag zustimmen möchte, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das müssen wir zählen. Beteiligen Sie sich bitte ein bisschen stärker. Ich frage also noch einmal: Wer für den Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Jetzt wird es klar. Bitte die Gegenprobe! – Es ist klar, meine Damen und Herren: Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum letzten Antrag, dem **Antrag II-07** von Herrn Kollegen Wagenknecht. Der Antrag liegt Ihnen vor. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Eine Reihe von Gegenstimmen. Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Meine Damen und Herren, mit einem besonderen Dank an die Referenten, Herrn Professor Katzenmeier und Herrn Jörg Hoppe, schließe ich die Beratungen zu diesem Tagesordnungspunkt.

(Beifall)

Hier noch ein kleiner Hinweis: Sie haben in der Mittagspause die Möglichkeit, das Rheingoldcafé direkt am Haupteingang oder unsere Kaffeebar im Foyer zu nutzen. Ich wünsche Ihnen eine geruhsame und gute Mittagspause. Vertreiben Sie die Luft aus Ihrem Magen. Um 14 Uhr geht es hier weiter.

Ich unterbreche die Sitzung.

2. Tag: Mittwoch, 20. Mai 2009
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Ich hoffe, die Mittagspause war einigermaßen erholsam.

Ich begrüße den Herrn Ehrenpräsidenten dieses 112. Deutschen Ärztetages, Herrn Sanitätsrat Dr. Hans Engelhard, der zugegen ist. Herzlich willkommen, Herr Dr. Engelhard!

(Beifall)

Wir haben jetzt einen richtig spannenden Tagesordnungspunkt vor uns. Ich rufe **Tagesordnungspunkt III** auf:

Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft

Das klingt zunächst einmal vergleichsweise bland, aber dadurch, dass wir Herrn Professor Dr. rer. pol. Christoph Hommerich eingeladen haben, uns zu referieren, und dadurch, dass Herr Professor Fuchs an zweiter Stelle referiert, wird das eine Angelegenheit mit viel Pep sein. Sie müssen sich darauf gefasst machen, dass dabei auch einige Bemerkungen fallen, die an uns selbst gerichtet sind. Professor Hommerich hat uns freundlicherweise schon einmal in der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein zur Verfügung gestanden und uns die eine oder andere Botschaft übermittelt, die an uns selbst gerichtet war. Ich kenne ihn von daher schon. Wir freuen uns auf seinen Vortrag.

Ich bitte alle, nun in den Saal zu kommen und Platz zu nehmen, damit wir die Würdigung unseres Berufs und die Möglichkeiten, die wir haben, um diesen Beruf zu verteidigen oder verloren gegangenes Terrain wiederzugewinnen, zur Kenntnis nehmen und voll auskosten. Zu diesem Behufe erteile ich jetzt Herrn Professor Dr. Christoph Hommerich, der aus dem Raum Köln kommt – von dorther kommt viel Gutes –, das Wort.

Bitte schön, Herr Hommerich.

Prof. Dr. Hommerich, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Auch ich möchte mich, sozusagen Herrn Katzenmeier folgend, herzlich für die Einladung bedanken, und zwar nicht nur pflichtschuldigst, sondern aus voller Überzeugung. Ich befasse mich jetzt schon seit 25 Jahren mit der Entwicklung der freien Berufe und freue mich natürlich, die Chance zu bekommen, auf dem Ärztetag über das Berufsbild und seine Gefährdungen sprechen zu können.

Meine Botschaft an diesen Ärztetag besteht darin, zu begründen, dass Freiberuflichkeit eine innere Haltung ist, dass die Ärzteschaft, die für den Zentralwert Gesundheit steht, ihre Rolle als eine Leitprofession im Gesundheitswesen aktiv wahrnehmen muss, dass der fortschreitende Ökonomismus der sogenannten

Gesundheitswirtschaft ein zerstörerisches Übel ist und dass die Ärzteschaft, wenn sie wirksam agieren will, ihre Zentrifugalkräfte beherrschen und disziplinieren muss, um nicht vor lauter Eitelkeit der einzelnen Gruppierungen in ihre Einzelteile zu zerfallen und damit ihre legitimatorische Kraft zu verlieren, dass die Ärzteschaft infolge dessen, gestützt auf einen Basiskonsens der gesamten Professionsgemeinschaft, der eben nicht das Maximum für jeden einzelnen Arzt und jede einzelne Ärztin bedeutet, wieder die bestimmende, verantwortende und die verantwortliche Kraft im Gesundheitssystem wird.

Ich möchte ferner die Botschaft vermitteln, dass uns letztlich nur wechselseitiger Respekt der Akteure und kein in Beton gegossener Fundamentalismus weiterbringt und dass vor allem Vertrauen der Beteiligten zueinander, vor allem aber Vertrauen zwischen Arzt und Patient die Basis dieses Gesundheitssystems bleiben muss.

So viel zunächst einmal zum Programm der nächsten Minuten.

Eines der zentralen Kennzeichen dieser Zeit ist aus meiner Sicht ein riskanter Verlust von Vertrauen in zentrale gesellschaftliche Institutionen und Systeme. Dieser Vertrauensverlust überträgt sich schrittweise auch auf die handelnden Personen, die diese Systeme steuern und tragen. Misstrauen durchdringt wie ein Kriechöl viele gesellschaftliche Bereiche. Schlagartig werden uns auf diese Weise unsere Lebensrisiken deutlich. Sicher Geglaubtes steht infrage und wir spüren sehr schnell, dass überall da, wo wir misstrauisch werden oder sogar misstrauisch werden müssen, unser Aufwand steigt.

Alltägliche Lebensvollzüge, die uns bisher nur am Rande beschäftigten, verlangen inzwischen komplizierte Entscheidungen. Steigen wir eigentlich noch unbefangen in einen Intercity, nachdem sich die Achsen solcher Züge als brüchig erwiesen haben? Welche Gedanken beschäftigen uns, wenn wir unser sauer verdientes Geld anlegen? Reicht hier noch ein kurzer Anruf bei „unserer“ so genannten „Hausbank“? Reden wir überhaupt noch von „unserer“ Bank, womit wir ja eine gewisse Vertrautheit und zugleich auch die Bereitschaft ausdrücken, Vertrauen zu schenken?

Vertrauen wir politischen Entscheidungsträgern, ihrer Integrität und der Ernsthaftigkeit ihrer Absichten? Wie steht es um die Manager? Und wie steht es um all die Experten, auf die wir uns bislang im täglichen Leben verlassen haben: Ärzte und Anwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer, Apotheker, Architekten und Ingenieure und nicht zuletzt die Vielzahl von Sachverständigen, die uns durch ihren Sachverstand von den Begrenzungen unseres Verstands entlasten und fachliche Lösungen liefern sollen?

In den meisten Lebenssituationen sind wir Laien, angewiesen auf Experten und damit angewiesen auf das Vertrauen in diese Experten, aber weit darüber hinaus angewiesen auf viele Funktionssysteme, die wir alle inzwischen für selbstverständlich halten. Vertrauen in diese Systeme ist ein zentrales gesellschaftliches Bindemittel; Misstrauen hingegen ist die Grundlage für die Erosion dieser Systeme.

Es gilt: Würde Misstrauen unser Handeln bestimmen, stiegen allerorts unsere Kosten, denn wir müssten jede unserer Entscheidungen immer wieder neu

durch eigene Recherchen absichern und ihre Folgen kontrollieren. Sehr bald würden wir allerdings feststellen, dass wir dieser Aufgabe nicht gewachsen wären. Das Leben wäre überkomplex. Vertrauen aber reduziert Komplexität.

Die Ursachen für das Misstrauen in Experten sind vielfältig. Bezogen auf das Gesundheitssystem wächst ganz offensichtlich offen und zum Teil verdeckt die Skepsis aller handelnden Akteure, insbesondere auch die Skepsis innerhalb der Bevölkerung. Das Gesundheitssystem ist ein für das Gemeinwohl zentrales System, denn körperliche Gesundheit ist Voraussetzung für Gemeinwohl. Dieses System hat in der Zwischenzeit einen Komplexitätsgrad erreicht, der nahezu alle, die mit ihm zu tun haben, kontinuierlich überfordert und ständig irritiert. Spätestens dann sollte man hellwach werden, wenn die Sprache schon beim „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ oder – wie im Bankensystem – bei „strategischem Reputationsrisikomanagement“ angekommen ist.

In dem Zusammenhang eine Leitempfehlung für den Deutschen Ärztetag: Wo drei Substantive im Namen der Gesundheitsreform zu einem Hauptwort miteinander verbunden werden, sollte Misstrauen priorisiert werden.

(Beifall)

Es gilt: Systeme, die fortlaufend irritierende Signale aussenden – da ist das Gesundheitssystem sehr prominent –, die niemand mehr versteht, begründen ausgeprägtes Misstrauen, denn Vertrauen basiert auf Klarheit und Verlässlichkeit, auf Konsistenz im Handeln und darauf, dass Erwartungen zuverlässig erfüllt werden.

Es hat – von außen betrachtet – den Anschein, dass alle Versuche, Ordnung in dieses Gesundheitssystem zu bringen, nur dazu beitragen, sein Chaospotenzial zu erhöhen, statt es zu senken: immer neue Botschaften, was das System leistet und was nicht, welche Akteure für welche Verantwortlichkeiten stehen und welche nicht, die Trivialisierung der Medizin als einer Dienstleistung in der „gesundheitsökonomischen Branche“, die Betrachtung der Medizin als einer „Produktwelt“, in der „Kunden“ Dienste ordern wie beim Pizza-Service, die Verengung des Blicks auf Kosten-Nutzen-Relationen, ohne dass der Charakter von medizinischen Leistungen im Sinne von Vertrauensgütern einbezogen wird.

Kein Zweifel: Ökonomische Überlegungen können auch im Bereich des Gesundheitswesens nicht ausgeblendet werden; aber noch weniger steht infrage, dass diese ökonomischen Überlegungen in einen Werterahmen eingebettet werden müssen, der die Prioritäten im Gesundheitssystem nach den Kriterien der Fachlichkeit und persönlichen Verantwortbarkeit durch Ärzte als Fachleute festlegt. Hierauf komme ich noch zurück. Verzichtete man auf diese eingrenzende Rahmung, so würde sich sehr schnell herausstellen, dass die Ökonomie, auch in der Erscheinungsform der „Gesundheitsökonomie“, per se keine Ethik kennt – mit allen negativen Folgen für unsere Gesamtgesellschaft.

Sicherung von Vertrauen in die freien Berufe und speziell in die Ärzteschaft heißt, Vertrauenswürdigkeit auf mindestens drei Ebenen sicherzustellen: Vertrauenswürdig muss die Ärzteschaft als ein Expertensystem sein, welches unabhängig von Einzelpersonen funktioniert; vertrauenswürdig müssen die Organisationen sein, in denen die ärztliche Leistung bereitgestellt wird, also vor al-

lem Krankenhäuser und Arztpraxen; und vor allem müssen die Ärzte als Personen vertrauenswürdig sein, denn sie sind die personalen Zugangspunkte zum Gesundheitssystem, sie verkörpern also die „gesichtsabhängige“ Seite unseres Problems.

Das Gesundheitssystem bedarf, wenn es Vertrauenswürdigkeit festigen oder auch wiederherstellen will, neuer Legitimation. Es ist eine Daueraufgabe, solche Legitimationen herzustellen. Jede Generation muss der nachfolgenden erläutern, warum bestimmte Institutionen im Sinne von Regeln mit klarem Geltungsanspruch sachgerecht und moralisch vertretbar sind. Das nennt man Legitimierung.

So muss klargestellt werden, welche Erwartungen an das Gesundheitssystem legitimerweise gestellt werden können. Dies schließt den Ausschluss von Erwartungen aus dem Reich der nahezu unbegrenzten Möglichkeiten zweifellos ein. Gemeinwohlbelange werden in einer pluralen Gesellschaft von den verschiedensten Akteuren vorgetragen und im öffentlichen Diskurs begründet. Herr Katzenmeier hat heute Morgen schon darauf hingewiesen.

Gerade in diesen Krisenzeiten wäre es wünschenswert, wenn dieser Prozess offen, transparent und klar abliefe. Allerdings ist augenscheinlich das Gegenteil der Fall. Damit aber ist Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem für die Zukunft vorprogrammiert – mit allen Risiken für die handelnden Akteure.

Umso wichtiger ist es, den Stellenwert des zentralen Berufs im Gesundheitswesen, des Arztberufs, genauer zu bestimmen, eines Berufs, der einst als „Leitprofession“ im Gesundheitswesen galt, dem viele Menschen – vermutlich die meisten von uns – vertrauen, der allerdings in diesen Zeiten Mechanismen der Trivialisierung, leider – meine Damen und Herren, lassen Sie mich dies deutlich sagen – auch der Selbsttrivialisierung unterliegt, die nachdenklich machen.

Viel wäre in diesem Zusammenhang über die veröffentlichte Meinung zur Ärzteschaft zu sagen. Ich möchte mir das heute ersparen. Sie bewegen sich ja in einem Spannungsfeld von ständigem medialen Auftrieb, immer rund um Ärztetage, wo Themen hochgekocht und dann wieder fallen gelassen werden, wie das so üblich ist, und ansonsten auch einer Trivialisierung durch die Medien in Form diverser Gesundheitssendungen, die mittlerweile schon den Charakter von Kochsendungen haben. All dies ist sozusagen der Würde Ihres Berufs nur bedingt angemessen.

(Beifall)

Die entscheidende Trivialisierung des Arztberufs besteht in der ökonomistischen und funktionalen Verengung der Sichtweise Ihres Berufs. Ich will das an einigen Bildern hinsichtlich dieses Berufs verdeutlichen:

- Der Arzt als „Dienstleister“: Mündige und rationale, voll aufgeklärte Verbraucher geben an ihn ihre „Bestellungen“ auf, nehmen die Leistungen entgegen, evaluieren sie und entscheiden nach dem Grad ihrer Kundenzufriedenheit über die Wiederbeauftragung;

- der Arzt als „Reparateur“: Er ist in der Lage, perfekte Werkstattabläufe zu organisieren, Altteile auszutauschen und gelegentlich fantasievoll auch schwierige Reparaturen durchzuführen. Der Patient verlässt sich auf diese Art der Beherrschung seines Körpers als Maschine;

- der Arzt als „Restaurateur“: Er ist mit hohem ästhetischen Anspruch ausgestattet und vermag es, alterndes Äußeres in neues, ewig Junges zu verwandeln;

- der Arzt als „Unternehmer“ wie jeder andere Unternehmer, der seinen Gewinn maximieren will. Sein Kunde weiß dies, vergleicht die Preise, bedient sich fallweise bei „Discountern“ im Sinne von „McHerz“, „McZahn“, „McLeber“ oder gelegentlich auch im „Premiumsegment“ in einer „Wohlfühlklinik“; es fehlt eigentlich nur, dass Herzoperationen demnächst bei Ebay versteigert werden;

- der Arzt als „Fließbandarbeiter“: spezialisiert, effizient, strukturiert nach „Verrichtungen“, wie die Ökonomen sagen, Meister der kleinen Schritte, Perfektionist, diszipliniert die Zahl der Fälle dokumentierend, wie viele Knie- und Hüftoperationen, wie viele Herzkatheteruntersuchungen, Zahl der Sonografien, Patienten pro Woche, Durchschnittserlöse, Steigerungsraten – ein „Hamster im Rad“.

Wäre dies das Arztbild der Zukunft, meine Damen und Herren, dürfte die Hoffnung auf Gemeinwohlbelange, die mit dem Gesundheitssystem aufgegriffen und verfolgt werden sollen, in weiten Teilen trügerisch und im Ergebnis wohl vergeblich sein. Krankheit wäre als Unfall oder Peinlichkeit der Natur mit korrigierbaren Folgen trivialisiert, Lebensrisiken wären als Pannen, Ungewissheiten über den Ausgang von Behandlungen als Kollateralschäden oder aber Krankheit als „Fall“ mehr oder minder austauschbar. Gesundheit hätte den Charakter eines öffentlichen Gutes, von dem niemand ausgeschlossen werden sollte, verloren. Man wäre sich bewusst geworden, dass es natürlich grundsätzlich möglich ist, Menschen von Gesundheit auszuschließen. Aber man muss es auch verantworten. Hier sollte die Politik gut überlegen, was sie tut.

Doch was ist nun gewollt? Eine Mischung all dessen oder die Rückbesinnung auf das Leitbild des Professionals, des Mitglieds einer Professionsgemeinschaft, einer Gemeinschaft derer, die eine wissenschaftliche Ausbildung durchlaufen haben und sich konsequent auf die hierdurch erworbene Fachlichkeit berufen? Die Besinnung auf eine Professionsgemeinschaft, die Fachlichkeit mit Selbstkontrolle verbindet, Selbstkontrolle des einzelnen Arztes, aber auch Selbstkontrolle der Fachgemeinschaft als Ganzer, also Kontrolle unter Gleichen? Gerade letztere Regel macht großen Sinn, weil die Kontrolle durch dritte Außenstehende eben keine fachliche Kontrolle verspricht, auch nicht die Kontrolle durch Politik, durch Krankenversicherung oder wen auch immer. Richter, die in Gerichtsverfahren Ärzte kontrollieren, bedienen sich selbst wiederum – übrigens auch aus guten Gründen – des Sachverstands von Ärzten, um Sachverhalte überhaupt beurteilen zu können.

Ist ein Arzttypus gemeint, der sich freiwillig auf eine bestimmte Berufsethik, einen „ethical code“ verpflichtet? Eine solche Verpflichtung, meine Damen und Herren, hätten wir uns bei manchem Manager oder leitendem Angestellten etwa

in Großkonzernen oder in einem Bereich, den man beschönigend mit „Finanzdienstleistungen“ überschreibt, hier und da gewünscht. Über diese ärztliche Ethik soll sichergestellt werden, dass die Funktion eines heilenden Berufs die ärztliche Tätigkeit primär trägt. Der Arzt ist also offenkundig kein Kosmetiker und er ist ebenso wenig in der Funktion dessen, der die Schöpfung neu erfindet. Er ist – um an heute Morgen anzuschließen – eben auch kein Funktionär austeilender Gerechtigkeit, der ständig den Mangel verwalten und es dem Endverbraucher verkünden muss.

Die Ethik des Arztes stellt darüber hinaus sicher, dass sich der Arzt auf den Patienten verpflichtet, dessen Wohl in den Vordergrund und damit sein eigenes Wohl immer wieder in den Hintergrund stellt, um zugleich den Freiraum, den Handlungsspielraum, die Autonomie zu beanspruchen, im wohlverstandenen Interesse des Patienten zu handeln.

Die entscheidende Situation im Zusammenhang mit der Sicherung des Zentralwerts „Gesundheit“ ist die Arzt-Patient-Beziehung. Sie bedarf der ethischen Reflexion und der moralischen Regelbindung, weil sie für den Patienten riskant ist und dem Arzt außerordentliche Lasten und wiederum eigene Risiken auferlegt. Deswegen müssen Bedingungen geschaffen werden, unter denen Ärzte Verantwortung übernehmen und Verantwortlichkeit entwickeln können. Sie werden Vertrauen nur empfangen können, wenn sichergestellt ist, dass sie dieses Vertrauen nicht im eigenen Interesse ausnutzen, also opportunistisch handeln, wenn sichergestellt ist, dass unbedingte Vertraulichkeit als Bedingung für Vertrauenswürdigkeit anerkannt wird, wenn klar ist, dass nur konsequente Fachlichkeit entscheidet, also keine ökonomischen Fremdinteressen, und wenn sicher ist, dass Patienten sich nicht nur auf die Unabhängigkeit ihrer Ärzte von Drittinteressen verlassen können, sondern auch anerkennen müssen, dass Ärzte auch ihnen gegenüber zugleich nahe und distanziert bleiben werden, um sachgerecht entscheiden zu können.

In dem Gesamtzusammenhang ist gerade, wie Sie vielleicht schon gehört haben, vom Europäischen Gerichtshof ein wichtiges Urteil gesprochen worden, welches das Verbot des Fremdkapitalbesitzes an Apotheken und damit wohl auch an Arztpraxen festschreibt. Ich halte das für ganz richtig, denn anderenfalls gelangen Sie unweigerlich in Abhängigkeiten, die übrigens in der Forschung schon seit Jahrzehnten kritisch gesehen und diskutiert werden.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, Ärzte sind keineswegs nur technische Wissensanwender, denn die Medizin ist eine „praktische Wissenschaft“, die sich im praktischen Vollzug am Menschen entwickelt. Ärzte handeln an Betroffenen in deren wohlverstandenem Interesse und in dem Bewusstsein, dass die Betroffenen selbst nicht nur Laien sind, sondern gerade auch wegen ihrer Betroffenheit an Urteilsfähigkeit einbüßen. Schon deswegen ist die Fiktion vom mündigen Patienten irreführend – übrigens eine der ganz großen Trivialisierungen dieser Tage.

(Beifall)

Patienten, die nach ausführlicher Internetrecherche dem Arzt die Diagnose gleich mitbringen, damit der Arzt im ersten Schritt die geballte Vorurteilsstruktur, die im Internet transportiert wird, korrigieren muss oder auch den gesamten Informationsmüll, der da haufenweise versammelt wird, sind keine mündigen Patienten, sondern sehr oft auch fehlgeleitete Patienten und damit nicht die leichtesten.

(Beifall)

Gerade Ärzte müssen wissen – und sie erfahren es nahezu jeden Tag –, wo wissenschaftliche Fachkompetenz ihre Grenzen hat, wo also die Wissenschaft sie in Entscheidungssituationen allein lässt, wo nicht mehr statistische „Evidenzen“ ausschlaggebend sind, sondern allein ihr praktisches Entscheidungs- und Handlungsvermögen unter der Bedingung höchster Unsicherheit. Keine formale Qualitätsregel hilft dem Arzt in solchen Situationen. Soll er etwa, bevor er Entscheidungen trifft, einen tiefen Reflexionsprozess über die Evidenz der Evidenz seiner wissenschaftlichen Erkenntnisse durchlaufen? Nirgendwo mehr als in der Medizin wird täglich erfahrbar, dass wir in nahezu allen Bereichen nur über Erkenntnisse mittlerer Reichweite verfügen, was aber zugleich immer bedeutet, dass auch wissenschaftlich begründete Entscheidungen zumeist solche unter Unsicherheit sind.

Der Soziologe Heinz Bude hat darauf hingewiesen, dass gerade der Arzt eine, wie er es nennt, undefinierbare Verantwortung übernimmt. Da wo Wissenschaft endet, setzt diese Verantwortung ein, in täglichen Entscheidungen, denen er nicht ausweichen kann. Der Arzt kann nicht einfach sagen: Diese Therapie habe ich nicht so gemeint. Wie soll ein Patient das verstehen? Das können vielleicht Finanzdienstleister sagen, die uns die falschen Anlagen verkauft haben: „Diese Anlage habe ich nicht so gemeint.“ Würden Sie es sagen, es hätte unabsehbar kritische, negative Folgen.

Bude bemerkt:

> *Aus dieser drängenden Konstellation von Unaufschiebbarkeit und Unwiderruflichkeit erwächst die Kompetenz zu einer praktischen Verantwortungsethik professionellen Handelns.*

Schon diese Begrifflichkeit deutet darauf hin, dass Ärzte in ihren Entscheidungssituationen letztlich alleine dastehen. Sie benötigen – das ist zunächst einmal eine der zentralen Botschaften für einen freien Beruf – ein Umfeld, auch ein politisches Umfeld, das sie trägt, und eine Ethik, die ihrem Handeln ein nachvollziehbares, weil reflektiertes Fundament gibt. Jeder einzelne Arzt weiß aus dem Umgang mit kritischen Situationen, dass er – neben dem Patienten – letztlich einen großen Teil der Last der Entscheidung zu tragen hat, nicht seine Praxis oder seine Klinik oder seine Haftpflichtversicherung oder die Pharmaindustrie oder die Krankenkasse oder die Gesundheitspolitik. Gerade dieser Umstand verlangt genaue Überlegungen hinsichtlich der Sicherung eines Handlungsspielraums für jeden Arzt, will man die Möglichkeit offenhalten, dass auch in Zukunft Verantwortung und persönliche Verantwortlichkeiten im Arztberuf, verbunden mit der Bereitschaft zur Übernahme erheblicher persönlicher Risiken, eine zentrale Rolle spielen.

Freiberuflichkeit, meine Damen und Herren, manifestiert sich, wenn man diesen Überlegungen folgt, in der freien Entscheidung, Verantwortung zu übernehmen und verantwortlich zu handeln. Verantwortlichkeit bezieht sich immer auf Personen, bei Ärzten darauf, dass sie nicht nur Wissen anwenden, sondern fähig und bereit sind, sich auf andere Menschen einzulassen, also täglich Empathie zu entwickeln und das richtige Verhältnis von Nähe und Distanz gegenüber dem Patienten auszutarieren. Die Frage nach der Freiberuflichkeit hat hier ihren Kern: Es geht um Verantwortung, nicht nur im Sinne von Zuständigkeit und pflichtgemäßem Handeln, sondern im Sinne der Übernahme von Risiken, es geht um Verantwortlichkeit im Sinne des Sich-auf-Patienten-Einlassens, aber auch im Sinne des Einstehens für die Folgen des eigenen Handelns, also die persönliche Übernahme von Risiken.

Die Komplexität der Entscheidungssituationen von Ärzten ergibt sich aus der Begrenztheit des verfügbaren Wissens, aus der Notwendigkeit von Entscheidungen unter Unsicherheit, daraus, dass im wohlverstandenen Interesse von Patienten entschieden werden muss, notfalls also auch gegen deren gelegentlich vordergründige Interessen. Denken Sie nur an die sogenannte Wellnessmedizin. Patienten verdienen Respekt, bedürfen aber auch der Aufklärung und distanzierter, aber zugleich vertrauensvoller Beratung. Freiberufler kennzeichnet die Bereitschaft, sich auf solche komplexen Situationen einzulassen in der eigenen Praxis, in Partnerschaften, in der Kooperation mit Kollegen und in größeren Organisationen.

Sie können dies nur tun – damit bin ich bei dem zweiten zentralen Punkt der Definition von Freiberuflichkeit –, wenn ihnen Autonomiespielräume gewährt werden, die sie benötigen, um unter Risiko entscheiden zu können. Der Arzt muss unabhängig von Fremdinteressen bleiben, wer auch immer sie artikuliert.

Damit stellen sich für eine Neubestimmung von Freiberuflichkeit andere Fragen als die der Befreiung der Freiberufler von der Gewerbesteuer. Gefragt werden muss, welche Probleme sich im Zusammenhang mit der Autonomie der Ärzte stellen, wodurch Autonomie bedroht ist und wie sie gesichert werden kann.

Einige dieser Probleme seien angesprochen:

Autonomie ist zunächst einmal eine Frage innerer Haltung und gelebter Berufsmoral. Sie muss gelebt, erkämpft und behauptet werden. Viele Beispiele, gerade auch von Ärzten, zeigen, dass es autonome Persönlichkeiten waren, die die beruflichen Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Ärzte erstritten haben, und dabei muss es bleiben.

Autonomie der Ärzteschaft als Professionsgemeinschaft ist eine Frage ihrer Fähigkeit zur Verständigung auf gemeinsame Werte, eine gemeinsame Berufsmoral, der man sich freiwillig mit allen Konsequenzen unterwirft. Meine Damen und Herren, aus meiner Sicht stehen die Zeichen der Zeit an dieser Stelle nicht gut. Die zunehmende Heterogenität der Ärzteschaft begünstigt eher ihr Auseinanderdriften. Die Spezialisierung und die Bildung von immer kleineren Fachgemeinschaften innerhalb der Ärzteschaft führen zu unterschiedlichen Interessen und führen letztlich zu Zentrifugalkräften innerhalb der Ärzteschaft, die Sie beherrschen lernen müssen, weil sonst erhebliche negative Konsequenzen für Ihren gesamten Berufsstand ins Haus stehen.

(Beifall)

Diese Entwicklung ist ja kein persönliches Versagen der Ärzte, sondern in fast allen klassischen Professionen in mehr oder minder fortgeschrittener Form deutlich erkennbar. Überall wachsen die Wissensbestände, überall nimmt die Spezialisierung zu. Überall bilden sich einzelne Fachgemeinschaften. Damit aber haben Sie eine zentrale Integrationsaufgabe, die Voraussetzung ist, über diesen freien Beruf als einer Einheit in Zukunft nachdenken zu können und ihn so praktizieren zu können.

Damit nicht genug: Nicht nur die Politik, sondern auch Vertragspartner der Ärzte erkennen ihre Chance, eigenen Einfluss zu stärken und die Ärzteschaft geradezu genüsslich in Segmente zu zerlegen und damit zugleich die Risiken einzelner Ärzte oder Gruppen von Ärzten zu erhöhen.

Meine Damen und Herren, das ist ein Risiko, das Sie sehr ernst nehmen sollten. Wir sind auf diesem Weg leider schon weit fortgeschritten. Autonomieverlust der Ärzte wird die eine Folge sein, Machtverlust der Ärzteschaft als Profession die absehbare andere Folge.

(Beifall)

Autonomes Handeln im Interesse von Patienten ist dann nicht zu erwarten, wenn immer mehr Ärzte in wirtschaftliche Abhängigkeiten geraten, und auch dann, wenn sie ihre wirtschaftlichen Risiken nicht mehr absehen können. Niemand kann den Ärzten oder auch anderen Professionen dauerhaft Altruismus abverlangen. Das ist eine sehr idealistische Überlegung im Zusammenhang mit Professionen immer gewesen, aber sie ist nur idealistisch, nicht realistisch. Altruistische Forderungen werden ja zumeist an jeweils andere gerichtet. Diese Forderung ist eine Überstrapazierung üblicherweise zu erwartenden Verhaltens. Der Soziologe Hartmut Esser stellt hierzu fest: Ohne irgendeine Fundierung in den Interessen der Menschen oder gar gegen sie kann sich auf die Dauer die Legitimität einer institutionellen Ordnung nicht halten. Gerade auch aus diesen Gründen müssen sinnvolle Lösungen hinsichtlich angemessener Honorierung der Ärzte gefunden werden.

Wenn ich persönlich hinzufügen darf, am besten wäre: sinnvoll und einfach; denn einfach ist immer vertrauensbildend, komplex in den meisten Fällen nicht.

So paradox es klingen mag, meine Damen und Herren: Auch durch Qualitätsmanagement oder das, was man dafür hält, kann die Autonomie der Ärzte eingeschränkt werden.

(Beifall)

Vor allem Qualitätssicherungssysteme, die zu extensiven bürokratischen Dokumentationspflichten führen, verbrauchen Kapazitäten, die den Ärzten an anderer Stelle fehlen. Dies ist nicht nur ein Ärzteproblem. Ganze Hochschulen drehen sich in der Zwischenzeit im permanenten Evaluationskarussell, ohne dass verbürgte Qualitätssteigerungen sichtbar geworden wären.

(Beifall)

Große Betrugsfälle in der Wirtschaft, etwa der Enron-Skandal, haben zum Beispiel bei Wirtschaftsprüfern zu ausgeklügelten Systemen der Qualitätskontrolle geführt. Sie merken es vielleicht an Ihrer eigenen Steuererklärung: Früher war die Steuererklärung zehn Seiten lang, sie ist heute, wenn Ihnen der Steuerberater sämtliche Unterlagen schickt, eher 30, 50 oder 70 Seiten lang, weil noch alle Absicherungspflichten des Steuerberaters abgearbeitet werden müssen.

Das Ergebnis ist ein erheblicher Flächenverbrauch auf Datenfriedhöfen, ohne dass abschließend ein Qualitätszuwachs nachgewiesen wäre. Ich persönlich frage mich immer: Wer nimmt eigentlich diese Daten, die wir produzieren, überhaupt noch zur Kenntnis? Wir haben den Eindruck: Die Ministerialbürokratie ist nur froh, wenn viele Daten vorliegen, welcher Art auch immer.

(Beifall)

Ich habe es schon angedeutet: Auch die großen Korruptionsfälle führen zu solchen bürokratisierten Systemen, deren sich vor allem Misstrauensorganisationen sehr gerne bedienen. Das ist eindeutig ein Reflex jeder Krise, auch der Krise des sogenannten Finanzdienstleistungssystems: Ist das Kind erst einmal in den Brunnen gefallen, kommt Sankt Bürokratius und sagt, jetzt wird alles dokumentiert, verschriftlicht, kontrolliert, rückgemeldet, Feedback wird organisiert, es wird noch einmal durch den Wolf gedreht, es werden formelle Regeln aufgestellt.

So wird kein System effizient, aber es wird mit hundertprozentiger Sicherheit ein Misstrauenssystem und kein Vertrauenssystem.

(Beifall)

Ich möchte fragen: Warum wird nicht derselbe Aufwand in die Bildung von Vertrauen zu Organisationen gesteckt, in die Vermittlung und die Internalisierung innerer Haltungen, die zu gelebter Qualität und nicht nur zu formal dokumentierter Qualität führen?

(Beifall)

Neudeutsch könnte die Kompromissformel lauten: Compliance und Integritätsmanagement ergänzen sich, weil Qualität verbindlich durchgesetzt, aber auch aus Überzeugung und nicht nur unter Druck gelebt werden muss.

Die Autonomie der Ärzte, meine Damen und Herren, kann auch eingeschränkt werden durch beschränkte Zugänge zu notwendigem Wissen etwa in Form der Privatisierung solchen Wissens und auch durch seine selektive oder gar vorgefilterte Weitergabe. Auch hier stellt sich eine Zukunftsaufgabe in Form der verbürgten Offenhaltung von Wissenskanälen und unabhängiger Wissensvermittlung. Ich persönlich sehe hierin vor allem auch eine Aufgabe der Kammern, die dafür sorgen müssen, dass ungefiltertes Wissen auch an die Ärzte gelangt. Dies ist eine Aufgabe der Gesamtprofession, will sie nicht gänzlich in Abhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen der Industrie geraten.

Ich will das gar nicht weiter erläutern, aber doch darauf hinweisen, dass sozusagen die Privatisierung von Wissen, etwa durch große Agrarerfindungskonzer-

ne, ein echtes Risiko für uns alle darstellt. Wir sollten das ernst nehmen und uns Lösungen anderer Art ausdenken.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, eine große Zahl von Ärzten ist in der Zwischenzeit abhängig in Organisationen der verschiedensten Art und Größe beschäftigt. Für sie stellt sich das klassische Problem einer Kollision von wirtschaftlichen Organisationszielen mit ärztlichen Entscheidungen. Das ist eigentlich nichts Neues. Ich erinnere mich, dass mein Schwiegervater, Chef einer Inneren Abteilung, schon vor 40 Jahren den Dauerkonflikt mit seinem Verwaltungschef über die Anschaffung von Gerät und Material sowie die Ausstattung mit Personal geführt hat. Es gab schon immer Kollisionen zwischen der Wirtschaftlichkeit einer Organisation, auch einer Klinik, und den jeweiligen ärztlichen Entscheidungen, also ärztlicher Autonomie.

Dies ist weniger eine rechtliche Frage, da sich die Weisungsgebundenheit des Dienstherrn nicht auf die ärztlichen Belange richtet. In tatsächlicher Hinsicht muss allerdings damit umgegangen werden, dass informelle Erwartungen an Mitarbeiter sozusagen subkutan auch faktische Wirkungen entfalten können. Ich halte das für eine ganz große Gefahr, die sich mit zunehmender Ökonomisierung des sogenannten Gesundheitssystems immer weiter verschärfen wird. Hierin kann eine echte Bedrohung von ärztlicher Autonomie liegen.

Ich denke etwa an die insbesondere in den USA breit geführte Debatte über sogenanntes „whistle blowing“, also das „Verpfeifen“ der eigenen Organisation bei unethischem Verhalten. Diese Debatte wird ja in der Zwischenzeit wieder geführt, weil wir die Doppelmoral eines Systems erlebt haben. Auf den Internetseiten der großen Konzerne, um die es hier geht, fanden wir solche Ethikcodes, wie man sich denn ethisch zu verhalten habe. Subkutan, also im Flurfunk, im informellen Programm dieser Organisationen wurde mitgeteilt – oder besser: geflüstert –: Verhalte dich nur nicht so, es entspricht nicht unseren Erwartungen an Gewinnmaximierung.

Es ist eine große Bedrohung auch für die Ärzteschaft, insbesondere für diejenigen Ärzte, die in großen Organisationen beschäftigt sind.

(Beifall)

Es ist eine zentrale Zukunftsaufgabe, dieses Problem der Autonomiesicherung in medizinischen Einrichtungen anzugehen und nicht nur für rechtliche Garantien, sondern auch für faktische Absicherung der ärztlichen Autonomie zu sorgen. Letztlich ist dies immer eine Frage der Organisationskultur, also, wie ich gesagt habe, gelebter Autonomie und damit notfalls auch eine Frage des Widerstands der Ärzte gegen die Ökonomisierung.

(Beifall)

Das Autonomieproblem kehrt sich gleichsam um, wenn man es im Gesamtzusammenhang der zentralen Tendenz in der Medizin zu immer weiter fortschreitender Spezialisierung betrachtet. Zweifellos ist diese Tendenz angesichts der Komplexität von Wissen und der Dynamik seiner Entwicklung stabil. Die Frage

lautet: Wie kann unter der Bedingung fortschreitender Spezialisierung einerseits die Autonomie der Ärzte gesichert, andererseits aber dafür gesorgt werden, dass die autonomen Einzelentscheidungen der Spezialisten zusammengeführt und verantwortet werden können? Wer trägt diese Verantwortung? Ist es überhaupt möglich, Spezialisten so zu vernetzen, dass sie zu gemeinsam verantworteten Urteilen kommen? Wie sehen Organisationsformen aus, die vernetzte Entscheidungen dieser Art ermöglichen?

Franz-Xaver Kaufmann gelangt in seinem Buch „Der Ruf nach Verantwortung" zu der Einschätzung, dass in solchen komplexen Entscheidungssituationen die Einbettung der Professionals in Organisationen, also etwa in Kliniken, klare Vorteile hat. Seiner Meinung nach haben Organisationen die Möglichkeit, ihre Mitglieder, also auch die in ihnen beschäftigten Ärzte, auf gemeinsame Ziele zu verpflichten, Entscheidungen in Teams zu treffen und damit die Risiken zu verteilen, die Entscheidungen gut zu dokumentieren, komplexe Entscheidungen zu treffen, weil sie die Möglichkeit haben, Spezialisten – sozusagen unter einem Dach – zu vernetzen, weil sie rechtlich auf der Höhe der Zeit seien und damit ihre Haftungsverpflichtungen gut einschätzen könnten und schließlich gut kontrollierbar seien. Ist dies – so müssen wir natürlich fragen – das Ende der Arztpraxis?

Sosehr diese Sichtweise auf den ersten Blick nachvollziehbar sein mag, sosehr stellen sich aus meiner Sicht neue Fragen: Wird nicht grundsätzlich Verantwortung durch immer kleinteiligere Spezialisierung so stark in einzelne Teile zerlegt, dass sie im Ergebnis auch und gerade in größeren Organisationen nicht mehr zugerechnet werden kann? Gehen in großen Kliniken die verantwortlichen Akteure für die integrierte Gesamtverantwortung verloren? Besteht nicht gerade in solchen Organisationen die Tendenz, Verantwortlichkeit an Dritte abzuschieben oder auch zurückzudelegieren, sodass im Ergebnis wiederum einzelne Personen Verantwortung übernehmen müssen? Verfügen Organisationen über ein „Gewissen" und damit über eine frühzeitig kontrollierende Instanz?

Kaufmann selbst sagt: Nein! Organisationen verstehen, wie er sagt, nur die Sprache des Rechts. Dann aber ist zu fragen, ob die Grenzen ärztlicher Tätigkeit nur mehr durch das Recht gezogen werden sollten, ob also rechtliche Haftungsrisiken ausreichen, um im Sinne der Patienten zu garantieren, dass Spezialisten ihre autonomen Einzelentscheidungen abstimmen und zu integrierten Entscheidungen für den Patienten gelangen.

Dieses Problem reicht angesichts der großen Zahl niedergelassener Ärzte selbstverständlich weit über die Vernetzungsproblematik in Kliniken hinaus. Wie gelangt man zu Organisationsformen ärztlichen Handelns, die autonome spezialisierte Einzelentscheidungen über Wohl und Wehe von Patienten sozusagen in gesamtärztlicher Verantwortung zu abgestimmten Konzepten zusammenfügen? Das ist ein Problem jedes spezialisierten Arztes eigentlich täglich. Aber Sie wissen auch: Es ist sehr schwer, hierfür praktische Lösungen zu finden.

Gerade wenn es Zweifel gibt, dass diese Integrationsproblematik in großen Organisationen gelingt, ist zu fragen, ob eine Zukunftsform der ärztlichen Praxis die Partnerschaft in Form einer Sozietät – analog zu bewährten Anwaltssozietäten – sein könnte. Meine Damen und Herren, Sie alle wissen, wovon ich rede, jeden Tag. Patienten, die drei bis vier Spezialisten gleichzeitig benötigen, haben

möglicherweise überhaupt keinen verantwortlichen Ansprechpartner mehr. Sie sind zwar umzingelt von Experten, haben aber keinen Einzelexperten mehr, dem sie ihr ganzes Vertrauen schenken.

Es stellt sich also das Problem der Vernetzung der Spezialisten und es hat sich gezeigt, dass dies keineswegs ein triviales Problem ist, gerade weil es im praktischen Berufsalltag zu ganz erheblichen Organisationsproblemen führt.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich habe einige Fragen angerissen, deren sich die Ärzteschaft mit großer Dringlichkeit annehmen muss, Fragen Ihrer Autonomie, eines neuen Verständnisses von Freiberuflichkeit. Ich befürchte, wenn diese Fragen nicht gelöst werden, dass die Professionsgemeinschaft der Ärzte, die das Gesundheitswesen täglich verantwortet, im politischen Spiel der Kräfte immer mehr ins Hintertreffen gerät. Dies hielte ich für fatal. Allerdings hilft hier kein Lamento, sondern nur eine aktive Überzeugungsleistung der Ärzteschaft gegenüber allen gesellschaftlichen Kräften. Die Ärzteschaft muss wieder die Themenführerschaft gewinnen. Dies kann sie nur mit überzeugenden Konzepten für die Zukunftsorganisation eines Gesundheitswesens, das vor allem die wohlverstandenen Interessen der Patienten im Auge haben sollte.

Meine Damen und Herren, auch dies sei gesagt: Ich glaube nicht, dass Sie das hinbekommen durch besondere Lautstärke in Ihrer Medienarbeit, sondern nur durch überzeugende Konzepte. Wenn Sie Dieter Bohlen als Pressesprecher der Bundesärztekammer beschäftigen würden, wären Sie zwar auf einen Schlag lauter, aber in der Sache nicht unbedingt wirksamer.

(Beifall)

Die fachliche Unabhängigkeit der Ärzte, ihre konsequente Bindung an eine differenziert begründete Berufsmoral ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass wir dem Gesundheitssystem vertrauen. Es gilt der Satz der Philosophin Sisela Bok:

> *Was immer den Menschen wichtig ist, es gedeiht in einer Atmosphäre des Vertrauens.*

Ich möchte hinzufügen: *nur* in einer Atmosphäre des Vertrauens.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Hommerich, für diesen Vortrag, der uns noch einmal ganz klar gemacht hat, auf welche Weise wir in der Gesellschaft hantieren müssen, wie wir weiter vorgehen müssen. Ich glaube, dass wir gestern und heute ein Stück des Zipfels, den Sie uns als ganzes Tuch vorgestellt haben, angepackt haben, um in die Offensive zu kommen, allerdings mit einem Thema, das unglaublich schwer zu vermitteln ist, aber auf Dauer hohes Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit erzeugen wird oder, soweit es noch vorhanden ist, auch verteidigen wird. Noch einmal vielen herzlichen Dank für Ihren Vortrag.

Jetzt kommt Professor Fuchs, der uns das Thema aus der Sicht des Arztes nahebringen wird. Er vertritt die Bundesärztekammer im Berufsverband der Freien Berufe. Deswegen ist er prädestiniert, uns dieses Thema aus ärztlicher Sicht vorzustellen. Bitte schön, Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Vielen Dank, Herr Präsident. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, Professor Hommerich gilt unser aller Dank dafür, dass er den Wert der Freiberuflichkeit für unsere Gesellschaft aufgezeigt hat. Ich fand es eindrucksvoll. Als langjähriger Experte auf diesem Gebiet hat er uns seine Zielvorstellungen, aber auch seine Zukunftsfragen aus soziologischer Perspektive fokussiert auf den Arztberuf dargestellt. Dafür unseren herzlichen Dank.

Meine Aufgabe ist es nun, aus spezifisch ärztlicher Sicht unseren Beruf als freien Beruf darzustellen. Was bedeutet denn diese Freiheit für unsere Patienten, für uns als Ärztinnen und Ärzte und nicht zuletzt für unsere Gesellschaft?

Die Bundesgesundheitsministerin jedenfalls hat dazu schon eine dezidierte Meinung. Frau Ministerin Schmidt führte am 21. Juli 2003 im Rahmen einer Pressekonferenz der SPD im Willy-Brandt-Haus in Berlin wörtlich aus, man müsse „endlich Schluss machen mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“. Bei dem Versuch, diese in meinen Augen verbale Entgleisung zu deuten, komme ich zu dem Ergebnis, dass die Ministerin in puncto Freiberuflichkeit entweder nicht weiß, wovon sie redet, oder sie weiß es eben sehr genau. Ich denke, Letzteres ist richtig. Sie wird um die gesellschaftliche Bedeutung und um die Kraft, die in der Freiberuflichkeit begründet ist, sehr wohl wissen – und sie will sie abschaffen. Sie will sie abschaffen, weil die Freiberuflichkeit auf dem Weg der Ministerin zu einer Medizin unter staatlicher Einflussnahme stört.

(Beifall)

Sie will Staatsmedizin. Staatsmedizin aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist mit Freiberuflichkeit nicht vereinbar.

(Beifall)

So will ich mit meinen Ausführungen darlegen, weshalb es sich lohnt, für den Beruf des Arztes als freier Beruf zu kämpfen.

Ich beginne mit den Merkmalen des Arztberufs als freier Beruf. Der Arztberuf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Dies ist nachzulesen in § 1 der Bundesärzteordnung. Darüber kann sich auch eine Bundesgesundheitsministerin nicht einfach hinwegsetzen.

(Beifall)

Die Begrifflichkeit „Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf“ ist eine deklaratorische Feststellung und damit mehr als der soziologische Begriff „Freiberuflichkeit“. Bei der Beratung der Bundesärzteordnung im Jahre 1959 heißt es dazu im schriftlichen Bericht des Ausschusses für Gesundheitswesen zu § 1,

dass grundsätzlich die Freiheit ärztlichen Tuns gewährleistet sein muss, unabhängig davon, in welcher Form der Beruf ausgeübt wird.

Offensichtlich sollte kein Bezug genommen werden auf die soziologische Einordnung von Ärztinnen und Ärzten, sei es als Angestellte im Krankenhaus, sei es als Beamte oder sei es als freiberuflich Tätige. Auch die Ärztinnen und Ärzte als Sanitätsoffizier sind in einem freien Beruf tätig, ebenso wie die angestellten Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Versorgungszentren, selbst wenn diese von Kapitalgesellschaften betrieben werden.

Es ist also ein großer Irrtum, zu glauben, nur der niedergelassene Arzt in eigener Praxis übt den freien Beruf des Arztes aus. So ist es eben nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Das Spezifische des Arztberufs als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nicht ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Diese professionelle Autonomie dient einzig und allein dem Interesse der Patienten. Ich glaube, Herr Professor Katzenmeier hat das vorhin sehr gut herausgearbeitet.

Der Beruf des Arztes als freier Beruf ist daher kein Selbstzweck. In seiner Orientierung am Patienten ist der Arzt Dienstleister. Er geht eine Garantenpflicht ein inklusive einer haftungsrechtlichen Verantwortung. Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung.

Das Bundesverfassungsgericht hat am 15. Januar 2008 bestätigt, dass sich der freie Beruf zu Recht vom Gewerbe unterscheidet. Auch für den Europäischen Gerichtshof haben freiberufliche Tätigkeiten ausgesprochen intellektuellen Charakter, verlangen eine hohe Qualifikation und unterliegen oft einer genauen und strengen berufsständischen Regelung.

Bei der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit hat das persönliche Element eine besondere Bedeutung. Selbst das Europäische Parlament und die Kommission in Brüssel erkennen die gesellschaftliche Bedeutung der Freiberuflichkeit an. Nur die Ministerin muss vielleicht noch das eine oder andere dazulernen.

Anstelle definitorischer Überlegungen geht es mir nun mehr um die Frage, welches die spezifischen Merkmale des Arztberufs als freier Beruf sind, das heißt, was seine Alleinstellungsmerkmale sind. Genannt habe ich die Orientierung am Patientenwohl als das Primat ärztlichen Handelns und genannt habe ich die professionelle Autonomie. Dabei geht es nicht um Beliebigkeit oder Pfründesicherung. Es geht um den Auftrag, der Gesundheit des Einzelnen wie der gesamten Bevölkerung zu dienen.

Diese Professionalität geht uns alle an, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte an dieser Stelle aus einer Rede der Landesbischöfin Dr. Margot Käßmann anlässlich der 60-Jahr-Feier des Bundesverbands der Freien Berufe in Berlin im März dieses Jahres zitieren. Frau Käßmann führte zur Professionalität des Pfarrberufs aus:

Ein wesentliches Kennzeichen von Professionen ist es, dass sie allesamt keine strikte Trennung von Personen und Beruf vorsehen und Bindungen für die gesamte Lebensführung erzeugen. Der Grund für

diese ungewöhnliche Koppelung von Personen und Beruf ist darin zu sehen, dass die Professionen zentral von ihrer Glaubwürdigkeit leben.

Dies gilt auch für uns Ärztinnen und Ärzte!

Der Beruf des Arztes als freier Beruf findet seine Selbstbeschränkung in der Verantwortung, die der Arzt für seine Patienten übernimmt. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt und damit auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft.

Neben diesen Kernmerkmalen des Arztberufs als freier Beruf gehören zum ärztlichen Wertekanon

- das ärztliche Berufsethos: Damit sind vor allem ethische Grundsätze gemeint, die sich im Studium und im weiteren Verlauf der beruflichen Sozialisation entwickeln. Sie werden als Verhaltensregeln verinnerlicht und – so ist zu hoffen – vorgelebt und weitergegeben.

- Die auf hochwertiger Aus- und Weiterbildung sowie auf ständiger Fortbildung begründete fachliche Kompetenz: Ärztliches Wissen, Kompetenz, Erfahrung und Kreativität sind idealtypisch in der Person des Arztes in freier Berufsausübung vereint.

- Diese Bündelung findet ihre Anwendung beim Patienten, der in seiner Individualität zu berücksichtigen ist. Dies ist eine der Kernbotschaften aus dem „Ulmer Papier“, das Sie vor einem Jahr beschlossen haben. Gerade an dieser Stelle, in der Berücksichtigung der Einzigartigkeit einer jeden Patient-Arzt-Beziehung, findet die ärztliche Kunst des Heilens ihre Ausprägung. Diese Kunst aber kann nicht gelingen ohne die Freiheit der Behandlungsmethode und ohne der Individualität des Patienten, seiner Krankheit und auch der Individualität des Arztes Rechnung zu tragen.

- Der Umgang mit der Wissensasymmetrie zwischen Patient und Arzt erfordert ebenfalls ein hohes Maß an Verantwortung. Nur selten kann der Patient die Erfahrung des Arztes erreichen. Auch der mit Internetinformationen vollgestopfte Patient sucht das Wissen und die Erfahrung des Arztes. Der Patient geht in Vorleistung. Er schenkt Vertrauen. Es gilt, diesem Vertrauensvorschuss als Arzt gerecht zu werden.

- Vertrauen bedeutet aber auch Vertraulichkeit. Der Patient hat einen unabdingbaren Anspruch darauf, dass seine dem Arzt anvertrauten Daten nicht preisgegeben werden. Nur dann bleibt das Fundament einer intakten Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt erhalten.

- Bewusst wiederhole ich: Eigenverantwortung und Unabhängigkeit sind konstitutive Elemente des Arztberufs als freier Beruf. Ärztinnen und Ärzte sind frei in der Bildung ihres Urteils, sie tragen aber auch die volle Verantwortung für ihr Handeln. Dabei ist die Rechtsform des Arbeitsverhältnisses für die Einordnung der Ausübung des Arztberufs als freier Beruf irrelevant. Auch ein Arzt ohne eigene Praxis ist in einem freien Beruf tätig. Dies gilt auch für Krankenhausärzte.

(Beifall)

- Ärzte in einem freien Beruf erbringen ihre Leistungen in persönlicher Verantwortung.

- Die Ausübung eines freien Berufs gewährt Freiheit. Aber diese Freiheit ist keine absolute. Sie hängt ab vom Maß der erworbenen fachlichen Kompetenz, die naturgemäß zu Beginn einer Weiterbildung nicht so ausgeprägt sein kann wie bei einem Facharzt.

- Die Freiheit ist aber auch deshalb keine absolute, weil sie an öffentlich-rechtliche Pflichten – wie z. B. Pflichtmitgliedschaft in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts – gebunden ist. Denn mit dem Gedanken des Arztes in freier Berufsausübung ist die ärztliche Selbstverwaltung als Organisationsprinzip untrennbar verbunden. Ärztekammern regeln die Berufsausübung in Eigenverantwortung. Sie werden verstanden als mittelbare Staatsverwaltung, betreiben Berufsaufsicht, stellen die hohe Qualität ärztlichen Handelns sicher, vermitteln, schlichten und ahnden bei Verstößen gegen die beruflichen und ethischen Standards und Normen. Die Übertragung dieser Verantwortung auf die Ärzteschaft bedeutet Vertrauen seitens des Gesetzgebers und der Gesellschaft. Sie bedeutet aber auch aufgrund sachlicher Nähe und hoher Kompetenz der ärztlichen Selbstverwaltung mehr Effizienz bei der Lösung von Problemen und Aufgaben. Der Gesetzgeber hat sich tunlichst auf die Ausübung von Rechtsaufsicht zu beschränken. Er sollte keine Fachaufsicht ausüben, auch wenn die staatsmedizinischen Ansätze immer wieder dorthin weisen.

(Vereinzelt Beifall)

- Wir befinden uns in einem Spannungsfeld zwischen Freiheit und Gemeinwohlinteressen. Der Umgang mit diesem Spannungsfeld gelingt umso mehr, wenn die Entscheidungsprozesse in den Ärztekammern transparent und demokratisch legitimiert sind. Dann wird auch Pflichtmitgliedschaft verstanden als eine Chance, um die Anliegen der Ärzteschaft fachlich kompetent und rechtsstaatlich in freier Verantwortung zu regeln. Es geht dabei nicht allein um Interessen der ärztlichen Profession, sondern ebenso um das Interesse der Allgemeinheit, das heißt letztlich um die Gesundheitsversorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung.

Dies leitet über zum Gemeinwohlbezug von Ärztinnen und Ärzten in einem freien Beruf. Satz 1 in § 1 der Bundesärzteordnung lautet bekanntlich:

> *Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.*

Damit kommt zum Ausdruck, dass die Ärzteschaft als Angehörige der freien Berufe in ihrem Handeln auch auf die gesamte Gesellschaft ausgerichtet ist. Ärztliche Berufsausübung dient zwar auch, aber nicht nur der Einkommenserzielung. Wenn die Ärzteschaft durch ihre Berufsethik das Wohl des Patienten ebenso wie das der Allgemeinheit im Auge behält, geschieht dies auf der Basis

eines professionellen Selbstverständnisses, das an Werten orientiert ist. Die aufgezeigten Merkmale des Arztberufs als freier Beruf sind Ausdruck dieser gemeinsamen Werte. Sie sind das Fundament, auf das die Gesellschaft ihr Vertrauen in die Ärzteschaft stützen kann.

So halte ich als Zwischenergebnis fest: Ärztliche Tätigkeit in einem freien Beruf beruht auf professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten, auf der Basis hoher fachlicher Kompetenz unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten, verbunden mit Leistungsbereitschaft, Integrität und Verschwiegenheit. Dies gilt vor dem Hintergrund freiwilliger Selbstbeschränkung zur Verwirklichung übergeordneter gesellschaftlicher Ziele.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, an dieser Stelle müssen und dürfen wir uns fragen: Stimmen die Rahmenbedingungen denn noch, um einem solchen Wertekanon gerecht zu werden? Meine Ausführungen mögen Ihnen teils als idealistisch erschienen sein. Nur bedenken Sie bitte: Ohne Ideale und ohne Visionen gibt es keine Ziele und eine Ärzteschaft ohne Ziele verliert ihre Orientierung.

Ich denke, wir müssen schonungslos entlarven, was eigentlich politisch gespielt wird. Wir müssen gerade im Wahljahr der Öffentlichkeit deutlich machen, weshalb die Ministerin die Ausübung des freien Arztberufs offensichtlich nicht will und wie sie dabei vorgeht.

Was uns sicherlich eint, ist die Gefahr von außen. Es ist die Gefahr, dass wir uns das Gut der Freiberuflichkeit aus der Hand schlagen lassen. Die Ministerin hat erkannt, welch hohen gesellschaftlichen Stellenwert die Ärzteschaft hat und wie viel Anerkennung uns aus der Bevölkerung und von den Patienten entgegengebracht wird. Wir sind eine gesellschaftlich relevante Berufsgruppe. Wir haben uns zur guten Patientenversorgung verpflichtet. Wir setzen uns ein für Patientenrechte und kämpfen gegen heimliche Rationierung. Aber damit, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind wir politisch unbequem. Wir sind im Weg. Die Rückbesinnung auf den Arztberuf als freier Beruf kann von der Ministerin nicht gewollt sein. Es ist ein Modell, das ihrem politischen Ziel der Staatsmedizin widerspricht. Müsste sie sich zur freien Berufsausübung bekennen, wäre eine Dramaturgie des Scheiterns ihrer Politik eingeleitet.

Die Politik der Ministerin ist eine völlig andere. In ihrer Ratlosigkeit beim Umgang mit der Mittelknappheit im Gesundheitswesen bekennt sie sich nach außen zum Wettbewerb. Aber dies ist nur ein Lippenbekenntnis. Denn sie weiß nur zu genau, dass unter Wettbewerbsbedingungen der Schwächere unterliegt. So will sie den Wettbewerb auch nur zum Schein. Ihre Ideologie ist geprägt von der Vorstellung, nur der angestellte und für sie weisungsabhängige Arzt ist ein guter Arzt.

Dabei geht sie aus von einem Arzt, der als Erfüllungsgehilfe Listenmedizin betreibt – und dies allein unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit.

Sie ist zutiefst überzeugt, dass nur der Staat in der Lage ist, zu entscheiden, welche medizinische Versorgung der Einzelne braucht. Sie will Staatsmedizin. Und damit verzettelt sie sich in einer hochkomplexen gesetzlichen Regelungsdichte. Sie glaubt, dass sie Einzelfallgerechtigkeit gesetzlich erzwingen kann. Ihr Scheinwettbewerb ist vom staatlichen Misstrauen geprägt. Die Ärzteschaft

wird überzogen mit unsäglichen Forderungen nach Kosten- und Qualitätskontrolle, mit Dokumentationszwängen und überbordender Bürokratie.

(Beifall)

Die Ministerin glaubt, den Schutz des Schwächeren nur durch staatliche Kontrolle erzielen zu können. Sie greift dabei zu allen Mitteln und landet dabei in zentralistischen und höchst widersprüchlichen Lösungsansätzen:

- Der Wettbewerb der Krankenkassen mündet auf Dauer in Einheitsversicherungen.
- Der Einheitsbeitragssatz der GKV wird staatlich festgelegt.
- Der GKV-Spitzenverband mutiert zu einer nachgeordneten Behörde des BMG, wobei die Trennung zwischen Rechts- und Fachaufsicht verwischt wird.
- Ähnlich geht es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem die fachlichen Einflussnahmen des BMG immer deutlicher spürbar werden. Wir können froh und dankbar sein, dass das Bundessozialgericht heute vor zwei Wochen das BMG in die Schranken verwiesen hat.

(Beifall)

Wir Ärztinnen und Ärzte als Angehörige der freien Berufe geraten dabei in zweifacher Hinsicht unter Druck:

- Einerseits ist von Gesundheitswirtschaft, Wettbewerb, Deregulierung und Vergewerblichung die Rede;
- andererseits werden die Handlungskorridore durch staatliche Lenkung und sozialrechtliche Einbindung immer enger; Handlungsspielraum gibt es kaum noch.

Thiemann weist zu Recht darauf hin, dass sowohl Versozialrechtlichung als auch Kommerzialisierungstendenzen mit zum Teil völlig konträren, höchst widersprüchlichen und inkonsistenten Reformansätzen das Leitbild des freien Berufs vor existenzielle Herausforderungen stellen.

Für einen freien Beruf sind solche Rahmenbedingungen nicht nur widersprüchlich, sie sind völlig kontraproduktiv. Die Rahmenbedingungen stimmen einfach nicht mehr.

Im Übrigen: Es müsste sich von selber verstehen, dass die hohen Erwartungen an die ärztliche Berufsausübung, die die Gesellschaft zu Recht hat, eine angemessene und faire Honorierung verdienen.

(Beifall)

Die Zielkonflikte zwischen der ethischen Pflicht mit dem ärztlichen Behandlungsauftrag einerseits und den wirtschaftlichen Rentabilitätsentwicklungen andererseits sind unerträglich geworden und nicht lösbar. Das ist kein Zufall, das

ist gewollt. Das Gesundheitssystem soll destabilisiert, der Selbstverwaltung Versagen vorgeworfen und die angeblich rettende Staatsmedizin eingeführt werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, deshalb sage ich: Die Zeit ist reif für einen Politikwechsel.

(Beifall)

Wollen wir in dieser Konfliktlage weiter die Getriebenen sein, wollen wir resignieren oder wollen wir für die Merkmale und Werte kämpfen, die die Attraktivität des Arztberufs ausmachen?

Ich meine, wir können und dürfen den inkohärenten Systemmix aus liberalen und staatsdirigistischen Versatzstücken nicht länger hinnehmen.

(Beifall)

Wir müssen uns wehren, wenn Klinikträger oder Krankenkassen versuchen, die Therapiefreiheit und die Verantwortung der Ärzte zu beschneiden, wenn das Patient-Arzt-Verhältnis durch Misstrauenskultur unterminiert wird, wenn bürokratiebedingte ärztliche Arbeitsanteile zunehmen und wenn Ärzte zu Diagnosen bewegt werden sollen, die der Wahrheit nicht entsprechen.

(Beifall)

Das Bedrohungspotenzial für Ärzte in einem freien Beruf wächst von Tag zu Tag. Wenn wir das nicht ändern, geraten wir in die Mühlsteine zwischen Staatsmedizin mit Sozialrecht auf der einen Seite und Verdrängungswettbewerb mit kapitalgesteuerten Großunternehmen auf der anderen Seite. Aus dieser Falle müssen wir heraus.

Wir brauchen ein klares Bekenntnis zum Arztberuf als freier Beruf – nach innen wie nach außen. In dieser Zielsetzung müssen wir uns einig sein.

Wir müssen uns darüber hinaus mit den von uns selbst gesetzten Zielen, Normen und Werten als glaubwürdig erweisen. Ich sage in aller Deutlichkeit: Die Forderung nach Vorkasse ist mit ärztlichem Verständnis für freiberufliche Berufsausübung nicht vereinbar.

(Vereinzelt Beifall)

Dieses Verhalten hat der Gesamtärzteschaft enorm geschadet und zu einem großen Vertrauensverlust in unserer Gesellschaft geführt. Das müssen wir ändern.

Es gilt, die heranwachsende Ärztegeneration von den Werten des Arztberufs als freier Beruf zu überzeugen und zu begeistern. Hierzu haben wir Vorbilder und Führungspersönlichkeiten, die den Arztberuf als freien Beruf auch vorleben.

Die staatsmedizinische Ausrichtung der jetzigen Bundesministerin müssen wir entlarven und deren Folgen unserer Gesellschaft verdeutlichen. Dies bedeutet

ein klares Bekenntnis zur Individualität der Patientenversorgung und ein klares Votum gegen Einheitsversorgung, Einheitskassen und Einheitsvergütung.

Wir brauchen eine radikale Abkehr von überbordender Regelungsdichte und Bürokratie. Beides stranguliert. Es nimmt uns den Freiraum und die Zeit für die bitter notwendige Patientenversorgung. Im Übrigen ist sie Ausdruck einer unerträglichen Misstrauenskultur, die für Freiberufler einfach unwürdig ist.

(Beifall)

Der Arztberuf als freier Beruf ist gegenüber gewinnorientierten Kapitalgesellschaften zu schützen. Ärzte, auch ohne eigene Praxis, sind als Ausübende eines freien Berufs berufsrechtlich abzusichern, zum Beispiel als Angestellte in einem ärztlichen Versorgungszentrum oder im Krankenhaus.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir brauchen ein klares Bekenntnis zur ärztlichen Selbstverwaltung. Die ärztliche Selbstverwaltung ist die einerseits freiheitssichernde und die andererseits qualitätssichernde kollektive Handlungsautonomie der Ärzteschaft im Interesse der Gesellschaft und des Staats. Dabei denke ich an die vielfältigen Aufgaben wie Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung bis hin zur Überwachung unserer Berufspflichten. Dies dürfen wir uns nicht nehmen lassen. Die Verleihung dieser Autonomie normativer Berufsbildprägung sichert unsere Identität als Angehörige eines freien Berufs. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern verstehen sich als funktionale Selbstverwaltung, die Ausdruck des freien Arztberufs und zugleich das Instrument zu dessen Sicherung sind. Die sich schnell ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen verpflichten, sich mit besonderer Kompetenz auf die neuen Herausforderungen aktiv einzustellen. Professor Hommerich hat uns deutlich gemacht, welche Arbeitsfelder vor uns liegen.

Der Erhalt und die weitere Ausgestaltung des Arztberufs als freier Beruf wird daher nicht nur von dem Bewusstsein der einzelnen Ärztinnen und Ärzte, sondern auch von der Modernisierungskraft der ärztlichen Institutionen abhängen.

Lassen Sie mich schließen mit einem deutlichen Plädoyer für den Beruf des Arztes als freier Beruf. Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie sieht derzeit die Realität aus? Die Diskreditierungen und Trivialisierungen ärztlicher Tätigkeit sind unerträglich geworden. Ich nenne auch das Stichwort Deprofessionalisierung. Die zunehmende Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens wie auch die rückhaltlose Einführung marktwirtschaftlicher Elemente in das Gesundheitssystem tun ihr Übriges.

Dass angesichts dieser Bedingungen junge Kolleginnen und Kollegen nach Abschluss ihres Studiums ihr Glück im Ausland oder in anderen Berufszweigen suchen, ist durchaus nachvollziehbar, aber weder aus der Sicht der Ärzteschaft noch aus der Sicht der Gesellschaft eine akzeptable Lösung. Die vielfältige Flucht aus dem Arztberuf muss uns mahnen und motivieren, dass wir uns verstärkt mit der Vermittlung der Wertigkeit des Arztberufs als freier Beruf befassen. Dies müssen wir verstärkt der Gesellschaft und der Politik klarmachen.

Allein der Arztberuf als freier Beruf, sei es als Angestellter oder in freiberuflicher Berufsausübung, kann in einem System zunehmender Rationierung und Büro-

kratisierung die Therapiefreiheit im ärztlichen Alltag soweit wie möglich bewahren und die Patienten vor staatsmedizinischen Zwangsentscheidungen schützen.

In Zeiten, in denen in vielen anderen Gesellschaftsbereichen alles unternommen wird, um verspieltes Vertrauen wieder herzustellen, kann das Grundverständnis des Arztberufs als freier Beruf dem Gesundheitswesen wie der Politik insgesamt ein Modell bieten, ein Modell, das gesellschaftliche Fragen auf der Grundlage von Vertrauen und sozialer Verpflichtung löst.

Ärzte in einem freien Beruf stellen einen Mehrwert für die Vertrauensbeziehung von Patienten, Ärzteschaft und Gesellschaft dar. Sie sind eine Stütze der Gesellschaft und stehen für Innovation, Stabilität und Wettbewerb in sozialer Verantwortung. Sie werden auf Dauer aber nur dann eine gesellschaftlich relevante Gruppe bleiben, wenn sie sich weiter als Teil der Gesellschaft verstehen und von dieser getragen werden.

Dabei spielt die gemeinsame ethische Grundlage mehr denn je eine wichtige Rolle. Der „Code of ethics" und das Selbstverständnis des freien Berufs müssen dabei einer ständigen Überprüfung des ärztlichen Selbstbilds unterliegen. Nur nach dieser insbesondere innerärztlichen Diskussion kann der Mehrwert der freien Berufsausübung für die Gesellschaft glaubwürdig dargelegt und das unabdingbare Vertrauen auf Dauer belegt werden.

Berufsethos, persönliche Integrität, Eigenverantwortung, Unabhängigkeit und Expertise sind die entscheidenden Stützpfeiler unserer freien Berufsausübung.

Wenn im freien Beruf tätige Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen nicht nur unmittelbar für den Patienten erbringen, sondern auch mittelbar für die Allgemeinheit, dann sind sie eine Stütze der Gesellschaft.

Nur die freie ärztliche Berufsausübung kann das Gegenmodell zur Staatsmedizin sein. Dies ist meine Botschaft. Deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, brauchen wir diesen Politikwechsel, und zwar jetzt.

Es geht um nicht weniger als um die zukunftsfähige Perspektive von Ärztinnen und Ärzten. Es geht um die nachrückende Ärztegeneration.

(Beifall)

Denn der Arztberuf in Freiheit und Verantwortung ist ein einzigartiger und besonders erfüllender Beruf. Es lohnt sich, ihn zu beschützen, ihn zu bewahren und für ihn zu kämpfen.

Deshalb fordere ich die Politiker auf: Geben Sie uns diese Freiheit, damit wir unsere Verantwortung wahrnehmen können!

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Fuchs, für diesen Vortrag, der unsere Situation als Ärztinnen und Ärzte unter dem Dach der Freiberuflichkeit insgesamt und die aktuelle politische Situation so intensiv beleuchtet und auch dargestellt hat, in welcher Klemme wir uns befinden. Das passt gut in den Gesamtkontext, den wir bisher diskutiert haben. Ich glaube, wir sind sehr dankbar, dass das noch einmal so intensiviert worden ist. Wir werden in der Diskussion die entsprechenden Resonanzen erfahren.

Vielen Dank den beiden Referenten, die uns eingeführt haben, sodass wir jetzt eine ersprießliche Diskussion führen können. Wir haben einige Wortmeldungen. Wir haben, wenn ich richtig gezählt habe, bisher 12 Anträge. Das hört sich doch schon einmal gut an, denn das bedeutet, dass das Thema wichtig ist.

Als Erster zu Wort gemeldet hat sich Herr Kollege Lenhard aus Rheinland-Pfalz. Er hat jetzt das Wort.

Dr. Lenhard, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Damen und Herren des Präsidiums! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin überrascht, dass ich an erster Stelle sprechen darf. Aber es freut mich auch. Es ist mir ein Bedürfnis, Ihnen, Herr Professor Hommerich und auch Herr Professor Fuchs, zu sagen, dass Sie mir aus dem Herzen gesprochen haben. Vieles, was angesprochen wurde, ist genau das, was ich mit meiner Freiberuflichkeit als Arzt verbinde. Dafür danke ich Ihnen.

Herr Professor Hommerich, Sie sprachen eingangs davon, dass die Freiberuflichkeit eine innere Haltung ist. Ich möchte noch weitergehen und sage: Die Freiberuflichkeit des Arztes ist wie eine Primzahl, sie ist nur durch sich selber, durch nichts sonst teilbar, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Ich habe mir erlaubt, und zwar zusammen mit allen Vorstandskollegen und allen Kollegen, die von Rheinland-Pfalz delegiert sind, einen Antrag einzubringen, der leider noch nicht vorliegt, dem Sie bitte zustimmen wollen. Es geht um den Begriff der Leistungserbringer. Herr Professor Hommerich, Sie haben völlig zu Recht gesagt: In unserem Beruf wird viel trivialisiert, wir werden von anderen trivialisiert. Ein Begriff, der mich seit Jahren stört, ist in Gesetzestexten und anderen öffentlichen Texten der Begriff „Leistungserbringer“. Nein, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind Ärzte und möchten Ärzte bleiben.

(Beifall)

Deshalb geht mein Antrag dahin, dass der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert wird, darauf hinzuwirken, dass diese Texte geändert werden und in neuen Texten wieder das Berufsbild des Arztes und der Ärztin auftaucht, so wie es sich gehört. Dafür danke ich Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lenhard. Das ist der Antrag 10, der Ihnen noch vorgelegt wird. Er wird im Moment umgedruckt. – Als nächster Redner der Kollege Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Werte Kolleginnen und Kollegen! Wir haben eben in dem Referat von Herrn Professor Hommerich leider eine Polemisierung über den mündigen Patienten gehört. Ich bedauere, dass ihm das unterlaufen ist, indem er festgestellt hat, dass es Patienten gibt, die im Internet fehlgeleitet werden und fehlinformiert sind. Ich frage mich hier: Welche Alternative haben wir zum mündigen Patienten? Ich kenne keine. Der Patient, den ich mir wünsche, ist informiert. Er sitzt partnerschaftlich neben mir, auf Augenhöhe. Dieser Patient kann profitieren von meiner medizinischen Kompetenz, von meinem medizinischen Informationsvorsprung. Wir wollen den mündigen Patienten. Ich glaube, das kann ich für alle sagen.

(Vereinzelt Beifall)

Unser Thema lautet: In Freiheit und Verantwortung für eine gute ärztliche Versorgung. Ich bin überzeugt, dass diese gute ärztliche Versorgung nur mit diesem partnerschaftlichen mündigen Patienten möglich ist. Ich kann mir in meiner Praxis nicht vorstellen, wie ich einen langfristigen Diabetes-mellitus-Patienten behandeln sollte, der nicht informiert, der nicht mündig ist. Ich würde scheitern.

Auf der anderen Seite brauchen wir den mündigen Patienten letztlich auch als mündigen Bürger, der weiß, wenn wir hier die Probleme vortragen, welche politische Problematik dahintersteckt und wie er dann zu wählen hat. Wir wollen den mündigen Patienten, der auch mündiger Bürger ist. Dann werden wir Erfolge haben.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Joas. Trotzdem würde ich sagen: Herr Professor Hommerich hat zum großen Teil recht. Es gibt schon Patienten, die mit Internetwissen kommen, wobei es viel Zeit kostet, das auszureden. Das passiert selbst mir. Ich habe einmal überlegt, ob es nicht sinnvoll wäre, eine Gebührenordnungsziffer einzuführen „Ausreden von Internetunsinn“.

(Beifall)

Das Wort hat jetzt Frau Professor Braun aus Berlin.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Sehr verehrter Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte zu dem Vortrag von Herrn Professor Hommerich zur Freiberuflichkeit sprechen. Er hat bestimmt viele richtige Feststellungen getroffen. Aber zwei Dinge – da geht es mir genauso wie meinem Vorredner – möchte ich so nicht stehen lassen. Auch der Ärztetag sollte diese Botschaft nicht zulassen. Ich meine die Aussage, dass es keine wirklich mündigen Patien-

ten gibt. Mündigkeit bedeutet juristisch die Handlungs- und Geschäftsfähigkeit eines Menschen. Nach Adorno ist derjenige mündig, der für sich gedacht hat. Ich denke, dieses Recht haben unsere Patienten. Das sollten wir auch nicht infrage stellen, sondern vielmehr unterstützen. Anders ist ein partnerschaftliches, vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis weder aufzubauen noch zu erhalten. Da spreche ich, liebe Kolleginnen und Kollegen, aus der Erfahrung einer 30-jährigen Tätigkeit als Hausärztin in Berlin.

Ich kann eine zweite Aussage von Herrn Professor Hommerich auch nicht nachvollziehen, nämlich die Behauptung: Wo Wissenschaft endet, fängt Verantwortung an. Es ist gerade eine besondere Verantwortung des freiberuflichen Arztes, neue wissenschaftliche Erkenntnisse angemessen anzuwenden. Ich bin dankbar für Leitlinien und evidence based medicine, die es mir ermöglichen, diagnostische und therapeutische Maßnahmen entsprechend ihrer Wirksamkeit anzuwenden. Beispielsweise kann ich Patienten besser beraten, nachdem wir die Leitlinien „Akuter und chronischer Husten“ im Institut der Charité erarbeitet haben und ich den Patienten auf der Basis einer hohen Evidenz sagen kann, dass es beispielsweise keinen Sinn macht, bestimmte hochbeworbene Sekretolytika selbst zu kaufen.

Also: Auch und gerade als Anhänger des freien Berufs müssen wir Wissenschaft und Verantwortlichkeit miteinander verknüpfen und nicht auseinanderdividieren.

Ich bedanke mich bei Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Braun. – Als nächster Redner Herr Professor Griebenow aus Köln in Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich würde gern mit Genehmigung des Präsidenten ein bisschen aus den Memoiren von Gerhard Schröder zitieren.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Von welchem Gerhard Schröder?

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Dem Exkanzler. Der Exkanzler hat in seinen Memoiren auf Seite 290 geschrieben – ich zitiere –:

> *Die Akteure der Angebotsseite im Gesundheitssystem – Ärzte, Apotheker, Pharmaindustrie und die Kassen – haben vor allem ökonomische Interessen.*

Etwas weiter befasst er sich mit den einzelnen Mitgliedern seines Kabinetts und dabei auch mit Ulla Schmidt. Er schreibt Folgendes – Zitat –:

Was immer man kritisch gegen einzelne Vorschläge ihres Ministeriums zur Reform des Gesundheitswesens vorbringen will, niemand kommt daran vorbei, dass Ulla Schmidt mit Courage und Entschlossenheit die seit Jahren emsig geölte Geldvernichtungsmaschinerie im Gesundheitswesen ins Visier genommen hat und versucht, sie den finanziellen Möglichkeiten anzupassen, ohne einer Zweiklassenmedizin das Wort zu reden.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, wer eine solche Sicht auf das Gesundheitswesen und die Ärzteschaft hat, dem steht Freiberuflichkeit im Weg, insbesondere dann, wenn er der Rationierung das Wort redet. Rationierung bedroht die Freiberuflichkeit, weil sie im Kern dadurch begründet ist, dass wir einen Freiheitsgrad an Entscheidungen haben, um die beste patientenindividuelle Diagnose und Therapie festzulegen.

Diese Freiheit ist aber nicht erst bedroht, wenn wir von Rationierung sprechen, sondern diese Bedrohung setzt sehr viel früher an. Die Verfasser des Antrags III-06 sprechen davon, dass sie schon bei der Konfektionierung von Leistungen beginnt. Das heißt, es fällt eine Leistung nicht aus, sie wird erbracht, aber sie wird aus in der Regel wirtschaftlichen Gründen modifiziert. Das sieht dann so aus, dass Sie – ich bin Kardiologe – für Ihre interventionelle Koronartherapie vielleicht nicht mehr alle Stents in jeder Länge im Schrank haben. Wenn man einen entsprechend langen Stent braucht, nimmt man eben zwei kurze Stents. Oder Sie haben eben nicht mehr alle Durchmesser zur Verfügung; dann nehmen Sie eben den nächstkleineren. Dadurch bekommt niemand sofort einen Herzinfarkt, es verstirbt auch keiner. Aber dies ist der erste Schritt, der dazu führt, dass wir dann später eine Rationierung haben.

Sie merken vielleicht mit etwas Erschrecken, dass dies eine Schnittstelle ist, wo wir einen Dauerkonflikt haben, weil wir uns dieser Schnittstelle in unserem täglichen Tun nicht entziehen können. Natürlich wollen und müssen wir uns der Diskussion stellen, was betriebswirtschaftlich und auch gesamtwirtschaftlich im Gesundheitswesen am günstigsten ist. Natürlich wollen wir nicht in den Ruf kommen, wir würden dafür plädieren, dass aus Gründen der ärztlichen Freiheit Geld verschwendet wird.

Aber gleichzeitig ist das auch diejenige Stelle, wo der erste Schritt getan wird, wo die Quelle eines kleinen Flüsschens ist, was heute die Konfektionierung von Leistungen ist und was über Zustände, wie sie Herr Jaeger vorhin geschildert hat, später zur Rationierung wird.

Unser Antrag will dies in unser Bewusstsein heben, will gleichzeitig aber auch der Politik klarmachen, dass wir sehr wach sehen, wo die Mechanismen sind, die täglich dazu führen, in kleinen Schritten die ärztliche Freiberuflichkeit anzukratzen, und dass wir gewillt sind und weiterhin dafür kämpfen werden, dass dies auf denjenigen Rahmen reduziert bleibt, der adäquat ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Griebenow. – Als nächster Redner Herr Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen, aber vor allen Dingen: liebes Präsidium! Ich bedanke mich, dass dieses Thema auch heute ein Diskussionspunkt auf diesem Ärztetag ist. Ich darf vorab eine Bitte an Sie, Herr Hoppe, äußern, ob Sie sich gegebenenfalls überlegen könnten, in Ihrem Antrag 01 auf der ersten Seite im dritten Absatz das Wort „lediglich“ zu streichen. Ich will dies auch begründen.

Unsere ärztliche Berufsfreiheit findet ihre Selbstbeschränkung, wie Sie geschrieben haben, in der Verantwortung für unseren Patienten, aber wie es die Berufsordnung ziemlich am Anfang auch festschreibt, ebenso im Gemeinwohlbezug. Es ist nur eine kleine redaktionelle Korrektur. Aber vielleicht kann man das Wort „lediglich“ streichen.

Ich will auf einen anderen Aspekt eingehen, der mir heute noch nicht richtig zur Sprache gekommen ist. Worauf gründet sich eigentlich unsere Freiheit, die Freiheit unseres ärztlichen Berufs? Ich will Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, auf das Grundgesetz, das in den nächsten Tagen seinen 60. Geburtstag feiert, hinweisen, und zwar auf Artikel 12 Abs. 1, einen Artikel, der sehr eng mit den ersten zehn Artikeln unserer Verfassung in Verbindung steht. Dort steht – ich darf zitieren und bitte Sie, beide Teile sehr wohl zu hören –:

> *Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.*

Das ist der zentrale Satz, auf den sich in unserem Staat – ich meine jetzt nicht den Parteienstaat – die Freiheit aller Berufe gründet und damit auch die Freiheit des ärztlichen Berufs. Wir sollten dieses wohl verstehen: Auch derjenige, der Kühlschränke oder Autos baut, hat vom Grundgesetz her dieselbe Freiheit wie Ärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater oder andere verkammerte Berufe.

Aber dann kommt der zweite, für uns ebenso entscheidende Satz:

> *Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.*

Jetzt kommt das Besondere der sogenannten freien Berufe. Ich beziehe mich hier nur auf die verkammerten Berufe. Der Staat – Herr Hommerich, Sie werden mir vermutlich zustimmen – hält beispielsweise die Rechtspflege und die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung für so entscheidend, dass er auf der Grundlage des Satzes 2 im ersten Absatz des Artikels 12 für uns Ärzte ähnlich wie für die Rechtsanwälte Einschränkungen vornimmt. Theodor Heuss, der erste Präsident dieser Republik, hat das vor 93 Jahren, nämlich 1916, folgendermaßen sehr schön formuliert – ich darf mit Erlaubnis des Präsidenten zitieren –:

> *Der Staat regelt dreifach die Grenzen dieser Berufe. Er kontrolliert die Eignung, tarifiert einen Teil der Einnahmen und verordnet ihnen*

– den freien Berufen –

Körperschaften, die mit disziplinaren Rechten ausgestattet sind.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist der Zustand, in dem wir uns heute befinden. Der Staat ist der Ansicht, dass die beiden Bereiche Rechtspflege und Gesundheitsversorgung eine so hohe Bedeutung haben, dass er hier Einschränkungen machen muss, wie Theodor Heuss sie schon vor 93 Jahren vorhergesehen hat.

Was ist unsere Freiheit, unsere Freiheit als Mitglieder dieses Berufs? Diese Freiheit ist vom Staat auf der Grundlage des Grundgesetzes definiert. Diese Freiheit liegt darin, dass wir unsere eigenen Angelegenheiten selber regeln können. Deswegen haben wir Kammern und deswegen haben wir eine Berufsordnung. Ich bin inzwischen – ich gebe zu: Es hat lange gedauert – zu der Erkenntnis gekommen, dass die Berufsordnung, die wir uns im Rahmen des Grundgesetzes gegeben haben, die Verfassung ist, mit der wir miteinander umgehen, mit der wir unsere Patienten behandeln wollen, mit der wir auch die Verantwortung gegenüber dem Gemeinwohl wahrnehmen wollen.

Wenn Sie die ersten Artikel dieser Berufsordnung lesen und vor allen Dingen die Präambel, sehen Sie, dass es dort einen ganz entscheidenden und zentralen Begriff gibt – darauf hat Herr Professor Hommerich genügend hingewiesen –: Unsere Freiheit beruht auf dem Vertrauen, das der Patient, aber auch die Gesellschaft uns entgegenbringt.

Zum mündigen Patienten: Der Patient ist uns mit unserem Expertenwissen immer unterlegen. Wir müssen hier einmal begrifflich sauber definieren, was wir unter dem „mündigen Patienten“ oder dem „aufgeklärten Patienten“ oder dem „entscheidungsbefugten Patienten“ verstehen. Aber den Patienten, der mit uns, den medizinischen Experten, auf Augenhöhe verhandelt, den wird und kann es nicht geben, es sei denn, er ist selber Arzt.

Der entscheidende Punkt ist folgender; damit will ich schließen. Wir stellen uns ja die Frage: Wie können wir unsere Freiberuflichkeit aufrechterhalten und verteidigen? Wichtig ist, dass wir die Idee, die uns das Grundgesetz vorgibt, nämlich dass wir unsere Belange selber regeln können, dass wir das im Hinblick auf die Patienten und das Gemeinwohl tun müssen, weitergeben an die nächste Generation, an unsere jungen Kolleginnen und Kollegen. Wir haben das Recht und die Verpflichtung, diese Idee mit Inhalten zu füllen. Wir müssen das innerärztlich selbst definieren. Nur dann können wir das wohlverstanden an unsere jungen Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Nur dann können uns Staat und Gesellschaft – ich rede hier nicht vom Parteienstaat – dasjenige Vertrauen entgegenbringen, dass wir tatsächlich dem einzelnen Patienten und dem Gemeinwohl gegenüber verpflichtet sind.

Gerade in der jetzigen Situation ist es so elementar wichtig, dass wir uns mit dem Thema „Arzt als freier Beruf“ und mit seinem Bezug zum Grundgesetz, zur Verfassung, beschäftigen. Dazu fordere ich Sie auf.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Emminger.

(Zuruf: Begrenzung der Redezeit!)

– An sich geht das nur über eine schriftliche Wortmeldung. Aber wir wollen es einmal so zulassen. Bitte schön.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident, ich möchte den Antrag auf Redezeitbegrenzung stellen: nicht länger als drei Minuten pro Teilnehmer. Ich weiß nicht, ob man das als Sammelantrag stellen kann, dass das auch für die folgenden Diskussionen gilt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Nein, das müssen wir bei jedem Tagesordnungspunkt gesondert beschließen. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht. Wer möchte die Beschränkung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer möchte die drei Minuten nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Dann haben wir die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen. Als Ersten trifft es Herrn Kollegen Mario Zöllner aus Bayern. Bitte.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 05 und zum Antrag 05 a. Ich bitte Sie, dem Antrag 05 a zuzustimmen. Diese ständigen Nadelstiche gegen die Selektivverträge – es gibt ja nur einen relevanten Selektivvertrag, das sind die Hausarztverträge –, die Unterstellung, dass es sich hier um eine teilweise Aufgabe der Therapiefreiheit durch monetäre Anreize handelt, möchte ich doch stark zurückweisen. Das entspricht nicht den Tatsachen.

(Beifall)

Ich habe vorhin mit Herrn Kollegen Emminger diskutiert. Es handelt sich ja um einen Antrag, der im Wesentlichen von Mitgliedern des Marburger Bunds gestellt wurde. Ich weiß nicht, was der Marburger Bund damit eigentlich zu tun hat. Ich habe mit dem Kollegen Emminger diskutiert. Er sagte, die Kollektivvertragslösung sei besser. Ich erinnere Sie, soweit Sie niedergelassen sind, nur an die Heilmittelrichtlinien, die unsere Vertreter von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Kassen damals ausgehandelt haben. Dort ist auf 100 Seiten ganz dezidiert niedergelegt, bei welcher Erkrankung Sie welche physikalischen Therapiemaßnahmen verordnen dürfen. Wenn das keine Aufgabe der Therapiefreiheit ist! Das ist im Kollektivvertragssystem entstanden. Diese Nadelstiche gegen die Selektivverträge möchte ich nochmals zurückweisen. Ich bitte Sie erneut, dem Antrag 05 a zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Zöllner. – Der nächste Redner ist Herr Bodendieck, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ein paar kurze Worte an Herrn Kollegen Joas und Frau Professor Braun, weil mich das wirklich tief berührt. Ich danke Herrn Emminger dafür, dass er den Aspekt des mündigen Patienten aufgegriffen hat. Aber verwechseln Sie bitte nicht den mündigen Patienten mit dem informierten Patienten. Sie erinnern sich vielleicht an meinen kurzen Redebeitrag von vorhin. Da habe ich Kant zitiert. Kant schreibt eindeutig, dass der mündige Bürger – verwechseln Sie bitte nicht den mündigen Bürger mit dem mündigen Patienten – in der Lage sein muss, frei und ohne Leitung über sich und sein Wohl und Wehe zu entscheiden.

Welcher Patient wird dazu in der Lage sein, wenn er diese Vielfalt der richtigen und falschen Informationen aus dem Internet zieht und uns das dann auf den Tisch legt? Er legt es uns ja mit der Bitte um Wertung auf den Tisch. Schon das führt dazu, dass der Patient zwar informiert ist, aber nicht mündig, denn er kann es nicht entscheiden. Er fühlt sich auch nicht in der Lage, es zu entscheiden.

Das hat nichts damit zu tun, dass wir die Informationen, die der Patient aufnimmt, ablehnen. Dort müssen wir als Ärzte sicherlich noch ein Stück nachholen. So viel zu diesem Thema, das mir sehr am Herzen liegt.

Ich habe vor 14 Tagen von einer Menge Nichtärzten höherer Couleur die Hucke vollgekriegt. Da waren auch Doctores rer. pol. dabei. Sie gingen davon aus – damit komme ich zu dem Punkt, der uns eigentlich berührt –, dass wir Ärzte allein durch die ökonomische Schiene entscheiden und dass wir viel zu sehr in der Ökonomie drinstecken und aus diesem Grund unseren Beruf verfehlen und deshalb den mündigen Patienten ablehnen. Das ist falsch!

Ein Punkt, der ganz wichtig ist, der aber aus meiner Sicht in den bisherigen Referaten wenig beleuchtet wurde, ist der Aspekt Freiberuflichkeit und ärztliche Kollegialität. Das ist wichtig im Dienst der Patientenversorgung. Ich verweise Sie auf den Antrag 07. Die dort gemachten Aussagen und aufgestellten Thesen sind Thesen, die der Sächsische Ärztetag im vergangenen Jahr verabschiedet hat. Wir als Sächsische Landesärztekammer sind der Meinung, dass zum Wohle der Patientenversorgung vor allen Dingen die Kollegialität im Vordergrund stehen muss. Nur durch ärztliche Kollegialität kommt es zu einer Sicherung des Patientenwohls und der Patientenrechte. Nur so können wir unsere Verantwortung gegenüber dem Patienten wahrnehmen. Wir haben heute mehrfach gehört: Wir haben eine Verantwortung gegenüber dem Patienten. Die Kernaussagen der Thesen können Sie nachlesen. Ich bitte Sie, positiv über den Antrag zu entscheiden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bodendieck. – Jetzt kommt Frau de Mattia aus Schleswig-Holstein. Bitte.

Dr. de Mattia, Schleswig-Holstein: Liebe Kollegen und Kolleginnen! Ich möchte zu meinem Antrag III-09 sprechen. Dort geht es um die Freiheit der Krankenhausärzte unter einem ganz bestimmten Aspekt, und zwar unter dem Aspekt der Arbeitsverträge von leitenden Krankenhausärzten. Es hat sich in den vergangenen Jahren eingebürgert, dass die in der Deutschen Krankenhausgesellschaft organisierten Krankenhausträger – das sind die meisten – in der Regel nur noch Dienstverträge mit leitenden Krankenhausärzten abschließen, die Leistungsvariablen hinsichtlich der zu erbringenden Fallzahlen enthalten. Dabei wird billigend in Kauf genommen oder sogar erwartet, dass Indikationsstellungen und Behandlungsverfahren sich nicht ausschließlich am Wohle des Patienten orientieren, sondern diese Vorgaben bedienen.

(Beifall)

Diese Umstände werden als so wenig anstößig empfunden, dass sogar öffentlich formuliert wird, die Ärzte in solchen Positionen hätten ihre eigene Arbeit ganz in den Dienst des Unternehmens zu stellen. Ein unabhängiger und dem Patienten gegenüber verpflichteter Arzt wird nur einer Seite ganz dienen: dem Patienten.

Ich bin der Ansicht, dass dieser Aspekt Berücksichtigung in den Zertifizierungsmaßnahmen der Kliniken finden muss. Da werden alle möglichen Dinge beleuchtet und abgefragt. Man kommt zu dem Ergebnis, es ist ein gutes Krankenhaus bzw. es ist kein gutes Krankenhaus, aber der Aspekt, ob Therapieentscheidungen den angemessenen Indikationen folgen oder den wirtschaftlichen und gewinnorientierten Vorgaben der Verwaltung, das wird nicht gefragt. Ich denke, das ist so wesentlich für die Beurteilung der Qualität einer Klinik, dass dieser Aspekt im Zertifizierungsverfahren unbedingt mit berücksichtigt werden muss. Es ist ja unglaublich, mit welchem Aufwand und mit welchen Kosten eine ganze Branche alimentiert wird, ohne dass so wesentliche Dinge berücksichtigt werden.

Daher bitte ich Sie um Zustimmung zu meinem Antrag III-09.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Kollegin. – Jetzt Herr Kollege Kreischer aus Berlin.

Dr. Kreischer, Berlin: Vielen Dank für diese beiden sehr informativen und aufschlussreichen Vorträge. Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas zum Entschließungsantrag III-02 sagen. Herr Bartmann, ich kann zwar Ihrem Antrag folgen, nicht aber Ihrer Begründung. Der Antrag selbst ist ein Selbstgänger. Er heißt:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle ärztlichen Verbände und Interessengemeinschaften auf, der politisch gewollten und sozialgesetzlich intendierten weiteren Zersplitterung des Versorgungsauftrags Einhalt zu gebieten und stattdessen für eine erneute Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung einzutreten …

So weit, so gut. Aber der Begründung kann ich nicht folgen. Zunächst einmal: Wir als Hausärzte sehen diese Verträge nach § 73 b keinesfalls als Konkurrenz. Wir sehen sie als Ergänzung. Auch Ihre Aussage, dass diese Selektivverträge die Finanzierungsprobleme nicht lösen, sondern nur noch verschlimmern, muss ich als Behauptung ansehen. Es wird sich à la longue erweisen, ob das stimmt oder nicht stimmt.

Meine Wahrnehmung in den letzten 23 Jahren Berufspolitik mögen Sie bitte ernst nehmen. Stellen Sie sich vor, ich käme als Patient zu Ihnen; Sie würden mich hoffentlich ernst nehmen und vor allen Dingen respektieren. Meine Wahrnehmung ist eine andere: Ich fühle mich in dieser Selbstverwaltung – ich meine die Kammerversammlung; ich nehme die Ärztekammer und auch die Landesärztekammer ausdrücklich aus – teilweise benachteiligt, manchmal sogar gedemütigt – und das seit vielen Jahren. Wir Hausärzte wollen doch nicht diese Verträge nach § 73 b, weil wir übermütig sind, sondern wir müssen sie abschließen, weil wir durch die Selbstverwaltung übermüdet sind. Das ist doch der Grund.

(Beifall)

Es ist mir klar, dass ein Änderungsantrag von mir hier keine Chance hätte. Deshalb habe ich ihn nicht gestellt. Ich möchte Sie aber bitten, darüber nachzudenken, ob Sie die Begründung nicht doch besser herausnehmen. Eines ist klar: Auch wenn Sie hier eine Mehrheitsentscheidung hinkriegen, woran ich nicht zweifle, können Sie damit nicht meine Glückseligkeit beeinflussen. Mit dieser Begründung werden Sie von mir eine Gegenstimme bekommen. Ich denke, es wird nicht die einzige sein, es werden auch noch andere Hausärzte dagegenstimmen.

Ich meine, es ist eigentlich Aufgabe der Selbstverwaltung, diese Zersplitterung nicht nur von uns Verbänden bzw. Interessengruppen zu verhindern.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kollege Kreischer. Beschlussgut ist nur der Beschlusstext, nicht die Begründung. Es ist ganz wichtig, dass wir das wissen. Die Begründung wird auch nicht veröffentlicht. Das ist nur eine Hilfe für diejenigen, die den Text noch interpretiert haben wollen. – Der nächste Redner ist Herr Professor Grifka aus Bad Abbach.

Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Bayern: Meine sehr geehrten Damen und Herren Kollegen! Ganz herzlichen Dank an Herrn Professor Hommerich und Herrn Professor Fuchs für diese klaren Worte, für diese klare Beschreibung der Position und der Zielsetzung der ärztlichen Selbstverwaltung. Ich glaube, das tut uns allen gut.

Die ärztliche Selbstverwaltung ist der Garant für die Freiheit des Arztberufs und, wie Herr Professor Fuchs sagte, für die Qualitätssicherung. In diesem Bereich haben wir erhebliche Abstriche hinnehmen müssen. Ich darf an die chirurgische Qualitätssicherung erinnern, die von den Landesärztekammern aufgebaut wurde. Sie erinnern sich sicherlich: Das wurde in der Gallenchirurgie, in der Hernienchirurgie erfolgreich umgesetzt, ärztlich gestaltet. Der Gesetzgeber hat uns dies genommen durch das SGB V. Die Zuständigkeit liegt nicht mehr bei uns, sondern stattdessen bei diversen Instituten ohne entsprechenden ärztlichen Sachverstand.

Wie das Ergebnis aussieht, möchte ich Ihnen aufzeigen. Ich nenne das Beispiel des Endoprothesenregisters, das dem Orthopäden ja sehr naheliegt. Damit haben wir es zu tun. Es gibt seit Jahren die BQS, die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. Dort gibt es völlig unzureichende Erhebungsbögen, abstruse Auswertungen. Wir Ärzte versuchen vergebens, geradezu ohnmächtig, zuverlässige Outcome-Kriterien einzubringen. Nach Jahren unsinniger Dokumentationsverpflichtung müssen wir jetzt feststellen, dass dieses Register gescheitert ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Fortführung durch die BQS abgelehnt; wie man hört, wegen mangelhafter wissenschaftlicher Grundlagen.

Was passiert nun in diesem Vakuum? Ein internationaler Prothesenhersteller macht sein eigenes Register, bietet sich zusammen mit Kliniken an, die seine Modelle einbauen. Welchen Reklameeffekt sich dieses Industrieunternehmen für seinen Produktabsatz verspricht, dürfte damit wohl auch klar sein.

Deswegen, meine Damen und Herren, möchte ich zusammenfassend sagen: Wir brauchen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in ärztlicher Verantwortung.

(Beifall)

Mein Beispiel gilt sicherlich auch für viele andere Bereiche, die Sie viel besser kennen. Wir haben lange genug die Missstände vermeintlicher Qualitätssicherung ertragen müssen. Die Landesärztekammern haben bewiesen, dass sie vorbildlich Qualitätssicherung und -management leisten. Deswegen müssen die Kammern wieder die Zuständigkeit für die medizinische Qualitätssicherung bekommen. Sie finden dazu einen Antrag, der gerade umgedruckt wird. Ich bitte um Ihre Zustimmung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: So ist es. Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Kollege Reinhardt, Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident Hoppe! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Auch meinerseits Dank an das Präsidium, insbesondere Herrn Professor Fuchs, für die Wahl dieses Schwerpunktthemas „freie Berufe“. Die Debatte über Rationierung und Priorisierung fand ich im Zusammenhang mit der Allokationsproblematik bei knappen Ressourcen eine eher dysphorisch stimmende Debatte. Ich glaube, das spürte man auch bei diesem Ärztetag. Das Thema freier Beruf, Gemeinwohlbezug, Selbstverständnis des freien Berufs, Selbstbewusstsein als freier Beruf war schon ein bisschen einstimmend. Allein dafür ein herzliches Dankeschön.

Ich danke Herrn Professor Hommerich für seine Ausführungen. Seine Thesen waren mir aus der Zusammenarbeit im Landesverband der freien Berufe in Nordrhein-Westfalen bekannt. Ich fand Ihren Vortrag brillant. Der Vortrag hatte fast einen Manifestcharakter. Ich kann allen, die diesen Vortrag heute Morgen hier gehört haben, nur raten, sich diesen Vortrag in schriftlicher Form noch einmal zu Gemüte zu führen. Daraus müssen wir unser Selbstwertgefühl beziehen. Ganz herzlichen Dank für diese Thesen.

Neben den Leitbegriffen Freiheitlichkeit und Individualität war es vor allem der Begriff der Autonomie, der an erster Stelle eine politische Bedeutung hat. Sie haben die Gefährdung der Autonomie durch eine Diversifizierung der Lobbygruppen betont und festgestellt, dass in der großen Gruppe der Gesamtprofession die Menge der umsetzbaren Interessen immer kleiner ist, als sie es in der Gruppe der Subspezifität wäre. Das muss man erkennen, das muss man auch ertragen können, wenn man die Autonomie des gesamten Berufsstands nicht infrage stellen möchte.

Die Sprengkraft, die im Verteilungskampf und im Verdrängungskampf bei begrenzten Ressourcen besteht und an der wir im Moment alle leiden, kann man nicht zugunsten der Autonomie aufgeben. Der Autonomieverlust verläuft schleichend und kaum wahrnehmbar, aber er hat mittelbare Auswirkungen auch auf die Gesamtgesellschaft, weil es auch ein Verlust von Schutzfunktion gegenüber unseren Patienten bedeutet.

Dazu empfehle ich Ihnen, sich in dem kleinen Programmheft des Deutschen Ärztetages anzuschauen, wie die Orte und Themen der früheren Ärztetage waren. Von 1932 bis 1947 fand kein Deutscher Ärztetag statt. Die Nationalsozialisten haben als eine ihrer ersten Maßnahmen die gemeinsamen Selbstverwaltungen der Ärzteschaft und anderer freier Berufe gleichgeschaltet.

Das ist der Weg, meine Damen und Herren, auf dem wir gehen. Es geht darum, das hier und heute zu benennen. Insofern empfehle ich Ihnen, dem Leitantrag des Vorstands und auch allen Anträgen, die sich mit der Bedeutung und der Einheitlichkeit der Selbstverwaltung beschäftigen, zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Reinhardt. – Der nächste Redner ist Herr Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Bitte.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Die Regie erlaubt es mir, Ihnen relativ zeitnah auf das zu antworten, was Sie zu meinen Anträgen gesagt haben. Sie werden vielleicht überrascht sein, dass ich Ihnen nicht nur folgen kann, sondern weitestgehend auch recht gebe.

Ich hatte während der gestrigen Diskussion über den Leitantrag des Vorstands bereits angekündigt, dass ich die Anträge 02 und 03 vielleicht etwas vorschnell unter diesem Tagesordnungspunkt platziert hatte. Ich möchte begründen, warum ich das getan habe. Für mich sind Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung Begriffspaare, die eigentlich nicht voneinander zu trennen sind. Die beiden Referenten haben mir in dieser Überzeugung auch recht gegeben. Das gilt nicht nur, aber ganz besonders für die Freiberuflichkeit in eigener wirtschaftlicher Verantwortung in der Niederlassung.

Im Gegenzug bedeutet das aber auch, dass Fremdverwaltung und Fremdsteuerung nur schwer mit Freiberuflichkeit im Sinne von Weisungsungebundenheit vereinbar sind. Mit der Möglichkeit, Selektivverträge mit freien Verbänden abzuschließen, hat die Politik den Kostenträgern ein Stück weit Steuerungskompetenz wieder zugespielt oder zumindest das Tor dazu geöffnet. Um dieses Tor geht es in meinem Antrag, der mit „Revitalisierung der Selbstverwaltung“ überschrieben ist. Wenn ich von Revitalisierung spreche, bedeutet dies auch, dass ich und die Arbeitsgruppe um Professor Beske, der Sie diese Thesen verdanken, nicht den Eindruck haben, dass dieser Teil der Selbstverwaltung, der für die Honorarverteilung der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig ist, im Moment besonders vital ist. Das hat externe Gründe – die habe ich gestern erwähnt –, es hat aber auch interne Gründe, die Sie eben ein bisschen angerissen haben.

Fakt ist auf jeden Fall, dass man es den Hausärzten und ihren Führern nicht vorwerfen kann, wenn sie gesetzliche Regelungen, von denen sie sich im Vergleich zum derzeitigen System Vorteile erhoffen, wahrnehmen. Das ist ihre Aufgabe als Interessenvertretung; anderenfalls würden sie ihrer Aufgabe nicht gerecht werden.

Aber man sollte mit Hinweis auf kurzfristige Erfolge die langfristigen Folgen nicht aus dem Auge verlieren. Die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen war zum großen Teil eine Reaktion auf die zunehmende Knebelung der Ärzteschaft durch die Kassen – für Letztere eine sehr komfortable Situation, für deren Restauration sich schon die eine oder andere Investition lohnt. Ich fürchte, dass, wenn wir nicht aufpassen, diese Strategie erfolgreich sein könnte.

Eines aber ist klar: Allein das Verschwinden des § 73 b aus dem SGB V heilt keines der aktuellen Probleme. Es muss schon einiges anderes hinzukommen, nämlich eine Revitalisierung der Selbstverwaltung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Bartmann. – Die nächste Rednerin ist Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Die Freiberuflichkeit, die Sie beschrieben haben, haben wir verloren. Das muss man deutlich sagen. Ich fühle mich als Hausarzt in Baden-Württemberg nicht mehr freiberuflich tätig. Wir haben die Freiberuflichkeit als niedergelassene Hausärzte und als Fachärzte verloren, wir haben sie verloren – das ist ganz bitter – als Assistent im Krankenhaus. Was die Kollegen dort erleben müssen, ist ein ganz hartes Aufschlagen auf der Wirklichkeit. Auch viele Chefärzte haben die Freiberuflichkeit verloren, denn in welcher Klinik ist der Chefarzt noch wichtiger als der Verwaltungsdirektor?

(Beifall)

Ich kenne eine Klinik – das ist die „Klinik am Eichert“ in Göppingen –, wo der Geschäftsführer ein sogenannter medizinischer Geschäftsführer ist. Da kann man davon ausgehen, dass die ökonomischen Vorgaben nicht an erster Stelle stehen.

Die Freiheit haben wir auch verloren. Die Verantwortung für die Patienten haben wir behalten. Meine Damen und Herren, sie ist unter diesen bösartigen Rahmenbedingungen größer geworden.

(Beifall)

– Unterbrechen Sie mich noch nicht, denn die drei Minuten Redezeit sind kurz.

Das Vertrauen der Patienten allerdings ist vorhanden. Es ist in die meisten meiner Kollegen vorhanden. Der Patient ist mündig. Er versteht ganz genau, dass alle Aussagen aus dem BMG weder richtig noch nachhaltig sind und dass sich unter diesen Aussagen die Versorgung verschlechtert.

Staatsmedizin? – Wir akzeptieren doch die staatlich gelenkte Verteilung des Mangels. Wir akzeptieren die Schuldzuweisung der mangelhaften Verteilung durch die KVen. Vor zwei Jahren sollten die KVen noch zerschlagen werden, plötzlich aber sollen sie erhalten werden. Da muss man sich doch fragen: Wie kommt dieser plötzliche Sinneswandel zustande?

Wir akzeptieren, dass die KBV als sogenannte ärztliche Selbstverwaltung eigentlich nur ein Rädchen in einem ganz komplexen System ist, in dem die GKV und das BMG die Zahlen bereits haben, bevor unsere Interessen überhaupt vertreten werden können. Professor Wasem kennt die Zahlen doch, bevor wir überhaupt irgendeine Interessenvertretung wahrnehmen können.

Herr Professor Fuchs, Sie haben recht: Wir müssen diese Politik überwinden. Wir werden in den Praxen Wahlkampf machen; natürlich tun wir das. Ich habe bereits heute ein Plakat dort hängen, auf dem steht: gescheit, gescheiter, gescheitert.

(Beifall)

Wenn hier die Kollegen sagen, ich wollte das System überwinden, dann kann ich es nur noch einmal sagen: Jawohl, ich möchte es überwinden, es ist möglich. Wir müssen es von mir aus auch mit unseren Standesvertretern überwinden. Aber weil in den letzten Jahren aus den KVen nichts gekommen ist, was uns bei dieser Überwindung geholfen hat, müssen wir eben anfangen. Das sind die Verträge nach § 73 b. Meine Damen und Herren, wir werden sie machen, ganz egal wie dieses Votum hier ausgeht. Den Verträgen nach § 73 b werden Verträge nach § 73 c folgen. Ich bin beim MEDI-Verbund. Wir haben diese Verträge in der Pipeline. Das wird so passieren.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt müssen wir aber auf die Zeit achten.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Noch ein Satz. Wo ist die Jugend? Hier ist die Jugend nicht. Wenn ich fragen würde, wer hier jünger ist als 40 Jahre, würde kaum einer die Hand heben. Herr Professor Hoppe, Sie haben vor zwei Jahren einen Satz gesagt, der mir gefallen hat.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie haben gesagt: einen Satz.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Gut, ich sage einen Satz. Sie haben damals gesagt: vom Freiberufler zum Freiheitskämpfer. Wenn Sie alle und unsere KV-Vertreter Freiheitskämpfer sind, dann werden wir Sie unterstützen. Anderenfalls werden wir das System allein überwinden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dieser Satz ist sogar nach Amerika transportiert worden. Er war ein Highlight auf dem amerikanischen Ärztetag im Jahre 2007. Dort hat er große Beifallsstürme hervorgerufen. – Der nächste Redner ist Herr Josten aus Bonn, Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist so viel von Mündigkeit und Augenhöhe geredet worden. Ich war Patient und ich bin Arzt, ob in zahnärztlicher Behandlung oder auf dem Operationstisch: Augenhöhe war ausgesprochen unpraktisch. Insofern herrschte das Vertrauen, nach dem ich meinen Arzt bzw. meine Ärztin gewählt hatte. Das vorab zur Kenntnisnahme.

(Beifall)

Die Referate des heutigen Nachmittags von Professor Fuchs und Professor Hommerich haben die Notwendigkeit der ärztlichen Freiberuflichkeit bestätigt. Diese gilt nicht allein in der Praxis und im Krankenhaus, sondern ebenso im öffentlichen Gesundheitswesen in seinen unterschiedlichen Facetten einschließlich des Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Die Gefahren, die sich für Patienten und auch für Ärztinnen und Ärzte als Patienten aus einer staatlichen Zuteilungsmedizin ergeben können, wurden schon aufgeführt. Ich möchte Ihren Blick besonders für die angestellten Ärztinnen und Ärzte auf einen weiteren Aspekt dieses Angriffs auf die Freiberuflichkeit lenken – das ist viel besser getarnt –: Das sind die Versorgungswerke und die dort angesparten Alterssicherungen der Kolleginnen und Kollegen. Hier müssen wir besonders aufpassen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Josten. – Der nächste Redner ist Herr Dehnst aus Westfalen-Lippe.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich bin froh, dass dieses Thema in dieser Breite hier präsentiert wird; denn ich beobachte doch vor allen Dingen auch im Bereich der angestellten Ärztinnen und Ärzte, dass es ein bisschen an dem entsprechenden Bewusstsein mangelt, gerade was den freiberuflichen Status betrifft. Ich bin auch froh darüber, dass wir endlich weg sind von dieser Gewerbesteuerdefinition, dass wir das einmal so schön breit dargestellt bekommen haben.

Ich möchte diese Gelegenheit nutzen, Ihren Blick auf etwas anderes zu lenken. Herr Professor Hommerich hat dargestellt, dass Autonomie eine Frage der inneren Haltung ist. Das hat etwas mit Führung zu tun. Wohin Mangel an Führungskompetenzen führt, sehen wir gerade draußen in der Welt.

Ich möchte Sie deshalb aufrufen, als Promoter zu werben für das Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer, eine 80-Stunden-Veranstaltung, die von der Ärztekammer Bayern sehr gefördert wurde, die aber auch in den Kammern Berlin und Westfalen-Lippe durchgeführt wird.

Dieses Curriculum schafft die Kompetenzen, schafft das Bewusstsein für Führung und innere Haltung sowie das Bewusstsein für die freie Berufsausübung, mit der wir schließlich die Autonomie erkämpfen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dehnst. – Ebenfalls aus Westfalen-Lippe kommt Herr Kollege Massing, der jetzt das Wort hat.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Echt-Präsident! Meine Damen und Herren! Mit der Freiberuflichkeit laufen wir ja überall offene Türen ein: natürlich bei uns selbst, aber auch, wie wir gestern gehört haben, bei der Politik. Da muss man kein Wort der Verbesserung sagen.

Ich habe hier einen Antrag III-04 der Herren Kollegen Henke, Botzlar, Emminger, Gehle und anderen gelesen, zu dem ich sprechen möchte, der sich geschickt auf das Wort „frei“ aufsetzt. Es sind alles sehr sympathische Kollegen. Herr Gehle ist sogar aus Westfalen, besonders wertvoll. In diesem Antrag steht: freie Arztwahl. Es sind aber alles Kollegen, bei denen es keine freie Arztwahl gibt. Im größten Bereich unseres Arztseins, im Krankenhaus, gibt es keine freie Arztwahl. Schauen Sie sich hier die erste Linie an: Bei keinem haben Sie eine freie Arztwahl. Das ist also ein bisschen tönernes Blech, die freie Arztwahl. Wir Niedergelassenen bezahlen die freie Ärztewahl übrigens mit Überarbeit und Regress. 57 Ärzte in Westfalen in einem Quartal aufgesucht – das entsprechende Dokument habe ich Ihnen, Herr Windhorst, schon einmal gegeben.

Dann ist in dem Antrag auch noch die Rede von der Selbstverwaltung als einem freiheitlichen Organisationsprinzip. Wenn sich Herr Beck da vertut, dann kann man ihm das ja noch nachsehen, aber wenn wir in einer Zwangsvergesellschaftung Ärztekammer – alle müssen Mitglied sein – von einem freiheitlichen Organisationsprinzip sprechen, dann ist das ein bisschen wackelig.

Schauen Sie, Herr Präsident und Herr Henke, einmal auf Ihr Ergebnis bei den Kammerwahlen. Da haben wir eine Legitimation von etwa 45 Prozent. Selbst von den Zwangsverpflichteten haben Sie und wir eine Legitimation von 45 Prozent. So groß ist die Legitimation, die wir hier haben, nicht. Wir sollten uns nicht immer so auf die Schulter klopfen.

(Zuruf)

– Herr Präsident, da haben Sie Zwischenrufe. Sie sehen, dass Sie auch mit Leuten rechnen müssen, auf die Sie nicht zählen können. Das ist nur der Ratschlag eines alternden Kollegen.

Innerhalb dieser Legitimation sind wir auch noch bei einer Bundesärztekammer, die eine „Marburger Bundesärztekammer“ ist. Das zum Schluss.

Ich mache mir keine Freunde. Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Massing. Zwei kleine Bemerkungen. Der amerikanische Präsident wird mit wesentlich weniger Wahlbeteiligung gewählt. Das ist traurig, aber offensichtlich nicht zu ändern.

Der zweite Punkt: Auch wenn man selber nicht frei gewählt werden kann, kann man sich doch danach sehnen, dass es die freie Arztwahl gibt. Das ist doch zulässig.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Freiberuflichkeit und gute Versorgung des Patienten gehören absolut zwingend zusammen. Warum? Unser Vizepräsident Erik Bodendieck hat vorhin schon gesagt: Wir müssen beim mündigen Patienten unterscheiden, ob es sich um einen informierten Patienten handelt oder um einen wirklich schwer kranken Patienten, der zu seinem Arzt kommt, weil er mit dem Dschungel der vielen Meinungen nicht mehr zurechtkommt, der von seinem Arzt geleitet werden möchte. Auch ein Kollege, der krank ist – das wurde vorhin bereits gesagt; ob es ein Zahnarzt sein muss, sei dahingestellt –, braucht Unterstützung und Hilfe. In dem Moment, wenn ein Patient schwer krank ist, gibt es keine gleiche Augenhöhe mehr. Dann guckt der Patient seinen Arzt an und sagt: Hilf mir!

Das heißt, am Ende ist das Patient-Arzt-Verhältnis immer irgendwo paternalistisch. Es wird es auch immer bleiben. Alles andere ist ein Gutmenschendenken. Es bleibt keine gleiche Augenhöhe. Weil der Arzt dem Patienten die letzte Information gibt und dem Patienten eine Möglichkeit einräumen muss, vielleicht in einer der schwierigsten Lebenssituationen Entscheidungen treffen zu können, brauchen wir die Freiberuflichkeit, dass nicht im Hintergrund jemand steht und den Arzt beeinflusst.

Sie sagen immer wieder: Auch der Kliniker, der Betriebsarzt, der Armeearzt usw. sind freiberuflich tätig. Selbst in einem solchen Unrechtsstaat wie der DDR war es letztlich so, dass der Arzt in seiner Therapieentscheidung – abgesehen von den schlechteren Mitteln, die er hatte – frei war. Mir ist kein Fall bekannt, dass irgendjemand administrativ in eine Patientenbetreuung hineingeredet hat. Selbst dort war eine Freiberuflichkeit im Handeln gegeben.

Das versucht uns die Ulla Schmidt schlimmer als im Unrechtsstaat DDR eventuell kaputt zu machen. Das dürfen wir im Interesse unserer Patienten nicht zulassen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lipp. – Jetzt Herr Hesse aus Bayern. Bitte.

Hesse, Bayern: Ich verstehe im Moment nicht so ganz, welche Probleme viele mit der Mündigkeit des Patienten haben könnten. Für mich ist eine der wesentlichen Problemstellungen in der Medizin – das bedarf keiner genaueren Definition in irgendwelchen Papieren –, dass sich mehrere Menschen gegenüberstehen, beispielsweise Arzt und Ärztin auf der einen Seite, Patient und Patientin auf der anderen Seite, häufig in elementar bedrohenden Lebenslagen. Bei der Frage der Mündigkeit des Patienten kommt es nicht darauf an, dass er über dasselbe Fachwissen verfügt wie ich, sondern nur darauf, wie es Herr Joas ge-

sagt hat, dass auf gleicher Augenhöhe von Mensch zu Mensch Ansprüche an den Arzt gestellt werden, die er erfüllen muss.

Wenn es in dem einen oder anderen Fall so ist, dass der Patient in eine Notlage kommt, die keinerlei Aufschub duldet, ist es dennoch so, dass er als Mensch auf gleicher Augenhöhe ist. Ich habe da überhaupt keinen Zweifel. Ich möchte bitte keine Diskussionen haben, die in die Benevolenz der 50er-, 60er- oder 70er-Jahre des letzten Jahrhunderts zurückführen. Ich möchte als Patient, dass ich als gleichwertiges Wesen wahrgenommen werde, dass da nicht jemand steht und über mich entscheidet.

Ich weiß, dass das nicht in allen Diskussionsbeiträgen so überspitzt gemeint war, wie ich es jetzt ausführe. Wir müssen aufpassen, was von solchen Diskussionen nach außen getragen wird. An dem mündigen Patienten, an dem Patienten, der sich informieren will und informiert, kann meines Erachtens keinerlei vernünftiger Zweifel gehegt werden, schon gar nicht auf einem Deutschen Ärztetag.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Hesse. – Jetzt Herr Junker aus Westfalen-Lippe.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte aus dem Antrag 01 des Vorstands einige Punkte herausheben, weil sie für mich einen besonders hohen Stellenwert im Hinblick auf den freien Arztberuf haben. In meinen Augen fängt die freie Berufsausübung schon damit an, dass unsere Medizinstudenten endlich die gleichen akademischen Berechtigungen und Bedingungen wie andere Studiengänge haben müssen. Sie müssen während ihrer Wartesemester auch andere Studiengänge belegen können. Ausgerechnet bei den Medizinstudenten geht das nicht. Auch müssen sie während des Studiums die freie Auswahl in Richtung der Allgemeinmedizin haben. Diese soll dieselbe Präferenz haben wie andere Fachrichtungen wie Innere oder Gynäkologie. Auch das ist nicht gegeben. Dazu würde natürlich endlich auch die Einrichtung von C-4-Professuren für Allgemeinmedizin gehören. Sie müssen dann auch für dieses Fach eine Gleichberechtigung in Forschung und Lehre haben.

(Vereinzelt Beifall)

Zweitens. Wir müssen dringend für die Abschaffung der Bestimmungsgewalt der sogenannten Halbgötter in Grau – Halbgötter in Weiß gibt es ja nicht mehr –, also der Krankenhausverwaltungsdirektoren, der Management-GmbHs der Konzerne, sorgen. Ich erlebe gerade in meinem Beritt die unglaubliche Insuffizienz der Verwaltung von MVZs der Rhön-Klinik. Es ist unglaublich, was sich da abspielt.

Der dritte Punkt betrifft den Bürokratieabbau. Das zeigt sich schon bei den 19 Kilogramm Paragrafen und Vorschriften bei der Zulassung, die jeder mitbekommt. Alle Gesundheitsberufe ersticken geradezu in der politischen und bürokratischen Regelungswut. Warum ist das so? Ich denke, das ist die Beruhigung des schlechten Gewissens unfähiger und unwissender Politiker, die das durch neue bürokratische Regelungen beschwichtigen wollen. Das zerstört aber die Freiheit des Berufs, kompromittiert ihn schon längst und hat mit der Übernahme der Verantwortung, die wir ja täglich tragen und auch gar nicht ablehnen wollen, nichts mehr zu tun.

Als Viertes nenne ich die Reduzierung des Qualitätswahns auf ärztlich vernünftige und praktikable Regelungen. Die 3,50 Euro pro Untersuchung beispielsweise bei Aufrüstung des Ultraschalls sind nicht mehr amortisierbar. Das muss also geändert werden.

Der letzte Punkt ist die Zerstörung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Hier möchte ich das Beispiel der E-Card, der gematik anführen. Das ist ein Verrat der genetischen Daten über Diagnosen. Das schadet uns nur. Für mich als Hausarzt bringt diese Karte im Notfall überhaupt nichts. Sie ist nicht gebrauchsfähig. Sie nutzt nur der Industrie und ist ein Prestigeobjekt der Politik.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Junker. – Jetzt Herr Kollege Seusing aus Schleswig-Holstein.

Seusing, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Sehr verehrte Damen und Herren! Für mich ist dieser Tagesordnungspunkt das Wichtigste dieses Ärztetages. Ich will Ihnen auch sagen, warum. Herr Professor Fuchs ist am Ende seines Vortrags darauf eingegangen, als er sagte: Es geht um nicht weniger als um die zukunftsfähige Perspektive von Ärztinnen und Ärzten und um die nachrückende Ärztegeneration. Das ist der Punkt. Es ist auch die Aufgabe der Kammern, dafür Sorge zu tragen, dass es in diesem Land attraktive und gute Arbeitsbedingungen für Ärzte gibt.

Professor Hoppe hat gestern in seinem Referat den hohen Grad der Demotivation der Ärzteschaft angesprochen. Das spüren wir draußen ständig. Wir müssen diese Verantwortung auch annehmen. Ich meine, es ist das Wichtigste, dass auch von diesem Ärztetag ein Signal nach draußen ausgeht, dass die nachfolgende Generation wahrnimmt, dass wir uns darum kümmern und dass wir dafür Sorge tragen, dass sie in Zukunft auch in Deutschland wieder ordentlich arbeiten kann.

Ich möchte noch kurz den Antrag III-11 ansprechen. Da geht es um die Bezahlung der Notfalldienste im Land. Dieser Antrag stammt von Herrn Dr. Fuchs aus Niedersachsen und lautet:

Der Zwang auf Niedergelassene zur Arbeitsleistung gegen Stundenlohn in Einrichtungen des Bereitschaftsdienstes (Notfalldienst) fern dem Ort der Niederlassung wird vom 112. Deutschen Ärztetag abgelehnt.

Dieses kann man so nicht stehen lassen. Ich möchte eigentlich Herrn Dr. Fuchs bitten, diesen Antrag zurückzunehmen.

(Beifall)

Wir haben in Schleswig-Holstein seit 2007 eine neue Notdienststruktur, die genau auf der Basis dieser Bezahlung arbeitet. Sie ist eine gerechte Bezahlung. Sie kippt das Hamsterradsystem, das wir zuvor hatten. Sie sorgt dafür, dass wir nicht mit einem immer weiter sinkenden Punktwert auch im Notdienst bezahlt werden und auch im Regelleistungsvolumen. Insofern ist sie eine sinnvolle Lösungsmöglichkeit.

Wenn Herr Dr. Fuchs Fragen hat, wie man so etwas umsetzt, stehe ich gerne zur Antwort bereit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Seusing. – Als nächster Redner Herr Kollege Wollring aus Essen in Nordrhein.

Dr. Wollring, Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr verehrte Kolleginnen! Sehr geehrte Kollegen! Im Rahmen der längeren Erörterung und der Diskussion sowie wegen der Außenwirkung, die wir auch berücksichtigen müssen, bitte ich Sie – ich will das nicht unbedingt in einen Antrag gießen, es Ihnen aber nahelegen –, keinen Zweifel daran aufkommen zu lassen, dass wir die Patientinnen und Patienten, die wir behandeln, egal in welchem Alter, grundsätzlich immer als mündig betrachten, egal wie informiert sie sind. Ich denke, das ist eine Frage des Respekts. Dieser bildet auch die Basis des Vertrauens. Ich bitte, da nicht zu fein philosophisch zu differenzieren mit Augenhöhe. Die Patienten sind mündig.

(Beifall)

Ich bitte Sie, auch Folgendes zu bedenken, gerade jetzt zum Jubiläum des Grundgesetzes. Wir haben – das finde ich gut so; das betone ich – in unserem Grundgesetz ausschließlich Freiheitsrechte. Wir haben – das ist wichtig – keine sozialen Anspruchsrechte, vor allem auch deshalb nicht, weil sie dem widersprechen würden. Es ist richtig, dass es ein Grundrecht auf Unversehrtheit gibt. Aber daraus leiten sich nicht Ansprüche ab. Diese Rechte sollten wir auch nicht unnötig fordern.

Wir arbeiten in einem sozialen Beruf. Ich sage das auch als Anhänger eines sozialen Berufs. Nur dann, wenn wir die Freiheitsrechte ganz obenan stellen, können wir einen Raum schaffen, in dem wir als Freiberufler – egal ob ange-

stellt oder in eigener wirtschaftlicher Verantwortung stehend – arbeiten und leben können.

Ich würde die Freiberuflichkeit auch deshalb hochhalten, weil ich meine: Sie ist es wert, dass man für sie eintritt. Die Kollegen in Essen haben dies getan. Sie haben nicht die Notwendigkeit gesehen, unbedingt gleich Verträge nach § 73 ins Auge zu fassen, obwohl sich sicherlich auch dort irgendwann diese Option stellen wird. Wir sind gestern in Essen mit 500 Fachkollegen aller Fachbereiche auf die Straße gegangen. Wir sind für uns und die Patienten und die wohnortnahe Versorgung eingetreten. Ich denke, auch so etwas ist ein Stück Verteidigung der Freiberuflichkeit. Das scheint mir wichtig zu sein. Das möchte ich Ihnen ans Herz legen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Wollring. – Jetzt hat Herr Fuchs aus Niedersachsen das Wort. Er kann ja gleich auf Herrn Seusing eingehen. Bitte schön.

Dr. Fuchs, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag III-11 und möchte betonen, dass ich besonderen Wert auf das Wort „Zwang“ lege. Bedenken Sie bitte, dass Sie gestern bei der Politik teilweise schlecht weggekommen sind als Freiberufler. Ich spreche hier insbesondere die Kollegen aus den Krankenhäusern an. Sie konnten ja gerade mit Mühe und Not durchsetzen, dass sie auch Freiberufler sind. Ich möchte diesen Personenkreis kurz auf eine Zeitreise in die Zukunft mitnehmen.

Sie kommen am Montag in Ihr Krankenhaus oder Ihre Einrichtung und finden dort eine schriftliche Anordnung Ihres Arbeitgebers vor, dass von nun an für Sie an jedem dritten Donnerstag eine Arbeit an einem anderen Arbeitsort 50 Kilometer entfernt in einem anderen Krankenhaus angesetzt wird. Es wird darauf hingewiesen, Sie könnten sich von dieser Pflicht befreien, wenn Sie einen gleich qualifizierten Kollegen oder eine gleich qualifizierte Kollegin stellen, der bzw. die diesen Dienst macht.

Sie glauben alle, das gibt es nicht? Das wird es auch nicht geben, weil Sie wahrscheinlich nicht einen Arbeitsvertrag abgeschlossen haben, der so etwas duldet. Ich sage: Es gibt dies doch, nämlich für die andere Hälfte, die hier im Saal sitzt, für die Niedergelassenen. Die sind nämlich nach Bereitschaftsdienstordnungen der KVen, wortgleich übernommen bei den Kammern, verpflichtet, zum Teil bis zu 50 Kilometer weit weg von ihrem Niederlassungsort in einer Notfalleinrichtung – ZMP oder wie auch immer bezeichnet – zeitweise Dienst zu tun, und das meistens sogar gegen Stundenlohn.

Ich rede nicht gegen diese Einrichtungen; sie sind sicherlich zweckmäßig. Ich rede nur dagegen, dass ein Zwang für einen freien Beruf besteht, an einem anderen Ort als dem gewählten Niederlassungsort tätig zu werden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fuchs. – Als nächster Redner Herr Merchel aus Westfalen-Lippe.

Merchel, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Fuchs, ich habe mich extra zu Wort gemeldet, um gegen Ihren Antrag zu sprechen. In Westfalen-Lippe renovieren wir gerade die Notdienstordnung und wollen genau dieses Modell mit Notfallpraxen und Stundenlohn einführen. Ich halte das für eine sehr gute Sache. Der Zwang ist ja schon heute vorhanden. Der Zwang zum Notdienst besteht. Wir haben viele Kollegen, die stundenlang Notdienst schieben, und zwar, wenn man das umrechnet, für einen Stundenlohn von 6,30 Euro oder weniger. Aber die Bereitschaft ist vorhanden und sie müssen etwas tun.

Wenn die ihren Notdienst in einer geregelten Struktur tun und dafür einen vernünftigen Stundenlohn erhalten – natürlich kann man sagen, dass 50 Euro für einen Arzt ein vernünftiger Stundenlohn sind, sicher deutlich mehr als 6,30 Euro –, dann halte ich das für eine vernünftige Art, den Notdienst heute zu regeln. Man ist nicht sehr häufig an der Reihe. Es gibt auch Nachtdienste, bei denen kein einziger Patient kommt. Trotzdem muss der Notdienst abgedeckt werden. Das wird letztlich ja auch vergütet. Der Arzt hat mehr davon als jetzt, wo man zum Teil sehr häufig Notdienst machen muss, dabei aber kein einziger Cent herauskommt.

Mit Freiberuflichkeit hat das nichts zu tun. Wir haben ja festgestellt: Abhängig beschäftigte Ärzte sind genauso Freiberufler wie die anderen. In der KV einigt man sich letztendlich darauf, dieses Modell durchzuführen. Ich halte das für gut. Deshalb denke ich, dass man diesen Antrag ablehnen sollte.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Merchel. – Der nächste Redner ist der Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg, Herr Kollege Schäfer.

Schäfer, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben schon eine ganze Menge zum Thema Freiheit, Freiberuflichkeit etc. gehört. Freiheit heißt nicht nur Freiheit „von“, sondern auch Freiheit „zu“, und zwar zu einer unabhängigen Entscheidungsfindung. Ich möchte die Brisanz an ein paar Beispielen aufzeigen, die mir tagtäglich in Telefonaten in die Ohren flattern.

Ich habe noch die Zeiten erlebt, als in der Klinik der kaufmännische Direktor hauptberuflich war, der ärztliche Direktor das im Nebenamt machte und der kaufmännische Direktor ihm die Entscheidungen vorbereitete und ihm zuarbeitete. Kurze Zeit später wurde dann der kaufmännische Direktor sehr selbstständ-

dig und selbstbewusst. Irgendwann kam es dazu, dass, um ihm Paroli bieten zu können, der ärztliche Direktor zum Fulltimejob wurde.

Heute brüstet sich eine Klinikkette damit, dass sie den ärztlichen Direktor wieder abgeschafft hat, zum Hobby nebenbei gemacht hat. Das alleinige Sagen in der Klinik hat der Kaufmann.

Welche Folgen das hat, ist richtig spannend zu sehen, wenn Sie als Sohn einer 91-jährigen Mutter erfahren: Ihre Mutter ist nicht gut genug, um nach der operativ versuchten Behandlung der Hüftgelenksfraktur noch in die Reha zu kommen. Sie wird dann in die Geriatrie abgeschoben, von der die kenntnisreiche Krankenkasse sagt: Dort werden die Patienten nur noch verwaltet, mehr nicht.

Hier wird nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten entschieden, weil es so schön billig ist, die Reha wird zu teuer. Dann wird, um irgendwelchen Pauschalen gerecht zu werden, den Krankenschwestern aufgetragen, Heusäckchen auf die Patienten zu verteilen und dies als „krankengymnastische Behandlung“ zu dokumentieren. Wenn man nachfragt, geben die Schwestern Ihnen zu: Dokumentation für alles das, was nach Lehrbuch erforderlich ist, die Restzeit am Patienten wird für die Leistung erübrigt. Dokumentation geht vor Ausführung.

Das ist „Qualität“ unter kaufmännischem Diktat heutzutage. Wir draußen in der Praxis dürfen es zu ungünstigeren Konditionen nacharbeiten. Das ist sicher für das Gesamtsystem teurer.

Hier müssen wir dafür sorgen, dass der ärztliche Sachverstand ein sehr viel stärkeres Gewicht erhält und dass wir die Freiheit der Ärzte für ihre Patienten uns wieder erstreiten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Schäfer. So ist das. Wenn man jemanden im Hintergrund hat, der dafür sorgt, dass für das Krankenhaus, das sich so verhält bzw. für die Einrichtung, öffentlichkeitswirksame Nachteile entstehen könnten, dann ist die Verhaltensweise plötzlich ganz anders. Soweit sind wir schon. Ich spreche auch aus Erfahrung.

Jetzt bitte Frau Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Politiker stellen die Forderung der Ärzteschaft nach Freiberuflichkeit gern als Wunsch nach zügelloser Verordnungswut der Ärzte dar. Die verfasste Ärzteschaft muss hier wohl noch einmal ganz klar formulieren, dass sie mit Freiberuflichkeit eine vertrauensvolle individuelle Patientenversorgung meint. Das ist auch das Recht und der Wunsch unserer Patienten. In deren Dienst stehen wir.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner jetzt Herr Professor Schwantes aus Brandenburg.

Prof. Dr. Schwantes, Brandenburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gern noch einmal auf die Beschneidung unserer Freiberuflichkeit durch die Krankenkassen fokussieren. Sie erleben es alle tagtäglich. Ich habe einige wenige Punkte herausgegriffen. Mich stört genauso nicht nur die verbale Geringschätzung als „Leistungserbringer“, sondern auch die Tatsache, dass wir zunehmend von Angestellten der Krankenkassen als Leistungsbringer behandelt werden. Wir haben auf einer relativ niedrigen Ebene Rechenschaft darüber abzulegen, was wir verordnet haben, warum wir es verordnet haben. Wir müssen lange Berichte darüber schreiben.

Ein weiterer Punkt ist, dass über die DMPs die Callcenter der Krankenkassen immer mehr Einfluss auf unsere Patienten nehmen. Sie teilen ihnen mit, dass ihre Blutdruckwerte oder Fettwerte usw. zweimal hintereinander nicht in Ordnung waren, dass sie sich doch bitte um eine adäquate Behandlung bemühen und sich an einen Experten wenden sollen. Das geht manchmal sogar so weit, dass expressis verbis Kollegen benannt werden, an die sie sich zu wenden haben.

Als dritten Punkt will ich die Unterbindung eines kollegialen Informationsaustausches zwischen dem MDK und uns als den behandelnden Ärzten nennen, indem die Gutachten an weit entfernte Regionen vergeben werden. Mir in Brandenburg ist es passiert, dass der MDK in Baden-Württemberg saß und gar nicht richtig wusste, wie die Verhältnisse vor Ort sind.

Schließlich finde ich extrem gravierend die Tatsache, dass die Krankenkassen versuchen, Patienten zu zwingen, die Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden, wenn es darum geht, Daten über Behandlungen, insbesondere stationäre psychiatrische Behandlungen, zu erlangen, indem sie die Patienten auffordern, dieses beizubringen. Sie verweisen auf entsprechende Paragrafen, meistens aus der Reichsversicherungsordnung. Sie weisen darauf hin, dass, wenn diese Entbindung nicht vorliegt, das Krankengeld nicht weiter bezahlt wird.

Zu den beiden letzten Punkten habe ich einen Antrag formuliert, dieses den Krankenkassen doch nachhaltig zu untersagen. Ich bitte Sie da um Ihre Unterstützung.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist der Antrag 13, der uns gerade zugestellt worden ist. Wir versuchen, ihn noch umzudrucken. Anderenfalls muss er vorgelesen werden, damit er heute noch abgestimmt werden kann. – Als nächster Redner Herr Kollege Miller aus Baden-Württemberg.

Dr. Miller, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen! Liebe Kollegen! Auch ich spreche zum Antrag III-11: Notfalldienst. Der Notfalldienst muss von allen Ärzten in Klinik und Praxis gleichermaßen sichergestellt werden. Er muss vor allem funktionieren. Dort, wo zentrale Einrichtungen des Notfalldienstes eingerichtet sind, sind sie von den Gremien der Selbstverwaltung eingerichtet worden, von der KV, von den Ärzteschaften. Das geschah nach teilweise langen Diskussionen und nach reiflicher Überlegung. Wir haben in Baden-Württemberg eine lange Tradition und deswegen auch schon einige Erfahrungen damit.

Ich möchte zu zwei Punkten des Antrags Stellung nehmen. Dass der Niedergelassene in einer Notfallpraxis eben nicht abhängig beschäftigt ist, wurde unlängst von der Deutschen Rentenversicherung, die sicher nicht großzügig ist, in einem Widerspruchsverfahren bestätigt. Dass die Honorarverteilung auf Stundenbasis nicht sozialrechtswidrig ist, hat das Sozialgericht in Stuttgart bereits beschäftigt. Diese Honorarverteilung wurde bestätigt, nicht zuletzt deswegen, weil sie, wie der Vorredner bereits gesagt hat, die gerechtere Verteilung ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn wir heute noch Jüngere in die Praxis bekommen wollen – ich bin einer von den Jüngeren mit 46 Jahren, aber alles andere als richtig jung –, dann müssen wir sehen, dass wir den Notfalldienst in vernünftigen Strukturen organisieren können, beispielsweise in zentralen Notfallpraxen, wie es vielerorts geschieht. Es wäre ein ganz fatales Signal, wenn der Deutsche Ärztetag diesem Antrag zustimmte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Miller. – Jetzt Herr Kollege Lange aus Nordrhein.

Dr. Lange, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich möchte zu den Äußerungen des Kollegen Schäfer Stellung nehmen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es sich bei dem Ort, wohin er seine Mutter geschickt hat, um eine Geriatrie gehandelt hat. Er hat es so dargestellt, als sei die Geriatrie eine Verwahranstalt. So ähnlich hat er es ausgedrückt. Er hat so getan, als sei sie billiger als eine Reha. Ich arbeite in der Geriatrie. Wir haben umgekehrt das Problem, dass man eher sagt: Die Menschen kommen in eine orthopädische Reha statt in die Geriatrie, nämlich weil die Geriatrie teurer ist.

(Vereinzelt Beifall)

Die Geriatrie ist nicht nur teurer, sondern sie ist vor allen Dingen besser. Zu glauben, eine Geriatrie sei eine Abstellkammer für alte Menschen, ist ein völliger Irrweg. Die Geriatrie ist eine moderne Krankenhausabteilung, die den Herausforderungen der Demografie gerecht wird, indem sie die Patienten ganzheit-

lich behandelt, sie alltagstauglich macht, ihnen ihre Selbstständigkeit wiedergibt.

Ich kann die Ausführungen nicht nachvollziehen, es sei denn, es handelte sich um eine sogenannte Türschildgeriatrie. Das wiederum ist ein Grund mehr für die Aussage: Wir brauchen auf Dauer einen eigenen Schwerpunkt Geriatrie, damit solche Türschildgeriatrien nicht weiter existieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Lange. – Als nächster Redner Dr. Mitrenga, ebenfalls aus Nordrhein, genauer: aus dem wunderschönen Köln.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich meine, „Vertrauen“ wäre das Wort, mit dem wir dem Patienten begegnen müssten. Vertrauen müsste er zu uns haben; denn in einer von Vertrauen getragenen partnerschaftlichen – das bedeutet ja, dass der Patient von uns als mündig eingestuft und behandelt wird – Patient-Arzt-Beziehung lassen sich Selbstbestimmungsrecht des Patienten und berufliche Fürsorgepflicht des Arztes am besten in Einklang bringen. Ärzte und Ärztinnen und die anderen im Gesundheitswesen Tätigen sind aber seit Jahren, ja, seit mehr als einem Jahrzehnt unter einem permanenten Rechtfertigungszwang und werden vom Patienten zunehmend als Verweigerer ihm doch zustehender Leistungen erlebt.

Erklärungsversuche durch Ärzte erfordern nicht nur wertvolle Zeit, sie führen zum Vertrauensschwund, ja, sie führen zu Misstrauen. Inzwischen ist es der Politik ernstlich gelungen, eine richtige Misstrauenskultur herbeigeführt zu haben. Und in einer solchen Misstrauenskultur sollen junge Ärztinnen und Ärzte ärztliches Handeln und Denken lernen? Meine Damen und Herren, das ist außerordentlich schwierig.

Da die Politik aber merkt, dass sie es auf diesem Weg vielleicht doch nicht überziehen kann, haben die Gesundheitsökonomen und andere kluge Köpfe angefangen, eine neue Terminologie einzuführen – ein Kollege hat vor zwei Stunden dazu bereits Stellung genommen –, die von uns Ärzten als den Betroffenen oft allzu bereitwillig befolgt wird. Der Patient degeneriert zum Kunden und Konsumenten, neuerdings auch zum Krankheitsanbieter; Ärzte und Schwestern degenerieren zu Leistungserbringern bzw. zu Leistungsanbietern. Aber auch hier gilt der Satz von Camus: Wer die Dinge falsch benennt, verstärkt das Unheil in der Welt. Eine Lösung ist von dieser Art, mit den Problemen Arzt/Patient umzugehen, nicht zu erwarten.

Dass die Individualität zwischen Arzt und Patient eigentlich etwas Einzigartiges ist, dass sich der eine dem anderen öffnet und ihm vertraut, er wird es richtig machen, waren für die Politik längst betriebspolitische Störfaktoren. Aber das ist gar nicht neu, meine Damen und Herren. In einem Buch von 1987 hat Anke

Fuchs, damals Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, in einem Statement vor Ärzten erklärt:

> *Ärztliche Funktionen in unserem modernen Industriestaat auszuüben, kann doch nicht von der utopischen Vorstellung abgeleitet sein, als gäbe es ein Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das von übergeordneten staatlichen Interessen frei und völlig unabhängig zu sein habe.*

Meine Damen und Herren, genau das ist es: Es muss völlig frei von übergeordneten und erst recht von staatlichen Interessen sein. Dafür müssen wir eintreten und dafür braucht es den freien unabhängigen Arzt, ganz gleich ob in Klinik oder Praxis. Aber Sie sehen: Das ist nicht neu; in einigen Parteien hat eine solche Kultur offensichtlich eine lange Tradition.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Dieter Mitrenga. – Damit sind wir am Ende der Aussprache. Vielen Dank. 29 Rednerinnen und Redner haben sich an der Aussprache beteiligt. Jetzt haben die beiden Herren Referenten die Gelegenheit zu einem Schlusswort. Als Erster Herr Professor Hommerich. Bitte schön, Professor Hommerich.

Prof. Dr. Hommerich, Referent: Meine Damen und Herren! Nach dieser sehr anregenden Diskussion treiben mich viele Fragen um, vor allem aber zwei. Die eine Frage betrifft das Arzt-Patient-Verhältnis. Das ist die Frage nach dem, was wir Experten-Laien-Asymmetrie nennen. Auch ich bin für die hier eingeforderte Differenzierung; das ist völlig klar. Dazu will ich aber doch noch einige Anmerkungen machen. Das Vertrauensproblem stellt sich immer dann, wenn wir ein Gefälle zwischen Experten und Laien haben. Wären wir alle gleichwertige Experten, bräuchten wir kein Vertrauen, sondern könnten selbstverantwortlich in voller Kompetenz handeln. Der Kern des Arzt-Patient-Verhältnisses ist Wissensasymmetrie und übrigens auch Wirkungsasymmetrie bei der Übernahme der Folgen dessen, was Ärzte verantworten müssen.

Ich bin ganz bei Ihnen, dass es darum geht, Patienten mit Respekt und mit Empathie – das ist mir besonders wichtig – zu begegnen. Ich bin aber auch der Meinung, dass der Arzt dem Patienten in voller Unabhängigkeit in einem wohlaustarierten Verhältnis von Nähe und Distanz begegnen muss, weil ein kranker Patient teilweise ein hilfloser Patient ist, teilweise sogar ein unmündiger Patient. Damit sind wir bei einem Kern des Problems einer jeden Profession: Die Professionen sind deswegen in einer Sonderstellung, weil sie sich bereit erklären, in schwierigen Situationen für ihre Patienten – ebenso wie Anwälte für ihre Mandanten – stellvertretend zu handeln, also Verantwortung nach wohlerhobener Reflexion, von mir aus auch gemeinsam mit den Patienten, soweit das möglich ist, und damit eigene Risiken zu übernehmen. Genau das war der Kern

meiner Botschaft. Der Patient kann an Entscheidungen beteiligt werden, soweit es möglich und fachlich vertretbar ist.

Es ist eine sehr schwierige und auch ethische Frage, wo stellvertretendes Handeln der Ärzte für ihre Patienten beginnen muss. Ich kann nur sagen – übrigens auch aus Erfahrungen in der eigenen Familie –: Nichts ist schwieriger als ein Arzt, der Patient wird, wenn dieser Arzt nicht loslassen kann, sondern immer weiter den Expertenstatus für sich beansprucht, obwohl er als Betroffener nur noch eingeschränkt Experte ist. Jeder von Ihnen wird das kennen.

Mit anderen Worten: Betroffenheit von Krankheit schränkt die Mündigkeit in bestimmten Grenzen – manchmal dauerhaft, manchmal zeitweise – ein. Deswegen brauchen wir Ärzte, die als Stellvertreter dieser Menschen bereit sind, eigene Risiken zu übernehmen. Das ist Punkt eins.

Punkt zwei war der Hinweis auf eine von mir allerdings nicht geäußerte These durch Frau Braun: Wo Wissenschaft endet, fängt Verantwortung an. Ich als Wissenschaftler würde das überhaupt nicht sagen. Ich habe es auch nicht gesagt. Ich sage: Wir brauchen zunächst einmal – jeder Arzt wie übrigens auch wir – ein kritisch-distanziertes Verhältnis gegenüber wissenschaftlichen Ergebnissen. Wir könnten also sagen: Verantwortung fängt beim reflektierten Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen an. Das war meine These.

(Beifall)

Sie führen eine Debatte über evidenzbasierte Medizin. Diese Debatte treibt mich sehr um. Wir wären froh, wenn uns Evidenzen Entscheidungen abnehmen könnten. Das wäre ja wunderbar. Wir könnten uns immer wunderbar auf Evidenzen berufen und müssten nicht mehr entscheiden. Die Wissenschaft hätte für uns entschieden.

Ich habe gesagt: Wissenschaft bringt in der Regel Evidenzen mittlerer Reichweite hervor. Das heißt, wir müssen die Evidenzen in kritischer Reflexion immer auch selber bezweifeln. Übrigens: Schon der Begriff der Evidenz ist ein wissenschaftlich äußerst schwieriger Begriff. Hier geht es ja nicht nur um statistische Wahrscheinlichkeiten, sondern um sehr fundierte wissenschaftstheoretische Aussagen.

(Beifall)

Ich plädiere also für einen kritischen Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen, die uns sehr nützlich sein können, die uns sehr helfen können. Aber jenseits aller wissenschaftlichen Erkenntnis bleibt in der Arzt-Patient-Beziehung, vor allem in kritischen Situationen, die Notwendigkeit bestehen, aus eigener ärztlicher Verantwortung – wenn Sie mich fragen: aus eigener ärztlicher Erfahrung – heraus zu handeln, und zwar im wohlverstandenen Interesse des Patienten. Also auch hier gibt es die stellvertretende Übernahme von Risiken.

Zum Schluss kurz noch ein persönliches Fazit. Mir war wichtig, vor allem eine Botschaft zu verkünden, die extrem wichtig ist, wenn wir wieder Verantwortungsstrukturen in unsere Gesellschaft bringen können: Das ist die These von der Autonomie als gelebter Autonomie; wenn Sie so wollen: von der Autonomie

als gelebter Ethik. Denn nur unter der Bedingung ethischer Rahmung des Handelns der Professionals, der Ärzte, der Anwälte und aller anderen, können wir Vertrauenswürdigkeit in diesen Professionen erhalten.

Das ist für mich von besonderer Wichtigkeit, weil wir gerade in diesen Jahren erlebt haben, wozu es führt, wenn wir diese Vertrauensstrukturen durch ethische Absicherung nicht mehr haben. Es treibt Millionen von Menschen in Armut und Krise, während sich andere die Taschen vollgesteckt haben. Das kann nicht sein.

(Beifall)

Deswegen ist es so wichtig, dass wir kämpfen, jeder in seiner Profession – übrigens wir Wissenschaftler auch in unserer –, für kollegiale Selbstkontrolle statt Fremdkontrolle, durch wen auch immer: Fremdkontrolle durch Fremdinteressen ökonomischer Art, aber auch Fremdkontrolle durch staatliche Kontrolle. Wohin die staatliche Kontrolle gerade im Finanzdienstleistungssektor geführt hat, haben wir ja gesehen. Sie fand nicht statt und wird jetzt mühsam nachgeholt. Wir werden sehen, ob das gelingt.

Für mich ist auch wichtig, dass Arztpraxen und Kliniken existieren als Vertrauensorganisationen, nicht als Misstrauensorganisationen, die komplett bürokratisch überorganisiert sind. Da ist mir ein Aspekt besonders wichtig, der auch in dieser Diskussion angesprochen wurde. Es ist wichtig, dass auch Sie Ihre Kollegialität wahren, über alle Grenzen hinweg. Das ist ein zentrales Element von Zusammenhalt und Solidarität.

(Beifall)

Der Fundamentalismus der spezialisierten Gruppen führt – auch das habe ich ausgeführt – zu drastischem Machtverlust. Sie werden sich wundern, wenn Sie eine komplett segmentierte, spezialisierte und auseinanderdriftende Berufsgruppe sind, wer Ihnen dann überhaupt noch zuhört. Sie werden kaum noch jemanden finden. Politiker jedenfalls haben ein gutes Gespür für Macht und übrigens auch ein gutes Gespür für Machtverlust.

Deswegen sage ich, meine Damen und Herren: Die Zukunftsaufgabe aller Professionen, in erster Linie der ärztlichen Profession als einer Leitprofession, heißt: Sie müssen Ihre Autonomie auch dadurch sichern, dass Sie ein Solidarsystem bleiben, ein selbstverantwortetes Solidarsystem, das kollegiale Selbstkontrolle ernst nimmt, aber eben auch Kollegialität. Nur so sind die Zentrifugalkräfte, die in der wissenschaftlichen Entwicklung und in der Spezialisierung liegen, zu bändigen. Deswegen plädiere ich für Exzellenz in selbstverantworteten Strukturen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt Professor Fuchs. Bitte.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zuerst einmal ganz herzlichen Dank für diese engagierte Diskussion. Ich denke, wir können gemeinsam feststellen, dass es richtig war, diesen Beratungsgegenstand auf die Tagesordnung dieses Ärztetages zu setzen.

(Beifall)

Ich meine, dass wir damit ein Signal gesetzt haben, weil absehbar ist, dass wir, wie ich vorhin sagte, zwischen die Mühlsteine von Gesundheitswirtschaft einerseits und Drangsalierung durch das SGB V andererseits geraten. Professor Katzenmeier hat in seinem Schema dargestellt, wie sehr unsere Freiheit, unsere Handlungskorridore eingeschränkt werden. Das, was wir vorgetragen haben, was auch als ein Angebot an die Gesellschaft zu verstehen ist, wäre ein dritter Weg, der als entscheidendes Fundament die Tätigkeit des Arztes als freier Beruf hat.

Was den Leitantrag des Vorstands anlangt – ich war natürlich an der Vorbereitung etwas stärker beteiligt –, möchte ich nur anmerken, dass die Vorschläge, die dazu gemacht wurden, akzeptabel sind. Das Wort „lediglich“ ist verzichtbar, Herr Emminger. Die Aussage des Leitantrags nimmt dadurch keinen Schaden. Die Änderungsanträge 01 a und 01 b sind in meinen Augen okay, wenn es einer breiten Mehrheit für den Leitantrag dient.

Es gibt ein breit schillerndes Verständnis, was unter Mündigkeit zu verstehen ist. Es gibt den hochgradig mit Expertenwissen ausgestatteten Hämophiliepatienten, der genau um seine Krankheit und alles, was an Komplikationen auftreten kann, weiß, und zwar viel besser als der Großteil aller Ärzte. Es gibt aber auch den einwilligungsunfähigen Patienten, der in seiner Befindlichkeit ebenfalls wahrgenommen werden muss. Insofern ist es, glaube ich, hilfreich, wenn wir mit dem Begriff der Mündigkeit in zwei Richtungen umgehen: einmal in Richtung der Anwendung dieses Begriffs im Hinblick auf die individuelle Situation des jeweiligen Patienten. Wir müssen aufpassen, dass wir ihm gerecht werden. Es geht um die Betrachtung des Einzelfalls. Da kommt die Frage nach der Mündigkeit zur Anwendung.

Ich meine, wir sollten den Begriff der Mündigkeit mit dem Begriff der Wertschätzung kombinieren. Der Patient muss in seiner Befindlichkeit wertgeschätzt werden. Das hängt natürlich sehr von der Krankheit und der gesamten Situation des Patienten ab.

Zum anderen hat Mündigkeit auch etwas mit Information zu tun. Information ist nicht Wissen. Ein über das Internet Informierter hat noch lange kein Wissen. Das muss uns klar sein. Dieses Wissen führt beim Arzt im Rahmen seiner beruflichen Sozialisation zu einem Mehr an Erfahrung. Diese Erfahrung wiederum muss Anwendung finden. Das hat etwas mit Normen und Werten zu tun.

Ich glaube, meine Aussage ist richtig, dass der mit Internetinformationen vollgestopfte Patient das Wissen und die Erfahrung des Arztes sucht, auch die Werte und Normen des Arztes. Insofern sollten wir mit dem Begriff der Mündigkeit sehr differenziert umgehen.

Ich möchte Sie auch bitten, dass wir in unserer Diktion unterscheiden zwischen dem freien Beruf und der Freiberuflichkeit. Es ist eine gute Fügung, dass die Freiberuflichkeit in allen Berufen mitschwingt, die sich beispielsweise im Bundesverband der Freien Berufe zusammengefunden haben. Die Bundesärzteordnung fokussiert auf die deklaratorische Feststellung: Der Beruf des Arztes ist ein freier Beruf. Wir sollten nicht selber dahinter zurückfallen.

(Beifall)

Diese Beratung heute Nachmittag kann einen identitätsstiftenden Impuls in die Ärzteschaft aussenden. Daher ist es mir wichtig, dass von diesem 112. Deutschen Ärztetag das Signal ausgeht: Wir wollen uns für die Tätigkeit des Arztes als freier Beruf einsetzen. Wir sollten in der Tat die jungen Kolleginnen und Kollegen mit diesem Gedankengut abholen, das wir heute vielleicht konsolidiert haben. Es ist nicht damit getan, dass es im „Deutschen Ärzteblatt“ einen Bericht darüber gibt. Wir können nicht das Ganze irgendwo in die Ablage geben und sagen: Es ist ja irgendwo veröffentlicht. Wir sollten letztlich in einem freien Beruf leben und ihn vorleben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich danke beiden Referenten noch einmal sehr, sehr herzlich. Professor Fuchs ist nicht traurig, wenn ich unserem Gast, Herrn Professor Hommerich, ganz besonders danke, nicht nur deshalb, weil er unser Gast ist, sondern auch deshalb, weil er uns von außen her betrachtet hat und uns dabei so einfühlsam beurteilt und so einfühlsame Tipps gegeben hat, dass diese von Professor Fuchs aufgefangen werden konnten, sodass wir durch beide Referate und die Anträge, die wir anschließend abstimmen, zu einem guten und wichtigen Ergebnis kommen konnten, das uns für die Zukunft viel Hilfestellung bietet, wie es Professor Fuchs am Schluss auch artikuliert hat.

Nochmals herzlichen Dank beiden Referenten für ihre Referate und ihre Schlussbemerkungen.

(Beifall)

Wir kommen zur Abstimmung der 13 Anträge. Zum Antrag 01 gibt es zwei Änderungsanträge und den Vorschlag, in der ersten Zeile des dritten Absatzes das Wort „lediglich“ zu streichen. Das haben wir übernommen, sodass wir darüber nicht abstimmen müssen. Das Wort „lediglich“ entfällt von vornherein.

Dann ist beantragt worden, den letzten Satz dieses Absatzes wegen Redundanz zu streichen. Dieser Satz lautet:

> *Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung.*

Darüber müssen wir abstimmen. Wer möchte den Satz

Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung

streichen? – Wer ist gegen die Streichung? – Das ist die Mehrheit. Dann bleibt dieser Satz bestehen. Der erste Satz des sechsten Absatzes lautet:

Ärzte in einem freien Beruf stellen einen Mehrwert für die Vertrauensbeziehung von Patienten, Ärzteschaft und Gesellschaft dar.

„Mehrwert“ ist der Ausdruck, den auch Professor Fuchs in seinem Referat benutzt hat. Der **Antrag III-01 b** möchte, dass die Worte „stellen einen Mehrwert“ ersetzt werden durch „stellen die Grundlage“. Das ist ein Unterschied. Ich glaube, das spürt jeder, dass das ein Unterschied ist. „Mehrwert“ drückt aus, dass die Vertrauensbeziehung an sich schon besteht und für die Gesellschaft eine besondere Bedeutung hat. „Grundlage“ besagt: Das ist erst einmal die Voraussetzung dafür, dass hier überhaupt eine Interaktion stattfinden kann. Das ist also ein materieller Unterschied. Das sollten wir uns vergegenwärtigen. Wir stimmen jetzt darüber ab. Wer möchte statt „Mehrwert“ lieber „Grundlage“ formulieren und damit dem Antrag 01 b zustimmen? – Wer möchte 01 b nicht zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Weitere Änderungsanträge gibt es nicht, sodass der **Antrag III-01** in der Urfassung mit Ausnahme des Wortes „lediglich“ zur Abstimmung steht. Wer stimmt dem Antrag III-01 in dieser Fassung zu? – Sehr viele. Wer ist dagegen? – Keine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Dann kommen wir zum **Antrag III-02** von Dr. Bartmann, wo es nur um den Beschlusstext geht. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Mit großer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag III-03,** ebenfalls von Dr. Bartmann. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Auch einige. Das Erste war die große Mehrheit. Enthält sich jemand? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag III-04.** Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Mit großer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der Antrag III-05, ebenfalls von denselben Antragstellern. Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf)

– Schönen Dank für den Tipp. Es stimmt: Wir müssen zunächst über den **Antrag III-05 a** abstimmen. Danach soll im Antrag III-05 auf Seite 2 folgender Satz ersatzlos gestrichen werden:

Bei den niedergelassenen Ärzten existieren sogenannte Selektivverträge, in denen die teilweise Aufgabe der Therapiefreiheit durch monetäre Anreize gefördert wird.

Sie haben völlig recht: Antrag 05 a geht vor. Wer möchte dem Antrag 05 a zustimmen? – Wer ist dagegen, das zu streichen? – Das zählen wir lieber. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag 05 a zustimmen, den Satz, den ich eben vorgelesen habe, zu streichen? – Wer ist gegen die Streichung? – Wer möchte sich enthalten? – Einige Enthaltungen. Dann ist die Streichung mit 114 : 94 Stimmen befürwortet. Damit ist der Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zur Abstimmung über den so geänderten **Antrag III-05.** Wer möchte dem Antrag 05 so zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Auch einzelne. Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen,** ohne diesen Satz.

Dann kommt der **Antrag III-06** von Professor Griebenow und anderen. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag III-07 neu.** Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Außerdem hat der Antragsteller noch darum gebeten, dass es zu Beginn des dritten Absatzes nicht heißt „Die deutsche Ärzteschaft fordert“, sondern „Die deutsche Ärzteschaft verabschiedet“. Aber das wird, glaube ich, die Antragsteller auf Vorstandsüberweisung nicht davon abbringen, diesen Antrag auf Vorstandsüberweisung aufrechtzuerhalten. Oder? – Nein.

Ich frage zunächst einmal: Spricht jemand gegen Vorstandsüberweisung? – Herr Bodendieck als Antragsteller. Dann kann auch noch jemand auf die Rostra gehen, der die Vorstandsüberweisung befürwortet.

Jetzt möchte Herr Bodendieck gegen die Vorstandsüberweisung argumentieren.

Bodendieck, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche gegen die Vorstandsüberweisung. Man hat mir gerade verraten, warum man es in den Vorstand haben will: weil man es als Schnellschuss bezeichnet. Ich habe vorhin gesagt: Die Sächsische Landesärztekammer hat sich fast ein Jahr lang mit der Vorbereitung dieser Thesen beschäftigt und hat ihnen mit großer Mehrheit zugestimmt. Ich glaube, es ist Zeit, dass wir hier und heute entscheiden: Wollen wir uns kollegial so verhalten oder nicht?

Über Jahre hinweg hat es im Untergrund geschwelt, wie schlecht das kollegiale Verhältnis geworden ist. Das ist immer wieder aufgetaucht. Ich denke, der Deutsche Ärztetag sollte sich heute entscheiden: Will er Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit verabschieden oder will er es nicht tun? Ich glaube, wenn er es nicht tut, tut er sich keinen Gefallen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Möchte jetzt jemand für den Überweisungsantrag sprechen? – Bitte, Herr Rütz aus Nordrhein.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dass es mit der Kollegialität schon mal hapert, ist ja völlig klar. Dass wir daran etwas tun sollten, ist meiner Meinung nach völlig richtig. Deswegen zielt das Anliegen der Kollegen aus Sachsen auch in die richtige Richtung.

Aber ich denke, das Thema der Kollegialität und des kollegialen Umgangs miteinander wäre ein Thema für einen Tagesordnungspunkt und nicht einfach für einen Antrag, den wir hier im Schnellverfahren verabschieden.

(Beifall)

Deswegen bin ich dafür, das an den Vorstand zu überweisen, um die Sache noch einmal gründlich durchzugehen und uns dann eine neue Vorlage zu präsentieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Rütz. Dann stimmen wir jetzt über die Vorstandsüberweisung ab. Wir schauen erst einmal, ob wir ohne Zählen auskommen. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wir zählen doch lieber. Es schien so, als sei das Erste die Mehrheit gewesen. Aber ich bin nicht sicher genug. Wir zählen das lieber aus.

Ich frage also noch einmal: Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Möchte sich jemand enthalten? – Dann ist die Überweisung an den Vorstand mit 115 : 101 Stimmen angenommen. Der Antrag ist also **an den Vorstand überwiesen.** Es war schon besser, dass wir gezählt haben.

Jetzt kommt der **Antrag III-08.**

(Zuruf: Vorstand!)

– Das ist angekommen. Im zweiten Spiegelpunkt sollen die Worte „und in begehrten Lohngruppen“ gestrichen werden, sodass dieser Punkt nur noch lautet:

> *Es handelt sich in der Regel um Arbeitsplätze für Frauen, oft in familienfreundlicher Teilzeit*

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand für Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Herr Rütz aus Nordrhein.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nicht zum Spielverderber werden, aber jedes Vorstandsmitglied, Herr Jonitz, darf natürlich über den Vorstandsantrag hinaus noch seine eigene Meinung haben. Das ist nicht der Punkt. Ich glaube, dass dem Vorstandsantrag zur Freiberuflichkeit nichts Wesentliches hinzuzufügen ist. Die Formulierungen, dass die freien Berufe erheblichen ökonomischen Nutzen stiften und dass dieses Privileg verteidigt werden muss, finde ich nicht so günstig. Deswegen meine ich: Darüber muss vielleicht noch einmal nachgedacht werden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Jonitz wird gegen die Überweisung sprechen.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Damen und Herren! Ich plädiere gegen Vorstandsüberweisung. Der Antrag steht ja nicht im Gegensatz zum Vorstandsantrag, sondern ist eine Ergänzung. Es stehen in ihm zwei Dinge, die so explizit im Vorstandsantrag nicht enthalten sind. Der eine Punkt ist der klare Benefit für die Gesellschaft. Nicht wir als freier Beruf sind wichtig, sondern wichtig ist das, was wir tun. Das müssen wir entsprechend darstellen. Aus diesem Grunde bitte ich Sie, dem Antrag zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Dann stimmen wir jetzt ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen.

(Zuruf)

– Möchten Sie lieber zählen? Das kann ich verstehen. Das sind, wie man neudeutsch sagt, Cluster: Es sind immer Gruppen, die gleich abstimmen. Da können Sie nicht sehen, wie die vorne abstimmen. Vorne ist praktisch keine Zustimmung, hinten ist viel Zustimmung – und umgekehrt. Insofern ist das vielleicht etwas schlecht zu sehen.

Wir können die Abstimmung ja wiederholen. Dann sehen wir nach, ob Unterschiede sind. Wir passen jetzt alle gut auf.

Ich frage also noch einmal: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Es ist absolut sicher, dass die Mehrheit für Vorstandsüberweisung war. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist also überwiesen. Günther Jonitz wird uns im Vorstand davon überzeugen, dass das etwas Gutes ist und dass wir das weiter verfolgen.

Damit kommen wir zum **Antrag III-09.** Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag? – Weniger. Wer enthält sich? – In der vorletzten Zeile ist ein Druckfehler. Dort steht „Abreitsverträge“. Das ist ein holländischer Ausdruck, jedenfalls der erste Wortteil. So steht es an den Autobahnausfahrten. Es muss natürlich „Arbeitsverträge“ heißen. Ich glaube, das hat jeder so wahrgenommen. Das ist schon alles in Ordnung.

Wir kommen zum **Antrag III-10** von Herrn Lenhard. Er möchte, dass wir nicht mehr „Leistungserbringer“, sondern „Ärzte“ sind. Wer ist dafür? – Alle. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Dann kommt der **Antrag III-11,** der etwas umstritten ist.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung? – Gut. Möchte sich dazu jemand auf der Rostra äußern? – Das ist nicht der Fall. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Auch das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer möchte nicht, dass eine Vorstandsüberweisung stattfindet? – Das ist die Mehrheit. Dann stimmen wir ab. Wer möchte den Antrag III-11 befürworten? – Wer ist dagegen, dass wir diesen Antrag verabschieden? – Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag III-12** von Professor Grifka. Der Antrag ist ausgiebig begründet. Wer möchte dem Antrag III-12 zustimmen? – Viele. Wer ist gegen den Antrag? – Kaum jemand. Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Der letzte Antrag ist der **Antrag III-13:** Vertrauensminderndes Verhalten von Krankenkassen. Ist der Antrag ausgeteilt? – Ja. Sie konnten ihn auch noch lesen? – Gut. Dann stimmen wir darüber ab. Wer möchte dem Antrag III-13 zustimmen? – Wer ist nicht für Zustimmung? – Einzelne. Wer möchte sich enthalten? – Zahlreiche Enthaltungen, aber doch mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt hat Herr Kollege Schäfer aus Hamburg gebeten, eine persönliche Erklärung zum Thema Geriatrie abgeben zu dürfen, weil es da Sender- und Empfängerschwierigkeiten gab. Das gestatten wir ihm natürlich gerne. Herr Schäfer, bitte, eine persönliche Erklärung.

Schäfer, Hamburg: So kann man missverstanden werden, wenn man die Betonung nicht deutlich genug setzt! Ich weiß sehr wohl, wovon ich rede. Ich selbst habe die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie, Sportmedizin“ und habe in Hannover zwei Wochen ambulante geriatrische Reha gelernt.

(Lachen)

Bei meinem Redebeitrag galt es, das Wort „die“ zu betonen und nicht nur „Geriatrie“. Die Aussage war, dass ein noch so engagierter Chef einer Geriatrie nicht in der Lage ist, dem kaufmännischen Direktor ausreichend Paroli zu bieten und dem qualitätsmäßigen Downgrading seiner eigenen Abteilung Einhalt zu gebieten.

Es sollte nicht die Geriatrie per saldo desavouiert werden. Ich bitte um Entschuldigung, dass ich mich hier nicht deutlich genug ausgedrückt habe.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für diese persönliche Erklärung.

Damit ist der Tagesordnungspunkt III geschlossen. Ich bedanke mich noch einmal sehr herzlich bei Professor Hommerich und bei Professor Fuchs. Das kann man gar nicht genug machen.

(Beifall)

Ich wünsche Professor Hommerich, wenn er nach Hause fahren sollte, eine gute Heimreise. Aber vielleicht hat er auch gute Gründe, in Mainz zu bleiben, beispielsweise um dem Ärztetag beizuwohnen. Das wäre ein guter Grund. Er ist herzlich dazu eingeladen.

Meine Damen und Herren, ich glaube, es lohnt sich nicht mehr, einen neuen Tagesordnungspunkt aufzurufen, denn es ist jetzt kurz vor 18 Uhr.

(Beifall)

Ich schließe den heutigen Sitzungstag. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend und hoffe, dass wir uns morgen früh um 9 Uhr gesund wiedersehen.

3. Tag: Donnerstag, 21. Mai 2009
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle sehr herzlich und hoffe, dass Sie einen schönen erholsamen Abend und eine gute geruhsame Nacht, wie man heute sagt, hatten, sodass wir heute unser Pensum schaffen können.

Ich begrüße unsere beiden Herren Ehrenpräsidenten, und zwar zum einen den Ehrenpräsidenten dieses 112. Deutschen Ärztetages, Herrn Sanitätsrat Dr. Hans Engelhard. Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie so intensiv an unseren Beratungen teilnehmen.

(Beifall)

Ich begrüße den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Zugegen ist auch der Generalsekretär des Weltärztebunds, Herr Dr. Dr. h. c. Otmar Kloiber. Herzlich willkommen, Otmar!

(Beifall)

Es sind auch heute wieder zahlreiche Gäste aus dem Ausland zugegen, die wir aber schon begrüßt haben, bis auf einen, nämlich Herrn Dr. Tomas Šindler, Mitglied des Vorstands der tschechischen Ärztekammer. Er ist heute zu uns gestoßen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir haben heute ein Geburtstagskind unter uns – ich hoffe, er ist bereits anwesend –: Es handelt sich um Herrn Professor Dr. habil. Otto Bach, Delegierter der Sächsischen Landesärztekammer. Er ist außerdem Mitglied des Vorstands des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung. Herzlichen Glückwunsch, Herr Professor Bach, zu Ihrem Geburtstag!

(Beifall)

Dann bin ich gebeten worden, doch noch einmal darauf hinzuweisen – das tue ich ausgesprochen gerne –, dass es bei der Stiftung, die im Foyer die Gemälde ausgestellt hat, mit den Spenden nicht so richtig läuft. In Münster war das besser. Sie werden gebeten, sich die Bilder einmal anzuschauen. Wenn Sie die Bilder nicht kaufen möchten, könnten Sie dort vielleicht einige Euros als Spende geben, damit der Rekord von Münster möglichst eingestellt, vielleicht sogar gebrochen wird. In Münster sind 4 000 Euro zusammengekommen. Ich meine, das müssten wir hier in Mainz eigentlich auch schaffen. Also hier noch einmal

der Hinweis auf diese Möglichkeit der Spende. Es geht um ein sehr, sehr gutes Werk. Vielen Dank.

Wir kommen zu **Tagesordnungspunkt IV:**

Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung

Bevor Frau Dr. Goesmann diesen Tagesordnungspunkt moderieren wird, möchte ich unseren Delegierten der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Helmut Peters bitten, hier oben Platz zu nehmen. Er ist Referent bei diesem Tagesordnungspunkt; deswegen ist sein Platz hier oben. Ich begrüße ihn sehr herzlich.

(Beifall)

Natürlich begrüße ich besonders herzlich unseren Gast Herrn Professor Dr. Michael Seidel aus Bielefeld.

(Beifall)

Er ist Leitender Arzt und Geschäftsführer im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel. Dass wir dieses Thema überhaupt auf unserer Tagesordnung haben, liegt daran, dass er so freundlich war, mich persönlich nach Bethel einzuladen, um dort einmal einen Tag zu verbringen. Das habe ich vor etwa einem Jahr gemacht. Helmut Peters kennen wir ja schon lange als Delegierten; er ist bei uns schon oft aufgetreten. In Bethel war ich das erste Mal kurz nach dem Krieg und dann eben jetzt wieder. Ich war erstaunt, was man dort alles sehen und lernen kann, aber auch welche Nöte man dort erfährt.

Nach diesem Besuch habe ich gesagt, man müsste zwei Dinge tun, nämlich erstens einen Kongress zu diesem Thema durchführen – dieser hat am 16. Dezember des vorigen Jahres in Berlin stattgefunden – und zweitens diese Thematik zu einem Tagesordnungspunkt auf einem Deutschen Ärztetag machen, damit das auch ordentliches Beschlussgut der verfassten deutschen Ärzteschaft wird.

Ich möchte gleich ankündigen: Wenn wir mit diesem Tagesordnungspunkt fertig sind, werden wir Tagesordnungspunkt VI – Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer – aufrufen, weil wir Herrn Rechtsanwalt Schirmer aus der Gemeinsamen Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer nur noch heute unter uns haben. Ich glaube, diesen Tagesordnungspunkt sollten wir vorziehen, damit das auf jeden Fall schon einmal in trockenen Tüchern ist.

Ich übergebe jetzt die Sitzungsleitung an unsere Vizepräsidentin Frau Dr. Goesmann. Bitte schön, Cornelia.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Sehr verehrte Referenten! Meine Damen und Herren! Ich wünsche Ihnen einen schönen guten Morgen. Wir dürfen uns jetzt dem medizinischen Thema unseres Ärztetages zuwenden. Sie

erinnern sich, dass wir in den letzten Jahren jeweils sehr hochkarätig beispielsweise das Thema Menschen mit demenziellen Erkrankungen und andere wichtige Themen aus dem Bereich der Menschen mit besonderer Betreuungsbedürftigkeit behandelt haben.

Heute geht es um die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung. Ich darf Sie darauf hinweisen: Es gibt eine Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V. Diese Arbeitsgemeinschaft hat im Foyer einen Ausstellungsstand aufgebaut. Ich bitte Sie, diesen Stand einmal zu besuchen, um sich vielleicht auch mit Informationsmaterial zu versorgen, damit Sie sich vertieft mit dem Thema beschäftigen können.

Im Übrigen gab es ja auch den Stand der Menschen mit Downsyndrom – ich habe ihn heute Morgen noch nicht gesehen –, dieser Stand trägt den Namen „Ohrenkuss“. Man hat dort sehr schöne Literatur von betroffenen Patienten ausgelegt. Man kann sich auch dort vertieft informieren. Es gibt dort auch wunderbare Lesezeichen und Mitbringsel.

Wir steigen nunmehr in den Tagesordnungspunkt IV ein. Ich darf als Ersten unseren Kollegen Dr. Peters aus Mainz zu seinem Referat bitten. Er ist Ärztlicher Leiter des Kinderneurologischen Zentrums Mainz und Delegierter auf diesem Ärztetag. Bitte schön, Herr Kollege Peters.

Dr. Peters, Referent: „Der Mensch ist ein Gefäß, das Gott mit sich gefüllt hat, um an ihm seine Werke zu erfüllen.“ Mit diesem Menschenbild, welches Hildegard von Bingen formuliert hat, möchte ich Sie, verehrte Delegierte, verehrte Damen und Herren, herzlich begrüßen. Professor Seidel und ich, wir bedanken uns bei Ihnen, beim Vorstand der Bundesärztekammer und insbesondere bei Professor Hoppe herzlich dafür, dass dieses uns am Herzen liegende Thema ein Tagesordnungspunkt auf diesem Ärztetag geworden ist.

Es freut uns, wie wir den Ausführungen von Staatssekretär Schröder entnehmen konnten, dass der Handlungsbedarf für diese Menschen mit Behinderungen erkennbar auch von unserem Bundesministerium angenommen worden ist. Wir sind gespannt und auf jeden Fall hoffnungsvoll.

Der Mensch ist ein Gefäß, das Gott mit sich gefüllt hat, um an ihm seine Werke zu erfüllen. Es steht uns Menschen und insbesondere uns Ärzten nicht an, dieses Gefäß zu zerstören, und sei es für unsere Begriffe noch so beschädigt. Darum hat der Ärztetag wiederholt jeglicher Euthanasiebestrebung eine klare Absage erteilt.

(Beifall)

Sie sehen auf der Leinwand den persönlichen Erlass Hitlers – übrigens zurückdatiert – an den obersten Reichsarzt Dr. Brandt und den Reichsleiter Bouhler am 1. September 1939, also zu Kriegsbeginn, welcher die unsägliche Euthanasie des sogenannten lebensunwerten Lebens auf den Weg bringt:

> *… dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.*

Als ich im Mai 1989 zum ersten Mal einen Ärztetag als Delegierter im damals noch geteilten Berlin besuchen durfte, wurde damals in einer Begleitausstellung im Foyer gezeigt, welch grausame Dimension dies angenommen hatte. Hitlers Formulierung

> *… dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann*

war in Wahrheit der Start in eine menschenverachtende Tötungsmaschinerie. Verschleiert wurde dies als Aktion T 4 – benannt nach dem Sitz der Zentrale in der Tiergartenstraße 4 –, damit der sich abzeichnende Widerstand in der Bevölkerung umgangen wurde. Tausende von behinderten Menschen wurden in den berüchtigten grauen Bussen abtransportiert und getötet. Das darf uns nie wieder geschehen!

(Beifall)

Unseligerweise ist unser Nachbarland Holland auch auf einem fatalen Fehlweg. Eine holländische „Arbeitsgruppe“ hat im renommierten „New England Journal of Medicine“ ihre Kriterien publiziert, gemäß denen sie 22 Neugeborene mit komplexen Fehlbildungen euthanasiert haben. Es ist mir ein Rätsel, wieso solch eine Arbeit überhaupt so hochkarätig publiziert werden konnte und heute noch als Free Text im Internet ohne Gebühren abrufbar ist.

Wie sehr der Gedanke lebensunwerten Lebens nachwirkt, können Sie der mir heute noch unbegreiflichen Wortmeldung eines Delegierten im Jahre 2001 auf dem Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen entnehmen, der als Vater von fünf Kindern und als Inhaber einer orthopädischen Praxis, die schwerpunktmäßig Menschen mit Spastik und Trisomie 21 behandelt, überhaupt keinen Eigenwert in einem behinderten Leben sieht.

Menschen mit Behinderungen haben denselben Wert und dieselbe Würde wie wir alle. Dies ist ein grundgesetzlich verbrieftes Recht. Es gibt keine krassere Benachteiligung von Behinderten, als wenn wir ihnen einen Lebenswert und das Lebensrecht absprechen. In diesem verfassungsrechtlichen Belang gibt es noch nicht einmal sogenannte „klare Fälle“, sodass das Argument, wo man hier eine Grenze ziehen wollte, noch nicht einmal greift.

(Beifall)

Engagieren wir uns besser, indem wir Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung beistehen. Sie benötigen unsere engagierte ärztliche Hilfe. Wenn wir für sie die benötigten Versorgungsstrukturen zur Verfügung stellen – darum geht es heute hier –, dann tun wir übrigens nicht nur etwas für sie, sondern auch für uns; nicht zuletzt deshalb, weil wir nie wissen, ob wir sie schon morgen selbst benötigen.

Erlauben Sie mir, dass ich jetzt kurz meine Rolle als Referent verlasse und als Delegierter zu Ihnen spreche. Wir haben am Dienstag den Beschluss auf den Weg gebracht:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die Voraussetzungen für eine generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips zu schaffen.*

Ich muss Ihnen sagen: Ich bin in Sorge, ob nicht die Belange von Menschen mit mehrfacher Behinderung und von sozial Bedürftigen über solch eine generelle Situation noch einmal geschwächt werden.

(Beifall)

Ich habe aber gehört, dass es jetzt mehrere Anträge geben soll, die diesen Beschluss relativieren und dann auch vertretbar machen. Ich möchte Sie bitten, diese Anträge zu unterstützen.

Die Versorgung dieser Kinder verbindet sich für ihre Familien mit hohem Aufwand, den sie ohne gesellschaftliche Hilfe oft nicht werden tragen können. Die Komplexität der zu betreuenden Themen fordert bzw. überfordert aber auch die medizinischen Regelversorgungssysteme, ambulant wie stationär. Wir müssen dafür die insbesondere für Erwachsene unzulängliche Situation verbessern.

Erlauben Sie mir bitte, dass ich Ihnen am Beispiel von zwei Kindern zeige, welche Komplexität die Versorgung dieser Kinder besitzt.

Die erste Patientin, Franziska – sie heißt auch so; ich habe von der Mutter die Genehmigung, sie so darzustellen –, ist ein jetzt zehnjähriges Mädchen mit einer komplexen Mehrfachbehinderung: Sie hat infolge einer Zytomegalieembryopathie eine neuronale Migrationsstörung als Hirnfehlbildung. Kinder mit neuronalen Migrationsstörungen haben häufig die Trias einer massiven Entwicklungsstörung, nicht behandelbaren Krampfanfällen und einer zerebralen Bewegungsstörung. So auch Franziska, die ich seit dem frühen Säuglingsalter begleiten und behandeln darf. Bei ihr hat die Spastik zu operationswürdigen Hüftgelenksluxationen geführt. Sie hat darüber hinaus eine sehr schwer therapierbare Epilepsie, sodass schon wiederholt der Hubschrauber anfliegen musste. Sie erhält zurzeit eine intensive Mehrfachmedikation mit neuen Antikonvulsiva wie Levetiracepam und Lamotrigen sowie dem guten alten Brom. Am meisten aber profitiert sie durch eine ketogene Diät, deren Behandlungsprinzip schon in der Bibel erwähnt ist. Allerdings muss die Mutter – sie ist selbst Kinderärztin – mit ihrer Krankenkasse um die Kostenübernahme dieser Behandlung einen zermürbenden Kampf führen. Dasselbe Theater hat sie übrigens auch, wenn Franziska Hilfsmittel benötigt.

Franziska liebt ihr Leben in der Familie; wenn es ihr gut geht, geht es auch der Familie gut. Sie ist hervorragend in die Schule integriert, sie ist Fan von klassischer Guitarrenmusik – der Vater spielt auch Guitarre – und geht mit ihrer Familie gerne und oft auf Reisen. Die Mutter sagt selbst, dass sie durch ihre Tochter viel erfährt und vor allem viel gelernt und ganz viel hinzugewonnen hat.

Die zweite Patientin ist eine mittlerweile 16-jährige Patientin mit einer Spina bifida mit thorakolumbalem Lähmungsniveau und zahlreichen Begleitfehlbildungen des zentralen Nervensystems mit folgenreichen Komplikationen für die Atmung, für die Stabilität der Wirbelsäule, mit wiederholten Spontanfrakturen mit kompliziertem Verlauf, mit Krampfanfällen, einer verzögerten mentalen Entwicklung, Stuhl- und Harninkontinenz sowie rezidivierenden fieberhaften Nierenentzündungen.

Hier werden zahlreiche erfahrene Spezialisten benötigt, um weitere Komplikationen nach Möglichkeit zu verhindern. Patienten mit Spina bifida brauchen eine sorgfältige medizinische Begleitung, da der Erkrankungsverlauf dynamisch ist und zum Teil lebensbedrohliche Komplikationen wie Atemstillstände verhindert werden können, wenn sie frühzeitig erkannt werden.

Was benötigen Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung?

An erster Stelle stehen unsere ärztlichen Kenntnisse und Erfahrungen in diagnostischen und therapeutischen Belangen. Ferner ist eine Betreuung komplexer Störungen nur im Team möglich. Eine langjährige Betreuung verlangt wegen der zahllosen Fakten und wegen der häufig bestehenden Entwicklungsprobleme eine kontinuierliche Betreuung in personeller Konstanz. Wenn die Familie jedes Mal einem anderen Arzt begegnen würde, wird sie bald nach Alternativen suchen. Sie will nicht jedes Mal beim Termin mit einem neuen Arzt wieder alles aufs Neue erzählen. Das schmerzt unnötig und verbindet sich mit der berechtigten Annahme, dass dieser neue Arzt dann die Komplexität nicht kennt und ihr nicht entsprechen wird. Entsprechend eingeschränkt wird dann seine Behandlungskompetenz sein.

Sie sehen hier auf der Leinwand Franziskas Patientenakte. Können Sie sich vorstellen, auf Anhieb ein klinisches Problem verantwortungsvoll zu lösen, wenn Sie Franziska jetzt zum ersten Mal begegnen würden?

Behinderte Kinder entwickeln sich. Dies ist in konstanten Teambedingungen besser sichtbar. Umgekehrt kann das Krankheitsbild eine prozesshaft dynamische Verschlechterung aufweisen, die nur im kontinuierlichen Verlauf mit konstanten Untersuchern sichtbar wird. Es ist ferner eine Case-Management-Funktion gefragt, die die verschiedenen Disziplinen intern wie extern koordiniert.

Wegen dieser Komplexität der Versorgungsthemen halten wir Kinderärzte und Sozialpädiater übrigens eine zusätzliche Qualifikation in der Form der Zusatzweiterbildung Sozialpädiatrie für erforderlich. Als ich selbst von der Kinderheilkunde als Kinderarzt in die Sozialpädiatrie wechselte, habe ich noch einmal sehr umfassend viele neue Kenntnisse und Fertigkeiten erfahren dürfen.

Die eben genannten Versorgungserfordernisse erfüllen die Sozialpädiatrischen Zentren aufgrund ihrer Aufgabenstellung und der mit ihnen verbundenen Struktur; sie verstehen sich als interdisziplinär arbeitende, vorwiegend ambulant arbeitende Einrichtungen. Das Spektrum der zu betreuenden Erkrankungen beinhaltet insbesondere die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Sie nehmen aufgrund § 119 SGB V an der gesetzlichen Krankenversorgung teil und ergänzen die niedergelassenen Ärzte-

und Jugendärzte in ihrer Versorgungsaufgabe. Zu ihrem Aufgabenspektrum gehören die Untersuchung, Behandlung und Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder unter Berücksichtigung ihrer Entwicklungsspezifika. Besonderes Augenmerk ist in der Behandlung, wie sich die Behinderung im familiären, vorschulischen, schulischen und beruflichen Umfeld auswirkt. Zur Verbesserung der Teilhabe vermitteln sie Integrationshilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, dem KJHG. Sie bewirken oder bieten interdisziplinäre Frühförderung an, sie veranlassen schulische Fördermaßnahmen. Im Bedarfsfall leiten sie Maßnahmen zur Erziehungshilfe und zur Fremdunterbringung ein, wirken aufgrund der Kenntnisse der Behinderung bei der Pflegestufeneinschätzung mit und haben besondere Kompetenz hinsichtlich der Heil- und Hilfsmittelverordnung.

Die Betreuung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger und mehrfacher Behinderung gehört dabei zu ihren vornehmsten Aufgaben. Die betreuten Krankheitsbilder betreffen vor allem neuropädiatrische Erkrankungen, also Entwicklungsstörungen, Cerebralparesen, Epilepsien, Muskelerkrankungen, Spina bifida, Hydrocephalus und anderes mehr. Ferner werden Kinder mit psychologischen Störungen, also Verhaltensauffälligkeiten, AD(H)S, Störungen des Sozialverhaltens, psychosomatische Symptome und Teilleistungsstörungen, behandelt. Eine wichtige Aufgabe ist die Langzeitbegleitung und Nachsorge nach Früh- bzw. Risikogeburten. Zum sozialpädiatrischen Spektrum gehören ferner Störungen des sozialen und familiären Umfelds wie familiäre Interaktionsstörungen, kindliche Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch.

Der Komplexität entsprechend arbeiten die Sozialpädiatrischen Zentren interdisziplinär und beziehen dabei die Familie und das soziale Umfeld mit ein. Eine Stärke ist die kontinuierliche Betreuung durch konstante Teams während der gesamten Kindheit, also von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Die Patienten und Familien schätzen es, dass die SPZ-Teams die komplexen Besonderheiten ihrer Kinder kennen und in die Betreuung mit einbeziehen. Die SPZ-Arbeit versteht sich übrigens als komplementäre Betreuung zu niedergelassenen Ärzten, sie kooperieren mit Fördereinrichtungen, Kindergärten, Schulen usw.

Der Komplexität der betreuten Störungsbilder entsprechen die sozialpädiatrischen ärztlich geleiteten Teams, die sich aus Mitarbeiterinnen aus den Bereichen der klinischen Psychologie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heil-, Sonder- und Sozialpädagogik, Kinderkrankenpflege, Rehaberatung für Hilfsmittel zusammensetzen. In diesen Teams wirken nach Bedarf externe Spezialisten beispielsweise aus den Gebieten der Orthopädie oder Neurochirurgie mit.

Wie Sie an dem Beispiel der Versorgung einer Cerebralparese sehen, sind mehrere Teiltherapiemodalitäten für das Kind in Erwägung zu ziehen: Physiotherapie, Hilfsmittelversorgung, Botulinumtoxin, orthopädische sowie neurochirurgische Interventionen. In dieser Behandlung ist die Entwicklung des Kindes, seine familiäre und schulische Situation mit zu berücksichtigen. Ohne konstante Teams ist die Verlaufsbeurteilung und Betreuung nicht das wert, was sie sein könnte.

Nehmen wir davon eine Komponente heraus: die Versorgung mit Hilfsmitteln. Sie ist für Patienten von herausragendem Stellenwert, weil sie die Möglichkeit von Teilhabe besonders unterstützt und fördert. Auch hier ist eine problemgerechte Versorgung eigentlich nur im Team vorstellbar. Die Hilfsmittelangebote sind kaum noch übersehbar. Das Verfahren ist sehr komplex. Wenn wir ein hoch querschnittsgelähmtes Kind mit Gehorthesen zum aufrechten Gang bringen und es nicht mehr verkrüppelt am Boden liegt, tun wir übrigens auch etwas für seine Würde.

(Beifall)

Als wir ein Kind mit solch einer reziproken Gehorthese versorgten, sagte der kleine Steppke: Ich kann fliegen.

Wie Sie diesem Versorgungsschema eines Qualitätspapiers für Hilfsmittelversorgung entnehmen können, welches wir gerade für alle SPZs erarbeitet haben, ist der Ablauf der Hilfsmittelversorgung hoch differenziert. Mit dem alleinigen Verordnen ist es nicht mehr getan. Es gilt, in dem immer größer werdenden „Hilfsmitteldschungel“ das für das Kind angemessene Hilfsmittel zu finden, individuell anzupassen und so anzutrainieren, dass es im Alltag auch genutzt wird. Wir müssen gegenwärtig befürchten, dass diese so wichtige und wertvolle Versorgung im Rahmen der Gesundheitsreform in konkreter Gefahr ist. Wenn wir die individuellen Kooperationen, die auf langjährigen Erfahrungen aufbauen, dem „Wettbewerb“, der ja in Wahrheit keiner ist, opfern, wird sich die Versorgungsqualität wieder verschlechtern. Ob dies dann preiswerter ist, steht noch dahin.

Was uns Sozialpädiater sehr bekümmert hat, ist die teilweise sehr lange administrative Bearbeitungsdauer, bis diese Hilfen gewährt werden, und die vielen Ablehnungen von Maßnahmen, insbesondere bei privaten Krankenkassen. Der damit verbundene administrative Aufwand ist für uns Ärzte immens.

Menschen mit geistiger Behinderung können klinisch häufig Besonderheiten aufweisen, die dann auch eine besondere diagnostische wie therapeutische Vorgehensweise erfordern.

Wenn Sie sich die hier gezeigte Auflistung ansehen, können Sie sicherlich gut nachvollziehen, dass dies nicht unbedingt den Arzt-Patient-Kontakt erleichtert. Wenn die Patienten unkontrolliert schreien, immobil und inkontinent sind, speicheln, in allen Belangen gepflegt werden müssen, wenn sie auf Bezugspersonen fixiert sind und bei einem Kontakt zu Fremden schreiend abwehren: Wer möchte hier gerne in die Versorgung eintreten? Wir Kinderärzte sind hier in einem gewissen Vorteil, denn dies ist genau die Situation, wie wir sie bei Säuglingen regelhaft erleben.

Hier als Bildbeispiel ein Foto meines jüngsten Sohnes im Säuglingsalter, mit dem ich ungeachtet dieser Eigenschaften sogar 1994 die Eröffnungsfeier des damaligen Ärztetages in Köln besuchen konnte. Das ist gesellschaftliche Teilhabe auf höchstem Niveau.

(Beifall)

Am Anfang des Lebens sind die Unterschiede von behinderten Kindern zu gleich alten Säuglingen ohne Behinderung noch nicht erkennbar bzw. entwicklungsbedingt noch nicht vorhanden. Diese werden sich erst später einstellen. Deswegen benötigen diese Familien unsere Begleitung, damit die Kinder bei erkennbaren Problemen rechtzeitig gefördert und behandelt werden, aber auch damit nach Möglichkeit Übertherapien, Behandlungen mit nicht wirksamen Methoden den Kindern und ihren Familien erspart bleiben, denn viele Eltern fragen sich: Machen wir alles richtig oder zu wenig? Mit dieser Gefühlslage wird auf unseriöse Weise leider viel Geld verdient.

Geistig und mehrfach Behinderte sind grundsätzlich anfälliger für weitere Erkrankungen; sie weisen dann anders akzentuierte Symptome und besondere Erkrankungsverläufe auf, haben öfter Mehrfacherkrankungen. Dies erfordert andere Untersuchungsstrategien und ein entsprechendes aufmerksames Problembewusstsein dafür, weil sonst selbst häufige Diagnosen wie die akute Blinddarmentzündung verschleppt diagnostiziert und behandelt werden und die Mortalität dafür, wie in einer Arbeit publiziert, von 0,1 Prozent auf 23 Prozent ansteigen kann.

Deswegen benötigen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte besondere Kenntnisse, wie sie beispielsweise in der geplanten Zusatzweiterbildung Sozialpädiatrie oder Curriculare Fortbildung für die Medizinische Versorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung vermittelt werden.

Bis wir zu dieser Versorgungsstufe gekommen sind, haben wir einen weiten Weg hinter uns. Er ist jetzt ziemlich genau 100 Jahre alt. Deshalb erlauben Sie mir bitte einen kleinen Ausflug in die Geschichte der Sozialpädiatrie.

1909 standen die Pädiater ohnmächtig dem Phänomen gegenüber, dass in den Krankenhäusern eine extrem hohe Säuglingssterblichkeit von bis zu 80 Prozent bestand. Der Münchner Kinderarzt Meinhardt von Pfaundler sprach 1909 deshalb von einem bethlehemistischen Kindermord in Permanenz. Es wurde überlegt, die Kinderabteilungen für Säuglinge zu schließen. In Ermangelung wirksamer Behandlungsmethoden konnten nur die präventiven Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, Früherkennung und Pädagogik dieser grausamen Situation begegnen.

1909 war die Geburtsstunde der Sozialpädiatrie, damals Vereinigung für Säuglingsschutz genannt. Die medizinische Versorgung war in hohem Maße eingebettet in die Gemeinwesenbezüge. Das Buch von Czerny von 1911, das dem Pädiater erzieherische Aufgaben zuwies, erlebte elf Auflagen. 1983 wurde es sogar noch einmal nachgedruckt. Engel und Berendt schrieben den Pädiatern 1927 in Band 4 des achtbändigen Handbuchs für Soziale Hygiene eine klare soziale Kompetenz zu. Beispielsweise war die Säuglingssterblichkeit für uneheliche Säuglinge mit fast 30 Prozent knapp doppelt so hoch wie für ehelich geborene Säuglinge. Um die Versorgung zu verbessern, entstand die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz.

Da dieses Konzept im Wesentlichen von diesen und weiteren jüdischen Pädiatern entwickelt worden war – damals waren die Hälfte der deutschen Kinderärzte jüdischer Abstammung –, wurde es im Dritten Reich nicht fortgeführt, nachdem diese verdienstvollen Kollegen nicht mehr willkommen waren. Der Name

der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz mutierte zur Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind. Kinder mit Behinderung wurden Opfer der Euthanasie, starben offiziell an natürlichen Erkrankungen wie Pneumonien. Im Krieg starb auch hier die Wahrheit.

Nach dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Diktatur, nach Wiederaufbau unseres zerstörten Landes und dem erlebten Wirtschaftswunder formierte sich die Sozialpädiatrie neu. Der auch heute noch im 90. Lebensjahr ungebrochen aktive Münchner Kinderarzt Theodor Hellbrügge schuf 1968 das erste Sozialpädiatrische Zentrum, nachdem er vorher zusammen mit seinem Oberarzt Johannes Pechstein im Band 3 des zehnbändigen Handbuchs für Kinderheilkunde die theoretischen Grundlagen dafür ausgearbeitet hatte. Pechstein war es auch, der den Begriff der Sozialpädiatrischen Zentren prägte.

Dieses erste Zentrum wurde von Anfang an sehr beachtet. Der damalige Sozialminister Heiner Geißler initiierte bereits 1971 das zweite Sozialpädiatrische Zentrum, welches Pechstein leitete und in dem ich jetzt arbeiten darf. Schon zehn Jahre später gab es bereits 21 Zentren. Den großen Durchbruch bewirkte 1989 die Aufnahme der Sozialpädiatrischen Zentren in § 119 des SGB V. Die Anzahl der Sozialpädiatrischen Zentren stieg bis heute auf über 130 Zentren an, sodass wir jetzt von einer flächendeckenden Versorgung der zu betreuenden Patienten sprechen dürfen.

Am Beispiel von Rheinland-Pfalz mit seinen acht Sozialpädiatrischen Zentren – Bad Kreuznach, Landau, Landstuhl, Ludwigshafen, Mainz, Neuwied und Trier – mit ihren dezentralen Außenstellen ist die flächendeckende Versorgung gut erkennbar.

Diese Sozialpädiatrischen Zentren sichern bundesweit flächendeckend die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger und mehrfacher Behinderung bis zum 18. Lebensjahr. Für die betreuten Patienten bedeutet dies eine gelungene, verlässliche Versorgungsstruktur. Sie ist entstanden im Dialog der Sozialpädiater mit den verantwortlichen Sozialpolitikern und den Kostenträgern. Dass dies so gut gelungen ist, dafür sei den beteiligten Gesundheitspolitikern und Krankenkassenverantwortlichen an dieser Stelle ausdrücklich gedankt. Das haben Sie gut gemacht.

(Beifall)

Was uns allerdings bundesweit große Sorgen bereitet, ist, dass die Erfüllung der gestellten Aufgaben für die Sozialpädiatrischen Zentren zunehmend unter Druck gerät, weil die tarifbedingten Lohnsteigerungen wiederholt in der Finanzierung nicht nachgeführt worden sind. Ich versuche immer, den Journalisten das folgendermaßen zu erklären. Wenn jemand sagt „Haben Sie schon gehört, das Benzin ist wieder teurer geworden!“, antwortet der andere: „Das ist mir egal, ich tanke sowieso nur für 20 Euro.“ Das ist auch eine Art der Rationierung. Es wird nämlich immer weniger, was wir den Patienten für einen bestimmten Betrag anbieten können.

(Beifall)

Viele Zentren haben zudem Wartelisten über viele Monate. Dieser Form der Rationierung müssen wir so entsprechen – das tun wir seit über zehn Jahren –, dass wir bei den angemeldeten Patienten Prioritäten anwenden müssen. Beispielsweise gehen angemeldete Säuglinge, Kinder mit Anfällen oder anderen drängenden klinischen Problemen nicht in die Warteliste, sondern werden zeitnah versorgt. Dafür müssen andere eben länger warten. Das ist auch eine Form der Priorisierung.

Für Patienten bricht ab dem 18. Lebensjahr diese Versorgung ab. Es gibt eine Ausnahme: Patienten mit Spina bifida dürfen in drei Sozialpädiatrischen Zentren in der Bundesrepublik, nämlich in Berlin, Erlangen und Mainz, über das 18. Lebensjahr hinaus versorgt werden.

Viele dieser Patienten leben weiterhin in ihrer Familie und sind von dieser Versorgungsmisere besonders betroffen.

Warum die Versorgung von Erwachsenen so schlecht ist – übrigens nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen europäischen Ländern –, liegt unter anderem an der gestiegenen Lebenserwartung. Das mag unter anderem folgenden Grund haben, wie ich Ihnen anhand folgender Anekdote erläutern möchte: Als das Land Rheinland-Pfalz unser kleines kinderneurologisches Zentrum in Mainz aus wirtschaftlichen Gründen im Jahre 2000 dem großen öffentlichen Träger Landeskrankenhaus angliederte, besuchte mich damals sein Geschäftsführer. Ich zeigte ihm unsere Einrichtung und erwähnte als Besonderheit, wir dürften als Kindereinrichtung auch erwachsene Patienten mit Spina bifida versorgen. Daraufhin meinte die begleitende Assistentin des Geschäftsführers: „Wieso, die sterben doch alle schon im Kindesalter“. Daraufhin fragte ich, wie sie zu einer solchen Auffassung käme. Sie erwiderte, sie hätte auch eine Ausbildung als Kinderkrankenschwester. Ich fragte sie, wo sie ausgebildet worden sei. Sie antwortete: „In Paris“, aber das liege schon über 20 Jahre zurück.

Da bestätigte ich ihr, dass diese Aussage damals tatsächlich zutraf. Mittlerweile aber dürften die Patienten aufgrund des medizinischen Fortschritts erwachsen werden. 60 Prozent unserer 1 000 Patienten mit Spina bifida, die wir jährlich betreuen, sind über 18 Jahre alt.

Bei Menschen mit Trisomie 21 ist die Lebenserwartung ebenfalls sehr viel besser geworden. Innerhalb der letzten 100 Jahre ist die Lebenserwartung von 9 auf 60 Jahre angestiegen. Wenn wir für diese Patienten die Kriterien für Lebensqualität anlegen, haben sie übrigens eine bessere Lebensqualität als wir. Auch das sollte uns nachdenklich stimmen.

Wir dürfen feststellen, dass unser Gesundheitssystem auf diese verlängerte Lebenserwartung von Behinderten noch nicht eingerichtet ist. Hier besteht konkreter Handlungsbedarf. Ein Aspekt ist übrigens auch, dass diese Patienten, als sich unser Gesundheitswesen formierte, nicht zu versorgen waren, weil sie im Dritten Reich umgebracht worden waren. Das ist nach und nach nachgewachsen. Wir müssen jetzt für diese Patienten eine Versorgung finden.

So entwickelt diese Versorgung für Kinder und Jugendliche ist: Insgesamt ist die medizinische (kurative, präventive und rehabilitative) Versorgung von Men-

schen mit geistiger und Mehrfachbehinderung in Deutschland unzulänglich. Deswegen möchte ich Ihnen, verehrte Delegierte, danken, dass Sie im letzten Jahr in Ulm den Beschluss gefasst haben, die Versorgung dieser Patienten zu Ihrem besonderen Anliegen zu machen. Ich danke auch Herrn Professor Hoppe und dem Vorstand der Bundesärztekammer für das hohe persönliche Engagement bei diesem Thema. Schließlich betrifft es mehr als eine halbe Million Menschen in unserer Gesellschaft.

Besonders freut es mich, dass die deutsche Ärzteschaft auf diesem Ärztetag Theodor Hellbrügge, der an dieser Versorgung maßgeblich Anteil hatte, für seine Verdienste mit der Paracelsus-Medaille ehrte. Deswegen möchte ich meinen Vortrag mit einem Zitat von Paracelsus aus seinen Anagrammen beenden, das unmittelbaren Bezug zur Medaille hat:

Die Heilung kommt aus der Medizin
und die Kunst der Medizin
entspringt der Barmherzigkeit.
Geheilt zu werden ist also
kein Akt des Glaubens,
sondern ein Akt des Mitgefühls.
Das wahre Fundament der Medizin
ist die Liebe.

Das ist ein Zitat der Mitmenschlichkeit mit Vokabeln, die Sie in unseren Gesundheitsreformwerken nicht finden werden. Es freut mich, wenn der ebenfalls geehrte Herr Bialas in seiner Dankesrede auf diese Werte hinwies. Sie kommen eben nicht aus der Mode. Erlauben Sie mir, wenn ich hierzu die Begrifflichkeit der Demut hinzufüge, denn ohne sie ist für mich eine gute Patientenversorgung nur schwer vorstellbar, auch wenn sie mir manchmal nicht gelingt, wie ich es mir wünsche.

(Beifall)

Bitte helfen Sie mit, damit sich die Versorgung dieser Patienten bessert. Das beginnt in unserem Kopf mit unserer persönlichen Haltung dazu.

Mein Nachredner, Herr Professor Seidel, wird Ihnen nun die Versorgungssituation von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung darstellen.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit.

(Lebhafter Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Sehr verehrter Herr Peters, wir danken Ihnen für dieses lehrreiche und emotionale Referat, das uns sicherlich viel beigebracht hat, das aber auch, wie ich denke, dazu hilft, die Würde der Menschen mit Behinderung zu wahren und der Öffentlichkeit zu zeigen, dass wir großen Wert darauf legen, uns auch mit unserer Vergangenheit im Nationalsozialismus auseinanderzusetzen, und das an dieser Stelle auch nicht verschweigen wollen.

Ich darf nun Herrn Professor Seidel aus Bielefeld zu seinem Referat bitten. Er ist Leitender Arzt und Geschäftsführer Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel. Herr Professor Hoppe hatte ja schon erwähnt, dass er Sie letztes Jahr besucht und dort viel gelernt hat. Ich freue mich auf Ihr Referat.

Prof. Dr. Seidel, Referent: Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Hochverehrtes Präsidium! Sehr geehrter Herr Präsident! Zunächst meinen herzlichen Dank dafür, dass ich heute hier über dieses wichtige Thema sprechen darf. Zum Zweiten gilt mein ganz herzlicher Dank dafür, dass der Vorstand entschieden hat, dieses Thema zu einem der wichtigen Tagesordnungspunkte dieses 112. Deutschen Ärztetages zu machen.

Ich möchte ganz kurz etwas zum Hintergrund meines Vortrags sagen, also zu meiner Funktion. Sie haben schon gehört: Ich bin in Bethel im Stiftungsbereich Behindertenhilfe. Das ist ein Teil dieses großen Konzerns im Bereich der Behindertenhilfe. Ich bin Geschäftsführer und Leitender Arzt. Wir betreuen etwa 1 600 Menschen unter stationären Bedingungen. Sie leben in Heimen, in Wohnheimen, und zwar nicht nur in Bielefeld, sondern auch außerhalb von Bielefeld in benachbarten Kreisen, bis nach Münster, Hamm usw.

Wir versorgen aber auch im Zuge des strukturellen Wandels der Eingliederungshilfe viele Menschen – weit über 500 – ambulant. Das heißt, diese Menschen mit Behinderungen leben in ihren eigenen Wohnungen und erhalten durch uns Unterstützung.

Sie können sich sicher vorstellen, dass wir damit auf die unterschiedlichsten Gegebenheiten in den verschiedenen Gebietskörperschaften treffen. Ich weiß also, dass es durchaus eine große Zahl von Versorgungsmängeln auf diesem Gebiet gibt.

Trotzdem möchte ich vorwegschicken, dass mir daran liegt, deutlich zu machen, dass die Akzentuierung der Versorgungsmängel notwendig ist, um das Problem zu beschreiben, dass es aber gleichfalls zur Gerechtigkeit hinzugehört, deutlich zu sagen, dass es eine große Zahl von Ärztinnen und Ärzten gibt, die ihr Bestes auf diesem Gebiet tun und zum Teil erhebliche Risiken auf sich nehmen, bis hin zu Regressdrohungen und anderem. Trotzdem: Es bleibt ein versorgungsstruktureller Mangel, der viele verschiedene Ursachen hat. Ich muss vergröbern, um die Problematik zu charakterisieren.

Eine zweite Einschränkung: Ich muss auch vergröbern im Hinblick auf die Bedarfslagen von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Nicht alle von ihnen benötigen diesen besonderen medizinischen Versorgungsaufwand, aber viele. Nicht alle dieser Menschen haben nur Schwächen, Defizite, sondern sehr viele von ihnen haben auch Stärken und Kompetenzen.

(Beifall)

Es ist also ein methodischer Kniff, die Defizite und die Mängel darzustellen. Man muss nur deutlich machen, dass das nicht die ganze Wahrheit ist.

Wenn ich heute über dieses Thema spreche, weiß ich, dass ich mich damit in eine Tradition Deutscher Ärztetage stelle. Dennoch ist es dieses Mal anders; denn schon in der Einführungsrede des Herrn Präsidenten und in der Rede des Staatssekretärs und in einer Reihe von begleitenden Interviews ist dieses Thema angesprochen worden.

Ich komme damit zu meinem Thema: Bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Die Ziele meiner Präsentation sind schnell erklärt. Ich möchte den besonderen Versorgungsbedarf erläutern und die wichtigsten Entwicklungserfordernisse darstellen. Ich nehme dabei Bezug – auch implizit – auf unsere ärztliche Ethik und unsere ärztliche Anthropologie. Ich nehme Bezug auf die Menschenrechte, ich nehme Bezug auf fachliche Erkenntnisse.

Ich möchte zunächst, auch um der erwähnten Tradition willen, Herrn Henke zitieren, der auf dem Bremer Ärztetag 2004 gesagt hat:

> *Der behinderte Mensch, jeder behinderte Mensch hat von Anfang seiner Existenz an bei allen Begrenzungen seine eigene Würde, eine Würde, die nicht Unbehinderte ihm verleihen oder zuerkennen können, sondern die er als Mensch hat, nicht weniger als jeder Unbehinderte. In der Anerkennung der Würde der Schwächeren, in der Anerkennung der Würde von Menschen mit Behinderung entscheiden wir über unsere eigene Würde.*

(Beifall)

Um welche Menschen geht es bei meinen Ausführungen? In Deutschland leben circa eine halbe Million Menschen – vielleicht auch einige wenige mehr – mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Dies ist eine Angabe der Bundesvereinigung Lebenshilfe. Die Tatsache, dass wir keine genauen Zahlen haben, hängt damit zusammen, dass es in Deutschland auch aus historischen Gründen kein Register von Menschen mit Behinderung gibt. Das hat etwas mit der schrecklichen Nazivergangenheit in Deutschland zu tun.

Viele dieser Menschen haben weitere Behinderungen und chronische Erkrankungen. Wir nennen das Mehrfachbehinderungen oder Komorbiditäten. Die Gründe sind vielfältig. Häufig liegen sie in den Ätiologien der Behinderung begründet. Im Grunde genommen muss man sagen: Auch der Begriff der geistigen Behinderung ist ein hochabstrakter Begriff. Er umfasst sehr, sehr verschiedene Bilder im Hinblick auf die Ausprägung und die Komplexität, ihre Ursachen usw.

Ende 2007 lebten in Deutschland rund 6,9 Millionen Menschen mit Schwerbehindertenausweis. Das ist eine ganz andere Gruppe. Darunter waren allein rund 1,3 Millionen unter der Rubrik „Störungen, geistige und/oder seelische“. Da sind natürlich auch all jene Störungsbilder eingeschlossen, die erst im Laufe des Lebens erworben werden, sei es durch Unfall, durch einen Schlaganfall oder im Rahmen einer seelischen Erkrankung, die im Laufe des Lebens auftritt.

Viele Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung erhalten Leistungen der Sozialhilfe, genauer gesagt: der Eingliederungshilfe für behinderte Men-

schen nach SGB XII, das ja vor einigen Jahren das Bundessozialhilfegesetz abgelöst hat. Im Jahre 2007 gab der Steuerzahler dafür rund 11,9 Milliarden Euro aus.

Nur eine Minderzahl der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung – im Jahre 2004 waren es etwa 140 000 Personen – erhält stationäre Leistungen der Behindertenhilfe in Wohnheimen, Wohngruppen usw. Viele dieser Menschen arbeiten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM).

Die Behindertenhilfe als System ist in einem rapiden Wandel begriffen. Mittelfristig nimmt die Zahl der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu. Wir haben schon gehört: Das hat etwas damit zu tun, dass nach dem Krieg sich langsam eine vollständige demografische Altersstruktur aufgebaut hat, dass sich auch diese Zielgruppe an die demografische Entwicklung der allgemeinen Bevölkerung angeschlossen hat, wenngleich es noch eine statistische Differenz in Abhängigkeit vom Schweregrad der Behinderung gibt.

Natürlich ist eine logische Folge dessen, dass nun eine Fülle von gerontologischen und gerontopsychiatrischen Fragestellungen auftauchen, die vor Jahrzehnten noch gänzlich unbekannt waren im Kontext der Behindertenhilfe.

Es gibt einen enormen Wandel in der Behindertenhilfe, der zwei Wurzeln hat: Zum einen ist es die fachliche Überzeugung, der Anschluss an internationale Entwicklungen, unter dem Begriff der Inklusion, unter dem Begriff der Normalisierung, der Integration usw. zu fassen; es gibt aber auch ein Kostendämpfungsinteresse der Kostenträger, das hier natürlich mit hineinspielt. Insofern gibt es eine starke Tendenz, die ambulanten Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen auszubauen, die großen Komplexeinrichtungen abzubauen, die stationären Wohnangebote zu dezentralisieren, also in die Gemeinde zu bringen, also herauszulösen aus entlegenen großen Einrichtungen. Es geht auch um die Entwicklung innovativer Wohnformen.

Zur Bewertung der medizinischen Versorgung: Wir wissen – das will ich nicht vertiefen –, dass diese Menschen einen besonderen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung haben, und zwar wegen der Komplexität ihrer Behinderungen, wegen der Komorbiditäten und wegen der fachlichen Besonderheiten. Wir müssen diese Situation mit den Menschenrechten konfrontieren, die diese Menschen haben. Wir wissen: Diese Gruppe hat als Gruppe erhebliche Unzulänglichkeiten der medizinischen Versorgung hinzunehmen. Das ist eine breite alltagsempirische Datenlage, allerdings keine wissenschaftlich hinreichend fundierte, denn auf diesem Gebiet fehlt jedwede Forschungsförderung. Es ist ein wichtiger Gesichtspunkt, dass hier mehr geforscht werden muss.

Aus diesem Grunde haben wir in Bethel vor einigen Jahren die Studie „Benachteiligung durch das GMG“ veröffentlicht. Wir haben damals im Rahmen qualitativer Sozialforschungsinterviews Klientinnen und Klienten der Behindertenhilfe, und zwar geistig behinderte Menschen, psychisch behinderte Menschen und Menschen in Wohnungslosigkeit, im Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgungssituation untersucht.

Was kam dabei heraus? Viele Klientinnen und Klienten können ihre Gesundheitsleistungen nicht mehr bezahlen. Die Klientinnen und Klienten und ihr Un-

terstützerumfeld sind zum Teil über ihre Rechte nicht ausreichend informiert, nicht zuletzt deshalb, weil viele der Bestimmungen unverständlich sind, und zwar nicht nur für Patientinnen und Patienten, für „normale“ Leute, sondern mittlerweile, wie wir alle wissen, selbst für uns Fachleute.

Für einmalig hohe Ausgaben für Gesundheitsleistungen müssen die Klientinnen und Klienten außerordentlich hohe Anteile des verfügbaren Einkommens aufwenden. Stellen Sie sich bitte vor, dass beispielsweise jemand, der in einem Wohnheim wohnt und in einer Werkstatt arbeitet, pro Monat etwa 80 Euro zur Verfügung hat, um seine persönlichen Bedarfslagen zu befriedigen. Dazu gehören Porto, Kinokarte, Eisbecher usw. Dazu gehören eben auch die Zuzahlungen und die Eigenbehalte bei Leistungen, die ausgegrenzt sind.

Deshalb verzichten Klientinnen und Klienten mit Behinderungen auf Gesundheitsleistungen. Sie stehen in einem Entscheidungskonflikt über die Verwendung ihrer knappen finanziellen Ressourcen.

Dass Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung erhöhte Risiken aufweisen im Hinblick auf Körperbehinderungen, Sinnesbehinderungen, Epilepsie, psychische Störungen, innere Krankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparats usw., ist Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, sicher aus dem Alltag heraus unmittelbar anschaulich. Die Gründe dafür sind teilweise biologischer Art, teilweise auch sozialer Art. Manchmal liegen die Gründe auch im Verhalten der Gruppe selbst: mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung.

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung haben verminderte Fähigkeiten, Gesundheitsrisiken zu minimieren und beginnenden Gesundheitsstörungen frühzeitig zu begegnen. Das hängt damit zusammen, dass sie oft ein eingeschränktes Wissen über diese Dinge haben, dass auch ihre Kompetenzen eingeschränkt sind, dass sie auch nicht in ausreichendem Maße vorwegnehmen können, was sich aus einer bestimmten Beschwerde, einem bestimmten Symptom entwickeln kann. Sie haben natürlich auch eine eingeschränkte Organisationskompetenz und eben einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Das beginnt bei baulichen Barrieren und setzt sich über die mentalen Barrieren in den Köpfen mancher fort.

Sie haben eine Einschränkung der Selbstbeobachtungs-, Körperwahrnehmungs- und Mitteilungsfähigkeit. Die Fachleute wissen: Oft modifizieren schwere geistige und mehrfache Behinderungen auch das Erscheinungsbild und das Verlaufsbild bestimmter Krankheiten. Im Krankenhaus oder in komplizierten diagnostischen Situationen ist es wichtig, zu wissen, dass das Verständnis für die Situation und eine gewisse Mitarbeitsfähigkeit bei schwerer geistiger Behinderung eingeschränkt sind. Das ist ein großes Problem beispielsweise bei einem CT oder bei einer Röntgenuntersuchung oder bei einer gynäkologischen Untersuchung.

Natürlich gibt es auch Einschränkungen im gesundheits- und krankheitsgemäßen Verhalten. Ebenso gibt es Einschränkungen in der aktiven Mitwirkung bei bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Ich komme nun zu den Menschenrechten. Ich werde keinen großen Vortrag über die Menschenrechte halten, sondern ich beziehe mich im Wesentlichen

auf das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen aus dem Jahr 2006, das nach der Ratifizierung in Deutschland bindendes deutsches Recht und einklagbares deutsches Recht geworden ist. Wesentlich sind die Art. 25 und 26. Art. 25 lautet:

> *Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.*

Art. 25, der viele einzelne Bestimmungen enthält, enthält zwei Hauptaussagen: Menschen mit Behinderungen sollen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard haben wie alle anderen Menschen. Sie sollen diejenigen Gesundheitsleistungen erhalten, die sie speziell wegen ihrer Behinderungen benötigen. Das ist die Kernaussage des Art. 25.

Art. 26 besagt, dass Maßnahmen zu ergreifen sind,

> *um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten … zu erreichen und zu bewahren.*

Art. 26 trifft auch Festlegungen über die Notwendigkeit von Aus- und Fortbildung usw.

Welches sind nun die strukturellen Voraussetzungen? Hier darf ich auf einen Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm verweisen. Ich möchte mich hauptsächlich auf den letzten Punkt beziehen, der lautet:

> *Die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen einschließlich pflegebedürftiger Menschen ist ein besonderes Anliegen der deutschen Ärzteschaft.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Tatsache, dass Herr Kollege Peters und ich heute so explizit über dieses Thema sprechen dürfen, ist ein Beweis dafür, dass die deutsche Ärzteschaft dieses Thema ernst nimmt.

(Beifall)

Wir benötigen strukturelle Voraussetzungen im ambulanten Bereich, zu dem natürlich die niedergelassenen Ärzte, die Sozialpädiatrischen Zentren, in der Psychiatrie die psychiatrischen Institutsambulanzen, aber auch integrierte ärztliche Dienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe usw. gehören. Wir benötigen ebenfalls angemessene organisatorisch-strukturelle Bedingungen für die stationäre medizinische Versorgung.

Im ambulanten Bereich brauchen wir vor allen Dingen dort, wo es um Spezialangebote geht, angemessene räumliche Bedingungen, ein spezielles Setting, erweiterte Hausbesuchsmöglichkeiten. Ich beziehe mich hier auf den Punkt der Abrechenbarkeit, weil viele Dinge erst im Kontext mit der Lebenswirklichkeit und des Lebensalltags sachgerecht zu interpretieren sind.

Wir brauchen in diesem Bereich auf jeden Fall mehr Zeit für eine angemessene Kommunikation mit den Betroffenen und seinen Unterstützungssystemen. Wir brauchen für diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die diese aufwendige Arbeit leisten, eine Finanzierung ihrer Arbeit, die den Mehraufwand auskömmlich vergütet, insbesondere dann, wenn sie in der Lage und willens sind, einen gewissen Schwerpunkt auszubilden. Das kann nicht ins privatwirtschaftliche Risiko verschoben bleiben, wenn sich eine Ärztin, wenn sich ein Arzt um diese Menschen besonders engagiert kümmert. Ich bitte Sie dringend, diese Forderung zu unterstützen.

(Beifall)

Auch für den Krankenhausbereich lässt sich Ähnliches sagen, denn viele Menschen mit schweren geistigen Behinderungen und vielleicht auch Verhaltensauffälligkeiten benötigen erhebliche Unterstützung im Krankenhaus. Vieles ist nicht in der Routine des Krankenhauses und auch nicht im Ressourcenaufwand des Krankenhauses abbildbar. Sie wissen, dass sich der Gesetzgeber im Moment mit einem sogenannten Pflegebedarfsassistenzgesetz befasst. Dass es unzulänglich formuliert ist, sei nur am Rande erwähnt. Es beschreibt aber ein richtiges Problem.

Wir benötigen eine angemessene Vergütung für den Mehraufwand entweder durch tagegleiche Pflegesätze oder durch Anpassungen des DRG-Systems.

Ich bin neben meiner Tätigkeit in Bethel Leiter des Arbeitskreises Gesundheitspolitik aller Fachverbände der Behindertenhilfe in Deutschland. Von daher kenne ich seit mehr als zehn Jahren die gesundheitspolitische Positionierung der Fachverbände der Behindertenhilfe, denn ich habe sie in wesentlichen Teilen mitschreiben dürfen.

Wir haben schon 1998, also vor elf Jahren, ein Positionspapier formuliert, in dem steht: Wir fordern die Verbesserung der fachlichen und organisatorischen Bedingungen des Regelversorgungssystems; wir fordern die Ergänzung des medizinischen Regelversorgungssystems durch Ambulanzen für erwachsene Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung; wir verlangen die Öffnung der vorhandenen spezialisierten Angebote medizinischer Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe für externe Nutzer. Wir haben damals konkret verlangt, dass § 27 SGB V ergänzt werden möge durch die Bestimmung, dass die Belange von Menschen mit Behinderung bei der Krankenversorgung besonders beachtet werden mögen. Wir haben verlangt, dass ein § 119 a in das SGB V eingefügt werden möge mit dem Ziel, die Grundlagen für Ambulanzen für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu schaffen.

Was ist daraus geworden? Welches sind die tatsächlichen Wirkungen auf die Gesetzgebung? Es hat durch das GMG einen § 2 a SGB V gegeben, der lautet:

> *Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.*

Das ist ein großer Erfolg, aber zunächst eine rein deklaratorische Bestimmung, die inhaltlich ausgefüllt werden muss.

Schließlich ist ein § 119 a SGB V formuliert worden, der es Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, erlaubt, sich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen zu lassen. Ich darf hier in aller Öffentlichkeit kritisch formulieren, dass leider die KVen vor Ort oft eine widerwärtige Obstruktionspolitik bei diesen Ermächtigungen betreiben.

(Beifall)

Ich erlaube mir an dieser Stelle einen Exkurs zum Thema Rationierung und Priorisierung. Meine Damen und Herren, wer liebt dieses Thema? Ich glaube, niemand von uns. Ich liebe es nicht. Gleichwohl gehört es zu den unabweisbaren Realitäten unseres Lebens, dass wir mit begrenzten Ressourcen auskommen müssen. Ich habe im Jahr 2005 im „Deutschen Ärzteblatt“ mit dem Titel „Kriterien der Leistungsgewährung für Menschen mit Behinderungen“ veröffentlicht. In diesem Artikel habe ich damals formuliert:

> *Menschen mit Behinderung sind nicht nur in den sozioökonomisch charakterisierbaren Merkmalen ihrer individuellen Situation … beeinträchtigt, sondern auch – in Abhängigkeit von Art und Umfang ihrer Behinderung – in der Verfügbarkeit persönlicher Ressourcen … benachteiligt. Zur Bewältigung ihres Alltages und zur Inanspruchnahme von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung benötigen sie deshalb unter Umständen verschiedene Hilfen durch Dritte.*

Das ist für mich auch in Bezug zu setzen zu dem bereits erwähnten § 2a SGB V.

Deshalb habe ich damals formuliert, dass die Prioritätendiskussion die Lebenswelt, die individuellen Bedingungen der Patienten usw. einbeziehen muss, nicht allein die Ernsthaftigkeit einer medizinischen Problematik oder die potenziellen Folgen einer ausbleibenden Behandlung.

Meine Damen und Herren, wenn wir eine Priorisierungsdiskussion führen – ich glaube, wir werden sie führen müssen –, müssen wir nicht nur über medizinische Indikationen, sondern auch über die individuellen lebensweltlichen Konstellationen eines Patienten reden. Dann wird ein Schuh daraus, wenn wir von daher klären können, was die Belastung der Solidargemeinschaft bedeutet und was dem Einzelnen zuzuwidmen ist.

(Beifall)

Vor diesem Hintergrund, liebe Kolleginnen und Kollegen, erlaube ich mir eine kritische Anfrage zu dem Beschluss zur Kostenerstattung. Wie soll denn die regelmäßige und, wenn ich es richtig verstanden habe, vorrangige Kostenerstattungsregelung bei Patienten mit Sozialhilfebezug oder unter anderen prekären Lebensbedingungen realisiert werden? Wie soll denn die alleinerziehende Mutter, die vielleicht von einem verfügbaren Barvermögen von 300 Euro im Monat leben muss, mit einer Kostenerstattung von 600 oder 700 Euro zurechtkommen? Dann können die Kinder wahrscheinlich zur Armenküche gehen. Ich glaube, das ist keine Lösung, die die deutsche Ärzteschaft will. Bitte überdenken Sie diesen Beschluss.

(Beifall)

Nun komme ich zu den aktuellen Forderungen. Dabei beziehe ich mich nicht allein auf meine persönliche fachliche Einschätzung, sondern auch hier wieder auf den Konsens der Fachverbände der Behindertenhilfe und unsere speziellen Fachdiskurse. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte für Menschen mit geistiger Behinderung ist erwähnt worden; ich bin ihr Mitglied. Natürlich unterstütze ich auch alle diese Forderungen. Wir sind uns da auch einig.

Wir fordern die Verbesserung der fachlichen und organisatorischen Bedingungen des Regelversorgungssystems. Wir verlangen aber auch die Ergänzung des medizinischen Regelversorgungssystems durch ambulant arbeitende, interdisziplinär ausgestattete medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung.

Wir wollen nach wie vor die Öffnung der vorhandenen spezialisierten Angebote medizinischer Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe für externe Nutzer. Da kommen verschiedene Lösungsmöglichkeiten – medizinische Versorgungszentren, Ermächtigungen nach § 119 a SGB V usw. – infrage.

Wir wollen eine angemessene Vergütung der überdurchschnittlich aufwendigen Leistungen niedergelassener Ärzte und spezialisierter ambulanter Angebote, wenn sie Menschen mit einem besonderen Mehrbedarf betreuen. Das ist eine ganz zentrale Forderung.

(Beifall)

Wir erwarten natürlich von allen Ärzten, dass sie sich in einem gebotenen Umfang für Menschen mit Behinderungen, auch für Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung, öffnen. Es wird auch hier wie überall in der Medizin auf Schwerpunktbildungen und Spezialisierungen hinauslaufen müssen. Wenn eine Kollegin, wenn ein Kollege bereit ist, einen solchen Schwerpunkt herauszubilden, dann soll sie bzw. er dafür auch angemessen vergütet werden. Gerade in diesen Bereichen muss auf jeden Fall der Zugang zu besonderen Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Spezialisierte Angebote, beispielsweise Ermächtigungen nach § 119 a SGB V, dürfen nicht behindert werden. Sie müssen unbürokratisch zugelassen und auskömmlich finanziert werden. Die bisherige Einzelleistungsabrechnung nach dem EBM ist nicht zielführend.

Aber noch viel schlimmer ist – ich wiederhole es – die teilweise schikanöse Prozedur der Bearbeitung dieser Anträge durch die regionalen KVen. Ich bin gern bereit, dazu Auskunft zu geben. Ich werde es aber nicht hier in der Öffentlichkeit tun.

(Beifall)

Ich möchte noch Bezug nehmen auf ein ganz aktuelles gesundheitspolitisches Dokument. Am vergangenen Wochenende hat eine Fachtagung „Gesundheit fürs Leben“ der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung stattgefunden. Dort sind die sogenannten Potsdamer Forderungen formuliert worden. Ich nehme einige heraus. Wir verlangten dort gemeinsam mit Betroffenen eine

gute Regelversorgung. Der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter muss geregelt werden. Die Bedarfe älterer Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung müssen besonders berücksichtigt werden. Das hat sich in dem Referat von Herrn Dr. Peters schon angedeutet.

Wir benötigen spezielle Zentren in der ambulanten Versorgung Erwachsener mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und spezialisierte Krankenhäuser, Zentren in Analogie zu Sozialpädiatrischen Zentren.

Wir fordern die Schaffung transparenter, effizienter und effektiver Versorgungsstrukturen für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Wir wollen darauf hinweisen, dass im Einzelfall hier der Hausarztbegriff modifiziert werden muss; denn bei schwer behinderten Menschen können durchaus qualifizierte und sehr erfahrene Fachärzte sehr kompetent die Funktion des Hausarztes einschließlich des Fallmanagements übernehmen.

Ich will Sie ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass der Ansatz der evidenzbasierten Medizin bei der Bewertung von Behandlungsverfahren im Hinblick auf Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung oft nicht zielführend ist. Er muss in dieser Hinsicht unbedingt relativiert werden.

Wir müssen deutlich machen, dass die individuellen finanziellen und sonstigen Ressourcen und Lebenslagen bei der Bemessung von Leistungen der GKV berücksichtigt werden müssen. Das hatte ich vorhin schon in meinem Exkurs zur Rationierungs- und Priorisierungsdiskussion ausgeführt.

Wir müssen das Thema in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe einbeziehen. Wir müssen das Thema in die studentische Ausbildung an den Universitäten einbeziehen. Wir müssen an die Fachärzte verschiedener Herkunft herantreten. Ich nehme das Curriculum der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung als Beispiel, das derzeit zum ersten Mal in der Praxis läuft. Das ist ein guter Weg, dieses Thema an viele Fachärzte verschiedener Herkunft heranzutragen.

Als Psychiater erlaube ich mir, auf das Curriculum zur (Muster-)Weiterbildungsordnung für Psychiatrie und Psychotherapie hinzuweisen.

Die Versorgungsforschung und die medizinische, pflegewissenschaftliche und psychologische Forschung müssen sich mehr als bisher auf dieses Klientel ausrichten.

Wir brauchen dringend die Korrektur der Fehlentwicklungen der letzten Schritte der Gesundheitsreform. Vor allen Dingen brauchen wir die Abschaffung der Zuzahlungsregelungen und der Leistungsausgrenzungen für arme Leute. Bitte unterstützen Sie diese Forderung. Es ist gleichgültig, auf welchem gesetzestechnischen Weg eine solche Regelung zustande kommt, ob beispielsweise eine Härtefallregelung im SGB V erfolgt oder im SGB XII am Ende eine Regelung durch Einmalbeihilfen vorgesehen wird. Es muss eine auslegungsfeste, sichere Lösung für diese besonders benachteiligte Gruppe von Patienten geben.

(Beifall)

Meine liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme nun in die letzte Schleife meines Vortrags. Ich sage noch etwas zu den fachlichen Voraussetzungen unter drei Unterüberschriften: Haltung, Wissen und Kompetenzen.

Zur Haltung zitiere ich den Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages:

> *Der Deutsche Ärztetag appelliert an alle in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte, ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange auszurichten.*

Ich zitiere wieder Herrn Henke – hoffentlich wird er von mir nicht noch Honorar verlangen –:

> *Das Bild, das sich nichtbehinderte Menschen von einem Leben mit Behinderungen machen, stimmt nicht immer mit der Wirklichkeit und dem Selbstverständnis behinderter Menschen überein. Behinderungen werden oft nur mit Leiden, Schmerzen und Unglück identifiziert, eben mit negativen Elementen. Die Lebensfreude, Glück und Dankbarkeit, das Positive und Schöne, das im Leben von behinderten Menschen genauso seinen Platz hat, wird wenig wahrgenommen. Sicher erleben Menschen mit Behinderungen ihre Situation in vielfacher Hinsicht als großes „handicap". Sie bedrückt ihre Benachteiligung in Bereichen des alltäglichen Lebens. Nur selten steht ihnen eine gleichberechtigte Teilhabe und barrierefreie Teilnahme am öffentlichen Leben offen.*

Dazu gehört natürlich auch die Gesundheitsversorgung.

Bei der Haltung geht es um folgende Aspekte: die Achtung von Menschenwürde, die jedem Menschen a priori gegeben ist und nicht angetastet werden darf. Es geht um die Achtung der Selbstbestimmungsrechte und der Möglichkeiten von Menschen mit Behinderung. Es geht vor allen Dingen um eine Haltung des Respekts, der Achtsamkeit, der Fürsorglichkeit und der Verantwortlichkeit. Schließlich geht es um den allgemeinen Begriff der Gerechtigkeit.

Meines Erachtens wäre es hilfreich, wenn die deutsche Ärzteschaft für diesen Komplex eine programmatische Orientierung durch ein Grundsatzpapier hätte, wie es die Schweizer Ärzte haben. Die Schweizer Ärzte haben im vorigen Jahr ein Papier verabschiedet und veröffentlicht mit dem Titel „Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung". Es wäre schön, wenn wir in Deutschland etwas Ähnliches hätten. Das könnte auch die öffentliche und die fachöffentliche Diskussion über dieses Thema unterstützen.

Ich komme damit zum Thema Wissen. Geistige Behinderung ist oft mit zusätzlichen schweren Erkrankungen oder Behinderungen verknüpft. Geistige Behinderung ist oft mit besonderen Krankheitsrisiken verknüpft. Geistige Behinderung modifiziert das Erscheinungsbild von Krankheiten. Deshalb verlangt geistige Behinderung besondere fachliche Kenntnisse bei den Gesundheitsberufen.

Geistige Behinderung beeinträchtigt oft die Introspektionsfähigkeit und die Körperwahrnehmung, die Kommunikationsfähigkeit und die krankheitsbezogene

Kooperationsfähigkeit. Sie verlangt besondere organisatorische und strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung, die dem besonderen Aufwand gerecht werden.

Natürlich benötigen Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe, die sich um behinderte Menschen kümmern, spezielle Kenntnisse zu Krankheitsrisiken und Gesundheitsproblemen von Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere im Hinblick auf bestimmte Ätiologien. Ich erwähne hier das Angelman-Syndrom, ein genetisch bedingtes Syndrom, bei dem bekannt ist, dass sehr häufig Refluxerkrankungen bestehen, die oftmals schwere Verhaltensstörungen als Ausdruck der Schmerzwahrnehmung erklären.

Das Wissen um die besondere Bedeutung von Kontextfaktoren, insbesondere bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, ist ein Spezialgebiet. Es ist deshalb hier zu erwähnen, weil Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung häufig sehr stark somatisieren und umgekehrt sehr häufig somatische Probleme sich in Verhaltensauffälligkeiten ausdrücken.

Die speziellen Krankheits- und Beschwerdemanifestationen habe ich bereits erläutert.

Schlussendlich kommt es auf einige Kompetenzen an, nämlich eine besondere Kompetenz, interdisziplinär und transdisziplinär im Gesundheitswesen und in der Behindertenhilfe zu arbeiten. Es kommt auf bestimmte kommunikative Kompetenzen, vor allen Dingen nonverbale kommunikative Kompetenzen, mit geistig behinderten Patienten an. Es kommt auch darauf an, die durchaus andere Denkweise, Sprache und Terminologie anderer Berufsgruppen angemessen aufzunehmen und mit anderen Berufsgruppen angemessen zu kommunizieren.

Es geht um die Empathie für den Patienten und seine spezifische Situation und auch um Empathie für das Bezugssystem. Das sind die Familien, die professionellen Unterstützungssysteme, die gelegentlich auch am Rande ihrer Belastbarkeit stehen. Schließlich geht es auch um die Wahrnehmung von Kontextfaktoren, die sich als Barrieren oder Förderfaktoren erweisen können.

Zum Schluss möchte ich noch einige wenige grundsätzliche Bemerkungen machen. Meine Damen und Herren, wenn wir Ärzte uns Menschen mit Behinderung zuwenden, ist das ein Beitrag zur dringend notwendigen Wertorientierung der deutschen Gesellschaft.

(Beifall)

Eine unter uns Ärztinnen und Ärzten offensiv geführte Diskussion über die grundsätzlichen Werte – früher hätte man vielleicht vom „humanum“ oder Ähnlichem gesprochen; so etwas klingt heute schon regelrecht altmodisch, was eigentlich eine peinliche Situation ist – wird sicher einen Beitrag zur allgemeinen Anthropologie und ganz speziell zur ärztlichen Anthropologie leisten können. Das sind sicher beides Gebiete, die etwas in den Hintergrund getreten sind.

Vor allem kann eine Diskussion über die Notwendigkeit, Menschen mit Behinderung ordentlich und hochwertig zu versorgen, dazu beitragen, die schlei-

chende Entwertung „beschädigten Lebens“ im öffentlichen Diskurs aufzuhalten. Meine Damen und Herren, bitte denken Sie an die heimliche Lebenswertdebatte im Kontext der Verrechtlichung der Anwendung der Patientenverfügung, denken Sie auch an die Kosten-Nutzen-Debatte im gesundheitsökonomischen Diskurs. Dort geht es implizit um eine Lebenswertdebatte, der wir nicht nur eine abstrakte Kritik, sondern ein konstruktives und konkretes anderes Handeln entgegensetzen müssen.

(Beifall)

Aus dem „Ulmer Papier“ zitiere ich zwei Sätze:

> *Es ist die Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien.*

Weiter heißt es dort:

> *Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes.*

Wenn Sie das konkretisieren im Hinblick auf das Sozialhilfegesetz, also das SGB XII, konkretisiert sich dieser abstrakte Satz sehr, sehr deutlich.

Ich darf noch einmal Herrn Henke zitieren:

> *Notwendig ist dagegen ein Mehr an Sensibilität für die Würde des Menschen – in allen Lebensphasen, für die Grundrechte auf Leben und Unversehrtheit, für die Achtung der Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechte behinderter Menschen. Es geht darum, unsere ethische Kompetenz für ein lebensförderndes Zusammenleben der Menschen mit und ohne Behinderung gezielt fortzuentwickeln.*

Meine Damen und Herren, ich bin damit am Ende meines Vortrags angekommen. Sie sehen, ich habe dasselbe Schlussbild wie mein Vorredner, Herr Kollege Peters, gewählt. Ich wollte auch mit dieser optischen Wahrnehmung – das haben wir gestern so abgesprochen – den Gleichklang unserer inhaltlichen Ausführungen unterstreichen. Ich zitiere noch einmal, was Herr Peters schon gesagt hat: Bitte helfen Sie mit, damit sich die Versorgung dieser Menschen bessert. Das beginnt in unserem Kopf mit unserer persönlichen Haltung dazu.

Ich bitte Sie, diese Worte Ihr Herz und Ihren Verstand berühren zu lassen und in diesem Sinne diesen vorliegenden Entschließungsantrag zu unterstützen und natürlich auch weitere Verbesserungsvorschläge einzubringen.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Sehr verehrter Herr Professor Seidel, ich danke Ihnen im Namen des Auditoriums ganz herzlich für Ihren umfassenden, so menschlichen und beeindruckenden Vortrag. Ich denke, wir haben Ihre Botschaft verstanden. Ich glaube, dass Herr Henke, der heute nicht bei uns sein kann, weil er bei der Verleihung des Karlspreises in Aachen ist, sehr stolz sein wird, dass Sie ihn so oft zitiert haben. Wir sind stolz, dass Sie die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage aufgegriffen haben. Herr Henke wird sicher kein Honorar verlangen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie darauf hingewiesen haben, dass wir schon immer auf Ihrer Seite gestanden haben und Ihre Werte mit unterstützen.

Ich denke, wir haben verstanden, dass es Aufgabe der Ärzteschaft ist, eine umfassende medizinische und soziale Versorgung für Menschen in prekären Lebenslagen, vor allem für Menschen mit Behinderung, sicherzustellen. Wir haben auch verstanden, welche Probleme sich aus den Vorträgen herauskristallisiert haben, die diese Menschen in unserer Mitte mit der Lebensbewältigung haben.

Wir haben vernommen, dass Sie ganz besonders bemerken, dass Fragen der Rationierung von Leistungen und der Priorisierung schon bei Ihnen angekommen sind. Sie haben dafür drastische Beispiele genannt.

Wir haben die Problematik der Überleitung vom Kindes- zum Erwachsenenalter vernommen. Wir haben gesehen, welche Versorgungsmängel in der ambulanten und der stationären Versorgung existieren, wohin der Kostendruck gerade für diese Menschen mit Behinderung führt.

Wir haben Ihre Forderungen vernommen. Ich denke, auch die Kolleginnen und Kollegen, die im Bereich der KVen arbeiten, haben vernommen, was es noch zu tun und zu regeln gibt.

Wir nehmen dieses Thema sehr ernst. Jeder von uns, der schon mit Menschen mit Behinderung gearbeitet hat, wird diesen Mitbürgern mit Respekt, Achtsamkeit, Fürsorglichkeit und Empathie begegnen, wie Sie es auch gesagt haben. Wir haben besonders immer wieder darauf hingewiesen, dass es unsere Aufgabe ist, auch die Familien zu unterstützen, die davon betroffen sind und diese Menschen mit versorgen.

Wir können nunmehr mit einem nochmaligen Dank an die Vorredner in die Diskussion einsteigen. Als ersten Diskussionsredner darf ich Herrn Dr. Thomas Fischbach aus Nordrhein aufrufen. Bitte schön.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Sehr verehrtes Präsidium! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Peters, lieber Herr Seidel, ich danke Ihnen als Kinder- und Jugendarzt, der in einer großen Gemeinschaftspraxis tätig ist, und auch als aktives Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ganz ausdrücklich für Ihre beiden sich so gut ergänzenden Referate. Das eine Referat konnte die emotionale Seite des Problems sehr deutlich machen; das andere Referat hat sehr deutlich gezeigt, dass man eine sehr gute Kenntnis der bestehenden Regelungen in unserem Lande haben muss, damit man die ganzen Tücken des Systems erfassen kann.

Ich möchte vorausschicken, dass ich glaube, dass zumindest die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die behindert oder von Behinderung bedroht sind, in Deutschland im Vergleich mit der internationalen Situation gut geregelt ist. Dennoch haben Sie, lieber Herr Peters, völlig zu Recht auf einige Schwachpunkte hingewiesen, die wir als Ärztetag sicherlich unbedingt einer Regelung zuführen sollten.

Ich will kurz einige Punkte ansprechen. Sie haben die bürokratische Belastung der Eltern erwähnt. Das ist auch aus meiner Erfahrung in der Praxis eines der Hauptprobleme. Insbesondere Familien, die einen relativ niedrigen Sozialstatus haben, die bildungsfern sind, finden sich in diesem ganzen Gestrüpp der Sozialgesetzgebung, in diesem Dschungel von SGB V, SGB VIII, SGB IX und SGB XII überhaupt nicht zurecht.

Man muss sicherlich selbstkritisch zugestehen: Viele unserer Kolleginnen und Kollegen finden sich dort auch nicht zurecht, weil es ein außerordentlich kompliziertes Thema ist, das sich ständig ändert.

Sie haben auf die SPZ-Problematik hingewiesen. Das möchte ich ausdrücklich unterstützen. Wir sind froh, dass wir Sozialpädiatrische Zentren haben, denn auch ein aktiver und in der Behindertenbetreuung erfahrener Kinder- und Jugendarzt benötigt die Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team immer wieder. Da haben wir entgegen der Bekundung von mancher Seite noch immer Nachholbedarf.

Ich komme aus Solingen, einer Stadt mit 164 000 Einwohnern. Dort gibt es kein SPZ. In der Umgebung gibt es SPZs, allerdings mit Wartezeiten von acht oder neun Monaten oder gar noch mehr. Das ist inakzeptabel und ist den Eltern schon aus psychischen Gründen und den Kindern aus medizinischen und sozialen Gründen nicht zuzumuten.

Ich möchte kurz etwas zur interdisziplinären Frühförderung sagen, die hier nicht erwähnt wurde, die aber in diesem Kontext genauso wichtig ist. Wir haben schon, wenn ich mich recht entsinne, im Jahr 2003 eine Frühförderverordnung vom Bundesgesetzgeber erhalten, die bislang nicht annähernd flächendeckend umgesetzt ist. Warum ist sie das nicht? – Weil es nicht möglich war, sich im föderalen Kontext auf gemeinsame Rahmenbedingungen der Umsetzung zu einigen. Somit ist es mehr oder weniger dem Zufall oder der Finanzkraft der jeweiligen Kommune überlassen, die ein Großteil der Kosten für die interdisziplinäre Frühförderung aufwenden muss, ob es zu einem solchen Angebot kommt oder nicht.

Ich möchte kurz auf das Thema der Honorierung zu sprechen kommen. Es ist in diesem Kontext natürlich ganz schwierig, über Geld zu reden. Wir als Hausärzte – Kinder- und Jugendärzte sind in der Regel Hausärzte – sind mit einem Regelleistungsvolumen ausgestattet, das es sicherlich nicht ermöglicht, eine aufwendige Betreuung von schwerstbehinderten Kindern unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu ermöglichen. Ich denke, hier besteht noch ein gewisser Nachholbedarf. Darum müssten sich insbesondere die KVen und die Krankenkassen kümmern.

Zum Schluss noch zwei Punkte. Die Familien dieser Kinder, insbesondere der schwerstbehinderten Kinder, sind außerordentlich stark belastet. Wenn dann noch Geschwister in der Familie sind, die gesund sind, ist es häufig so, dass diese Kinder irgendwo am Rande untergehen. Das habe ich in meiner Praxis schon mehrfach erlebt. Ganze Familien zerbrechen oftmals an der Bürde dieses Krankheitsbildes, beispielsweise einer komplexen tetraspastischen Cerebralparese mit schwerster geistiger Behinderung und Epilepsie-Krankheitsbildern, die gerade auch von Herrn Kollegen Peters dargestellt worden sind. Ich glaube, wir müssen etwas tun, um die Entlastung dieser Familien zu verbessern. Darüber sollten wir uns als Ärztinnen und Ärzte Gedanken machen.

Ich komme zu meinem letzten Punkt. Sie haben auf die Übertherapie hingewiesen. Auch das ist in der Tat ein Problem. Das ist menschlich total verständlich, gerade in den bildungsnahen Schichten. Man überlegt sich natürlich: Was kann ich noch alles tun, um die Situation meines Kindes zu verbessern? Häufig ist dann viel eher weniger. Dann haben wir das Problem, die Eltern wieder etwas herunterzuregulieren und sie davor zu bewahren, zu viel zu tun. Das soll auch ein Appell dafür sein, sich nicht zu sehr von den Eltern in Geiselhaft nehmen zu lassen und nachzugeben. Natürlich tut auch uns das Herz weh, wenn die Eltern verzweifelt nach Hilfe suchen und völlig ungeeignete Therapieformen für sich beanspruchen.

Ich denke, Transition kann nur vor Ort funktionieren, kann nur funktionieren zwischen Kinder- und Jugendärzten und Allgemeinärzten. Ich denke, das funktioniert immer so gut, wie die einzelnen Kolleginnen und Kollegen miteinander klarkommen und miteinander arbeiten. Ich möchte hier den Appell aussprechen, die Transition zu ermöglichen durch Telefonate, durch persönliche Kontakte und durch die Hilfestellung für die Familien, den Übergang vom 18. Lebensjahr ins Erwachsenenleben zu ermöglichen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Fischbach.

(Zuruf)

– Es ist der Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten gestellt. Spricht jemand dagegen? – Ich sehe niemanden. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Eine große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist das so beschlossen. Herr Voigt ist leider der erste Redner, der bei diesem Thema die drei Minuten einhalten muss. Bitte, Herr Voigt.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Frau Goesmann! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zum Glück hat Herr Fischbach als Pädiater schon einige grundsätzliche Vorbemerkungen gemacht. Ich versuche, mit drei Minuten Redezeit auszukommen.

Zunächst einmal möchte ich beiden Referenten ganz herzlich für die Art und Weise danken, wie sie das Thema dargestellt haben. Ich glaube, wir müssen sehr deutlich den Appell aussprechen, dass wir ein behindertenfreundliches Klima schaffen müssen. Das halte ich für eine extrem wichtige Forderung. Ich als niedergelassener Pädiater erlebe zum einen, dass wir zwar ein recht gutes Versorgungsniveau haben, aber ich sehe auch, dass wir in der Gesellschaft ein großes Problem haben, Behinderung zu akzeptieren. Die Zahl der Down-Kinder in meiner Praxis sinkt beständig. Man muss sich fragen, woran das liegt. Es gibt die gesellschaftliche Grundhaltung, Behinderungen möglichst nicht zu akzeptieren und von vornherein das Eintreten dieser Behinderungen zu verhindern.

Ich möchte zu drei Punkten detailliert Stellung beziehen. Zum ersten geht es um die Hilfsmittelversorgung für Kinder mit Behinderungen. Wir erleben, dass in diesem Bereich mittlerweile eindeutig eine Priorisierung stattfindet. Sie wird delegiert an die Kolleginnen und Kollegen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, die hier in großem Umfang eingreifen. Ich betreue zwei Kinder mit Rett-Syndrom. Hier weigern sich die Krankenkassen definitiv, über eine basale Physiotherapie hinaus irgendwelche weiteren Behandlungsmaßnahmen außerhalb des Regelfalls zu finanzieren. Das ist etwas, was ich für höchst skandalös halte. Ich denke, man kann den Kollegen im Medizinischen Dienst diese Verantwortung nicht übertragen. Ich halte das für unerträglich.

(Beifall)

Ein zweiter Punkt, der für Kinder und Jugendliche höchst problematisch ist, sind die Kriterien, die für die Beurteilung von Pflegestufen herangezogen werden. Auch hier werden Kriterien verwendet, die den spezifischen Problemen dieser Kinder und Jugendlichen nicht gerecht werden. Wir müssen dringend fordern, dass diese Bewertungskriterien verändert werden, damit wir den Bedarf der Kinder erfüllen können.

Es wurde hier schon mehrfach angesprochen, dass es einen großen Bedarf an Sozialpädiatrischen Zentren gibt. Auch ich sehe das grundsätzlich so. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass wir das große Problem haben, dass in diesen Zentren im großen Umfang Kinder zur Vorstellung kommen, die einfach nicht dorthin gehören, sodass die Zentren mit solchen Fällen überflutet werden und sich nicht mehr den wirklich problematischen Fällen widmen können. Auch da ist es sicherlich wichtig, dass wir zusehen, dass wir eine Überdiagnostik bei Kindern mit leichten Störungen vermeiden und sie dort behandeln, wohin sie gehören, nämlich in den Praxen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Voigt. – Es folgt Herr Dr. Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst an die beiden Referenten meinen ganz ausdrücklichen Dank insbesondere für ihre einfühlsame menschliche Darstellung der Problematik, über die fachliche Kompetenz hinaus.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es liegen zwei Anträge vor, die eigentlich Selbstläufer sein sollten. Ich möchte trotzdem noch ein paar Erläuterungen anfügen. Sozialpädiatrische Zentren unterliegen einer Mischfinanzierung: zum einen durch die Krankenkassen, zum anderen – das ist regional ein bisschen unterschiedlich geregelt – durch Leistungen der Sozialhilfe. Dr. Peters hat es schon ausgeführt: Während die Kosten steigen, ist die Vergütung in Form von Quartalspauschalen über viele Jahre konstant geblieben. Die Verhandlungen werden nicht dadurch vereinfacht, dass man zwei Verhandlungspartner hat, um über Erhöhungen zu diskutieren. Das bedeutet: Die Sozialpädiatrischen Zentren sind auf dem Weg, finanziell auszutrocknen.

Wenn wir hier über die Einführung von medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen sprechen und diese fordern, dann muss uns klar sein, dass deren Finanzierung eine – jetzt nehme ich einmal das Vokabular aus der vertragsärztlichen Versorgung – Add-on-Finanzierung sein muss und nicht durch eine Bereinigung der Gesamtvergütung auf Kosten der Sozialpädiatrischen Zentren erfolgen darf.

Ein zweiter Punkt. Der Übergang behinderter Jugendlicher ins Erwachsenenalter ist oft nicht reibungslos. Da kommen natürlich viele psychische und soziale Probleme auf: das Autonomiebestreben einerseits, die Behinderung andererseits. Aber auch die medizinische Versorgung erfolgt oft nicht reibungslos. Hier möchte ich sehr darum bitten – darauf bezieht sich der Antrag 6 –, dass unbürokratisches Denken und Handeln notwendig sind. Dieser Antrag sollte unsere Zustimmung finden.

Ich möchte noch folgende Frage stellen; das ist auch schon bei meinen Vorrednern und auch in den Referaten angeklungen. Wo werden sich bei der Priorisierung Menschen mit Behinderungen wiederfinden? Sie haben ja gesehen, welche aufwendigen Hilfsmittel oft notwendig sind. Welcher Umfang der medizinischen Behandlung wird diesen Menschen in der Priorisierung zugestanden werden? Ich führe beruhigter nach Hause, wenn ich dazu ein klärendes Wort aus dem Vorstand hören würde.

Leider ist meine Redezeit abgelaufen. Ich war übrigens der dritte Pädiater, der in Folge gesprochen hat. Sie merken: Es ist ein Problem, das uns Pädiatern sehr am Herzen liegt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen. – Es folgt Frau Dr. Bunte aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bunte, Westfalen-Lippe: Nach drei Pädiatern kommt jetzt eine andere Gruppe, denen die Kinder und auch die Erwachsenen mit Behinderung genauso am Herzen liegen, nämlich der öffentliche Gesundheitsdienst. Ich möchte mich beim Vorstand ganz herzlich dafür bedanken, dass er dieses Thema auf die Tagesordnung gesetzt hat, dass er es mit so kompetenten Referenten besetzt hat.

Ich möchte kurz zusammenführen, was heute hier gefordert wurde. Wir haben es gerade im öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur mit denjenigen Familien zu tun, die in die Praxen gehen können, sondern auch gerade mit denjenigen Familien, die es selber nicht schaffen. Es ist von beiden Referenten angesprochen worden, dass man nicht verkennen kann, dass die Hürden für diejenigen, die es eben nicht wie die Mutter, die selber Kinderärztin ist, einfordern können, sehr hoch sind. Wir haben es mit Einfamilienstrukturen zu tun, die dieses gar nicht einfordern können. Sie haben einen besonders hohen Schutzbedarf, der derzeit durch das System nicht gewährt wird, denn die Kostenträger sehen nur die Anforderungen, die sie nicht leisten können.

Deshalb möchte ich drei klare Thesen formulieren, die teilweise auch durch Anträge unterstützt sind. Ich finde es sehr gut, dass Herr Professor Seidel angesprochen hat, dass wir uns als Deutscher Ärztetag in einem Grundsatzpapier noch einmal mit diesem Thema auseinandersetzen und das Schweizer Modell als Beispiel nehmen sollten.

Wir haben einen eigenen Antrag formuliert, den zu unterstützen ich Sie sehr bitte. Danach soll dieses Thema auch im Rahmen der Versorgungsforschung behandelt werden. Grund dafür ist – das wurde auch von den Vorrednern angesprochen –, dass es unendliche Diskussionen mit den Kostenträgern um die Effektivität und die Notwendigkeit dieser komplexen Leistungen gibt, die neben den medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten immer auch die soziale und familiäre Situation und die Entwicklung des Kindes berücksichtigen müssen.

Herr Fischbach hat es bereits angesprochen: Neben den Sozialpädiatrischen Zentren, die zwar flächendeckend vertreten sind, aber beispielsweise bei uns in der Region fast nicht therapeutisch, sondern diagnostisch arbeiten, muss die interdisziplinäre Frühförderung stärker gepusht werden. Aufgrund der Kostendiskussion gibt es in vielen Bundesländern Rahmenverträge. Hier sind wir bei dem originären Thema, nämlich der Rationierung. Aufgrund dieser Diskussion ist es noch nicht zu Abschlüssen gekommen. Dort, wo es Abschlüsse gibt – dabei bin ich selber stark betroffen –, ist es so, dass über die Kostenfrage die Leistungen budgetiert und wieder eingestellt werden sollen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Frau Bunte. – Es folgt Herr Merchel, auch aus Westfalen-Lippe.

Merchel, Westfalen-Lippe: Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin Frauenarzt, kein Kinderarzt. Ich habe heute gehört, dass die Behandlung von mehrfach Behinderten sehr speziell ist und durch Experten in Zentren gut geleistet wird. Das halte ich auch für sehr sinnvoll.

Trotzdem habe ich als normaler Frauenarzt das Gefühl: Das ist eine Tätigkeit, die mich hilflos zurücklässt. Ich bin in diesem Konzept gar nicht mehr vorgesehen, als ganz normaler Arzt, der natürlich Frauen mit Behinderung genauso betreut. Das möchte ich auch weiterhin tun. Das hinterlässt bei mir eine große Hilflosigkeit, als könne man das nicht mehr.

Folgendes hat mich geärgert: Beide Referenten haben im Prinzip die Kostenerstattung abgebügelt und gesagt, das könne man nicht machen. Ich sehe die Sondersituation für Behinderte. Aber ich kann mir vorstellen, dass man dafür Regelungen findet,

(Beifall)

so wie man auch Regelungen finden sollte, dass die Kosten für diejenigen Medikamente, die sie von ihren 80 Euro aus eigener Tasche bezahlen müssen, ebenfalls übernommen werden und nicht vom Taschengeld bezahlt werden müssen wie bei Altersheimpatienten.

(Beifall)

Da müsste man Sondermöglichkeiten finden. Das kann uns aber doch nicht daran hindern, trotzdem die Kostenerstattung als Regelfall zu fordern. Das halte ich noch immer für eine gute Sache.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Merchel; kurz und bündig. – Es folgt Gräfin Vitzthum.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Meine Damen und Herren! Zur Versorgung Behinderter gehört auch die Versorgung misshandelter Kinder. Seit Jahren kämpft die Landesärztekammer Baden-Württemberg für Kinderschutzambulanzen an den 14 Kinderkliniken des Landes. Ich habe diesen Ausschuss lange geleitet. Es gibt einen Enquete-Beschluss der Landesregierung, solche Ambulanzen einzurichten. Bis heute haben wir keine einzige bekommen.

Auch wenn vor der Wahl gesagt wird, Baden-Württemberg solle ein Kinderland werden, gilt das nach der Wahl meistens nicht mehr. Man muss die Politiker daran erinnern.

Herr Professor Seidel, Sie beschreiben einen besonderen Bedarf und eine bedarfsgerechte Versorgung mit Mehraufwand für Behinderte. Ich darf mit aller Bescheidenheit daran erinnern, dass auch wir als Hausärzte, die wir Alzheimer-Patienten zu Hause versorgen, mit einer Pauschale von 33 Euro unseren zutiefst sozialen Beruf so nehmen, wie er ist: Wir gehen hin; wenn es sein muss, für diese 33 Euro auch einmal pro Woche. Das heißt, die Behinderten sind auch bei uns.

(Beifall)

Noch ein Wort zum Eingehen der KVen auf Ihren besonderen Versorgungsbedarf. Wir haben im Bereich der baden-württembergischen KV die Diakonie in Stetten, die mit Bethel zu vergleichen ist. Wir haben die dort arbeitenden Kollegen nach § 116 ermächtigt, so wie Sie es auch möchten, ohne Überweisungsvorbehalt. Die Kollegen, die dort mit Behinderten arbeiten, können eine Hausarztpauschale abrechnen. Wir sind immer auf ihren besonderen Bedarf an Medikamenten und Arzneimitteln für Epilepsien usw., die ja sehr teuer sind, eingegangen. Vielleicht erkundigen Sie sich einmal in unserem Hause, wie sie es in ihrer KV machen, damit es da keine Reibereien gibt.

Uns macht aber Folgendes Probleme – sehen Sie und verstehen Sie dies bitte mit Augenmaß –: Die Diakonie in Stetten, die eine hundertprozentige Tochter von Bad Boll ist, möchte jetzt ein medizinisches Versorgungszentrum aufbauen. Wir als Hausärzte betrachten das als eine Situation mit ungleich langen Spießen, denn dort steht ein großes Unternehmen dahinter, während wir Hausärzte gar nicht so investieren können. Die Hausärzte, die unter ihrem Regelleistungsvolumen darben, haben Sorge, ihre Praxis zu verlieren.

Ich möchte, dass zwei Systeme nebeneinanderarbeiten können und dass beide mit Augenmaß die finanzielle Basis erhalten, um die Versorgung sozial und gerecht durchzuführen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich danke Ihnen. – Es folgt Herr von Ascheraden.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Ich habe zu drei Punkten etwas zu sagen. Der erste Punkt ist: Ich habe mit Interesse vernommen, dass in der UN-Resolution, die jetzt auch bei uns geltendes Recht ist, ein Höchstmaß der erreichbaren Versorgung rechtlich festgeschrieben ist. Das geht über das hinaus, was wir im SGB V haben. Vielleicht werden sich die Juristen einmal darum

kümmern müssen, wie hier der Gleichheitsgrundsatz einmal von der anderen Seite her zu gewährleisten ist.

Der zweite Punkt ist: Wir haben eben schon gehört: Eine Kostenerstattung könnte durchaus erfolgen, aber dann bräuchten wir Sonderregelungen. Ich weiß nicht, ob es gut ist, eine zentrale Forderung hinsichtlich der Vergütung zu erheben, die von vornherein für eine große Zahl von Menschen Sonderbedingungen erforderlich macht. Das gilt nicht nur für die Behinderten, das gilt auch für die Suchtkranken, das gilt für die Menschen ohne festen Wohnsitz.

Ich glaube, diejenigen, die das System der jetzigen Honorierung und auch das System der KV in vielen Punkten zu Recht kritisieren und ihre Abschaffung fordern, müssen sich ernsthaft fragen lassen: Wie soll dieser Versorgungsbedarf, der im Augenblick sicher auch mit Mängeln behaftet ist – das haben Sie zu Recht gesagt, Herr Seidel; aber es gibt auch bessere Beispiele, wo die KVen kooperativ sind –, auch in Zukunft sichergestellt werden?

Der dritte Punkt ist: Wir haben ein Defizit an der Schnittstelle bei 18 Jahren, wenn die Behinderten erwachsen werden. Die Hausärzte – es gibt viele, die sich dort sehr stark engagieren – stehen unter einem enormen Druck ihrer Budgets, ihrer begrenzten Gesprächsziffern, Hausbesuchsziffern usw. Hier brauchen wir, denke ich, ein neues Konzept, das sich in der Suchttherapie etwa in kommunalen Netzwerken schon andeutet, jedenfalls in Baden-Württemberg. Wir brauchen eine neue Form der organisierten Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten aller Couleur, vor allem aber Neurologen, Orthopäden und Psychiatern. Wir brauchen hier ein ähnliches Netzwerk, wie es sich in der Pädiatrie schon gebildet hat.

Ich glaube, wenn wir diese Dinge aufnehmen, können wir ein wichtiges Ziel erreichen, dass wir uns als Ärztetag nicht nur mit den monetären Problemen herumschlagen. Ich schlage vor, einmal zu überlegen, ob wir ein solches Referat wie heute nicht einmal als einen Teil der Eröffnungsveranstaltung vorsehen, weil die mediale Aufmerksamkeit dann vielleicht eine andere wäre. Wir werden in der Zeitung doch immer nur als diejenigen gebrandmarkt, die mehr Geld wollen, aber nicht zur Lösung der Probleme beitragen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr von Ascheraden. – Es folgt Herr Kollege Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Verehrte Frau Vorsitzende! Liebe Damen und Herren! Ich danke Herrn Peters und Herrn Professor Seidel für ihre Vorträge. Das war ein Höhepunkt des Ärztetages. Ich bin Psychotherapeut, Psychiater und Neurologe. Ich betreue seit 30 Jahren eine Trisomie-21-Patientin, die alle Spektren der Versorgung miterlebt hat, vom Leben in großen Sälen einer großen christlichen Anstalt über einen Neubau mit kleineren Stationen bis zum Heim und dem be-

treuten Wohnen. Sie hat dann die Rente bekommen. Ich glaube, sie war die Erste in Hamburg, die mit einer Trisomie 21 ihre Rente bekam. Wir haben aus diesem Anlass ein großes Fest gefeiert.

Wir alle müssen uns für die Behinderten einsetzen. Damit müssen wir hier und jetzt beginnen. Deshalb gibt es aus Hamburg, Nordrhein und Baden-Württemberg den Antrag, dass auch der Ärztetag, insbesondere die Eröffnungsveranstaltung, behindertengerecht, barrierefrei gestaltet wird. Herr Jonitz hat es in seinem Antrag 2 bereits ausgeführt. Der Antrag des Vorstands hat auf die Würde hingewiesen. Die Würde kann es aber nur geben, wenn wir hier und jetzt anfangen. Rationierung und Priorisierung hin und her, wir müssen hier und heute anfangen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Ramm. Lassen Sie mich an dieser Stelle eine Bemerkung zu dem Antrag machen. Wir hatten den gehbehinderten Empfängern der Paracelsus-Medaille angeboten, eine Rampe anzubauen und sie mit dem Rollstuhl aufs Podium zu bringen. Sie haben es aber abgelehnt. Sie wollten die Treppe selber, wenn auch mit Unterstützung, hinaufgehen. Das fanden wir völlig in Ordnung. Natürlich sorgen wir dafür, dass der Zugang barrierefrei ist. Insofern kann man diesen Antrag nur unterstützen. Aber darüber haben wir auch schon selber nachgedacht.

Es geht weiter mit Herrn Fresenius.

Dr. Fresenius, Bayern: Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Auch von meiner Seite vielen Dank für diese wirklich gelungene Sensibilisierung für dieses Thema. Es ist Ihnen sowohl fachlich als auch emotional gelungen, jemanden, der vielleicht nicht jeden Tag mit diesem Problem zu tun hat, dafür zu sensibilisieren. Diese Empfindsamkeit, die dafür entwickelt wurde, hat mich wiederum ein wenig verletzt, weil ich mich mit meiner Forderung nach einem bestimmten Abrechnungssystem in die Ecke des Manchesterkapitalismus geschoben sah, was überhaupt nicht die Absicht dieses Kostenerstattungssystems sein kann.

Sie haben selber gesagt, dass es davon vielleicht Ausnahmen geben muss. Ich glaube, dass man in jedem Fall etwa 7 Millionen Bürgerinnen und Bürger, nämlich alle sozial Bedürftigen und alle Behinderten, ausnehmen muss. Freilich muss man sich gerade bei den Behinderten Gedanken darüber machen, inwieweit Staat und Krankenkassen verpflichtet werden müssen und wie sehr man in diesem Zusammenhang die Krankenkassen aus der Verpflichtung herausnehmen muss und der Staat einspringen muss.

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass bei diesem System ein gewisser Anteil der Bürger ausgenommen werden muss. Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass in dieses System eine Selbstbehaltregelung eingeführt werden muss, oh-

ne die das ganze System nicht funktionieren kann. Diese Selbstbehaltregelung soll entsprechend dem eigenen Einkommen eine ganz sozialverträgliche Differenzierung ermöglichen. Das heißt, dass es Bürger und Patienten geben wird, die keinen Selbstbehalt haben, und andere, die einen sehr hohen Selbstbehalt haben.

Dies möchte ich als Differenzierung des Vorschlags dargestellt haben. Es soll selbstverständlich nur ein Diskussionsvorschlag sein, der uns aus einer augenblicklichen Misere, die keiner für gut hält, zu einem transparenten System für die Mehrzahl der Bürger und zu einem sozialverträglichen System für eine Gruppe führt, der unser aller Mitgefühl gehört.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Fresenius. – Es folgt Herr Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Verehrte Vorsitzende! Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Einen ganz besonderen Dank an Herrn Professor Seidel und Herrn Peters für die ausgezeichnete Darstellung der Probleme, die uns bei der Betreuung von Behinderten immer wieder begegnen. Ja, meine sehr verehrten Damen und Herren, die Betreuung behinderter Menschen ist eine wichtige, eine notwendige, eine integrale Aufgabe des Arztes. Es ist die Aufgabe eines jeden Arztes. Wir dürfen uns dieser Aufgabe nicht entziehen. Wir Ärzte dürfen uns der Betreuung unserer behinderten Mitbürger nicht entziehen und sie in wie auch immer gearteten Einrichtungen isolieren.

Nicht ohne Grund ist das moderne Verständnis von einer Betreuung dieser Menschen so entwickelt worden, diese Menschen in allen Bereichen der Gesellschaft so weit wie möglich zu integrieren. Das heißt auch – dies passiert schon seit langer Zeit –, dass behinderte Menschen im Rahmen der normalen kassenärztlichen Betreuung versorgt werden. Daher ist es nicht hinreichend, die angemessene Vergütung nur für die Betreuung in den Sozialpädiatrischen Zentren zu fordern, sondern gefordert werden muss eine angemessene Vergütung für jegliche Art der Betreuung von behinderten Menschen.

(Beifall)

Daher haben wir aus Berlin einen Änderungsantrag eingebracht, der redaktionell als neuer Antrag eingebracht wurde. Er enthält natürlich die Forderung nach Sozialpädiatrischen Zentren, aber er zielt eben auch darauf ab, dass wir eine angemessene Vergütung für diese Gruppe unserer Mitbürger brauchen. Ich bitte Sie, diesem Änderungsantrag zuzustimmen.

Darüber hinaus gibt es sicher begründete Einzelfälle, die eine Weiterbetreuung von behinderten Patienten in Sozialpädiatrischen Zentren notwendig machen.

Zielrichtung wird aber auch hier sein, diese Patienten in eine normale Erwachsenenversorgung überzuleiten, denn wir Ärzte in Deutschland wollen uns unserer Verantwortung für unsere behinderten Mitbürger nicht entziehen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Handrock. – Es folgt Herr Kaplan vom Vorstand der Bundesärztekammer.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Mit der heutigen Diskussion, mit den hervorragenden Referaten von Herrn Dr. Peters und Herrn Professor Seidel und mit der jetzigen Aussprache im Plenum werden wir sicherlich einen ganz wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung unserer behinderten Mitmenschen leisten. Aber, Herr Professor Seidel, gestatten Sie mir eine kleine Anmerkung zu Ihrem Vorschlag der Modifikation des Hausarztbegriffs. Das Case Management bei der Betreuung behinderter erwachsener Menschen und auch ein Großteil der Regelversorgung sind eine originäre hausärztliche Aufgabe, die auch heute schon so gelebt wird.

(Beifall)

Sie ist sicherlich wie alles verbesserungsbedürftig. Hier denke ich an die Inhalte der Fortbildung, ich denke auch an Inhalte der Weiterbildung. Dem müssen wir gerecht werden; dem werden wir gerecht werden.

Allerdings handelt es sich hier, wie mein Vorredner gerade sagte, um eine typische interdisziplinäre Aufgabe, eine Aufgabe für ein entsprechend qualifiziertes Team. Ich denke hier an unsere Medizinischen Fachangestellten, die beispielsweise durch den Durchlauf unserer Curricula, auch des VERAH-Programms, die entsprechende Qualifikation erhalten können, durch die enge Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und natürlich mit allen Kolleginnen und Kollegen. Wie mein Vorredner sagte: Alle Ärzte sind dafür verantwortlich, dass behinderte Menschen qualifiziert betreut werden.

Natürlich – auch das hat mein Vorredner schon angesprochen – ist auch die Honorierung wichtig. Hier denke ich an entsprechende Inhalte in den neuen Verträgen nach § 73 b und § 73 c, aber auch an die integrierte Versorgung nach § 140 a. Auch dem müssen wir gerecht werden.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Kaplan. – Es folgt der Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Verehrteste Präsidentin! Meine Damen und Herren! Professor Seidel hat sich zweimal gegen die KVen gewandt. Er hat gesagt, sie seien sehr obstruktiv gewesen. Ich will die Worte, die noch schlimmer waren, nicht wiederholen. Nach seinem Standort Bielefeld kann es ja nur die KV Westfalen-Lippe gewesen sein.

Herr Professor, wir Hausärzte – ich vertrete hier die Hausärzte – leiden unter dieser KV auf das Äußerste.

(Beifall)

So könnte es mir ja ganz recht sein, wenn diese KV hier mal eins drüberkriegte; wie sagte man früher: mit klammheimlicher Freude.

Aber ich muss mich hier vor die KV stellen und Sie fragen: Wenn diese KV ihrem guten Herzen einen Stoß gegeben hätte, edel gehandelt hätte und Ihre Zulassungen, die Sie beantragt haben, gegeben hätte, woher hätte unter den damaligen Umständen die KV das Geld nehmen sollen? Diese Kammerversammlung hat es fertiggebracht, an die 17. und damit letzte Stelle des Regelleistungsvolumens zu kommen. Der Hausarzt bekommt im Monat 11 Euro.

Jetzt will ich es einmal holzschnittartig, kantholzartig vereinfachen: Diese KV hätte dann dem Hausarzt 10 Euro gegeben und Ihnen mit vollem Herzen das Geld, das Sie verlangt haben.

Ich will Ihnen die Antwort ersparen. So wäre es gewesen. Natürlich müssen wir Geld von außen dafür haben. Die KV selber kann wirklich nichts dafür.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Massing, dass Sie sich vor die KV stellen. Das gefällt uns gut. – Der nächste Redner ist Herr Dewitz aus Berlin.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrte Vorsitzende! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wie wichtig dieser Tagesordnungspunkt auf dem Ärztetag ist, haben die Vorträge von Herrn Dr. Peters und Herrn Professor Seidel gezeigt. Die Qualität einer Gesellschaft zeigt sich insbesondere, wie ich finde, auch im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, mit kranken, mit älteren, mit schwachen Menschen. Herr Peters hat auf die Verbrechen in den dunkelsten Jahren deutscher Geschichte hingewiesen. So etwas darf sich in Deutschland nie wiederholen, so etwas wird sich nie wiederholen. Er hat aber auch mit Recht auf die negativen Entwicklungen in Holland hingewiesen. Ich

habe einen guten Bekannten, der contergangeschädigt ist. Er beobachtet die Entwicklung in Holland mit großem Argwohn, mit Ängsten und Sorgen, dass diese Debatte auch nach Deutschland mit negativen Auswirkungen auf Behinderte überschwappen könnte.

Herr Professor Seidel hat mit Recht auf die schleichende Entwertung beschädigten Lebens im öffentlichen Diskurs hingewiesen. Hier müssen wir entgegenwirken. Er hat auch auf eine heimliche Lebenswertdebatte hingewiesen. Auch hiergegen müssen wir als Ärzte unsere Stimme erheben; denn genau davor haben Menschen mit Behinderung auch in unserem Land Angst, dass so etwas im öffentlichen Raum Platz greifen könnte.

Wir sollten uns auch in der öffentlichen Diskussion für eine behindertenfreundliche Gesellschaft und eine behindertengerechte Gestaltung unserer Gemeinden einsetzen.

Ich habe hier noch einige Beispiele aus meinem kommunalpolitischen Engagement. Wenn Bürgersteige an den Kreuzungen abgesenkt werden, müssen auch Riffelplatten für Sehbehinderte verlegt werden. Wenn Ampelanlagen erneuert werden, sollten sie sehbehindertengerecht mit diesen Vibrationsanlagen ausgestattet werden. Diese sollten nicht, wie in Berlin geschehen, um 22 Uhr abgeschaltet werden, weil sich Anwohner durch das Gesumme gestört fühlten und sich beim Bezirk beschwerten. Das kann man abends auch leiser stellen. Es ist nicht einzusehen, dass Sehbehinderte um 22 Uhr zu Hause sein müssen. Wenn U-Bahnhöfe mit Fahrstühlen ausgestattet werden, sollte es üblich werden, dass im Verkehrsfunk durchgesagt wird, welche ausgefallen sind; denn der Behinderte weiß zwar, wo er in den Tunnel hineinkommt, aber er weiß nicht, wie er wieder hinauskommt. Wenn dort, wo er aussteigen möchte, der Fahrstuhl außer Betrieb ist, muss er wieder zurückfahren und kann nicht dort aussteigen, wo er dies tun möchte.

Ich denke, für diese Dinge können wir uns einsetzen. In meinem Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf wird es noch 20 Jahre dauern, bis alle Ampeln sehbehindertengerecht ausgestattet sind.

Ich habe im Jahre 2000 mit Freude die Übertragung der Olympischen Spiele in Sydney gesehen. Damals war man dort schon wesentlich weiter als wir hier zehn Jahre später.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen. – Nun folgt Frau Kollegin Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin seit vielen Jahren niedergelassene Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und betreue eine große Anzahl von körperlich-neurologisch Behinderten, aber

auch von psychisch Behinderten. Ich kann nahtlos an das anschließen, was Herr Dewitz eben ausgeführt hat. Auch in unseren Praxen fehlt es oft an Barrierefreiheit. Ich habe sehr viele Patienten, die bei zunehmender Behinderung ihre Hausärzte, ihren Gynäkologen oder ihren sonstigen behandelnden Arzt wechseln müssen, weil sie nicht mehr in deren Praxen gelangen.

Angesichts der fehlenden Ressourcen für Investitionen bei den niedergelassenen Ärzten wäre es beispielsweise eine, wie ich finde, gute Idee, bei solchen Praxen, in denen viele Behinderte betreut werden, Umbauten so zu gestalten, dass auch Behinderte diese Praxen erreichen können, denn diese Patienten müssen ja nicht unbedingt durch Hausbesuche versorgt werden. Man möchte ja deren Selbstständigkeit gern erhalten.

Ich möchte noch ein Wort zu den psychisch Behinderten sagen, die für meine Begriffe ein bisschen ein Schattendasein in der Behindertenlandschaft fristen, weil deren Behinderung oft nicht von vornherein erkannt wird. Es bestehen aber deutliche Leistungseinbußen. Es müssen ganz deutliche Hilfen gewährt werden. Die Mittel zur Erkennung und Durchsetzung der erforderlichen Maßnahmen sind außerordentlich gering.

Es sind Methoden abgeschafft worden, die es früher gab, beispielsweise ambulante Belastungserprobungen, die den Nachweis ermöglichten, dass jemand psychisch so behindert ist, dass er bestimmten Anforderungen beispielsweise des Arbeitsamts nicht mehr gerecht werden kann. Das ist inzwischen alles entfallen.

Es ist auch schwierig, Heilmittel wie die Ergotherapie für psychisch Behinderte zu bekommen, wenn nicht eine eindeutige psychiatrische Erkrankung vorliegt, die das rechtfertigt. Die Begründungen, die man dafür als Arzt liefern muss, sind außerordentlich schwer zu formulieren, weil sie auf irgendwelchen Papieren erfolgen müssen, die dafür nicht gemacht sind.

Lassen Sie mich bitte noch ein kurzes Wort zur Kostenerstattung sagen. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass das Sachleistungsprinzip ein Grund ist, warum Gelder verschwinden, die wir dringend für die Versorgung gerade dieser Behinderten brauchen könnten. Wir brauchen Transparenz im Leistungsgeschehen und wir brauchen Transparenz bei den Kosten, die dafür anfallen. Dieses System ist ein geeignetes System, dies darzustellen. Sie glauben doch nicht im Ernst, dass wir das Problem, dass Behinderte wegen Geldmangels nicht zum Arzt gehen, nicht mit unseren Ansichten lösen könnten.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Haus. Mir sprachen viele Aspekte aus der Seele. – Jetzt kommt Herr Professor Mau aus Berlin.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir brauchen für die Behinderten Geld, wir brauchen Gesetze, wir brauchen Strukturen, wir brauchen Qualifikationen. Herr Seidel hat gesagt: Wir brauchen einen Schwerpunkt; Behinderte zu betreuen erfordert mehr als Zuwendung, nämlich ein warmes Herz und spezielle Qualifikationen.

Ich bin froh, dass sich dieser Ärztetag dieses Themas so angenommen hat. Ich weiß, es ist in guten Händen. Ich bin als Kinderchirurg mit diesem Problem seit 40 Jahren vertraut. Meine ältesten behinderten Patienten sind heute Großeltern. Ich habe nur eine Bitte, denn über einen Aspekt, der mit Behinderten in einem untrennbaren Zusammenhang steht, ist bis jetzt überhaupt noch nicht gesprochen worden: Die Hauptakteure bei der Sorge um Behinderte sind nicht die Ärzte, sind nicht die Pfleger, sind nicht die Physiotherapeuten, sondern nach wie vor die Mütter dieser Menschen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn ich heute mit einer Schwangeren spreche, die ein behindertes Kind in sich trägt, dann müsste ich ihr sagen: Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie beim ersten Geburtstag Ihres Kindes alleinerziehend sind, beträgt über 90 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie am zweiten Geburtstag Ihres Kindes Ihren Beruf nicht mehr ausüben, liegt über 90 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie am dritten Geburtstag Ihres Kindes nicht mit Ihren alten Freundinnen aus der Zeit vor Ihrer Ehe zusammen feiern, sondern eher in einer Behindertengruppe, ist fast 100 Prozent.

Wir müssen heute diesen Frauen, die dieses Los – von uns mit unterstützt – tragen, aber nicht alleine tragen, zu mehr Anerkennung, zu mehr finanzieller Unterstützung und auch zu einer besseren Lebensabsicherung verhelfen.

(Beifall)

Wenn heute eine 70-jährige Frau im Altersheim ihren Lebensabend verbringt, die 40 Jahre lang ein Down-Kind, das vielleicht in Bethel ist, versorgt hat, mit einer Minimalrente leben muss, weil sie niemals gearbeitet hat, ist das für mich ein Skandal. Da bitte ich Sie um Unterstützung. Sie sollten den Antrag 9 interessiert lesen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Professor Mau. Der Beifall zeigt, dass wir alle dieses Anliegen sehr unterstützen. – Es folgt jetzt Frau Dr. Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich finde, meine Wortmeldung passt hier sehr gut, denn ich hatte mich zu einem Thema gemeldet, das sich an

die Ausführungen von Herrn Mau anschließt. Doch bevor ich zu diesem Thema komme, möchte ich den Referenten ganz herzlich danken. Auch ich war ganz beeindruckt von den Schilderungen, wie es mit Schwierigkeiten verbunden ist, mit behinderten Kindern umzugehen. Wie die Situation mit behinderten Erwachsenen ist, kann ich manchmal erahnen. Wie es mit psychisch kranken Behinderten ist, weiß ich aus meinem Beruf. Deshalb auch mein Dank an Frau Haus, die die Situation klar und deutlich geschildert hat.

Der Antrag, den ich gestellt habe, geht in die Richtung, die Herr Mau bereits angesprochen hat. Eine Freundin von mir bekam als erstes Kind ein Kind mit einem schweren Down-Syndrom. Als es darum ging, die Rentenfrage zu klären, stellte sie fest, dass sie in der Rentenversicherung ein Jahr Anwartschaft anerkannt bekommt. Sie sagt: Ich konnte doch gar nicht arbeiten.

Das hat mich dazu bewogen, den Antrag zu stellen, dass die Bundesärztekammer darauf hinwirken soll, den Gesetzgeber darauf aufmerksam zu machen, dass das so nicht geht. Aber auch wir Ärzte müssen uns an die eigene Nase packen. Wir müssen auch einmal bei unseren Versorgungswerken nachschauen, ob wir diesbezüglich etwas ändern können. Das richtet sich nicht nur an die Versorgungswerke der Ärzte, sondern an die Versorgungswerke aller freien Berufe.

Aber ich habe den Antrag jetzt erst einmal für die Rentenversicherung gestellt. Ich bitte um Unterstützung.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Groß. Das greift nochmals das auf, was Sie bereits im letzten Jahr für die Angehörigen, die Demenzkranke versorgen, gefordert haben. Ich denke, das geht in dieselbe Richtung. Das sollten wir dringend unterstützen. – Jetzt kommt Herr Dr. Hauber aus Bayern.

Dr. Hauber, Bayern: Sehr geehrter Vorstand! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Ich möchte die Rolle des Hausarztes in diesem ganzen Komplex, den wir jetzt hier besprechen, noch einmal deutlich machen. Herr Dr. Kaplan hat schon seine Bedenken geäußert, was Herr Professor Seidel in seinem Referat auch sagte, dass eine Modifikation des Hausarztbegriffs stattfinden soll. Davor möchte ich warnen. Dass ein Spezialist Hausarzt wird, widerspricht der Lotsenfunktion des Hausarztes, der ja für die ganze Familie da ist, der die Familie vom Kleinkind bis zum Greis sieht.

Ich sehe die Entwicklung, dass ein Spezialarzt für behinderte Menschen entsteht, genauso wie ein Spezialarzt für Palliativmedizin entsteht. Aber was ist der eigentliche Grund unserer hausärztlichen Tätigkeit? Die hausärztliche Tätigkeit ist darin begründet, dass wir die Mutter unterstützen. Ich finde die Ausführungen von Herrn Professor Mau sehr, sehr gut. Die Mutter hat ein behindertes Kind und befindet sich seit 10, 20 oder 30 Jahren bei uns in der hausärztlichen

Praxis. Wir betreuen die Mutter, aber das Kind, das wir von Anfang an mit Unterstützung des Kinderarztes und der Fachärzte betreuen, soll plötzlich an irgendeine Organisation abgegeben werden, die besonders spezialisiert ist.

Ich bewundere die Sozialpädagogen, die sich wirklich immer mit Behinderten beschäftigen, was ja auch ihre Aufgabe ist. Ich sehe sehr häufig, dass sich diese Sozialpädagogen sehr stark um ihre Behinderten kümmern und diese zu einer Wanderschaft zwischen Spezialisten auffordern.

In gewisser Weise habe ich Angst davor, dass sich diese Leute um eine Anstellung kümmern. Ich habe seit 20 Jahren als Hausarzt und als Betriebsarzt eine Behindertenwerkstatt. Ich weiß, was die Sozialarbeiter und die Behinderten selbst betrifft. Der Behinderte gehört in unsere Praxis. Unsere Praxis ist der Ansprechpartner. Das Ansprechen des Behinderten ist beim Hausarzt gewährleistet.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich danke Ihnen. – Ich bitte jetzt Herrn Neitscher ums Wort.

Neitscher, Nordrhein: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich spreche zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Das „Deutsche Ärzteblatt“ hat in seiner aktuellen Ausgabe auf Seite 4 die „Zahl der Woche“ veröffentlicht. Sie lautet: 21 Prozent Menschen in Deutschland haben im vergangenen Jahr wegen psychischer Beschwerden ärztliche und psychotherapeutische Hilfe aufgesucht.

Die Herausforderungen angesichts der Epidemiologie psychischer Erkrankungen und die Anforderungen an die notwendige ärztliche psychotherapeutische Kompetenz wurden auf dem Deutschen Ärztetag 2006 diskutiert. Die Resonanz war erfreulich. Wir sind froh, dass Sie, Herr Professor Hoppe, in Ihrer Rede am Dienstag an zwei Stellen diese Thematik aufgegriffen haben. Im Zusammenhang mit der Debatte um den sogenannten assistierten Suizid haben Sie zu Recht ärztlich-psychotherapeutische Hilfe für diejenigen Menschen gefordert, die aufgrund schwerwiegender depressiver Erkrankungen, Vereinsamung und wirtschaftlicher Not in suizidale Lebenskrisen geraten sind.

Zu Recht haben Sie an zweiter Stelle darauf hingewiesen, dass wir uns besonders um diejenigen Menschen kümmern müssen, die sich aufgrund seelischer Erkrankungen nicht wehren können und stigmatisiert sind.

An anderer Stelle aber fehlte mir ein Hinweis. Sie sprachen davon, dass es in Deutschland eine halbe Million Menschen mit geistiger und mehrfach körperlicher Behinderung gibt. Lieber Herr Professor Hoppe, zu den Menschen mit Behinderungen gehören auch diejenigen Menschen, die unter einer Behinderung

als Folge einer seelischen Erkrankung leiden. Ich bin Frau Haus dankbar für ihre Worte, die sie eben gefunden hat.

Nachdem wir jahrelang einen bedauernswerten Rückgang an ärztlicher psychotherapeutischer Versorgung aufgrund der desaströsen Honorierung zu beklagen hatten, sind wir froh, dass mit der Honorarreform zum 1. Januar 2009 – bei aller berechtigten Kritik – hier Abhilfe geschaffen wurde und psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen – ich betone: aller Fachgruppen – endlich ihrem Versorgungsauftrag nachkommen können, ohne den wirtschaftlichen Ruin befürchten zu müssen.

Dazu haben auch die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage der letzten Jahre beigetragen. Vielen Dank.

Umso irritierender ist für uns das, was unter dem Titel „Gesundheitspolitische Agenda 2009 – Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen“ veröffentlicht und allen Delegierten mit der Einladung zugeschickt wurde. Das ist ein Handlungskonzept, das unter der Federführung von Professor Beske und unter Mitwirken maßgeblicher Vertreter der ärztlichen Selbstverwaltung erarbeitet wurde. Auf Seite 56 dieses Handlungskonzepts ist zu lesen, dass bei ambulanter Psychotherapie eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten pro Sitzung gefordert wird. Dies sieht man als „Teil eines therapeutischen Prinzips“ an. Das entspricht bei einer niederfrequenten Psychotherapie schnell einer Zuzahlung von 100 Euro pro Quartal.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier drängt sich der Verdacht auf, dass unter dem Deckmantel eines mehr als fragwürdigen, wenn nicht falschen Therapieverständnisses Kostenpolitik betrieben wird. Nicht zum ersten Mal ist der Reflex zu beobachten, in diesem Versorgungsbereich mit vorgeblicher Einsparung zu beginnen. Heißt Priorisierung, dass bei notwendiger Begrenzung der Ressourcen wieder einmal bei denen begonnen werden soll, die sich am wenigsten wehren können? Das kann es ja wohl nicht sein, zumal ein Teil der in den letzten Jahren gefassten Beschlüsse der Deutschen Ärztetage zur Versorgung psychisch Kranker damit konterkariert würde.

Ich bitte darum, meinen entsprechenden Antrag zu unterstützen, und danke für die Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Neitscher. – Jetzt hat Herr Schäfer aus Hamburg das Wort.

Schäfer, Hamburg: Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Wir haben vorhin gehört: Wir brauchen Geld und Strukturen. Aber das reicht mir nicht. Wir brauchen auch diejenigen, die bereit sind, ohne Wenn und Aber wenigstens geltendes Recht auch anzuwenden. Es ist schlichtweg unerträglich für mich, wenn uns teilweise Knüppel zwischen die Beine geworfen werden, dass es nur so kracht. Es sind keine Einzelfälle, die mir zu Ohren gekommen sind bzw. die

ich in eigener Praxis erlebt habe, dass Kassen verordnete Maßnahmen einfach verweigern.

Ich überblicke sogar Fälle, wo Kassen trotz des Vorliegens eines Sozialgerichtsurteils eine Rehamaßnahme verweigern. Hier erfolgt Kostensparen auf dem Rücken von Patienten. Wenn man sich an Aufsicht oder Politik wendet, dann heißt es großkotzig – wie neulich auch in der Sendung von Anne Will –: Sie müssen halt kämpfen. Und das sagt man einem Patienten, der mit seinem Verfahren schon vor Gericht steht! Wie viel mehr soll er denn noch kämpfen? Soll er Bomben bauen oder was?

(Vereinzelt Beifall)

Ich halte das für Zynismus in höchster Inkompetenz. Das ist Sozialdarwinismus nach dem Motto: Nur die Starken kommen durch. Für diesen Kampf ist dann wiederum der Hausarzt gerade gut als Unterstützer, als Gutachter mit 25 Stellungnahmen im Laufe eines Jahres.

Die Politik sagt: Das müssen Sie halt machen, Sie müssen halt Ihren Patienten unterstützen. Wir sollten dieses unsägliche Verhalten von Kostenträgern brandmarken und dringend dazu auffordern, dass die Politik endlich ihrer Verpflichtung zur Aufsicht auch über diese Gremien gerecht wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Schäfer. – Nun bitte Professor Kahlke, ebenfalls aus Hamburg.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Kollege Peters, ich erinnere mich gut an den zitierten Ärztetag in Ludwigshafen, an diese unselige Aussage eines Delegierten. Ich erinnere mich auch sehr gut an Ihre Antwort. Ich bin schon seit Längerem auf Ärztetagen und denke: Jener Kollege, jene Kollegin ist auch wieder da. Wenn ich Sie sehe, dann freue ich mich immer. Das sage ich ganz offen.

Sie haben die Worte ausgesprochen, die man gar nicht mehr gebrauchen mag, nämlich Wert- und Unwertdiskussion. Wenn ich höre, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt sagt, sie bzw. er sehe keinen Wert in diesem Behinderten – wahrscheinlich stark Behinderten –, habe ich bei allem Respekt vor dem Begriff der Behinderung die Frage: Gibt es nicht auch eine Behinderung eingeschränkter Menschlichkeit? Ich frage: Wer ist bei einer solchen Aussage eigentlich behindert?

(Beifall)

Herr Kollege Seidel, ich finde Ihre Aussage sehr wichtig – ich hoffe, ich gebe sie richtig wieder –: Die engagierte Zuwendung der deutschen Ärzteschaft gegenüber Menschen mit Behinderung ist ein Beitrag zur Wertorientierung der deutschen Gesellschaft. So habe ich es verstanden. Es ist schwer, wenn wir das unmittelbar umsetzen wollen, um ein Menschenbild in der Ärzteschaft auch nach außen zu tragen.

Ich denke an die Diskussion – sie wurde gestern kurz angesprochen – über das Gesetz der so genannten Spätabtreibung. Man muss entscheiden: Wie bin ich ärztlich herausgefordert im Blick auf behinderte Menschen und wie bin ich ärztlich herausgefordert im Blick auf das Schicksal der Mutter, der Schwangeren?

Ich denke, je mehr wir zeigen, dass unser Menschenbild auf eine den Behinderten voll integrierende Gesellschaftsordnung ausgerichtet ist, desto weniger müssen wir die Ratschläge äußern, selbst wenn sie nur hinter vorgehaltener Hand gegeben werden: Es wird ein behindertes Kind zu erwarten sein, die Schwangerschaft sollte man wohl abbrechen.

Es gibt noch eine andere Empfehlung, nämlich die Vermittlung an Einrichtungen, Familien, Selbsthilfegruppen von Menschen, die Erfahrungen mit Behinderten gemacht haben und wissen, dass es auch eine Lebensbereicherung gibt, die man vorher so nicht geahnt hat. Das kam auch in beiden Referaten zum Ausdruck.

Vielen Dank fürs Zuhören.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Professor Kahlke. – Jetzt bitte Herr Ramm.

Dr. Ramm, Hamburg: Sie erleben hier die Hamburger Trilogie. – Verehrte Frau Vorsitzende, Sie hatten vorhin auf meinen Wortbeitrag hin gesagt, Sie hatten es einem Träger der Paracelsus-Medaille angeboten, ihn im Rollstuhl hochzuschieben. Genau das ist es, was wir als Nichtbehinderte in unseren Köpfen haben: Hilfe anbieten. Eine Hilfe ist selbstverständlich. Der Anblick einer Rampe muss für uns selbstverständlich sein.

Wir verstehen unseren Antrag aber nicht so, dass für den Fall, dass sich ein Behinderter zum Ärztetag anmeldet, eine Rampe installiert wird, sondern dass sie konstant vorhanden ist und die Möglichkeit zur Benutzung bietet. Die Rampe stellt hier nur ein Beispiel dar. Die Rampe dient ja nicht nur dem Hochschieben von Rollstühlen, sondern sie dient ja auch dem besseren Betreten.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. Ist angenommen. – Jetzt bitte Herr von Knoblauch zu Hatzbach vom Vorstand.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstand der Bundesärztekammer: Verehrte Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Referenten, ganz herzlichen Dank für diese so wichtigen Ausführungen, die uns, wie Sie dem langen Applaus entnehmen konnten, nicht nur rein sachlich, sondern auch emotional bewegt haben. Herzlichen Dank.

Ich wünsche mir, dass von diesem Thema das richtige Echo an die Öffentlichkeit geht, an die Politik geht. Das wäre ein großer Erfolg.

Gesundheit und soziale Teilhabe für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind in unserer Gesellschaft etwas Unverzichtbares. Dazu gehört natürlich auch eine weitestmögliche Einbindung in das gesellschaftliche Leben. Auch die Möglichkeit, durch Arbeit kreativ sein zu können, gehört zu einer würdigen Teilhabe.

Der Gesetzgeber hat Vorgaben gemacht, wodurch die Arbeitgeber aufgefordert werden, Behinderten Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen bzw. die dies ermöglichen. In der Realität aber ist das für viele Arbeitgeber aus oft ökonomischen Bedingungen heraus nicht umsetzbar.

Ich kann aus eigener Erfahrung Folgendes berichten. Ich habe zwei behinderte Menschen nacheinander in die Praxis einbestellt. Es ging zum einen um eine Schwerstbehinderte mit einer Friedreichschen Ataxie. Wir haben zunächst zusammen mit den Wohlfahrtsverbänden einen behindertengerechten Arbeitsplatz eingerichtet, sodass die Mitarbeiterin entsprechend ihrem Vermögen an der Praxisarbeit teilnehmen konnte.

Aber nach einer gewissen Zeit hört die öffentliche Unterstützung auf. Dann ist der Arbeitgeber in der Situation, das selbst schultern zu müssen. Das ist in vielen Fällen schwierig.

Wenn sich eine Gesellschaft daran messen lassen muss, wie sie mit Behinderten, Alten und Schwerstkranken umgeht, ist es auch eine gesellschaftliche Aufgabe, die mögliche Teilhabe umzusetzen. Ich meine, deshalb müssen wir die Gesetzgeber im Bund und in den Ländern von hier aus auffordern, Mittel zur Verfügung zu stellen, damit die dauerhafte Beschäftigung von Behinderten außerhalb beschützender Einrichtungen ermöglicht wird. In diesem Zusammenhang darf ich auf einen Antrag hinweisen, der noch umgedruckt wird. Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Jetzt nochmals Herr Dewitz aus Berlin. Bitte.

Dr. Dewitz, Berlin: Sehr geehrte Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich fand die Referate von Herrn Dr. Peters und von Herrn Professor Seidel sehr gut und wichtig. Ich halte aber diese Seitenhiebe in beiden Referaten in Rich-

tung Kostenerstattung und KV-System, wie Herr Merchel schon gesagt hat, für überflüssig und schädlich. Ich finde, dass sich Kostenerstattung, Einzelleistungsvergütung und der Bezug von Transferleistungen nicht ausschließen. Auch Menschen, die Transferleistungen erhalten, zahlen ihre Miete in aller Regel selber, überweisen sie selber. Das wurde irgendwann einmal umgestellt: Früher wurde die Miete direkt von der hilfegewährenden Stelle überwiesen. Später hat man gesagt: Nein, diese Menschen müssen zur Selbstständigkeit erzogen werden, sie bekommen das Geld auf ihr Konto überwiesen und reichen es dann weiter.

Genauso würde es auch weiterlaufen, wenn wir die Kostenerstattung hätten. Das Sachleistungsprinzip führt nämlich genau zu dem beklagenswerten Zustand, dass es zu einer Rationierung kommt. Die Pauschalierung führt zu einer Nivellierung der Vergütung. Es werden Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben. Das heißt, uns wird das Geld aus dem Portemonnaie genommen. Unsere Leistungen werden nicht vergütet. Als Orthopäde mit Röntgen und Elektrotherapie erbringe auch ich Leistungen für 11 Euro im Monat bzw. 30 Euro im Quartal. Da bin ich eher schlechtergestellt als ein Hausarzt, weil ich hohe Kosten habe durch ständige Prüfungen oder auch TÜV-Prüfungen. Nicht zu vergessen ist auch das Material, das man sich beschaffen muss.

Ich denke, wir kommen aus dieser Falle des weiteren Absinkens der Vergütung nur heraus, wenn wir vom Sachleistungsprinzip endlich wieder zur Kostenerstattung kommen, wenn Einzelleistungen erstattet werden.

Ich möchte auch noch zu den Zuzahlungen, die Sie kritisiert haben, Stellung nehmen. Zuzahlungen führen zu einem Rückgang der Zahl der Arztbesuche, nicht nur bei Behinderten, auch in sozial schwachen Bezirken. Es gibt Erhebungen seitens der KV Berlin, dass die generelle Einführung der Zuzahlung 2004 zu einem Rückgang der Zahl der Arztbesuche in sozial schwachen Bezirken von über 15 Prozent geführt hat, während in bessergestellten sozialen Bezirken die Zahl der Arztbesuche nach einem Rückgang von 8 Prozent nach einem Jahr wieder auf das alte Niveau angestiegen ist. Ich glaube, im Bundesdurchschnitt liegt der Rückgang bei 6 oder 7 Prozent. Dadurch gehen sozial Schwache dreimal weniger zum Arzt, als das in sozial stärkeren Regionen der Fall ist.

Als Orthopäde beobachte ich in den letzten Jahren, dass die Patienten später zu mir kommen. Sie kommen nicht mehr im ersten Quartal, das früher eines der stärksten Quartale war, sondern sie müssen zunächst einmal zum Hausarzt und zum Kardiologen, um sich ihre Medikamente fürs Herz und gegen Diabetes zu holen. Wenn sie nach einigen Monaten wieder Geld haben, kommen sie zum Orthopäden, weil sie wissen, dass das Medikament gegen die Osteoporose auch wieder Zuzahlung kostet. Wenn sie Krankengymnastik aufgeschrieben bekommen, müssen sie auch Zuzahlungen leisten.

Das letztendlich von der SPD eingeführte System führt zu einer starken sozialen Benachteiligung von Menschen mit niedrigem Einkommen. Ich denke, das kann auf Dauer so nicht sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Jetzt nochmals Herr Bolay. Bitte.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Mehrere Kolleginnen und Kollegen haben in ihren Beiträgen die Sorge geäußert, ihre Kompetenz bei der Behandlung Behinderter werde infrage gestellt oder – schlimmer sogar – diese könnten ihnen als Patienten abhanden kommen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte hören Sie mir jetzt noch einmal zu. Ich verstehe es nicht. Mit der Einrichtung dieser Zentren wird Ihnen kein Patient weggenommen, auch Ihre Kompetenz wird nicht infrage gestellt. Diese Einrichtungen sind eine Ergänzung, nicht ein Ersatz Ihrer vertragsärztlichen Behandlung.

(Beifall)

Ich habe als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt mehr als 20 Jahre Erfahrung in der Kooperation mit Sozialpädiatrischen Zentren. Es ist eine gute Erfahrung. Denken Sie bitte vorwärts. Solche Zentren werden eine Bereicherung Ihrer ärztlichen Tätigkeit und Ihres Bemühens um Behinderte sein. Ganz nebenbei: Sie werden indirekt auch noch einen Lerneffekt haben.

Deshalb: Denken Sie bitte vorwärts und folgen Sie den Leitanträgen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Auch Ihnen ein Dankeschön. – Jetzt kommt Herr Crusius vom Vorstand.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Hohes Präsidium! Frau Vorsitzende! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den Sozialpädiatrischen Zentren sprechen. Herr Peters hat uns das wunderbar dargestellt. Ich möchte Ihnen ein kleines Teilbeispiel geben, wie es nicht sein soll. Wir haben in unserem Bundesland zwei Sozialpädiatrische Zentren: eines in Schwerin und eines in Greifswald. In der größten Region hatten wir kein solches Zentrum. Jetzt haben wir dieses aufgebaut. Dann wurde ein Antrag beim Zulassungsausschuss gestellt. Die Kassenvertreter im Zulassungsausschuss haben es in der vergangenen Woche abgelehnt, und zwar mit der ganz einfachen Begründung: Bisher ging es doch auch.

Das kann es nicht sein. Es muss, wie Herr Bolay es eben schon ausführte, das Netz zusätzlich zur hausärztlichen oder innerärztlichen Versorgung vorhanden sein. Die Multidisziplinarität muss für die kleinen Patientinnen und Patienten vorhanden sein.

Ich möchte mich ausdrücklich bei Herrn Peters bedanken. Wir haben mit seinem Referat, mit den Ausführungen und den Anträgen hier so viel Material, dass wir in der nächsten Woche den Zulassungsausschuss bombardieren werden. Ich werde Ihnen im nächsten Jahr sagen, wie es ausgegangen ist.

Zu Herrn Hauber möchte ich ganz kurz sagen: Harald Mau hat uns dargestellt, wie ein solches Familienleben einer Mutter mit einem behinderten Kind aussieht. Es ist doch selbstverständlich, dass der Kinderarzt, der für das Kind der Hausarzt ist, solche Patienten mitbetreut. Aber wir brauchen dazu ein Netz. Wir brauchen die Unterstützung der Mutter. Sie soll nicht in die soziale Isolation geraten, weil sie ein behindertes Kind hat. Sie muss ein Auffangnetz, ein soziales Netz finden, um weiterhin ein attraktives Mitglied der Gesellschaft sein zu dürfen, entsprechend unserem Grundgesetz.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Crusius. – Nun bitte Frau Ebert-Englert aus Niedersachsen.

Dr. Ebert-Englert, Niedersachsen: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Diese beiden Referate waren hervorragend. Ich möchte etwas zu Ihnen sagen, Frau Groß. Sie hatten von Ihrer Freundin gesprochen, die ein mongoloides Kind hat und nur ein Jahr arbeiten konnte. Mit einem kleinen Seitenhieb für die Versorgungswerke der Ärzte haben Sie appelliert, sich dieser Gruppe doch anzunehmen.

Ich möchte Ihnen sagen, dass seit 1995 in der Pflegeversicherung die Regel existiert, dass pflegende Angehörige einen Rentenanspruch erwerben. Das ist nicht das Problem der Versorgungswerke. Unser System ist ein ganz anderes.

Hinsichtlich der KV möchte ich sagen: Ich habe als Psychiaterin über 20 Jahre ein Heim betreut. Nach zehn Jahren habe ich die Frage gewagt, ob ich dafür eine Zulassung bekommen könne. Die Ermächtigung wurde mir nicht erteilt.

Schließlich möchte ich noch auf diejenigen Menschen aufmerksam machen, die mit Behinderten arbeiten. Auch wir als Ärzte brauchen da viel mehr Unterstützung. Wir brauchen mehr Zeit, die uns nicht mehr gelassen wird. Wir sind nach wenigen Jahren ausgebrannt. Wir brauchen auch ein System der innerärztlichen Unterstützung, dass man weiß: Da wird man aufgefangen. Es muss auch viel mehr Supervision geben.

Am schlimmsten ist die Tatsache, dass einem nicht genügend Zeit gegeben wird, die Dinge aufarbeiten zu können.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Ebert-Englert, vor allem auch dafür, dass der Aspekt der Betreuer der schwerstbehinderten Menschen aufgegriffen wurde. Das ist heute vielleicht etwas kurzgekommen. Wir sollten genauso wie den Familienangehörigen auch diesen Menschen viel Respekt zollen. – Als letzter Redner bitte Herr Professor Kahlke.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Entschuldigen Sie, dass ich noch ein paar Minuten Ihrer Aufmerksamkeit in Anspruch nehme. Ich möchte nur vermeiden, dass die Äußerung über die Spätabtreibung und über die pränatale Diagnostik mit unterschiedlichen Empfehlungen zu kurz kommt. Ich erinnere mich an den Beitrag von Herrn Kollegen Voigt, der vorhin sagte – das beobachten hier auch viele andere –: Die Down-Syndrom-Kinder werden immer seltener. Bei einem Wochenend-Ethik-Seminar, das vor einiger Zeit stattfand, war eine Familie mit einem Down-Syndrom-Kind, das damals, glaube ich, drei Jahre alt war und zwischen den Tagungsteilnehmern herumkrabbelte. Es war auch eine Gruppe von Müttern mit einem Down-Syndrom-Kind anwesend. Sie gaben mir eine Informationsmappe mit der Bitte, sie in Kollegenkreisen zu verbreiten.

Damals war es wohl noch nicht üblich, dass in Entbindungskliniken eine Mappe mit Empfehlungen der Eltern von Down-Syndrom-Kindern – um nur eine Gruppe von Behinderten zu nennen – existiert. Die Elterngruppen haben vor einem größeren Publikum ihre Erfahrungen dargelegt. Ich denke, das hat allen Beteiligten klargemacht, wie nötig es ist, das ärztliche Menschenbild so in die Gesellschaft zu tragen, dass genau das erfüllt wird, was nicht nur in den beiden hervorragenden Referaten, sondern auch in den Diskussionsbeiträgen und in den Anträgen zum Ausdruck kommt: Wir müssen es wirklich lernen, die behinderten Menschen so in die Gesellschaft zu integrieren, dass schwangere Mütter, die ein behindertes Kind erwarten, nicht die Angst haben müssen, alleingelassen zu werden, sodass sie nicht den Ratschlag befolgen, das behinderte Kind nicht zur Welt kommen zu lassen.

Die Bilder in den beiden Referaten haben mich sehr angerührt. Ich denke, das ging Ihnen auch so. Wenn man das vor Augen hat, wird man eine Schwangere bei der pränatalen Diagnostik nicht überreden wollen, aber man könnte sie ermutigen. Wenn diese Ermutigung von uns allen etwas stärker erfolgt, haben wir vielleicht wieder ein kleines Stück gewonnen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Kahlke. Sie hatten das Schlusswort.

27 Rednerinnen und Redner haben in meinen Augen fachlich hochstehend, ethisch engagiert, aber auch berufspolitisch, honorarpolitisch und sozialpolitisch

zum Thema beigetragen. Ich finde, es war eine hochkarätige Debatte. Ihnen allen danke ich sehr dafür.

Nunmehr haben die beiden Referenten die Möglichkeit eines Schlussworts. Die beiden Referenten haben sich darauf geeinigt, dass zunächst Herr Peters zu uns spricht und zusammenfasst, was ihm wichtig ist. Abschließend erhält Herr Professor Seidel das Wort, bevor wir über die Anträge abstimmen. Zunächst also bitte Herr Peters.

Dr. Peters, Referent: Verehrte Delegierte, ich danke Ihnen dafür, dass Sie mit einer solchen Beteiligung, auch inneren Beteiligung, sich dieses Tagesordnungspunkts angenommen haben. Das stimmt einen richtig hoffnungsfroh. Ich hoffe, dass wir in den nächsten fünf Jahren auch etwas bewegen. Entscheidend ist ja, dass sich die Situation verbessert.

Ich möchte zunächst ganz kurz etwas zur Kostenerstattungssituation sagen; nur ein paar Gedanken, denn ich will der Entscheidung ja nicht vorgreifen. Wir müssen eine Situation haben, in der geistig oder mehrfach Behinderte, aber auch vergleichbare Patienten nicht den Ausnahmezustand darstellen, sondern regelhaft in der Systematik mit enthalten sind. Man muss auch an die Kämpfe denken, die die Angehörigen führen müssen, wenn sie ihre Kosten erstattet haben wollen. Adorno hat einmal gesagt: Nur da wirst du geliebt, wo du Schwäche zeigen kannst, ohne Stärke zu provozieren. In dem Verhältnis zwischen den großen Kassen und den kleinen Patienten geht manches daneben. Darüber bin ich nicht glücklich.

Noch eine Bemerkung zu den Ausführungen von Herrn Kaplan zum Case Management. Herr Bolay hat es bereits ausgeführt: Diese Einrichtungen verstehen sich ganz klar als komplementäre Einrichtungen. Wir arbeiten mit den Niedergelassenen zusammen. Ich lege größten Wert darauf, dass meine Mitarbeiter die Niedergelassenen schnell informieren. Sie rufen auch an, man bespricht, wer was tut. Keine einzige Heilmittelverschreibung verlässt unser Haus. Das machen nur die Niedergelassenen. Wir beraten nur, ob etwas sinnvoll ist oder nicht. Wir ergänzen sozusagen die Kompetenz der Kolleginnen und Kollegen. Sie können nicht in der ganzen Breite erfassen, was sich in der Diskussion befindet. Ohne Weiterbildung geht es einfach nicht, wenn man es richtig machen möchte. Wir brauchen sogar für diese Zentren eine Zusatzweiterbildung.

Zur Barrierefreiheit möchte ich sagen: Das ist ein wichtiges Thema. Es ist eigentlich bereits gängiges Recht – das weiß ich zumindest aus Rheinland-Pfalz –, dass alle Praxen barrierefrei sein müssen. Das wird aber nicht hundertprozentig umgesetzt. Die Kosten, die dadurch entstehen, sind manchmal nicht tragbar. Wer soll denn bei der finanziellen Situation der Praxen 200 000 Euro für die Installation eines Fahrstuhls bezahlen? Wenn man das möchte, muss man auch nach räsonablen Vergütungsstrukturen suchen, um das entsprechend umzusetzen.

Zu den psychisch Behinderten möchte ich sagen: Ich bitte um Nachsicht, dass wir uns jetzt nur auf zwei andere Gebiete konzentriert haben. Natürlich ist die Situation der psychisch Behinderten ganz wichtig und von beträchtlicher Di-

mension. Ich glaube, es wäre sinnvoll, das in einem eigenen Tagesordnungspunkt zu beleuchten und zu besprechen, wo dort die Nöte und die Versorgungserfordernisse sind.

Zum Schluss ein Satz zu den Müttern, wobei man die Väter nicht vergessen darf. Ich bin ja auch Vater von drei Kindern, die teilweise nicht unbeträchtlich behindert wären, würden sie nicht so gut behandelt. Ohne die Mütter und Väter geht es nicht. Ich hatte ja auf einer Folie gezeigt, dass etwa 60 Prozent dieser Kinder als Erwachsene noch dort sind, wo sie normalerweise nicht wären. Unsere Jugendlichen verselbstständigen sich, gehen in die Ausbildung, gehen in den eigenen Beruf. Hier aber fehlen oft die Strukturen, denen man sich anvertrauen möchte. Hier gibt es noch Handlungsbedarf. Das sollten wir nicht vergessen.

Wenn die Familien für diese Kinder da sind, ersparen sie unserer Gesellschaft auf der anderen Seite beträchtliche Kosten. Ein Heimplatz ist nicht unter 3 000 Euro zu haben. Deswegen ist es sinnvoll, dass wir eine Regulierung finden, dass diese Menschen, die ihren Beruf nicht ausüben, später bei der Rente entsprechend berücksichtigt werden, wenn sie selber bedürftig werden.

Ich darf mich sehr herzlich bedanken und hoffe, wir werden einiges bewegen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Kollege Peters, wir danken Ihnen und werden aufgreifen, was Sie uns als Themen für die nächsten Ärztetage mit auf den Weg gegeben haben. – Ich darf jetzt Herrn Professor Seidel bitten, sein Schlusswort zu halten.

Prof. Dr. Seidel, Referent: Meine Damen und Herren! Wenn man hier oben sitzt und die Diskussion verfolgt, ist das ein ganz bewegender Moment. Ich meine, es ist sehr beeindruckend, mit welchem Engagement so viele Redner zu dem Thema Stellung genommen haben.

Mir ist noch ein verrückter Gedanke gekommen: Sie haben hier fast vollzählig die gesamte Diskussion durchgestanden, haben aufmerksam gelauscht. Ich mache jetzt ein gedankliches Experiment und stelle mir eine ähnliche Sitzung zu demselben Thema im Bundestag vor. Wie viele wären da wohl anwesend gewesen? Man muss sagen: Da haben die Ärzte, denen man immer vorwirft, es ginge ihnen nur ums Geld, ein blendendes Beispiel eines guten Engagements geliefert.

(Beifall)

Ich weiß nicht genau, auf wen das Zitat zurückgeht, aber ich würde sagen: Yes, we can!

Meine Damen und Herren, ich will nur auf einige wenige Argumente aus der Diskussion eingehen. Ich komme zunächst zur Kostenerstattung. Ich zumindest habe nicht gesagt, dass ich sie pauschal verwerfe, sondern ich habe die Frage gestellt: Was geschieht mit Menschen, die behindert sind, die im Sozialhilfebezug sind oder ansonsten in prekären Verhältnissen leben? Ich habe gesagt: Bitte überdenken Sie diesen Beschluss. Das war alles. Das war keine pauschale Verwerfung.

Wir haben einige Fragen bezüglich der hausärztlichen Zuständigkeit gehört. Meine Damen und Herren, alle Bekenntnisse, die hier zur primären hausärztlichen Zuständigkeit abgegeben worden sind, sind ohne Einschränkung willkommen zu heißen. Selbstverständlich hat das primärärztliche Versorgungssystem die erste Rolle zu spielen, auch bei der Versorgung behinderter Menschen. Daran gibt es gar nichts zu deuteln.

(Beifall)

In meinem Referat hieß es immer zuerst: die Verbesserung der Rahmenbedingungen des Regelversorgungssystems. Das ist politisch richtig, das ist menschenrechtspolitisch richtig und das ist fachlich richtig – und berufspolitisch sowieso.

Aber es wird immer Fragen geben, bei denen das Regelversorgungssystem, wie immer es im Einzelfall aussehen mag, überfordert sein mag. Für diese Fragestellungen benötigen wir ein ergänzendes spezialisiertes System, das möglicherweise zeitweilig oder zu bestimmten Aspekten die Mitbehandlung übernimmt.

Ich danke ausdrücklich für den Hinweis auf die Problematik der seelischen Behinderung. Das heutige Thema hat nur auf eine Teilgruppe der Menschen mit Behinderung abgehoben, nämlich die Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Das war bewusst so gewählt. Viele der Fragestellungen und der Problemlagen, die wir beschrieben haben, treffen in abgewandelter Form durchaus auch auf Menschen mit anderen Behinderungen zu.

Folgenden Punkt will ich unterstreichen: Es gibt einen Zusammenhang zwischen geistiger und mehrfacher Behinderung auf der einen Seite und psychiatrischem Versorgungsbedarf auf der anderen Seite. Es ist bekannt, dass Menschen mit geistiger Behinderung während ihrer Lebenszeit etwa vier- bis fünfmal so häufig eine psychiatrische Fragestellung aufwerfen wie die Durchschnittsbevölkerung. Leider kommt diese Thematik auch im Regelversorgungssystem zu kurz. Leider gibt es eine ganze Reihe von wichtigen psychiatrischen Versorgungsansätzen, die aus politischen Gründen oder auf der Ebene der Selbstverwaltung noch nicht umgesetzt wurden. Ich nenne nur das Stichwort Soziotherapie.

Wir haben auch einige Rückmeldungen zum Thema KV gehört. Ich darf Herrn Kollegen Massing beruhigen: Meine Kritik bezog sich nicht auf die KV Westfalen-Lippe. Ich darf Frau Gräfin Vitzthum darauf hinweisen, dass ich sehr wohl die gute Regelung aus Stetten kenne. Wir arbeiten selbstverständlich eng mit den Kollegen in Stetten zusammen. Uns verbinden viele fachliche Zusammenhänge.

Aber die KV in Baden-Württemberg hat es abgelehnt, einen Antrag nach § 119 a der Moosbacher Anstalten anzuerkennen. Im Widerspruch waren sie erfolgreich, trotzdem verweigert die KV – so hat es mir ein Kollege erzählt; das wäre nachzuprüfen – die Zulassung zu dieser Ermächtigung nach § 119 a. Hier bedarf es einer Aufklärungsarbeit.

Da es sich um eine kleine Patientengruppe handelt, kann ich mir eigentlich nicht vorstellen, dass das zum Nachteil der Gemeinschaft der niedergelassenen Ärzte unter finanziellen Gesichtspunkten wäre.

Damit genug meiner Stellungnahme. Noch einmal herzlichen Dank für Ihre engagierte Diskussion und für Ihre vielen freundlichen Rückmeldungen. Den weiteren Beratungen einen guten Verlauf!

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Professor Seidel, auch Ihnen noch einmal den herzlichen Dank des Auditoriums. Als Hausärztin kann ich nur sagen: Natürlich begleiten wir gern die Familien von betroffenen Behinderten. Aber wir sind sehr dankbar für die spezialisierte Versorgung, die Sie und Ihre Mitarbeiter und alle in diesem Bereich Tätigen anbieten. Wir greifen das immer wieder gern auf. Wir unterstützen vor allem auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an ihrer schweren Arbeit mit Menschen mit Behinderungen krank werden können. Das wünschen wir ihnen nicht, sondern hoffen, dass es eine Freude ist, mit diesen Menschen arbeiten zu dürfen.

Ich greife gern Ihr Lob für das Auditorium auf. Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben sehr konzentriert und ohne Verlassen des Auditoriums sehr intensiv bei diesem Thema mitgearbeitet, und zwar unter fachlichen, sozialpolitischen, ethischen und berufspolitischen Gesichtspunkten.

Ebenso konzentriert treten wir nun in die Abstimmung über die vorliegenden Anträge ein. Es liegen 14 Anträge vor. Wir werden in der Reihenfolge, die Sie hier projiziert sehen, über die einzelnen Anträge abstimmen. Zum Leitantrag 01 des Vorstands gibt es den **Antrag IV-01 a.** Danach soll auf Seite 2 des Vorstandsantrags nach dem letzten Spiegelstrich ein neuer vorletzter Absatz eingefügt werden:

> *Die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Erwachsenenalter ist die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten aller Gebiete. Sie erfüllen diese Aufgabe in hoher Kollegialität untereinander und gemeinsam mit den Angehörigen weiterer nichtärztlicher medizinischer und sozialer Berufe.*
>
> *Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) konzentrieren die erforderlichen Kompetenzen und das besondere Wissen. Sie ermöglichen als komplementäre Einrichtungen die gemeinsame Arbeit für die betroffenen Menschen.*

Wer ist dafür, dass dieser Text nach dem letzten Spiegelstrich als neuer vorletzter Absatz im Vorstandsantrag eingefügt wird? – Das sind sehr viele. Wer ist

dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Wenige. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen dann zum **Antrag IV-01** des Vorstands in der geänderten Fassung. Wer ist dafür, diesen Antrag anzunehmen? – Das sind offensichtlich fast alle. Wer ist gegen den so geänderten Antrag 1? – Ich sehe keine Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Eine Enthaltung. Dann ist der Antrag 01 mit einer Enthaltung einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Ich danke Ihnen dafür, dass das so verabschiedet wurde.

Damit kommen wir zum **Antrag IV-02** von Dr. Jonitz. In diesem Antrag stehen viele Dinge, die sich auch im Leitantrag wiederfinden. Ich glaube, es ist dennoch wichtig, das noch einmal ausdrücklich zu formulieren. Wer ist für den Antrag IV-02? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Ich sehe eine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-03.** Dazu habe ich eben bereits gesagt, dass uns dies ein selbstverständliches Anliegen ist. Wir können es hier dennoch noch einmal so verabschieden. Wer ist für diesen Antrag? – Wer ist dagegen? – Niemand. Wer enthält sich? – Auch niemand. Dieser Antrag ist einstimmig **angenommen.** Wir werden dem natürlich entsprechen.

Damit kommen wir zum **Antrag IV-10.** Da werden wir aufgefordert, behindertengerechte Einrichtungen überhaupt vorzuhalten. Das betrifft natürlich auch die Praxen und andere Institutionen, nicht nur den Deutschen Ärztetag. Wer ist dafür, diesen Antrag 10 anzunehmen? – Viele. Wer ist dagegen? – Nur zwei. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.** Wir werden versuchen, das überall umzusetzen.

Damit kommen wir zum **Antrag IV-04.** Es geht um empirische Studien, also um die Forschung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft haben uns gebeten, dies aufzunehmen. Wer kann diesem Antrag zustimmen? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Eine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.** Wir werden das fördern und befürworten.

Wir nehmen nun **Antrag IV-13** zur Hand. Bei diesem Antrag geht es um die Versorgungsforschung, die wir ja auch als Bundesärztekammer unterstützen. Wer ist dafür, dass wir einen Schwerpunkt setzen?

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer spricht gegen die Vorstandsüberweisung? – Ich sehe einige Gegenstimmen. Aber die meisten scheinen dafür zu sein. Ich frage also: Wer spricht sich für die Vorstandsüberweisung aus? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wenige. Enthaltungen? – Keine. Der Antrag ist also **an den Vorstand überwiesen.** Der Vorstand wird dieses Thema aufgreifen.

Wir kommen jetzt zum **Antrag IV-05.** Dieser Antrag ist fast identisch mit dem Antrag 12. Ich habe verstanden, sowohl der Antrag 05 als auch der Antrag 12 bleiben auf der Agenda. Wir stimmen also über den Antrag 05 ab. Sie haben ihn gelesen. Es geht um die Unterfinanzierung Sozialpädiatrischer Zentren. Es wird eine ausreichende Finanzierung dieser Zentren gefordert. Wer stimmt dem zu? – Das ist die große Mehrheit. Ist jemand dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Auch ganz wenige. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-12.** Auch hier wird eine angemessene Finanzierung der Behandlung von Patienten mit Behinderung gefordert. Wer stimmt dem zu? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen, diesen Antrag anzunehmen? – Ich sehe eine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Auch dieser Antrag ist **angenommen.**

Zum Antrag 06 liegt der **Antrag IV-06 a** vor. Dazu kommt gerade eine weitere Ergänzung herein. Der Antrag 06 soll demnach folgendermaßen lauten:

> *Der Deutsche Ärztetag befürwortet in begründeten Ausnahmefällen die Möglichkeit, die Behandlung junger Erwachsener mit Behinderung auch über das 18. Lebensjahr hinaus in Sozialpädiatrischen Zentren fortzusetzen, um eine vergleichbar qualifizierte Übernahme der Behandlung an anderer Stelle vorzubereiten.*

So würde der Antrag 06 lauten, wenn Sie den Antrag 06 a verabschieden.

Ich frage, wer ist dafür, die Änderungsvorschläge des Antrags 06 a einzufügen?

(Zuruf: Antrag zur Geschäftsordnung!)

– Bitte, Sie haben das Wort.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Frau Vorsitzende, ich möchte gegen den Antrag 06 a sprechen. In ihm ist von „begründeten Ausnahmefällen“ die Rede. Begründete Fälle sind doch schon die Ausnahme. „Begründete Ausnahmefälle“ ist die Ausnahme im Quadrat. Das ist ein Pleonasmus, genauso wie der „weiße Schimmel“. Das braucht man nicht.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Das ist kein Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Mein Geschäftsordnungsantrag war, dass ich gegen den Antrag sprechen darf.

(Heiterkeit)

Soll ich noch einmal von vorn anfangen?

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Nein, wir haben es verstanden: Sie möchten sich gegen den Antrag 06 a aussprechen.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Ich bitte um Nachsicht.

Ich habe noch einen zweiten Punkt.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Die inhaltliche Debatte haben wir bereits geführt.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Dieser Antrag besteht nur aus einem Satz. Dieser Satz wurde im zweiten Teil so verändert, dass dabei ein anderer Inhalt herauskommt. Wenn es schon vergleichbar qualifizierte Einrichtungen gibt, dann wird der Patient bereits vor dem 18. Lebensjahr auf die Übernahme vorbereitet. Hier geht es darum: Es gibt diese Einrichtungen mit vergleichbarer Qualifikation noch gar nicht. Deshalb muss der Patient so lange in einem Sozialpädiatrischen Zentrum weiter betreut werden, bis eine vergleichbar qualifizierte Einrichtung vorhanden ist. Das ist etwas anderes.

Deshalb möchte ich Sie bitten, den Antrag 06 a abzulehnen und hinterher den Antrag 06 anzunehmen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. Das haben wir verstanden.

(Zuruf: Ich habe den Änderungsantrag mit eingebracht und bitte darum, die Bezeichnung „Behandlung behinderter junger Erwachsener“ zu ändern in „Behandlung junger Erwachsener mit Behinderung“, um in der richtigen Nomenklatur zu bleiben!)

– So hatte ich es ja auch bereits vorgelesen. Das finden wir sinnvoll. – Jetzt ein Geschäftsordnungsantrag von Herrn Professor Mau.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht hier nicht darum, dass Kompetenzen hin und her geschoben werden oder dass Geld verteilt wird, sondern dieser Antrag richtet sich ganz klar darauf, dass Menschen nicht plötzlich in ein Loch fallen. Erlauben Sie, dass ich aus eigener Erfahrung berichte: Ich habe Patienten, die sind 22, 23 Jahre alt und mehrfach behindert. Da renne ich seit Jahren herum und bitte den Chirurgen, den Urologen, den Neurologen,

den Neurochirurgen: Dieser Patient ist für mich wirklich zu alt, denn ich bin Kinderchirurg, können Sie diesen Patienten nehmen?

Es dauert allein sechs Stunden, die Krankengeschichte zu erörtern, was ich mehrfach getan habe. Dann weiß der Chirurg oder der Neurochirurg oder der Neurologe, der diesen Patienten zukünftig betreut, ungefähr Bescheid.

Es ist für diese Patienten lebenswichtig, dass sie weiterhin kompetent betreut werden. Wir sagen ja extra: Es muss die Ausnahme sein. Wir müssen verhindern, dass diese Patienten auf der Parkbank sitzen und sich fragen: Wohin gehe ich denn jetzt?

Bitte unterstützen Sie diesen Antrag.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. Wir waren mitten in der Abstimmung. Geschäftsordnungsanträge sind zugelassen, aber die inhaltliche Debatte hatten wir eigentlich schon zuvor geführt.

(Beifall)

Wir haben vernommen, dass es Stimmen für und gegen den Antrag 06 a gibt. Ich frage jetzt noch einmal: Wer ist dafür, die Änderungen, die im Antrag 06 a enthalten sind, in den Antrag 06 aufzunehmen? – Das sind wenige. Wer ist dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Das ist klar. Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag 06 a **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag IV-06** in unveränderter Fassung. Wer ist dafür, den Antrag 06 ohne die vorgeschlagenen Änderungen anzunehmen? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Damit ist der Antrag **angenommen.** Trotzdem ist die Formulierung „junger Erwachsener mit Behinderung“ befürwortet. Ich denke, das werden wir in den Antrag so einfügen, damit die Nomenklatur stimmt.

Damit kommen wir zum **Antrag IV-07.** Hier geht es darum, dass der Ärztetag für Menschen mit Behinderung die Abschaffung der Zuzahlungsregelungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel befürwortet. Das ist auch auf Anregung der Kolleginnen und Kollegen der Bundesarbeitsgemeinschaft entstanden. Wer ist für diesen Antrag? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Auch wenige. Der Antrag ist also **angenommen.** Das wird die Betroffenen freuen.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag IV-11.** Hier wird eine hochstehende ärztlich-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung gefordert. Wer kann dem zustimmen? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Auch wenige. Der Antrag 11 ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-08.** Hier gibt es einen Ergänzungsantrag, der, glaube ich, noch nicht vorliegt. Er ist noch nicht umgedruckt; das muss ich also

vorlesen. – Frau Wenker sagt: Das muss man übernehmen. Frau Wenker und ich sind die Antragsteller. Ich lese den neuen Text vor:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert eine Flexibilisierung der „Off-Label"-Verordnungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung unter der Voraussetzung der Unwirksamkeit von Standardbehandlungen und mit pharmakologisch-rationaler Begründung.*

Ich sehe es auch so, dass es Sinn macht. Wir beide übernehmen das. Ich stelle den so geänderten Antrag zur Abstimmung. Haben Sie es mitbekommen oder soll ich es noch einmal vorlesen? – Gut. Wer ist dafür, die „Off-Label"-Verordnung zu flexibilisieren? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Auch wenige. Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-09.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Es geht um Eltern, die behinderte Kinder aufziehen, und deren Anwartschaftszeiten in der Rentenversicherung. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Spricht jemand gegen die Vorstandsüberweisung? – Formal. Wer ist dafür, dass wir diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Das sind weniger. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden uns damit befassen.

Damit kommen wir zum letzten Antrag, dem **Antrag IV-14.** Der Antrag ist umgedruckt und verteilt. Er lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung sowie die Landesregierungen auf, ausreichend Mittel zur Subventionierung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen zur Verfügung zu stellen.*

Das ist, glaube ich, auch eine gute Idee. Wer ist dafür, diesen Antrag anzunehmen? – Die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Kaum jemand. Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit sind wir mit den inhaltlichen Anträgen durch. Ich danke für die engagierte Debatte und die Abstimmungen.

Jetzt liegt uns ein Antrag zur Geschäftsordnung vor. Der Kollege Michaelis fordert eine zweite Lesung zur Frage der Kostenerstattung. Das ist ja der Antrag, den wir gestern verabschiedet haben. Wir haben uns positiv für die Kostenerstattung im Gesundheitswesen ausgesprochen. Es wird in Anbetracht der Probleme, die sich heute zu diesem Punkt ergeben haben, eine zweite Lesung gefordert.

Sie wissen, dass es laut Satzung ein Quorum für eine zweite Lesung gibt. Es muss sich ein Drittel der abgegebenen Stimmen für eine zweite Lesung aussprechen.

Michaelis, Thüringen: Sehr geehrter Vorstand! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Unter Tagesordnungspunkt I haben wir den Antrag I-09 behandelt. Unter diesem Tagesordnungspunkt I mit dem Titel „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ ist dieses Thema eigentlich relativ gering beleuchtet worden. Der Antrag I-09 hat zum Inhalt, die Voraussetzungen für eine generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips zu schaffen. Das bedeutet: Kostenerstattung im ambulanten Bereich, im stationären Bereich und bei der Zahnbehandlung. Das ist hier in der differenzierten Art nicht besprochen worden. Das muss ich auch als meinen Fehler gestehen: Auch ich habe es nicht bemerkt. Zumindest ist der Antrag nicht präzisiert worden.

Um wegen des nachweisbaren Drucks im ambulanten Bereich die Diskussion nicht noch einmal zu eröffnen, verbinde ich meinen Antrag mit der Bitte um Überweisung an den Vorstand und keine weitere Diskussion dieses Punkts. Wenn wir mit der Diskussion beginnen, brauchen wir Stunden dafür. Wir haben aber noch über viele differenzierte Themen zu sprechen. Deshalb meine ich, wir sollten darüber nicht diskutieren. Sagen Sie gegebenenfalls lieber, Sie wollen das nicht; dann ist es gestorben und das Quorum kommt nicht zustande. Selbstverständlich ist das nur beschlossen, wenn mindestens die Hälfte zustimmt.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich habe Sie so verstanden, dass Sie für die Überweisung dieses Antrags an den Vorstand sind und dass Sie das jetzt nicht diskutieren wollen. Es liegt der Antrag vor, eine zweite Lesung durchzuführen. Dazu müssen wir zunächst einmal die Gegenrede hören. – Herr Reinhardt will die Gegenrede zum Antrag auf eine zweite Lesung führen. Bitte schön.

Dr. (I) Reinhardt, Westfalen-Lippe: Sehr geehrte Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, wir haben gestern unter dem Tagesordnungspunkt „Berufs- und Sozialpolitik“ diese Entscheidung gefällt, diesen Beschluss gefasst, in dem steht, generell – „generell“ heißt nicht unisono, über alle Leistungsbereiche hinweg und für alle versicherten Patientinnen und Patienten einheitlich – die Voraussetzungen dafür zu schaffen, ein Kostenerstattungssystem einzuführen und zu entwickeln. Das ist die Beschlusslage. Ich denke, das kollidiert überhaupt nicht mit den Bedürfnissen von Behinderten und mit den besonderen Situationen, die sich bei Menschen ergeben können, die sozial schwach gestellt sind. Das müssen wir heute hier nicht entscheiden. Das haben wir mit diesem Antrag auch nicht entschieden.

Insofern finde ich es eigentlich ein bisschen seltsam, dass wir unter dem Tagesordnungspunkt „Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung“ das Thema der Kostenerstattung neu lesen sollen. Ich spreche dagegen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. – Sie sehen den Antrag von gestern noch einmal auf die Leinwand projiziert, damit Sie genau wissen, worüber wir sprechen und worüber Sie jetzt abstimmen müssen. In der nächsten Abstimmung müssen wir zählen, ob sich ein Drittel der abgegebenen Stimmen dafür ausspricht, eine zweite Lesung durchzuführen. Das ist jetzt unser erster Schritt.

Wer ist dafür, eine zweite Lesung dieses Antrags von gestern durchzuführen und darüber eventuell auch noch einmal zu diskutieren? – Wer ist dagegen, eine zweite Lesung durchzuführen? – Wir rechnen das jetzt aus. Man muss nur die Ja- und die Neinstimmen nehmen und von den abgegebenen Ja- und Neinstimmen muss ein Drittel dafür sein.

Es wurden 214 Stimmen abgegeben. Davon waren 79 Jastimmen und 135 Neinstimmen. Ein Drittel der abgegebenen Stimmen sind 71 Stimmen. Wir haben, wie gesagt, 79 Jastimmen. Wenn ich richtig gerechnet habe, ist mehr als ein Drittel dafür, eine zweite Lesung durchzuführen. Sollte ich mich verrechnet haben, korrigieren Sie mich bitte.

Das bedeutet, wir steigen nunmehr in die zweite Lesung des Antrags von gestern ein. Eben ist bereits der Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt worden. – Jetzt gibt es einen neuen Geschäftsordnungsantrag. Bitte.

Merchel, Westfalen-Lippe: Die zweite Lesung sollte ja gleich verbunden werden mit dem Gedanken an eine Vorstandsüberweisung, ohne Diskussion, damit sich der Vorstand damit beschäftigt. Das ist für mich die Perversion des Gedankens einer zweiten Lesung.

(Beifall)

Wenn wir meinen, wir müssten uns über dieses Thema noch einmal unterhalten, weil es so wichtig ist, weil heute neue Aspekte aufgetaucht sind, die wir gestern noch nicht gesehen haben, dann müssen wir hier auch die Diskussion führen. Alles andere ist völlig undemokratisch.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke. Wir sind jetzt in der Diskussion über die Vorstandsüberweisung. Wir hatten eine Prorede, wir haben eine Kontrarede. Jetzt stimmen wir darüber ab. Wer ist für die Überweisung dieses Antrags an den Vorstand? – Möchten Sie es gezählt haben, damit keine Legenden entstehen? – Wir schauen erst einmal, wie die Gegenprobe aussieht. Ich frage: Wer ist dagegen? – Das sind eindeutig weniger. Dann ist Vorstandsüberweisung beschlossen. Wir werden uns jetzt nicht noch einmal inhaltlich damit auseinandersetzen, sondern der Vorstand wird die Frage der Kostenerstattung – vielleicht auch zusammen mit der KBV – ausreichend ventilieren und Ihnen dann Bericht erstatten.

(Beifall)

Damit sind wir am Ende dieses Tagesordnungspunkts angelangt. Ich darf nochmals den Referenten ganz herzlich für ihre Referate danken. Ihnen danke ich für die engagierte Diskussion über die Probleme von Menschen mit Behinderungen.

Ich darf auch Frau Dr. Engelbrecht und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz herzlich für die Vorbereitung und die vorzügliche Abwicklung dieses Tagesordnungspunkts danken.

(Beifall)

Wir fahren in der Tagesordnung fort. Dazu übergebe ich die Sitzungsleitung nun wieder an den Präsidenten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich bedanke mich sehr herzlich für die souveräne Sitzungsleitung durch Frau Dr. Goesmann.

(Beifall)

Bis zur Mittagspause haben wir noch eine Viertelstunde Zeit. Ich möchte Sie bitten, nun die Behandlung des Tagesordnungspunkts VI zu akzeptieren. Wir könnten das eventuell so abwickeln, dass Herr Rechtsanwalt Schirmer sein Einführungsreferat hält, dass wir dann eine Denkpause haben, die mit der Mittagspause zusammenfällt, und dass wir um 14 Uhr in die Diskussion und die Abstimmung eintreten können. Ist auch Herr Rechtsanwalt Schirmer damit einverstanden? – Das ist der Fall. Er steht bereits am Rednerpult.

Ich rufe also **Tagesordnungspunkt VI** auf:

Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer

Bitte sehr, Herr Schirmer.

Schirmer, Referent: Meine Damen und Herren! Es liegt Ihnen die Drucksache VI-01 vor. Sie enthält eine Beschreibung des zu beratenden Sachverhalts. Es geht um eine potenzielle Änderung der Satzung der Bundesärztekammer hinsichtlich der Zusammensetzung des Vorstands.

Die Zusammensetzung des Vorstands ist bekanntlich in § 5 geregelt. Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten und zwei Vizepräsidenten, den Präsidenten der Landesärztekammern kraft Amtes und zwei weiteren Ärztinnen oder Ärzten, die durch den Ärztetag hinzugewählt werden. Der vorjährige Ärztetag hat Folgendes beschlossen – ich darf es wörtlich zitieren, weil es um jedes Wort geht –:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, eine Satzungsänderung vorzubereiten, die bewirkt, dass mindestens zwei Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Mitglieder des Vorstands sind.*

Der Vorstand hat sich mehrfach mit diesem Antrag befasst und ist zu dem Schluss gekommen, dass er Sie, diesen Ärztetag, noch einmal bitten will, darüber zu beraten, und zwar unter dem Gesichtspunkt, ob eine Satzungsänderung überhaupt gewollt ist; denn es handelt sich auch um eine präjudizielle Veränderung, weil, wenn man dem folgen würde, zum ersten Mal eine explizite Vertretung von bestimmten Ärztegruppen im Vorstand vorgesehen wäre. Der seinerzeitige Auftrag war nicht hinreichend klar. Wenn man es analysiert, kann man zu drei Optionen kommen, die im Antrag VI-01 auch beschrieben sind. Man könnte meinen, dass die Antragsteller gewollt haben, dass zusätzlich zwei weitere Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte hinzukommen sollen, also eine Erweiterung des jetzigen Vorstands um zwei weitere Mitglieder.

Die andere Option könnte sein, dass anstelle der jetzigen zwei weiteren Ärztinnen oder Ärzte, die hinsichtlich ihrer Genese offen sind, also Kandidaten jeder Art – es müssen nur Ärzte sein; sie können aufgrund von Verabredungen bestimmten Zuordnungen unterliegen –, künftig ausdrücklich und explizit zwei Ärztinnen oder Ärzte aus dem Bereich der Niedergelassenen gewählt werden. Das wäre die zweite Denkmöglichkeit.

Die dritte Möglichkeit wäre, dass ein dritter Arzt hinzukommt und dass anstelle des jetzt in der Satzung vorgesehenen weiteren Arztes bzw. Ärztin explizit ein Arzt oder eine Ärztin aus dem niedergelassenen Bereich gewählt wird.

Das sind die Interpretationsmöglichkeiten hinsichtlich dieses Antrags vom vorjährigen Deutschen Ärztetag.

Es ist natürlich nicht ausgearbeitet, wie, wenn Sie in diese Richtung einen Beschluss fassen würden, das im Einzelnen auszusehen hat, insbesondere wie man identifiziert, dass es sich um einen Arzt oder eine Ärztin aus dem niedergelassenen Bereich handelt. Aber das sind nachrangige Betrachtungen. Es geht zunächst nur um den Grundsatzbeschluss, wobei ich noch einmal darauf hinweisen darf, dass nach der jetzigen Satzung die weitere Besetzung mit zwei weiteren Ärztinnen oder Ärzten offen ist.

Natürlich muss im Übrigen in der Zusammensetzung des Vorstands eine gewisse Balance gewahrt bleiben. Der Vorstand der Bundesärztekammer spiegelt ja letztlich die Grundstruktur der Bundesärztekammer als einer Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern wider.

Herr Präsident, ich würde Ihnen deshalb vorschlagen wollen, dass nach einer Diskussion darüber in einer Weise abgestimmt wird, wie es in Drucksache VI-01 dargelegt ist, nämlich zunächst darüber, ob überhaupt eine Satzungsänderung mit Blick auf die Zusammensetzung des Vorstands vorgenommen werden soll. Wenn das mehrheitlich bejaht wird, müsste über diese drei Optionen abgestimmt werden. Diejenige Option, die die meisten Stimmen erhält – das müssten wir auch auszählen –, wäre praktisch als Auftrag an den Vorstand zu sehen, auf dem nächsten Deutschen Ärztetag eine entsprechende Satzungsregelung zu präsentieren, die es dann auch möglich machen würde, auf dem Ärztetag, auf dem Wahlen stattfinden, auf dieser Grundlage zu wählen.

So viel zur Einführung. Ich schlage vor, dass darüber beraten und gegebenenfalls nach der Pause abgestimmt wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Schirmer, für diese klarstellende Einführung. Wir können nun noch ein bisschen diskutieren. Sie haben sicher bereits den Änderungsantrag VI-01 a erhalten. Danach soll nach der Option 2 c auch noch eine Option 2 d eingeführt werden:

> *Der Vorstand wird zusätzlich um ein weiteres zu wählendes Mitglied erweitert. Die Erweiterung des Vorstandes um jetzt drei weitere Ärztinnen und Ärzte soll dazu beitragen, dass alle Versorgungsstrukturen, nämlich „stationäre Versorgung“, „ambulante fachärztliche Versorgung“ und „hausärztliche Versorgung“, entsprechend im Vorstand der Bundesärztekammer vertreten sind. Der Ärztetag hat damit die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte nicht vertretener Versorgungsstrukturen hinzuzuwählen.*

Dieser Antrag wird noch verteilt werden. Wir stimmen ja erst nach der Mittagspause ab. Bis dahin wird er auf Ihren Plätzen liegen.

Zu Wort gemeldet hat sich Herr Dr. Koch, der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Bitte schön.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Kollege Kaplan und ich möchten Ihnen zu den vorgeschlagenen Möglichkeiten im Antrag VI-01 eine weitere Möglichkeit anbieten, die Option 2 d. Es hat sich herausgestellt, dass zwei zuzuwählende Kolleginnen und Kollegen aus dem Kreis des Ärztetages wohl als zu wenig anzusehen sind, um alle Bereiche im Vorstand der Bundesärztekammer angemessen zu vertreten.

Deswegen schlagen wir Ihnen vor, eine dritte Person zuzuwählen, also drei insgesamt, aber nicht festzulegen, zu welcher Versorgungsstruktur diese gehören. Wir können uns sehr gut vorstellen, dass eine Aufrüstung erfolgt über die Zugehörigkeit zu Versorgungsstrukturen derjenigen, die schon im Vorstand vertreten sind, und auch denjenigen, die zur Wahl stehen.

Wir sind davon überzeugt, dass Sie, meine Damen und Herren Delegierten des Deutschen Ärztetages, dann die richtige Entscheidung treffen können, wer noch in den Vorstand hineinzuwählen ist. Wir halten das für ein sinnvolles demokratisches Vorgehen, ohne eine Vorabfestlegung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Koch. – Als nächste Rednerin Frau Kollegin Susanne Johna aus Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gegen die Satzungsänderung sprechen.

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer besteht mittlerweile aus 20 Personen. Das ist ein Gremium, bei dessen Größe man üblicherweise bereits sagt: Da wird das Arbeiten schwierig.

Natürlich steht hinter diesem Antrag die berechtigte Sorge der Hausärzte, dass sie unterrepräsentiert sein könnten. Im Moment ist das nicht der Fall, aber theoretisch könnte das natürlich passieren. Ich möchte dazu einen anderen Aspekt erwähnen: 47 Prozent der berufstätigen Ärzte sind Ärztinnen. Wir schaffen es hier auf dem 112. Deutschen Ärztetag nicht einmal, dass ein Sechstel der Delegierten Frauen sind.

Der Landesverband Bayern ist laut Liste mit 39 Delegierten, davon vier Frauen, angereist, der Landesverband Hamburg kommt laut Liste ganz ohne Frau aus.

Ich meine, wenn wir überhaupt eine Satzungsänderung brauchen, dann eine Quote für Frauen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Werden wir dazu noch einen Antrag bekommen? Wenn ja, dann müsste er noch eingereicht werden. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Ich möchte mich nachdrücklich dafür aussprechen, dass wir die Option 1 wählen, das heißt, wir belassen es beim Alten.

(Beifall)

Ich habe dafür auch ganz klare Gründe. Bei allem, was hier kreativ gestaltet wird, muss man sagen: Die Bundesärztekammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern. Von jeder Landesärztekammer sitzt jemand im Vorstand. Wir haben sie alle gewählt. Sie repräsentieren uns.

Der Antrag ist damals aus der Befürchtung bestimmter Arztgruppen entstanden, dass sie unterrepräsentiert seien. Was machen wir denn bei den nächsten Kammerwahlen, wenn sich das Blatt wendet? Gibt es dann eine Quote beispielsweise auch für Klinikärzte oder für niedergelassene Fachärzte? Meine

Erfahrung aus der Betriebsratsarbeit oder sonstiger Gremienarbeit ist: Die Quote ist der Tod der Demokratie.

(Beifall)

Die Kollegin hat es bereits angesprochen: Es wäre viel wichtiger, eine Frauenquote einzuführen. Für Bayern möchte ich sagen: Es war nicht besonders leicht, unsere Kolleginnen zu motivieren, mit zum Deutschen Ärztetag zu fahren. Wir können sie ja auch nicht mit vorgehaltener Waffe hierherbringen.

Wenn wir Quoten einführen, wird eine Gruppe nach der anderen aufstehen: Es werden die Junioren kommen, es werden die Senioren kommen, es werden die Frauen kommen, es werden die Männer kommen, es werden die verschiedenen Parteiungen kommen.

Ich denke, dass die Qualifikation eines Gremiums nicht durch seine Größe definiert wird. Bitte belassen wir es beim alten Zustand. Sonst werden wir diese Diskussion jedes Jahr in einer anderen Richtung weiterführen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Mit diesen Worten des Kollegen Hesse gehen wir in die Mittagspause. Ich wünsche Ihnen einen guten Appetit und gute Erholung. Um 14 Uhr sehen wir uns bitte wieder.

3. Tag: Donnerstag, 21. Mai 2009
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bevor wir in der Rednerliste zu Tagesordnungspunkt VI fortfahren, möchte unser Gastgeber, Herr Professor Hessenauer, einige Informationen den heutigen Abend betreffend geben. Bitte schön.

Prof. Dr. Hessenauer, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Einige kleine Hinweise für diejenigen, die für unsere Abendveranstaltung eine Eintrittskarte haben. Wir sind heute Morgen mehrfach gefragt worden, welche Kleidung man für heute Abend wählen soll. Der Abend ist leger. Schauen Sie mich an: Ich habe mich bereits für heute Abend vorbereitet.

Noch zwei weitere Hinweise für diejenigen, die mit dem Bus zur Universität fahren wollen. Sie können an unserem Stand im Foyer zwei Informationsblätter erhalten, die Ihnen die Fahrt erleichtern sollen. Seien Sie bitte nicht verwirrt, dass in den Unterlagen verschiedene Haltestellen aufgeführt sind. An der Universität verzweigen sich mehrere Buslinien. Aufgrund der Tatsache, dass die Haltestellen an unterschiedlichen Straßen liegen, tragen sie unterschiedliche Bezeichnungen.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, Sie nochmals auf unsere Aktion zugunsten von tumorkranken Kindern hinzuweisen. Ich möchte Sie bitten, dass Sie sich im Foyer mit den Bildern, die dort ausgestellt sind und käuflich zu erwerben sind, vertraut machen.

Vielen Dank und bis heute Abend!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für diese Informationen und für den Hinweis auf die Spendenbereitschaft, den wir bereits heute Morgen gegeben haben. Wir müssen in den Stunden bis morgen Nachmittag unbedingt zu erreichen versuchen, was wir in Münster geschafft haben. Ich denke, wir bleiben am Ball.

Wir befinden uns in der Diskussion zum Tagesordnungspunkt VI. Wir fahren in unserer Rednerliste fort. Der nächste Redner ist Herr Dr. Botzlar aus Bayern. Er ist zugleich 2. Vorsitzender des Marburger Bundes. Bitte schön, Herr Botzlar.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Delegierten! Die beiden Vorredner, Herr Hesse und Frau Johna, haben Ihnen ja schon Szenarien aufgezeigt, wie man das stratifizieren könnte. Da wird sich dann eine un-

endliche Kette von Begehrlichkeiten entwickeln. Dies ist nicht nur unpraktikabel, sondern es wäre letztendlich auch eine Art demokratischer Sündenfall. Kein Parlament sollte jemals die Wahlmöglichkeiten, die es selber hat, einschränken. Sie haben volle Souveränität, wen Sie wählen, bei den zwei weiteren Vertretern und beim Präsidium. Die Präsidenten der Landesärztekammern sind in voller Souveränität der jeweiligen dortigen Kammerversammlung auf demokratischem Weg gewählt.

Niemals werden Sie – davon bin ich fest überzeugt – einer Präselektion zustimmen. Deswegen werden Sie sicherlich mehrheitlich der Meinung sein, dass keine der vorgeschlagenen Optionen gezogen werden muss, sondern dass die Satzung so bleiben kann, wie sie ist, denn so erfüllt sie ihren Zweck am besten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Alle drei Vorredner haben in dieselbe Kerbe gehauen, in die ich jetzt auch noch einen Schlag hineinbringen will. Die Damen und Herren hier im Präsidium sind kraft Amtes verpflichtet, die Interessen der gesamten Ärzteschaft in ihrem Land zu vertreten.

(Beifall)

Wenn sie das nicht tun, werden sie abgewählt. Die einzigen beiden Mitglieder, die diese Verpflichtung nicht haben, sind die zusätzlich hineingewählten Mitglieder. Sie könnte man, wenn man das will, als Lobbyisten bezeichnen, für die Verbände, die sie vertreten.

Ich bin dringend dafür, hier nichts zu ändern. Die Aussage „Die Quote ist der Tod der Demokratie“ hat mir hervorragend gefallen. Das beziehe ich jetzt ganz ausdrücklich auf die Frauen. An Frau Johna gewandt kann ich nur sagen: 50 Prozent unserer Delegierten sind Frauen. Das ist nicht erst in diesem Jahr so, das ist auch nicht aufgrund einer Quotenregelung so entstanden, sondern einfach aufgrund des Engagements dieser Kolleginnen.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sehr gut! – Jetzt Herr Kollege Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Einige meiner Vorredner sprachen schon davon, man möge bewährte Strukturen erhalten. Es wäre aufrichtiger gewesen, diese Kolleginnen und Kollegen hätten davon gesprochen, dass man bewährte Machtstrukturen erhalten soll. Ich verstehe nicht, warum der Vorstand auf die Mitarbeit der Niedergelassenen nicht vollständig, aber doch weitgehend verzichten möchte. Bei diesen Leuten ist doch auch Kompetenz vorhanden. Warum sollte man diese Kompetenz nicht auch im Vorstand nutzen?

Im Staatsrecht gibt es den Minderheitenschutz. Nun sind die Niedergelassenen nicht gerade eine Minderheit. Ich habe den Eindruck: Sie sind vielleicht auch deshalb nicht ganz so schutzbedürftig.

Der Deutsche Ärztetag in Ulm hat dem Vorstand den Auftrag gegeben, Möglichkeiten einer Satzungsänderung zu erarbeiten, die die Wahl weiterer niedergelassener Ärzte in den Vorstand vorsehen. Das war der Auftrag. Nun gibt der Vorstand das zurück und schreibt als Erstes: Es soll überhaupt keine Satzungsänderung hinsichtlich der Zusammensetzung vorgenommen werden.

Das war nicht der Auftrag, sondern der Auftrag lautete, eine Satzungsänderung vorzuschlagen und vorzubereiten. Die Antwort darauf kann eigentlich nur lauten, dass die Option 1 mit Nichtbefassung abgestimmt wird.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Bolay, das ist insofern nicht ganz richtig, als der Beschluss lautet: Der Vorstand soll darauf hinwirken, dass im Vorstand der Bundesärztekammer mindestens zwei niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vertreten sind. Wir haben mittlerweile fünf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die im Vorstand der Bundesärztekammer sind, darunter zwei Allgemeinärzte. Insofern ist das längst erfüllt. Wir waren etwas unsicher, wie wir das weiter interpretieren müssten. Deshalb haben wir gesagt: Wir bitten den Ärztetag, sich noch einmal neu mit dem Gedanken zu befassen. Die Optionen liegen ja vor. Ich glaube, die Abstimmung wird es regeln.

Als nächster Redner bitte Herr Kollege Wyrwich aus Berlin.

Dr. Wyrwich, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Dieser Antrag enthält ein gewisses Maß von Misstrauen. Politische Kultur besteht darin, dass man dem politisch Andersdenkenden zutraut, dass er in der Lage ist, demokratische Wege weiter zu beschreiten. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, zu sagen, dass sich die Interessengemeinschaft Bundesärztekammer aus unserer Basis rekrutiert.

Die Ausführungen von Herrn Bolay sind ein Hinweis darauf, dass zwischen politischen Interessengruppen innerhalb der Ärzteschaft ein gewisses Maß an Misstrauen besteht. Ich möchte Sie herzlich bitten: Überwinden Sie dieses.

(Beifall)

Sehen Sie sich die Option 1 an. Lesen Sie die Frage durch und beantworten Sie diese Frage dann mit einem ganz klaren Nein; denn die Satzung hat bisher dazu beigetragen, dass die Ärzteschaft in der Bundesrepublik gut wahrgenommen wurde. Eine Änderung dieser Satzung würde nur dazu führen, dass das Gremium um einige Personen erweitert würde. Die Diskussion würde dadurch aber nicht wesentlich anders.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächster Redner Herr Kollege Harb aus Hamburg.

Dr. Harb, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Selbstverständlich bin ich für die erste der beiden aufgezeigten Optionen, und zwar aus verschiedenen Gründen. Wählten wir eine der aufgezeigten zweiten Optionen, hieße das letzten Endes nur eine Aufblähung des Vorstands der Bundesärztekammer. Ob wir nun zusätzlich zwei oder drei wählen, ist gleichgültig. Wir beginnen mit zwei Personen, irgendwann werden es drei und vier und fünf.

Nehmen wir einmal den Fall, der Vorstand der Bundesärztekammer wäre anders besetzt. Wir hatten doch schon den Fall, dass fast nur Niedergelassene im Präsidium saßen. Was tun wir, wenn dieser Zustand wiederkehrt? Wir haben in Hessen gesehen, dass der Präsident nicht auf ewig ein Kliniker ist. Das heißt, die Mitglieder des Vorstands können ausgetauscht werden. Da die Wahl des Vorstands der Bundesärztekammer nicht kongruent mit der Wahl in den Landesärztekammern ist, kann sich das im Laufe der Wahlperiode ständig ändern. Wollen wir während einer Wahlperiode ständig neu zuwählen oder abwählen? Das ist mit Sicherheit nicht machbar. Ich glaube, wir fahren am besten, wenn wir die Situation so belassen, wie sie ist.

Noch ein Aspekt: Mir ist es egal – mein Präsident weiß das –, wer mich vertritt, ein Niedergelassener oder ein Kliniker. Mein Anliegen lautet: Wir müssen zusehen, dass wir die Kliniker dafür sensibilisieren, dass sie die Interessen der Niedergelassenen verstehen und vertreten können. Das wäre der bessere Weg, als dass wir Niedergelassene im Vorstand der Bundesärztekammer haben.

Ein letzter Aspekt. Es gibt manchen Niedergelassenen, von dem ich mich an sich nicht vertreten fühlen möchte. Deswegen: Lassen wir es so, wie es ist.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Harb. – Als nächste Rednerin Frau Kollegin Gräfin Vitzthum. Bitte.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Herren! Sehr verehrte Damen! Ich möchte eigentlich voraussetzen, dass wir immer die besten Köpfe wählen. Dann ist es ganz egal, welcher Fraktion sie angehören. Diejenigen, die dort sitzen, müssen fachübergreifend denken und handeln und die Rahmenbedingungen für alle verbessern.

(Beifall)

Sehr verehrte Kolleginnen, ich bin als Frau immer gegen eine Quotenregelung gewesen. Ich werde es auch immer sein.

(Beifall)

Sie sollten das Selbstbewusstsein und den Mut haben, sich Plätze in diesen Gremien zu erarbeiten. Ich finde es viel wichtiger, dass Sie Rahmenbedingungen erhalten, die es Ihnen erlauben, mit dem Geld, das Sie verdienen, Ihre Kinder adäquat zu versorgen und alles unter einen Hut zu bekommen. Das ist viel wichtiger. Es gibt so viele Frauen in der Medizin, die heute gar nicht mehr den Mut haben, eine eigene Praxis zu übernehmen, weil die Rahmenbedingungen nicht stimmen. Aber Sie müssen sich nicht fürchten: Demnächst wird hier ein Antrag gestellt, dann brauchen wir eine Quotenregelung für Männer. Der Tag wird kommen!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich hoffe, dass die dann agierenden Männer so vernünftig sind, diesen Antrag nicht zu stellen. – Jetzt kommt Herr Zimmer aus Wuppertal.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich gehöre ja einer solchen schützenswerten Minderheit an: Ich bin erstens Hausarzt und zweitens Mann. Herr Wyrwich, wir haben es eigentlich doch gar nicht nötig, Misstrauen zu haben. Ich habe heute Morgen erlebt, wie begeistert sich alle, die gestern in den Medien als geldgierig bezeichnet worden sind, für die Belange der Behinderten, für wirklich schwere Arbeit, für hohe emotionale Belastung eingesetzt haben. Wir haben den Vorstand lange Zeit als hausarztfreie Zone erlebt. Ich bin Hausarzt. Ich möchte mich Herrn Hommerich anschließen: Mit dem Vertrauen beginnt es. Ich fühle mich auch von Nichthausärzten im Vorstand der Bundesärztekammer vertreten. Ich glaube, dass dort auch meine Interessen vertreten werden.

(Beifall)

Ich glaube auch, dass dieser Vorstand, wenn wieder einmal Wahlen anstehen, sorgfältig darauf achten wird, dass hausärztliche Interessen im Vorstand der Bundesärztekammer vertreten sind. Frau Goesmann und Herr Kaplan – das sind ja keine bequemen Vorstandsmitglieder, sondern durch den Hausarztverband geprägte Kollegen, die durchaus eine eigene Meinung haben – zeigen

doch, dass man uns zutraut, dass wir leistungsfähige Kolleginnen und Kollegen dorthin abstellen können.

Ich stimme für die Option 1. Es soll beim Alten bleiben. So ist mein Wille.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Lassen wir es doch so, wie es ist. Ich bin niedergelassen und sehe mich vom derzeitigen Vorstand durchaus gut vertreten. Natürlich überwiegen im Vorstand die Kliniker. Aber wenn Sie selber Partikularinteressen vertreten – sei es für einen Verband, sei es für die Niedergelassenen, sei es für die Kliniker, sei es für eine bestimmte Richtung –, dann legen Sie doch bitte Ihr Mandat nieder. Wir sind für alle Kolleginnen und Kollegen hier und nicht für einen Einzelnen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Wort hat Herr Kollege Kaplan, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Zunächst einmal möchte ich ganz herzlich für das Vertrauen danken, das Sie diesem Vorstand ausgesprochen haben. Ich kann Ihnen versichern, dass wir als Vorstandsmitglieder die Interessen aller Kolleginnen und Kollegen vertreten. Das ist grundsätzlich so. Das möchte ich klarstellen.

(Vereinzelt Beifall)

Zu unserem Antrag: Er bedeutet nichts anderes, als dass wir die Zahl der weiteren Ärztinnen und Ärzte, die hinzugewählt werden können, von zwei auf drei erhöhen, weil wir aus den Erfahrungen der letzten Wahlen den Eindruck gewonnen haben, dass es oft schwierig ist, dass alle Versorgungsstrukturen adäquat im Vorstand vertreten sind, und dass Sie als Delegierte das Bedürfnis haben, von Ihrem demokratischen Recht Gebrauch machen zu können, an diesem Proporz in gewisser Hinsicht noch eine kleine Stellschraube zu drehen.

Nichts anderes soll der Antrag bedeuten. Es soll Ihnen die Möglichkeit gegeben werden, Ihren Einfluss auf die Zusammensetzung des Vorstands zu vergrößern. Nur in diese Richtung geht der Antrag.

Ich danke Ihnen und bitte Sie um Zustimmung.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Kollege Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Je größer ein Gremium wird – das wird auch für den Vorstand der Bundesärztekammer gelten –, desto mehr potenzieren sich die Freiheitsgrade der Diskussion. Ich denke, das ist eine Erfahrung, die jeder macht, der in Gremien zu irgendwelchen Erkenntnissen kommt.

Quoten bringen es nicht. Wir haben schon gehört, dass wir irgendwann die Männer hineinbringen oder Ärzte mit Migrationshintergrund oder Neurochirurgen hineinbringen müssen, die alle nicht registriert sind. Ich sage nur: bitte nicht. Lassen Sie das. Ich fühle mich durchaus beispielsweise durch Frau Goesmann vertreten. Sie hat nun einmal mit dem Krankenhaus und mit Neurochirurgen nichts zu tun.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich glaube, Frau Goesmann allein schafft es auch. So etwas braucht sie nicht. – Lieber Herr Lutz, Sie sind an der Reihe.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Über die Quotenregelung brauche ich gar nichts mehr zu sagen, weil alles schon gesagt ist. Ich glaube, das ist ein undemokratisches Verfahren. Früher war es so, dass es keine angestellten Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer gab und man deshalb eine solche Regelung gefunden hat. Aber für die heutige Zeit gilt sie nicht mehr. Heute von vornherein festzulegen, dass nur Leute aus bestimmten Gruppen gewählt werden können, halte ich für schlichtweg undemokratisch. Wenn unbedingt jemand reinmuss, dann können sich die Gruppen im Vorfeld der Wahl zusammentun und eine Person unterstützen und diese letztendlich wählen.

Ich meine, die Frage nach der Erweiterung des Vorstands kann nur der Vorstand selbst beantworten. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: Eine Erweiterung des Vorstands darf nicht damit verbunden sein, dass eine bestimmte Person oder eine bestimmte Personengruppe gewählt werden muss. Es geht

doch allein um die zu leistende Arbeit. Darüber, ob es notwendig ist, dass zur Erledigung der Arbeit eine Person mehr im Vorstand der Bundesärztekammer sitzen sollte, hat allein der Vorstand zu entscheiden. Ich meine, deswegen sollten wir zwar, wenn der Vorstand dies wünscht, den Vorstand erweitern, aber nicht mit der Maßgabe: aus einer bestimmten Gruppe.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lutz.

Dann kommen wir jetzt zur Abstimmung. Ein Schlusswort wird nicht gewünscht. Wir stimmen zunächst über die Option 1 auf Seite 2 des Vorstandsantrags ab. Der Text heißt:

> *Soll überhaupt eine Satzungsänderung bezüglich der Zusammensetzung des Vorstandes vorgesehen werden?*

Wer möchte eine Satzungsänderung bezüglich der Zusammensetzung des Vorstands befürworten? – Das scheint nicht die Mehrheit zu sein. Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist das mit klarer Mehrheit abgelehnt. Wir können diesen Punkt als erledigt betrachten. Vielen Dank.

Damit rufe ich **Tagesordnungspunkt VII** auf:

Änderung des § 3 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

Auch bei diesem Tagesordnungspunkt ist Herr Rechtsanwalt Schirmer als Referent gefordert. Bitte schön, Herr Schirmer.

Schirmer, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Auch dieser Sachverhalt geht auf einen Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm zurück. § 3 der geltenden Geschäftsordnung lautet:

> *Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages haben alle deutschen Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen.*

Es geht um den ersten Personenkreis, also Ärztinnen und Ärzte. Auf dem Ärztetag in Ulm ist kritisiert worden, dass der Bezug auf die Nationalität nicht mehr zeitgemäß sei, da es erstens viele Ärzte gibt, die in Deutschland arbeiten und aus anderen Staaten kommen und damit Mitglied der Kammer sind, die zweitens in anderen Tätigkeiten ihren Beruf ausüben.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich mit diesem Auftrag befasst. Der Auftrag lautete:

Für die Tagesordnung des nächsten Deutschen Ärztetages ist die Änderung des § 3 vorzusehen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, eine neue Formulierung zu entwerfen, die den Zutritt nicht von der Nationalität abhängig macht.

Der Vorstand hat das eingehend beraten und mehrere Varianten diskutiert. Er ist zu dem Schluss gekommen, dass die Lösung, die Ihnen im Antrag VII-1 vorliegt, die zweckmäßigste sei, nämlich:

Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages haben alle Ärztinnen und Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen.

Ich darf der Klarheit halber sagen: Es geht hier nur um das Zutrittsrecht, um das Recht, hier anwesend zu sein. Das hat nichts mit Stimmrechten oder Rederechten oder dem Delegiertenstatus und Ähnlichem zu tun. Es geht darum, wer an den Ärztetagen hörend und sehend – oder umgekehrt – teilnehmen darf.

Herr Präsident, so viel zur Einführung in diesen Punkt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wortmeldungen habe ich bisher nicht bekommen. Sind Sie mit dieser Formulierung der Geschäftsordnung einverstanden, wie sie in **Antrag VII-01** niedergelegt ist? Wer dem zustimmt, möge jetzt das Zeichen geben. – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen** und die Geschäftsordnung wird in diesem Sinne geändert.

Schönen Dank den Antragstellern, dass sie das gemerkt haben. Das wird vielen Ärztinnen und Ärzten, die in Deutschland arbeiten, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, Freude bereiten.

Wir kommen jetzt zu den Finanztagesordnungspunkten. Das sind die Punkte IX - XI. Bevor wir in diese Diskussion eintreten, frage ich die Geschäftsführung, ob Anträge zur Entlastung des Vorstands, die zum Tagesordnungspunkt VIII – Tätigkeitsbericht – vorliegen, jetzt behandelt werden müssen. – Das ist nicht der Fall. Die zum Tätigkeitsbericht eingegangenen Anträge sind also nicht entlastungsrelevant. Das ist jetzt festgestellt.

Die Finanzkommission hat durch einen Grundsatzbeschluss im Jahr 1987 für eine öffentliche Beratung der Tagesordnungspunkte „Finanzen“ plädiert. Der Vorstand und die Delegierten des 90. Deutschen Ärztetages haben diesem Vorschlag seinerzeit zugestimmt.

Da es sich um eine grundsätzliche Empfehlung der Finanzkommission gehandelt hat, schlage ich vor, auch in diesem Jahr die Beratungen zu den Tagesordnungspunkten IX bis XI „Finanzen“ öffentlich zu verhandeln.

Sind Sie einverstanden oder gibt es einen Gegenantrag? – Keine Gegenstimme, keine Gegenvoten. Dann verhandeln wir diese Tagesordnungspunkte öffentlich.

§ 4 Abs. 6 der Satzung der Bundesärztekammer besagt:

Über die Genehmigung des Haushaltsvoranschlages, die Festsetzung der Kostenanteile, die Entgegennahme der Jahresrechnung und die Erteilung der Entlastung an den Vorstand können die Delegierten einer Landesärztekammer nur einheitlich durch einen Stimmführer für ihre Kammer abstimmen. Der Stimmführer hat dabei so viel Stimmen wie die Zahl der seiner Ärztekammer nach § 4 Abs. 3 zustehenden Abgeordneten.

Beachten Sie bitte, dass nach der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage – das steht in § 10 – Anträge zum Haushaltsvoranschlag nur mit der Maßgabe zur Abstimmung zugelassen werden, dass ein zustimmendes Abstimmungsergebnis lediglich einen Vorschlag für die Entscheidung zur Abstimmung durch die Stimmführer darstellt.

Wird ein Änderungsantrag durch diese Stimmführer angenommen, ist gegebenenfalls ein Nachtragshaushalt aufzustellen.

Die Stimmabgabe erfolgt mittels farbiger Stimmkarten. Die grüne Stimmkarte bedeutet Ja, die rote Stimmkarte bedeutet Nein. Das Abstimmungsverfahren erfolgt durch Aufruf jeder Kammer in alphabetischer Reihenfolge. Der Stimmführer gibt durch Hochheben der entsprechenden farbigen Karte das Votum seiner Kammer bekannt. Somit ist die schnellstmögliche Feststellung des Gesamtergebnisses gewährleistet.

Die Stimmkarten können jetzt vor der Bühne bei Herrn Zielesch abgeholt werden.

Nachdem das alles, glaube ich, geklärt ist, treten wir in die Beratungen ein. Ich rufe **Tagesordnungspunkt IX** auf:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008)

a) Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2007/2008

b) Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2007/2008

Wir kommen zunächst zum Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2007/2008. Referent ist Herr Professor Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Bitte sehr.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Geschäftsjahr 2007/2008, das den Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis zum 30. Juni 2008 umfasst, konnte erfolgreich abgeschlossen werden. Wir haben unsere Aktivitäten doch erheblich steigern können und steigern müssen. Wir sind auf der politischen Bühne präsent, ich möchte sagen: hochpräsent. Aufgrund des Sachverstands dieser Präsenz und unserer Beharrlichkeit haben wir aus der

Sicht der Geschäftsstelle der Bundesärztekammer einigen Respekt bei den anderen Playern in der gesundheitspolitischen Löwengrube Berlin und Brüssel gewonnen. Ich erlaube mir an dieser Stelle die Feststellung: Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind hochengagiert und setzen sich für die Sache der Ärztinnen und Ärzte weit über das durchschnittliche Maß hinaus ein.

(Beifall)

Ich glaube, dies auch deshalb sagen zu dürfen, weil ich von Ihnen ein Feedback bekomme, wie sehr dieses Engagement auch auf einem solchen Ärztetag spürbar wird.

Sie, meine Damen und Herren Delegierte, vertrauen uns in erheblichem Umfang Finanzmittel an, die sich im Wesentlichen aus Ihren Kammerbeiträgen speisen. Und wir garantieren Ihnen, dafür gute Arbeit zu leisten und verantwortungsvoll mit den Geldern umzugehen, sparsam und effizient.

(Beifall)

Es geht um den Einsatz an der richtigen Stelle, manchmal auch laut mit Pauken und Trompeten, um in dem Meer der politischen Themen, die in Berlin hochkommen, nicht unterzugehen. Wir müssen Sorge dafür tragen, dass die Richtigen das Richtige hören.

Der Jahresabschluss des Geschäftsjahres 2007/2008 weist eine Bilanzsumme von 46 311 574,57 Euro aus. Die Jahresrechnung schließt mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 1 193 637,07 Euro ab. An dieser Stelle gebe ich Ihnen hinreichend Zeit, dies mit einem Applaus zu quittieren.

(Beifall)

Ihnen liegt der Prüfbericht des Revisionsverbands ärztlicher Organisationen vor. Im Auftrag der Finanzkommission hat der Revisionsverband die Jahresrechnung geprüft und bestätigt. Der Vorsitzende der Finanzkommission wird in seinem Bericht dazu ausführen. Es ist meine Aufgabe, Ihnen einzelne Positionen zu erläutern.

Die Personalkostenpositionen wurden insgesamt um rund 187 200 Euro unterschritten. Dabei weisen die unter diese Position fallenden Pensionsaufwendungen ihrerseits eine Überschreitung von rund 328 000 Euro auf. Das versicherungsmathematische Gutachten ist vollständig nachvollzogen und entsprechende Rückstellungen sind gebildet worden.

Die Positionen der satzungsbedingten Aufwendungen sind weitgehend eingehalten entsprechend dem Haushaltsvoranschlag.

Die Ausgaben für die Projekte Versorgungsforschung fallen entsprechend dem Fortschritt der einzelnen Projekte diskontinuierlich an. Wir werden Ihnen zum nächsten Deutschen Ärztetag ausführliche Informationen über Verlauf und Stand der Versorgungsforschung bei der Bundesärztekammer geben, sodass Sie sich eine detaillierte Meinung dazu bilden können. Ein Zeichen, dass die Aktivitäten des Initiativprogramms Versorgungsforschung der Bundesärzte-

kammer Anerkennung finden, war ein Angebot des Bundesministeriums für Bildung und Forschung an die Bundesärztekammer, sich an einem dort laufenden Großprojekt Versorgungsforschung zu beteiligen, allerdings unter der Maßgabe, dass seitens der Bundesärztekammer 500 000 Euro eingebracht werden. Dies sollte in entsprechender Höhe aufgestockt werden. Dies empfinden wir als Anerkennung für unsere Initiative. Wegen eines gleichzeitig vorgeschriebenen Zeitplans hätten wir unser geplantes Projektende, das für 2011 vorgesehen ist, dann nicht einhalten können. Wir hätten das synchronisieren müssen und es hätte diese gemeinsame Projektierung bis 2013 gedauert. Es gab darüber hinaus auch die Notwendigkeit, sich bei anderen Projektdetails den Spielregeln des Bundesforschungsministeriums anzupassen. Wir haben dementsprechend gesagt: Es soll bei dem bleiben, was Sie seinerzeit in Sachen Versorgungsforschung einschließlich des Zeitplans verabschiedet haben. Wir wollten daran nicht rütteln.

Insoweit berichte ich Ihnen nur davon. Der Vorstand hat es so gesehen, dass wir es bei unserem Projekt belassen und uns nicht irgendwo auf neue Felder einlassen, bevor Sie sich im nächsten Jahr ein klares Bild zum Stand der Versorgungsforschung, zum Stand der Unterstützung dieses Anliegens machen konnten.

Die gemeinsamen IT-Projekte liegen um 49 000 Euro unter dem Ansatz. Erfreulich ist auch, dass die Reisekostenpositionen, die Sie unter der Aufwandsgruppe „allgemeine Verwaltungskosten“ finden, eingehalten wurden. Die Position Porto konnte um 33 000 Euro unterschritten werden. Allerdings mussten wir bei der Position Reinigung – wegen erforderlicher Sonderreinigungen – 19 000 Euro mehr ausgeben.

Die EDV-Betriebskosten liegen um rund 25 000 Euro unter dem Voranschlag. Die Sitzungskosten haben wir leicht überschritten, nämlich um 13 000 Euro.

Die Abschreibungen liegen um 84 000 Euro unter dem Ansatz. Ein größerer Teil der Neuanschaffungen konnte im Anschaffungsjahr abgeschrieben werden.

Die Aufwendungen für die Sitzverlegung werden letztmals gesondert ausgewiesen. Im Übrigen: Der Sozialplan wegen des Umzugs von Köln nach Berlin ist abgewickelt.

Auf der Ertragsseite sind Mehrerträge bei den Beteiligungserträgen ausgewiesen, und zwar in Höhe von rund 335 500 Euro. Sie erinnern sich, dass wir aus Gründen der kaufmännischen Vorsicht nur 75 Prozent des Vorjahresgewinns des Deutschen Ärzte-Verlags in den jeweils nächsten Haushaltsvoranschlag einstellen – eine Vorsicht, die man sich von anderen Wirtschaftsverbänden wohl gern gewünscht hätte.

Der Deutsche Ärzte-Verlag hat somit aus seinem Geschäftsjahr 2006 einen Betrag von 1 990 565,53 Euro an die Bundesärztekammer ausgeschüttet. Es ist kein Geheimnis, dass die Ausschüttung für das Geschäftsjahr 2007 des Verlags, der uns im jetzt laufenden Geschäftsjahr zugeflossen ist, nochmals deutlich höher ausgefallen ist.

Deshalb ist es mir eine besondere Freude, den anwesenden Geschäftsführern des Verlags, nämlich Herrn Weber und Herrn Führer, für dieses beachtliche Ergebnis zu danken. Diesem Dank schließen Sie sich sicher an.

(Beifall)

An dieser Stelle auch ein Dank für die gute Zusammenarbeit zwischen Verlag, Redaktion und unserer Geschäftsführung, Ihnen beiden und den anderen anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ich sehe Herrn Stüwe und Herrn Sprunkel. Ich erwähne die beiden Herren pars pro toto.

Meine Damen und Herren, die Verlagsbeteiligung macht es uns entschieden leichter, über ein Angebot nachzudenken, nämlich ein Angebot der KBV, den an das Gebäude der Bundesärztekammer unmittelbar angrenzenden Gebäudeteil Süd, wie wir ihn nennen, zu erwerben. Auch da es teilweise vermietet bleiben würde, wäre eine Finanzierung gut vorstellbar. Eine mittelfristige Raumplanung für die Bundesärztekammer wäre optimal möglich. Herr Dr. Ensink wird dazu gleich weiter ausführen. Ich wollte es aber auch in meinem Beitrag kurz erwähnen.

Auch die sonstigen Erträge im Jahresabschluss, zum Beispiel Weiterbelastungen, sind mit 116 000 Euro höher ausgefallen, ebenso wie die Zinserträge, und zwar wegen vorsichtiger Schätzung um 239 000 Euro. Ich glaube, insgesamt können wir ganz zufrieden sein.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen nun den Verwendungsbeschluss für die nicht verbrauchten Mittel vorstellen. In die Rücklage für berufspolitische Aktionen werden 375 637,07 Euro eingestellt. Ein Betrag von 818 000 Euro kommt einer zweckgebundenen Rücklage für das Projekt „Evaluation Weiterbildung“ zugute. Herr Kollege Koch wird Ihnen über dieses für uns alle so wichtige Projekt nachher noch berichten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich hoffe, Sie teilen meine Einschätzung vom Anfang meiner Ausführungen, dass wir gut gewirtschaftet haben. Ich bitte Sie, dem Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2007/2008 zuzustimmen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fuchs. – Dann kommt jetzt der Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahrs 2007/2008. Das wird Herr Kollege Ensink aus Göttingen tun, der der Vorsitzende der Finanzkommission der Bundesärztekammer ist. Bitte, Herr Ensink.

Dr. Ensink, Referent: Sehr verehrter Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren Delegierte! Der Finanzbericht gilt unter den Delegierten des

Deutschen Ärztetages gemeinhin als eher „trockener Tagesordnungspunkt“. Bevor Sie sich jetzt in Ihrer postprandialen Phase trotzdem darauf einlassen, mit mir in die Materie abstrakter Zahlen einzutauchen, kann ich Sie bereits vorab beruhigen, dass dieser Tagesordnungspunkt auch in diesem Jahr keine unliebsamen Überraschungen bieten wird. Daher wird meine Präsentation auch nicht ganz so lange dauern wie im vergangenen Jahr. Seinerzeit hatte ich ja die Ehre, meinen Vorgänger im Amt, der unter uns weilt, Herrn Dr. Joachim Koch aus Baden-Württemberg, als Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer nach zwei verdienstvoll bestandenen Legislaturperioden zu würdigen und zu verabschieden; ihn zeichneten Solidität und Augenmaß aus.

Diese beiden Tugenden, Solidität und Augenmaß, scheinen vielen Finanzakrobaten auf nationaler und internationaler Bühne jedoch vollkommen abzugehen. Vielleicht erinnert sich unter Ihnen noch der eine oder andere an die Einleitung meiner letztjährigen Rede. Seinerzeit stellte ich fest, dass unkontrolliertes Gebaren einiger Finanzakrobaten einen gesamten Berufsstand, zumindest aber das Image des Investmentbankers auf breiter Front in Misskredit gebracht hatte, und das, obwohl der „Banker an sich“ in der gesellschaftlichen Perzeption ehemals ein Vertrauenspotenzial besaß – durchaus auf Augenhöhe mit Pfarrer und Arzt.

Was dann aber im weiteren Jahresverlauf 2008, das heißt noch im Nachgang zu meinem Bericht von Ulm, erst „häppchenweise“ so ans Tageslicht kam, wäre mit der Bezeichnung „unseriöse Machenschaften“ auf absolut unzulässige Art und Weise euphemistisch verbrämt. Hier handelte es sich in vielen Fällen um eindeutig kriminelle Handlungen, von denen wir alle, insbesondere aber arme Bevölkerungsschichten betroffen sind.

Vor diesem Hintergrund kann es auch nicht wirklich verwundern, wenn sich mittlerweile selbst die Banker verschiedener Institute untereinander nicht mehr trauen. Jeder Medizinstudent lernt bereits im Rahmen seiner vorklinischen Ausbildung im Kurs „Medizinische Psychologie“ den Terminus, der zutreffend bezeichnet, was sich hier mit allen negativen Implikationen für das weltweite Wirtschaftsgeschehen in der Folgezeit dann manifestiert hat: Projektion!

Ein Schelm, wer nun Böses dabei denkt, wenn ich von dieser Feststellung nahtlos zu einem anderen Punkt überleite. Ein Schrei der Entrüstung ging vor Jahren durch große Anteile der Ärzteschaft, als die damalige – und noch immer amtierende – Bundesgesundheitsministerin einmal meinte, in ihrer jovialen Art sinngemäß feststellen zu müssen, dass sie nicht alle Ärzte zu Millionären machen könne.

Was Sie auf der Leinwand sehen, ist nicht etwa die Zufahrt zu einem speziellen Klinikparkplatz für Chefärzte, kein Zwischenstopp auf einer gemeinsamen Ausflugsfahrt von KV-Vorständen und – Ihrem Getuschel zum Trotz – auch nicht im Bereich Berlin-Tiergarten die Vorfahrt zum Gebäude der Bundesärztekammer. Bei diesem aus dem Internet gezogenen Bild handelt es sich angeblich – wobei ich mich für die Richtigkeit dieser Feststellung nicht verbürgen möchte – um eine Aufnahme vom Morgen nach der Verkündung der Pleite von Lehman Brothers, als die Mitarbeiter der – man beachte! – nachgeordneten Führungsebene dieser Investmentbank vergeblich versuchten, auf den

Firmenparkplatz zu gelangen, um von dort ihren bisherigen Arbeitsplatz aufzusuchen.

Nun will ich mit diesem nachdenklich stimmenden Bild bestimmt keine Neidkomplexe schüren, aber es vermittelt uns recht anschaulich, dass manchem Höhenflug doch sehr abrupt eine harte Landung folgen kann. Wie beruhigend angesichts dieser leider allgemeingültigen Erkenntnis, dass die von mir nachfolgend vorzutragenden Zahlen tatsächlich eher „langweilig“ sind oder – das würde ich viel lieber hören – dass die Finanzsituation unserer Bundesärztekammer auch weiterhin grundsolide ist. Diese persönliche Bewertung von mir wird auch durch den Prüfvermerk der satzungsgemäß erfolgten Jahresabschlussprüfung so bestätigt.

Kommen wir nunmehr auf die Ebene der konkreten Zahlen zurück. Ich kann hier nahtlos an die Ausführungen des Hauptgeschäftsführers anschließen. Zum Bilanzstichtag 30. Juni 2008 beläuft sich die Bilanzsumme der Bundesärztekammer, wie Sie der Zusammenstellung der Aktiva auf der untersten Zeile, also der „Summe Aktiva“, entnehmen können, auf exakt 46 311 574,57 Euro.

Auf den identischen Betrag von rund 46 Millionen Euro addieren sich natürlich auch die Passiva. Hier finden Sie in der ersten Zahlenkolumne den Ausweis „nicht verbrauchte Mittel“. Diese betragen insgesamt genau 1 193 637,07 Euro.

Dieser in der entsprechenden Aufstellung auch als Bilanzgewinn bezeichnete Betrag ergibt sich als die rechnerische Differenz zwischen der „Summe Eigenkapital“ auf der einen sowie dem sogenannten „wirtschaftlichen Eigenkapital“ auf der anderen Seite. Ich werde im weiteren Verlauf meiner Ausführungen auf diese Position der „nicht verbrauchten Mittel“ nochmals zurückkommen.

In seinem Bericht ist Herr Professor Fuchs dankenswerterweise auf Abweichungen einzelner Etatpositionen bereits eingegangen; seine Ausführungen will ich insofern hier nur bestätigen. Ansonsten will ich in Ihrem Sinne vermeiden, die einzelnen von Herrn Professor Fuchs bereits vorgestellten Positionen und Werte nochmals zu wiederholen; selbstverständlich können wir trotzdem alle diese Zahlen im Anschluss an meine Präsentation diskutieren. Ebenso werde ich versuchen, eventuell noch vertiefende Fragen Ihrerseits zu diesen Zahlen – zusammen mit der Geschäftsführung – zu beantworten.

Mit Ihrem Einverständnis will ich aber noch einen ergänzenden Blick aus anderer Perspektive auf die Ihnen vorgelegten Zahlen werfen. Dazu haben wir die Ausgaben der Bundesärztekammer zu verschiedenen „Aufwandsblöcken“ aggrediert.

So wird auf einen Blick für Sie deutlich, dass nahezu die Hälfte der Aufwendungen der Bundesärztekammer im betreffenden Geschäftsjahr allein durch „Personalkosten“ bedingt waren. Zusammen mit den „satzungsbedingten Aufwendungen“ machten die Personalaufwendungen also fast drei Viertel der Gesamtausgaben aus. Da es sich bei diesen beiden „Aufwandsblöcken“ quasi um dauerhafte, zumindest aber sehr langfristige Verpflichtungen handelt, wird zugleich deutlich, dass unsere „dispositiven Freiheitsgrade“, also die unserer mehr oder weniger freien Gestaltung zugänglichen Aufwandspositionen, nicht nur sehr begrenzt sind, sondern auch in der Zukunft bleiben werden.

Dabei sei nur am Rande darauf hingewiesen, dass die Bilanzsumme des Geschäftsjahrs 2007/2008 um rund 1,16 Millionen Euro unter der des vorhergehenden Geschäftsjahrs lag.

Wenden wir uns nunmehr der Finanzierung dieser Gesamtaufwendungen zu. Um Ihnen aus ähnlichem Blickwinkel wie zuvor – ganz verkürzt – den aus meiner Sicht wesentlichen Punkt eingängig zu präsentieren, habe ich mich entschieden, Ihnen hier in Form einer Tortengrafik die Relativanteile zu projizieren, wie die zuvor dargestellten Aufwendungen der Bundesärztekammer gegenfinanziert wurden.

Die nach einem definierten Schlüssel – ich komme auf dieses Thema in meiner späteren Präsentation zum Haushalt des kommenden Geschäftsjahrs nochmals zurück – von den Landesärztekammern nach Berlin überwiesenen Beiträge decken im Geschäftsjahr 2007/2008 „nur“ drei Viertel der Aufwendungen der Bundesärztekammer. Mehr als ein Zehntel zur Deckung der Aufwendungen und damit zu einem ausgeglichenen Jahresabschluss trug im betreffenden Zeitraum die Gewinnausschüttung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH bei.

Wie auch in den Vorjahren wurde der Jahresabschluss zum 30. Juni 2008 im Auftrag der Finanzkommission vom Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. mit Sitz in Münster geprüft, der mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs Partner kooperiert. Ihnen liegt der vollständige Prüfbericht als Beratungsunterlage vor.

Wie schon im vergangenen Jahr möchte ich an dieser Stelle wiederum die beiden wichtigsten Punkte aus diesem Prüfbericht für Sie folgendermaßen zusammenfassen:

Erstens. Dem Jahresabschluss zum 30. Juni 2008 wurde ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt. Wörtlich führt der Prüfer auf Seite 25 des Ihnen vorliegenden Finanzberichts aus:

> *Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt.*

Zweitens. Weiterhin haben die Prüfer auch als Ergebnis der jetzigen Prüfung wie in den Vorjahren eine wirtschaftliche und sparsame Verwendung der Mittel attestiert.

Der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk des Wirtschaftsprüfers steht – das können Sie dem Vermerk unter der Ziffer 501 auf Seite 24 des Finanzberichts so auch entnehmen; ich zitiere wörtlich –

> *unter der Bedingung, dass die im Jahresabschluss berücksichtigten Zuführungen zu den Rücklagen entsprechend beschlossen werden.*

Es obliegt Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, hier und heute diesen Beschluss zu treffen. Ich werde auf diesen Punkt gleich nochmals zurückkommen.

Zunächst möchte ich aber in Ergänzung der beiden bereits dargestellten Prüfresultate noch eine weitere, speziell in Zeiten wie diesen sehr beruhigende

Feststellung des Prüfers wörtlich zitieren. Auf Seite 25 des Finanzberichts finden Sie folgende Aussage:

> *Nach unserer Beurteilung und aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften und vermittelt unter Beachtung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Bundesärztekammer. Der Lagebericht steht im Einklang mit dem Jahresabschluss, vermittelt insgesamt ein zutreffendes Bild von der Lage der Bundesärztekammer und stellt die Chancen und Risiken der künftigen Entwicklung zutreffend dar.*

Die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ hat den Abschluss im Detail beraten. In der Sitzung am 24. Januar dieses Jahres hat dann auch die Finanzkommission der Bundesärztekammer die Jahresrechnung ausführlich behandelt. In beiden Sitzungen standen Verantwortliche der Prüfunternehmen zur Verfügung und haben ergänzende Ausführungen, insbesondere zur wirtschaftlichen Lage der Bundesärztekammer, abgegeben.

Die Geschäftsführung und die in den Finanzgremien anwesenden Vorstandsmitglieder, Herr Präsident Professor Hoppe und Herr Dr. Crusius als Finanzbeauftragter des Vorstands, haben zu allen Nachfragen ausführlich Stellung genommen, sodass keine Fragen offengeblieben sind.

Einstimmig hat die Finanzkommission dem Jahresabschluss und dem zwischen den Gremien und der Geschäftsführung abgestimmten Verwendungsvorschlag hinsichtlich der nicht verbrauchten Mittel zugestimmt. Dieser Verwendungsvorschlag entspricht den auf der Inhaltsebene von anderen Gremien der Bundesärztekammer bereits getroffenen Beschlüssen und schafft damit die Voraussetzung zu deren finanztechnischer Abwicklung.

Ich darf Ihnen hiermit bereits an dieser Stelle die Zustimmung zu dem Ihnen vorgelegten Jahresabschluss und zu dem hier präsentierten Verwendungsvorschlag empfehlen.

Gleichzeitig möchte ich an diesem Punkt sicher im Namen aller Delegierten dieses Ärztetages den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesärztekammer für ihre wiederum engagierte Tätigkeit im zurückliegenden Geschäftsjahr danken. Ausdrücklich anerkennen möchte ich hier auch das kostenbewusste Wirken der Geschäftsführung.

Ebenso möchte ich ganz persönlich Herrn Professor Fuchs als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herrn Raabe als Leiter des für Finanzangelegenheiten zuständigen Dezernats sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für den jederzeit offenen Gedankenaustausch sowie den stets sach- und zielorientierten Kommunikationsstil bei der Abarbeitung meiner vielfältigen Informationswünsche und meiner gelegentlich kritischen Nachfragen danken.

Die Arbeit als Vorsitzender der Finanzkommission hat sich zwar als wesentlich zeitaufwendiger erwiesen, als ich ursprünglich gedacht hatte – ich mache die Arbeit aber nach wie vor sehr gerne. Dazu tragen neben den guten Erfahrungen

mit der Bundesärztekammer bezüglich des konstruktiven Umgangs miteinander in nicht unerheblichem Umfang weitere Personen aus dem Bereich der Landesärztekammern bei.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, nach den Vorgaben der Satzung begleitet die Finanzkommission das Finanzwesen der Bundesärztekammer. Unterjährig tritt eine Arbeitsgruppe der Finanzkommission mit der Bezeichnung „Mittelfristige Finanzplanung“ mehrmals zusammen. In dieser Arbeitsgruppe werden u. a. insbesondere für die Sitzung der Finanzkommission Vorlagen vorbereitet, aber auch strategische Überlegungen zu ökonomischen Fragestellungen und Entwicklungen angestellt. Im Herbst 2008 hat diese Arbeitsgruppe eine intensive mehrtägige Klausurtagung durchgeführt.

Die in dieser Arbeitsgruppe nicht direkt vertretenen Ärztekammern werden durch ein System von „Patenschaften“ von Arbeitsgruppenmitgliedern zeitnah informiert.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen nur die wichtigsten Beratungsthemen aus den vergangenen zwölf Monaten nennen:

Für die Rücklagen „Berufspolitische Aktionen“ und „Grund, Boden, Gebäude und Instandhaltung“ haben wir ein sogenanntes Entnahmesystem entwickelt. Hierdurch wird gewährleistet, dass bei aktuellem Bedarf Entnahmen aus diesen Rücklagen zügig und damit sachgerecht erfolgen können, andererseits die Beteiligung der Finanzgremien – sinnvoll abgestuft je nach Entnahmehöhe – dennoch gewährleistet bleibt.

Die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ hat weiterhin in Vollzug entsprechender Vorgaben aus der Finanzkommission ein umfangreiches Auswahlverfahren für den zukünftigen Wirtschaftsprüfer der Bundesärztekammer durchgeführt.

Am Ende dieses Verfahrens stand einstimmig die Empfehlung zur Beauftragung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touche. Im Januar 2009 hat sich dann die Finanzkommission dieser Empfehlung angeschlossen, womit jetzt die Firma Deloitte, damit also erstmals seit vielen Jahren eine andere Prüfgesellschaft als der Revisionsverband mit der Prüfung einer Jahresrechnung der Bundesärztekammer beauftragt wurde. Dies wird sich erstmals für die Prüfung des laufenden Geschäftsjahres 2008/2009 auswirken.

Außerdem wurde intensiv die Möglichkeit diskutiert, zu einem zweijährlichen Tagungsrhythmus der Deutschen Ärztetage an einem gleichbleibenden, idealerweise möglichst zentral gelegenen Ort – vergleichbar der bereits früher üblichen und über viele Jahre erfolgreich praktizierten „Kölner Regelung“ – zurückzukommen.

Sie werden hierüber später noch grundsätzlich zu entscheiden haben. Wenn Sie sich diesen Gedanken jedoch im Prinzip anschließen können, sollten wir der Geschäftsführung einen entsprechenden Prüfauftrag erteilen. Diesen ersten – noch relativ unverbindlichen – Schritt in dieser Angelegenheit sollten Sie aus meiner Sicht sehr ernsthaft erwägen, um zu einer verlässlichen Abklärung und

einer konkreten Einschätzung des mit einer Umsetzung der vorgetragenen Idee verbundenen, vermutlich sehr relevanten Einsparpotenzials zu kommen.

Breiten Raum, gerade in den beiden letzten Sitzungen der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“, nahmen die Überlegungen ein, den sogenannten Gebäudeteil „C-Süd“ am Bundesärztekammergebäude in Berlin, also einen derzeit von KBV und ZI genutzten Gebäudeteil, zu erwerben. Das präsentierte Foto zeigt Ihnen diesen Gebäudeteil, der sich im Süden an den flacheren Zwischenteil anschließt, der zwischen dem hier infrage stehenden Gebäude und dem schon bislang von der Bundesärztekammer genutzten Gebäudeteil liegt. Rechts auf dem Foto sehen Sie noch eine kleine, helle Ecke des benachbarten KBV-Gebäudes.

Herr Professor Fuchs hat das Thema eines Erwerbs des von der KBV zum Kauf angebotenen Gebäudeteils bereits kurz angesprochen. Mit dem Erwerb des Gebäudeteils „C-Süd“ wäre nicht nur das Gebäude der Bundesärztekammer in Berlin arrondiert. Es besteht gleichzeitig auch die Möglichkeit, die Büroraumplanung der Bundesärztekammer wegen des noch bestehenden Mieters flexibel und in Verbindung zum jetzigen Gebäudeteil über einen längeren Zeitraum optimal aus Sicht der Bundesärztekammer fortschreiben zu können.

Angesichts der für ein solches Vorhaben derzeit geradezu idealen Zinssituation hat die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ Überlegungen der Geschäftsführung über eine partielle Fremdfinanzierung vom Grundsatz her bestätigt und erwägt dementsprechend auch keine neuerliche Sonderumlage der Landesärztekammern für die Umsetzung dieses Vorhabens.

Unter Verwendung nicht verbrauchter Mittel, von Verlagsgewinnen, die noch nicht in Haushalte eingeplant sind, und unter Einbeziehung von Eigenmitteln aus der (Teil-)Auflösung von Rücklagen, inklusive einer – vorübergehenden – Rückführung der Betriebsmittelrücklage auf die niedrigstmögliche Höhe, soll dabei der fremd zu finanzierende Teil trotzdem „überschaubar“ gehalten werden. Es sei jedoch klar bekundet, dass trotz allem im Falle einer Umsetzung des angesprochenen Vorhabens ein vorübergehender Kreditbedarf von sicher mehreren Millionen Euro bestehen würde.

Nach Fortschritt der Verhandlungen mit dem Verkäufer und nach Vorliegen detaillierter Zahlen zur Finanzierung, die wir erst haben, wenn konkrete Verhandlungen mit den Kreditinstituten geführt wurden, werden sich die Finanzgremien und der Vorstand der Bundesärztekammer mit diesem Vorgang weiter befassen. Es steht heute hier keinerlei Entscheidungsbedarf an. Wir wollten Sie aber über diese laufenden Sondierungen im Hintergrund aus Transparenzgründen so umfänglich informieren.

Damit bin ich am Schluss meines Berichts angekommen. In meiner Funktion als Delegierter dieses Deutschen Ärztetages – nicht in meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission – habe ich zusammen mit weiteren Delegierten aus mehreren Landesärztekammern den gemeinsamen Antrag gestellt, dem Vorstand der Bundesärztekammer für das abgelaufene Geschäftsjahr 2007/2008 Entlastung zu erteilen.

Ich darf Sie ausdrücklich bitten, nach Abschluss der Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt dem Antrag auf Entlastung des Vorstands ebenso wie dem Jahresabschluss und dem Verwendungsvorschlag für die „nicht verbrauchten Mittel“ zuzustimmen.

Abschließend bleibt mir somit nur noch, Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, für Ihre Aufmerksamkeit zu danken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Ensink, für diesen Vortrag, der sehr vollständig war und, glaube ich, alle anwesenden Kolleginnen und Kollegen Delegierten ins Bild gesetzt hat, sodass wir diskutieren können, wenn Sie möchten. Wortmeldungen liegen bisher nicht vor.

Dann schlage ich Ihnen vor, dass wir die drei Abstimmungen, die erforderlich sind, zusammenbinden. Das wäre zum einen die Billigung dieses Berichts, zum anderen die Entlastung des Vorstands und schließlich der neue Haushalt.

Wenn wirklich keine Wortmeldungen vorliegen, rufe ich **Tagesordnungspunkt XI** auf:

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)

Wir kommen zunächst zum Bericht der Geschäftsführung. Referent ist Herr Professor Fuchs. Bitte.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In der gebundenen Beratungsunterlage zu den Finanztagesordnungspunkten ist der Haushaltsvoranschlag enthalten; es sind die blauen Seiten.

Das Volumen des Haushaltsvoranschlags beträgt 16 361 000 Euro. Es steigt im Vergleich zum laufenden Haushalt um 7,15 Prozent. Zu beachten ist dabei, dass nicht die gesamte Steigerung des Haushaltsvolumens durch eine Steigerung der Landesärztekammerumlagen aufgebracht werden muss.

Zum einen werden Projekte durch Rücklageentnahme finanziert. Zum anderen und im Wesentlichen aber erhöht sich der eingestellte Gewinnanteil des Deutschen Ärzte-Verlags um 989 000 Euro. Somit steigt die Umlage der Landesärztekammern lediglich um 0,92 Prozent. Soweit zu den Globaldaten des Haushalts.

Breiten Raum haben in den bisherigen Beratungen naturgemäß die Personalanforderungen eingenommen. Zunächst zu der Referentenstelle im Dezernat 2, Schwerpunkt Ärztliche Weiterbildung. Kurz zusammengefasst sind als zusätzliche Anforderungen die dauerhaft angelegte „Evaluation Weiterbildung“ zu nennen, ebenso wie das „Handlungskonzept für die Förderung der Weiterbildung

zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ und die anstehende Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung und weitere Themen.

Ferner wird die Höhergruppierung einer vorhandenen Sekretärinnenstelle in eine Sachbearbeiterstelle im Dezernat 2 – ohne Ausweitung des Stellenplans – beantragt.

Für das Brüsseler Büro wird erstmals eine Sekretärinnenstelle beantragt. Bisher ist die dortige Referentin auf sich gestellt. Die bisherige Regelung war nicht sonderlich hilfreich und ausreichend, die stete Präsenz durch Praktikanten zu erreichen. Ferner beantragt die Hauptgeschäftsführung, die bisherige Stabsstelle Telematik in ein eigenständiges Dezernat umzuwandeln. Daraus folgt, dass unter Einrechnung der bisherigen Leitungsfunktion durch einen stellvertretenden Dezernenten eine Dezernentenstelle geschaffen werden soll. Also schlägt nur diese Differenz zu Buche; es wird keine zusätzliche Stelle eingerichtet.

Meine Damen und Herren, wir machen es uns mit Personalanforderungen nicht leicht. Die Dezernate und Bereiche müssen mir gegenüber Anforderungen detailliert begründen, bevor sie überhaupt in die Diskussion eingebracht werden. Aber wir stehen vor der Bewältigung einer beträchtlichen Anzahl von neuen Aufgaben, die mit den vorhandenen Kapazitäten nicht bewältigt werden können. Das gesundheitspolitische Umfeld ist nicht einfacher geworden, es gewinnt an Dynamik. Die großen Gegenspieler rüsten weiter auf. Wir sind zunehmend gefordert, auf eine Vielzahl von Initiativen und Gesetzentwürfen zu reagieren.

Ich denke, es ist noch wichtiger und für die Bundesärztekammer von zentraler Bedeutung, dass wir nicht nur reagieren, sondern wir müssen agieren, wir müssen perspektivisch arbeiten, wir müssen strategisch arbeiten. Wir müssen letztlich auch versuchen, die Politik zu treiben, wie es uns, glaube ich, mit der Priorisierungsdebatte gelungen ist. Das wahrnehmbare hohe Ansehen der Bundesärztekammer nicht nur in der politischen Öffentlichkeit ist ein Indiz dafür, dass dieser Anspruch oft erreicht wird, aber auch in Zukunft von Personalkapazität und -kompetenz abhängt.

Die weiteren wesentlichen Änderungen des vorgelegten Haushaltsentwurfs sind schriftlich auf Seite 1 der Vorlage angeführt. Auch hier fasse ich das Wesentliche zusammen:

Zu beachten ist die Steigerung bei den Pensionsaufwendungen, hier wiederum beim Rückstellungsaufwand in Höhe von 192 000 Euro. Dies ist zurückzuführen auf die Vorausberechnungen des Versicherungsmathematikers und die damit gewährleistete Berücksichtigung des anzuwendenden Niveaus der Heubeck-Richttafel und der aktuellen Tarifentwicklung.

Unter Position 25 „Sonstige Aufwendungen“ sind zwei Projekte aufgeführt, und zwar zum einen die Entwicklung von Indikatorensets zur Abbildung/zum Monitoring der regionalen/nationalen populationsbezogenen Versorgungsqualität in der Region. Die Aufwandshöhe von 95 000 Euro wird durch Entnahme aus der Rücklage „Berufspolitische Aktivitäten“ finanziert.

Zum anderen ist unter Position 25 das Teilprojekt 8 der GOÄ-Reform gefasst: Simulation und Folgenabschätzung der neuen GOÄ. Die Kostenschätzung liegt bei maximal 200 000 Euro.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit nun auf die Ertragsseite lenken. Hier fällt natürlich ins Auge, dass bei der Position „Erträge aus Beteiligungen“ – und das sind fast ausschließlich die Gewinne des Deutschen Ärzte-Verlags – 989 000 Euro mehr eingestellt worden sind. Dies folgt dem Beschluss, stets nur 75 Prozent des Vorjahresgewinns einzustellen.

Bei meinen Bemerkungen zum Jahresabschluss habe ich ausgeführt, dass diese zurückhaltende Dotierung auf den Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht zurückzuführen ist, einen klassischen Budgetgrundsatz.

Sparsamkeit und Effizienz bei den Ausgaben, Vorsicht bei nicht sicheren Einnahmen werden auch weiterhin unser Haushaltsgebaren und unsere Etatvorschläge bestimmen.

Ich bitte im Namen des Vorstands um Zustimmung zu diesem Haushaltsvoranschlag und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Fuchs. Auch hier gibt es wieder den Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission. Diesen wird wiederum der Vorsitzende der Finanzkommission geben, Herr Dr. Ensink. Bitte schön.

Dr. Ensink, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Beginnend mit einer initialen Beratungsrunde zusammen mit den Dezernenten der Bundesärztekammer wurde der Haushaltsvoranschlag im weiteren Verlauf zweimal in der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“, einmal im Vorstand, sodann in der Finanzkommission und – nach Vorliegen von deren zustimmendem Votum – abschließend nochmals im Vorstand der Bundesärztekammer beraten.

Diesem Beratungsergebnis zufolge steigt der Haushaltsansatz der Bundesärztekammer von derzeit rund 15,269 Millionen Euro im laufenden Geschäftsjahr auf dann 16,361 Millionen Euro im kommenden Haushaltsjahr. Dabei soll die von den Landesärztekammern zur Deckung dieser Aufwendungen aufzubringende Umlage von rund 12,133 Millionen Euro im laufenden Geschäftsjahr auf dann 12,245 Millionen Euro im kommenden Haushaltsjahr ansteigen. Dies entspricht – das sei in aller Deutlichkeit gesagt – einem deutlich unterproportionalen Anstieg der Umlage in Relation zur Entwicklung des Gesamthaushalts. Ich werde im weiteren Verlauf meiner Ausführungen auf diesen Aspekt nochmals kurz zurückkommen.

Zu den Eckpunkten des Haushaltsvoranschlags hat Herr Professor Fuchs bereits vorgetragen; er hat auch die Personalanforderungen näher erläutert, wobei ich gerne bekunde, dass wir hier offensichtlich innerhalb eines Rundumschlags

Bedarfe nachvollzogen haben, die sich zum Teil bereits in einem längeren Zeitraum dargestellt hatten, insbesondere im Bereich Weiterbildung, auch in Kombination mit einem Teil dieser Stelle für das, was Sie im Sinne der Weiterbildungsevaluation beschlossen haben.

Schaut man sich auch hier nochmals die Zahlen in – nach „Aufwandsblöcken" – aggregierter Form an, imponiert der „Personalkostenblock" mit zukünftig dann bereits 54 Prozent. Dass es sich hierbei quasi um eine Art „Fixposition" handelt, die in ihrer Entwicklung eigentlich nur eine Richtung kennt, ist bekannt; und die Gründe dafür dürften für jedermann weitgehend nachvollziehbar sein. Eine Rückführung des Personalkostenblocks dürfte kurzfristig überhaupt nicht und selbst mittel- bis langfristig auch nur extrem schwer realisierbar sein, wobei die dazu notwendigen Beschlüsse nicht aus der Finanzebene kommen, sondern letztendlich von denjenigen, die über die Inhalte entscheiden.

„Over-all", soll heißen: im gewichteten Durchschnitt, dürften geschätzte 50 Prozent der übrigen Positionen ebenfalls kurzfristig kaum nennenswert beeinflussbar sein. Fasst man daher diesen Relativanteil gedanklich mit dem Aufwandsblock der „Personalkosten" zusammen, addieren sich diese Summen auf rund 80 Prozent des Gesamthaushaltsansatzes.

Dies bedeutet umgekehrt, dass der von uns noch etwas freier zu gestaltende Restanteil bei maximal 20 Prozent des Haushalts liegt. Ich gehe davon aus, dass dieser Relativanteil in der Zukunft vermutlich noch weiter abnehmen wird.

Vor diesem Hintergrund dürfen Sie versichert sein, dass die Personalanforderungen in allen dem heutigen Tagesordnungspunkt vorangegangenen Finanzdebatten sehr breiten Raum eingenommen haben. Dabei hat die Geschäftsführung allerdings hinlänglich darlegen können, dass Umwidmungen von Personalressourcen und/oder Verlagerungen von Aufgaben zwischen den Dezernaten derzeit nicht möglich sind und von daher dahin gehende Forderungen zumindest derzeit auch nicht zielführend sein können. Das präjudiziert aber nichts für die Zukunft.

Außerdem wurde diesen Fragen in umfassenden schriftlichen Begründungen nachgegangen, die für jede einzelne Personalmaßnahme vorgelegt wurden. Daher hat die Finanzkommission – wenn auch schweren Herzens; das sage ich in aller Deutlichkeit – den dargelegten Personalaufwendungen aber letztlich ohne Gegenstimme, bei zwei Enthaltungen, zugestimmt.

Den Aufwandsgruppen „satzungsbedingte Aufwendungen", „Verwaltungsaufwendungen" und „Erträge" stimmte die Finanzkommission nach Diskussion jeweils einstimmig, ohne Enthaltungen, zu.

Gedeckt werden sollen die Gesamtaufwendungen durch diverse eher „kleinvolumige" Positionen, einen auf 15,2 Prozent ansteigenden Ertragsanteil aus Beteiligungen sowie einen nominell zwar etwas ansteigenden, relativ jedoch auf 74,8 Prozent abfallenden Haushaltsanteil aus der Umlage der Landesärztekammern.

Einen breiten Raum in den Beratungen und Diskussionen innerhalb der Finanzgremien nahm in diesem Kontext die Frage der Angleichung der Umlagenhöhe

der östlichen Landesärztekammern ein. Aktuell beträgt der Umlagesatz der östlichen Kammern noch 90 Prozent des Niveaus, das von den Westkammern bezahlt wird. Sie erinnern sich: Es gab die Beschlusslage, das abzusenken, solange erhebliche Unterschiede – damals bezogen auf den BAT – zwischen beiden Regionen besteht.

Mit einem über drei Jahre gestreckten Stufenmodell mit einer schrittweisen Anhebung auf zunächst 94 Prozent, dann auf 97 Prozent und dann im dritten Jahr, also erst im Geschäftsjahr 2011/2012, auf 100 Prozent kämen so mittelfristig alle Kammern zu einem einheitlichen Umlagesatz. Damit wäre meiner auf dem vergangenen Deutschen Ärztetag gegebenen Zusage zur Erarbeitung eines diesbezüglichen Vorschlags auf, wie ich finde, faire Art und Weise Genüge getan.

Dieser nach der Ihnen vorliegenden Empfehlung mit dem kommenden Geschäftsjahr 2009/2010, also dem Haushaltsjahr, über dessen Haushaltsplan Sie hier heute zu befinden haben, zu beginnende Angleichungsprozess soll allerdings unabhängig davon erfolgen, wie sich die Vergütungen in den verschiedenen Bereichen im Einzelnen, also etwa nach TdL, GOÄ, EBM usw., konkret weiterentwickeln werden.

Wegen einer zunehmend differenzierten Entwicklung dieser verschiedenen Vergütungssysteme und einer ebenfalls zunehmend heterogeneren, um nicht zu sagen: unübersichtlicheren Tarifstruktur wird eine objektiv vergleichende Aussage über die Vergütungshöhe Ost zu West zunehmend schwieriger, wenn nicht sogar unmöglich. Diesem Umstand wird insofern Rechnung getragen, als die Angleichung nicht zu einem bestimmten, möglicherweise etwas späteren Zeitpunkt X, dann aber auf einmal in einem Schritt vollzogen werden soll, sondern durch ein mit Augenmaß abgestaffeltes, zeitlich gestrecktes Angleichen in mehreren Schritten. Die Finanzkommission folgte diesen Vorstellungen bei einer Gegenstimme.

Schauen wir uns abschließend an, wie sich die zu vier Gruppen aggregierten Erträge hinsichtlich ihrer Relativgewichtung über die Zeit verschoben haben.

Bevor ich nun für Sie diese Darstellung interpretiere, muss ich im Duktus meiner Ausführungen an dieser Stelle – zur Vermeidung von Missverständnissen – eine kurze erläuternde Hintergrundinformation zwischenschieben.

Bei den auf dieser Folie angesprochenen „Entnahmen aus Rücklagen“ handelt es sich um eine „Sammelposition“, die hinsichtlich ihrer inhaltlichen Zusammensetzung von Jahr zu Jahr variieren kann. Sie umfasst zum einen Beträge aus der sachgerechten Auflösung von Rücklagen, zum Beispiel im Fall der ursprünglich für den Umzug der Bundesärztekammer von Köln nach Berlin gebildeten Position, die nach zwischenzeitlich erfolgter definitiver Abwicklung des Vorgangs und dem damit einhergehenden Wegfall eines entsprechenden Erfordernisses zur finanziellen Vorsorge konsequenterweise dann auch aufzulösen war.

Zum anderen geht in die besagte Sammelposition aber auch jedes Jahr eine lediglich als „Fiktivposition“ geplante Entnahme ein. Hierbei handelt es sich insofern um eine Fiktivposition, als sie zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung

zwar notwendig erscheint, um bei gegebener Höhe an geplanten Ausgaben sowie bei der antizipierten Höhe der „Umlage“ und der „Erträge aus Beteiligungen“ zu einem ausgeglichenen Haushaltsvoranschlag zu kommen.

Sie erinnern sich in diesem Zusammenhang bitte daran, dass wir – einem sinnvoller Vorsicht geschuldeten Beschluss des Ärztetages folgend – immer nur 75 Prozent des Vorjahresgewinns aus der Beteiligung der Bundesärztekammer an der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH in den Haushaltsentwurf für das nächste Geschäftsjahr einstellen dürfen.

Weil sich diese Erträge in letzter Zeit quasi regelhaft besser dargestellt haben als im Haushaltsentwurf zunächst ausgewiesen, besteht im Verlauf des Geschäftsjahres tatsächlich dann üblicherweise keine Notwendigkeit zur Umsetzung der ursprünglichen „Planentnahme“. Vielmehr gelingt es in aller Regel, stattdessen den Rücklagen eher noch weitere Mittel zuzuführen. Es ist also definitiv nicht so, wie man bei oberflächlicher Betrachtung der Folie mutmaßen könnte, dass die Bundesärztekammer hier seit Jahren „von der Substanz“ leben würde!

Mit dieser Vorbemerkung vor Ihrem „geistigen Auge“ weise ich Sie nunmehr darauf hin, dass die Folie Ihnen zeigt, dass der Entnahme aus Rücklagen vor einigen Jahren noch eine deutlich größere Bedeutung zukam. Dieser Entwicklung wurde in den letzten Jahren erfolgreich gegengesteuert und dieser Trend setzt sich auch für das kommende Geschäftsjahr fort. Sowohl im laufenden als auch im kommenden Geschäftsjahr hat der prozentuale Anteil der Rücklageentnahmen im Vergleich zu früheren Zeiträumen kontinuierlich abgenommen. Gegenläufig war jedoch die Entwicklung bei der Einstellung der erwarteten Gewinnausschüttungen der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Im vergangenen Jahr hatte ich darauf hingewiesen, dass aus kaufmännischer Sicht gute Gründe dafür sprächen, der auf der Darstellung nachvollziehbaren Entwicklung mit immer höheren Gewinneinstellungen in den Haushalt vorsichtig gegenzusteuern.

Wie Sie sehen, werden wir diesem Ziel im kommenden Haushaltsjahr leider nicht näherkommen – ganz im Gegenteil! Der Zuwachs in der Höhe des Gesamthaushalts – Professor Fuchs sagte es: etwa 7,15 Prozent – wird vielmehr sogar nur von einem unterdurchschnittlichen Ansteigen – knapp 1 Prozent – der von den Landesärztekammern aufzubringenden Umlage begleitet. Ich hatte diesen Aspekt bereits zuvor angesprochen.

Ich sehe es als meine Aufgabe an, Sie gezielt auf diese Situation aufmerksam zu machen. Da die derzeitig extrem erfreuliche Ertragslage der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH keineswegs in dieser aktuellen Höhe als dauerhaft gesichert angesehen werden kann, geht mit der Struktur der Erträge des Bundesärztekammerhaushalts ein – zumindest theoretisches – Haushaltsrisiko einher.

Solange sich alle Beteiligten dieses Risikos bewusst und gleichzeitig dazu bereit sind, es zu tragen, wäre es in einer solchen gegebenen Situation sicher unklug, durch hektische Bewegungen „zu viel Wellen“ zu verursachen. Es ist keinesfalls sinnvoll, durch noch so wohlmeinenden Aktivismus möglicherweise falsche Signale auszusenden, zumal es – hinter dieser Aussage stehe ich – sehr

unwahrscheinlich scheint, dass sich hier das theoretische Risiko kurzfristig tatsächlich verwirklichen könnte.

Trotzdem möchte ich dieses Risiko keinesfalls aus den Augen verlieren. Ich denke, die Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ sollte auf einer ihrer nächsten Sitzungen prinzipielle Überlegungen zur Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit einer das Risiko noch weiter reduzierenden Strategie anstellen. Warten wir es ab, ob ich Ihnen vielleicht schon auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Dresden hierzu etwas berichten kann.

Ich komme zum Schluss meiner Ausführungen. Lassen Sie mich die vielstündigen Beratungen in den Finanzgremien und dem Vorstand dahin gehend zusammenfassen, dass der Ihnen vorliegende Entwurf des Haushaltsvoranschlags für das Geschäftsjahr 2009/2010 dort das klare Votum „einstimmige Zustimmung bei einer Enthaltung“ erfahren hat. Auch ich selbst halte diesen Entwurf für ausgewogen, sinnvoll und belastbar. In meiner Funktion als Vorsitzender der Finanzkommission darf ich daher Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren Delegierte, uneingeschränkt die Zustimmung zu dem Ihnen vorliegenden Haushaltsvoranschlag empfehlen.

Gleichzeitig bedanke ich mich an dieser Stelle beim Präsidenten, Herrn Professor Hoppe, für die gute Zusammenarbeit ebenso wie bei den anderen Damen und Herren Vorstandsmitgliedern, besonders auch beim Finanzbeauftragten des Vorstands, Herrn Dr. Crusius, der die Arbeit der Finanzgremien begleitet und als Bindeglied zum Vorstand wirkt. Zu danken habe ich aber auch den Mitgliedern, den stellvertretenden Mitgliedern und den Vertretern der Geschäftsführungen in der Finanzkommission sowie – last not least – speziell den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“, die für diese Tätigkeit erhebliche Zeit aufbringen.

Bevor wir nun in die Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt einsteigen, möchte ich auch Ihnen, meine verehrten Damen und Herren, für Ihre Aufmerksamkeit erneut danken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Ensink. Noch einmal herzlichen Dank auch Herrn Fuchs für die Einführung. Wir können jetzt diskutieren. Bisher liegen zwei Wortmeldungen vor. Der erste Diskussionsredner ist Herr Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mehrere Jahre ist es uns jetzt gelungen, im Prinzip einen Haushaltsvoranschlag und auch Haushalte zu verabschieden, die ziemlich moderat waren und die uns als Kammer nicht sehr stark belastet haben. Ich möchte Sie für die Risiken, die Herr Ensink gerade zum Schluss seiner Ausführungen dargestellt hat, etwas sensibilisieren, was auch wir in Bayern als Gefahr sehen, was wir aber im Augenblick, wenn auch mit Magengrimmen, mittragen können.

Wir haben in diesem Haushaltsvoranschlag eine Steigerung von über 7 Prozent. Das ist meiner Ansicht nach in der heutigen Zeit eigentlich nicht unbedingt wünschenswert. Dass das Ganze nur mit einer Umlagesteigerung von 0,9 Prozent zu tun hat, liegt schlicht und ergreifend an der hervorragenden Arbeit des Deutschen Ärzte-Verlags, dessen Gewinne wir mit verrechnen können und wofür wir sehr dankbar sein können.

Es sind im Hinblick auf die nächste Zeit Dinge angesprochen worden, die wir bitte nicht aus den Augen verlieren dürfen. Da ist zum einen das Gebäude, dessen Ankauf möglicherweise auf uns zukommt. Wenn ich Herrn Kollegen Fuchs vorhin richtig verstanden habe, kommen im Bereich der Versorgungsforschung möglicherweise Beträge auf uns zu, die wir zu schultern haben.

Wir Bayern sind im Moment bereit, diese Steigerung mitzutragen, und zwar aufgrund der Tatsache, dass über mehrere Jahre keine Steigerung im Bereich der Personalsituation eingetreten ist und die vermehrten Aufgaben ja abgearbeitet werden müssen. Wir bitten aber ganz eindringlich darum, die Aufgaben und die Ausgaben, die zu erfüllen sind, daraufhin abzuklopfen, ob es Forderungen sind, die in der Satzung oder in Gesetzen stehen, die letztendlich erfüllt werden müssen.

Herr Fuchs, Sie haben vorhin etwas ganz Wesentliches gesagt, was mir gefallen hat; allerdings fand ich nicht gut, es auf eine Steigerung zu beziehen. Sie haben davon gesprochen, dass viele neue Aufgaben kommen, dass wir nicht nur reagieren, sondern dass wir agieren können. Sie haben dabei auch die Priorisierungsdebatte des Präsidenten angesprochen, die ich ausgesprochen begrüße. Diese Debatte hat uns aber keinen Cent gekostet. Die Versorgungsforschung hingegen, deren Ergebnisse wir morgen hoffentlich in Ansätzen hören und bei der wir im nächsten Jahr neu beurteilen müssen, wie wir mit ihr weiter umgehen, hat uns bis jetzt 4,5 Millionen Euro gekostet.

Diese Dinge müssen wir bitte im Gesamtkontext betrachten. Wir müssen darauf achten, dass wir auch in den nächsten Jahren ganz sorgfältig mit den Zwangsmitgliedsbeiträgen unserer Mitglieder umgehen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Calles. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Zürner aus Hessen.

Dr. Zürner, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nachdem sich die Hessen im letzten Jahr nicht dazu durchringen konnten, dem Haushalt zuzustimmen, bin ich sehr froh, dass wir diesmal zustimmen können.

Das Thema Telematik ist nicht unumstritten. Vielleicht kann man noch einmal gut überlegen, ob die Schaffung eines eigenen Dezernats dafür mit den ent-

sprechenden Folgekosten, die entstehen werden, nicht so lange warten kann, bis die Entscheidungen endgültig sind.

Danke sehr.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Zum Tagesordnungspunkt XI liegt ein zweiter Antrag vor, den Sie wahrscheinlich noch nicht vorliegen haben. Da geht es um Kostenersparnis. Dieser Antrag stammt von Herrn Dr. Ramm. Der Antrag lautet:

> *Mit dem Kauf des Flügels „C-Süd“ in Berlin sollte geprüft werden, ob Säle oder Räume eingerichtet werden können, sodass der Deutsche Ärztetag zum Beispiel jedes zweite Jahr in Berlin stattfinden kann.*

Herr Professor Fuchs wird uns gleich die Größe dieser Räume schildern. Ich glaube, das geht dann nur im Stapelverfahren, so wie ich die Räume kenne.

Bitte schön, Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Es handelt sich um einen Bestandsgebäudeteil, den wir möglicherweise kostengünstig erwerben können. Um dort einen Deutschen Ärztetag zu veranstalten, müssten wir auf die Wiese ziehen und völlig neu konzipieren. Da würde die Kosten-Nutzen-Relation sicher nicht Ihre Zustimmung finden.

Es geht darum, dass wir einfach mit einer gewissen Dynamik rechnen müssen. Wir werden Ihnen das alles noch im Detail zur Kenntnis geben. Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen: Wir werden alles prüfen. Professor Hoppe hat schon recht: Es ist ein vorgegebenes Gebäude. Da müssen wir sehen, ob wir dort unterkommen können, und zwar mit Blick auf einige Jahre. Aber ich möchte jetzt keine inhaltliche Diskussion dazu lostreten. Wir müssen erst einmal die Grundlagen dafür schaffen. Das werden wir in der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ tun. Wir werden möglicherweise auch eine Sondersitzung der Finanzkommission zu diesem Punkt benötigen.

Lassen Sie mich kurz noch auf die Bemerkung eingehen, inwieweit wir mit der Einrichtung einer Dezernentenstelle warten sollten, bis sich herausgestellt hat, wie es mit der elektronischen Gesundheitskarte weitergeht. Ich erlaube mir den Hinweis, dass die elektronische Gesundheitskarte ein Thema für sich ist. Darüber werden wir morgen sprechen.

Das Dezernat befasst sich aber nicht allein mit der elektronischen Gesundheitskarte, sondern es geht da um Telemedizin. Telemedizin ist eine ganz zentrale Entwicklung im Hinblick auf die Anwendung von neuen Technologien, die die ärztliche Berufsausübung in den nächsten fünf bis zehn Jahren massiv prägen werden. Die Dynamik läuft. Wir müssen als Ärzte Wert und Unwert der Möglichkeiten und Grenzen des Patientenmonitorings bewerten können. Aus diesem

Grunde haben Sie damals zukunftsweisend eine Stelle bewilligt, mit deren Hilfe es möglich ist, in die Zukunft schauend abzuschätzen, in welcher Form auch durch die Telemedizin die Patientenversorgung verbessert werden kann, auch durch eine Vernetzung.

Das sind ganz spannende Fragen, die wir uns nicht nur von der Industrie vorsetzen lassen dürfen, sondern wir müssen hier selber eine Steuerungsverantwortung übernehmen. Ich denke, dazu ist die Bundesärztekammer der geeignete Ort.

Es geht also nicht allein um die elektronische Gesundheitskarte, sondern es geht um weit mehr. Es geht letztlich um die Zukunft ärztlicher Berufsausübung und ihre Durchdringung durch die Telemedizin.

Herr Calles, Ihre Bemerkungen waren mir wichtig. Ich begrüße sie. Sie wissen, dass wir mit Personalsteigerungen sehr behutsam umgehen. Das werden wir auch in Zukunft tun. Wir ringen ja miteinander und arbeiten nicht gegeneinander, wenn es um solche Anforderungen geht. Ich glaube, Sie haben in den letzten Jahren gespürt, dass wir nur dann Personalanforderungen formuliert haben, wenn es um neue Anforderungen, um neue Projekte ging und wir vorher geprüft haben, inwieweit wir innerhalb des existierenden Personalbestands abspecken könnten.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Weitere Wortmeldungen sind hier nicht eingetroffen.

Dann könnten wir in die Abstimmung eintreten. Aber vorher möchte ich noch fragen, ob es Beratungsbedarf gibt, ob sich irgendeine Ärztekammer noch bezüglich des Abstimmungsverhaltens des Stimmführers beraten möchte oder ob das alles im Vorfeld erledigt ist. Gibt es einen Wunsch danach? – Das ist nicht der Fall.

Dann können wir abstimmen. Haben alle Stimmführer die Stimmkarten? – Gut. Wir stimmen zunächst über den **Antrag IX-01** ab, der lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster.*
>
> *Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008) wird gebilligt.*

Ich frage jetzt die einzelnen Landesärztekammern ab, wer zustimmen möchte. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-

Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen.** Vielen Dank. Das ist sehr schön.

(Beifall)

Wir kommen zur Abstimmung über den **Antrag X-01,** gestellt vom Vorsitzenden der Finanzkommission und weiteren Mitstreitern, die unterschrieben haben. Der Antrag lautet:

> *Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008) Entlastung erteilt.*

Ich frage wieder ab: Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Auch dieser Antrag ist einstimmig **angenommen.** Der Vorstand bedankt sich für diese Entlastung.

(Beifall)

Damit kommen wir zum **Tagesordnungspunkt XI.** Sollen wir das noch prüfen oder wird der Antrag zurückgezogen, nachdem erklärt worden ist, dass die Räumlichkeiten dafür nicht geeignet sind? – Der Antrag ist zurückgezogen. Dann bleibt es beim **Antrag XI-01,** der lautet:

> *Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010) in Höhe von EUR 16.361.000,00 wird genehmigt.*

Jetzt frage ich wieder ab: Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Nordrhein? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

Auch dieser Antrag ist einstimmig **angenommen.** Vielen herzlichen Dank für diese Abstimmung.

Damit haben wir die Finanztagesordnungspunkte bewältigt. Ich bedanke mich bei allen, die daran mitgewirkt haben, besonders auch bei der Finanzkommission und der Geschäftsführung, an der Spitze Herrn Professor Fuchs, für die ver-

trauenerweckende Haushaltsführung. Ich hoffe, dass es uns im nächsten Jahr gut geht. Wie es dann weitergeht, wissen wir nicht so ganz genau. Herzlichen Dank auch Herrn Ensink und allen Mitstreitern in der Finanzkommission. Geben Sie den Dank bitte weiter.

(Beifall)

Dann kommen wir zu **Tagesordnungspunkt V:**

(Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht – Berichterstattung zum Projekt „Evaluation der Weiterbildung“

Referent ist Herr Dr. Hellmut Koch aus München. Dort sitzt nämlich die Bayerische Landesärztekammer. Herr Kollege Koch ist Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer. An sich ist er aber in Fürth zu Hause.

Bitte schön, Hellmut.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben ja anlässlich der Novellierung der Weiterbildungsordnung 2003 beschlossen, dass auf jedem Ärztetag ein Sachstandsbericht über die Weiterbildungsordnung abgegeben werden muss. Ich folge auch in diesem Jahr sehr gerne diesem Beschluss.

Der Sachstandsbericht heute wird sich mit zwei Themen befassen: zum einen mit dem Thema der Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2009/2010 und zum anderen mit der Evaluation der Weiterbildung, so wie sie schon vor einem Jahr diskutiert wurde.

Kommen wir zuerst zur Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2009/2010. Meine Damen und Herren, ich habe bewusst „Anpassung der Weiterbildungsordnung“ gesagt, denn es handelt sich nicht um eine Novellierung. Es handelt sich um eine Anpassung der Weiterbildungsordnung 2003 an aktuelle Gegebenheiten, an dringende wissenschaftliche Erfordernisse, an Beseitigungen von Problemen, die beispielsweise bei den Kammern in der täglichen Arbeit aufgetreten sind.

Ich habe Ihnen bereits vor einem Jahr berichtet, dass wir Anfang 2008 sowohl die Landesärztekammern als auch die Fachgesellschaften und die Berufsverbände angeschrieben haben, wo sie dringenden Handlungsbedarf und Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung sehen. Als Termin war Ende Juli 2008 festgelegt worden. Bis dahin sollten alle diese Bemerkungen, Anmerkungen und Wünsche bei der Bundesärztekammer eingegangen sein. Die letzten, die eingegangen sind, stammen aus Anfang 2009. Auch manche Kammern haben erst im November 2008 ihre Wünsche kundgetan.

Wir haben alles, was zum Stichtag Ende dieses Jahres eingegangen war, mit in die Beratungen aufgenommen und diskutiert. Inzwischen füllen die eingegan-

genen Anträge über 20 Leitz-Ordner. Es geht von ganz einfachen Dingen, wo Begriffe sinnvoll verwendet werden müssen, bis hin zu grundlegenden Dingen.

Meine Damen und Herren, Sie können sich bei unserer Weiterbildungsordnung vorstellen, dass es nicht einfach damit getan ist, an der einen Stelle ein Wort oder einen Satz einzufügen, sondern es muss natürlich überprüft werden, ob dies nicht an einer ganz anderen Stelle zu neuen Konsequenzen führt und ob es mit dem ganzen System der Weiterbildungsordnung kompatibel ist. Aus diesem Grunde haben sich sowohl die Ständige Konferenz Ende letzten Jahres und im Frühjahr dieses Jahres als auch der Ausschuss „Weiterbildung“ intensiv mit der Problematik befasst. Der Ausschuss „Weiterbildung“ hat in den letzten Monaten sehr häufig in zwei- bis dreitägigen Sitzungen getagt, um alle Wünsche, die eingegangen sind, zu bearbeiten.

Sie wissen ja, dass diese Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2009/2010 nach dem sogenannten zweistufigen Normsetzungsverfahren ablaufen soll. Ich denke, Sie wissen inzwischen, was das bedeutet. Es heißt: Die Landesärztekammern und ihre Gremien sollen in einem Circulus mit eingebunden werden, damit dann auf einem Deutschen Ärztetag, der sich mit der Problematik intensiv befasst, eine möglichst bundeseinheitliche Weiterbildungsordnung ohne Abweichung in einzelnen Kammern zustande kommt, weil alle schon vorher in ihren Gremien über die Problematik diskutiert haben und dies dann wieder auf die Bundesebene zurückspiegeln können.

Das zweistufige Normsetzungsverfahren bezüglich dieses Projekts der Anpassung der Weiterbildungsordnung bedeutet, dass, nachdem sich der Ausschuss „Weiterbildung“ im Juni in zweitägiger Sitzung zum letzten Mal mit dieser Problematik befassen wird, ein Überblick darüber erstellt wird, was empfohlen wird, in der Weiterbildungsordnung zu ergänzen bzw. zu ändern. Die entsprechende Begründung ist zu liefern. Das Ergebnis wird dann im Laufe des Monats Juli den Kammern zur Verfügung gestellt werden, damit diese dann bis Ende November in ihren entsprechenden Organen die Problematik diskutieren können, sich die einzelnen Punkte anschauen können.

Wir haben eruiert und herausgefunden, dass bis Ende November alle Landesärztekammern ihre Kammerversammlung durchgeführt haben werden. Deswegen haben wir für Anfang Dezember einen neuen Termin für die Ständige Konferenz „Weiterbildung“ festgelegt. Dann wird die Ständige Konferenz, in der ja die Landesärztekammern vertreten sind, in einer dreitägigen Sitzung darüber befinden, wie man mit den Einwendungen und den Ergänzungen der Kammern sinnvoll umgeht.

Im Februar oder im März 2010 wird sich der Vorstand der Bundesärztekammer nochmals mit der Problematik befassen, sodass dann auf dem Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden Ihnen diese Punkte zur Ergänzung bzw. zur Änderung einzelner Passagen der Weiterbildungsordnung vorgelegt werden können.

Sie sehen: Es gibt eine doch erhebliche Vorlaufzeit, um dieses zweistufige Normsetzungsverfahren umzusetzen, damit wir ganz demokratisch von allen Seiten, auch aus den Kammern, diejenigen Informationen bekommen, um Ihnen auf dem nächsten Deutschen Ärztetag einen sinnvollen Vorschlag für eine Weiterbildungsordnung machen zu können.

Es ist deswegen wenig sinnvoll, jetzt nochmals die Möglichkeit zu schaffen, neue Anträge einzubringen. Diese können in dem jetzt eingeleiteten Verfahren nicht mehr untergebracht werden. Sie würden auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben, was auch nicht gut wäre. Man sollte sie, wenn sie nun da sind, an den Vorstand überweisen, damit man versuchen kann, sie noch, soweit das möglich ist, mit in das Geschehen einzuschleusen.

Meine Damen und Herren, der zweite Punkt, über den ich Ihnen berichten will, ist die Evaluation der Weiterbildung. Wir haben vor einem Jahr auf dem Deutschen Ärztetag beschlossen, dass wir dieses Projekt dringend voranbringen wollen. Wir haben zusammen mit den Landesärztekammern intensiv an diesem Projekt gearbeitet. Wir haben eine Projektgruppe gebildet, wir haben enge Verhandlungen mit der ETH Zürich aufgenommen, die das Ganze ja datentechnisch begleiten soll und begleiten wird.

Es ist nun alles so weit fertig, meine Damen und Herren. Ich kann Ihnen kurz noch einmal die Ziele schildern. Ziel ist es, die Qualität der Weiterbildung zu sichern, Stärken und Schwächen unserer Weiterbildung aufzuzeigen, um daraus Verbesserungspotenziale zu entwickeln.

Meine Damen und Herren, die Weiterbildung ist die wesentliche Strukturqualität, die die Kammern für die Patientenversorgung liefern. Sie sind der Garant dafür. Deswegen müssen wir nicht nur in der Weiterbildungsordnung für sinnvolle Inhalte sorgen, sondern diese jeweils auch evaluieren und überprüfen, vor allem auch deswegen, weil auf der einen Seite immer wieder geklagt wird, die Weiterbildung in Deutschland lasse zu wünschen übrig, auf der anderen Seite gerade die bei uns weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzte vom Ausland – gerade auch vom europäischen Ausland – intensiv abgeworben werden. So schlecht kann die Weiterbildung also doch nicht sein.

Wir wollen es genau wissen; deshalb also die Evaluation der Weiterbildung.

Es gibt noch weitere Ziele. Wir brauchen Daten für die berufspolitische Diskussion. Wir müssen als Kammern die Verantwortung für die Weiterbildung behalten. Sie darf keinesfalls in irgendwelche politischen Gremien oder Staatsgremien abwandern. Wir wollen natürlich auch die Steigerung der Attraktivität des Weiterbildungsstandorts Deutschland bewahren.

Meine Damen und Herren, es wird einen Befugtenfragebogen geben. Die Befugten werden also in das Geschehen mit eingebunden. Dieser Fragebogen wird etwa 30 Fragen enthalten: ob die Arbeitszeit eingehalten werden kann, ob die Vorgaben, die in den jeweiligen Abteilungen herrschen, auch dazu führen, dass die Weiterbildung sinnvoll gestaltet werden kann, ob ein Budget vorliegt usw. Es sind 30 Fragen, die der Weiterbildungsbefugte beantworten soll.

Es wird einen Fragebogen für die Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung geben, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt befinden. Ich sage es noch einmal, meine Damen und Herren: Die ganze Evaluation bezieht sich auf die Facharztweiterbildung. Dieser Fragebogen ist in acht Komplexe unterteilt und umfasst etwa 100 Fragen, die sich mit allen möglichen Aspekten in der Weiterbildung befassen.

Es gibt Benchmarkgruppen, es gibt die 51 Facharztgruppen entsprechend der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die sich untereinander vergleichen, und es gibt fünf Gruppen der Basisweiterbildungen, die ebenfalls verglichen werden.

Aber auch der niedergelassene Bereich wird in die Evaluation mit einbezogen. Wir haben hier zwei Gruppen geschaffen: die Gruppe der Hausärzte, die mit sich selbst verglichen wird, und die Gruppe der Fachärzte im niedergelassenen Bereich.

Jeder Weiterbildungsbefugte, jede Weiterbildungsabteilung wird eine entsprechend aufbereitete Information bekommen, wo man sich in diesem Benchmarksystem wiederfindet. Es wird eine sogenannte Benchmarkspinne geben, sodass man mit einem Blick sehen kann, wo Defizite bestehen, wo etwas verbessert werden muss, wo man eventuell sogar besser ist als der allgemeine Durchschnitt.

Ich kann Ihnen nun eigentlich den Start zu dieser Evaluation der Weiterbildung geben. Voraussichtlich Ende nächster Woche werden von den Landesärztekammern die Briefe an die Befugten geschickt werden. Das Onlineportal – Sie wissen ja: das Ganze erfolgt nur online –, das Webportal zum Ausfüllen der Fragebögen wird nächste Woche freigeschaltet. Dann geht es los. In dem Moment, da der Befugte seine Daten eingegeben hat, fallen automatisch die Zugangscodes für die Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung zum Facharzt heraus, sodass sie ab diesem Zeitpunkt im Internet ihre Fragen beantworten können. Das muss nicht auf einmal geschehen. Man kann die Beantwortung der Fragen jederzeit unterbrechen und zu einem anderen Zeitpunkt an derselben Stelle fortführen.

Die Befragungsdauer wird etwa sechs bis acht Wochen betragen. Solange haben alle Zeit, ihre Fragebögen auszufüllen.

Es ist in Deutschland – leider – nicht anders möglich, außer über die Weiterbildungsbefugten an die Assistenten in Weiterbildung heranzukommen, weil wir in den Kammern kein Verzeichnis haben, wer wo weitergebildet wird, in welcher Abteilung und zu welchem Facharzt. Das wissen nur die Weiterbildungsbefugten. Deswegen ist es zurzeit nur möglich, über die Weiterbildungsbefugten an die in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen heranzukommen.

Das System ist in der Schweiz, die diese Evaluation schon seit vielen Jahren durchführt, und zwar jährlich, vollkommen identisch. Dort gibt es dasselbe Problem wie bei uns. Es hat sich gezeigt, dass dies in den letzten zwölf Jahren in der Schweiz überhaupt kein Problem darstellt, dass es dort problemlos funktioniert. Ich bin der Meinung, dass es auch bei uns funktionieren wird.

Wir werden alle Kolleginnen und Kollegen nochmals in den Ärzteblättern, in Rundschreiben, in Aufrufen informieren, dass jetzt die Befugten angeschrieben sind, sodass sie dann von den Befugten ihre Fragebögen abverlangen können. Es ist bei jeder Kammer eine Hotline geschaltet, sodass man sich in dem Fall, dass es nicht funktionieren sollte, sofort bei seiner Kammer melden und sagen kann: Hier funktioniert etwas nicht. Dann kann vonseiten der Kammer entsprechend eingegriffen werden.

Es gibt also nicht nur eine Bringschuld, es gibt auch eine gewisse Holschuld, wenn man diesen Begriff hier verwenden will. Alle sind aufgefordert, sich zu rühren, so sie ihre Bögen von den Weiterbildungsbefugten nicht bekommen.

Ich kann an dieser Stelle nur an alle Weiterbildungsbefugten appellieren: Machen Sie mit bei dieser Befragung, liebe Kolleginnen und Kollegen. Nur mit Ihrer Hilfe wird es gelingen, sinnvolle Daten zu erhalten, die uns eine Auswertung bringen, die man bundesweit verwenden kann und die man auch, wie es auf Neudeutsch heißt, benchmarken kann.

Sie sehen hier einige Seiten des Webportals, das ja nun fertig ist und nächste Woche freigeschaltet wird. Sie sehen zunächst die Eingangsseite, die für alle gilt. Dort kann man seine Teilnehmernummer und den Code eingeben, den man mitgeteilt bekommen hat. Dann kann man die entsprechenden Fragebögen beantworten.

Jetzt sehen Sie beispielsweise eine Seite für den Weiterbildungsbefugten. Hier wird gefragt, ob die Weiterbildungszeit ausreicht, ob die Arbeitszeitregelungen dazu führen, dass eine Weiterbildung möglich ist. In dieser Art gibt es etwa 30 Fragen.

Am Schluss kommt der Weiterbildungsbefugte zu einer Seite, mit der er das Ganze auch verwalten kann, wo er, wenn er sich vertippt haben sollte, die Zahl derer ändern kann, die in Weiterbildung befindlich sind. Beim Probelauf haben wir schon festgestellt, dass jemand statt „50“ „5“ eingegeben hat. Das muss man natürlich korrigieren, weil anderenfalls die Statistik überhaupt nicht stimmt. Das alles ist auf dieser Seite für den Weiterbildungsbefugten möglich.

Der in Weiterbildung Befindliche kommt nach der ersten Seite und nach Eingabe seines Namens und seines Codes auf den Fragebogen, der, wie gesagt, etwa 100 Fragen umfasst, die nach Gruppen geordnet sind. Man kann die Bewertungen 1 bis 6 vergeben, wobei 1 „voll und ganz“ bedeutet, 6 bedeutet „trifft überhaupt nicht zu“. Die Eingaben erfolgen durch einfaches Anklicken.

Die Bearbeitung dieses Fragebogens durch den in Weiterbildung Befindlichen nimmt, wie unsere Probeläufe gezeigt haben, zwischen 20 und 30 Minuten in Anspruch. Es muss nicht auf einmal sein, es kann auch fraktioniert geschehen.

Ein anderer Punkt, den ich noch ansprechen möchte, ist die Anonymität der Daten. Es wurde ja immer bezweifelt, ob die Daten wirklich alle anonym sind, ob man nicht herauslesen kann, welcher in Weiterbildung Befindliche welche Fragen beantwortet hat. Das kann man nur, wenn es weniger als vier in Weiterbildung Befindliche in einer Abteilung gibt. Wenn dies der Fall ist, kann jeder selbst festlegen, ob seine Daten für dieses persönliche Benchmarking verwendet werden dürfen oder nicht. Für den bundesweiten Vergleich werden die Daten natürlich genommen, weil man da die einzelnen Abteilungen nicht herauslesen kann. Sie haben auf der letzten Seite also die Möglichkeit, Ihre Anonymität zu wahren.

Meine Damen und Herren, soweit mein Sachstandsbericht zu Weiterbildungsfragen in diesem Jahr. Ich darf mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Dr. Koch, für den Bericht und vor allen Dingen auch für diese viele Arbeit, die in der Vorbereitung der Evaluationsfrage steckt. Das war wirklich eine Marathonangelegenheit, vor allen Dingen auch der Überzeugung. Das Materielle kommt ja erst dann, wenn man alle überzeugt hat, dass es richtig ist. Ich glaube, mittlerweile sind viele überzeugt, vielleicht sogar alle.

Jetzt haben wir eine Rednerliste mit bisher 16 Wortmeldungen und eine große Zahl von Anträgen zu dem ganzen Komplex. Wir kommen zur Aussprache. Zunächst ist die Vizepräsidentin, Frau Dr. Goesmann, am Wort. Bitte schön, Frau Dr. Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin extra schnell zur Wortmeldungsannahme gegangen, um als Erste sprechen zu können, denn ich möchte etwas mehr als drei Minuten Zeit haben dürfen, um einen ganz kleinen Bericht darüber zu geben, wie der Sachstand im Bereich der Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ist und wie es mit dem Förderprogramm Allgemeinmedizin weitergegangen ist. Dafür gibt es ja inzwischen etliche Anträge. Morgen haben wir schon 117 Anträge unter Tagesordnungspunkt VIII vorliegen. Ich weiß nicht, ob die Zeit reicht, um da über das Förderprogramm Allgemeinmedizin zu reden. Zu dem Punkt hatten wir vom Vorstand morgen unter Tagesordnungspunkt VIII Anträge eingebracht. Es liegen aber auch etliche Anträge schon für heute, Tagesordnungspunkt V, vor. Deswegen erlauben Sie mir bitte dazu einige Worte.

Als Erstes möchte ich ausdrücklich die Evaluation der Weiterbildung begrüßen. Ich möchte vor allem auch begrüßen, dass wir konsentieren konnten, dass sie auch im ambulanten Sektor stattfinden wird. Das scheint mir ein ganz wesentlicher Punkt zu sein.

Ich spreche zu den Anträgen 12 und 12 neu sowie zu den Anträgen, die eine Überarbeitung der Weiterbildungsordnung weiter hinausschieben wollen. Sie wissen, dass es unter den Hausärzten nach der Wiedereinführung des Allgemeininternisten erhebliche Unruhe gegeben hat und dass es die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin begrüßen würden, wenn auf dem nächsten Deutschen Ärztetag unbedingt darüber diskutiert würde, wie es mit dem Gebiet Innere und Allgemeinmedizin weitergehen kann und ob eventuell Neuregelungen für den Hausarzt und seine Weiterbildung geplant sind.

Wir sind im Augenblick von den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer aus mit Herrn Kaplan und mir sehr intensiv im Gespräch mit den Hausärzten, mit dem Hausärzteverband, mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, um eine intensive Abstimmung zu erzielen, damit wir im Jahr 2010 auf dem Ärztetag dieses Thema noch einmal mit großer Übereinstimmung einbringen können.

Ich bitte insofern darum, den Antrag V-12 neu, der vorliegt, der sich damit befasst, ob man Quereinsteigern in abweichenden Weiterbildungsgängen den Zugang zum hausärztlichen Sektor erleichtern kann, an den Vorstand zu überwei-

sen, weil er in diese Diskussionen hineingehört und wir das gern intensiv mitdiskutieren möchten, wie man damit umgeht.

Ich komme zu den Anträgen V-03 und V-05 und der Frage, wie es mit dem Handlungskonzept zur Förderung der Allgemeinmedizin weitergegangen ist. Diese beiden Anträge fordern, dass die Gesetzesänderung, die stattgefunden hat und die das Förderprogramm auf bessere Beine stellt, dringend umgesetzt werden soll.

Ich möchte Ihnen zunächst darüber berichten, was wir in den Gremien der Bundesärztekammer gemacht haben. Wir haben intensiv an dem Programm weitergearbeitet. Wir haben diese Gesetzesinitiative und deren Umsetzung überhaupt auf den Weg gebracht. Wir haben jetzt ein Papier fertiggestellt, das wir Ihnen morgen zur Kenntnis geben wollen. Es trägt den Titel „Hinweise zu Koordinierungsstellen bei den Landesärztekammern“.

Wenn Sie das Handlungskonzept zur Förderung der Allgemeinmedizin mit dessen Inhalten in Ihrer Landesärztekammer umsetzen möchten, haben wir Ihnen jetzt noch Handreichungen erarbeitet, die Ihnen das Ganze erleichtern, damit nicht in jeder Landesärztekammer das Rad neu erfunden werden muss. Wir bitten Sie, sich das anzuschauen und gegebenenfalls zu übernehmen.

(Vereinzelt Beifall)

Darüber hinaus möchte ich Ihnen mitteilen, weil die KBV ausdrücklich darum gebeten hat – und uns Herr Müller einen Brief geschickt hat –, dass auch deren Gremien nicht untätig waren. Wir sind ja mehrfach auf die KBV zugegangen, wir sind auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Bundesärztekammer zugegangen. Wir haben versucht, die Gesetzesänderung im Sinne unseres Handlungskonzepts umzusetzen. Inzwischen hat sich Folgendes ergeben – das ist auch die Antwort auf die beiden Anträge V-03 und V-05 –: Die KBV konnte mit der DKG eine erste Einigung über Eckpunkte erzielen, die das weitere Vorgehen betreffen. Sie haben sich über die Mindestzahl der zu fördernden Stellen geeinigt. Im Gesetz steht ja: Verdoppelung der zu fördernden Stellen, bundesweit mindestens 5 000. Sie haben sich auf eine Aufstockung der monatlichen Förderungsbeiträge geeinigt, sodass hoffentlich das erreicht werden kann, was wir wünschen: dass durch eine Aufstockung der Förderung pro Praxis die Weiterbildungsassistenten dort tarifgerecht bezahlt werden können.

Wir wollen eine besondere Förderung in unterversorgten Gebieten vereinbaren. Die Koordinierungsstellen in jedem Land, möglichst angebunden bei der Landesärztekammer, sollen eingerichtet werden. Sie wollen eine Begleitforschung initiieren und weitere Details vereinbaren.

Das Ganze ist bisher eine zweiseitige Vereinbarung mit der DKG. Der SpiBu und der PKV-Verband werden jetzt einbezogen. Es werden zeitnah auch da Verhandlungen geführt. Das Ganze ist gestern terminlich vereinbart worden und soll noch in diesem Jahr umgesetzt werden, sodass wir davon ausgehen können, dass die notwendigen Gelder bis zum Jahresende fließen, dass das erreicht ist, was wir immer haben wollten, nämlich dass überzählige Gelder, die im stationären Sektor nicht abgegriffen werden können, in den ambulanten Sektor überfließen und dann landesweit verrechnet werden können.

Wenn in einigen Ländern das Geld weder im ambulanten noch im stationären Sektor abgegriffen wird, wird eine Verrechnung mit anderen Landesärztekammern bzw. anderen Landes-KVen erfolgen, sodass ein großer Teil unserer Forderungen damit umgesetzt werden könnten.

Ich bitte Sie trotzdem, die Anträge V-03 und V-05 anzunehmen, weil sie diesen ganzen Prozess begleiten, indem sie das noch einmal fordern. Ich freue mich über die Anträge und bitte Sie, sie anzunehmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Goesmann. – Vielleicht sollte ich gerade noch erwähnen, dass wir drei Anträge zu diesem Themenkomplex unter diesem Tagesordnungspunkt V geliefert bekommen haben: Das sind die Anträge V-03, V-05 und V-13. Unter Tagesordnungspunkt VIII sind auch noch einige dazugekommen. Wir haben geprüft: Die widersprechen sich nicht und stehen sich nicht im Wege, sodass wir diese drei Anträge unter dem Tagesordnungspunkt V beraten können und unter Tagesordnungspunkt VIII trotzdem weiter beraten können. Wir passen schon auf, dass wir morgen keine Beschlüsse fassen, die mit den heutigen Beschlüssen nicht übereinstimmen. Das wird uns schon gelingen.

(Zuruf)

– Ein Geschäftsordnungsantrag. Bitte.

(Schäfer, Hamburg: Ich beantrage Redezeitbegrenzung auf drei Minuten!)

– Es ist Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beantragt. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für die Redezeitbegrenzung auf drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist die Redezeit auf drei Minuten begrenzt.

Der erste Redner, der davon betroffen ist, ist Herr Professor Hahn aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Hahn, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst möchte ich Herrn Koch recht herzlich dafür danken, dass er dieses Programm aufgelegt hat. Die Evaluierung unserer Weiterbildung ist sicherlich sehr dringend. Wir alle sind auf die Ergebnisse gespannt.

Ich möchte jetzt zu drei Anträgen Stellung nehmen: 02, 09 und 14. Ich empfehle Ihnen, den Antrag 09 nicht anzunehmen, denn dort wird gefordert, so schnell wie möglich eine Verarbeitung der Problemfelder vorzulegen. Die Evaluierung kommt 2010. Auch wenn Herr Koch gesagt hat, er möchte einige Problemfelder schnell lösen, wäre es aus meiner Sicht sicherlich wesentlich sinnvoller, wenn wir warten, was bei der Evaluierung herauskommt, als jetzt schnell etwas zu machen. Schnell war noch nie gut. Wir müssen es gründlich tun und die Strukturen in der Weiterbildung so festlegen, dass wir sie an Änderungen anpassen können.

Mir kann keiner erzählen, dass von einem Ärztetag zum nächsten eine völlig neue Medizin entsteht, die nicht in der Weiterbildungsordnung enthalten ist.

(Beifall)

Sie müssen auch an die vielen Assistenten denken. Ich habe momentan Assistenten, die drei unterschiedliche Weiterbildungsordnungen haben. Wir haben die letzte Änderung 2007 vorgenommen. Es kann nicht sein, dass wir 2009 schon wieder etwas machen. Dann hat bald jeder Assistent seine eigene Weiterbildungsordnung.

Wir sollten für etwas mehr Kontinuität und Verlässlichkeit sorgen und nicht die Geschwindigkeit als das Maß aller Dinge ansehen.

(Beifall)

So viel zum Antrag 09. Das bezieht sich zugleich auf den Antrag 14, den ich Ihnen zur Annahme empfehle, weil genau das – mit einigen Zusätzen – empfohlen wird.

Im Antrag V-02 werden die Kriterien für die persönliche Eignung der Weiterbildungsberechtigten besprochen. Im zweiten Absatz heißt es, dass die Verletzung des Arbeitszeitgesetzes gegenüber den Weiterbildungsbefugten eine fehlende Eignung darstellt. Ich sehe keinen Zusammenhang zwischen dem Arbeitszeitgesetz und der Weiterbildung. Ich denke, dies gehört nicht in die Weiterbildungsordnung, sondern das muss die Klinikverwaltung regeln. Wenn die Klinikverwaltung dazu nicht in der Lage ist, dann ist derjenige, der weiterbildet, sowieso in der schlechteren Position und kann keinen ausbilden.

Besten Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Hahn. – Der nächste Redner ist Dr. Beck aus Bayern.

Dr. Beck, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Man stelle sich folgende Situation vor: Es gibt wenige Neurologen, aber genügend Internisten, ausgebildete Facharztinternisten, und die bekommen schwer Stellen in der Inneren Medizin, in der stationären Versorgung. Die sagen: Wir hätten gern einen Quereinstieg in die Neurologie, wir machen das Ganze in der Praxis, das muss doch irgendwie gehen.

Ich glaube, die neurologischen Fachverbände und alle hier im Saal würden sagen: So geht es nicht. In den Anträgen 12 und 21 wird so etwas für das Fachgebiet Allgemeinmedizin postuliert. Unabhängig davon, dass es schön wäre, wenn man einmal Vorgespräche mit den Betroffenen, mit den Fachverbänden führen würde, ist es so, dass wir als Hausärzte so etwas zunächst einfach zurückweisen müssen.

Außerdem stört mich an dem Ganzen der Begriff „Quereinstieg“. Wenn es so etwas geben kann, dann den Einstieg in eine Weiterbildung, nicht einen Quereinstieg. Der Quereinstieg implementiert vielleicht: niederschwellig, geringer, kleiner. Das kann es nicht sein.

Wir haben eine Weiterbildungsordnung, die einen bestimmten Weiterbildungsgang vorschreibt. Wir haben jetzt ein Anpassungsverfahren, das in den entsprechenden Gremien beraten wird. Warten wir doch bitte ab, was dabei herauskommt. Jeder, der in das Fachgebiet Allgemeinmedizin und Innere Medizin einsteigen will, halte sich dann bitte an diese Weiterbildungsordnung und führe sie entsprechend durch. Wenn Stellen in den Kliniken beispielsweise im stationären Bereich in der Inneren Medizin fehlen sollten, dann müsste man sagen: Wir brauchen solche Stellen im stationären Bereich, nicht: Wir machen das Ganze niederschwellig quer in der Praxis.

(Beifall)

Es gibt genügend Zeiten, nachher in der Praxis sein Wissen zu vertiefen.

Deshalb bitte ich darum, die Anträge 12 und 21 im Sinne der bereits erfolgten Wortmeldungen von Frau Goesmann und Herrn Koch an den Vorstand zu überweisen; denn diese Problematik der inhaltlichen Ausformulierung und der Struktur wird dann dort besprochen und auf dem nächsten Ärztetag hoffentlich positiv verabschiedet.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Herr Kollege, ich habe Sie mit Absicht ausreden lassen, weil das, was Sie gesagt haben, wichtig war. Aber diese Anträge 12 und 21 sind zurückgezogen. Für den Antrag 12 gibt es jetzt den Antrag 12 neu. Sie können also die Anträge 12 und 21 aus Ihrem Konvolut entfernen, aber der Antrag 12 neu bleibt bestehen.

Der nächste Redner ist Herr Professor Hettenbach aus Baden-Württemberg.

Prof. Dr. Hettenbach, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie bitten, beim Antrag V-02 den letzten Abschnitt zu streichen. Ich denke, der letzte Satz ist nicht akzeptabel.

Wir haben in den Kliniken oft die große Not, dass wir unsere Kolleginnen und Kollegen gar nicht in ausreichender Zahl anstellen können, weil man im Controlling feststellt, dass wir viel zu hohe Personalkosten haben. Wenn die Personalkosten gedeckt würden, ist es schwierig genug, jemanden für eine solche Stelle zu finden, weil wir vor allem für die ländlichen Regionen einen völlig leergefegten Stellenmarkt haben.

Was machen wir denn mit diesen Kolleginnen und Kollegen, wenn wir ihnen aus dem beschriebenen Grund die Weiterbildungsermächtigung entziehen würden? Was passiert mit den Zeiten, die sie schon im Hause verbracht haben? Ich finde den letzten Satz Unsinn. Ich bitte Sie höflich, diesen zu streichen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Kollege Fleck aus Brandenburg.

Dr. Fleck, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag 14 sprechen und Sie bitten, diesem Beschlussantrag nicht zu folgen. Als Weiterbildungsleiter eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung bedarf es einer schnellen und zeitnahen Änderung und auch Anpassung der Weiterbildungsordnung, wenn sie sich als falsch erwiesen hat. Dies muss auch unter dem Gesichtspunkt stattfinden, den jungen Kollegen eine klare Weiterbildung mit einem festen Berufsziel anzubieten, um die Versorgung in einem Gebiet oder einem Schwerpunkt abzusichern.

Es ist nicht nachvollziehbar, wenn die betreffenden Berufsverbände klare Änderungsvorschläge unterbreiten, diese aber über Jahre vor sich herschieben. Deshalb bitte ich Sie, den Vorschlag abzulehnen oder Herrn Koch zu folgen und den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Es gibt noch einen Änderungsantrag zum Antrag 14, der momentan umgedruckt wird. – Als nächster Redner Herr Kollege Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag V-15, gestellt von Herrn Klaus König, der heute Nachmittag nicht anwesend ist und mich gebeten hat, zu diesem Antrag ein paar erläuternde Worte zu sagen. Es ist so, dass bei uns in der Gynäkologie, aber sicherlich auch in anderen Fächern, in manchen Häusern Weiterbildungsinhalte nicht mehr vermittelt werden können, weil bestimmte Fertigkeiten dort nicht vorgehalten werden oder es sich nicht lohnt. Diese werden aber sehr wohl in der Praxis zur Anwendung gebracht. Ich denke beispielsweise an IVS oder Ähnliches.

Natürlich stellt sich die Frage: Kann die Praxis nicht diesen Teil der Weiterbildung qualifiziert übernehmen? Wenn wir das bejahen, stellt sich natürlich bei

Budgets bzw. Regelleistungsvolumina das Problem, dass dies nicht in der Honorierung abgebildet wird.

Deswegen der Entschließungsantrag, in dem die Bundesregierung und die Bundesländer aufgefordert werden, dafür Sorge zu tragen, dass, wenn eine Weiterbildung in den Praxen stattfindet, für eine ausreichende Alimentation gesorgt wird.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Holzborn. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Tegethoff aus Berlin.

Dr. Tegethoff, Berlin: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz etwas zu drei Themen sagen: Evaluation, (Muster-)Weiterbildungsordnung und Weiterbildungsaufwand. Zunächst zur Evaluation: Beim Antrag V-04 bitte ich zu bedenken, dass nicht nur Herr Wyrwich diesen Antrag gestellt hat, sondern er als Stellvertreter des Vorstands der Ärztekammer Berlin in Ausführung eines Beschlusses der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Wir tragen diesen Antrag insgesamt mit. Wir begrüßen die Evaluation der Weiterbildung, geben aber der Sorge Ausdruck, dass am häufigsten von den Assistenten in Weiterbildung immer wieder gesagt wird: Warum bekommen wir nicht auf jeden Fall die Ergebnisse? Warum können wir nicht auf jeden Fall sehen, was herauskommt? Es besteht die große Sorge, dass aufgrund des Engpasses, die Codes über die Weiterbildungsbefugten zu vergeben, vielleicht Manipulationen möglich sind.

Wir haben diesen Antrag formuliert, um eine möglichst große Transparenz, eine möglichst große Zustimmung zu diesem Verfahren zu bekommen. Wir bitten um Zustimmung zum Antrag 04 unter dem Gesichtspunkt: Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Ich glaube, damit kommen wir unseren Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung sehr entgegen.

(Beifall)

Zur (Muster-)Weiterbildungsordnung möchte ich sagen – das betrifft den Antrag V-16 –: Momentan ist es so, dass in den Weiterbildungsordnungen enorm viele Anforderungen stehen, von denen wir alle wissen, dass die Kolleginnen und Kollegen sie gar nicht alle erfüllen können. Wir sehen bei den Facharztprüfungen Zeugnisse, bei denen wir ganz genau wissen: Das ist doch gar nicht alles gemacht worden. Es werden 150 irgendwelche Eingriffe bestätigt, was völlig irreal ist.

Wir müssen auf jeden Fall dahin kommen, dass wir die Weiterbildungsordnung so umformulieren, dass die Realität abgebildet wird, dass wir sicher sein können, dass die Fachärzte in den Prüfungen das auch wirklich gemacht haben, was wir als sinnvoll definiert haben, dass sie es können, nicht das, was sie kön-

nen sollen, was aus irgendwelchen ökonomischen oder sonstigen Notwendigkeiten heraus gefordert wird. Wir müssen dasjenige fordern, was wir für unsere Kollegen als Facharzt haben wollen, wie wir von ihnen behandelt werden wollen, wenn wir uns an sie wenden.

Deswegen bitte ich, auf jeden Fall dem Antrag V-16 zuzustimmen.

(Beifall)

Eigentlich möchte ich noch etwas zum Weiterbildungsaufwand sagen, aber im Sinne der Ökonomisierung unserer Zeit überlasse ich das meinem Nachfolger. Ich bitte Sie, den Anträgen 18 und 19 zuzustimmen.

Schönen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Tegethoff. – Jetzt Herr Kollege Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Hauptteil der ärztlichen Weiterbildung, besonders in den chirurgischen Fächern, liegt nach wie vor in den Abteilungen der Krankenhäuser. Für jemanden, der gern und viel Weiterbildung macht, ist es tägliche Erfahrung, dass durch den ökonomischen Druck, der im Moment in den Kliniken herrscht, die Weiterbildung massiv leidet. Dieses liegt weniger an der Motivation der Befugten – an denen liegt es manchmal natürlich auch; das war schon immer so –, aber heute kommt der ökonomische Druck in einer Art und Weise hinzu, den ich in der Begründung des Antrags V-19 zu skizzieren versucht habe.

Ich möchte das hier kurz wiederholen. Wenn Sie einem Weiterbildungsassistenten eine große Operation beibringen, die etwa drei bis vier Stunden dauert, dann bekommen Sie dafür je nach Basisfallwert einen Erlös von etwa 9 000/10 000 Euro. Damit kann man leicht rechnen. Wenn Sie einen Krankenhausträger haben, der eine moderate Rendite von 3 bis 5 Prozent erwartet, dann bleiben beim Krankenhausträger für eine solche Operation 250 bis 400 Euro übrig. Mehr nicht.

Jede Berechnung über Kosten im OP geht bei der Pauschalierung davon aus, dass die OP-Minute 10 bis 15 Euro kostet. Das heißt, wenn Sie eine große Operation durchführen und diese dann 20 bis 30 Minuten länger dauert – das ist nichts, wenn Sie bei einer großen Operation assistieren –, dann ist der mögliche Profit allein durch die zusätzliche OP-Zeit aufgebraucht. Das sind schlicht die Fakten.

Wenn eine drei- bis vierstündige OP ganz schnell anderthalb bis zwei Stunden länger dauert, wenn Sie jemanden an die Hand nehmen, dann bedeutet dies nichts anderes, als dass Sie vier oder fünf solcher Operationen ohne Komplikationen auf Facharztstandard durchführen müssen, bevor Sie einen an die Hand

nehmen können. Dann haben Sie gerade einmal ein Ergebnis von plus/minus Null. Wir denken, dass man durch die Anwendung der Grundrechenarten zu dem Ergebnis kommen muss, dass die Forderung nach Zuschlägen im DRG-System bzw. Umschichtungen unbedingt unterstützt werden muss. Die Zyklen betragen bei den Chirurgen etwa fünf bis sieben Jahre. Wenn Sie drei, vier oder fünf Jahre nicht ausreichend weitergebildeten Nachwuchs aus den Kliniken bringen, werden wir viele, viele Jahre brauchen, das zu korrigieren.

Ich weiß, dass unser Antrag dem Antrag des Marburger Bunds V-07 diametral entgegengesetzt ist. Mit meiner schlichten chirurgischen Intelligenz kann ich diesen Widerspruch nicht auflösen. Ich bitte Sie, das selber zu tun.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ich finde es wichtig, dass man so etwas auch einmal in der Öffentlichkeit darstellt, dass diese engen Raster einem wirklich Sorge machen müssen, was die Qualität der Weiterbildung angeht, abgesehen davon, dass diese Finanzierungsmethode ja wirklich umstritten ist. – Herr Voigt aus Niedersachsen hat sich zu Wort gemeldet. Bitte sehr.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Koch hat in seinem Sachstandsbericht schon sehr deutlich dargestellt, dass auf der einen Seite oft in seinem sehr, sehr großen Umfang Anträge vorliegen, die eine Umwandlung der bestehenden (Muster-)Weiterbildungsordnung bedeuten würden, und dass es auf der anderen Seite wichtig sein wird, dabei ein Verfahren einzuhalten, das als Konsequenz aus den Erfahrungen um die Entwicklung und die Umsetzung der zurzeit gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung entstanden ist, nämlich das zweistufige Normsetzungsverfahren.

Ich spreche zum Antrag V-14. Mir geht es darum, dass wir vorrangig darauf achten, dass wir bei einer Überarbeitung oder einer Teilnovellierung oder einer Komplettnovellierung der Weiterbildungsordnung bitte darauf achten, dass wir es dieses Mal schaffen, absolut dezidiert sauber dieses Verfahren einzuhalten, um sicherzustellen, dass wir alle Landesärztekammern mitnehmen und damit die Situation herbeiführen, dass wir hinterher gemeinsam das umsetzen, was wir beschließen, damit wir nicht zum Schluss einen Flickenteppich von unterschiedlichen Bestimmungen in der Weiterbildungsordnung haben, wie es zurzeit teilweise der Fall ist.

(Beifall)

Vorher kam mehrfach das Argument, dass die Weiterbildungsordnungen Inhalte haben, die zu hoch angesetzt sind. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Landesärztekammer Niedersachsen zurzeit in Zusammenarbeit mit der Kammer Nordrhein und der Kammer Westfalen-Lippe ein sogenanntes Weiterbildungskataster erstellt, um genau dieses Thema zu klären: Was findet draußen in der

Weiterbildung tatsächlich statt? Was müssen wir in unserer Weiterbildungsordnung fordern?

Es gibt also viele Gründe, die für 2010 angedachte Überarbeitung weiter nach hinten zu schieben. Mein Votum wäre eindeutig: Dies können wir frühestens 2011 umsetzen. Deswegen bitte ich Sie, den Antrag zu unterstützen, dass dieses frühestens 2011 passieren kann.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Voigt. – Als nächste Rednerin bitte Frau Kollegin Professor Krause-Girth aus Hessen.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Vorstandsantrag V-01 und zu meinen Anträgen 01 b und 08 sprechen. Wir haben in der Ärztekammer Hessen besprochen, dass wir es nicht richtig finden, dass die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte nur über ihre Vorgesetzten einen Zugang zur Teilnahme an der Online-Befragung erhalten. Wir denken, dass sich auf diese Art und Weise kein realistisches Bild der aktuellen Situation ergeben kann. Vor allen Dingen wird nicht die Meinung derjenigen erfasst, die wir aber erfassen wollen, die mit ihrer Ausbildung unzufrieden sind und viel Kritik üben.

Aus diesem Grunde spreche ich mich dafür aus, dass der dritte Absatz im Vorstandsantrag, in dem steht, dass insbesondere die weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte gebeten werden, sich an der Erhebung zu beteiligen und damit auch ihren Assistenten die Möglichkeit zur Teilnahme zu eröffnen, gestrichen wird und stattdessen alle weiterbildungsbefugten und in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte einen Zugang erhalten, um an dieser Befragung teilnehmen zu können.

Ich glaube, nur so ergibt sich ein realistisches Bild bei dieser Evaluation. Ich weiß nicht, warum man es so geregelt hat. Es bedeutet ja, dass in kleinen Weiterbildungsabteilungen die Zuordnung möglich ist. Wir haben in Hessen besprochen, dass eine Möglichkeit des Zugangs auch über die Landesärztekammern geschaffen werden könnte und damit alle Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit haben, an dieser Evaluation teilzunehmen.

Ich möchte Sie sehr bitten, diese beiden Anträge zu unterstützen. Es geht darum, in Antrag 01 den Absatz 3 zu streichen und durch den Text des Antrags 01 b zu ersetzen. Dem Antrag 08 sollte zugestimmt werden.

Darüber hinaus verstehe ich nicht, wie man sich dem Antrag 04 widersetzen kann, dass die Ergebnisse natürlich auch von den in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte diskutiert werden sollten und diese Ergebnisse öffentlich zugänglich gemacht werden. Ich plädiere dafür, diesem Antrag zuzustimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Zimmer aus Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gern kurz zum Antrag V-12 neu sprechen. Ich möchte Sie bitten, im Rahmen einer vertrauensbildenden Maßnahme diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen. Ich weiß mich hier im Konsens mit der Antragstellerin Frau Gitter. Wir haben das Vertrauen, dass die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer dieses im Rahmen der Vorbereitung für das nächste Jahr sicherlich mit berücksichtigen werden. Es macht hier und heute überhaupt keinen Sinn, Dinge zu beschließen, die anschließend auf eine uns bis dato unbekannte Novellierung der Weiterbildungsordnung angepasst werden müssen.

Ich danke den Antragstellern des Antrags 21, dass sie so vertrauensvoll waren, zu sagen: Das ist mit diesem Antrag schon abgedeckt. Sie haben ihren mühsam und sorgfältig formulierten Antrag zurückgezogen. Auch hier sage ich ein Dankeschön. Wir werden dadurch wieder einmal ein bisschen schneller.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächster Redner Herr Kollege Schaaf aus Bayern.

Dr. Schaaf, Bayern: Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zur Evaluation der Weiterbildung. Die Evaluation der Weiterbildung hat aus meiner Sicht das Zeug, ein Highlight unserer Selbstverwaltung zu werden. Sie steht und fällt aber damit, wie viele antworten. Die Antwortquote ist ein ganz entscheidendes Maß. Antworten müssen Weiterzubildende, aber auch Weiterbilder. Sie sind gleichermaßen gefordert, sich engagiert zu beteiligen. Es gilt, vor allen Dingen die Weiterbilder zu ermutigen, zu motivieren, hier teilzunehmen.

Da halte ich es zumindest zum jetzigen Zeitpunkt für absolut kontraproduktiv, mit Zwangsveröffentlichungen oder einem Konnex zum Arbeitszeitgesetz zu drohen; denn dann würden wir der ganzen Sache einen Bärendienst erweisen. Es kann ja sein, dass das in der Zukunft notwendig ist, aber zum jetzigen Zeitpunkt müssen wir doch erst einmal den Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit geben, die Ergebnisse zu evaluieren, selbst zu betrachten, um sie anschließend zu verbessern. Es wird dann eine Schleife geben. Es wird noch einmal nachgeschaut. Dann kann man über solche Maßnahmen nachdenken.

Aber im Moment halte ich wenig von einem Generalverdacht gegen die Weiterbilder. Wenn das der Tenor der ganzen Geschichte ist, werden die Weiterbilder nicht sehr gern antworten. Ich meine, die Weiterbilder haben durchaus einen gewissen Vertrauensvorschuss verdient. Sie haben es wirklich schwer, unter den obwaltenden Bedingungen einigermaßen Ordentliches zu leisten.

Ich meine, in Umkehrung eines Zitats sagen zu müssen: Kontrolle ist gut, aber im Moment ist Vertrauen besser.

(Vereinzelt Beifall)

Geben Sie den Weiterbildern erst einmal die Chance, die Ergebnisse konstruktiv zu verarbeiten. Lassen Sie uns dann im Nachgang darüber nachdenken, wie wir die Zugänge eventuell erweitern und das Ergebnis veröffentlichen können.

Zum jetzigen Zeitpunkt halte ich das nicht für sinnvoll, so verständlich das scheinen mag. Bitte überweisen Sie die Anträge, die in diese Richtung gehen, an den Vorstand und bescheiden Sie sie jetzt nicht positiv.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächste Rednerin bitte Frau Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zunächst zum Antrag 12 neu, der das Ergebnis mehrstündiger Beratungen unter den Delegierten ist, auch vielen hausärztlichen Delegierten. Er soll klarmachen, dass wir die zuständigen Weiterbildungsgremien auffordern wollen – deswegen kann ich mich mit einer Vorstandsüberweisung sehr gut anfreunden, weil es sich hier um dasselbe Ziel handelt –, zu prüfen, ob man nicht Fachärzten anderer Gebiete – das sind aus der praktischen Erfahrung heraus beispielsweise Chirurgen und Anästhesisten – einen geordneten strukturierten Weg in die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bieten kann. Dafür muss man natürlich prüfen, ob es Inhalte gibt, die man auch anders erwerben kann. Das muss selbstverständlich strukturiert erfolgen, denn anderenfalls läuft man natürlich Gefahr, irgendwelche Abstriche an der Qualität der Weiterbildung zu machen. Das wollen wir nicht.

Es kann aber genauso gut sein, dass Dinge, die jetzt als reine Zeiten festgeschrieben sind, beispielsweise in der stationären Inneren Medizin, vielleicht anders erworben werden können. Das muss sorgfältig geprüft werden. Das wollen wir damit anstoßen.

Die Gespräche laufen eigentlich schon seit mehreren Jahren. Aber es hat leider noch nicht den entsprechenden Impuls gegeben. Wir möchten bitten, das jetzt zu tun. Die Erfahrung hat ja auch gelehrt, dass der Input in den Weiterbildungsgang Allgemeinmedizin trotz der Forderung des Förderprogramms Allgemeinmedizin noch nicht reicht, weil viele Studienabgänger, die das Examen haben, noch nicht den Mut haben, in die hausärztliche Medizin zu gehen. Andererseits gibt es aber viele berufserfahrene Fachärzte, die sich das sehr gut vorstellen können, die aber vor manchen Hürden stehen, die man vielleicht abbauen könnte. Das ist der Sinn dieses Antrags. Deshalb bitten wir um breite Zustimmung.

Wie gesagt: Wir haben überhaupt kein Problem mit einer Vorstandsüberweisung. Es ist eigentlich die Intention des Antrags: Es muss selbstverständlich in den zuständigen Gremien mit den Hausärzten abgestimmt werden, was da möglich ist. Dann kommt es zurück in die Kammern und auf den Deutschen Ärztetag.

Ich möchte kurz auf Antrag 02 eingehen. Es wurde hier gefordert, den Satz bezüglich des Arbeitszeitgesetzes zu streichen. Es ist aber evidenzbasiert, dass eine Verletzung des Arbeitszeitgesetzes ohnehin ein Rechtsbruch ist. Ein Rechtsbruch soll kein Indiz für eine mangelnde Eignung sein – das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen. Es ist aber auch klar, dass ein Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz gleichzeitig eine Gefährdung der Patienten darstellt. Das können wir nicht zulassen.

Man sollte den leitenden Ärzten eher den Rücken stärken, wenn man mit diesem Antrag im Rücken zum Klinikträger gehen und sagen kann: Es besteht die Gefahr, die Zulassung als Weiterbildungsstätte zu verlieren, wenn uns nicht geholfen wird, das Arbeitszeitgesetz einzuhalten. Das ist kein Angriff auf die leitenden Ärzte und die Weiterbildungsbefugten, sondern eine Rückenstärkung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Gitter. – Als nächster Redner Herr Professor Grifka aus Regensburg.

Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Bayern: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die (Muster-)Weiterbildungsordnung und die daraus entwickelten Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern haben sehr viel Mühe gemacht. Es ist von den Verantwortlichen in der Bundesärztekammer und in den Landesärztekammern mit enormem, unglaublichem Engagement umgesetzt worden. Wir wissen, welche immensen Wünsche von Fachgesellschaften und Berufsverbänden immer wieder anstehen.

Unser Ziel muss die hohe Qualität der Weiterbildung sein. Dabei haben wir aber auch die Verantwortung, auf das wirklich fachlich Notwendige zu achten. Manche Änderungen durch die Weiterbildungsordnung werden im vollen Ausmaß der Konsequenz erst bei der Umsetzung vergegenwärtigt.

Meine Damen und Herren, ich spreche zu dem Ihnen vorliegenden Antrag 24. Es geht um die Teilgebietsradiologie, also um die Zusatzweiterbildung Radiologische Diagnostik in Orthopädie und Unfallchirurgie bei dem neuen Facharzt. Ich möchte Ihnen erläutern, welche Konsequenz dies im Einzelnen hat. Im täglichen Leben ist es so, dass unverändert die Bildbesprechung sowohl bei der Indikation der radiologischen Diagnostik, bei dem Bild, mit dem der Patient in der Ambulanz oder in der Besprechung vorstellig wird, und präoperativ im weiteren Verlauf stattfindet. Das gilt auch bei den Befundungen, die man vornimmt, unabhängig von dem, was natürlich auch radiologisch geschieht. Das hat sich im Ablauf unserer Weiterbildung nicht geändert.

Was sich aber geändert hat, ist diese Zusatzweiterbildung, die nun zusätzlich stattfinden muss. Das führt bei denjenigen Kollegen, die den neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie haben – von denen gibt es mittlerweile einige, die niedergelassen sind –, dazu, dass sie in der Praxis nicht mehr röntgen können. Was bedeutet das für uns, für Sie als Patient? Im Antrag ist das Beispiel der distalen Radiusfraktur, des Verdachts auf Fraktur aufgeführt. Der Patient muss damit zum Radiologen geschickt werden. Es wird ein Termin ausgemacht, der Patient kommt zurück mit der Indikationsstellung zur konservativen Therapie mit Reposition und Anlegen des Gipses. Danach ist unbedingt eine radiologische Kontrolle erforderlich. Das ist vom Orthopäden, Unfallchirurgen neuer Prägung, der diese spezielle Zusatzweiterbildung nicht hat – das ist für die allermeisten der Fall –, nicht zu leisten. Der Patient muss also noch einmal zum Radiologen, er kommt nochmals zurück.

Dieser Zustand ist für den Patienten unzumutbar. Das kann nicht der Sinn unserer Weiterbildungsordnung sein.

(Beifall)

Sie finden dazu einen Antrag, der abgewogen ist. Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen. Es hilft nichts, wenn wir ihn an den Vorstand überweisen.

Schnell noch ein Wort zu dem Ihnen vorliegenden Antrag 23. Wir führen eine ausführliche Erhebung zur Evaluation der Weiterbildung durch. Aber wir wissen heute gar nicht, welche Ärzte Konsiliar- und Belegärzte sind und damit auch die Weiterbildung, die vor Ort stattfindet, prägen. Dies sollte mit in den Fragebogen aufgenommen werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Grifka. – Jetzt Herr Kaplan vom Vorstand, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Kaplan, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Nachdem Kollege Zimmer und auch die Kollegin Gitter zum Antrag 12 neu Stellung genommen haben, kann ich es kurz machen. Ich will die Chance wahrnehmen, mich bei den Antragstellern zu 12 und 21 von dieser Stelle aus ganz herzlich dafür zu bedanken, dass sie im Sinne einer Konsensfindung bereit waren, ihre ursprünglichen Anträge zurückzunehmen. Ich danke vor allem den Kollegen aus Rheinland-Pfalz, die in einem großen Akt der Gemeinsamkeit diesen Antrag geschrieben und ihn jetzt zurückgenommen haben, um im Sinne der Sache einen neuformulierten Antrag 12 neu vorzulegen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, aufgrund der Nachwuchsproblematik im hausärztlichen Bereich, in der hausärztlichen Versorgung ist es sicherlich notwendig, neben allen anderen Maßnahmen, die wir ergreifen müssen, auch über die Möglichkeit eines erleichterten Einstiegs berufserfahrener Fachärzte in die Weiterbildung zum Hausarzt nachzudenken. Allerdings muss hierbei natürlich gewährleistet sein – das ist eine conditio sine qua non –, dass die in der Weiterbildungsordnung festgeschriebene Qualität der Weiterbildung, festgehalten an den Inhalten, gewährleistet ist.

(Beifall)

Ein Downgrading darf nicht stattfinden.

Damit sich die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer unter Einbeziehung des Berufsverbands und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft mit dieser Thematik ausreichend befassen können, schließe auch ich mich dem Vorschlag an, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Jetzt kurz noch ein Wort zur Überarbeitung und Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Herr Kollege Voigt, ich gebe Ihnen recht: Die Zeitvorgabe von einem Jahr ist äußerst sportlich. Aber ich darf Ihnen versichern, dass die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer gut aufgestellt sind. Wir bemühen uns, sach- und zeitgerecht die Weiterbildungsordnung zu überarbeiten, um Ihnen auf dem nächsten Deutschen Ärztetag eine überarbeitete Weiterbildungsordnung vorlegen zu können. Der Grund dafür ist, dass viele Fachgebiete unter einem enormen Druck stehen und eine enorme Erwartungshaltung uns gegenüber haben und es nicht tolerieren würden, wenn wir nochmals drei Jahre ins Land ziehen ließen, um die Weiterbildungsordnung zu überarbeiten. Deswegen bitte ich Sie, den Antrag abzulehnen.

Ich danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Die nächste Rednerin ist Frau Professor Braun aus Berlin.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte gegen den Antrag 12 neu sprechen, auch wenn er jetzt wesentlich verbindlicher formuliert ist. Ich möchte Ihnen meine Sorge mitteilen, denn gerade wir von der Allgemeinmedizin haben wirklich hinsichtlich der Strukturierung unseres Fachgebiets einen dornenreichen Weg hinter uns. So wie Neurologen nicht so eben mal zu Augenärzten einsteigen können, ist allein die Bezeichnung „Quereinstieg“ eine Formulierung, die im Rahmen der Gewährleistung einer hohen Qualität in der Grundversorgung unangemessen ist.

(Beifall)

Ich denke, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir tun uns keinen Gefallen, wieder der, wie ich meinte, endlich überwundenen Ideologie zu verfallen, dass Allgemeinmedizin eben mal so, eigentlich von jedem Kollegen der verschiedensten Fachrichtungen, zu machen sei. Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich schätze Sie alle sehr, aber ich denke, wer sich entschlossen hat, Hausarzt zu werden, hat eine bestimmte Grundeinstellung. Er betreut nämlich Menschen und Familien jahrzehntelang. Das ist einfach etwas anderes. Ein Urologe oder Augenarzt ist – das ist natürlich total akzeptabel – kein Hausarzt in dem von uns gemeinten Sinne.

Deswegen meine ich, auch wenn der Vorstand das alles bearbeitet, wer zusätzlich zu seinem Facharzt Allgemeinmediziner werden will, braucht fünf Jahre allgemeinmedizinische Weiterbildung. Selbstverständlich können ihm die bereits erlangten Zeiten anerkannt werden, nicht mehr und nicht weniger.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Frau Braun. – Jetzt Herr Junker aus Westfalen-Lippe.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zu meinem Antrag 17 und bitte darum, ihn positiv zu bescheiden. Wir haben nicht nur durch die demografischen Ergebnisse inzwischen längst absehbar einen Mangel an Fachärzten – das ist auf dem flachen Land deutlich erkennbar; die Praxen können nicht wieder besetzt werden –, der zu echten Versorgungslücken führt. Darüber hinaus ist offensichtlich, dass die Pathologie des Alltags, also die Bagatellfälle der jeweiligen Fächer, im Krankenhaus aufgrund der guten Vorklärung gar nicht mehr ankommt, gar nicht mehr gesehen wird. Nicht ohne Grund hat es einmal eine Zeit gegeben, in der ermächtigte Ärzte, Chefärzte eine eigene Zeit der Weiterbildung in niedergelassener Praxis nachweisen mussten, um die Ermächtigung zur Weiterbildung zu bekommen. Das ist leider abgeschafft worden.

Insofern bitte ich Sie, diesen Antrag, der für die entsprechenden Gremien ein Arbeitsauftrag ist, nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern positiv zu bescheiden.

Auch die Anträge 15 und 18 beschäftigen sich mit diesem Thema. Im Zusammenhang mit der Klärung der Finanzierung der Allgemeinmedizin macht es sicherlich Sinn, auch diese finanziellen Fragen der Weiterbildung in niedergelassener Praxis mit einzubinden und mit den Leistungsträgern zu besprechen. Insofern sollte man das in toto positiv bescheiden.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das waren die ehedem beteiligten Chefärzte. Das waren dann volle Kassenärzte. Sie hatten die Pflichten, die damals alle Kassenärzte hatten, nämlich das sogenannte Landvierteljahr zu machen. Die Ermächtigten mussten das nicht, schon vorher nicht. Das Institut der Beteiligung ist abgeschafft worden. Dadurch ist das entfallen. Das ist die Historie. – Jetzt bitte Herr Köhne aus Aachen.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gegen den Antrag V-19 sprechen. Der Kollege Veelken hat natürlich recht, wenn er ausführt, dass die Weiterbildung Geld kostet und dass man es sich unter Gewinnmaximierungsgesichtspunkten vielleicht gut überlegen sollte, Kolleginnen und Kollegen weiterzubilden. Auf der anderen Seite sind beim heutigen Arbeitsmarkt die Krankenhäuser darauf angewiesen, Ärzte zu bekommen. Der weiterzubildende Arzt, den man vernünftig ausbildet, ist bestimmt wesentlich besser zur Gewinnmaximierung geeignet als der Arzt aus dem osteuropäischen Ausland, der die deutsche Sprache noch nicht perfekt beherrscht.

Aus diesem Grunde sind die Kliniken schon daran interessiert, weiterzubildende Ärzte zu bekommen. Das Problem sind vielleicht die Weiterbildungszeugnisse, in denen gelogen wird. Wenn das der Fall ist, ist dies ein Problem, das die Ärztekammern lösen können. Sie müssen natürlich hinter der Qualität der Weiterbildung stehen, um die entsprechenden Konsequenzen zu ziehen. Ich denke, wir beschließen heute ein Instrumentarium, um richtige nächste Schritte zu tun, indem wir die Qualität der Weiterbildung evaluieren. Dadurch wird sich – das ist meine Hoffnung – das Problem auch lösen.

Wie undurchdacht der Antrag V-19 ist, sieht man insbesondere am zweiten Absatz. Dort reden die Autoren des Antrags von der Hoffnung, das Problem der zusätzlichen Kosten der Weiterbildung durch tarifvertragliche Regelungen zu lösen. Eine solche Lösung könnte ja nur bedeuten, dass man die Tarifverträge für Weiterzubildende für Nichtfachärzte so weit reduziert, dass es sich doch lohnt, diese Ärzte einzustellen und entsprechend weiterzubilden. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das im Sinne der Antragsteller oder gar des Deutschen Ärztetages ist. Deshalb plädiere ich hier dafür, diesen undurchdachten Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Köhne. – Der nächste Redner ist Herr Botzlar aus Bayern.

Dr. Botzlar, Bayern: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Durch die Diskussion zieht sich gern auch immer, dass die in den 70er- und 80er-Jahren geborenen, also ganz jungen Kollegen sich zwar gerne um nichts küm-

mern, aber umso lieber erwarten, dass alles klappt. Eine gewisse Erwartungshaltung dürfen sie auch haben; schließlich haben sie uns als Delegierte. Wir hatten alle einmal im Studium auch Physik – von dem einen mehr, von dem anderen weniger geliebt – und haben vielleicht noch in Erinnerung, dass Leistung Arbeit pro Zeit ist. Wenn sich an uns eine Leistungserwartung richtet, dann müssen wir irgendwann auch zu Potte kommen. Wir können nicht einen Flickenteppich in der Weiterbildungsordnung beklagen, der unter anderem dadurch entsteht, dass manche fünf Jahre länger brauchen als andere, bis sie eine als richtig erkannte Vorgabe umsetzen, und dann auch noch einmal mehrere Jahre ins Land ziehen lassen wollen, um dieselben Erfahrungen, die bereits anderswo gemacht wurden, auch noch selbst zu machen.

Deshalb appelliere ich dringend an Sie, dem Antrag 09 zuzustimmen und den Antrag 14 abzulehnen. Antrag 14 ist letztendlich ein Versuch, diese Dinge zum Sankt-Nimmerleins-Tag oder, wie es so schön heißt, ad calendas graecas zu verschieben. Die Weiterbildungsordnung ist, wenn sie gut ist, ein wesentliches Qualitätssicherungsmerkmal für die Medizin. Natürlich kostet sie auch Geld. Trotzdem warne ich Sie davor, wie der Pirat auf die Goldkiste zuzulaufen, die möglicherweise eine zusätzliche Finanzierung von Weiterbildung zu sein verspricht, und die Grube zu übersehen, die sich davor befindet, nämlich dass wir nicht mehr Geld bekommen werden, sondern nur Abschläge, aber mehr Köche mit Löffeln, die im Brei rühren. Das können wir nicht gebrauchen.

Deswegen bitte ich Sie, dem Antrag 07 zuzustimmen, die Anträge 18 und 19 aber abzulehnen.

Schließlich noch ein letzter Punkt, nämlich Antrag 02. Wenn ich das richtig verstanden habe, wird es irgendwann einen Antrag 02 b geben mit einer sprachlichen Korrektur. Bitte stimmen Sie ihm zu und lehnen Sie den Antrag 02 a ab; denn das Argument, man habe wenig Einfluss auf die Rahmenbedingungen gehabt, rechtfertigt nicht, einem permanenten Rechtsbruch unter Missachtung von Patientenrechten Vorschub zu leisten. Das ist ganz schwach. Wir brauchen alle ein starkes Rückgrat. Wenn wir zu einem solchen starken Rückgrat durch einen solchen Beschluss beitragen können, umso besser.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Botzlar. – Als Nächster Herr Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Auch ich denke: Was wäre das für ein Signal, wenn ich nach Hause gehen und den jungen Kolleginnen und Kollegen vor Ort erklären müsste, dem Deutschen Ärztetag sei es egal, dass ihre Überstunden regelmäßig gestrichen und nicht anerkannt würden, er habe keinen Antrag angenommen, dass dies das Erpressungsmittel sei, mit dem der Weiterbilder weitermachen

kann. Ich glaube, das wäre ein ganz schlechtes Signal an die jungen Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall)

Ja, es ist sicherlich misslich, wenn man jetzt schon wieder fordert, an der (Muster-)Weiterbildungsordnung dieses oder jenes zu verbessern. Das ist sicher richtig. Es wäre schöner, sie hätte 10, 15 oder 20 Jahre Bestand. Vielleicht ist es nachdenkenswert, in Zukunft bestimmte Dinge in die Richtlinien aufzunehmen und die Änderungen immer dort vorzunehmen. So könnte eine kontinuierliche Veränderung erfolgen.

Herr Kollege Grifka hat wunderbar illustriert, wo es Probleme gibt. Warum verschließen wir die Augen dort, wo die Fachleute sagen: Wir haben ein echtes Problem, wenn wir die Weiterbildungsordnung so durchführen? Darum stimmen Sie bitte einer Überprüfung gerade in den Problemfeldern möglichst rasch zu. Die grundlegenden Änderungen sollte man später vornehmen.

Damit komme ich zur Evaluation der Weiterbildung. Bitte unterstützen Sie die Kollegen vor Ort. Fordern Sie über Ihre Landesärztekammer ein, dass die Codes von den Weiterbildern abgerufen werden, sodass die Assistenten ihre Zugangsberechtigung erhalten. Aber die Assistenten sagen mir zu Recht: Warum soll ich daran teilnehmen, wenn ich hinterher nicht mehr sehe, dass die ganze Geschichte ausgewertet wird und irgendwelche Konsequenzen nach sich zieht? Eine der ersten Konsequenzen muss natürlich sein – selbstverständlich mit Begleitung –, dass man diese Ergebnisse veröffentlicht, dass die Assistenten die Möglichkeit haben, selber einzusehen, was los ist.

Von mir aus akzeptieren wir auch, dass nur die positiven Ergebnisse veröffentlicht werden. Den Weiterzubildenden wird klar sein, was los ist, wenn ein Ergebnis nicht veröffentlicht wird.

Stimmen Sie bitte zu, dass diese Ergebnisse möglichst veröffentlicht werden und entsprechend Druck von den Kammern, von Ihnen vor Ort entsteht, dass entsprechend die Codes eingefordert werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scholz. – Nunmehr Herr Professor Hahn aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Hahn, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Botzlar hat ebenso wie Frau Gitter zum Antrag V-02 Stellung genommen. Es geht nicht darum, irgendeinen Rechtsbruch zu tolerieren. Lieber Herr Botzlar, dann seien Sie bitte so mutig, wie Sie hier vorgeben, und zeigen Sie wie an der Universitätsklinik in Würzburg einen der Klinikdirektoren an! Bei uns war die Staatsanwaltschaft, hat das verfolgt und hat das geregelt. Es ist ein

Rechtsbruch, wenn wir das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten. Ich verstehe aber nicht, wieso Sie es dort in die Weiterbildungsordnung hineinbringen wollen. Das hat mit der Weiterbildung nichts zu tun. Es gehört dort meiner Meinung nach nicht hinein.

(Beifall)

Warum Sie es dort hineinschreiben wollen, hat sicherlich andere Gründe.

Im Antrag V-16 wird die „eminenzbasierte“ Weiterbildung kritisiert und gefordert, dass das objektiver und zielgerichteter durchgeführt werden soll. Wer, wenn nicht die Fachgesellschaften, soll es denn bestimmen? Doch nicht das Volk, sondern es müssen die Fachgesellschaften bleiben. Das habe ich nicht verstanden.

Noch ein Beispiel, wie die Wünsche kommen und ein neues Fass aufgemacht wird, von dem wir gedacht haben, wir hätten es schon lange geschlossen. Ich meine das Fass Teilgebietsradiologie. Lieber Herr Grifka, dazu haben wir sicherlich sehr unterschiedliche Ansichten. Jeder Unfallchirurg jetzt, jeder Orthopäde jetzt und jeder neue Unfallchirurg und Orthopäde hat die Möglichkeit des Röntgens. Er muss nur diese Prüfung machen und die Weiterbildung absolvieren. Das ist auch jetzt so. Wenn wir das Fass wieder aufmachen, kommt der Internist und sagt: Warum soll ich eine Prüfung machen? Dann kommt der Gynäkologe, dann kommt der Urologe und sagt: Meine urologische radiologische Diagnostik will ich auch so haben.

Alle müssen eine Prüfung haben. Es sollte keine Ausnahmen geben, nur weil Sie es hier sehr nett dargestellt haben. Ich denke, wir sollten dieses Fass Teilgebietsradiologie nicht aufmachen.

Schließlich komme ich noch zum Antrag V-17. Danach soll beim Niedergelassen obligat weitergebildet werden. Ich glaube, das ist ein sehr netter Wunsch, aber wir können niemanden zwingen, zur Weiterbildung in die freie Praxis zu gehen. Vor allen Dingen dann, wenn man einen begehrten Platz in einer großen Klinik hat, wird man dort nicht freiwillig weggehen, vor allem wenn man wissenschaftlich arbeitet. Wir sollten auch daran denken, dass die Wissenschaft notwendig ist.

Besten Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Hahn. – Nunmehr Herr Emminger, ebenfalls aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Hohes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag V-02. Ich möchte Sie an die Weiterbilder in den Kliniken, an die Weiterbildungsverantwortlichen in den Kliniken erinnern, die meist Chefärzte sind. In deren Arbeitsverträgen steht, dass sie innerhalb ihrer Abteilung

verantwortlich sind für die Einhaltung von Gesetzen und Vorschriften, genauso wie Sie in Ihrer Abteilung für die Einhaltung der Hygienevorschriften verantwortlich sind. Das setzt voraus, dass Sie sie kennen und mit Ihren Kollegen kommunizieren. Sie tragen die erste Verantwortung dafür.

Genauso erwartet der Arbeitgeber gemäß den Arbeitsverträgen, dass Sie auch die übrigen Gesetze einhalten. Dazu gehört in der Klinik nun einmal auch das Arbeitszeitgesetz.

(Beifall)

Wenn wir die Weiterbildungsordnung ernst nehmen, müssen wir endlich davon weggehen, auch im Interesse unserer jungen Kollegen, die Weiterbildung so, wie es früher war, als ein Nebenprodukt ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus zu definieren. Sie ist innerärztlich das zentrale Anliegen. Das soll mit diesem Antrag und mit dieser Ergänzung der Weiterbildungsordnung zum Ausdruck gebracht werden.

Also: Drücken Sie sich bitte nicht vor Ihrer Verantwortung, die Sie als Abteilungsvorgesetzte, als Weiterbildungsbefugte haben, und nehmen Sie diesen Teil der Verantwortung ernst. Ich habe einen entsprechenden Antrag gestellt, weil ich weiß: Es gibt Situationen, in denen der ärztliche Abteilungsleiter de facto nicht die Verantwortung trägt. Ich habe deshalb einen Ergänzungsantrag gestellt, der noch umgedruckt wird, dass im letzten Absatz der letzte Halbsatz geändert wird. Der letzte Absatz hieße dann im Antrag V-02:

… so ist dies grundsätzlich als fehlende Eignung anzusehen.

Ich glaube, im rechtlichen Sprachgebrauch ist der Begriff „grundsätzlich“ unumstritten. Man muss dann aber auch begründet gegenüber der Kammer belegen und nachweisen, warum man in einer bestimmten Situation in der Abteilung das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten konnte.

Wenn wir auf diesem Ärztetag über die Weiterbildung sprechen, sollte auch dieses Signal an die jungen Kolleginnen und Kollegen gehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Emminger. – Jetzt ein dritter Redner aus Bayern, nämlich Herr Kollege Krombholz. Bitte.

Dr. Krombholz, Bayern: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 12 neu. Dazu wurde schon einiges gesagt. In dem neuen Antrag steht: den Weg zum Hausarzt erleichtern. Was gibt es da zu erleichtern, frage ich. Vorher stand dort: Quereinstieg. „Quer“ heißt „schräg“. Wir brauchen nichts Schräges mehr, wir haben es jahrzehntelang erlebt. Wir haben erlebt, dass der Ärztetag es nicht schafft, für die größte niedergelassene Gruppe bundesweit eine strukturierte Weiterbildung zu schaffen. Das muss nun ein

Ende haben. Deshalb ist es wichtig, dass wir nichts anbohren, sondern dass das dicht bleibt, so wie es jetzt gestrickt ist. Im nächsten Jahr ist die Zeit außerordentlich reif, dass wir die Diskussion beenden können und eine strukturierte Weiterbildung für den Hausarzt, für den Facharzt für Allgemeinmedizin in trockene Tücher bekommen.

Jeglicher Versuch, das anzubohren, bedeutet, dass wir dem Nachwuchs, den wir jahrzehntelang am langen Arm haben warten lassen, nach wie vor keine Sicherheit geben können und die Löcher schon gar nicht mehr stopfen können, die einen guten Nachwuchs brauchen, nämlich die Praxen, die bereits leer stehen und weiterhin leer stehen werden.

Bitte stellen Sie sich auch bei diesem Antrag hinter die Mehrheit, die diesen Antrag an den Vorstand überweisen will. Versuchen Sie nicht, in Zukunft mit Anträgen die Dichtheit der Ausbildung, wie sie in Zukunft gestrickt werden wird und endlich auf dem Tisch ist, zu gefährden.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Krombholz. – Der Nächste in der Rednerliste ist Uwe Lange aus Niedersachsen.

Lange, Niedersachsen: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Nachdem der Antrag 12 neu durch das Votum der Antragstellerin Frau Gitter bereits im Vorstand angekommen ist, brauche ich nicht mehr darauf hinzuweisen, dass dieser Antrag an den Vorstand überwiesen werden sollte. Ich möchte einfach aus meiner Sicht das Spannungsfeld schildern, in dem dieser Antrag beraten und insgesamt mit der abschließenden (Muster-)Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin verquickt und verabschiedet werden sollte. Das Spannungsfeld ist erstens der Kollege, der sich möglicherweise verirrt hat und eine neue Richtung sucht. Er wird den Umweg gehen. Ein Umweg kostet Zeit. Da muss er durch.

Das zweite Spannungsfeld ist, dass wir an vielen Stellen die allgemeinärztliche Versorgung, insbesondere in der Fläche, nicht mehr oder nur noch sehr schwer werden sicherstellen können. Das ist die Motivation dafür, Pseudoerleichterungen herbeizuführen.

Der dritte Punkt – das ist der wichtigste Punkt – ist folgender. Ich meine das Patientenrecht. Darüber haben wir unter einem eigenen Tagesordnungspunkt bereits diskutiert. Die Patienten, die vor einer Praxis stehen und dort lesen „Facharzt für Allgemeinmedizin“, müssen sicher sein, dass es sich auch wirklich um einen Facharzt für Allgemeinmedizin handelt. Das geht nur nach den Weiterbildungsordnungen, die bis jetzt festgelegt wurden bzw. im Vorstand korrigierend weiterentwickelt werden.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Lange. – Der nächste Redner ist Dr. Dieter Geis aus Bayern.

Dr. Geis, Bayern: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich spreche zum Antrag V-12 neu. Der Antrag V-12 neu enthält meines Erachtens schon durch die Formulierung „Quereinstieg“ einen Fehler. Einen Quereinstieg in die Allgemeinmedizin kann es genauso wenig geben wie einen Quereinstieg in die Chirurgie oder in die Orthopädie oder in die Urologie.

(Vereinzelt Beifall)

An der Fragestellung in diesem Antrag kann man schon sehen, dass es nicht um die Verbesserung der Versorgung mit Allgemeinmedizinern geht, sondern es geht darum, berufliche Probleme in der Weiterbildung zu beheben. Das kann es nicht sein. Wir haben uns jahrelang um den neuen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin gekümmert, haben Qualitätskriterien aufgestellt. Uns wurde immer die Qualität vorgehalten: Der Hausarzt hat keine Qualität.

Ich befürchte, dass hier wieder der Einstieg in die Diskussion erfolgt: Wenn du im Facharztbereich nichts wirst, dann wirst du halt Hausarzt. Das lehnen wir Hausärzte ab. Das kann es nicht sein.

(Beifall)

Im Antrag heißt es so schön:

> *Daher müssen zusätzlich auch strukturelle Anreize auf dem Weg der Weiterbildungsordnung geschaffen werden, um berufserfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten anderer Gebiete … den Weg in die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu erleichtern.*

Genau das haben wir hinter uns. Ich appelliere an die Bundesärztekammer, das endlich umzusetzen. Wer muss denn diese Strukturen bieten? Die Kliniken haben in den letzten Jahren versagt. Sie haben keine Rotationsstellen zur Verfügung gestellt. Sie haben die Facharztweiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin so erschwert, dass der bestehende Mangel hervorgerufen wurde.

Ich bitte darum, das Rad nicht wieder zurückzudrehen und einen billigen Jakob als Allgemeinmediziner einzuführen. Ich bedanke mich bei den Antragstellerinnen, dass sie in der Formulierung die Vorstandsüberweisung praktisch schon impliziert haben. Ich bitte den Vorstand nochmals, das nicht als Eintrittspforte zu nehmen, um einen Barfußhausarzt zu schaffen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Geis. – Der Nächste in der Rednerliste ist Professor Wolfgang Sauermann.

Prof. Dr. Sauermann, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es tut mir leid, dass ich als Sachse eine Widerrede zu Niedersachsen machen muss. Trotzdem bitte ich, dass Sie den Antrag 22 zur Einführung einer zusätzlichen Weiterbildung „Hirntoddiagnostik“ so nicht unterstützen. Ich möchte das folgendermaßen begründen. Wir haben, um festzustellen, ob jemand hirntot ist, Fertigkeiten und Fähigkeiten vorzuweisen, die im Prinzip in der Weiterbildungsordnung bereits gelehrt werden und auch Voraussetzung zum Facharztstandard derjenigen Fächer sind, die in der Intensivmedizin tätig sind. Ich verkenne nicht, dass dabei Unsicherheiten auftreten, wenn es ums Konkrete geht. Die Antragsteller gehen dabei von strukturellen Schwierigkeiten aus. Ich glaube eher, dass es Prozessschwierigkeiten sind.

Ich bitte Sie deshalb, die Weiterbildungsordnung nicht durch weiteren Differenzierungsbedarf zu einem solchen Gestrüpp zu machen, dass keiner mehr durchsieht. Ich bitte Sie, das in bewährter Weise in der Weiterbildungsordnung der einzelnen Fachgebiete zum Facharzt zu belassen und die Nachhilfe, die auch die Bundesärztekammer und andere Organisationen durch Richtlinien, Weiterbildungsangebote und andere Formen geben, dort zu gewähren, wo Prozessabläufe noch nicht funktionieren.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Sauermann. – Als nächste Rednerin Frau Kollegin Lux aus Bayern.

Dr. Lux, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nur darauf hinweisen, dass sich das ärztliche Wissen ständig ändert und ständig angepasst werden muss. Ich denke, so ist auch unsere Weiterbildungsordnung ein System, das ständig dazulernen und ständig an die aktuellen Gegebenheiten angepasst werden muss. Hier können wir nicht warten, bis wir vielleicht in 10 oder 15 Jahren ausreichend evaluierte Ergebnisse aus der Befragung haben, und danach die Weiterbildungsordnung ändern. Ich denke, wichtige Sachen müssen sofort geändert werden, um unseren Kollegen eine vernünftige Weiterbildung zu ermöglichen.

Zur Evaluation: Sie sind hier als Delegierte. Sie sind Weiterbilder, Sie sind Weiterzubildende. Gehen Sie doch in Ihre Kliniken und tragen Sie die Botschaft dorthin. Jeder Weiterzubildende soll sich bei seinem leitenden Arzt oder bei seinem Weiterbilder melden und das einfordern. Damit erzeugt man einen Druck. Das führt vielleicht zu dem Ergebnis, dass er an der Befragung teilnimmt.

Ich nehme gern die Bitte des Kollegen Schaaf auf: Wir brauchen keine neue Weiterbildungsordnung oder einen neuen Weiterbildungsgang für jemanden, der den Hirntod feststellt. Jeder Intensivmediziner sollte dieses können.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich fühle mich in die Lage versetzt, zu sagen: Es ist bereits alles gesagt, bloß noch nicht von jedem.

(Beifall)

Es tauchen ständig ähnliche Argumente auf. Daher beantrage ich Schluss der Aussprache.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist Schluss der Aussprache beantragt. Spricht jemand dagegen? – Herr Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Weiterbildung ist unser wichtigstes Geschäft, wenn ich das einmal despektierlich so sagen darf. Weiterbildung ist das, was unseren Nachwuchs fördert. Weiterbildung ist das, was unseren Berufsstand ausmacht. Warum soll nicht jeder sagen können, was er dazu meint, nicht als Blitzableiter, nicht zum Langweilen? Ich glaube, es gibt die verschiedensten Möglichkeiten, dass wir gemeinsam die Probleme analysieren, aufdecken und sie vielleicht beseitigen können. Ich bitte Sie ganz herzlich: Wir sollten uns die Zeit für dieses Thema nehmen. Es ist wichtig.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. Einer hat dafür-, einer dagegengesprochen. Wer möchte Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Das ist die Mehrheit. Dann diskutieren wir weiter.

Der nächste Redner ist Herr Schäfer aus Hamburg. Bitte schön.

Schäfer, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Vorhin wurde kritisiert, dass vorgeschlagen wurde, die Namen derjenigen Weiterbilder, die an der Evaluation nicht teilnehmen, zu veröffentlichen. Ich finde es absolut korrekt, wenn wir hier einen gewissen Druck ausüben. Wie soll ein Weiterbilder erfahren, dass es Probleme gibt, wenn er nicht an der Evaluation teilnimmt? Er kann nur aus Fehlern lernen, die er erfährt. Er kann nur Fehler, die er erfahren hat, abstellen. Insofern ist es bei einer guten Weiterbildung unabdingbar, dass man sich selbst evaluiert und solche Hilfsmittel nutzt, wie sie hier von der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt werden.

Ich muss gestehen: Eine gewisse Sympathie bringe ich dem Vorschlag entgegen, der in der Diskussion unterbreitet wurde, sogar denjenigen, die daran nicht teilnehmen, die Weiterbildungsbefugnis zu kürzen oder sogar ganz zu entziehen.

(Vereinzelt Beifall)

Frau Braun, zum Thema dieses schrägen Quereinstiegs, nein: des Einstiegs in die hausärztliche Weiterbildung: Ich spreche unseren Kollegen auch in den anderen Fachdisziplinen nicht die Fähigkeit zum Dazulernen ab.

(Beifall)

Wenn einer dazugelernt hat, dass er vielleicht doch lieber Hausarzt ist, so kann er das tun. Ich finde es ein Unding, wenn man sagen muss: Du fängst jetzt bei null an.

(Vereinzelt Beifall)

Wir müssen es ihm ermöglichen, dass das, was er an Erfahrung mitbringt, dass das, was an Lerninhalten der allgemeinmedizinischen Weiterbildung bereits erbracht wurde, eins zu eins auf dem Weiterbildungsweg anerkannt wird.

Noch eine ganz kurze Bemerkung zur Frage Arbeitszeit und Weiterbildungsbefugnis. Weiterbildungsbefugnis setzt neben fachlicher Qualifikation genauso menschliche Qualifikation voraus. Wenn ich es toleriere, dass in meinem Umfeld Kollegen ausgebeutet werden, stellt das zumindest die menschliche Qualifikation infrage.

(Beifall)

Mit diesem Beschluss stärken wir letztendlich auch den Weiterbildern den Rücken in der Auseinandersetzung mit den Kaufleuten in der Klinikleitung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schäfer. – Der nächste Redner ist Herr Voigt, Vizepräsident der Landesärztekammer Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Professor Hoppe! Meine Damen und Herren! Ich spreche noch einmal zum Antrag V-14, um deutlich zu machen: Es geht überhaupt nicht darum, hier eine Diskussion dahin gehend zu führen, dass wir sagen, wir wollen eine Überarbeitung oder eine Novellierung auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschieben, sondern es geht darum, mit diesem Antrag so viel Zeit zu schaffen, dass wir substanziell und vernünftig in Abstimmung zwischen allen Beteiligten diese Überarbeitung vornehmen können. Ich bleibe bei meiner Mahnung, dass wir dafür als absolutes Kriterium das zweistufige Normsetzungsverfahren heranziehen müssen. Dieses ist für mich der Goldstandard.

Wenn die Bundesärztekammer es nicht schafft, dieses sicherzustellen, dann kann sie dieses Verfahren abschaffen und wird auch andere Musterordnungen hinterher nicht mehr in gleicher Weise konsensuell abstimmen können. Das muss sichergestellt sein.

(Beifall)

Noch ein Wort zu der Bemerkung des Kollegen Botzlar. Er hat selbst von einem Kollegen aus seinem Kammerbereich gehört, dass wir schon jetzt die Situation haben, dass Kolleginnen und Kollegen mit drei verschiedenen Weiterbildungsordnungen befasst sind. Er hat von diesen Kollegen auch gehört, wie problematisch es ist, hier sehr schnell eine Überarbeitung vorzunehmen. Wenn wir eine Überarbeitung durchführen, muss sie maßvoll sein, muss sie abgestimmt sein. Nur dann wird sie auch Akzeptanz finden.

Es hilft den jungen Kolleginnen und Kollegen draußen überhaupt nichts, wenn wir laufend neue Inhalte hineinschreiben und sie überhaupt keine Möglichkeit haben, sich darauf einzustellen. Also: Bleiben Sie doch vernünftig, machen wir eine Zeitplanung, die davon ausgeht, dass wir in zwei Jahren, also im Jahre 2011, darüber vernünftig und substanziell entscheiden können. Wir sollten uns die Zeit lassen, das in den Gremien vernünftig vorzubereiten und mit den Landesärztekammern abzustimmen. Dann werden wir zu einem vernünftigen und guten Ergebnis kommen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Ungemach aus Baden-Württemberg.

Dr. Ungemach, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, wir sind uns alle einig: Wir brauchen ein bisschen Klarheit. Die Evaluierung der Weiterbildung ist sinnvoll, denn wir wollen auch eine bessere Datenlage haben. Wir brauchen natürlich auch eine hohe Beteiligung der Weiterbilder. Darüber sind wir uns einig.

Meines Erachtens muss die Weiterbildung verbindlich sein. Dazu gehören Regeln. Dazu gehört auch, dass der Weiterbilder persönlich geeignet sein muss. Das heißt, zur Eignung des Weiterbilders gehört auch die Anerkennung der bestehenden Gesetze. Zu diesen Gesetzen gehört eben auch das Arbeitszeitgesetz. Natürlich kann es Schwierigkeiten mit dem Stellenplan geben, wie Herr Hettenbach es ausgeführt hat. Aber die Anerkennung des Gesetzes ist absolut notwendig. Deshalb sollten wir den zweiten Absatz im Antrag 02 belassen.

(Vereinzelt Beifall)

Mein zweiter Punkt ist: Die Optimierung der Weiterbildung ist eine permanente innerärztliche Aufgabe. Deshalb ist es durchaus sinnvoll, so schnell wie möglich

eine Überarbeitung der Problemfelder der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzulegen. Meines Erachtens sollte auf dem nächsten Deutschen Ärztetag genau dazu berichtet werden. Das ist der Sinn des Antrags 09. Ich bitte Sie, diesen zu unterstützen.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Ungemach. – Jetzt bitte Herr Harb aus Hamburg.

Dr. Harb, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Anträge 15 und 17 sind nach meiner Auffassung sehr wichtige Anträge. Sie befassen sich mit einem Teil der Weiterbildung, die im stationären Bereich praktisch nicht mehr vorkommt, so beispielsweise die Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Wir haben zwar in Hamburg die Lösung geschaffen, dass die drei Jahre im ambulanten Bereich absolviert werden, aber die Frage ist: Wenn im UKE wieder ein Endokrinologe vorhanden ist, hätten wir das alte Problem, dass zwei Jahre in der Klinik und ein Jahr im ambulanten Bereich absolviert werden.

Um dieses Problem zu lösen, sollte man die Weiterbildung in bestimmten Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen öffnen, dass der Weiterbildungsassistent wählen kann, ob er das im stationären oder im ambulanten Bereich absolvieren kann.

Das Problem beim Antrag 15, nämlich die Finanzierung, sehe ich ein. Aber es sollte der Versuch unternommen werden, ob wir nicht Mittel lockermachen können. Die Kollegen im niedergelassenen Bereich haben in der Tat Probleme damit.

Zum Antrag 17: Es gibt im stationären Bereich bestimmte Inhalte, die schlicht und einfach nicht mehr vermittelt werden, weil sie nicht mehr gemacht werden, so beispielsweise im gynäkologischen Bereich. Es werden weder Frühdiagnostik noch Entnahme von Abstrichen durchgeführt.

Wir haben jetzt die Möglichkeit, in der Weiterbildungsordnung zu sagen: Gynäkologie und Geburtshilfe fünf Jahre, davon können zwei Jahre im ambulanten Bereich absolviert werden. Es müsste nur der Zusatz kommen: mindestens jedoch soundso viel Monate, damit der Weiterbildungsassistent im ambulanten Bereich einige Monate absolviert. Während dieser Monate kann er eine ganze Menge von dem lernen, was er heute in der Klinik nicht mehr lernt.

Ich bitte Sie, beide Anträge zu unterstützen. Ich halte sie für sehr wichtig.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Schwarzkopf-Steinhauser aus Bayern.

Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Bayern: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu den Anträgen 07 und 19. Im Antrag 07 steht unter Punkt 2, dass es für die Behauptung, dass durch die Einführung des DRG-Systems keine Weiterbildung mehr stattfindet, keine messbaren Belege gibt. Ich verstehe die Kolleginnen und Kollegen vom Marburger Bund nicht, dass sie dies schon messen wollen. Das DRG-System ist erst jetzt scharf gestellt. Man kann daraus nicht schlussfolgern, dass das keinen Einfluss hat. Deshalb halte ich diesen Satz für etwas verfrüht.

In Punkt 4 wird erklärt, dass Zuschläge für die Weiterbildung nicht erforderlich seien. Das ist genau das, was im Antrag 19 von Herrn Veelken gefordert wird. Ich glaube, dass das nicht richtig ist. Ein Antrag auf Streichung des Punkts 4 befindet sich im Umdruck. Dieser Antrag wird von Herrn Veelken, Herrn Jaeger und mir gestellt. Ich glaube, es ist höchst gefährlich, wenn wir erklären, dass solche Zuschläge nicht erforderlich sind.

Wir alle freuen uns nicht darüber, dass es die DRGs gibt. Aber wir leben nun einmal im Zeitalter der DRGs. Wir werden sie nicht kurzfristig abschaffen können. Ich glaube, vom Ziel her sind wir nicht unterschiedlicher Meinung, wohl aber über den Weg.

Ich meine, dass es gefährlich ist, Punkt 4 zu beschließen, weil das dem, was wir benötigen, nicht gerecht würde. Kliniken, die die Weiterbildung durchführen, dürfen nicht bestraft werden. Deshalb bitte ich um Zustimmung, dass Punkt 4 des Antrags 07 gestrichen wird. Ich bitte um Zustimmung zum Antrag 19.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das müssen Sie bitte schriftlich einreichen. Bisher haben wir einen Antrag 07 a, in dem steht, dass der zweite Satz des Punkts 4 im Antrag 07 gestrichen werden soll, der lautet:

> *Eine zusätzliche Finanzierung ärztlicher Weiterbildung in Form von Zu- und Abschlägen im Rahmen des DRG-Systems, wie sie im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) als Prüfauftrag vorgesehen ist, lehnt der 112. Deutsche Ärztetag weiterhin als nicht sachgerecht ab.*

Es ist schon beantragt, diesen Satz zu streichen. Wenn Sie den ganzen Punkt 4 gestrichen haben wollen, müssen Sie dazu bitte einen schriftlichen Antrag einreichen.

Die nächste Rednerin ist Frau Heike Lehmann aus Schleswig-Holstein. Bitte schön.

Dr. Lehmann, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu unserem Antrag 25. Uns ist ein kleiner Fehler unterlaufen. Es müsste statt „Weiterbildungsberechtigung“ „Weiterbildungsbefugnis“ heißen, so dass der Antragstext lautet:

> *Rein fachlich-medizinisch begründete Strukturierungen der Weiterbildungsordnung (z. B. Common Trunk) dürfen nicht als Alibi herangezogen werden, Arbeitsverträge kürzer als die maximale Weiterbildungsbefugnis zu befristen.*

Begründung: Unsere jungen Kolleginnen und Kollegen benötigen gerade in Zeiten des Berufsstarts eine gewisse Planungssicherheit. Arbeitsverträge werden unter Bezugnahme auf die Weiterbildungsordnung befristet. Das ist unglücklich genug. Seitdem in die Weiterbildungsordnung ein Common Trunk eingeführt ist, werden die Arbeitsverträge teilweise auch auf die Zeit des Common Trunk befristet – und das, obwohl eine längere Weiterbildungsermächtigung besteht. Dies ist in Fächern wie der Chirurgie und der Inneren Medizin der Fall. Es gibt Arbeitgeber, die diesen Umstand nutzen, um Berufsanfängern einen längeren Arbeitsvertrag vorzuenthalten. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung der jungen Kolleginnen und Kollegen. In anderen Fachbereichen gibt es immer noch längere Arbeitsverträge.

Die Begründung der Arbeitgeber lautet: Die Berufsanfänger wissen noch nicht, ob sie sich beispielsweise für die Chirurgie eignen. Dies ist aber auch in anderen Fächern nicht unbedingt der Fall. Ein Arbeitnehmer kann einen längeren Arbeitsvertrag ja auch jederzeit kündigen.

Wie in der Begründung steht, ist dieses Vorgehen in Zeiten, in denen der Nachwuchs fehlt, unverständlich. Ich appelliere daher an die Solidarität der Ärzteschaft und bitte, unseren Antrag 25 zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Kollegin Lehmann. – Als nächster Redner Herr Professor Paravicini aus Westfalen-Lippe.

Prof. Dr. Paravicini, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich bin Ihnen sehr dankbar dafür, dass Sie trotz der langen Rednerliste dem Votum unseres Kammerpräsidenten Dr. Windhorst gefolgt sind und uns nicht das Wort abschneiden, sondern doch noch etwas sagen lassen. Ich verspreche Ihnen: Ich spreche etwas an, das bisher noch nicht thematisiert wurde.

Es geht einfach um Begriffsklärungen. Ich störe mich ein wenig daran, wenn dazwischen immer wieder einmal von der Weiterbildungsermächtigung die Rede ist. Das hat mit Macht überhaupt nichts zu tun. Der richtige Begriff lautet

„Weiterbildungsbefugnis“. Ich finde, das sollten wir von diesem Plenum ausgehend endlich in die Breite tragen.

Insofern folge ich auch dem Antrag 01 a von Frau Gitter, der sich etwas an dem Begriff des Weiterbildungsassistenten stört. Ich meine, dass die Wertschätzung, die wir unseren jungen ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegenbringen, schlecht mit der Tatsache zu vereinbaren ist, sie als „Assistenten“ zu bezeichnen. Zwar assistieren in den operativen Fächern die jungen Mitarbeiter immer den Erfahrenen bei der Operation. Aber nehmen wir einmal mein Fachgebiet, die Anästhesiologie; da sieht das ganz anders aus. Schon nach wenigen Monaten müssen die jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter volle ärztliche Verantwortung übernehmen, natürlich immer vor dem Hintergrund eines erfahrenen Fach- oder Oberarztes.

Wir sollten also lieber, wie Frau Gitter es vorgeschlagen hat, von Weiterzubildenden oder einfach von „Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung“ sprechen. So lautet mein Vorschlag.

(Beifall)

Kurz noch eine Bemerkung zum Antrag 22, zu dem bereits Herr Professor Sauermann und Frau Dr. Lux gesprochen haben. Auch ich bitte darum, diesen Antrag eindeutig abzulehnen. Es geht dabei um die Hirntoddiagnostik. Wir brauchen hier kein zusätzliches Curriculum und schon gar keine Zusatzweiterbildung, denn die Hirntoddiagnostik ist expressis verbis in allen Fachgebiets-Zusatzweiterbildungen, die sich mit Intensivmedizin beschäftigen, ausreichend gewürdigt und verankert. Ich praktiziere das seit über 25 Jahren in leitender Funktion. Natürlich kann ich nicht das gesamte Spektrum selber abbilden. Wir haben kein transportables EEG-Gerät. Aber selbstverständlich ziehe ich als Kliniker den Fachmann zu Rate. Ich hole mir den Neurologen, ich hole mir die Hilfestellung von der GSO. Dann kann ich selbstverständlich das gesamte Spektrum abbilden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Das Wort „Assistenzarzt“ kommt aus der Militärsprache. „Chefarzt“, „Oberarzt“, „Assistenzarzt“ sind alles Begriffe, die von den Militärkrankenhäusern – früher nannte man sie Lazarette – auf die Zivilkrankenhäuser übertragen worden sind. Es ist keine schlechte Idee, das zu zivilisieren. – Jetzt hat Frau Dr. Gitter das Wort. Bitte schön.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zunächst zum Antrag 12 neu von Herrn Kollegen Geis aus Bayern und anderen. Ich gebe Ihnen völlig recht: Es soll keinen Barfuß-Hausarzt geben. Es ist ja schon heute so, dass es nicht grundsätzlich an Stellen in den Kliniken man-

gelt, sondern an den Personen, die diese Stellen besetzen könnten. Wir möchten anregen, dass man darüber nachdenkt, wie man diesem Problem ein wenig abhelfen kann. Das wollte ich noch einmal ganz deutlich gesagt haben.

Ich möchte auch den Antrag V-19 ansprechen. Ich bitte Sie, diesen Antrag zugunsten des unveränderten Antrags V-07 abzulehnen. Ich bitte Sie, ähnliche Anträge für die Praxen ebenfalls negativ zu bescheiden. Wir möchten auf keinen Fall haben, dass die Krankenkassen oder die Politik in unsere Weiterbildung hineinregieren. Die Weiterbildung ist das ureigene Geschäft der ärztlichen Selbstverwaltung. Aber wer die Musik bezahlt, der bestimmt auch, was gespielt wird. Genau das wollen wir nicht. Wir wollen aber, dass die Weiterbildung ausreichend finanziert wird. Dies ist dann der Fall, wenn man sowohl in der Klinik als auch in der Praxis endlich die Vergütung anhebt, die Budgetierung aufhebt, anständig finanziert und Schluss macht mit der jahrelangen Unterfinanzierung. Dann haben wir das Problem nicht.

Wir haben natürlich recherchiert, dass es diesen behaupteten Einbruch bei den Weiterbildungsabschlüssen gar nicht gibt. Es gibt nach wie vor einen Bedarf. Schauen Sie in den Stellenanzeigenteil des „Deutschen Ärzteblatts“. Da werden Ärztinnen und Ärzte, die sich für die Weiterbildung interessieren, händeringend gesucht. Man findet sie nicht mehr in ausreichender Zahl. Man muss ausreichend finanzieren, damit sie nicht ins Ausland abwandern. Das ist die Intention des Antrags V-07. Er weist in die richtige Richtung.

Noch ein kurzes Wort zum Antrag V-02. Dort steht explizit das Wort „duldet“. Wenn ein Weiterbildungsbefugter der Kammer sagt, er habe der Geschäftsführung geschrieben und auf den Missstand hingewiesen, dass ich das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten kann, dann hat er damit nachgewiesen, dass er es nicht duldet, sondern sich für seine Kollegen und für den Schutz der Patienten einsetzt. Dann würde ihm keine Kammer Schwierigkeiten bereiten.

(Beifall)

Aber wenn er sich dahinter zurückzieht, dass er angeblich gar nichts tun kann, und seine Assistenzärzte, die es nicht gibt, im Regen stehen lässt, wollen wir schon etwas tun können. Deshalb brauchen wir eine klare Formulierung. Anderenfalls können wir damit nicht vor Gericht ziehen.

Ich bitte Sie, dem Antrag 14 a zugunsten des Antrags 14 – ich glaube, ich spreche da auch im Namen des Kollegen Mitrenga – zuzustimmen, denn er würde in Verbindung mit dem Antrag V-09 dem Anliegen gerecht, dass man über die drängenden Probleme zeitnah, beispielsweise auf dem nächsten Deutschen Ärztetag, spricht, aber grundsätzliche Dinge der Novellierung im Interesse einer einheitlichen Verabschiedung in Ruhe diskutieren kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Gitter. – Jetzt Frau Kollegin Petersen aus Niedersachsen.

Dr. Petersen, Niedersachsen: Sehr verehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße außerordentlich die Evaluation der Weiterbildung. Das ist ein tolles Projekt. Wir sollten es mit voller Kraft unterstützen und dafür werben. Wir sollten es vermeiden, irgendwelche Ängste zu schüren. Dieses Projekt hat ja zwei Adressaten, nämlich zum einen die Weiterbilder, die die Weiterbildungsberechtigung haben. Diese sollten diese Befragung schnell als ein Instrument des Wettbewerbs erkennen. Es ist sozusagen die Stiftung Warentest der Weiterbildung, die sie sich hinterher selbst bei einem hoffentlich positiven Ergebnis für ihre Abteilung zunutze machen können.

Schwieriger wird es bei der Motivation hinsichtlich der Befragung der Weiterzubildenden. Welches Interesse könnten sie haben, diese Umfrage zu beantworten? Ich kann nur sagen: Man muss ihnen die Hoffnung machen, dass das, was die Auskünfte ergeben, einen Einfluss ausübt. Deshalb können wir nur fordern, dass wir mit der Novellierung so lange warten, bis das Ergebnis dieser Umfrage ausgewertet ist und auf diese Ergebnisse auch Rücksicht genommen werden kann. Deshalb spreche ich für den Antrag 14.

Es ist auch kein billiges Projekt. Ich gelte bei denen, die mich länger kennen als dieses Haus, als sparsam. Wenn ich so vehement für diese Evaluation spreche, möchte ich auch, dass die Ergebnisse dieses tollen Projekts Berücksichtigung finden.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Petersen. – Jetzt Herr Kollege Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Vielen Dank für die Geduld, die Sie haben. Ich hoffe, Sie haben auch noch genügend Konzentration für die Abstimmung, sodass wir die Büchse der Pandora, die Weiterbildung, heute in unserem Themenstand wieder einigermaßen geradebiegen können. Die Weiterbildungsbüchse hat viele Dellen; das ist mir völlig klar. Deshalb haben wir das ja auch jedes Jahr auf der Tagesordnung, um die Dinge zu regeln.

Ich spreche jetzt zu den Anträgen 01, 10 und 11. Ich bitte Sie, diese drei Anträge positiv zu bescheiden. Warum? Wir brauchen bei dieser Evaluation eine hohe Beteiligung. In der Schweiz war die Identifizierung mit diesem Themenbereich so hoch, dass initial 60 Prozent mitgemacht haben. Dieses höchste Gremium der deutschen Ärzteschaft muss Werbung dafür machen, muss auch mit den Chefärzten in einen Dialog eintreten, damit wir uns dort richtig beteiligen.

Es ist richtig: Die Befugten müssen den Zugang zum Online-Portal öffnen. Das geht nur mit den Assistenten. Bitte achten Sie darauf, fordern Sie es ein.

(Vereinzelt Beifall)

Zum Antrag 11: Ich bitte Sie ganz herzlich darum, mit zu bedenken, dass wir nicht nur über Sanktionen an die Weiterbildungsbefugten herankommen. Wenn wir Schwächen identifizieren, brauchen wir jemanden, der sie nicht anschwärzt, der das aber weitergibt. Es ist ganz wichtig, dass wir die Befugten in einen sogenannten Eskalationskatalog einbinden können. Wir können dann Gespräche von Arzt zu Arzt führen, auf freiwilliger Basis. Das können wir dann steigern mit Geschäftsführungen usw. Wir können auch ein Zertifikat seitens der Kammern ausstellen. Stimmen Sie bitte zu, dass wir die Handlungsoption haben, einen strukturierten Dialog mit den Chefärzten zu führen.

Antrag 10 ist ein Selbstgänger.

Sagen Sie bei den Anträgen 15 und 19 bitte Nein. Diese Anträge sind nicht weiterführend, was die Weiterbildungsinitiativen angeht. Bei dem einen Antrag wird die Bundesregierung angelockt, wird gesagt: Macht schon mal, setzt euch ein. Aber das bringt es nicht.

Wissen Sie, was wir machen müssen? Wir müssen uns in dreifacher Weise einsetzen. Die Befugten müssen sich, wie es im Hippokratischen Eid niedergelegt ist, selbst darum kümmern. Sie dürfen es nicht delegieren. Sie müssen Vorbild sein, sie müssen Mentor sein. Das müssen wir einfordern.

Auch die Stätten sind wichtig. Wir müssen in den Krankenhäusern so viele Finanzierungsmöglichkeiten haben, dass keine freien Stellen entstehen. Dann können die Weiterbildungsbefugten nicht weiterbilden, weil sie vom Müll der Routinearbeit zugeschüttet werden. Ich denke, das wollen wir nicht. Wir müssen dort Zeit für die Weiterbildung haben.

Überweisen Sie den Antrag V-02 an den Vorstand. Ich war beim BDC in München. Dort ist heftigst die Haltung der Kammern kritisiert worden, sich nicht richtig um die persönliche Eignung zu kümmern. Ich glaube, wir Chefärzte – ich bin selber einer – müssen uns darum kümmern, dass der Nachwuchs eine vernünftige Weiterbildung bekommt. Unser Thema lautet: Qualität durch Qualifizierung.

Danke, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt ein Geschäftsordnungsantrag. Bitte schön.

Dr. Johna, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seit dem letzten Antrag auf Schluss der Debatte haben wir eine halbe Stunde weiterdiskutiert. Ich denke, wir haben hervorragende Sachargumente gehört. Es ist wichtig, dass wir

den Tagesordnungspunkt heute noch durch Abstimmung der Anträge und nicht durch Schluss der Debatte beenden. Ich fürchte, es könnte anderenfalls passieren, dass das eine oder andere wichtige Argument bis morgen früh in Vergessenheit gerät. Ich stelle den Antrag auf Schluss der Debatte.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich habe blass in Erinnerung, dass Sie zu diesem Tagesordnungspunkt das Wort ergriffen haben. – Nein? War es ein anderer Tagesordnungspunkt? – Gut. Ich glaube, wir sollten heute bis zum Ende der Sitzungszeit weiterdiskutieren und dann die Sitzung unterbrechen. Morgen früh wird Herr Dr. Koch das noch einmal alles angeschaut haben. Er wird sich dazu äußern. Ich schlage vor, dass wir anschließend die Abstimmung durchführen.

(Beifall)

Es ist doch sehr kompliziert, was wir hier zu behandeln haben. Wir sollten uns nicht den Tort antun, möglicherweise widersprüchliche Beschlüsse zu fassen.

Das wäre die Alternative dazu. Wer möchte aus Ihren Reihen gegen den Antrag auf Schluss der Debatte sprechen? Gibt es da jemanden? – Bitte, Herr Mitrenga.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Meine Damen und Herren! Ich kann ja verstehen, dass einige – besonders dann, wenn sie bereits gesprochen haben – sagen: Das Wichtigste ist gesagt. Das ist im Leben so. Ich finde, seit dem letzten Antrag auf Schluss der Debatte haben wir eine ganze Reihe neuer Argumente gehört. Das geben Sie zu, wenn Sie ehrlich sind – und Sie sind ja ehrlich.

(Beifall)

Woher wissen Sie eigentlich, dass diejenigen, die jetzt noch sprechen wollen, nur kalten Kaffee aufbrühen oder alles doppeln wollen? Das glaube ich nicht. Wenn die Kollegin sagt, sie hat kein Vertrauen in die mnestischen Fähigkeiten, dass wir bis morgen behalten, was heute gesagt wurde, kann ich nur sagen: Wenn man öfter auf Ärztetagen war, weiß man: Manche behalten es sogar 48 Stunden im Kopf. Glauben Sie mir, da müssen Sie keine Sorge haben.

Machen Sie diese halbe Stunde nicht zu einer Killerstunde, dass es nachher Legenden gibt. Halten Sie bitte durch. Es kommen ja noch ein paar interessante Leute.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Dann stimmen wir ab: Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich?

(Unruhe)

– Hat jemand Zweifel hier oben? – Wir wiederholen die Abstimmung und die ganze Korona guckt. Ich frage also noch einmal: Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Das wollen wir lieber zählen. Jetzt haben sich auch mehr beteiligt; das ist ja auch immer schön.

Wir zählen also aus. Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Bitte die Enthaltungen. – Damit ist Schluss der Debatte mit 93 : 85 Stimmen abgelehnt.

(Beifall)

Dann habe ich das doch richtig gesehen.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Kollege Quitterer aus Bayern.

Dr. Quitterer, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin nicht quer zum Rednerpult eingestiegen. Das ist auch gar nicht notwendig, denn der Zugang ist ganz klar geregelt. Genauso ist es in der Weiterbildungsordnung. Die Anerkennungsverfahren für die Allgemeinmedizin sind geregelt.

Ich möchte an dieser Stelle die einzelnen Landesärztekammern bitten, sie einheitlich zu gestalten und umzusetzen, wenn schon Weiterbildungszeiten absolviert sind. Dann bräuchten wir dieses Thema hier nicht so kontrovers zu diskutieren.

Ich bin der Meinung, dass wir die Weiterbildungsziele für die Allgemeinmedizin erhalten müssen. Wir müssen sie schnell umsetzen. Die Kollegen draußen verstehen es nicht mehr, wenn wir noch zwei Jahre warten. Deshalb bitte ich Sie kurz und bündig, den Antrag 12 neu an den Vorstand zu überweisen und die Anträge 14 und 15, die sich damit beschäftigen, die Weiterbildungsordnung nicht im nächsten Jahr umzusetzen, abzulehnen.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Kollege Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Frau Gitter, kein Mensch hat etwas dagegen, dass mehr Geld ins System kommt, weder im stationären noch im ambulanten Bereich. Wir werden uns sofort darauf verständigen können, dass das erforderlich ist. Wenn im stationären Bereich mehr Geld zur Bezahlung der DRGs zur Verfügung steht, ändert sich aber nichts an der Tatsache, dass schon heute privat organisierte Kliniken darauf achten, dass Fachärzte und fertig ausgebildete Kollegen die Operationen durchführen und man dafür dieselbe DRG bekommt wie in den Krankenhäusern, in denen aus- und weitergebildet wird, wo die Situation entsteht, die ich in meinem Antrag V-19 mit relativ basalen arithmetischen Formeln ausgerechnet habe.

Der Antrag wurde als unüberlegt kritisiert, und zwar wegen des zweiten Absatzes, der lautet:

> *Die Hoffnung, eine solche Änderung durch tarifvertragliche Regelungen vermeiden zu können, hat sich in den letzten Jahren nicht erfüllt.*

Diese Ausführungen nehmen ausdrücklich Bezug auf eine Diskussion beim vorjährigen Ärztetag in Ulm, als mit diesem Hinweis ein ähnlicher Antrag vom Vorsitzenden des Marburger Bundes kritisiert wurde. Schauen Sie sich das Wortprotokoll von Ulm an. Dort können Sie deutlich erkennen, dass erklärt wurde, dass solche Dinge durch tarifvertragliche Regelungen zu lösen seien. Das können Sie alles nachlesen. Ich hätte natürlich auch schreiben können, die Hoffnung des Marburger Bundes, eine solche Änderung durch tarifvertragliche Änderungen vermeiden zu können, habe sich nicht bestätigt. Das schien mir für einen solchen Antrag zu offensiv. Deshalb habe ich es dort nicht hineingeschrieben.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Veelken. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Jaeger aus Schleswig-Holstein.

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Werte Kolleginnen und Kollegen! Ich wollte mich meinem Vorredner anschließen und mit zwei weiteren Ergänzungen dafür werben, dass unser Ergänzungsantrag unterstützt wird. Natürlich findet noch Weiterbildung statt. In unserer Klinik findet sie so statt, dass in der Regel der Facharzt und der Oberarzt mit einem PJler operieren und der Stationsarzt, der Weiterbildungsassistent eben Stations- und Ambulanzarbeit macht. Um seinen OP-Katalog vollzubekommen, kann er das in seiner Freizeit erledigen.

Selbstverständlich ist es schön, wenn mehr Geld im System ist. Das hebt aber nicht diese Ungleichbehandlung auf, dass es einige Kliniken gibt – ich will sie gar nicht „Rosinenpicker“ nennen; das ist ja in Ordnung –, die sich darauf konzentrieren, am Fließband zu operieren, zu endoskopieren, während es andere gibt, die wichtige Aufgaben der Weiterbildung übernehmen, eine, wie Herr

Windhorst eben noch flammend gesagt hat, der ureigensten und wichtigsten Aufgaben der Ärzteschaft.

Dies muss sich irgendwo in diesem System der Honorierung wiederfinden. Es ist ganz klar, dass das mehr Zeit braucht, wie Herr Veelken gesagt hat. Wir werden immer wieder mit diesen Kliniken verglichen, die dieser Verpflichtung eben nicht nachkommen. Genauso wie wir Intensivkapazitäten und Notbereitschaft vorhalten, werden wir hier regelmäßig benachteiligt.

Es wurde gesagt: Wer die Musik bezahlt, wird dann auch ein Mitspracherecht haben. Man hat also Angst vor der zukünftigen Entwicklung. Wir müssen uns dann eben gegen diese Entwicklungen stemmen. Bei unserem Arbeitszeitprozess wurde genau das von vielen Kollegen gesagt: Wenn wir das machen, werden die dieses und jenes tun. Dann muss man sich eben auf die Situation einstellen und entsprechend dagegen vorgehen. Man sollte aber nicht zunächst gleich wieder kuschen und sagen: Wir wollen daran nicht rütteln.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der 43. Redner ist Herr Kollege Holfelder aus Hessen.

Dr. Holfelder, Hessen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag 24 sprechen, den Herr Professor Grifka gestellt hat. Herr Professor Hahn hatte die Befürchtung, dass die Orthopäden hier ein Fass aufmachen wollten. Das kann nicht sein und das ist auch nicht die Absicht. Sowohl die Orthopäden als auch die Unfallchirurgen haben im neuen Gebiet Orthopädie/Unfallchirurgie die Weiterbildung in der fachgebundenen Radiologie integriert in der Weiterbildungszeit abzuleisten. Voraussetzung dafür ist, dass der Weiterbildungsbefugte sie entweder 18 Monate allein in der Radiologie unterrichtet oder aber der weiterbildungsbefugte Orthopäde und Unfallchirurg das fachgebunden selber machen darf.

Hier ist eine Lücke in der Weiterbildungsordnung, weil die wenigsten Kollegen, die jetzt Chefärzte sind, die Möglichkeit haben, diese fachgebundene Radiologie zu erreichen. Sie können das nicht, weil der Radiologe seine eigene Abteilung hat.

Hier bitten wir um eine direkte Anregung an den Weiterbildungsausschuss und die Ständige Konferenz, dass hier eine vernünftige Regelung erfolgt. Wir wollen kein neues Fass aufmachen.

Nur ganz am Rande: Vor über 100 Jahren wurde das erste Lehrbuch für Röntgendiagnostik geschrieben. Es wurde von einem Orthopäden geschrieben, nämlich von Albert Hoffa.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Holfelder. – Jetzt Herr Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Zu Antrag 19: Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen, und zwar aus einem ganz simplen Grund. Wir haben sehr eindrucksvolle Eröffnungsreden gehört, wir haben etwas von Rationierung gehört, wir haben etwas von Deckelungen usw. gehört. Das sind alle diese Qualmaßnahmen, die uns die Politik seit Jahren auferlegt. Die DRGs sind ein Symbol für diese Form der Rationierung.

Wir werden nicht mehr Geld ins System bekommen, wenn wir sagen: Wir nehmen da die Fachärzte auch noch mit hinein. Was wird passieren? Es wird so sein, dass wir für ein Krankheitsbild 2 000 Euro bekommen, im nächsten Jahr zwar immer noch 2 000 Euro, aber gesagt wird: Ihr solltet eigentlich nur 1 800 Euro bekommen, bekommt aber 2 000 Euro, weil ihr Fachärzte ausbildet. Das ist das erste Problem.

Das zweite Problem ist: Wer handelt denn die DRGs aus? Wie entstehen sie denn? Darüber verhandeln Politik, Krankenkassen und Klinikträger. Wollen wir wirklich, dass die ärztliche Weiterbildung Verhandlungsmasse zwischen Politik, Krankenhausträgern und Krankenkassen wird? Wollen wir das wirklich? Meinen wir das im Ernst?

Wenn wir schon bei der Evaluierung der Weiterbildung sind: Wer soll das denn evaluieren? Soll die Bayerische Landesärztekammer, soll die Landesärztekammer Baden-Württemberg zu den Krankenkassen gehen und fragen: Wie werden denn unsere Leute fortgebildet?

Ich glaube, solche Begriffe wie DRGs werden nicht besser, indem man sie mit noch mehr Inhalten füllt, indem man noch mehr zusammenmischt, das Ganze noch einmal durchschüttelt und erklärt: Jetzt haben wir aber alles enthalten.

Lehnen Sie das bitte ab. Die DRGs haben mit der ärztlichen Weiterbildung nichts zu tun. Wir wollen kein Fallpauschalensystem, das in irgendeiner Weise unsere Weiterbildung definiert. Die Weiterbildung bleibt in unserer Hand.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Hesse. – Jetzt Herr Deutschmann aus dem schönen Niedersachsen.

Deutschmann, Niedersachsen: Sehr verehrter Herr Professor Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zum Antrag V-22 sprechen. Ich bitte Sie, diesen Antrag anzunehmen. Eigentlich wollte ich dazu nichts ausführen, weil ich dachte, der Antrag spricht für sich selber. Aber die Kollegen haben inzwischen gemeint, dieser Antrag sei überflüssig, und wollen ihn ablehnen. Deshalb will ich dazu Stellung nehmen.

Frau Dr. Lux und insbesondere Herr Professor Paravicini, es ist nicht so, dass ich diesen Antrag nur gestellt habe, um überhaupt einen Antrag zu stellen. Ich habe 1983 erstmals eine Hirntoddiagnostik gemacht, ich habe schon vor Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes zusammen mit einem anderen ärztlichen Kollegen das Konsiliarteam der Region Nord für Hirntoddiagnostik gegründet und fortentwickelt. Es ist also nicht so, als hätte ich ohne jeglichen Hintergrund diesen Antrag gestellt.

Frau Kollegin Lux hat gesagt, jeder Intensivmediziner sollte den Hirntod diagnostizieren können. Das finde ich auch; daran gibt es gar keinen Zweifel. Nur: Hirntoddiagnostik – das sagen ja auch die Richtlinien der Bundesärztekammer – ist sicher, wenn man die Richtlinien beachtet. Aber die Richtlinien der Bundesärztekammer sind nicht jedem ohne Weiteres eingängig.

Die Qualitätsmerkmale in den verschiedenen Richtlinien sind ausgesprochen dürftig. Die Richtlinien der Bundesärztekammer sagen, mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen sei erforderlich. In der Weiterbildungsordnung, in den Richtlinien, also dort, wo die besonderen Qualifikationen genannt werden, heißt es: Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Hirntoddiagnostik einschließlich der Organisation von Organspende. Es werden keine weiteren qualifizierenden Faktoren genannt.

Hier eine besondere Qualifikation zu erlangen und führen zu dürfen, schafft Sicherheit und Vertrauen bei den Beteiligten. Eine zusätzliche Weiterbildung schließt doch den Kollegen ohne diese Qualifikation nicht aus der Hirntoddiagnostik aus, Frau Kollegin Lux. Bitte erwecken Sie mit Ihrem Votum nicht den Eindruck, dass Ihnen die Qualität in der Hirntoddiagnostik nicht am Herzen liegt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Herr Josten aus Bonn.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Frau Gitter und dann auch Herr Kollege Paravicini haben sich vehement dafür ausgesprochen – auch im Antrag –, dass der Begriff des Assistenzarztes/der Assistenzärztin in Insolvenz gehen sollte. Ich halte das für richtig. Das sollte in den folgenden Tätigkeitsberichten der Bundesärztekammer berücksichtigt werden. Dies sind Kolleginnen und Kollegen, die volljährig sind, die ein akademisches Studium abgeschlossen haben, die approbiert sind. Man sollte sie nicht in irgendeiner Form von Kastendenken festhalten.
Zu den zur Weiterbildung Befugten: Ich gehöre nicht zu diesem Personenkreis. Ich habe aus einigen Bemerkungen herausgehört, dass diese Kolleginnen und Kollegen unter Generalverdacht gestellt werden, dass sie nicht korrekt arbeiten. Dem möchte ich vehement widersprechen.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Nun Herr Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Ich möchte mich zum Themenkomplex DRG – Zuschläge und Qualität der Weiterbildung – äußern. Wir haben eben von Herrn Veelken deutlich gehört, dass es bei der Weiterbildung aufgrund der DRGs wesentliche Probleme gibt. Von Frau Gitter haben wir gehört, dass diese Probleme nicht bei den Zahlen der Weiterbildung bestehen – die Zahlen sind konstant oder gehen eher sogar nach oben –, sondern nur noch in der Qualität. Ich glaube nicht, dass wir die Qualität dadurch beeinflussen können, dass wir mit Zuschlägen, beispielsweise bei den privaten Krankenhausträgern, die schlechte Qualität noch belohnen. Das Resultat wäre, dass wir mit Zuschlägen eine schlechtere Weiterbildung hätten.

(Vereinzelt Beifall)

Ein Argument, das eben mehrmals diskutiert wurde, lautet: Wenn wir die Weiterbildung durch Zuschläge finanzieren ließen, hätte dies das Resultat, dass sich die Krankenkassen dann in die Finanzierung einmischen wollen. Solche Zuschläge sind ja nicht völlig aus der Luft gegriffen. Es gibt sie in dem System bereits, beispielsweise im Rahmen der Ausbildung der Krankenschwestern. Genau bei der Ausbildung der Krankenschwestern sieht man, dass in diesem Bereich die Krankenkassen sehr viel Einfluss auf die Quantität und die Qualität der Ausbildung nehmen.

Das zeigt ganz deutlich, dass die Angst, dass die Zuschläge dazu führen, dass sich die Krankenkassen in die Weiterbildung einmischen, nicht aus der Luft gegriffen ist. Das ist bei der Ausbildung der Krankenpfleger bereits Standard. Das wollen wir in unserem Bereich nicht haben. Deshalb muss man den Antrag V-19 ablehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Kollege Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Im Antrag V-15 steht ein schlimmer Satz:

> *Bei strenger Überprüfung der klinischen Weiterbildungsstätten müssten viele Facharztzeugnisse zurückgezogen werden und die Assistenten könnten daher nicht zur Facharztprüfung zugelassen werden.*

Ich glaube, das ist einfach nicht mehrheitsfähig. Die Verwaltungen in unseren Ärztekammern arbeiten korrekt. Wenn die entsprechenden Bescheinigungen nicht vorliegen, bekommen sie den Zettel nicht.

(Beifall)

Dieser Satz gehört gestrichen. Dazu habe ich einen entsprechenden Antrag eingebracht.

Ich möchte auf ein weiteres Problem hinweisen. Man darf die ambulante Weiterbildung beim niedergelassenen Arzt nicht so negativ bewerten. Die haben aber ein Problem: Sie wissen nicht, wie sie es finanzieren sollen, in den unterschiedlichsten Fächern. Wie soll das geschehen? Die Qualität kann nur dann stimmen, wenn es eine Finanzierung gibt. Wer kann das regeln? Das ist so kompliziert, dass man es hier sicher nicht tun kann. Deshalb bitte ich darum, den Antrag V-15 nicht einfach abzulehnen, sondern ihn an den Vorstand zu überweisen. Es ist für die Weiterbildung wichtig, dass auch die Finanzierung im ambulanten Bereich geregelt wird. Sie ist nicht geregelt, sie ist nicht ausreichend.

Das geht natürlich nur, wenn stationäre und ambulante Weiterbildung in einer Verbundermächtigung praktiziert wird. Das geht aber nur mit einer finanztechnischen Unterlegung. Das muss geplant werden. Das können wir hier auf dem Ärztetag nicht regeln.

Deshalb bitte ich darum: Überweisen Sie den Antrag, wenn er geändert ist, bitte an den Vorstand.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Michaelis. – Der nächste Redner ist Herr Mitrenga aus Köln.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst habe ich an die Verfasser des Antrags 14 a die Bitte, bei der Formulierung „die endgültige Diskussion“ das Wort „endgültige“ zu streichen. Es ist klar: Bei der Weiterbildung kann es keine endgültige Diskussion und endgültige Beschlussfassung geben.

Ich möchte von hier aus an alle Weiterbilder appellieren, als Befugte ihrer übernommenen Aufgabe gerecht zu werden und an der Evaluation so teilzunehmen, dass wir am Schluss Schweizer Verhältnisse haben. Das müssen mindestens 70 bis 90 Prozent sein.

Ich bin auch überzeugt, dass wir kein Misstrauen gegen die Weiterbilder im Sinne der Befugten haben müssen. Wir müssen nur daran denken, dass es in einigen Ländern, so im nordrhein-westfälischen Krankenhausgesetz, bereits zu den Pflichten der Krankenhäuser gehört, die Weiterbildung vorzunehmen. Darüber hinaus gibt es in der Kammer Nordrhein immer mehr Hinweise, dass man

die Weiterbilder beim Ärztemangel auch im Hinblick auf das Marketing nutzt. Deswegen ist mir eigentlich um unsere Evaluation überhaupt nicht bang.

Dem, was der Kollege Michaelis gesagt hat, kann ich mich anschließen. Ich glaube, der Antrag 15 sollte am besten an den Vorstand überwiesen werden.

Noch ein Wort zur Evaluation. Ich glaube, wir müssen darauf achten, dass bei der nächsten Evaluierung die Pflicht zur Teilnahme an der Evaluation Bestandteil der Ordnung wird.

(Beifall)

Das ist nicht weit hergeholt, das ist auch keine Sonderauflage oder irgendein Generalverdacht, sondern das hat etwas mit der Qualitätssicherung von Weiterbildung zu tun. Was den Schweizern gelungen ist, meine Damen und Herren, wird uns auch gelingen. Ich habe hier eine Erhebung aus dem Jahr 2007 mitgebracht: Ergebnisse, mit Assistenzärzten besprochen. Vor sechs Jahren waren es 30 Prozent, jetzt sind es schon 70 Prozent. Ich spreche dabei von der Schweiz.

In der Schweiz hat man im Jahr 2007 in 60 Prozent der Fälle Schritte zur Verbesserung der Weiterbildungsordnung unternommen. Ich finde, das gibt Hoffnung, daraus kann man etwas machen.

Abschließend: Lassen wir beschließen, was uns jeweils richtig scheint, aber sorgen wir dann in den Landesärztekammern dafür, dass es bundeseinheitlich umgesetzt wird. Das ist meiner Meinung nach eine der wichtigsten Aufgaben, die wir im Hinblick auf die Weiterbildung von diesem Ärztetag mitnehmen müssen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Dieter Mitrenga. – Jetzt kommt Herr Montgomery. Er ist der 50. Redner.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wende mich an Sie wegen der Finanzierung der Weiterbildung durch Zuschläge zu den DRGs. Obwohl ich, glaube ich, nicht dafür bekannt bin, dass ich Geld liegen lasse, das man vielleicht für die Honorare oder Gehälter der Ärzte nutzen könnte, möchte ich Sie dringend bitten, von den Anträgen 19, 07 a und 07 b Abstand zu nehmen und diese abzulehnen. Ich bin gegen die Finanzierung der Weiterbildung durch DRG-Zuschläge, und zwar aus einer Reihe von Gründen.

Ich weiß, lieber Herr Veelken, dass Sie es gut meinen. Sie wollen das Beste. Aber in einem Punkt sind Sie in meinen Augen leider auf dem Holzweg. Das will ich begründen. Selbst nach Aussage der Deutschen Krankenhausgesellschaft,

des InEK und von Herrn Roeder aus der Universitätsklinik Münster – dies ist mit den entsprechenden Folien alles belegbar – sind die heutigen Kosten der Weiterbildung komplett in die DRGs eingepreist, über die Kalkulation der DRGs, wie sie heute bestehen. Deswegen fordert nicht einmal die Deutsche Krankenhausgesellschaft Zuschläge für die Weiterbildung.

Aber, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, wenn wir hier dazu kämen, dass es solche Weiterbildungszuschläge gibt, bräuchten wir hinsichtlich der Kalkulation die Zustimmung der Krankenkassen. Ich zeige Ihnen jetzt ein Dia aus einem Vortrag, den der Beamte des Spitzenverbands der Krankenkassen gehalten hat. Wenn Sie die beiden von mir rot unterlegten Punkte lesen, sehen Sie ganz genau, wo der Pferdefuß ist. Die Krankenkassen werden nur dann bereit sein, sich daran zu beteiligen, wenn es für die Krankenhäuser, die nicht weiterbilden, Abschläge gibt. Sie sind nicht bereit, Zuschläge für diejenigen zu bezahlen, die weiterbilden.

Sie werden natürlich ein Mitspracherecht in der Weiterbildung einfordern. Wohin das führt, Kolleginnen und Kollegen, erleben wir plastisch schon heute im Förderprogramm Allgemeinmedizin. Es funktioniert doch in weiten Bereichen nicht. Es funktioniert deswegen nicht, weil sich die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen ausgesprochen schwierig gestalten.

Deswegen bitte ich Sie ganz dringlich: Das Problem, das vor uns liegt, ist die generelle Unterfinanzierung des stationären Sektors. Dieses Problem lösen Sie nicht mit Zuschlägen zu den DRGs. Dieses Problem lösen Sie nur politisch.

(Beifall)

Ich bin bei Ihnen, Herr Veelken, wenn Sie sagen, dass man das tarifvertraglich lösen müsse. Wir haben nie gesagt: Wir können es tarifvertraglich über die Zuschläge lösen. Aber wenn es über Zuschläge an anderer Stelle gelöst wird, wird es automatisch eine Abwertung der Stellen dieser Stationsärzte geben. Da gibt es weniger Gehalt für diese Kolleginnen und Kollegen. Dann ist das, was Sie als guten Ansatz wollen, vollkommen nach hinten losgegangen.

Deswegen bitte ich Sie, die Anträge V-19, V-07 a und V-07 b abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der 51. Redner ist Herr Kollege Grifka.

Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Bayern: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Teilgebietsradiologie wird natürlich gern dargestellt als umstrittenes Feld zwischen den Radiologen und den jeweiligen Fachärzten. Das soll aber nicht das Thema sein. Es geht wahrlich nicht um Pekuniäres bei dem, was an simpler Röntgendiagnostik stattfinden muss. Es geht um das praktisch Durchführbare,

um das für unsere Patienten Sinnvolle und Nützliche. Deswegen nehme ich dazu noch einmal Stellung.

Die Situation ist doch die, dass wir in unserem Arbeitsalltag den Patienten in der Ambulanzsituation haben und ihn zum Röntgen schicken. Wir sehen das Röntgenbild. Wir behandeln den Patienten entsprechend der Befundung, die wir durchführen. Natürlich bekommen wir einen radiologischen Befund, in der Regel – Sie kennen das sicher – nach drei Tagen. Manchmal ruft zwischendurch der Radiologe an und fragt, worauf er zu achten hat. Sicher gibt es da Unterschiede; ich zeige einmal den krassen Fall auf. Der ganz krasse Fall ist der, dass er dann noch schreibt: MRT erbeten.

Es geht doch ganz simpel darum, dass das, was vorher in der Weiterbildungsordnung normal war, dass das, was wir in diesem Bereich an Kompetenz haben, auch weiter zugestanden werden kann, selbstverständlich mit einer Prüfung, die durchgeführt werden muss. Das ist eine conditio sine qua non. Die Kompetenz soll auch in diesem Bereich nachgewiesen werden. Aber es geht um die Praktikabilität.

Wenn jemand in der Niederlassung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie neuer Prägung diesen Kernbestandteil seiner Diagnostik nicht mehr durchführen kann, ist er in seinem Handeln amputiert. Dann braucht man ihn so praktisch nicht.

Deswegen das Petitum: keine Vorstandsüberweisung. So etwas muss behandelt werden. Das ist ein dringliches Problem. Es gibt ja Kollegen, die schon in der Praxis sind. In Bayern waren wir ja mit der Umsetzung der Weiterbildungsordnung vorneweg, was auch gut war. Leider lernt man nachher aus den entsprechenden Erfahrungen. Der Sinn des Antrags ist, dass man eine Regelung findet, wie man innerhalb der Weiterbildung, wo dies praktisch durchgeführt wird, auch die Kompetenz erwirbt, ohne einen zusätzlichen Pflichtmonat oder ein Pflichthalbjahr beim Radiologen, wo wieder gewechselt werden soll, wo derjenige, der aus der orthopädischen Klinik in die Unfallchirurgie gewechselt ist, in die Intensivmedizin gewechselt ist im Common Trunk und im weiteren Verlauf noch einmal in die Unfallchirurgie wechselt, dann auch noch in die Radiologie wechselt. Irgendwann macht er überhaupt keine Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie mehr.

Deswegen meine Bitte, diesen Antrag so zu bescheiden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Grifka. – Als bisher letzter Redner Rudolf Henke vom Vorstand.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich habe mich gemeldet, weil ich hier

von einigen Rednern in Anspruch genommen worden bin, wenn auch nicht namentlich. Es hieß, der Vorsitzende des Marburger Bundes habe in der Vergangenheit darauf hingewiesen, man könne das alles durch tarifvertragliche Regelungen lösen. Ich will Ihnen den Hintergrund dafür sagen. Meine These lautet, dass die Weiterbildung zu einem großen Teil von den weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten bezahlt wird. Jedenfalls haben Krankenhäuser, die einen in Weiterbildung befindlichen Arzt statt eines Facharztes einstellen, dadurch einen finanziellen Vorteil.

Wenn Sie sich entschließen, statt eines Arztes ohne abgeschlossene Weiterbildung einen frischgebackenen Facharzt einzustellen, kostet dieser frischgebackene Facharzt im Monat zwischen 200 und 1 100 Euro mehr als der Arzt, der noch seine Weiterbildung absolviert. Wenn Sie statt eines Arztes während der Weiterbildung einen erfahrenen Facharzt einstellen, führt der tarifliche Unterschied dazu, dass das Krankenhaus für den in der Weiterbildung befindlichen Arzt im Monat zwischen 1 750 und 2 650 Euro weniger ausgibt.

Das heißt, ein großer Teil des Aufwands, der ja in Gestalt von Supervision und dergleichen vorhanden ist, ist in der Tat im Tarifvertragssystem dadurch berücksichtigt, dass der Arzt während der Weiterbildung weniger kostet als der Facharzt. Wenn Sie das auf ein Jahr hochrechnen, ist der minimalste Unterschied, den es gibt, 2 400 Euro im Jahr, der höchste denkbare Unterschied macht 31 800 Euro im Jahr aus.

Genau auf diesen Punkt habe ich im letzten Punkt hingewiesen. Ich habe in der Vormittagssitzung am 23. Mai 2008 gesagt:

> *In allen Tarifen ist berücksichtigt, dass der Arzt, der noch keine vollständige Weiterbildung absolviert hat, eine etwas geringere Qualifikation hat als der Facharzt, weil der Facharzt eine deutlich höhere Vergütung erhält …*

Insofern fühle ich mich durch die Interpretation im Antrag V-19 falsch zitiert und falsch dargestellt. Meine Sichtweise deckt sich mit der Passage 4 im Antrag V-07.

So sympathisch mir Herr Veelken und die anderen Berliner sind, muss ich Sie leider bitten, die Änderungsanträge zum Antrag V-07 und den Antrag von Herrn Veelken und anderen abzulehnen und stattdessen dem Antrag V-07 in der Originalfassung zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank.

Damit ist die Rednerliste erschöpft. Ich glaube, wir verfahren so wie eben vorgeschlagen: Herr Dr. Koch wird uns morgen früh, wenn wir alle hier wieder zusammengekommen sind, seine Zusammenfassung darstellen und das Schlusswort sprechen. Dann werden wir in die Abstimmung eintreten.

Ich darf Sie noch darauf aufmerksam machen, dass es ein ganz frisches Buch zum Thema DRG-Auswirkungen gibt.

Ich wünsche Ihnen heute einen schönen Abend und unvergesslich schöne Stunden bei der Veranstaltung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz mit dem Titel „Ut omnes unum sint“ in der alten Mensa der Johannes-Gutenberg-Universität. Viel Vergnügen und alles Gute bis morgen früh!

4. Tag: Freitag, 22. Mai 2009
Nur Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir beginnen den letzten Tag unseres 112. Deutschen Ärztetages. Gestern Abend waren wir zusammen in der Alten Mensa der Johannes-Gutenberg-Universität. Wir bedanken uns herzlich beim Gastgeber, Herrn Professor Hessenauer und seiner Kammer, für die Vorbereitung und die Einladung.

(Beifall)

Es war uns ein großes Vergnügen, Mainz und seinen spezifischen Humor nicht nur aus dem Fernsehen, sondern auch einmal live zu erleben und dann auch noch so gut beköstigt zu werden. Herzlichen Dank!

Wir hatten vereinbart, dass heute der Tagesordnungspunkt V weiter verhandelt wird, indem der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Koch, zunächst sein Schlusswort spricht unter Einbeziehung der Würdigung aller Anträge. Anschließend führen wir die Abstimmungen durch. Dann kommen wir zu dem großen Thema „Tätigkeitsbericht“, zu dem 121 Anträge vorliegen. Das ist eine stattliche Zahl. Aber wir werden das bewältigen.

Wenn Sie alle einverstanden sind und jetzt auch die nötige Ruhe eingekehrt ist für dieses ganz wichtige Thema der Weiterbildung, bitte ich Herrn Dr. Koch, an das Rednerpult zu gehen und uns die Zusammenfassung zu geben und sein Schlusswort zu sprechen.

Bitte schön.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen, guten Morgen! Ich darf mich als Erstes bei Ihnen allen auch im Namen von Frau Kollegin Güntert ganz herzlich für die gestrige ausführliche und fundierte Diskussion bedanken. Somit ist es gar nicht mehr erforderlich, wie Herr Präsident Hoppe meinte, zu allen Anträgen einen Kommentar abzugeben, obwohl es sich um 25 Anträge mit vielen Zusatzanträgen handelt. Ich kann mich auf einige wenige beschränken.

Zunächst zum Thema Evaluation der Weiterbildung. Die Daten, die dabei erhoben werden, sind die Daten der Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung. Ich denke, diese haben ein originäres Recht darauf, auch über das Ergebnis dieser Auswertungen als Erste informiert zu werden.

(Beifall)

Wir haben es deswegen als Pflicht für die Weiterbilder festgelegt, dass sie die Ergebnisse mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommunizieren und diskutieren. Wir haben bereits jetzt vorgesehen, dass bei der nächsten Evaluation im Jahre 2011 alle Ergebnisse verpflichtend veröffentlicht werden müssen.

(Beifall)

Das zweite Thema betrifft den Zugang zu den Fragebögen. Da gibt es Anträge – beispielsweise den Änderungsantrag 01 b –, die unbedingt wollen, dass die Assistenten direkt auf die Fragebögen zugreifen können, und zwar ohne den Weiterbildungsbefugten. Das wäre natürlich auch unser Wunsch, meine Damen und Herren. Das lässt sich aber in Deutschland derzeit leider nicht realisieren. Es gibt im Moment nur den Weg über die Weiterbildungsbefugten; sonst können wir nicht eine möglichst flächendeckende Erhebung garantieren.

Deshalb an dieser Stelle nochmals der Appell an alle Weiterbildungsbefugten: Geben Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung die Nummern, geben Sie ihnen die Gelegenheit, an dieser Befragung teilzunehmen. Mein Appell an alle Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung zum Facharzt lautet: Fordern Sie von Ihrem Weiterbildungsbefugten die Codenummern ab, damit Sie Ihre Fragen online beantworten können. Eine andere Möglichkeit gibt es derzeit leider nicht, auch wenn ich dies sehr begrüßen würde.

Dann noch ein Wort zum Antrag 23, noch etwas in den Fragebogen aufzunehmen. Dies ist technisch nicht mehr möglich, meine Damen und Herren. Der Fragebogen ist komplett fertig. Wenn man jetzt irgendetwas daran ändern würde, würde es den Beginn der Evaluation um Wochen verzögern. Es müsste ja vollkommen neu programmiert und umgestellt werden. Der Fragebogen steht im Netz. Er ist, wie gesagt, ab der nächsten Woche freigeschaltet. Änderungen daran sind nicht mehr möglich.

Deswegen bitte ich Sie, den Antrag 23 an den Vorstand zu überweisen, damit wir für die nächste Befragung überlegen können, wie es sinnvoll eingebracht werden kann.

Damit sind wir schon bei den Anträgen. Ich möchte noch etwas zu drei Anträgen sagen. Ich begrüße es sehr, dass alle Beteiligten den Antrag 12 neu an den Vorstand überweisen wollen. Ich würde Sie auch herzlichst bitten, dies zu tun, da der Antrag nicht nur in die Weiterbildungsordnung eingreift, sondern auch Versorgungsstrukturen präjudiziert. Meine große Bitte lautet, den Antrag 12 neu an den Vorstand zu überweisen, wie es alle Beteiligten auch schon beantragt haben.

Ich komme zum Antrag 17. Meine Damen und Herren, bei diesem Antrag geht es um die Verpflichtung, Weiterbildung auch im niedergelassenen Bereich durchzuführen. In der (Muster-)Weiterbildungsordnung steht am Anfang: Die Weiterbildung ist sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich möglich. Nur an ganz wenigen Stellen gibt es Ausnahmen davon, wo die Zeiten im ambulanten Bereich begrenzt sind. Ansonsten kann nach dieser Weiterbildungsordnung jede Weiterbildung stationär und ambulant abgeleistet werden. Eine Verpflichtung, einen Teil im ambulanten Bereich abzuleisten, haben wir vor einigen Jahren nach reiflicher Überlegung nicht aufgenommen, weil dies eine

Härte für die Kolleginnen und Kollegen darstellt. Wie gesagt: Wenn stationär etwas nicht mehr erlernt werden kann und Inhalte fehlen, muss man sowieso in den ambulanten Bereich gehen, um diese Inhalte erlernen zu können.

Ich bitte Sie also, auch den Antrag 17 an den Vorstand zu überweisen, damit er in die weitere Diskussion sinnvoll mit eingebracht werden kann.

Ein letztes Wort zum Antrag 24, Röntgen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Meine Damen und Herren, wir haben vor fünf Jahren ausführlich über dieses Problem diskutiert. Wir haben mit vielen Fachgesellschaften gesprochen: mit den Orthopäden, mit den Unfallchirurgen, der gemeinsamen neuen Gesellschaft. Wir haben mit den Radiologen gesprochen. Wir haben auch hier viele Diskussionen zu diesem Thema geführt. Wir haben dann eine Regelung gefunden, dass man das fachgebundene Röntgen während der gesamten Zeit der Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie parallel erwerben kann, ohne dafür auch nur einen Tag länger zu brauchen.

Aber selbstverständlich muss derjenige, der weiterbildet, dazu auch die Befugnis haben. Es ist also auch heute möglich, das Röntgen, das man in diesem Fachgebiet benötigt, während der Weiterbildungszeit zu erwerben.

Wir haben damals bewusst davon abgesehen, es verpflichtend in die Weiterbildung zum Facharzt hineinzuschreiben, weil es viele gerade große Kliniken, die sonst alles vorhalten, gibt, die selbst nicht oder nur in geringem Umfang röntgen, weil es dort eine zentrale Röntgenabteilung gibt. Wenn wir es verpflichtend hineinschreiben würden, würden wir alle diese Kliniken in Zukunft von einer vollen Befugnis ausnehmen. Wie gesagt: Es ist ohne irgendein Problem möglich, es muss nur der Weiterbildende die Berechtigung haben, in Röntgen weiterzubilden.

Deshalb bitte ich Sie, den Antrag 24 entweder an den Vorstand zu überweisen oder ihn abzulehnen, weil er eine spontane Meinung darstellt, mit keiner Fachgesellschaft, mit keinem Berufsverband abgesprochen ist. Wir wollen ja Schnellschüsse in Zukunft vermeiden.

(Beifall)

So viel von meiner Seite aus zu den Anträgen. Zu allem anderen muss ich keine Bemerkung machen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Dr. Koch. Dann treten wir in die Abstimmung ein. – Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Professor Hahn aus Bayern.

Prof. Dr. Dr. habil. Hahn, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, wir waren uns gestern weitgehend einig, dass größere strukturelle Veränderungen nicht vorgenommen werden sollen, sondern nur Korrekturen, die bei einigen Zahlen dringlich sind. Da es bei den vielen Anträgen für die Delegierten sicherlich nicht immer einfach ist, zu sehen, was in den strukturellen Bereich fällt, schlage ich vor und beantrage, dass komplett alle Anträge an den Vorstand überwiesen werden, damit der Vorstand heraussuchen kann, was in den Bereich der Struktur fällt und was schnelle Änderungen sind, die dringlich notwendig sind.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Möchte jemand geschäftsordnungsmäßig gegen den Antrag sprechen? – Bitte.

N. N.: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben gestern den ganzen Nachmittag die Anträge von allen Seiten her diskutiert. Ich denke, über die Dinge, über die wir selber abstimmen können, sollten wir auch abstimmen, dafür sitzen wir ja hier. Sonst bräuchten wir keinen Ärztetag mehr; dann könnten wir alles direkt nach Berlin schicken und der Vorstand könnte machen, was er will. Wir sitzen doch hier, um darüber zu entscheiden.

(Beifall)

Wenn wir meinen, dass etwas nicht geht, dass etwas nicht passt, dann können wir an den Vorstand überweisen. Aber wenn wir alles, was zu regeln ist, an den Vorstand überweisen, brauchen wir keinen Deutschen Ärztetag mehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wir stimmen über diesen Antrag ab. Wer möchte das ganze Konvolut zu Tagesordnungspunkt V an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Dann gehen wir die Anträge einzeln durch und schauen, wie wir uns jeweils entscheiden.

Wir kommen zum Antrag V-01. Dazu liegt der **Antrag V-01 a** vor. Danach soll das Wort „Weiterbildungsassistent“ im ersten, zweiten und dritten Absatz durch „Weiterzubildender“ ersetzt werden, ebenso das Wort „Assistenten“ im dritten Absatz. Wer stimmt dafür? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-01 b.** Für den dritten Absatz wird eine komplette Textänderung erbeten. Der neue Text des dritten Absatzes soll lauten:

> *Die weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte sowie die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, sich an der Erhebung zu beteiligen und sich einen Zugang zum Online-Portal zu verschaffen.*

Dieser Text soll den dritten Absatz im Vorstandsantrag 01 ersetzen. Wer möchte diesem Änderungsantrag von Frau Krause-Girth zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag V-01 c.** Der erste Satz des zweiten Absatzes auf Seite 2 des Vorstandsantrags 01 lautet:

> *Mit den gewonnenen Erkenntnissen sollen Anreize entwickelt werden, um den ärztlichen Nachwuchs zu motivieren, in Deutschland zu bleiben.*

Dieser Text soll durch folgenden Satz ersetzt werden:

> *Mit den gewonnenen Erkenntnissen sollen Anreize entwickelt werden, um die Qualität der Weiterbildung zu verbessern.*

Das ist materiell schon ein Unterschied. Der folgende Satz bleibt unverändert. Wer möchte dem Änderungsantrag 01 c zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den **Antrag V-01** in der geänderten Fassung. Wer möchte dem so geänderten Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Ich rufe jetzt den **Antrag V-04** von Dr. Werner Wyrwich aus Berlin auf. Der Antragstext lautet:

1. *Der Vorstand der Bundesärztekammer soll darauf hinwirken, dass die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung nicht nur den Weiterbildungsbefugten, sondern auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis gebracht und im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden.*

2. *Werden die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung durch die Bundesärztekammer nicht bundesweit allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis gebracht und veröffentlicht, wird den Landesärztekammern die Möglichkeit eingeräumt, die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung, die den jeweiligen Kammerbereich betreffen, im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis zu geben und öffentlich zugänglich zu machen.*

Zu diesem Antrag gibt es einen Überweisungsantrag, den Dr. Koch vorhin wegen datenschutzrechtlicher Gesichtspunkte noch einmal begründet hat. Wer möchte dem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-06** der Herren Henke, Botzlar, Emminger und anderer. Der Antragstext ist ein bisschen lang. Sie haben ihn sicher zwischendurch bereits gelesen. Haben Sie ihn alle? Der Antrag beginnt folgendermaßen:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern auf, die Chancen der Evaluation zu nutzen. Überprüfung und Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung sind bei Erhalt ihrer guten Zugänglichkeit Daueraufgaben der Kammern.

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-08** von Frau Professor Krause-Girth:

Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung müssen einen von ihren Vorgesetzten unabhängigen Zugang zur Teilnahme an der Evaluation erhalten, z. B. über die Landesärztekammern.

Auch hier liegt ein Überweisungsantrag vor. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommt der **Antrag V-10,** gestellt von den Herren Henke, Botzlar, Emminger und anderen:

Der 112. Deutsche Ärztetag begrüßt die nun dieses Jahr startende Evaluation der Weiterbildung ausdrücklich. Die Erfassung der tatsächlichen Weiterbildungssituation deutscher Ärzte ist dringend erforderlich …

Es liegt kein Überweisungsantrag vor. Wir können direkt über den Antrag abstimmen. Wer möchte dem Antrag V-10 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-11:**

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, nach der Evaluation der Weiterbildung ein strukturiertes Verfahren zu entwickeln, das den mit „Schwächen“ identifizierten Weiterbildungsstätten hilft, sich zu verbessern …

Das ist natürlich eine gute Idee. Wer möchte den Antrag V-11 befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-23** von Professor Grifka:

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt, bei der Erhebung zur Evaluation der Weiterbildung Namen und Arbeitsbereiche der Konsiliar- und Belegärzte bei den Weiterzubildenden abzufragen.

Hierzu liegt ein Überweisungsantrag vor, ebenfalls aus datenschutzrechtlichen Gründen, schätze ich. Wer möchte dem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum Antrag 07. Dazu liegt der **Antrag V-07 a** vor. Es ist der mündliche Antrag gestellt worden, auf Seite 2 des Antrags 07 die ganze Ziffer 4 zu streichen. Ich weiß nicht, ob dieser Antrag auch noch schriftlich eingegangen

ist. Ich kann mich sehr gut erinnern, dass dieser Antrag mündlich gestellt worden ist. Es gibt auch den Antrag, einen einzelnen Satz zu streichen. Der eine Antrag geht vor, weil er viel weitergehender ist. Wer möchte die ganze Ziffer 4 streichen?

(Zuruf)

– Er ist schon gestellt worden.

(Erneuter Zuruf)

– Sie wollen also darüber nicht abstimmen? Wer möchte nicht über den Antrag abstimmen, weil er nicht schriftlich gestellt worden ist? – Gut. Dann stimmen wir über den Antrag 07 a ab, wie er schriftlich eingegangen ist. Danach soll der zweite Satz der Ziffer 4 gestrichen werden:

> *Eine zusätzliche Finanzierung ärztlicher Weiterbildung in Form von Zu- und Abschlägen im Rahmen des DRG-Systems, wie sie im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) als Prüfauftrag vorgesehen ist, lehnt der 112. Deutsche Ärztetag weiterhin als nicht sachgerecht ab.*

Dieser Satz soll gestrichen werden. Wer möchte den Satz streichen? – Wer möchte ihn nicht streichen? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wer möchte dem **Antrag V-07** in unveränderter Fassung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist in unveränderter Form **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-15.** Dazu liegt der Änderungsantrag 15 a vor.

(Zuruf Dr. Holzborn, Nordrhein)

– Habe ich es richtig verstanden? Sie übernehmen den Antrag 15 a? – Der Antragsteller selbst übernimmt den Antrag 15 a und baut ihn in seinen Antrag ein. Er macht ihn sich zu eigen. Habe ich das so richtig verstanden? – Gut. Dann ist das geschehen. Der Antragsteller ist ja berechtigt, seinen Antrag zu modifizieren. Der erste Absatz des Antrags lautet also:

> *Die Weiterbildung kann in vielen Fächern nicht mehr ausschließlich in der Klinik durchgeführt werden, viele Themen und Weiterbildungsinhalte sind nicht mehr an einer großen Anzahl von Kliniken vorhanden.*

Auch hier gibt es einen Überweisungsantrag. Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte den Antrag befürworten? – Wer möchte ihn ablehnen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag V-18:**

Kliniken und Praxen, welche die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gewährleisten, ist der damit verbundene Mehraufwand zu erstatten.

Es liegen keine Änderungsanträge und kein Überweisungsantrag vor.

(Zuruf)

– Es gibt den Antrag auf Überweisung an den Vorstand. Soll der Antrag begründet werden? – Formal. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr rufe ich den **Antrag V-19** auf:

Zur Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung im Krankenhaus muss das DRG-System durch die Organisation von Zuschlägen an solche Einrichtungen modifiziert werden, die ärztliche Weiterbildung durchführen …

Das steht auch in dem Buch, das ich gestern von Herrn Henke bekommen habe, dass das gewünscht wird. Es ist eine Forderung der AWMF. Wir haben das bisher nicht so gesehen. Aber wir können uns ja ein Urteil bilden.

Ein Überweisungsantrag ist bisher nicht gestellt worden.

(Zuruf)

– Das kann man beantragen. Aber da muss man sehen, wie die Abstimmung verläuft. Wer möchte den Antrag V-19 annehmen? – Wer ist gegen den Antrag? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Dann geht es mit dem Antrag 02 weiter. Dazu gibt es den **Antrag V-02 a.** Danach soll der zweite Absatz des Antrags 02 gestrichen werden, und zwar von „Ebenso schließen von der Ärztekammer gerügte Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung“ bis „so ist auch dies als fehlende Eignung anzusehen“. Wenn Sie den Absatz stehen lassen, gibt es noch einen Änderungsantrag zum Text. Zunächst frage ich: Wer möchte den Text des zweiten Absatzes ganz streichen? – Wer möchte ihn nicht streichen? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-02 b.** Dabei geht es um den zweiten Satz des zweiten Absatzes im Antrag 02:

Duldet oder bewirkt ein Weiterbildungsbefugter die Verletzung des Arbeitszeitgesetzes gegenüber den Weiterbildungsbefugten unter seiner Verantwortung, so ist auch dies als fehlende Eignung anzusehen.

Es muss heißen „gegenüber den Weiterzubildenden“, denn die Weiterbildungsbefugten sind ja nicht gemeint. Gemäß Antrag 02 b soll der letzte Halbsatz des Antrags V-02 wie folgt geändert werden:

… so ist dies grundsätzlich als fehlende Eignung anzusehen.

Das Wort „grundsätzlich“ soll eingefügt werden; also nicht so apodiktisch, sondern ein bisschen eingeschränkt. Wer möchte das Wort „grundsätzlich“ ergänzen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wer möchte dem so geänderten **Antrag V-02** zustimmen? – Viele. Wer möchte nicht zustimmen? – Das sind weniger. Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-09:**

> *Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, so schnell wie möglich eine Überarbeitung der Problemfelder der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzulegen.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte ablehnen? – Wir wiederholen die Abstimmung. Ich frage also noch einmal: Wer möchte zustimmen? – Wer möchte ablehnen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-16:**

> *Die Weiterbildungskataloge der Weiterbildungsordnung müssen so dimensioniert sein, dass sie Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung für die medizinisch relevanten Bereiche des jeweiligen Fachs ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, die … für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind …*

Wenn ich ganz ehrlich bin: Es wäre mir lieb, wenn wir den Hinweis auf das SGB V streichen könnten.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Oder Vorstandsüberweisung. Wir sollten uns nicht an das SGB hängen, denn die versuchen von Berlin aus schon ziemlich viel bei uns hineinzufummeln, und das gehört sich nicht. Das ist nämlich Länderrecht.

(Beifall)

Wir stimmen über den Überweisungsantrag ab. Wer möchte den Antrag überweisen? – Das sind ganz viele. Wer möchte nicht überweisen? – Ganz wenige. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Der Vorstand wird die Klammer ganz schnell streichen. Da bin ich sicher.

Damit kommen wir zum Antrag 14. Der **Antrag V-14 a** möchte, dass der 114. Deutsche Ärztetag festgelegt wird und der 115. Deutsche Ärztetag nicht mehr ins Auge gefasst wird, sodass wir uns festlegen, dass wir auf dem 114. Deutschen Ärztetag – wahrscheinlich in Kiel – die Weiterbildungsordnung zu einem wichtigen Tagesordnungspunkt machen. Außerdem soll im Antrag 14 a das Wort „endgültige“ gestrichen werden, denn eine endgültige Diskussion bei der Weiterbildung kann man sich nicht vorstellen. Das ist ein so dynamischer Prozess, dass man das wohl nicht aushält. Ich glaube, das machen wir von allein, das Wort „endgültige“ entfallen zu lassen. Es kommt dann nur noch darauf an,

ob Sie im Antrag 14 die Worte „oder 115.“ streichen wollen. Wenn Sie den Antrag 14 a annehmen, lautet der Text des Antrags 14:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die beabsichtigte Überarbeitung … für den 114. Deutschen Ärztetag vorzubereiten.*

Wer möchte den Änderungsantrag befürworten? – Wer ist dagegen? – Wir wiederholen die Abstimmung und zählen aus. Es ist für Dr. Koch schon wichtig, ob er Zeit bis zum 115. Deutschen Ärztetag hat oder nicht. Das gilt auch für Frau Dr. Güntert.

Ich frage also noch einmal: Wer möchte sich durch den Änderungsantrag 14 a auf den 114. Deutschen Ärztetag festlegen? – Wer möchte auch noch den 115. Deutschen Ärztetag zulassen, also den Antrag 14 a nicht annehmen? – Wir können die Zahlen noch nicht so ganz verstehen. Das wären zwei Drittel zu einem Drittel. Das hätten wir auch so gesehen. – Es bleibt dabei: Die Auszählung hat erbracht – es wird hoch und heilig versprochen, dass es so gewesen ist –, dass der Antrag 14 a mit 125 : 69 Stimmen **angenommen** worden ist und damit der 115. Deutsche Ärztetag nicht infrage kommt.

(Beifall)

Wenn ich vorher gewusst hätte, dass das dabei herauskommt, hätten wir das früher entscheiden können. Das sieht man doch sehr deutlich. Wir gehen also davon aus, dass der 114. Deutsche Ärztetag gewünscht wird.

Nun steht der **Antrag V-14** in der geänderten Fassung zur Abstimmung. Wer möchte dem Antrag 14 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.** Der Text läuft also darauf hinaus: so schnell wie möglich, spätestens aber auf dem 114. Deutschen Ärztetag.

Ich glaube, dann könnten wir den **Antrag V-17** als erledigt betrachten. Es soll ein Konzept erarbeitet werden, das auf dem nächsten Deutschen Ärztetag vorgelegt werden soll. Das geht trotzdem? – Gut, das ist nur ein Konzept.

(Zuruf)

– Es wird aus dem Plenum Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-20:**

> *Die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen setzt auch eine weisungsungebundene ärztliche Tätigkeit voraus. Diese ist durch den Arbeitgeber zu gewährleisten, damit Weiterbildung in Krankenhäusern langfristig gesichert ist.*

Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte das ablehnen? – Das Erste war die klare Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-22:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, die Einführung einer zusätzlichen Weiterbildung oder ggf. einer curriculären Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte zur Feststellung des Hirntodes in die Weiterbildungsordnungen zu bewirken.*

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Dann frage ich: Wer ist von dem Antrag begeistert? – Bei wem hält sich die Begeisterung in Grenzen? – Das ist die große Mehrheit. Der Antrag ist also **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag V-24:**

> *Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei der anstehenden Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die Teilgebietsradiologie … als integralen Bestandteil während der Facharzt-Weiterbildung aufzunehmen.*

(Zuruf)

– Es gibt einen Überweisungsantrag. Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das sind weniger. Wer möchte sich enthalten? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-25:**

> *Rein fachlich-medizinisch begründete Strukturierungen der Weiterbildungsordnung (z. B. Common Trunk) dürfen nicht als Alibi herangezogen werden, Arbeitsverträge kürzer als die maximale Weiterbildungsberechtigung zu befristen.*

Das klingt gut. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-12 neu,** der ausgiebig besprochen worden ist.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Wer möchte überweisen? – Wer nicht? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommen wir zur Allgemeinmedizin, und zwar zunächst zum Antrag 03. Dazu liegt der **Antrag V-03 a** vor. Danach soll es am Schluss des dritten Absatzes heißen:

> *… eine Vergütung erhalten, die sie tariflich mindestens vergüteten Krankenhausärzten gleichstellt.*

Das heißt: Es ist nach oben offen.

(Zuruf)

– Den Änderungsantrag an den Vorstand überweisen? Ich frage: Wer möchte „mindestens“ einfügen? – Wer möchte nicht „mindestens“ einfügen?

Aus dem Plenum gibt es den Überweisungsantrag. Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Dann frage ich: Wer möchte dem ganzen **Antrag V-03** zustimmen? – Wer möchte ihn ablehnen? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Dann kommt der **Antrag V-05:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die gesetzlich verankerten Maßnahmen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zeitnah umzusetzen.*

Wer möchte zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag ganz klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum letzten Antrag, dem **Antrag V-13:**

> *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV … Um den Nachwuchs an Allgemeinärzten effizient zu fördern, muss die finanzielle Beteiligung von bisher 2.040 € auf 4.000 € angehoben werden.*

Das gehört natürlich alles zusammen. Wer möchte dem Antrag 13 zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Damit ist der Tagesordnungspunkt V bewältigt. Herzlichen Dank, Hellmut Koch, herzlichen Dank, Frau Dr. Güntert.

(Beifall)

Weiterhin frohes Schaffen mit viel Erfolg. Wir freuen uns auf die nächste Runde in Dresden.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt VIII** auf:

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Referent ist an sich Professor Fuchs. Möchte er das Wort ergreifen? – Das ist nicht der Fall. Dann kommen wir zur Berichterstattung zur Förderinitiative Versorgungsforschung. Dazu weilt unter uns der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. Scriba, den ich herzlich willkommen heiße. Wenn er mag, kann er gleich das Wort ergreifen, um uns zu berichten, was sich da alles entwickelt hat. Das ist ein gesetzter Bericht, zu dem wir auch Anträge vorliegen haben.

Bitte sehr, Professor Scriba.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Verehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung zum vierten Bericht über die Versorgungsforschung. Ich bin natürlich sehr gerne gekommen. Ihnen wurden bereits die „Visitenkarten“ der durch die Bundesärztekammer geförderten Projekte 2006/2007 bis 2010/2011 ausgeteilt. Das findet man im Übrigen auch auf der Homepage. Ich möchte gleich darauf hinweisen, dass das eine ganz ungewöhnliche Art von Transparenz ist. Ich kenne kein anderes Förderverfahren für irgendwelche Forschungsvorhaben, bei dem man über die Projekte während der laufenden Arbeit alles Wesentliche über Methodik, angestrebte Ergebnisse usw. nachlesen kann. Das ist etwas, was dieses Verfahren schon einmal auszeichnet.

Ich bin noch immer voller Hochachtung, sogar Bewunderung für den Weitblick und die Klugheit sowohl der Delegierten des Deutschen Ärztetages als auch des Vorstands der Bundesärztekammer, dass sie sich die Förderung der Versorgungsforschung vorgenommen haben und dafür Mittel in die Hand nehmen. Der Zweck dieser Arbeit besteht ja darin, zu demonstrieren, dass die Bundesärztekammer unabhängige wissenschaftliche Kompetenz braucht und besitzt. Dieses der Öffentlichkeit klarzumachen, erhöht die Bedeutung und die Aufmerksamkeit für Stellungnahmen und Empfehlungen, von denen wir alle wissen, wie breit das Themenspektrum ist. Das geht selbstverständlich bis in die Politikberatung hinein.

Ich möchte in aller Kürze daran erinnern, dass im Rahmen der Förderinitiative Fragestellungen bearbeitet werden sollen, die von besonderer gesundheitspolitischer Relevanz sowohl für die gesamte Ärzteschaft als auch für die Patienten sind. Darüber hinaus soll die Forschung Projekte mit Modellcharakter fördern, deren Ergebnisse in die Fläche oder in andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden können. Die Ergebnisse der Versorgungsforschung stehen für die Politikberatung zur Verfügung und sollen, wo das möglich ist, Hinweise auf mögliche Verbesserungen der Versorgungssituation geben.

Das ganze Verfahren wird nach einem Rahmenkonzept abgewickelt, dessen wichtigsten Punkte sind: insgesamt sechs Jahre; das Fördervolumen pro Jahr beträgt 750 000 Euro; die Förderungsgegenstände werden auf wenige Themenfelder eingeengt; es gibt einen jährlichen Zwischenbericht.

Es gibt drei Typen von Projekten, drei Projektarten. Typ I läuft maximal drei Jahre mit maximal 200 000 Euro. Das sind selbstverständlich Mittel im Sinne einer Ergänzungsausstattung, zu der die Grundausstattung des Projektnehmers im Sinne einer Eigenbeteiligung hinzukommt. Das sind Einzelprojekte, die Modellcharakter haben sollen.

Projekte vom Typ II sind Querschnittsprojekte. Das ist zum Beispiel der Report Versorgungsforschung. Er beruht auf einem Workshop zu irgendeinem gegebenen, ausgesuchten Thema. Was an Beiträgen im Workshop aufscheint, geht zusammen mit anderen aus der Literatur auffälligen passenden Beiträgen in einen Band. Das ist dann der Report Versorgungsforschung.

Ein Typ-III-Projekt ist eine gezielte kurze Expertise, in der im Wesentlichen vorliegende Literatur ausgewertet wird.

Die zweite Besonderheit des Förderverfahrens, auf die ich aufmerksam machen möchte, ist die Rolle der Projektpaten. Jedes Projekt hat einen Paten aus dem Kreis der Gutachter, der von da an für ihren Zweck der Beratung zur Verfügung steht. Jedes Projekt erstellt Zwischenberichte, die der Pate begutachtet und für die Sitzungen der Ständigen Kommission Versorgungsforschung vorstellt und berichtet. Schließlich findet ein jährlicher Projektworkshop statt, bei dem über die einzelnen Projekte berichtet wird.

Ich möchte Sie jetzt über die Projekte der erste Förderphase, die Typ-I-Projekte, informieren. Da haben wir folgende Themenfelder ausgewählt. Themenfeld 1 betrifft die Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag, Themenfeld 2 den Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit. Themenfeld 3 betrifft die Wechselwirkung zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität („Physician Factor“). Es gibt in dieser ersten Förderphase insgesamt 19 geförderte Projekte. Von denen haben zehn den Endbericht schon abgeliefert. Ich werde im Folgenden drei Beispiele etwas näher erläutern, damit Sie sich ein wenig plastischer vorstellen können, was da eigentlich getan wird.

Ich komme zunächst zur Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag. Dabei geht es um Leitlinien zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen. Es geht um eine Leitlinie des Robert-Koch-Instituts. Herausgekommen ist, dass die Leitlinien relativ gut umgesetzt werden. Die Studien geben aber wichtige Hinweise darauf, dass ergänzende Maßnahmen, also ein Ausnahmescreening auf einer Intensivstation, für die Detektion von MRSA hilfreich sind. Es hat sich eine positive Rolle einer Dekolonisierung mit Mupirocin-Nasensalbe und Ganzkörperwaschung gezeigt.

Sollten sich diese Studienergebnisse in weiterführenden Untersuchungen bestätigen, so wäre das ein Hinweis darauf, dass die existierende Leitlinie ergänzt und verbessert werden muss. Das ist ein durchaus bemerkenswertes Ergebnis.

Zum Themenfeld 2, dem Einfluss der Ökonomisierung, erwähne ich eine Studie aus Mecklenburg-Vorpommern, die ganz besonders auf der Mitarbeit des Max-Planck-Instituts für Demografie in Rostock beruht und daher ihren besonderen Wert hat. Es ist herausgekommen, dass der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern einhergeht mit einer Inanspruchnahme und einer Morbiditätslast, die trotz sinkender Bevölkerungszahlen zunehmen. Das ist ein meiner Meinung nach wichtiges Ergebnis.

Im ambulanten Bereich scheiden bekanntermaßen viele Haus- und Fachärzte aus. Da gibt es akute, besonders regional aufzufindende Unterbesetzungen. Im stationären Bereich zeigt eine neuerliche Bedarfsberechnung mit neuer Methodik auf der Grundlage differenzierterer Daten einen gegenüber der bisherigen Planung zusätzlichen Bettenbedarf. Das ist ein überraschendes Ergebnis.

Man muss zusammenfassend sagen, dass der demografische Wandel sehr viel präziser in die Bedarfsplanung aufgenommen werden muss, als das bisher üb-

lich war. Ich zeige Ihnen hier eine Darstellung des Bettenbedarfs. Die grünen Punkte beziehen sich auf die offizielle Berechnung. Die rote Kurve beruht auf eigenen Berechnungen der Autoren. Das ist ein um doch immerhin 10 bis 15 Prozent abweichendes Ergebnis.

Das dritte Beispiel bezieht sich auf den Physician Factor. Es geht um eine Studie aus München von Angerer und Mitarbeitern. Die Forschungsfrage lautet: Welche wechselseitigen Zusammenhänge gibt es zwischen den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten, den arztseitigen Faktoren wie Zufriedenheit, Befinden und Gesundheit, der Arzt-Patient-Interaktion und der Qualität der ärztlichen Versorgung? Das ist eine sehr ambitionierte Fragestellung. Kann man diese Zusammenhänge auch noch positiv beeinflussen?

Das jetzt vorliegende Ergebnis muss ich etwas genauer erklären. Es ist eine Kohortenstudie mit 621 Ärzten, die befragt wurden. Die daraus erhaltenen Informationen gehen dann in eine Studie ein, bei der eine Intervention in einem Modellkrankenhaus durchgeführt wird. In diesem Modellkrankenhaus werden mit 63 Ärzten zwei Gruppen gebildet: eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe in jeweils zwei Abteilungen. Die Intervention besteht erstens darin, dass Gesundheitszirkel gebildet werden, deren Zusammensetzung Sie hier sehen. Diese identifizieren die Probleme. Wenn die Umsetzung gelingt, wenn es beispielsweise möglich wird, das Feedback zum Vorgesetzten und umgekehrt zu verbessern oder weniger Störungen bei der Visite durchzusetzen, dann sind drei Ergebnisse nachgewiesen. Erstens. Die Arbeitsbedingungen verbessern sich. Das ist subjektiv und objektiv zu beobachten. Zweitens. Die Ärzte sind weniger erschöpft. Auch das ist gemessen worden. Drittens. Die Patienten geben bei Befragungen an, dass sie sich besser versorgt fühlen. Das kann man ablesen an Äußerungen wie „Die Ärzte haben mehr Zeit“.

Das ist eine Studie, die nicht nur die Klagen der Ärzte misst oder im Sinne einer Messzahl transportierbar werden lässt, sondern darüber hinaus auch noch eine Intervention zeigt: Wie kann man das Ganze verbessern?

So viel zur ersten Förderphase und den Typ-I-Projekten, die wir bisher haben. Ich bitte Sie, alles Weitere den inzwischen hoffentlich verteilten Skizzen, den „Visitenkarten“, zu entnehmen, die Sie auch im Internet finden.

Ich komme zu Projekten der zweiten Förderphase, die soeben begonnen haben. Als Themenfelder haben wir die Versorgungsstrukturen und die Steuerungsmechanismen ausgesucht. Aus Zeitgründen kann ich keine näheren Projektbeschreibungen geben. Das finden Sie alles in den genannten Skizzen, in den „Visitenkarten“.

Ich komme zu den Typ-II-Projekten. Das sind diejenigen Projekte, bei denen ein Workshop durchgeführt wird und die Ergebnisse des Workshops anschließend ergänzt werden durch Literatur. Das erste Beispiel – ich habe es schon im vorigen Jahr vorgestellt – ist das Buch von Frau Kurth mit dem Titel „Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland“. Alle Informationen dazu haben Sie schon.

Der zweite Band mit dem Thema „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“ ist die Arbeit der Herren Angerer und Schwarz, die voraussichtlich des Jahres erscheinen wird.

Das dritte Thema, bearbeitet von Frau Professor Stoppe, ist das Thema „Versorgung psychisch kranker alter Menschen“. Der dazugehörige Workshop findet im Oktober dieses Jahres statt.

Schließlich komme ich noch zu den Typ-III-Projekten. Das sind die gezielten Kurzexpertisen, von denen wir gelernt haben, dass sie ein sehr wirksames Instrument sind, um sich schnell über eine Fragestellung zu informieren. Drei davon sind bereits publiziert. Es geht zum einen um die internationale Literatur zum Physician Factor. Das ist 2007 im „Deutschen Ärzteblatt“ erschienen. Das Zweite ist die Machbarkeitsstudie zu den Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen. Darüber habe ich schon berichtet. Das Ganze ist im Internet nachlesbar. Das Dritte ist der Literatur-Review zu dem Nutzen und den Risiken von Telemonitoring-Verfahren. Das wird im Laufe dieses Jahres publiziert werden.

Das Thema „Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“ entspricht einem Auftrag des 110. Deutschen Ärztetages. Der erste Teil befasst sich mit der Frage, welche Mechanismen sich identifizieren lassen. Das wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer an die Versorgungsforschungsgruppe weitergereicht bzw. an den Wissenschaftlichen Beirat. Es wurde eine Ausschreibung vorgenommen. Das Ergebnis der Ausschreibung war, dass die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft den Auftrag annahm.

Den Ergebnisbericht haben Sie, wenn ich richtig informiert bin, mit der Post zugeschickt bekommen. Er wird in Kürze im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht werden.

Der zweite Teil befasst sich mit dem Thema: Gibt es Hinweise darauf, ob und wie diese Mechanismen zu veränderten interessensgeleiteten Inhalten medizinischer Leitlinien führen können? Es wurde beschlossen, dass dieser zweite Teil ausgeschrieben wird. Diese Ausschreibung wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen. Die Ausschreibung erfolgt in Kürze.

Weitere Typ-III-Projekte, die wir in Arbeit haben, sind die Themen Kindesmisshandlungen – das ist nach Bayreuth gegangen –, Effektivität von nicht ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten und die Fortsetzung der Studie Rostock/Greifswald, die ich gerade vorgestellt habe, die sich speziell auf die ambulante Versorgung bezieht.

Dann gibt es noch eine geplante Typ-III-Expertise hinsichtlich der Datentransparenz für ärztliche Körperschaften. Das ist eine Expertise zur Notwendigkeit und Realisierbarkeit des ungehinderten Zugangs der ärztlichen Körperschaften zu sozial- und krankheitsbezogenen Daten. Das ist ein auf dem 111. Deutschen Ärztetag geäußerter Wunsch.

Ich glaube, dass man im Sinne eines Fazits sagen kann: Die Förderinitiative der Bundesärztekammer liegt im Programmplan und ist auf einem guten Weg, die

vorgegebenen Ziele auch zu erreichen. Ab Sommer 2009 werden in einer Reihe zur Förderinitiative Versorgungsforschung im „Deutschen Ärzteblatt“ interessante Ergebnisse aus den bereits abgeschlossenen Projekten nacheinander vorgestellt. Eine umfassende Berichterstattung zu den Projektergebnissen erfolgt dann auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Dresden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Scriba, für diese Darstellung. Ich glaube, so klar war es das ganze Jahr über nicht für alle. Deswegen bedanken wir uns sehr, sehr herzlich für diesen Bericht. Wir haben jetzt eine offene Diskussion darüber, die folgende Anträge beinhaltet: 38, 58, 68, 72, 59, 60, 77 und 42. Das sind insgesamt acht Anträge, die wir alle mit in die Aussprache einbeziehen.

Bis jetzt liegen zwei Wortmeldungen vor. Als erster Redner bitte Herr Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Unwidersprochen ist die Versorgungsforschung eine wichtige Aufgabe auch der Ärzteschaft. Es ist aber auch unwidersprochen und unbestritten, dass es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabenstellung und ein gesamtgesellschaftliches Problem ist. Deshalb kann, darf, wird und soll die Finanzierung nicht vor allen Dingen von den Mitgliedsbeiträgen der Ärzte geleistet werden, sondern auch von anderen relevanten Gruppen.

Wir werden bis zum Jahr 2010/2011 für diese Arbeit 4,5 Millionen Euro aus Mitgliedsbeiträgen bezahlt haben. Deshalb muss und soll die Frage gestattet sein, was den Benefit, den Profit für die Ärzteschaft an sich darstellt. Vielleicht könnte man versuchen – das ist die Zielrichtung des Antrags VIII-68 –, über die qualitativen Beiträge in den Medien über diesen vergangenen Zeitraum und noch bis 2010 uns etwas von außen sagen zu lassen, welchen Profit die Ärzteschaft durch die Versorgungsforschung in der bisherigen Zeit hat. Das würde es uns erleichtern, im kommenden Jahr die Versorgungsforschung mit entsprechenden Beträgen unter Umständen fortzusetzen, wobei wir dann die Beträge entsprechend dem Ergebnis dieser Untersuchung anpassen können.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Calles. – Jetzt bitte Herr Joas.

Dr. Joas, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Calles hat über Millionen gesprochen. Ich spreche über Milliarden und bitte deshalb um Ihre rege Aufmerksamkeit. Wir haben gehört: Wir können Millionen sparen. Wir haben vor zwei Jahren einen Antrag zu einer Expertise gestellt, die inzwischen vorliegt. Bei Mittelknappheit – so war unser Ausgangspunkt vor zwei Jahren – sollten wir als Ärzte nicht nur weitere Finanzmittel einfordern, sondern wir sollten über die optimierte Verteilung von Finanzmitteln sprechen. In Zeiten der Rationierung müssen knappe Mittel gerecht – oder noch besser: patientenoptimiert – verteilt werden.

Innerhalb von 35 Jahren – so haben wir es auf der Eröffnungsveranstaltung von unserem Präsidenten Hoppe gehört – sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Versorgung von 22 auf 15 Prozent gesunken. Im Gegenzug sind die Ausgaben für Arzneimittel entsprechend auf derzeit 25 Prozent gestiegen.

Erfolgt diese Ausgabensteigerung zum Wohle unserer Patienten oder zur Profitmaximierung der Pharmaindustrie? Das ist eine provokative Floskel. Jetzt wissen wir mehr. Nun liegt uns die geforderte Expertise zum Einfluss der Pharmaindustrie auf Arzneimittelstudien, auf Leitlinien vor. Die Ergebnisse wurden Ende Dezember letzten Jahres von Professor Lieb vorgelegt. Die Studie liegt Ihnen vor. Die Ergebnisse sind so überzeugend, dass wir uns als Ärzte für den Ausbau einer unabhängigen Arzneimittelforschung stark machen müssen.

Professor Lieb ist extra zu diesem Tagesordnungspunkt eingeladen worden, damit er Ihnen für kritische Nachfragen zur Verfügung steht. Er wird bei entsprechenden Nachfragen gern Stellung nehmen.

Ich bitte Sie, dem Antrag 77 zuzustimmen, der fordert, dass die Studien in Zukunft weniger von der pharmazeutischen Industrie finanziert werden, sondern auch von der öffentlichen Hand gefördert werden. Ähnliche Forderungen stehen erfreulicherweise im Antrag 38 des Vorstands der Bundesärztekammer, der erweiternd die kritische Interpretation der Daten der Arzneimittelstudien erwähnt und die zentrale Forderung enthält:

> *Wissenschaftsinitiierte klinische Studien sollen in größerem Umfang als bisher gefördert werden …*

Ich bitte um Ihre Zustimmung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch von hier aus Herrn Professor Lieb herzlich willkommen heißen und begrüßen. Er ist geladener Gast mit Rederecht. Er ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie hier in Mainz. Das ist ein bekannter Lehrstuhl, den er im Moment innehat. Herzlich willkommen, Herr Professor Lieb!

(Beifall)

Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Krause-Girth aus Hessen.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Herr Präsident! Meine lieben Kollegen und Kolleginnen! Ich war immer eine Unterstützerin dieser Versorgungsforschung. Ich bin sehr gespannt auf die Ergebnisse in diesem Jahr. Ich habe das Handlungskonzept vom Mai 2009, das uns allen zur Kenntnis gegeben wurde, in Auszügen gelesen. Ich war sehr überrascht, welche Vorschläge ich dort gefunden habe, die aus meiner Sicht überhaupt nicht haltbar sind. Ich meine beispielsweise die solidarische, sozial gerechte Gesundheitsversorgung, die auch gleichzeitig im Programm gefordert wird. In der Zusammenfassung sehen Sie auf Seite 18 Vorschläge, die am 12. Mai an die Presse gegangen sind. Es wird vorgeschlagen, Zuzahlungen in folgender Weise vorzunehmen:

> *Zuzahlungen können nur dort steuernd wirken, wo der Bürger auch entscheiden kann.*

Die dann genannten Zuzahlungen sind alles Zuzahlungen, gegen die man sich nur entscheiden kann, wenn man sich dafür entscheidet, sich nicht behandeln zu lassen. Es geht beispielsweise darum, dass jeder Hausbesuch künftig vom Patienten mit 10 Euro bezahlt werden muss. Ein Patient, der einen Hausbesuch braucht, kann sich in der Regel nicht entscheiden, zum Arzt zu fahren. Das betrifft beispielsweise Menschen, die chronisch krank sind, die zu Hause sterben wollen und dringend regelmäßig Hausbesuche brauchen. Für die kommt so etwas wie die Zuzahlung nicht infrage.

Ferner wird eine Zuzahlung bei einer Krankenhausdauer von mehr als 28 Tagen gefordert. Wer hat denn die Freiheit, zu sagen, dass er weniger als 28 Tage im Krankenhaus bleiben will? Wer bleibt denn freiwillig länger als vier Wochen? Warum muss das jetzt bestraft werden?

Bei der Psychotherapie sollen ab sofort 10 Prozent vom Patienten selber übernommen werden. Das bedeutet pro Sitzung 8 Euro. Das betrifft nicht die privilegierten Gutverdiener, sondern wiederum diejenigen, die nur über die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt die Chance haben, psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen.

Das ist absolut sozial ungerecht und bedeutet natürlich wieder, dass die Psychotherapie ein Privileg der Besserverdienenden wird und bleibt, wie es in anderen Ländern auch der Fall ist.

Alle diese Regelungen treffen insbesondere chronisch Kranke und psychisch Kranke. Ich frage mich, wie solche Zuzahlungsregelungen in einem Vorschlag an die Presse gehen können, die zeigen, dass man immer wieder die Ärmsten unsolidarisch zur Kasse bitten will.

Ich hoffe, dass es möglich ist, dass sich der Deutsche Ärztetag von diesen Vorschlägen distanziert. Ich habe einen entsprechenden Antrag formuliert. Leider ist er noch nicht umgedruckt. Ich hoffe, Sie können ihm, wenn er vorliegt, zustimmen.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Krause-Girth. – Als nächster Redner Herr Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Hohes Präsidium! Meine Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag von Herrn Calles. Die Zielrichtung ist ja eine nicht schlechte, aber als Finanzverantwortlicher vom Vorstand muss ich Sie darauf hinweisen – das ist meine Pflicht –, dass ein externes Institut die Arbeit leisten soll. Damit ist das Ganze finanzrelevant. Deshalb bitte ich Sie, das an den Vorstand zu überweisen, um die Finanzrelevanz zu prüfen. Das können wir hier heute nicht leisten.

Mir ist inhaltlich gesehen Folgendes unklar; vielleicht kann sich Herr Calles dazu noch äußern. Die Arbeiten zur Versorgungsforschung werden alle in den Fachmedien veröffentlicht. Ich glaube, es interessiert nicht, wie oft etwas in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ über die Versorgungsforschung gestanden hat, denn das ist nicht primär unser Adressat.

Ich bitte für den Antrag VIII-68 um Vorstandsüberweisung.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Das ist angekommen. – Als nächste Rednerin bitte Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gleich etwas zur Vorstandsüberweisung sagen. Ich bitte Sie, den ganzen Antrag abzulehnen. Herr Crusius hat dankenswerterweise schon auf die Kostenfolgen hingewiesen. Ich finde es geradezu absurd, hier weitere Kosten zu produzieren, weil doch die vorhergehenden Berichte der Versorgungsforschung schon gezeigt haben, dass das Ganze ein Erfolgsmodell ist. Das ist klasse, beispielsweise was hier vorgestellt wurde zur Arzneimittelforschung. Da haben wir jetzt etwas in der Hand.

Die Forschungsprojekte zum Thema des Zusammenhangs zwischen DRGs, Kostendruck, Arbeitsbedingungen, Patientenzufriedenheit sind alle ein Erfolgsmodell. Da können wir alles, was wir schon seit Langem politisch fordern, mit sachlichen Daten untermauern.

Ich kann allerdings verstehen – da muss ich Herrn Crusius ein bisschen widersprechen –, dass man damit ein wenig aktiv arbeiten will. Das heißt, neben der wissenschaftlichen Veröffentlichung der Ergebnisse sollten wir natürlich das Ganze in Forderungen umsetzen – Kollege Joas hat ja bereits auf diverse Anträge verwiesen, die das beispielsweise mit der Expertise zur Arzneimittelforschung tun – und wir sollten andererseits – ich bin sicher, dass die Bundesärz-

tekammer dies tun wird; das kann in den einzelnen Landesärztekammern fortgeführt werden – mit diesen Ergebnissen an die Öffentlichkeit gehen.

Ich habe in meinen Anträgen zur Arzneimittelexpertise darauf hingewiesen, dass die Bundesregierung mindestens schon Priorisierungsinstitutionen, wenn nicht gar Rationierungsinstitutionen in Gestalt des IQWiG und des G-BA geschaffen hat. Diese wiederum berufen sich zum Teil auf Studienergebnisse, die gerade in der Expertise zur Arzneimittelforschung kritisiert oder infrage gestellt werden. Das ist ein weiteres Indiz dafür, dass es dringend erforderlich ist, hier eine demokratische Legitimation und eine demokratische Kontrolle herzustellen und nicht so zu tun, Frau Krause-Girth, als hätten wir das Problem nicht schon längst.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Frau Gitter. – Als nächster Redner der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Jörg Hoppe! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Heidrun Gitter, ich möchte dir insoweit widersprechen, als ich den Antrag von Andreas Crusius auf Überweisung des Antrags VIII-68 an den Vorstand unterstützen möchte. Man muss das Anliegen von Herrn Calles ernst nehmen. Die Frage, warum wir Versorgungsforschung betreiben, ist natürlich berechtigt. Sie wird nicht dadurch beendet, dass ich einen solchen Antrag ablehne. Wenn Sie den Antrag an den Vorstand überweisen, werden wir uns mit ihm mit der gebotenen Weisheit befassen. Wir freuen uns alle auf den 113. Deutschen Ärztetag, auf dem wir dieses Thema, das mindestens einen eigenständigen Tagesordnungspunkt verdient hat, sicherlich mit Freuden aufgreifen.

Herr Calles, ich habe mich zu Wort gemeldet, weil Sie gefragt haben: Warum machen wir das denn? Darauf gibt es eine relativ einfache Antwort: Wer nah am Patienten ist, ist nah an der Wahrheit. Wir wissen, dass wir nah am Patienten und damit nah an der Wahrheit sind. Über die Priorisierungsdiskussion weiß es ein bisschen besser auch die Öffentlichkeit. In der Politik ist diese Wahrheit aber noch nicht angekommen. Deswegen brauchen wir dafür Zahlen, Daten und Fakten, um die Realität, die wir und unsere Patienten erleben, zurückzuspiegeln. Als Ärzteschaft gehen wir dabei mit bestem Beispiel voran.

Es gibt Universitäten, für die das Thema Versorgungsforschung Neuland ist. Sie haben ein Problem damit.

Wir feiern in diesem Jahr den 250. Todestag von Alexander von Humboldt. Er ist einer der großen Gründerväter der Wissenschaft in Deutschland. Was hat er getan? Er hat keine neuen Substanzen erfunden. Er hat geforscht. Er ist dort hingegangen, wo bereits etwas war. Er hat Expeditionen durchgeführt. Er hat damit im besten Sinne Versorgungsforschung betrieben. Wir betreten also kein

Neuland, sondern Altland. Nach 250 Jahren dürfen wir es wiederentdecken. Die Tatsache, dass die Ärztekammer mit vorne dabei ist, halte ich für ein gutes Zeichen für die Kammer.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Günther Jonitz. – Jetzt bitte Herr Kollege Schwarzkopf-Steinhauser aus Bayern.

Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 77, zu dem Herr Joas schon gesprochen hat. Ich halte den Einfluss der Pharmaindustrie auf das ärztliche Verordnungsverhalten für ein eminent wichtiges Thema. Das betrifft nicht nur den ambulanten Bereich, sondern den stationären ebenso. Auch ich arbeite im stationären Bereich. Wenn man versucht, seine Unabhängigkeit öffentlich bekannt zu machen, steht man unter einem enormen Druck durch die Vertreter der Pharmaindustrie, die durch die Stationen gehen und offen proklamieren, dass man mit mir nicht zusammenarbeiten kann, obwohl ich, denke ich, in einem bestimmten Bereich Experte bin. So stark ist der Druck, so sind die Erfahrungen.

Es bedarf meiner Meinung nach dringend einer unabhängigen Forschung. Wie kann das finanziert werden? Ich denke, die Studie, die von Herrn Professor Lieb vorgelegt worden ist, zeigt klar, wie stark die Einflussnahme ist. Wie finanziert man eine solche Forschung bezüglich der Einflussnahme? Ich bin ein bisschen unglücklich, dass entsprechend dem Antrag wieder Gelder von der Pharmaindustrie in den Pool fließen sollen. Das finde ich zumindest schwierig. Ich finde es auch unglücklich, dass jede einzelne Landesärztekammer diese Poolmittel verwalten soll.

Ich habe die Frage an Herrn Professor Lieb: Wie könnte man solche Gelder verwalten? Das ist ein echtes Problem. Wenn schon die Kammer ins Spiel kommt, könnte ich mir allerhöchstens vorstellen, dass die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer Einfluss nimmt, weil dort viel Sachverstand versammelt ist. Ich bin mir nicht ganz darüber im Klaren, wie das durchgeführt werden soll. Ich habe auch darüber nachgedacht, ob das IQWiG so etwas leisten kann. Aber das ist etwas emotionsbeladen. Wir brauchen irgendeine unabhängige Institution, die diese Forschung steuert, oder Universitäten. Aber ganz entscheidend ist, dass eine Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie besteht. Ich glaube, die Regelung mit den Kammern ist unglücklich.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Schwarzkopf-Steinhauser. – Jetzt kommt Herr Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! So bitter nötig die Versorgungsforschung ist, so muss ich hier doch kritisch anmerken, wie die Folgen der Privatisierung der Universitätskliniken Gießen und Marburg dargestellt wurden. Wir haben 2005 gefordert, diese einmalige Gelegenheit zu nutzen, im Umfeld zu schauen, was sich ändern wird, wenn dort ein privater Investor auftritt. Ich musste lange blättern, um im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer fündig zu werden. Was musste ich dort lesen, warum es nicht gemacht wird? Der Träger hat sich wohl nicht so kooperativ gezeigt, er hat die Daten nicht zur Verfügung stellen wollen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es kann doch nicht wahr sein, dass man gerade dort, wo man Schlimmes vermutet, sich nach dem Motto abschütteln lässt: Der rückt die Daten nicht heraus, also gehen wir da nicht heran, wir tun da nichts! Das kann es nicht sein.

(Beifall)

Es ist in der politischen Diskussion, aber auch in der Diskussion mit Verbänden bitter nötig, dass man über Zahlen und nicht nur über Erfahrungsberichte verfügt. Ich muss auch, was die Qualität betrifft, ein Fragezeichen anbringen. Überrascht es Sie ernsthaft, dass bei einer alternden Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern die Gesamtmorbidität steigt und mehr Leistungen in Anspruch genommen werden? Mich hat das jedenfalls nicht so sonderlich überrascht.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Scholz. – Jetzt bitte noch einmal Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Crusius, ich hätte mir nicht nur auf diesem Ärztetag, sondern auch bei vielen vorangehenden Ärztetagen gewünscht, dass Sie sich melden, wenn es Anträge gibt, die finanzrelevant sind. Dann wären wir hier vielleicht ein Stückchen weiter. Ich muss verdeutlichen, was die Zielrichtung ist. Auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 gab es den Antrag des Vorstands, der vor allen Dingen damit begründet wurde, dass die Qualität des deutschen Gesundheitswesens sowie der ärztlichen Berufsausbildung seit Jahren einer kontinuierlich negativen Kritik unterliege. Gleichzeitig gab es das Argument einer schlechten Darstellung der ärztlichen Berufsausübung.

Ich fordere mit meinem Antrag lediglich, dass wir nach dieser Zeit, bevor wir im nächsten Jahr in eine weitere Diskussion einsteigen, Auskunft darüber erhalten, was sich zur Erledigung dieser Argumentation des Vorstands tatsächlich getan hat.

Wenn ich höre, dass diese Ergebnisse vor allem in der Fachpresse dargestellt werden, dann muss ich, so leid mir das tut, darauf hinweisen, dass dies nicht die Intention war, die 2005 vonseiten des Vorstands der Bundesärztekammer vorgetragen wurde.

Ich bitte Sie dringend, diesen Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, weil ich einfach einmal sehen möchte: Wie steht dieser Deutsche Ärztetag – vielleicht ist das ein Hinweis für den Vorstand – dazu, eine zweite Tranche in möglicherweise derselben Höhe in die Hand zu nehmen? Mit welcher Zielrichtung soll das geschehen, wenn nicht mit derselben, die wir 2005 festgelegt haben?

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Calles.

Weitere Wortmeldungen liegen nicht mehr vor. Ich frage Herrn Professor Lieb, ob er das Wort ergreifen möchte. Er ist herzlich dazu eingeladen, wenn er dies tun möchte. – Bitte sehr.

Prof. Dr. Lieb, geladener Gast: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Danke, dass Sie mir kurz die Gelegenheit geben, mich zum Thema Pharmaindustrie und Ärzteschaft zu äußern. Ich beschäftige mich mit diesem Thema seit drei Jahren. Ich kenne als Universitätsdirektor das Spannungsfeld, dass wir in der Wissenschaft sehr eng kooperieren, aber gleichzeitig Unabhängigkeit im Verordnungsverhalten haben möchten. Ich kann der Ärzteschaft nur empfehlen, sich hiermit sehr kritisch auseinanderzusetzen. Wir haben ganz klare wissenschaftliche Belege dafür, dass das Verordnungsverhalten beeinflusst wird und dadurch erhebliche Mehrkosten im Gesundheitssystem entstehen. Wenn man hier vonseiten der Ärzteschaft eine klare Linie hätte, könnten sicher sehr viele Mittel eingespart werden.

Die Expertise hat uns auch gezeigt, dass es eine klare Einflussnahme auf die Studienergebnisse und die Publikationen gibt, wobei die problematischsten Bereiche der „publication bias“ und der Einfluss auf das Studienprotokoll sind.

Die Schlussfolgerungen, die ich daraus ziehe und die auch in verschiedenen Anträgen vorgeschlagen werden, halte ich für sehr vernünftig, vor allem, dass mehr Geld in die unabhängige klinische Forschung fließt. Es wurde auch der Vorschlag gemacht, Poolgelder zu schaffen, dass also die Pharmaindustrie ebenso wie in anderen Ländern auch bei uns Gelder abgibt, die in den Pool fließen. Ob er von der Ärztekammer verwaltet werden soll, muss man diskutieren. Ich denke, dazu sollte ein unabhängiges Gremium eingerichtet werden, das beispielsweise die Ärztekammern, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und auch die Universitäten umfasst.

Ich kann Ihnen also nur empfehlen, die Anträge zu unterstützen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Lieb. – Wenn Herr Professor Scriba möchte, hat er jetzt das Schlusswort.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn ich darf, beginne ich mit den Aussagen von Herrn Calles. In der Tat, das sehen wir genauso: Versorgungsforschung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Bemühungen darum werden ja weiß Gott auch nicht nur von uns getragen.

Zu der Frage, wie man erreichen könnte, dass sich auch noch andere für eine unabhängige Versorgungsforschung vermehrt einsetzen, haben wir von Anfang an versprochen, dass wir uns um Bundesgenossen bemühen werden. Das haben wir in den vergangenen vier Jahren kontinuierlich getan, bisher ohne definitiven Erfolg. Aber wir haben die Zusage der vom BMBF getragenen Versorgungsforschung, die paritätisch zusammen mit den Krankenversicherungen – gesetzliche und private – und den Rentenversicherungsträgern durchgeführt wird, dass wir als Genosse im Bunde aufgenommen werden können. Die Umsetzung ist rein aus Zeitgründen technisch schwierig. Unsere eigene Initiative, so wie sie im Augenblick läuft, hat noch zwei Jahre. In dieser Zeit fangen die anderen mit ihrer Förderung eigentlich erst an. Das war bisher nicht zur Deckung zu bringen. Sollte man in einem Jahr oder in zwei Jahren beschließen, die Angelegenheit fortzusetzen, haben wir in diesem Kreise sicher eine gute Chance.

Der zweite Verhandlungspartner im Sinne einer möglichen Kooperation ist die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Auch das ist noch nicht zu einem Abschluss gekommen. Also, Herr Calles: gesamtgesellschaftliche Aufgabe – ja.

Was bei der Umsetzung erreicht wurde: Meine subjektive Sicht ist, dass es nicht nur interessant ist, zu sehen, was in den Fachmedien publiziert wird. Ich habe Ihnen angekündigt: Wir werden das im Sinne einer vollständigen Serie über alle Projekte im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlichen dürfen. Das ist mit dem „Deutschen Ärzteblatt“ verabredet.

Ich finde auch die Frage interessant: Was davon erscheint in den Medien, die für die Öffentlichkeit gedacht sind? Viele von Ihnen wissen wahrscheinlich, dass ich eine 30-jährige, 35-jährige Tätigkeit für die Jodprophylaxe hinter mir habe. Da haben wir die Medien sehr genau verfolgt. Um nur eine Zahl zu nennen: In zehn Jahren hat von 80 Millionen Deutschen jeder zwanzigmal Gelegenheit gehabt, in irgendeiner Zeitung oder in einem Fernsehbeitrag usw. das Thema Jodmangel zur Kenntnis zu nehmen. Das hat pro Jahr rund 200 000 DM gekostet. Das war eine außerordentlich teure Angelegenheit, so etwas quantitativ sinnvoll auszuwerten. Insofern ist in der Tat eine Finanzrelevanz gegeben. Was der Vorstand damit macht, ist nicht meine Sache.

Interessant ist es; Herr Calles, da bin ich ganz Ihrer Meinung. Wir werden mit Amateurmitteln versuchen, diesbezüglich so weit wie möglich zu kommen, ohne dass ich Ihnen versprechen kann, dass wir ein wirklich vollständiges Bild liefern können.

Ich komme zu den Ausführungen der Herren Joas, Schwarzkopf-Steinhauser und Lieb. Es ist richtig, dass die Notwendigkeit besteht, sich vermehrt um eine unabhängige Förderung der Versorgungsforschung zu kümmern. Das ist auch zutiefst unser Anliegen. Nicht zuletzt deswegen sind wir ja zusammengekommen und haben versucht, das Ganze auch im Rahmen der Bundesärztekammer in Gang zu bekommen.

Ich bin im Übrigen der Meinung, dass das von uns aus eigentlich ganz gut läuft. Wir haben von Ihnen vor zwei Jahren den Auftrag bekommen. Damit meine ich die Ständige Kommission. Der Vorstand hat uns beauftragt. Wir haben es ausgeschrieben. Wir haben – wen wundert es? – die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft als diejenigen gefunden, die das vernünftigste Bearbeitungsangebot gemacht haben. Die zweite Runde folgt. Das läuft doch eigentlich sehr gut, soweit wir betroffen sind.

(Vereinzelt Beifall)

Im Übrigen meine ich in der Tat: Wir müssen uns alle bemühen, den unabhängigen Drittmittelgebern klarzumachen, dass eine unabhängige Förderung dieser Versorgungsforschung notwendig ist. Wenn Herr Schwarzkopf-Steinhauser der Meinung ist, dass das schwierig ist im Sinne eines von der Pharmaindustrie finanzierten Pools, dann bitte ich ihn, sich das anzuschauen: Die Amerikaner machen das schon. Das scheint, soweit ich das von hier aus beurteilen kann, bei denen gar nicht so schlecht zu funktionieren.

Frau Krause-Girth hat gesagt, dass sie Bedenken hat hinsichtlich der Darstellung in dem Buch von Herrn Beske aus Kiel zum Thema Zuzahlung bei der Psychotherapie und was die Ärmsten zahlen müssen. Frau Krause-Girth, damit haben wir nichts zu tun. Herr Beske ist ein völlig unabhängiges Unternehmen, zu dem ich mich nicht äußern kann und will. Aber das sind nicht wir. Bitte verwechseln Sie das nicht.

Herr Scholz, Sie haben die Ergebnisse aus Mecklenburg-Vorpommern nicht überraschend gefunden. Ich auch nicht. Aber die Tatsache, dass es mit quantitativ deutlich abweichendem Ergebnis jetzt wissenschaftlich bestätigt wurde, gibt dem Argument ein ganz anderes Gewicht als vorher. Wir haben das vor Kurzem in dem Symposium in Berlin zum Arztfaktor gesagt: Die allgemeine Unzufriedenheit der Ärzte im Sinne quantitativ ermittelter Zahlen auszudrücken ist etwas anderes, als die gefühlte Unzufriedenheit zum Ausdruck zu bringen. Darum geht es.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Scriba.

Wir kommen zur Abstimmung der Anträge, und zwar zunächst zum **Antrag VIII-38** vom Vorstand. Ein Änderungsantrag dazu ist mir nicht bekannt. Der Antrag liegt Ihnen schon lange vor. Wer möchte dem Antrag VIII-38 zustimmen? – Wer

will ihn ablehnen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Mit ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag VIII-58** von Dr. Lipp und anderen:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder und die medizinischen Fakultäten auf, die allgemeinmedizinischen Abteilungen finanziell und personell so auszustatten, dass eine dem Fach angemessene Versorgungsforschung möglich ist.*

Das ist löblich. Wer möchte das befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch mit ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-68** von Dr. Calles: Analyse der öffentlichen Wahrnehmung der Ergebnisse der Versorgungsforschung. Da gibt es einen Überweisungsantrag. Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer möchte nicht überweisen, sondern abstimmen? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Dann kommt der **Antrag VIII-72** von Dr. Kobes: Förderung und Finanzierung unabhängiger medizinischer Forschung. Wer möchte dem Antrag 72 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-59** von Frau Dr. Gitter. Wer möchte zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Wollen sich ganz, ganz viele enthalten? – Ich lese den Antragstext vor:

> *Auf Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages 2007 hat der Vorstand der Bundesärztekammer zusammen mit der ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beauftragt, eine Expertise vorzulegen, die den „Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“ untersucht. Die Expertise liegt nun vor und beschreibt und bewertet verschiedene Möglichkeiten der Einflussnahme. Diese bewirkt im Ergebnis: „Publizierte Arzneimittelstudien, die von der pharmazeutischen Industrie finanziert werden oder bei denen ein Autor einen finanziellen Interessenkonflikt hat, haben weitaus häufiger ein für das pharmazeutische Unternehmen günstiges Ergebnis als Studien, die aus anderen Quellen finanziert werden.“*

Das ist ein Zitat aus der Studie. Es folgt noch einiger Text. Aber jetzt wissen Sie ganz genau, um was es geht. Ich bitte Sie, sich zu entscheiden.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Dann beschäftigen wir uns im Vorstand eindringlichst damit.

Dann kommt der **Antrag VIII-60,** auch von Frau Dr. Gitter:

Die Ärztekammern werden aufgefordert, Veranstaltern und Referenten, die sich an das Gebot der Veröffentlichung eines Interessenskonfliktes nicht halten, zukünftig bundesweit und bundeseinheitlich keine Anerkennung/Zertifizierung ihrer Fortbildungsveranstaltungen zu erteilen. Die Ärztekammern müssen sich hierüber wechselseitig untereinander informieren.

Das ist die eigentliche Botschaft, die Frau Dr. Gitter vermitteln möchte. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-77** von Dr. Joas, den er auch begründet hat. Auch dieser Antrag bezieht sich auf diese Expertise. Dazu gibt es wegen der finanziellen Auswirkungen, die noch nicht abzuschätzen sind, einen Überweisungsantrag. Der Überweisungsantrag geht vor. Wer möchte überweisen? – Wer ist nicht für Überweisung? – Weniger. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-42** von Dr. Müller aus Bayern: Verbrauch finanzieller Ressourcen durch Institutionen im Gesundheitswesen. Das ist sehr spannend, was da so alles versickert. Wer möchte den Antrag 42 befürworten? – Wer möchte das nicht? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Vielen Dank, Professor Scriba, vielen Dank, Professor Lieb, vielen Dank den Diskussionsteilnehmern.

(Beifall)

Für Professor Scriba und seine Mitstreiter viel Erfolg bei der weiteren Arbeit im Rahmen der Versorgungsforschung.

Jetzt kommen wir zum Sachstandsbericht zum Projekt elektronische Gesundheitskarte und elektronischer Arztausweis. Dazu liegen eine Reihe von Anträgen vor. Ich schlage vor, dass wir die Ziffern der entsprechenden Anträge auf der Leinwand zeigen, damit sich die Damen und Herren Delegierten die Unterlagen entsprechend zurechtlegen können. Das ist ein Thema, das nicht nur den Kopf berührt, sondern auch den Bauch. Berichterstatter ist unser Telematikexperte, der Vorsitzende der Telematikgremien der Bundesärztekammer, der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Franz Bartmann. Bitte sehr.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Fast genau vor einem Jahr haben wir im Rahmen eines eigenen Tagesordnungspunkts die Telematik behandelt. Ich sehe hier viele Kolleginnen und Kollegen, die das miterlebt haben. Auch mir ist es noch immer in lebhafter Erinnerung. Sie wissen, dass wir damals in einer zweiten Lesung zu einer Beschlusslage gekommen sind, die einerseits sehr zufriedenstellend war, andererseits doch relativ vielschichtig gestaltet war.

Es hat uns am Anfang Probleme bereitet, der Presse zu erklären, wie so etwas zustande kommt, dass man etwas fordert, gleichzeitig aber vehement ablehnt. Das haben wir aber ganz gut geschafft.

Folgen zeigen sich allerdings noch bis heute. Wir haben anschließend erlebt, dass einzelne Passagen aus der Beschlussfassung sehr unterschiedlich auch von ärztlichen Teilnehmern und der ärztlichen Öffentlichkeit interpretiert worden sind, was mich überhaupt nicht verwundert, wenn man bedenkt, dass sich in dieser Beschlussfassung, die am Ende dieses langen Tagesordnungspunkts stand, sowohl die kritischen Befürworter – dazu zählen wir uns – als auch die distanzierten oder auch etwas vehementeren Ablehner wiederfinden mussten.

Wir haben uns unmittelbar nach dem Ärztetag in Ulm zusammengesetzt und haben die Beschlüsse und Entschließungen aufgearbeitet und daraus einen 12-Punkte-Forderungskatalog der Ärzteschaft zusammengefasst und dem BMG mit der Bitte um Positionierung zugeleitet. Daraus entwickelte sich eine Diskussion, die bis vor Kurzem angehalten hat und die manchmal nicht ganz einfach war, die letztendlich doch zu einem Ergebnis geführt hat, das im Rahmen eines Pressegesprächs sozusagen auf der Spitzenebene im „Deutschen Ärzteblatt“ publiziert wurde.

Ich denke, dass sich das, was ich Ihnen als Ergebnis dieses Diskussionsprozesses vortragen werde, sehen lassen kann.

Bitte verstehen Sie meine folgenden Äußerungen insofern als die Zusammenfassung der sehr zahlreichen Gespräche mit dem BMG auf allen Arbeitsebenen bis hin zum Staatssekretär, mit dem ich einige Male entscheidende Punkte, die vorbereitet worden waren, abstimmen konnte. Die erste Forderung lautet: Freiwilligkeit der Nutzung aller neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte – insbesondere der Online-Anbindung – durch Patienten und Ärzte. Zu dieser Forderung besteht Einverständnis zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesärztekammer, dass dieser Anforderung, die wir an das Projekt elektronische Gesundheitskarte stellen, keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen. Der Staatssekretär ist ja am Dienstag in seiner Rede in Vertretung von Ministerin Schmidt kurz in einem Nebensatz darauf eingegangen mit der Feststellung: „Niemand will Sie in ein System zwingen.“ Das ist ein gelassen ausgesprochener Satz, der bisher doch einiges an Diskussionen erforderte.

Die Konkretisierung der Nutzung aller neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte muss auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen durch die Partner der Selbstverwaltung – und nur durch diese – erfolgen. Wir sind uns darin einig, dass die Selbstverwaltungspartner die hier erforderlichen Vereinbarungen treffen und dass seitens des BMG hierzu keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind.

Die Beschlusslage in der gematik lautet hierzu: Der Start der Online-Anwendungen ist für den Leistungserbringer freiwillig. Diese Beschlusslage ist nicht so ganz neu. Sie ist aber nie vom BMG beanstandet worden. Das heißt also, schon vor der detaillierteren Diskussion hat sich die Rechtsaufsicht nicht veranlasst gesehen, dagegen zu intervenieren.

In der Interpretation dieser Sprachregelung gibt es aber, wie Sie sich vorstellen können, natürlich Auslegungsunterschiede zwischen den Interessenvertretern in der gematik, den Gesellschaftern der gematik, zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Ich benutze letzteren Begriff, weil er dort eingeführt ist, nicht weil ich glaube, dass „Leistungserbringer“ ein geeigneter Begriff ist, unsere Tätigkeit zu beschreiben. Das ist ein Terminus technicus. Seien Sie nicht irritiert, wenn er einige Male auftaucht.

Sie haben die Diskussion verfolgt. Es gab eine Meldung vom Niederrhein, in der gesagt wurde: Wenn die Freiwilligkeit Bestand hat, geben wir einfach keine Karten aus. Das war eine kleine Protesthaltung. Ich habe daraufhin erwidert – das haben Sie möglicherweise gelesen –: Wer das Projekt an die Wand fahren will, der muss es genau so machen.

In dieser Frage scheint ein technischer Kompromiss durchaus machbar. Ich verweise hierzu auf die Vorstandsanträge VIII-34, VIII-36 und VIII-36 a. Wir haben den Antrag 36 a selbst eingebracht, weil der Antrag 36 nicht so präzise ist, wie er sein sollte. Ein Hinweis aus der Bevölkerung hat uns veranlasst, das zu korrigieren.

Die zweite Forderung ist die Vermeidung zentraler Speichersystematik. Wir haben nicht nur einfach diese Forderung gestellt, sondern wir haben in unserer Fachabteilung Eckpunkte für ein Konzept zur dezentralen Speicherung erarbeitet und haben es der 20. Gesellschafterversammlung der gematik am 13. Oktober 2008 vorgelegt. Die gematik hat beschlossen, eine konzeptionelle Bewertung des Konzepts der Bundesärztekammer durchzuführen und dabei gleichfalls unterschiedliche Implementierungen von dezentralen Speichermedien zu untersuchen.

Das BMG hat diesen Beschluss nicht beanstandet, das heißt, das BMG trägt diesen Beschluss mit. Auch hierzu hat sich der Staatssekretär nicht zuletzt auch in seiner Stellungnahme während des Pressegesprächs eindeutig geäußert: Es gibt vielfältige Speichermöglichkeiten, es gibt nicht nur die zentrale Speicherung, die ursprünglich einmal vorgesehen war, sondern es gibt natürlich auch die dezentrale Speicherung als Alternative.

Die Beibehaltung des Papierrezepts als mögliche Alternative zum E-Rezept war unsere dritte Forderung. Die Form der Rezepte wird durch die Vertragspartner der Selbstverwaltung geregelt. Es besteht zwischen Bundesärztekammer und BMG Konsens, dass das Papierrezept auf jeden Fall als Parallellösung erhalten bleiben muss, gerade wenn es Probleme mit der EDV geben sollte. Es besteht auch insofern völlige Übereinstimmung, dass man an eine elektronische Verordnung überhaupt erst dann wieder denken kann, wenn diese elektronische Verordnung mindestens genauso einfach oder einfacher ist als die heutige Verordnung auf dem Papier.

Das ist konsentiert und deshalb im Moment überhaupt kein Thema. Wir müssen daran arbeiten, bis genau diese Bedingungen erfüllt sind.

Unsere vierte Forderung lautete: Die sichere Punkt-zu-Punkt-Kommunikation muss mit Beginn der Online-Phase möglich sein. Mit dem Beschluss der 21. Gesellschafterversammlung zum Online-Rollout vom 15. Dezember 2008 wird

sichergestellt, dass mit Beginn der Online-Phase die Möglichkeit der sicheren Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, also der elektronische Arztbrief, zur Verfügung stehen soll.

Kolleginnen und Kollegen, diese Anwendung des elektronischen Arztbriefs hat zu tun mit dem elektronischen Heilberufeausweis. Sie hat nichts zu tun mit der elektronischen Gesundheitskarte. Ich habe einmal die Aussage gehört: Der elektronische Arztbrief soll ja in die Gesundheitsakte. Wie soll er da hineinkommen? Ich habe den Patienten normalerweise nicht dabei, wenn ich den Arztbrief schreibe oder wenn ich ihn lese. Das ist keine Funktion der elektronischen Gesundheitskarte, sondern des Heilberufeausweises. Das BMG hat keinen Zweifel daran gelassen, dass es natürlich auch in seinem Sinne ist, eine schnellstmögliche Realisierung zu erreichen, auf elektronischem Weg Informationen auszutauschen.

Weiterhin hatten wir gefordert, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden, damit Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte durch eine „klinische Basisinformation“ ersetzt werden können.

Anlass für diese Forderung waren Diskussionen nicht nur mit Ärzten in der Projektregion, sondern auch mit Kolleginnen und Kollegen, die an sich dem Gesamtprojekt sehr kritisch gegenüberstehen, die aber erklärt haben: Es würde uns wirklich helfen, wenn das, was wir jetzt unseren Patienten als Ausdruck mitgeben, wenn wir überweisen oder einweisen, auf der Karte transportiert werden könnte.

Diese Forderung war besonders heikel, weil uns das BMG von Anfang an darauf aufmerksam gemacht hat, dass diese Form der Speicherung, also das Auslesen von Daten ohne PIN, sozusagen eine kleine Patientenakte auf der Gesundheitskarte, datenschutzrechtlich auf gar keinen Fall machbar ist. Das mussten wir sehen, das haben wir so gesehen. Aber wir weisen ausdrücklich auf die Interpretationsfähigkeit des Notfallbegriffs hin. Ein Arzt, der mit ausdrücklicher Genehmigung eines einwilligungsfähigen Patienten mit unklaren Symptomen dessen Notfalldatensatz ausliest, handelt im Einklang mit geltendem Recht. Diese Position ist ebenfalls mit der Arbeitsebene des Bundesministeriums für Gesundheit abgestimmt. Das ist eine Definition des Notfallbegriffs, wie wir ihn aus dem Krankenhaus ohnehin kennen: Jeder Patient, der ohne Diagnose kommt, ist zunächst einmal ein Notfallpatient.

Forderung Nummer sechs: Der Patient muss die alleinige Kontrolle und Transparenz über seine Daten haben. Diese Forderung ist bereits in § 291 a SGB V abschließend geregelt. § 291 a würde, so höre ich manchmal, in irgendeiner Form Anwendungen festlegen. Kolleginnen und Kollegen, wenn man diesen Paragrafen liest, sieht man: Es ist ein reiner Datenschutzparagraf. Das BMG hat uns zugesichert, dass es bei den noch folgenden Umsetzungsmaßnahmen weiterhin auf eine vollständige Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben achten wird.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auf ein fundamentales Missverständnis hinweisen, auf das ich immer wieder stoße, wenn ich mit Ärzten diskutiere. Ich werde ja sehr viel eingeladen, bin auf sehr vielen Veranstaltungen. Dann höre ich immer wieder, dass tatsächlich die Vorstellung besteht, es würde irgendet-

was aus der Patientendokumentation, also aus dem, was ich bei mir zu Hause abgespeichert habe, mit einem Automatismus in die elektronische Gesundheitsakte einfließen. Das wäre ja der helle Wahnsinn. So wäre eine Akte überhaupt nicht handhabbar.

Über das, was in der Akte hinterlegt wird, entscheidet allein der Patient mit aktiver Beratung seines Arztes. Der Patient entscheidet auch darüber, wenn etwas, was in der Akte steht, gelöscht werden soll. Auch das ist jederzeit in der Verfügungsgewalt des Patienten. Es gibt also, was das angeht, keinen gläsernen Patienten.

Wenn ich dies in öffentlichen Versammlungen so darstelle, passiert etwas ganz Verrücktes: Dieselben Teilnehmer, die eben noch den gläsernen Patienten als Menetekel an die Wand gemalt haben, erklären: Aber dann kann ich mich doch gar nicht mehr darauf verlassen, dass alles, was wichtig ist, auch wirklich in der Akte steht. Das ist richtig. Die Akte ersetzt nicht die ärztliche Anamnese und Untersuchung. Kolleginnen und Kollegen, vielleicht haben Sie meine Referate aus Münster und Ulm noch in Erinnerung. Ich habe immer gesagt: Es ist kein Ersatz für Anamnese und Untersuchung.

Wenn ich als Hausarzt in einer überschaubaren Region alle meine Patienten und deren Krankheitsbiografie persönlich kenne, brauche ich doch keine elektronische Gesundheitsakte. Das ist auch mir klar. Aber wenn ein Patient mit einem komplexen Krankheitsbild als Notfall zu einem anderen Arzt, vielleicht in einer anderen Region, oder ins Krankenhaus kommt, liefert die elektronische Gesundheitsakte freitagnachts um halb eins – da kommen nämlich diese Patienten in aller Regel, zumindest gefühlt – eventuell die entscheidenden Informationen zum Verständnis eines bis dahin völlig unklaren Krankheitsbildes. Das sind Puzzleteile, die sonst nur mit tagelanger Verzögerung oder gar nicht mehr auffindbar wären.

Wenn so etwas verloren geht, schadet das nicht nur potenziell dem Patienten, sondern es ist für uns letztlich auch schädlich. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nachts eine Anamnese erheben, tun gut daran, nicht zu laut zu sagen: Da ist eine Untersuchung durchgeführt worden. Anderenfalls werden sie verhaftet werden, genau diese Befunde herbeizuschaffen. Das ist eine Arbeit, die sicherlich mit der Freizeitregelung kollidiert.

Wer glaubt, das seien Einzelfälle, dies komme nur selten vor, dass man nachts um halb eins so etwas braucht, bei einem Patienten, der im septischen Schock kommt, zu wissen, dass er einen Klatskin-Tumor hat und drei Tage zuvor ein CT gehabt hat, den lade ich gern ein, an einem Wochenenddienst teilzunehmen.

Ich bin in Flensburg tätig. Zu dieser Jahreszeit haben wir gefühltermaßen ein ganzes Land zu versorgen, weil scheinbar halb Deutschland nach Dänemark fährt. Alle Patienten, die dort krank werden oder krank nach Dänemark fahren, kommen ins erste Krankenhaus jenseits der Grenze bzw. ins letzte Krankenhaus vor der Grenze – und das sind wir. Da geht die Post ab. Da bekommt man manchmal das kalte Grausen, wenn man sieht, wie schwer es ist, klare Befunde, die anderswo liegen, herbeizuschaffen.

Nur solche Puzzleteile, die einem helfen, Klarheit über ein Krankheitsbild zu gewinnen, gehören in eine Akte. Alles andere hat darin nichts zu suchen.

Von daher gibt es an dieser Stelle auch keine offenen Forderungen, die wir noch weiter an das BMG richten könnten. Im Übrigen weise ich Sie darauf hin, dass wir implizit auf § 291 a als Datenschutzparagraf bereits in unserer Beschlussfassung in Ulm hingewiesen haben, und zwar im Zusammenhang mit der nächsten Forderung, dass wir keine Kommerzialisierung von Patientendaten zulassen wollen. Wir haben abgestimmt, dass diese Akten, die den Patienten von den Kassen finanziert werden dürfen und auf deren Verlangen auch finanziert werden müssen, unter den Schutz des § 291 a SGB V gestellt werden sollen.

Es herrscht weitgehende Übereinstimmung, dass § 291 a ein geeignetes Sicherheitsniveau für E-Health-Anwendungen schafft. Das BMG ist offen für eine Diskussion, die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Finanzierung elektronischer Gesundheitsakten nach § 68 SGB V den Sicherheitsanforderungen nach § 291 a SGB V zu unterwerfen, sobald die dafür notwendigen Sicherheitsinfrastrukturen vorhanden sind.

Als erste derzeit gebräuchliche Gesundheitsakte wird dies vermutlich auf die Akte eines bekannten Softwarevertreibers zutreffen, die unter anderem im Hausarztvertrag in Baden-Württemberg zum Einsatz kommt. Der Anbieter ist technisch darauf vorbereitet. Ich wurde zufällig Zeuge eines Gesprächs am Rande der CeBIT, wo es sogar eine Auseinandersetzung mit Vertretern des BMG gab, die in dieser Frage eher bremsen wollten. Dieser Anbieter möchte lieber heute als morgen den Kryptografieschutz für diese Akte realisieren.

Weitere Anbieter von Gesundheitsakten werden mit Sicherheit folgen.

Kolleginnen und Kollegen, die Frage ist doch längst nicht mehr: Wollen wir Gesundheitsakten oder nicht? Finden wir Gesundheitsakten gut oder nicht gut? Die Gesundheitsakten sind da. Man muss kein Prophet sein, um Ihnen zu sagen: In wenigen Jahren wird es kaum einen Patienten geben, der keine solche Akte hat. Ganz im Gegenteil: Es wird sich kaum noch jemand vorstellen können, wie man sich vorher ohne Gesundheitsakte hat sicher fühlen können.

Die Frage lautet also nicht, ob wir Gesundheitsakten haben wollen oder nicht. Die Frage lautet vielmehr: Wollen wir, dass diejenigen Akten, an deren Führung wir Ärzte aktiv beteiligt sind, sicher sind, oder wollen wir das nicht? Wenn wir diese Frage mit Ja beantworten, ist die derzeit einzig erkennbare Lösung das Datenschutzinstrument elektronische Gesundheitskarte auf der Basis des § 291 a SGB V. Es gibt im Moment kein sicheres Verfahren, das diese Daten schützen kann.

Über das, was die Patienten sonst machen, indem sie bei Google oder Microsoft oder anderen Anbietern Gesundheitsakten führen lassen, haben wir sowieso nicht zu entscheiden. Immer dann, wenn wir gefragt werden, ob wir bei der Führung einer Gesundheitsakte helfen können, müssen wir darauf dringen, dass dies nur eine Akte sein kann, die tatsächlich gesichert ist.

Die nächste Forderung gewinnt nach den sehr ernüchternden Ergebnissen in den sieben Testregionen mehr denn je an Brisanz. Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich mute Ihnen und mir jetzt einiges zu. Ich werde nämlich den Versuch unternehmen, Ihnen einen komplexen Zusammenhang in wenigen Minuten zu erklären, zu dessen Erkenntnis ich selbst mehrere Monate gebraucht habe, obwohl ich Ihnen versichern kann, dass kein Tag einschließlich der Wochenenden vergeht, an dem ich mich nicht mit diesem Projekt befasse, auch befassen muss.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich gehe davon aus, dass Sie Anwender von PCs sind, ob zu Hause, in der Praxis oder wo auch immer. Demnächst wird es im Media Markt und anderswo wieder sensationelle Sonderangebote mit dem neuen Betriebssystem Windows 7 von Microsoft geben. In diesem Arrangement, diesem kompletten Paket, wird Ihnen die Hardware, also das Paket mit dem PC-Turm, praktisch geschenkt. Dieses Geschenk ist sozusagen Ihr persönlicher Bonus von Microsoft dafür, dass Sie das neue Betriebssystem nach jahrelangen Tests im Entwicklungslabor im Echtbetrieb einsetzen und dabei mithelfen, die sogenannten Kinderkrankheiten zu identifizieren. Das nennt man in der freien Wirtschaft „Einführungsprozess“.

Das persönliche Risiko, wenn Sie den PC nicht gerade in einer vernetzten Umgebung einsetzen, ist relativ gering. Es kann Ihnen passieren, dass der Drucker nicht mehr funktioniert. Ansonsten merken Sie wahrscheinlich kaum Friktionen. Diese treten in vernetzten Systemen auf. Deswegen sind die Unternehmen sehr zögerlich, bis sie etwas Neues einsetzen. Sie warten, bis die sogenannten Kinderkrankheiten identifiziert sind. Sie müssen weder an dem Turm technisch etwas ändern, noch hat es jemals Rückrufaktionen für Türme gegeben, nur weil ein Betriebssystem nicht funktioniert. Der Turm bleibt Ihnen erhalten. Die Kinderkrankheiten werden ausgemerzt, indem die Software angepasst wird.

Dies gilt analog auch für den Minicomputer, den Mikrochip auf der elektronischen Gesundheitskarte. Bei den berichteten Problemen im 10 000er-Test – ich stehe im täglichen Austausch mit den Testärzten – ging es ausschließlich um Anwendungen, also Anpassungsprobleme der Software an unterschiedliche Praxisinformationssysteme. Andreas Köhler hat am Montag darauf hingewiesen, dass es 290 unterschiedliche Anbieter gibt. Sie müssen alle mit dieser Karte sozusagen reagieren können. Es gibt keine Möglichkeit, das im Labor zu testen. Man braucht den Test in der Echtumgebung.

Natürlich gab es auch fehlerhafte Karten. Das waren aber einzelne Karten, die falsch individualisiert worden waren. Es hat keine Rückrufaktion für eine ganze Kartengeneration gegeben.

Der Fehler lag also darin, dass Anwendungen unausgereift in den Test gedrückt worden waren und man die Testärzte, die einem deshalb wirklich leidtun können, dabei ziemlich alleingelassen hat. Diese Testärzte können einem wirklich leidtun. Sie haben alles darangesetzt, die Sache zum Laufen zu bringen. Deshalb teilweise dieser frustrierte Unterton, auch wenn sie nach wie vor hinter dem Projekt stehen und weitermachen.

Gott sei Dank hat sich diese Erkenntnis auch bei der gematik durchgesetzt. Die elektronische Verordnung und der Notfalldatensatz kommen in der aktuellen

Agenda gar nicht mehr vor und werden erst nach einer kompletten Neukonzeption zur Wiedervorlage kommen.

Also noch einmal: Es sind die Anwendungen, die im Labor funktionieren, in der Praxisumgebung, im Zusammenspiel mit der dort eingesetzten Praxissoftware aber teilweise versagen. Erst wenn man das verstanden hat, kann man auch manche der folgenden Aussagen wirklich nachvollziehen.

Die gematik hat – das haben Sie vielleicht mitbekommen – im vergangenen Jahr einen in Fachkreisen als hochprofessionell anerkannten Projektmanager eingekauft, der genauso agiert, wie er es gelernt hat. Er möchte beim Einstieg in den Online-Betrieb genauso vorgehen, wie es in der freien Wirtschaft üblich ist und wie es dort funktioniert, nämlich nach dem Beispiel des Media Markts. Aber, Kolleginnen und Kollegen, das geht bei uns nicht. Das ist für uns nicht akzeptabel, weil es an einzelnen Einsatzorten zu erheblichen Betriebsstörungen führen könnte. Diese Wahrscheinlichkeit ist relativ hoch. Und dieser Preis ist für uns einfach nicht bezahlbar.

Auch hierin sind wir uns mit dem BMG im Grundsatz einig: Es dürfen nur solche Komponenten und Anwendungen flächendeckend eingeführt werden, die die erforderlichen Tests erfolgreich durchlaufen haben. Das BMG hat hierzu zwei Testregionen benannt – Nordrhein-Westfalen und Bayern – und die dortigen Selbstverwaltungspartner aufgefordert, Pauschalen für die Testärzte zu vereinbaren. Diese Pauschalen sind dringend erforderlich. Diese Tests werden sich nämlich über viele Jahre hinziehen, da jedes der Projekte, aber auch jede der eventuell noch hinzukommenden Anwendungen vor der Übernahme in die Fläche getestet werden muss.

Es wird also einen definierbaren Start geben, aber keinen definierbaren Endpunkt für diese Testphase. Die Kollegen werden also über Jahre immer weiter testen. Deshalb ist es ganz wichtig, die Pauschalen unter diesem Gesichtspunkt zu verhandeln.

Wir sehen es so, das BMG sieht es so und hat die entsprechenden Schritte eingeleitet, aber in der gematik scheint sich das noch nicht so richtig umgesetzt zu haben. Da müssen wir aufpassen. Wir werden in der Gesellschafterversammlung darauf dringen, dass dieses Konzept, das wir uns, konsentiert mit dem BMG, als das einzig richtige vorstellen, umgesetzt wird.

Bei einem Punkt haben wir allerdings noch ein grundsätzliches Problem. Es geht darum, dass im Basis- und Online-Rollout eine ganz neue Kartengeneration zum Einsatz kommt. Diese Kartengeneration ist im Gegensatz zu dem, was wir bisher hatten, noch nicht ausführlich getestet worden. Das BMG verweist darauf, dass diese Karten abschließend getestet und durch das BSI zugelassen sind. Allein die Möglichkeit, dass es dazu kommen könnte, dass die neue Kartengeneration anders reagiert als die bereits bekannte, lässt uns fordern, dass, bevor diese Karten zum Einsatz kommen, im Rahmen von Kreuztests eine Prüfung erfolgt. Diese Forderung ist gar nicht so gravierend, wie sie vielleicht erscheinen mag. „Kreuztest“ bedeutet nur, dass man dasselbe, was man mit der Nullgeneration gemacht hat, auch in der Praxisumgebung durchführt. Hierzu verweise ich Sie auf den Vorstandsantrag VIII-35.

Die neunte Forderung bezieht sich auf häufig geäußerte Bedenken zur Datensicherheit. Es bleibt ein Restmisstrauen, auch wenn es ein Weißbuch der gematik gibt. Man könnte den Eindruck haben, dass man vielleicht auf dem einen Auge ein bisschen blind sein möchte.

Die neunte Forderung beinhaltet die Erstellung und Veröffentlichung eines umfassenden Sicherheitsgutachtens durch einen unabhängigen Gutachter. Das ist in Auftrag gegeben. Solche Gutachten dauern allerdings ihre Zeit. Wir fragen ständig bei der gematik nach, wie der Stand der Dinge ist. Wir sichern Ihnen zu: Sobald dieses Gutachten vorliegt, werden wir dafür sorgen, dass es in angemessener Form veröffentlicht wird.

Die zehnte Forderung lautet: keine Speicherung von genetischen Informationen und potenziell besonders stigmatisierenden Diagnosen mithilfe der elektronischen Gesundheitskarte. Ich glaube, diese Forderung ist ein bisschen unter dem Eindruck entstanden, dass es diesen Automatismus gibt, dass bestimmte Dokumentationen aus der eigenen Software übernommen werden. Die Erarbeitung und Festlegung der zu speichernden Diagnosekategorien liegt gemäß der Aufgabenverteilung der gematik-Gesellschafter in der Verantwortung der Bundesärztekammer. Wir sollten uns aber davor hüten, kategorisch bestimmte Dinge zu exkludieren, damit wir den Patienten nicht bevormunden. Kolleginnen und Kollegen, es kann sein, dass Patienten eine Information, die eine genetische Basis hat, in der Akte haben wollen, aus welchen Gründen auch immer. Ich sehe keinen Grund, warum man diesem Patientenwillen nicht nachkommen sollte.

Aber wir werden als behandelnde Ärzte ein ganz großes Stück Verantwortung übernehmen müssen, den Patienten auf die Folgen hinzuweisen, ihm zu sagen, was es eventuell nach sich ziehen könnte, wenn eine solche Diagnose dort aufgenommen wird. Der Patient entscheidet gemeinsam mit dem behandelnden Arzt letztendlich darüber. Das ist ein besonders kritischer Punkt, an dem die Beratung besonders angebracht ist.

Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm hatte auch die Herstellung von Transparenz über die bisherige sowie die geplante Verwendung von Versichertengeldern gefordert. Als Gesellschafter der gematik haben wir natürlich Einblick in den gematik-Haushalt. Dieser ist relativ einfach gestrickt. Es ist gesetzlich festgelegt, dass pro Versicherten und Jahr 1 Euro pro Jahr einbezahlt wird. 1 Euro klingt nicht viel; das hört sich für jemanden, der in Berlin oft mit der U- und der S-Bahn fährt, wie ein Almosen an. Aber bei 70 Millionen Versicherten summiert sich das doch zu einem erklecklichen Betrag von 70 Millionen Euro pro Jahr. Das ist der derzeitige gematik-Haushalt.

Über das, was die Kassen demnächst dort finanzieren werden, gibt es bisher nur annähernde Schätzungen, die sich auf die vereinbarten Pauschalen in Nordrhein für die Finanzierung der Lesegeräte beziehen.

Wir hätten als Ansprechpartner dafür – wir werden diesen Ansprechpartner auch nutzen – den Spitzenverband Bund. Das BMG hat uns zugesichert: Wenn wir dabei nicht erfolgreich sein werden, wird das BMG seinerseits an den Spitzenverband herantreten, damit diese Zahlen öffentlich werden.

Es sollte schon klar sein, was tatsächlich in dieses Projekt investiert wird. Da ist bisher außer der Pauschalierung in Nordrhein und dem Haushalt der gematik noch nichts Wesentliches passiert.

Unsere letzte Forderung lautete: vollständige Kostenerstattung an Ärzte und Krankenhäuser für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. In der ursprünglichen Fassung des § 291 a SGB V gab es unter Abschnitt 7 eine einzige Feststellung: Die Kosten für die Telematik sind zu erstatten. Inzwischen ist dieser Paragraf fast eine ganze Seite lang und umfasst die Absätze 7 bis 7 e. Es gibt im SGB V konkrete Bestimmungen, wie diese Kosten zu ersetzen sind. Danach ist die Telematik von den Kostenträgern zu finanzieren.

Letztendlich ist das natürlich eine Frage der Ausgestaltung durch die Vertragspartner der Selbstverwaltung. Das BMG sieht sich durch die gesetzlichen Regelungen nicht mehr in der Pflicht und erklärt: Was wir tun konnten, ist letztendlich in diesem Sinne geregelt.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, das war eine Tour d'Horizon durch diesen Forderungskatalog. Ich möchte mich bei Ihnen bedanken für Ihre Konzentration und Aufmerksamkeit, die ich wahrgenommen habe. Ich glaube allerdings, dass eine derart ausführliche Darstellung notwendig war. Wenn diese substanziell ein Stück weit zur Versachlichung der manchmal auch emotional geführten Diskussion beigetragen hat, wäre ich sehr zufrieden.

Deshalb danke ich Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit und würde mich freuen, wenn Sie uns bei den nicht immer einfachen Bemühungen um eine patienten- und arztgerechte Begleitung dieses Projekts auch in Zukunft unterstützen würden.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Franz Bartmann. Das ist ein schwieriges Thema, das auch innerhalb der Ärzteschaft sehr umstritten ist. Da braucht es besonders viel Rückenstärkung, weil wir ja in Berlin eine andere Situation haben, als wenn wir in unseren Kammervorständen sitzen. Da herrscht manchmal eine etwas andere Atmosphäre als jene, die Franz Bartmann in Berlin erlebt.

Wir haben heute zwei Geburtstagskinder unter uns. Das ist zum einen der Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Dr. Reinhardt. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Das andere Geburtstagskind ist aus derselben Ärztekammer, deren „Finanzminister", Herr Dr. Czeschinski. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Wir treten in die Aussprache ein. Der erste Redner ist Herr Kollege Zöllner aus Bayern.

Dr. Zöllner, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Verehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben letztes Jahr in Ulm sehr ausführlich über das Thema E-Card diskutiert. Als Quintessenz aus dieser sehr ausführlichen Diskussion haben wir einige Beschlüsse auf diesem Flugblatt, das hier einige Kollegen netterweise verteilt haben, aufgeführt. Beispielsweise wurde beschlossen, dass der 111. Deutsche Ärztetag die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ablehnt.

Ich war gestern sehr irritiert, als ich in dem Pressedienst mit dem Namen „Arzt am Abend“ gelesen habe, dass der Vorstand der Bundesärztekammer dies in der Öffentlichkeit ganz anders kommuniziert. Ich war sehr irritiert, weil ich denke: Wenn die Delegierten stundenlang zusammengesessen und eine Entscheidung getroffen haben, warum soll sie plötzlich anders sein, nur weil es vielleicht einigen Personen so nicht gefallen hat?

(Beifall)

Es gibt diese Publikation „Mythen um die E-Card“. Die finde ich sehr polemisch. Einige dieser Punkte sind sicher korrekt, andere könnte man mit etwas Sachkenntnis ganz gut zerpflücken.

Ich stehe der E-Card nach wie vor kritisch gegenüber, insbesondere der Datenspeicherung. Die Geschichte mit der Freiwilligkeit ist sowieso schon zu Ende. Freiwillig ist überhaupt nichts, auch in Nordrhein.

(Beifall)

Wenn man sich die Pressemeldungen des letzten Jahres hinsichtlich der Datensicherheit von verschlüsselten Daten vor Augen hält, beispielsweise im Bankenbereich, müsste man ins Grübeln kommen. „Spiegel Online“ meldet am 5. Mai dieses Jahres, dass ein Erpresser 10 Millionen Dollar für ein Passwort verlangt. Da hat ein Hacker in Amerika Verordnungsdaten, die auf einer zentralen Website gespeichert waren, verschlüsselt und verlangt nun von der Regierung 10 Millionen Dollar für ein Passwort, damit die Daten wieder entschlüsselt werden können. Er droht damit, dass er diese zum Teil sehr brisanten Versicherungsdaten, wenn er das Geld nicht bekommt, an die Öffentlichkeit weiterreicht.

Ich habe in dem Sachstandsbericht vermisst, dass man stärker auf eine nicht zentralisierte Datenspeicherung dringt. Da wird immer gesagt, man müsse erst einmal untersuchen, ob das überhaupt geht. Sie können aus der Schweiz einen USB-Datenspeicher in Kreditkartenform mit einem Programm kaufen, wo die Daten des Versicherten, die er freiwillig darauf speichern kann, verschlüsselt vorliegen. Dieses Teil können Sie beispielsweise auch in Sri Lanka in den Computer stecken, wenn Sie dort ins Krankenhaus kommen. Dann kann auch jemand in Sri Lanka die Arztbriefe lesen.

Mit der E-Card kommt man nicht weit. Wenn Sie über die Grenze nach Österreich fahren, ist es schon vorbei mit der Möglichkeit des Datenauslesens. Es gibt also durchaus bessere Konzepte. Ich finde, man sollte mehr Wert auf diese besseren Konzepte legen.

(Beifall)

Sie glauben doch nicht im Ernst, dass, wenn die E-Card eingeführt wird, die Möglichkeit der zentralen Datenspeicherung nicht genutzt wird. Sie wird mit Sicherheit genutzt.

Ich möchte wiederholen, was ich bereits im letzten Jahr gesagt habe: Eine große Datenmenge, die interessant ist, weckt Begehrlichkeiten. So wird es sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Zöllner. – Jetzt Herr Kollege Schaaf, ebenfalls aus Bayern.

Dr. Schaaf, Bayern: Verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich hatte bei diesem Thema damit gerechnet, auf der Rednerliste vielleicht auf Platz 38 zu stehen. Ich bin nun überrascht, dass ich so früh an der Reihe bin. Ich möchte Sie bereits zu diesem frühen Zeitpunkt der Diskussion mit einem Detail aus dem Antrag 107 konfrontieren. Dort steht das Wort „gehostet“. Dahinter verbergen sich Vorgänge, die deutlich komplexer sind, als man meint.

Der Antrag zielt auf Folgendes ab. Wenn eine zentrale Datenspeicherung erfolgen soll, dann soll das mit den Ärztekammern im Sinne eines Host Servers erfolgen. Was verbirgt sich hinter dem Wort „gehostet“? Das heißt, wir müssten für alle Patienten in den Ärztekammern an 365 Tagen 24 Stunden lang alle Daten online für diejenigen zur Verfügung stellen, die berechtigt sind.

Das ist eine Forderung, die auf den ersten Blick gar nicht so schlecht aussieht. Dahinter steht, dass die Patientendaten bei uns Ärzten sicherer sind als woanders. Das sehe ich auch so. Aber niemand weiß, wie so etwas aussieht. Ich beispielsweise habe keine Ahnung, wie ein solcher Server in Bayern für die Millionen von Patienten aussehen sollte. Welches Ausmaß hat er? Ist er so groß wie ein Bungalow? Ist er so groß wie ein Aktenkoffer?

Ich meine, der Antrag ist gut gemeint, aber sollte in dieser Form nicht durchgehen, weil die Weiterungen viel zu wenig bekannt sind. Man sollte diesen Antrag an den Vorstand überweisen, damit man sieht, was wirklich dahintersteckt. Das ist noch zu wenig ausgegoren.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Schaaf. – Jetzt Herr Veelken aus Berlin.

Dr. Veelken, Berlin: Einen schönen guten Morgen! Ich erinnere mich noch an die Euphorie – auch am Vorstandstisch – hinsichtlich des Projekts der elektronischen Gesundheitskarte auf dem Ärztetag in Ulm. In diesem Jahr ist in dem Entschließungsantrag schon eine deutliche Zurückhaltung zu spüren. Das halte ich für einen enormen Fortschritt.

(Beifall)

Ich möchte mich ausdrücklich für die kritische bzw. von ehrlicher Besorgnis geprägte Darstellung von Herrn Bartmann bedanken, die ich sehr positiv registriert habe und die wirklich eine Änderung in der Bewertung des E-Card-Projekts auch hier oben am Vorstandstisch zum Ausdruck gebracht hat.

Ich möchte nicht über einzelne Funktionalitäten sprechen, die mit Sicherheit unvermeidbar sind. Man kann ja nicht sagen, dass Patientenstammdaten usw. nicht ausgetauscht oder aktualisiert werden. Ich möchte vielmehr auf die elektronische Gesundheitsakte zu sprechen kommen. Ich möchte die Entwicklung ein Stück weiter zu Ende denken, wenn die ganzen Prüfungen gelaufen sind, wenn alles funktioniert und die Datenschutzbestimmungen endgültig eingehalten werden können, woran ich allerdings meine Zweifel habe.

Die Krankenkassen – und nicht nur sie – werden ein Interesse daran haben, dass die Infrastruktur, die wir hier diskutieren, am Ende auch zur Durchführung der elektronischen Krankenakte benutzt wird. Das Zauberwort heißt hier: Heben von Synergien. Man kann dann die Entwicklung bei den Patienten, die von einem Arzt zum anderen rennen, verfolgen. Da geht es um das sogenannte Doktor-Hopping.

Es wird so sein, dass die Freiwilligkeit am Ende – das hat Herr Dr. Zöllner bereits gesagt – ad absurdum geführt sein wird, weil die Kostenersparnis, wenn die Infrastruktur vorhanden ist und auch funktioniert, genau dazu führen wird, dass die Kostenträger – die Kassen genauso wie andere, die im Gesundheitswesen Geld ausgeben – ebenso argumentieren werden wie die Banken, die heute sagen: Ein Online-Konto ist billiger, als wenn der Kunde zur Bank kommt. So wird es auf die Dauer bei der Gesundheitskarte im weitesten Sinne auch sein.

Stellen Sie sich bitte folgende Situation vor: Alle Datenschutzbestimmungen sind erfüllt und kontrolliert, es gibt keine Lücken mehr. Wir alle sind hinsichtlich der Verwaltung und der Sicherung der Daten zufrieden. Wollen wir es dann wirklich haben? Bitte bedenken Sie: Der Zugangsweg zu dieser Datensammlung ist der Heilberufeausweis. Nehmen wir einmal folgenden Fall an: Wir werden krank und suchen uns, obwohl wir uns alle mögen, sehr genau unseren Doktor aus, zu dem wir gehen und dem wir bestimmte Dinge sagen. Dann haben wir eine andere Krankheit, gehen zu einem anderen Doktor und lassen uns auch dort behandeln. Wenn es zur elektronischen Gesundheitsakte kommt, wie ich es eben skizziert habe, kollektivieren wir das Arzt-Patient-Verhältnis. Alles,

was der Patient irgendwann einem Arzt gesagt hat, hat er im Zweifelsfall allen Ärzten gesagt.

Ich sage nicht: Das ist der gläserne Patient. Aber es wird den Druck geben, dass die wesentlichen Diagnosen und Behandlungsmethoden in der elektronischen Krankenakte abgelegt sind. Der Zugang zu diesen Daten ist das medizinische Staatsexamen. Ich bin sicher: Das wollen wir alles nicht. Das ist die Kollektivierung dessen, was wir noch vorgestern als unbedingt erhaltenswertes Peer-Verhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten beschrieben haben. Das geben wir damit auf, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Ich will überhaupt nicht sagen, dass wir das aufgeben wollen, auch die Befürworter nicht; aber der Druck, dass die Entwicklung in diese Richtung geht, wird sich ergeben.

Schließlich noch ein Wort zur Abgabe medizinischer Informationen bei Einstellungsuntersuchungen. Man ist bereits heute verpflichtet, seinem Arbeitgeber zu sagen: Ich habe dieses und jenes. Das ist schon richtig. Ich bin sicher: Wenn man seine Informationen theoretisch auf einer kleinen Chipkarte, auf einem USB-Stick oder zentral dem Arbeitgeber zur Verfügung stellen kann, wird in Zukunft zu einem Einstellungsgespräch die Aufforderung gehören: Geben Sie uns doch mal den Ausdruck. Das können Sie ohne Frage verweigern, aber dann stehen Sie dadurch nur auf Platz 5 oder 10 der Bewerberliste. Das finde ich hochbedenklich. Wir sollten das nicht fördern.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Veelken. – Jetzt Herr Kollege Professor Kahlke aus Hamburg.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist einem fast unangenehm, dass wir schon zum dritten Mal einen Tagesordnungspunkt behandeln müssen, den wir auch schon in Münster und in Ulm intensiv behandelt haben. Aber in der Zwischenzeit ist viel passiert. Ich möchte Herrn Kollegen Bartmann ausgesprochen danken für diese Zusammenfassung, für diese Information. Es hat mich getröstet, Herr Bartmann, dass Sie, um alle Details zu verstehen, ein paar Monate gebraucht haben. Ich finde, es ist sehr ehrlich, dass Sie das gesagt haben. Das gehört wohl auch zu dem ganzen Thema.

Wir könnten natürlich sagen: Alles, was die Ärztetage in Münster und Ulm an Kritik, Empfehlungen, Ablehnungen formuliert haben, ist hier eingeflossen. Bei vielem ist das sicher der Fall. Ich bin aber mit einigem, was ich in den Vorstandsanträgen gefunden habe, so nicht einverstanden, wenn ich das sagen darf. Ich denke, die klaren Entscheidungen, die wir in Münster und vor allem in

Ulm nach einer von vielen beklagten und als zu lang empfundenen Debatte – ich meine, sie war sehr fruchtbar und auch sehr nötig – getroffen haben, sind nicht ausreichend übernommen worden.

Ich nehme als Beispiel den Antrag VIII-34. Im zweiten Absatz stehen Dinge – ich will das jetzt nicht alles vorlesen –, die nur halbherzig die klaren Kritikpunkte berücksichtigen. Das Fazit des zwar nicht als Antrag vorliegenden, aber mitgegebenen Papiers beinhaltet etwas anderes, als wir auf den Ärztetagen als klares Votum formuliert haben.

(Beifall)

Beispielsweise haben wir im Antrag VIII-74, der von vielen Kollegen gestellt ist, wobei der Kollege Veelken, dem ich für seine Ausführungen sehr danke, leider vergessen wurde – ich weiß, dass er das unterstützt –, nicht zur Wiederholung, sondern zur nötigen Erinnerung Aussagen und Positionen der zurückliegenden Ärztetage niedergelegt. Das schien mir wichtig, weil das zuvor nicht ausreichend behandelt wurde.

Wir haben ebenfalls kurze Hinweise zu den teils unsäglichen Testergebnissen aufgenommen. Ich bin der Kollegin Silke Lüder aus Hamburg sehr dankbar. Sie ist, glaube ich, die Kompetenteste in der großen Schar der Kritiker. Sie besitzt Detailkenntnisse, die uns allen, die dazu Stellung nehmen, sehr helfen.

Ich möchte Sie also bitten, die Anträge, die sich mit der Kritik befassen, anzunehmen. Unser Antrag 74 ist lang. Da wir nachher bei der schnellen Abstimmung kaum Zeit zum Lesen haben werden, weise ich besonders auf den letzten Absatz hin, der lautet:

> *Damit das Grundvertrauen der Patienten in unser ärztliches Berufsethos erhalten bleibt und das bewährte Konzept von einer am Individuum und seiner individuellen Lebensgestaltung orientierten Humanmedizin nicht zerstört wird, lehnt der 112. Deutsche Ärztetag die elektronische Gesundheitskarte in der bisher vorliegenden Form ab.*

Das ist die Aussage des Antrags. Ich hoffe, wir verfahren entsprechend.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kahlke. – Nunmehr Frau Kollegin Taube aus Sachsen.

Taube, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Quasirechenzentren bei den Ärztekammern sind aus unserer Sicht dringend abzulehnen. Das wird im Antrag 107 so gefordert. Dies ist aber keinerlei hoheitliche Aufgabe einer Kammer. Es ist mit enormem Aufwand verbunden und mit Haftungsrisiken belegt. Dieser Antrag sollte abgelehnt werden.

(Vereinzelt Beifall)

Kammeraufgabe dagegen ist es sehr wohl, den elektronischen Heilberufeausweis einzuführen, der den Kammern gehört und dessen Einsatz die ärztliche Kommunikation auf verschiedenen Ebenen verbessern kann. Mit dem Antrag 90 fordern wir die Bundesärztekammer auf, die entsprechenden Voraussetzungen dafür zu schaffen.

Das Projekt der elektronischen Gesundheitskarte weist aus unserer Sicht entsprechend dem Antrag 108 ganz klar darauf hin, dass eine Evaluation der Kosten-Nutzen-Bewertung hier ganz, ganz dringend erforderlich ist.

Ich bitte Sie, die Änderungsanträge 35 a und 36 b zu beachten. Sie sollen die Freiwilligkeit der ärztlichen Teilnahme am Projekt festschreiben und die Bewertung des medizinischen Nutzens in den Fokus stellen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Taube. – Jetzt Herr Kollege Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Um die Bedeutung der E-Card zu verdeutlichen, erlauben Sie mir, eine Metapher zur Erläuterung dieses Instruments zu benutzen. Die E-Card entspricht dem Eisberg, auf den die Titanic in Form unserer Praxen und Kliniken zusteuert. Ein kleiner Teil dieses Eisbergs ist sichtbar. Der größte Teil liegt noch im undurchsichtigen Wasser.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, im Bereich der EDV gilt die Regel: Was denkbar ist, ist machbar; was machbar ist, das wird passieren. Ich hatte das Vergnügen, an einem Workshop der KBV teilzunehmen, auf dem es um Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im niedergelassenen Bereich ging. Qualitätsindikatoren haben die Funktion, als Instrument der Beurteilung von Qualität der Praxen zu dienen. Infolge der Abfrage von Sets dieser Qualitätsindikatoren wird geplant, die Vergütung der Ärzte an die Erfüllung der festgelegten Qualitätsindikatoren zu koppeln – pay for performance.

Je nach Ausfall der Qualitätsindikatoren wird dabei soziodemografisch betrachtet sicherlich der Kollege in sozialen Brennpunkten sehr viel größere Probleme haben, diese Qualitätsindikatoren zu erfüllen, als der Kollege in bürgerlichen Wohngebieten. Als Beispiel nenne ich die Rate der Durchimpfungen seiner Patienten. Hier finden dann auch strukturelle Benachteiligungen statt.

Die Einbettung dieser Qualitätsindikatoren beinhaltet in ihrer Summe eine extrem tiefe Durchdringung einer jeden Praxisstruktur. Bei einer im Gefolge der E-Card notwendigen Einführung der zentralen Datenhaltung auf Serverland-

schaften ist eine gläserne Praxis für die Krankenkasse damit Realität – aber nicht nur die gläserne Praxis, sondern auch der gläserne Patient.

(Vereinzelt Beifall)

Daneben bietet das Instrument des Datamining, bei dem es zur Koppelung elektronischer Daten unter bestimmten, auch ökonomischen Fragestellungen kommt, die Formulierung gläserner Patientenlandschaften. Datamining wird zum Beispiel zurzeit von der Telekom mit allen Daten, die sie zur Verfügung hat, durchgeführt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Entscheidung für die Einführung der E-Card und der elektronischen Patientenakte scheint von Politik und EDV-Anbietern mit Macht durchgesetzt zu werden. Wir als verantwortliche Sachwalter für die Interessen unserer Patienten müssen uns über die Bedeutung der Gefahren dieser Technologie bewusst sein und müssen – jedenfalls zurzeit noch – jeden greifbaren Sand ins Getriebe dieser industriell-politischen Interessenmaschine streuen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Nunmehr Herr Kollege Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seit wir das erste Mal über dieses Thema reden, ist mir bis heute der Zusammenhang zwischen der elektronischen Gesundheitskarte und einer Online-Infrastruktur nicht klar geworden. In dem Papier, das uns das Präsidium als Information zugestellt hat, steht als Pflichtanwendung für diese elektronische Gesundheitskarte: die Versichertenstammdaten, das elektronische Rezept und die europäische Krankenversicherungskarte. Alle diese Pflichtanwendungen sind heute auf einer Chipkarte möglich. Es bedarf dazu keinerlei Online-Anbindung. Es bedeutet schon heute mehr Sicherheit. Das elektronische Rezept kann auf dem Weg von der Praxis zur Apotheke nicht verloren gehen. Es ist in der Apotheke so zu lesen, wie es in der Praxis erstellt wurde. Das bedeutet schon heute finanzielle Einsparungen. Versichertendaten sind auf der Karte leicht elektronisch zu aktualisieren. Es ist keine Neuausgabe der Versichertenkarte notwendig. Das bedeutet schon heute freiwillige Zusatzinformationen.

Die Karte kann Daten speichern zur Notfallsituation, zur Arzneimitteleinnahme, zum Impfstatus, sofern der Patient das möchte.

Zur Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte, wie im Antrag 36 vom Vorstand beschrieben: Es gibt keinen Grund, in der Praxis irgendeinen Handgriff für die Krankenkassen durchzuführen. Auch das kann kein Grund für eine Online-Anbindung sein. Bitte lehnen Sie diesen Vorstandsantrag 36 ab.

Es besteht auch nach mehreren Jahren Diskussion zur elektronischen Gesundheitskarte und mehreren Beschlüssen gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zum jeweiligen Entwicklungsstand durch Deutsche Ärztetage kein Grund, der Online-Anbindung der elektronischen Gesundheitskarte zu irgendeinem Themenbereich zuzustimmen. Dies entspricht auch dem Sinn des Antrags von Professor Kahlke; das ist der Antrag 74.

In meinem Antrag 125 fordere ich den 112. Deutschen Ärztetag auf, die Einführung einer Online-Infrastruktur für die elektronische Gesundheitskarte zum derzeitigen Zeitpunkt abzulehnen, da alle Pflichtanwendungen auch ohne Online-Anbindung möglich sind.

(Vereinzelt Beifall)

Noch ein Wort zur Telematik. Ich lerne langsam, dass die elektronische Gesundheitskarte mit dem elektronischen Heilberufeausweis eigentlich nichts zu tun haben muss. Die Online-Infrastruktur wird aber für beides geschaffen. Es wird uns auch immer wieder erklärt, dass es für beides notwendig ist. Wenn wir, wie durch meinen Antrag bezweckt, die elektronische Gesundheitskarte von der Online-Infrastruktur trennen können, werden wir viele Sorgen – Patientensicherheit, Datensicherheit, Arbeitsaufwand in den Praxen, finanzielle Belastungen – nicht mehr haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Steininger. – Jetzt kommt Herr Niemann aus Hamburg.

Dr. Niemann, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich freue mich, dass ich Herrn Bartmann beglückwünschen und mich bei ihm bedanken kann, dass er sich, wie ich es empfinde, im letzten Jahr sehr gerührt hat. Ich finde, dass die Vorstandsanträge diesmal von völlig anderer Qualität sind.

Ich habe ein gewisses Problem, weil ich hier zwei Anträge vertrete, und zwar zum einen den Antrag VIII-74 von Professor Kahlke. Dieser Antrag ist für mich der weitestgehende und der zentrale Antrag. Wir haben uns zu Beginn dieses Ärztetages sehr intensiv über die Freiberuflichkeit unterhalten. Ich habe dabei mitgenommen, dass die Essenz der Freiberuflichkeit die geschützte Arzt-Patient-Beziehung ist. Diese abgeschirmte Arzt-Patient-Beziehung verträgt sich meiner Meinung nach in gar keiner Weise mit irgendwelchen zentralen Datenspeicherungen. Ich will die Argumentation nicht wiederholen. Aber das kann nicht sein.

(Beifall)

Auch ich bin mittlerweile der Meinung – das wird ja auch im Sachstandsbericht der Bundesärztekammer eingeräumt –, dass selbst die ausgetrickstesten Verschlüsselungstechnologien mit ausgetrickstesten Entschlüsselungstechnologien geknackt werden können. Es gibt nur eine Möglichkeit, sich vor Datenmissbrauch zu schützen, nämlich die Datenmenge möglichst kleinzuhalten. Es geht um die physikalische Unmissbrauchbarkeit in der Fläche. Auch hier gilt: dezentrale Datenspeicherung.

Ich freue mich, dass die elektronische Gesundheitskarte, dieses Plastikteilchen, eventuell auch so umprogrammiert werden kann, dass man sie als Schlüssel für ein dezentrales Speichermedium benutzen könnte. Aber ich will mich hier nicht auf technische Dinge einlassen.

Mir geht es vor allen Dingen darum, dass wir den Antrag 74 annehmen und dadurch deutlich sagen: So wie die bisherige Telematikstruktur vorgesehen ist, geht es nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Ich habe zu dem Vorstandsantrag 35, der sich mit der Testung vor dem Online-Rollout unter dem Stichwort „Gründlichkeit vor Schnelligkeit“ befasst, einen Änderungsantrag formuliert. Ich möchte, wenn ich es richtig verstehe und wenn es vom Vorstand so gemeint ist, darauf dringen, dass, wenn hier irgendetwas getestet wird, dies doch bitte schön die Alternative ist, nämlich die dezentrale Speicherung. Sie muss getestet werden, und zwar alternativ und gleichgewichtig. Es kann nicht sein, dass man es von Ärztetag zu Ärztetag als Lippenbekenntnis vor sich herträgt, die Testung aber nicht erfolgt. Dafür möchte ich mich ebenfalls aussprechen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Niemann. – Jetzt kommt Herr Junker aus Westfalen-Lippe.

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Verehrter Herr Bartmann! Meine liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin schon etwas erschrocken über die Risiken, die hier so verniedlichend dargestellt werden. Ich bin auch erschrocken über den Umgang mit den Bedenken, die schon seit drei Jahren von der Ärzteschaft geäußert werden, und ich bin auch ein wenig erschrocken über die Blauäugigkeit hinsichtlich der Folgen eines solchen Beschlusses zur E-Card.

Ich weiß nicht, Herr Bartmann, in welcher Region Sie leben, mit welchen hochrezeptiven Patienten Sie Umgang haben. Bei meiner Landbevölkerung im Sauerland sind zwei Drittel meiner Patienten nicht in der Lage, mit dieser Karte, mit der PIN usw. umzugehen und das vernünftig in den Griff zu bekommen. Ich bin auch nicht der Meinung, dass mir diese Karte im Notfall im Dorf hilft, wo ich mir

einen Internetzugang hole. Auch der Notarzt auf der Intensivstation hat wahrscheinlich kein WLAN und Ähnliches zur Verfügung.

Für mich ist diese Form der Datenspeicherung so nützlich wie ein Kropf.

(Beifall)

Ich bin auch ein wenig erschrocken, als ich das Papier der Bundesärztekammer vom 11. Mai über Chancen und Risiken des E-Card-Projekts gelesen habe. Dort wird eigentlich nur noch darüber geredet, wie gut und harmlos das alles ist. Als Quintessenz ist zu lesen, dass wir Ärzte – die Bundesärztekammer spricht ja für uns – davon überzeugt sind, dass die E-Card kommen wird und dass ein Stopp nicht im Sinne von Ärzten und Patienten ist.

Meine Damen und Herren, das entspricht nicht der Auffassung der Ärztemehrheit an der Basis in Deutschland.

(Beifall)

Die Anträge des Vorstands zur Freiwilligkeit kommen mir ein wenig vor wie ein Feigenblatt, um die wirklichen Probleme zu negieren.

Gar keine Hinweise erfolgen auf die Probleme, die wir mit dem zentralen Server haben. Ich habe keine Angst vor Hackern. Aber ich weiß schon jetzt, dass es eine höchstrichterliche Bestätigung geben wird, dass der Datenzugriff auf die Sozialsysteme erlaubt ist, wenn die Daten erst einmal da sind. Wir werden Datenzugriffe von Krankenkassen und anderen Institutionen erleben. Wir haben es ja erlebt, dass sogar Grundgesetz-Verbriefungen höchstrichterlich abgeschafft werden, wenn es angeblich dem Sozialsystem dient. In dieser Richtung habe ich ganz große Bedenken.

Ich bitte Sie, nicht andere Lösungen, die in der Testung sind und genauso sicher sind wie die elektronische Gesundheitskarte, so herabzuwürdigen. Das stimmt nicht, da liegen Sie falsch. Es gibt diese Lösungen. Hier ist ja bereits eine Karte vorgestellt worden. Das wäre etwas, was in der Hand des Patienten Sinn macht. Da kann man einen direkten Zugriff auf ein Röntgenbild, einen Befund usw. haben. Das würde mir in der Praxis helfen, die anderen Dinge nicht.

Ich meine, wir sollten wieder auf den Boden der Realitäten zurückkommen. Deswegen sollten Sie die Anträge, die die E-Card so einseitig bevorzugen, ablehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Junker. – Jetzt kommt Herr Ramm aus Hamburg.

Dr. Ramm, Hamburg: Geehrter Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Sehen wir es doch endlich ein: Die E-Card ist gescheitert, da können wir doch reden, was wir wollen.

(Beifall)

Die Beschlüsse, die wir in Ulm gefasst haben, haben die Kollegen Zöllner und Kahlke schon erwähnt. Darauf will ich nicht weiter eingehen. Aber auch daran müssen wir denken.

Die Horrorszenarien haben wir im letzten Jahr eingehend diskutiert.

Wenn uns die Politik jetzt vorgibt, dass wir die E-Card haben müssen, dann meine ich: Seit einer Woche diskutieren wir darüber, etwas gegen die Politik zu machen, denn mit der Gesundheitspolitik sind wir überhaupt nicht einverstanden. Dann wird sich doch auch da etwas machen lassen. Die E-Card ist ja von uns abhängig, wie wir damit umgehen. Wird sie wirklich gesetzlich vorgegeben, müssen wir sie boykottieren, es hilft nichts.

Ich habe mir einige Gedanken über die Anträge des Vorstands gemacht. Es gibt ja auch den Antrag, dass ein feierliches Gelöbnis für den Hippokratischen Eid gefordert wird, quasi ein kleiner Zapfenstreich der Ärzte. Ich meine, dann könnte man ja auch einen Zapfenstreich für die E-Card fordern, bei dem die Ärzte und Patienten diese Card überreicht bekommen. Das ist ein Szenario, das wirklich jenseits von Gut und Böse ist.

Sehen wir es also ein: Die E-Card ist gescheitert. Wenn sie uns oktroyiert wird, boykottieren wir sie. Mehr Möglichkeiten sehe ich derzeit nicht. Unterstützen Sie bitte unsere Anträge.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Ramm. – Nunmehr Frau Groß aus der Ärztekammer Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe meine Bedenken hinsichtlich der Datenspeicherung. Ich als Ärztliche Psychotherapeutin würde keine Patientendaten in eine elektronische Patientenakte einspeisen, die nicht bei mir steht.

(Beifall)

Wenn wir die Diskussion fortführen, bitte ich Sie, einmal zu schauen, wo diese Akten schon im Server sind, wo sie schon außerhalb der Praxen vorhanden sind. Ich erinnere mich noch sehr genau an den Ärztetag in Münster, auf dem sehr viele, die heute AOK-Verträge haben, die Akten einstellen, gegen die elektronische Gesundheitskarte gewettert haben.

(Vereinzelt Beifall)

Was sind denn die Hausarztverträge? In den Hausarztverträgen liegen die Daten unverschlüsselt vor. Es stimmt: Sie liegen nicht bei den Kassen, sie liegen bei einer Firma, nicht in ärztlicher Hand. Das ist so, als würden wir unsere Daten in einer privatärztlichen Verrechnungsstelle deponieren, und zwar unverschlüsselt. Natürlich kommt das Argument: Die Daten sind verschlüsselt. Sie sind mit vier PINs verschlüsselt.

Ich bin immer dankbar für das Beispiel aus den USA. Diese Daten waren auch im Klartext da, obwohl sie mit einer PIN verschlüsselt waren.

Lassen Sie uns ehrlich diskutieren und schauen, wo vita-X-Akten oder LifeSensor-Akten genutzt werden, wo AOK-Akten, BEK-Akten eingestellt werden. Schauen Sie dorthin, schauen Sie in die Verbundnetze von Niedergelassenen und Krankenhäusern.

Letztens hat mir jemand erzählt: Ich gehe abends mal hin und gucke, ob einer meiner Patienten im Krankenhaus ist. Ist das Datenschutz? Ich finde, dann sollten wir lieber eine Struktur haben, die die Daten verschlüsselt. Wir sollten eine einheitliche Struktur haben.

Ich bin kein Befürworter dieser elektronischen Gesundheitskarte, aber ich bin erst recht kein Befürworter dieses wahnsinnigen Wildwuchses, dem wir alle Türen offen halten.

(Beifall)

Sie müssen sich hinterher fragen lassen: Haben Sie an dem Wildwuchs mitgewirkt? Haben Sie das nicht verhindert? Ich glaube, das ist eine völlig andere Diskussion.

Ich war im Telematik-Ausschuss der Bundesärztekammer mit beteiligt und weiß, was wir durchzusetzen versucht haben. In Nordrhein sind wir so weit, dass das Ministerium den vorher abgesagten 100 000er-Test genehmigt hat. Das Ministerium hat uns einen ärztlichen Beirat angeboten. Diejenigen, die im Beirat sind – diese Personen sind noch nicht bestimmt –, tun gut daran, sich nicht als Feigenblatt benutzen zu lassen. Wenn ich dabei bin, lasse ich mich nicht als Feigenblatt benutzen. Es ist eine Chance, das weiterzuentwickeln.

Ich möchte noch etwas zum 100 000er-Test sagen. Dieser Test ist ein anderer Test. Er testet die freiwilligen Anwendungen. Er testet diejenigen Anwendungen, die uns eventuell tatsächlich einen Nutzen bringen, nämlich den elektronischen Arztbrief. Er testet die AMTS. Es liegt ein Antrag von mir vor; so wie er geplant ist, will ich ihn auch nicht. Ich passe also schon auf. Der 100 000er-Test testet etwas anderes. Aber lasse Sie uns da als Ärzte mitwirken.

Es gibt den Einwand, die Arbeitgeber könnten beim Einstellungsgespräch die Daten verlangen. Ich denke, ich lebe in einem Rechtsstaat. In dem Gesetz steht, dass es dazu nicht benutzt werden darf. Ich meine, wir können nicht etwas kaputtreden, was das Gesetz sichert. Wir leben – ich denke, darüber können wir ganz glücklich sein – in einem Rechtsstaat. Das müsste erst einmal geändert werden. Wir sind aber auch noch da.

Das war jetzt sozusagen der emotionale Anteil. Jetzt möchte ich noch etwas zum Antrag 125 a sagen. Mein Vorredner hat beantragt, die Online-Anbindung nicht zu befürworten. Mit diesem Antrag würde er auch unser Projekt, nämlich die Punkt-zu-Punkt-Kommunikation mit dem Arztbrief, boykottieren oder kaputtmachen. Ich habe den Änderungsantrag 125 a gestellt, den Begriff „zwangsweise“ einzufügen. Ich bitte Sie, diesen Änderungsantrag anzunehmen.

Ich denke, wir sollten auch zu den Daten ehrlich diskutieren. Welche Daten hat denn die Krankenkasse heute nicht? Fragen Sie sich das doch einmal. Ich sage noch einmal: Jeder Arzt kann doch selbst entscheiden, ob er Patientendaten einstellt oder nicht. Ich weiß genau: Meine Daten kommen nicht auf den Server, meine Daten kommen nicht ins Netz. Diese Freiheit haben wir doch. Diese Freiheit sollten wir nutzen und nicht etwas grundsätzlich ablehnen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Groß. – Für die weitere Organisation bitte ich um die Entscheidung, ob Sie eine Mittagspause haben wollen oder nicht. Für den Fall, dass Sie eine haben wollen, frage ich Sie, ob es ausreicht, wenn sie eine Stunde oder eine halbe Stunde dauert, jedenfalls nicht so lange wie sonst. Ich frage zunächst: Wer möchte keine Mittagspause, sondern ist dafür, dass wir durchmachen? – Wer möchte doch eine Pause? – Weniger. Dann machen wir durch und werden das auch gut überleben, schätze ich mal. Wir sind ja alle nicht ausgehungert.

Wir hören jetzt Herrn Kollegen Dr. Bolay aus Westfalen-Lippe. Sie haben das Wort.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Frau Groß, zunächst einmal bin ich ganz erschrocken, in welchem Ausmaß der Sündenfall bereits eingesetzt hat. Wie gut, dass Sie darauf hingewiesen haben.

Ich will hier noch ein paar andere Gedanken vortragen. Der Gebrauch der E-Card setzt den autonomen Patienten voraus. Das hat auch Herr Bartmann gesagt. Darüber haben wir bereits in Ulm ausführlich diskutiert. Ich will daran erinnern, wie viele Menschen in ihrer Autonomie eingeschränkt sind oder diese nur mit Unterstützung wahrnehmen können. Nicht nur diese Patienten mit beschränkter Autonomie benötigen beim Umgang mit der E-Card unsere intensive Beratung. Herr Bartmann hat auch darüber berichtet, dass es sensible Daten geben kann, die nicht in die Karte aufgenommen werden sollten und wo der Patient unsere Beratung benötigt, um entscheiden zu können, was auf die Karte gehört, was gelöscht werden soll, was gar nicht gespeichert werden soll.

Diese Beratung liegt bei uns. Ich halte es für eine rein administrative Aufgabe. Liebe Kolleginnen und Kollegen, solche Beratungen lenken uns von unserem Kerngeschäft, nämlich der medizinischen Versorgung der Patienten, ab. Über

eine Vergütung des Zeitaufwands ist noch gar nicht gesprochen worden, auch nicht über irgendwelche haftungsrechtlichen Folgen.

Nun zu einem anderen Punkt. Auch ich habe ein ganz ungutes Gefühl, wenn die Daten bei den Ärztekammern gespeichert werden sollen. Das schützt nicht unbedingt vor Missbrauch, es schützt schon überhaupt nicht vor Pannen. Wer wäre bei Pannen verantwortlich? Dann sind wir es noch, nämlich die verfasste Ärzteschaft. Wir sollten einen solchen Auftrag in keinem Fall annehmen. Deshalb bitte ich Sie, diesen Antrag abzulehnen.

Überhaupt liegen viele Anträge vor, die eigentlich vorwegnehmen, dass die E-Card eingeführt wurde. Damit befinden wir uns eigentlich schon auf einer ziemlich schiefen Ebene.

Ein letzter Gedanke. Ich habe mir einmal überlegt und auch in Westfalen-Lippe schon einmal vorgetragen – es wurde goutiert, dann aber leider nicht angenommen –: Es gäbe eine ganz einfache Möglichkeit, die E-Card zunächst einmal zu boykottieren. Wir müssten nämlich nur hingehen und den elektronischen Heilberufeausweis so gestalten, dass er mit der E-Card nicht kompatibel ist. Dann würde sich die ganze Diskussion erübrigen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Bolay. – Die nächste Wortmeldung kommt von Herrn Grundmann aus Bremen.

Dr. Grundmann, Bremen: Herr Präsident! Herr Bartmann! Meine Damen und Herren! Herr Bartmann, ich muss Ihnen ein Kompliment machen, wie engagiert Sie dieses schwierige Thema vortragen. Dennoch bin ich, wie man neudeutsch sagt, inhaltlich nicht bei Ihnen. Wie Sie wissen, ist bereits am 30. September 2007 in einem Artikel der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“ folgender Text unter der Überschrift „Der Murks mit der Gesundheitskarte“ erschienen:

> *Nächstes Jahr kommt die elektronische Gesundheitskarte. Sie kostet mehr als eine Milliarde Euro – und hat einen Schönheitsfehler: Sie kann nicht mehr als die alte. Für die später folgende Online-Phase wird dann wieder eine neue, zweite Karte erforderlich. Ihre Anwendung ist aber gefährlich und rechtlich nicht geregelt.*

Weiterhin sollten wir Ärzte es ablehnen, in der Praxis die Karten für die Krankenkassen zu aktualisieren, wie die Änderung der Anschrift und Ähnliches. Das ist nicht unsere Aufgabe und kostet unsere Zeit.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich möchte Sie als hausärztlicher Internist mit einem hohen Rentneranteil auf ein paar ganz praktische Probleme hinweisen. Es überzeugt das Argument des Bundesgesundheitsministeriums nicht, wenn es behauptet, die E-Card werde den Gebrauch der Karte sicherer machen. Dagegen spricht zum Beispiel die Tatsache, dass die Krankenkassen nicht überprüfen – ich weiß nicht, ob Ihnen das bewusst ist –, ob das eingesandte Foto von dem angeschriebenen Versicherten stammt oder nicht. So wird das Missbrauchspotenzial nicht beseitigt.

Die E-Card löst keines der bestehenden Probleme im Gesundheitswesen, sondern lenkt von diesen ab und behindert uns Ärzte wegen des hohen Zeitaufwands bei der Patientenversorgung und der Fortbildung.

Das Einlesen der neuen Karte dauert viermal so lange wie bisher. Es ist nicht erkennbar, wie die E-Card Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz – zum gläsernen Patienten – der medizinischen Behandlung verbessern könnte. Ich möchte Sie darauf hinweisen: Der Datenskandal bei T-Mobile, bei dem 17 Millionen Handynummern, Adressen, Geburtsdaten, auch die Geheimnummern von Politikern gestohlen und im Rotlichtmilieu angeboten wurden, zeigt ebenso wie das Entwenden von 10 000 Kundendaten bei der Berliner Landesbank, dass es keine Datensicherheit gibt.

Für die sensiblen Krankendaten von Patienten, aber auch die von Politikern, gibt es viele Interessenten, die versuchen werden, an diese Informationen zu kommen. Ich denke, darum sollte es eine zentrale Speicherung von Patientendaten nicht geben.

(Beifall)

Ich will Ihnen, Herr Hoppe und Herr Bartmann, ein ganz praktisches Beispiel aus Bremen sagen. In Bremen gibt es neun Krankenhäuser. Von diesen neun Krankenhäusern sind nicht einmal zwei elektronisch miteinander verbunden. Da bleibt es doch unklar, wie bei den aufgezeigten Schwierigkeiten die Vernetzung von 123 000 niedergelassenen Ärzten, 65 000 Zahnärzten, 21 000 Apothekern, 2 200 Krankenhäusern und 250 gesetzlichen Krankenkassen sowie Psychotherapeuten gelingen kann. Wie soll das geschehen?

Zum Schluss noch ganz kurz: Der bürokratische Aufwand, der wegen des informationellen Selbstbestimmungsrechts des Patienten entsteht, ist sehr hoch. Der Patient muss gegenüber dem Arzt in einem Gespräch seine Einwilligung geben. Diese muss dokumentiert und anschließend an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Dann ist der Kreis der zugriffsberechtigten Personen wieder mit dem Arzt zu erörtern und festzulegen.

Dieses Verfahren ist in den Arztpraxen wegen des hohen Zeitaufwands nicht praktikabel und unzumutbar. Die sechsstellige PIN – das wurde auch schon gesagt –, die auch im Notfall noch eingegeben werden soll, wird im Alltag oft vergessen und stellt so insbesondere für ältere und behinderte Patienten ein großes Problem dar.

(Vereinzelt Beifall)

Deshalb haben in Bremen die Vorstände von KV und Ärztekammer im Dezember den Vertrag zur Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte gekündigt. Bremen wurde damals keine Testregion.

Meine Damen und Herren, wie schon gesagt, für mich bleibt es dabei wie in Ulm: Auch der 112. Deutsche Ärztetag sollte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgelegten Form ablehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Wort hat nun Herr Kollege Bartmann.

Dr. Bartmann, Referent: Eigentlich wollte ich überhaupt nicht in diese Debatte eingreifen. Aber ich habe ein bisschen das Gefühl, dass ich doch noch etwas klarstellen muss. Von mehreren Debattenrednern ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass Datenskandale Mengen von gesammelten Daten offengelegt haben, die eigentlich nicht offengelegt werden sollten, dass Daten – auch dezentral gespeicherte Daten – verloren gegangen sind.

Das ist ja alles richtig. Aber das waren alles unverschlüsselte Daten. Wenn ich das Argument höre, ein Sozialrichter könne entscheiden, dass diese Daten offengelegt werden müssen: Das geht nicht. Das ist eine individuelle Verschlüsselung. Wenn ein Sozialrichter das beschließen sollte, müsste er 70 Millionen Menschen zwingen, ihre Verschlüsselung preiszugeben. Glauben Sie, dass das in einem Staat wie der Bundesrepublik Deutschland möglich ist?

(Zurufe: Ja!)

– Wenn Sie glauben, dass wir in einem totalitären Staat leben – ich habe ein anderes Empfinden.

(Beifall)

Diese Form der individuellen Entschlüsselung ist etwas anderes als das, was man normalerweise von einem Schlüssel wie Enigma kennt, wo man nur einen Code entschlüsseln muss. Dies ist individuell für jeden einzelnen Patienten.

Die gematik spricht von 4 Milliarden Rechnerjahren, die notwendig wären, um so einen Schlüssel zu knacken. Da wäre ich vorsichtig; womöglich weist jemand nach, dass das „nur“ 100 Millionen Rechnerjahre sind.

Selbst wenn Sie einen dieser Schlüssel eines Patienten knacken, haben Sie einen Datensatz von einem Patienten. Wenn Sie einen Pool verwenden wollten, müssten Sie genau diesen Pool aufbrechen.

Worüber reden wir eigentlich? Ich habe Ihnen doch gesagt: Durch die Ablehnung der Gesundheitskarte verschwindet nicht eine einzige Gesundheitsakte vom Markt. Diese Akten bleiben alle unverschlüsselt. Für diese gilt natürlich, weil sie unverschlüsselt vorliegen, dass sie Begehrlichkeiten wecken können und geknackt werden, gleichgültig ob sie bei ICD, in Fort Knox oder in irgendeinem Atombunker liegen.

Diese Akten könnten geknackt werden, aber nicht die Kryptografiedaten, die mithilfe des Datenschutzinstruments Gesundheitskarte verschlüsselt sind.

Wenn Sie sagen, die Sticks seien sicher, dann antworte ich: Aber es ist nicht so verschlüsselt, dass ein Arbeitgeber oder ein anderer es nicht mit einem gewissen Druck abfragen könnte. Es geht ja nicht darum, dass Sie nachweisen müssen, dass eine Patientenakte auf einem dezentralen Speicher möglich ist. Das wissen wir doch. Tausende von Patienten laufen mit solchen Sticks herum.

Unsere Forderung ist: Auch diese dezentral abgespeicherten Daten müssen mit der Kryptografie verschlüsselt werden, damit ein Arbeitgeber eben jemanden nicht zwingen kann, seinen Stick herzugeben. Wenn er das mithilfe eines Arztes täte, der dafür seinen Heilberufeausweis zur Verfügung stellt, ginge er ins Gefängnis.

Es war mir wichtig, etwas Klarheit in diese Dinge zu bringen. Es geht nicht um eine Gesundheitsakte. Es geht um ganz, ganz viele Gesundheitsakten. Es geht darum, dass diese ganz, ganz vielen Gesundheitsakten sicher verschlüsselt sind, ob zentral oder dezentral abgespeichert. Das ist mit dem individuellen Patientenschlüssel, den jeder auf seiner Karte hat, so sicher wie derzeit mit keinem anderen Mittel realisierbar.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Franz Bartmann. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Rütz aus Nordrhein, aus Köln-Nippes.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident, Sie wissen es ganz genau. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es muss auch einmal etwas Gutes über die Gesundheitskarte gesagt werden, nicht nur Kritisches. Wie es am Schluss aussieht, darüber werden wir uns gleich bei den Abstimmungen unterhalten.

In Nordrhein hat die, wie ich finde, relativ rigide Haltung der ärztlichen Basis dazu geführt, dass das Ministerium gesagt hat: Wir müssen hier etwas auf die Bremse treten und dem Vorschlag des Präsidenten hinsichtlich einer Denkpause etwas näherkommen. Das hat uns in Nordrhein in die Situation gebracht, dass der 100 000er-Versuch in der Region Essen/Bochum doch durchgeführt werden soll. Auch in Ingolstadt soll ein Versuch durchgeführt werden. Es hat ein vom Ministerium moderiertes Gespräch stattgefunden, von dem Frau Groß eben schon berichtet hat.

Wir sprechen immer über die elektronische Gesundheitskarte und denken: Das ist so ein Ding. Das ist es nicht. Wir sprechen über eine Telematikinfrastruktur. Das ist etwas völlig anderes. Ich will in ganz kurzen Sätzen beschreiben, welches die Hauptkomponenten dieser Telematikinfrastruktur sind, damit man das bei der Abstimmung immer im Hinterkopf hat.

Der erste Teil ist natürlich die E-Card, der zweite Teil ist der elektronische Heilberufeausweis, der dritte Teil – das ist eigentlich der entscheidende Teil, der sehr kostenträchtige Teil – ist ein Intranet. Auf die Frage an die Vertreter der gematik in der Besprechung, die wir mit dem Ministerium geführt haben, ob es sich um eine internetbasierte Technologie handelt, wurde ausdrücklich betont: Nein, das ist es nicht.

Die Sicherheit der Daten, die tatsächlich so hoch ist, wie Herr Bartmann es geschildert hat, kommt durch die Komponenten E-Card, Heilberufeausweis und Konnektoren zustande. Der Kern der Sicherheit wird über die Konnektoren gewährleistet. Konnektoren sind programmierte Hardwareteile, die im Computer eingebaut sind, die fest programmiert sind, bei denen der Arzt in der Praxis Gott sei Dank überhaupt nichts verstellen und einstellen kann. Nur derjenige, der im Besitz eines Konnektors ist, kann, wenn er gleichzeitig im Besitz des Heilberufeausweises und der elektronischen Gesundheitskarte ist, in dieses Intranet hinein.

Der Sicherheitsstandard ist ausgesprochen hoch. Die Frage nach Millionen oder Milliarden Rechnerjahren ist eigentlich völlig unwichtig. Das ist von Firmen konzipiert worden, die auch andere Sicherheitsstandards, beispielsweise im militärischen Bereich, entwickelt haben. Das heißt, die Sicherheit ist nicht das Problem. Nach meiner persönlichen Einschätzung ist die Sicherheit so hoch, dass sie im Praxisablauf vermutlich ausgesprochen hinderlich sein wird. Aber das wird man ja zu testen haben.

Dieser Konnektor ermöglicht auch nicht, weil es sich um ein Intranet handelt, in seiner ursprünglich angedachten Funktionsweise den Zugriff auf das Internet. Auf meine Frage, was denn passieren würde, wenn die Kollegen ins Internet wollen, weil sie beispielsweise ein Update für ihre Praxis-EDV abrufen wollen, wurde mir geantwortet, das ginge im Prinzip über diesen Konnektor nicht. Da man dieses Problem bei der gematik erkannt hat, sind definierte Internetzugriffe, die von der gematik als sicher eingestuft werden, auch über diesen Konnektor möglich.

Da kommen wir an den eigentlichen Juckepunkt, die Sicherheitstechnologie, weil sich die meisten Kollegen nicht vorschreiben lassen wollen, dass sie zwar „Spiegel“ und „Time“ lesen dürfen, aber nicht in die „Prawda“ schauen dürfen.

Das heißt, parallel zu diesen Konnektoren und diesem Intranet wird es vermutlich so sein, dass in den meisten Praxen noch ein normaler DSL-Internetzugang vorgehalten wird. Da fängt das Problem an, für das es bisher keine Lösung gibt. Das halte ich unter diesem Aspekt für ausgesprochen problematisch. In denselben PC, von dem die Information Konnektor/Praxis-PC in das Intranet läuft, laufen auch die Informationen über das normale DSL-Internet. Insofern ist praktisch über ein Hintertürchen die Möglichkeit gegeben, über jeden Praxis-PC, wenn man es denn will und wenn man über diese Informationen verfügt – Sie

sind eben nicht durch Milliarden Rechnerjahre geschützt, sondern vielleicht durch ein paar Rechnerminuten –, das komplette Intranet lahmzulegen.

Das sehe ich als Problem an. Darüber sollte man sich noch einmal Gedanken machen.

Wie teuer wird das für uns? Wir wissen es nicht. Auf meine Frage an das Ministerium, wie viel uns das kosten wird, wurde mir geantwortet: Das interessiert mich gar nicht, das werden wir schon sehen. Das habe ich unter der Rubrik „Ideologie kennt keine Kosten“ abgeheftet. Das kann es nicht sein. Wir müssen schon wissen, worauf wir uns hinsichtlich der Kosten einlassen.

Damit komme ich zum Nutzen. Bei diesem Gespräch waren der Datenschützer, viele kompetente Damen und Herren von der gematik und die Krankenkassen anwesend. Ich habe gefragt: Welchen Nutzen versprechen Sie sich denn über das hinaus, was wir bisher können, für die Ärzte? Da herrschte Schweigen im Walde. Es wurde nur darauf hingewiesen, dass wir – davon bin ich auch überzeugt – eine hochsichere individuelle Patienteninformation durchs Netz schicken können, die auch nur hochindividuell und hochgesichert abgerufen werden kann.

Einen weiteren Nutzen darüber hinaus habe ich nicht erkennen können. Dieser wurde auch nicht propagiert. Es wurde auf die Zukunft verwiesen, dass man irgendwann einmal den vollen Nutzen haben wird.

Sie müssen sich einmal überlegen, welche Infrastruktur wir in Deutschland im Boden vergraben haben. Auf dieser Basis funktioniert ja letzten Endes das Internet. Es gibt in Deutschland viele Gegenden, die überhaupt nicht in der Lage sind, diesen Sekundärnutzen, der uns angepriesen wird, in absehbarer Zeit zur Verfügung zu haben. In Köln ist die Firma NetCologne, ein privater Anbieter, derzeit dabei, Glasfaserkabel zu verbuddeln. Das funktioniert relativ zügig und günstig.

Herr Bartmann, wenn Sie in Flensburg im Notdienst ein Thorax-CT aus München abrufen wollen, sind Sie mindestens 20, 25 Minuten beschäftigt. Der Arbeitsplatz, an dem das abgerufen wird, ist während dieser Zeit völlig blockiert. So ganz schnell, flott und problemlos wird das sicherlich nicht gehen. Da sind noch sehr viele Fragen zu klären.

Insofern bin ich eigentlich ganz froh, dass wir in Nordrhein den 100 000er-Test haben. Wir würden es uns schon sehr wünschen, dass dort ein Test gemacht wird: Wie läuft es denn tatsächlich ab? Es besteht kein Zweifel, dass die Komponenten zueinander passen, dass die Lesegeräte die E-Card lesen können. Es ist aber völlig unklar, was das für die Handhabung in den Praxen bedeutet.

Dabei bin ich bei dem nächsten Punkt, der uns in Nordrhein besonders juckt, nämlich dass wir uns bereits jetzt diese Lesegeräte anschaffen sollen, zu denen es einen Zuschuss gibt, bevor überhaupt getestet ist, worin der große Nutzen bestehen soll. Das ist gerade so, als hätte man die erste deutsche Eisenbahn nicht von Nürnberg nach Fürth, also über eine relativ überschaubare Entfernung, fahren lassen, sondern gleich von Hamburg nach München. Man hat aber

das Basis-Rollout entsprechend gemacht, ohne dass überhaupt ein Zug gefahren ist.

(Beifall)

Ich finde, man sollte nicht den zweiten Schritt vor dem ersten tun. Wir vertun nichts, wenn wir erst einmal sehen, wie es wirklich läuft und wie die praktische Handhabung aussieht, sodass das Basis-Rollout um ein halbes Jahr oder ein Jahr verschoben wird, nachdem ja alle im Gesetz vorgegebenen Daten der Einführung längst Makulatur sind. Wenn es nach Ulla Schmidt gegangen wäre, hätten wir das System ja schon seit drei oder vier Jahren. Deshalb sollten wir uns jetzt nicht drängeln lassen. Deshalb bitte ich sehr darum, den Antrag 61 zu unterstützen.

Noch ein Wort zu dem sehr engagierten Vortrag von Frau Groß zur vita-X-Akte, zum Wildwuchs der Anbieter. Natürlich existiert dieser Wildwuchs. Selbstverständlich bin ich der Auffassung, dass man dem etwas Seriöses entgegensetzen sollte. Wir dürfen aber nicht so blauäugig sein, zu glauben, dass dieser Wildwuchs nur deshalb beseitigt wird, wenn wir etwas anderes einführen. Das halte ich für einen Kinderglauben.

Kernpunkt des Konzepts ist nach wie vor, dass der Patient der Datenhalter ist und darüber bestimmt, wo die Daten landen sollen. Das heißt, der Patient wird auch in Zukunft bestimmen, ob das über die vita-Praxis-Akte oder ein sonstiges Medium laufen wird.

(Beifall)

Das sollte also auch kein Grund sein, dass wir uns in eine Situation drängen und hetzen lassen. Auf die Frage an die Krankenkassen, welchen Nutzen sie in der Einführung der Gesundheitskarte sehen, war Schweigen im Walde. Sie haben sich nicht decouvriert, aus welchen Gründen auch immer. Die einzige Antwort lautete: Wir setzen die gesetzlichen Vorgaben um. Das ist der Nutzen, den die Krankenkassen von der Einführung der E-Card haben. Wer’s glaubt, wird selig. Das kann ich mir überhaupt nicht vorstellen.

Deswegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen wir doch einen Schritt nach dem anderen tun. Der Vorschlag kann doch nur lauten: Wir werden den 100 000er-Test so durchführen, dass die Ärzte auch wissen, worauf sie sich einlassen; denn eine freiwillige Anwendung kann doch nur aufgrund einer ausgesprochen validen Information erfolgen. Dieser 100 000er-Test zumindest in Essen würde nach unseren Wünschen wie ein klinischer Versuch durchgeführt. Das heißt, wir schauen nicht nur nach Wirkungen, sondern wir schauen auch nach Nebenwirkungen und nach Kollateralschäden, die eventuell auftreten. Nur: Mit Spekulation ist niemandem geholfen. Auch mit purer Ablehnung ist niemandem geholfen. Aber mit einer kritischen Begleitung dieses Versuchs kommen wir sicherlich weiter.

(Unruhe)

Ich habe dem Vertreter des Ministeriums gesagt: Wenn Sie wollen, dass – –

(Unruhe – Zurufe)

– Ich bin ja gleich fertig.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Rütz, ich glaube, man will Ihnen damit signalisieren, dass alle verstanden haben, was Sie möchten und wofür Sie plädieren.

Dr. Rütz, Nordrhein: Ich bin ja fertig. Der Schlusssatz heißt: Wenn das Ding ein Erfolg wird, wird es Ihnen aus den Händen gerissen, wenn es bei der Freiwilligkeit bleibt; wenn es kein Erfolg wird, wird es irgendwo versauern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt hat sich Herr Lipp zur Geschäftsordnung gemeldet.

(Dr. Lipp, Sachsen: Ich beantrage Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten! Es sollte nur noch das gesagt werden, was noch nicht dargestellt wurde!)

– Das Zweite ist ziemlich schwer zu kontrollieren. Das ist auch eine Sache der Empfindung. Wir stimmen darüber ab. Wer möchte gegen die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten sprechen?

(Zuruf: Zwei Minuten!)

– Sie haben zwei Minuten beantragt. Was denn nun? Am weitestgehenden ist eine Minute.

(Heiterkeit)

Wir stimmen erst einmal über zwei Minuten ab. Wer möchte zwei Minuten Redezeit? – Viele. Wer ist dagegen? – Dann sind zwei Minuten beschlossen. Das wird Herr Scholz mühelos schaffen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Herzlichen Dank an Köln-Nippes! – Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Bartmann, ich habe Sie doch richtig verstanden – Sie mögen mich gegebenenfalls korrigieren –: Gleichgültig, ob ich eine zentrale oder eine dezentrale Lösung habe, Sie versuchen doch auch, den gläsernen Patienten zu verhindern, dass alles überall sichtbar ist, unabhängig davon, ob es sich um die E-Card handelt. Habe ich das richtig verstan-

den, dass Sie diesen Auftrag, den wir Ihnen letztes Mal erteilt haben, weiterhin verfolgen werden?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn wir die entsprechende Betrachtung anstellen, ärgert es mich, dass wir für die Rechte der Patientinnen und Patienten kämpfen, aber in Google wird das Zeug eingestellt, aber da weiß ich überhaupt nicht, welche Verhinderungsmöglichkeiten der Weitergabe vorhanden sind. Ich finde, Sie sollten die Patienten aufklären, dass sie bei einem solchen Quatsch auf gar keinen Fall mitmachen. Wir strampeln uns hier ab, aber hintenherum wird uns das sozusagen von solchen Konzernen weggeschossen, die natürlich auch bei einer Anfrage des „Deutschen Ärzteblatts“ behaupten, es gebe keine kommerziellen Interessen. Da kann ich nur lächeln.

(Beifall)

Ich muss zugeben, dass ich zu selten in die (Muster-)Berufsordnung schaue. In § 10 Abs. 5 ist geregelt, dass gerade bei elektronisch abgelegten Daten der Sorgfaltspflicht zu genügen ist. Da besteht doch im Krankenhaus ein Problem. Kann ich garantieren und sicher sein, dass alles, was ich dort tue, korrekt abgelegt ist? Gerade wenn ich großen Konzernen angehöre und diese Dinge entsprechend outsource, dann kann es doch nicht sein, dass wir das zulassen und mitmachen.

(Beifall)

Ich bitte Sie dringend, darauf zu achten, dass Informationen immer verschlüsselt sind, dass der Patient immer freiwillig bestimmen kann, was gespeichert wird. Das muss eine unserer essenziellen Forderungen sein. Wir sollten uns bei Verträgen mit Krankenkassen nicht knebeln lassen. Es kann nicht sein, dass Sie hinterher Listen bekommen, wer Ihr teuerster Patient war, wer der Hit Nummer eins war. Das darf nicht sein!

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Danke sehr, Herr Scholz. – Als nächster Redner hat Professor Kahlke aus Hamburg das Wort.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es gibt den Antrag VIII-127. Ich lese ihn vor:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag appelliert an den Gesetzgeber, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf der Grundlage des § 291 a SGB V auszusetzen und unter Berücksichtigung der Forderungen und Empfehlungen des 110., 111. und 112. Deutschen Ärztetages unter Mitwirkung der sachverständigen Gremien der Ärzteschaft eine Neukonzeption zu entwickeln.*

(Vereinzelt Beifall)

Ich denke, das ist es, was jetzt ansteht. Wir haben gestern gehört, dass in der Bundesärztekammer ein Dezernat Telematik eingerichtet wird. Das ist eine gute Voraussetzung für die Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft.

Die Anträge, die der Vorstand vorgelegt hat, könnten dann genauso berücksichtigt werden wie die anderen Anträge.

Dann gibt es noch eine Frage zur Reihenfolge in der Abstimmung. Ich bin etwas erstaunt: Wir haben sonst immer berücksichtigt, welcher Antrag der weitergehende ist. Wenn ich unseren Antrag 74 richtig verstehe, ist er unter den bisher vorliegenden Anträgen der weitergehende, vielleicht sogar der weitestgehende. Vielleicht trifft das sogar auf den Antrag zu, den ich gerade vorgelesen habe, der an den Gesetzgeber appelliert. Auf jeden Fall ist der Antrag 74 weitergehend, weil er eben generell für die Ablehnung ist.

Ich bitte um Überprüfung, ob die Reihenfolge in der Abstimmung nicht in diesem Sinne geändert werden muss. Natürlich bitte ich auch darum, den Antrag 74 anzunehmen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, lieber Winfried Kahlke. Wir haben die Reihenfolge der Anträge mit unserem Sachverstand und gemeinsam mit der Rechtsabteilung geprüft. Deshalb sind wir zu dieser Einschätzung gekommen. Ich bitte Herrn Nösser, noch einmal zu überlegen, ob der Antrag 74 nicht vorgeht. Den Antrag 127 haben wir bewusst ans Ende gestellt, weil er ja auch die Ergebnisse des 112. Deutschen Ärztetages inkludiert. Diese können wir natürlich erst abschätzen, wenn wir sie haben, nämlich am Ende der Debatte.

Als Nächster spricht zu uns der Kollege Detlev Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Nachdem Frau Dr. Groß gesprochen hat, möchte ich noch auf meinen Antrag eingehen. Zurzeit gibt es keinen Grund, eine Online-Infrastruktur zu haben, um die Pflichtanwendungen der elektronischen Gesundheitskarte zu gewährleisten. Es gibt einfach keinen Grund. Deshalb können wir es nur ablehnen, dass eine solche Online-Infrastruktur zum derzeitigen Zeitpunkt eingeführt wird, in irgendeiner Form eingebunden wird.

(Beifall)

Frau Dr. Groß hat sich ja ein bisschen geoutet als Mitglied des Telematikausschusses in der Bundesärztekammer. Diese Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, die von ihr so hochgehalten wird, weshalb wir diese Online- und Telematikinfrastruktur brauchen, ist doch nichts Neues. Das gibt es heute mit denselben Verschlüsselungen, die hier angeboten werden. Wir können heute unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte – wir brauchen dafür keine Online-Anbindung – Punkt zu Punkt kommunizieren, von einem Arzt zum anderen, mit

Verschlüsselungen, die sicher sind, die diesen Weg verschlüsseln. Dazu bedarf es der Verknüpfung nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Ich habe es vorhin bereits gesagt: Es ist vollkommen unklar, warum die elektronische Gesundheitskarte derzeit mit einer Online-Infrastruktur gekoppelt wird. Ich bitte Sie daher, meinen Antrag 125 anzunehmen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Steininger. – Der nächste Redner ist ebenfalls ein Hesse, der Kollege Peter Zürner.

Dr. Zürner, Hessen: Ich kann den Ausführungen meines Vorredners fast nichts mehr hinzufügen. Wir hatten ja auch in der Delegiertenversammlung in Hessen die Diskussion mit Herrn Bartmann. Die hessischen Delegierten lehnen weiterhin eine Online-Anbindung grundsätzlich ab. Wir haben versucht, Kompromisse vorzuschlagen. Wir sind weiterhin der Ansicht: Wir sollten darauf verzichten.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Herr Kollege Zürner. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Christiane Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Mir ist noch etwas eingefallen, liebe Kolleginnen und Kollegen, was ich Ihnen noch mitteilen wollte. In diesem Expertengespräch in Nordrhein kam von uns Ärzten auch die Frage nach der Punkt-zu-Punkt-Kommunikation bzw. den Arztbriefen. Das umfasst auch die Daten, die im elektronischen Rezept enthalten sind. Aber vom elektronischen Rezept redet eigentlich niemand mehr.

Lassen Sie uns einmal die Arztbriefe anschauen. Die Datenschützer haben versichert: Diese Daten bleiben nicht auf dem Server. Sie werden von dem Arzt abgeholt, zu dem dieser Brief geschickt wird. Das war eine unserer Forderungen. Das ist schon mit in dieses Konzept eingearbeitet worden.

Ich habe den Antrag 126 gestellt. Er ist die Konsequenz aus dem, was ich Ihnen gesagt habe. Wenn wir Ärzte andere Patientenakten nutzen, dann müssen wir auch die Sicherheitsvorgaben eindeutig nutzen, die von der Bundesärztekammer und dem BSI festgestellt worden sind. Der Antrag 126 geht noch ein-

mal auf den Wildwuchs ein, von dem ich eben bereits gesprochen habe. Ich bitte da um Ihre Unterstützung.

Noch ein Wort zum Antrag 127 von Herrn Professor Kahlke. Warum nehmen wir nicht das Testen? Ich habe einen Änderungsantrag eingebracht. Danach können wir beurteilen, ob und wie wir eine Neukonzeption entwickeln.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Frau Kollegin Groß. – Der im Moment letzte Redner auf der Rednerliste ist Rudolf Henke, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben uns auch auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes intensiv mit dieser Frage auseinandergesetzt und haben eine lange Diskussion geführt. Ich möchte ähnlich, wie Herr Rütz es getan hat, aber aus dem anderen Blickwinkel des Marburger Bundes dafür werben, dass wir kein kategorisches Nein sagen, sondern bei der Positionierung bleiben, die sicherstellt, dass wir in jeder Debatte, die dort geführt wird, in jedem Gremium, das über die elektronische Gesundheitskarte berät, dabei sind und in ähnlicher Weise, wie das im letzten Jahr geschehen ist, Einfluss nehmen können.

Ich glaube, dass es eine ganze Reihe von Akteuren gibt, die im Prinzip darauf warten, dass die Ärzteschaft ein für allemal Nein zu diesem Projekt sagt, die das als Startschuss dafür empfänden, die Debatte weiterzuführen, allerdings möglichst ohne unsere Teilnahme. Damit würden sie die Bewusstseinsbildung – Frau Groß hat es angesprochen, Herr Rütz hat es angesprochen –, die jedenfalls in einem Teil des politischen Spektrums in Gang gekommen ist, unterbrechen. Sie wissen natürlich, dass sie mit der ungehinderten elektronischen Vermarktung von Patientendaten dann gestoppt werden, wenn es uns gelingt, unsere Kriterien der Freiwilligkeit und der nicht erzwungenen Online-Anbindung, auch der Finanzierungsarchitektur und der Handhabbarkeit durchzusetzen.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, ich empfehle denen, die grundsätzlich gegen die elektronische Gesundheitskarte sind, aber auch denen, die grundsätzlich dafür sind: Sorgen Sie dafür, dass wir als Ärzteschaft im Prozess bleiben. Deshalb sollte keine generelle Ablehnung des Gesamtprojekts erfolgen. Das kürzt uns die Glaubwürdigkeit und katapultiert uns aus den Debatten.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Rudolf Henke. – Es hat sich geradezu in letzter Sekunde noch Herr Stagge aus Nordrhein zu Wort gemeldet. Bitte schön.

Stagge, Nordrhein: Vorhin wurde von der Bauchentscheidung gesprochen. Deswegen stehe ich hier.

(Heiterkeit)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Das ziehen wir Ihnen jetzt auch nicht von der Redezeit ab, Herr Stagge. Das war eine gute Eröffnung. Sie haben das Wort.

Stagge, Nordrhein: Herr Henke, ich komme aus der Testregion Essen. Wir hätten das natürlich gern von Anfang an mit begleitet. Ein wesentlicher Punkt, der jetzt vorgetragen wurde, war die elektronische Patientenakte auf dem freien Markt. Man hätte, wenn man das begleitet hätte, diese Forderung von vornherein einbringen können. Die Forderung ist von unten gekommen, nicht aus der Kompetenz der Ärztekammer. Das ist ein kleiner Vorwurf.

Wenn wir das in der Testregion Essen wollen, wird das funktionieren. Aber wenn da Dinge gemacht werden, die wir nicht wollen, dann werden sich die Leute eine blutige Nase holen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank. – Nun aber, meine Damen und Herren, ist die Rednerliste wirklich erschöpft. Ich frage Herrn Bartmann, ob er noch eine Schlussbemerkung machen möchte. Dann steht ihm das Rednerpult zur Verfügung.

Dr. Bartmann, Referent: Herr Kahlke, Sie schreiben in einem Antrag, dass Sie vorschlagen, dass die Bundesärztekammer bzw. die Fachgremien der Bundesärztekammer – ich nehme an, Sie meinen uns – gemeinsam mit dem BMG eine Neukonzeption vornehmen sollten. Herr Kahlke, was glauben Sie, was wir in den zwei Jahren seit Münster getan haben? Däumchen gedreht? Genau das war doch unsere Aufgabe. Es ist doch auch nicht so, dass wir nichts erreicht haben. Wir haben immerhin die dezentrale Speicherung mit ins Geschäft hineingebracht. Wir bestehen weiterhin auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Wir haben dafür gesorgt, dass die elektronische Verordnung zunächst einmal komplett hinten herunterfällt.

Sind das denn keine Neukonzeptionen? Wenn Sie glauben, wir müssten § 291 a umschreiben, dann sage ich Ihnen: Das geht nur in eine Richtung, das

geht nur in Richtung der Schwächung der Patientenrechte. Das Maximum dessen ist nämlich erreicht. Herr Junker hat darauf hingewiesen: Wir laufen eher Gefahr, durch eine Verstärkung des Datenschutzes, der ohnehin schon am Limit angekommen ist, die Praktikabilität in der Praxis zu schwächen. § 291 a kann es eigentlich nicht sein, der umgeschrieben werden muss. Das andere tun wir.

Ich möchte Sie bitten – damit komme ich auf den letzten Satz meines Referats zurück –: Unterstützen Sie uns weiter bei diesem nicht einfachen Bemühen, für uns Ärzte und auch für die Patienten eine vernünftige Lösung in diesem Telematikprojekt umzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Montgomery: Vielen Dank, Franz Bartmann.

Meine Damen und Herren, wir treten in die Abstimmung zu den Anträgen ein. Wie von Herrn Kahlke gewünscht – wir haben das hier mit der Rechtsabteilung diskutiert –, ziehen wir die Anträge 74, 125 und 125 a nach vorne. Sie sind nicht exklusiv, dass sie die weitere Debatte danach beenden, sondern wir müssen danach sowieso in die Detaildebatte eintreten. Deswegen ist das unschädlich. Wir haben kein Problem damit.

Ich rufe als ersten Antrag den **Antrag VIII-74,** gestellt von Professor Winfried Kahlke und anderen, auf. Änderungsanträge hierzu liegen mir nicht vor. Ich bitte diejenigen, die diesem Antrag zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Damit ist dieser Antrag **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum Antrag 125. Dazu liegt als Änderungsantrag der **Antrag VIII-125 a** vor. Die Antragstellerin, Christiane Groß, begehrt mit dem Antrag 125 a, im Antrag 125 im ersten Satz des letzten Absatzes vor „Online-Infrastruktur“ das Wort „zwangsweisen“ einzufügen, sodass es dann im Antrag 125 heißt:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung einer zwangsweisen Online-Infrastruktur …*

Wer für den Antrag 125 a ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.** Damit ist der **Antrag VIII-125** geändert, über den wir jetzt abstimmen. Wer für den Antrag 125 ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Keine Gegenstimme. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-34** des Vorstands der Bundesärztekammer: Nur Freiwilligkeit kann für Akzeptanz sorgen. Änderungsanträge liegen mir nicht vor. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit wenigen Gegenstimmen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Zum Antrag 35 liegen zwei Änderungsanträge mit vier Änderungspunkten vor. Ich schlage Ihnen vor, dass wir die beiden Anträge 35 a und 35 b jeweils inhaltsmäßig in der Reihenfolge aufgeteilt, wie die Punkte in 35 auftauchen, behandeln. Ich bitte Sie, zunächst den **Antrag VIII-35 b neu** zur Hand zu nehmen. Der erste Satz des vierten Absatzes des Antrags 35 lautet:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die ernsthafte und ergebnisoffene Testung der eGK und der Telematikinfrastruktur im Rahmen eines 100 000er-Feldtests, der nicht Bestandteil des Online-Rollouts sein darf.*

Dieser Satz soll ergänzt werden durch die Worte:

> *sowie die gleichzeitige Testung alternativer, dezentraler Speichermedien.*

Wer dafür ist, dass dieser Halbsatz angefügt wird, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist dieser Halbsatz angefügt.

Die nächste Änderung ergibt sich aus dem **Antrag VIII-35 a.** Auf Seite 2 des Antrags 35 soll die Ziffer 2 insofern geändert werden, als in Satz 1 nach der in Klammern stehenden Anwendung „Update der Versichertenstammdaten“ die Anwendung „Arzt-zu-Arzt-Kommunikation“ angefügt werden soll. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Dann ist hiermit die Arzt-zu-Arzt-Kommunikation angefügt.

Wir kommen jetzt wieder zum Antrag 35 b neu. Der Antragsteller bittet darum, im Antrag 35 auf der zweite Seite in Ziffer 2 in der dritten Zeile nach dem Wort „getestet“ zu ergänzen:

> *Parallel werden die Testungen von dezentralen, patientenbasierten modernen Speichermedien wie USB-Stick oder Speicherchips mit hochwertiger Verschlüsselungstechnologie in entsprechend angelegten Feldtests durchgeführt.*

Ferner soll im zweiten Absatz der Ziffer 2 der Satz

> *Auch ist nicht nur die konzeptionelle Bewertung, sondern ebenso die praktische Testung dezentraler Speichermedien durchzuführen.*

gestrichen werden. Ich glaube, das gehört mit in diesen Kontext.

Wissen Sie, worüber Sie abstimmen? – Ja. Dann bitte ich diejenigen, die diesen Änderungen zustimmen wollen, jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – In meinen Augen gab es trotz vieler Enthaltungen eine Mehrheit für diese Änderungen. – Da sind wir uns hier einig.

Dann kommen wir zu einer weiteren Änderung gemäß 35 a. Danach soll auf Seite 2 der fünfte Satz in Ziffer 2 neu formuliert werden:

> *Ein neu einzurichtender „ärztlicher Beirat“ entscheidet …*

Es folgen die Ziffern 1 und 2, wie sie im Antrag 35 a formuliert sind. Wer dafür ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Dann haben Sie dem mit einigen Gegenstimmen zugestimmt.

Jetzt gibt es noch im Antrag 35 b neu das Petitum, den Titel des Vorstandsantrags VIII-35 zu ändern in:

> *Saubere Testung der Telematik-Struktur der eGK und dezentraler Alternativen vor Einführung im Online-Rollout – Gründlichkeit vor Schnelligkeit!*

Es sollen also die dezentralen Alternativen mit aufgenommen werden. Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Das ist mit großer Mehrheit angenommen.

Wir kommen jetzt zur Gesamtabstimmung über den von Ihnen geänderten **Antrag VIII-35.** Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum Antrag 36. Auch hier liegen zwei Änderungsanträge vor. **Antrag VIII-36 a** begehrt, dass es sich bei den Online-Daten, mit denen man ins Netz geht, nur um medizinische Daten handeln soll. Das würde sinngemäß genauso bei den entsprechenden Passagen des **Antrags VIII-36 b** gelten, falls Sie dieser Änderung zustimmen.

Wir stimmen zunächst über den Antrag 36 a ab, wonach im Antrag 36 im ersten Satz der Ziffer 1 nach den Worten „auch Arztpraxen, die nicht“ die Worte „mit medizinischen Daten“ eingefügt werden sollen. Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Das ist mit großer Mehrheit angenommen. Das wird im Antrag 36 b automatisch Bestandteil der Formulierung.

Ich frage Sie, wer von Ihnen dem Antrag 36 b mit der Änderung – –

(Zuruf)

– Herr Stagge zur Geschäftsordnung.

Stagge, Nordrhein: Herr Montgomery! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Antrag 36 heißt es:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag stimmt der Einschätzung zu, dass sich durch dieses Vorgehen Mittel einsparen lassen …*

Wieso? Ich möchte mich mit dem Antrag nicht befassen. Ich stelle den Antrag auf Nichtbefassung.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Sie meinen die Nichtbefassung mit dem Antrag 36 b?

Stagge, Nordrhein: Mit dem Antrag 36.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Wir sind aber mitten in der Abstimmung. Die Nichtbefassung ist mitten in der Abstimmung eine schwierige Angelegenheit, Herr Stagge.

(Beifall)

Wir haben uns ja mit diesem Antrag schon intensiv befasst. Lassen Sie uns ihn doch abstimmen.

Meine Damen und Herren, wir sind jetzt noch bei der Frage, ob Sie den Antrag 36 b annehmen wollen, der Ziffer 1 auf der ersten Seite des Antrags 36 ändern will. Wer für die Änderung ist, wie sie im Antrag 36 b vorgeschlagen wird, den bitte ich jetzt, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Ich glaube, das ist die Mehrheit. Enthaltungen? – Wir sind hier zu dritt der Auffassung, dass die Ablehnung die Mehrheit war. Damit ist diese Formulierung der Kollegin Taube nicht übernommen.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den insofern geänderten **Antrag VIII-36,** als nur medizinische Daten online gehen sollen. Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Das Erste war eindeutig die Mehrheit. Dann ist der Antrag 36 **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-50.** Änderungsanträge zu diesem Antrag liegen mir nicht vor. Wer für den Antrag 50 ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum Antrag 61. Dazu gibt es den **Antrag VIII-61 a** der Kollegin Groß. Der zweite Absatz des Antrags 61 beginnt mit den Worten:

> *Ebenso unterstützt der Deutsche Ärztetag die Beschlusslage der Ärztekammer Nordrhein …*

Nach dem Wort „Beschlusslage“ sollen die Worte „des Vorstandes“ eingefügt werden. Das ist eine sachliche Richtigstellung, über die man fast nicht abstimmen kann. Dennoch stimmen wir darüber ab, weil es so erbeten ist. Wer dafür ist, das aufzunehmen, den bitte ich um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Damit kommen wir zu dem so geänderten **Antrag VIII-61.** Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Herr Stagge wünscht mit dem **Antrag VIII-63,** dass die Versichertenkarten geschmückt sein sollen mit Bildern, die auch ungefähr die Morphe des Betroffenen wiedergeben. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich jetzt um das Handzeichen. – Die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-64** von Herrn Kollegen Stagge und anderen. Änderungsanträge liegen mir hierzu nicht vor. Wer für den Antrag 64 ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Der nächste Antrag ist der **Antrag VIII-90** von Frau Kollegin Taube. Hier geht es um technische, organisatorische und rechtliche Voraussetzungen für die Herausgabe elektronischer Heilberufeausweise. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, jetzt die Karte zu heben. – Gegenprobe! – Eine ganze Reihe. Enthaltungen? – Wir sind uns gleichwohl einig, dass das Erste die Mehrheit war. Dann ist dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-107:** Ärztekammer als Treuhänder von Patientendaten.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wünscht jemand dagegenzusprechen? – Formal. Dann bitte ich Sie, jetzt über die Vorstandsüberweisung abzustimmen. Wer für Vorstandsüberweisung ist, möge die Karte heben. – Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag 107 **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VIII-108** zur Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-117:** Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Organspendebereitschaft. Sie haben ihn alle vorliegen. Wer für diesen Antrag ist, den bitte ich, die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einzelne. Enthaltungen? – Viele Enthaltungen. Dennoch ist der Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-126** von Frau Kollegin Groß: Empfehlung zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bei elektronischer Kommunikation. Wer für den Antrag ist, den bitte ich, die Karte zu heben. – Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zu den beiden letzten Anträgen, den Anträgen 127 und 127 a. Zunächst stimmen wir über den **Antrag VIII-127 a** ab. Der Antrag 127 endet mit den Worten:

> *… unter Mitwirkung der sachverständigen Gremien der Ärzteschaft eine Neukonzeption zu entwickeln.*

Entsprechend dem Antrag 127 a soll es heißen:

… unter Mitwirkung der sachverständigen Gremien der Ärzteschaft zu testen und entsprechend der Ergebnisse gegebenenfalls eine Neukonzeption zu entwickeln.

Wer dafür ist, den bitte ich, jetzt die Hand zu heben. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen nun zur Abstimmung über den so geänderten **Antrag VIII-127.** Wer dafür ist, den bitte ich um das Handzeichen. – Bitte die Gegenprobe! – Einige. Enthaltungen? – Wenige. Dann ist der Antrag 127 mit großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Damit sind alle Anträge, die mir zu diesem Tagesordnungspunkt vorliegen, abgearbeitet. Ich danke Ihnen. Wir mussten bei keinem einzigen Antrag zählen. Wir hatten nicht ein einziges Mal einen Dissens in der Wahrnehmung der Mehrheiten. Ich danke Ihnen für die konzentrierte Art, wie wir das abgearbeitet haben.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Monti, für die Leitung der Versammlung. Das Fernsehen wollte von mir unbedingt eine kleine Bewertung des Ärztetages haben. Da es die ARD war, habe ich das gern getan.

Jetzt liegt eine Meldung zur Geschäftsordnung vor. Mutmaßlich wird das beantragt, was ich Ihnen gerade vorschlagen wollte. Aber dann kommt es aus Ihrem Munde. Bitte sehr.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Wir haben einen echten Konflikt. Wir haben eine Fülle von sehr wichtigen und zum Teil wirklich entscheidenden Anträgen, die es verdienen, ein Votum des Deutschen Ärztetages zu erhalten. Ich sehe allerdings bei der Fülle der Anträge die Wahrscheinlichkeit, dass man an irgendeinem Punkt zu einer pauschalen Überweisung an den Vorstand kommt. Ich meine, das wäre keine gerechtfertigte Behandlung.

Aus diesem Grunde schlage ich vor, dass wir zu dem Verfahren kommen, wie wir es in früheren Jahren schon öfter gemacht haben, dass wir sagen: eine Wortmeldung dagegen, dann gegebenenfalls eine Wortmeldung dafür; wenn keiner dagegenspricht, wird gleich abgestimmt. Ich meine, dann haben wir ein vernünftiges zeitökonomisches Konzept. Trotzdem haben wir für die Anträge ein Votum des Deutschen Ärztetages.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Lutz. Gibt es eine Gegenrede gegen dieses Verfahren? – Das ist nicht der Fall. Wer ist dafür, dass wir so

vorgehen? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Enthaltungen? – Dann wird so verfahren.

Wir kommen zunächst zum Thema Ausbildung mit den Anträgen 17, 40, 51, 62, 18 mit zwei Änderungsanträgen, 19, 20, 45, 47, 43, 49, 66, 75, 87, 88, 93, 94, 99 und 109.

Zum Antrag 18 ist Herr Dominique Quart, Präsident der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd), geladener Gast mit Rederecht zum Antrag 18, wenn er dies wünscht.

Wir kommen zunächst zum **Antrag VIII-17.** Spricht jemand gegen den Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag 17? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-40** von Dr. Junker. Spricht jemand gegen den Antrag? – Bitte, Herr Michaelis.

Michaelis, Thüringen: Ich möchte auf ein Problem hinweisen. Das Anliegen ist völlig in Ordnung; damit habe ich keine Probleme. Es geht mir um einen möglichen Kollateralschaden. In dem Antrag heißt es:

> *Ein Bachelor-Abschluss darf aber keinesfalls eine ärztliche Tätigkeit ermöglichen. Unterhalb des „Facharzt-Status“ darf es keine Arztzulassung geben, auch nicht bei Ärztemangel.*

Es geht mir um die Begriffe Facharztstatus und Arztstatus. Dieses Problem ist sehr diffizil. Wenn man den Facharztstatus hier so benennt, ist das ein bisschen schwierig. Deshalb möchte ich zumindest meine Bedenken äußern. Ich empfehle, obwohl ich das Anliegen des Antrags unterstütze, eher die Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Man könnte aber auch dieses Wort „Facharztstatus“ – da haben Sie gut aufgepasst – ändern in „unterhalb des Status der ärztlichen Approbation“. Wenn wir es so formulierten und Herr Junker einverstanden wäre, hätten wir das Problem gelöst.

(Beifall)

Wir stimmen mit dieser Änderung über den Antrag ab. Der Überweisungsantrag von Herrn Michaelis wird sicherlich nicht aufrechterhalten, weil wir ja am Ziel sind. Arzt ist Arzt. Wer möchte dem so geänderten Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-51.** Gibt es eine Gegenrede? – Nein. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-62,** den Bologna-Prozess betreffend.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. – Der Herr Vorsitzende des Ausschusses „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“, Jan Schulze, findet es gut, wenn der Antrag an den Vorstand überwiesen würde. – Das war nur ein kleiner Tipp.

(Heiterkeit)

Ich frage: Wer möchte die Überweisung beschließen? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-18.** Herr Quart, möchten Sie das Wort ergreifen? – Bitte schön.

Quart, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Werte zukünftige Kolleginnen und Kollegen! Ich freue mich sehr, dass wir als Medizinstudierende uns hier, soweit ich weiß, zum ersten Mal in der Form einbringen dürfen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Auf diesem Ärztetag zum ersten Mal. Ansonsten ist das fast regelhaft so.

Quart, geladener Gast: Tatsächlich?

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ja.

Quart, geladener Gast: Dann freue ich mich umso mehr.

(Beifall)

Zum Praktischen Jahr: Wir freuen uns, dass sich der Ärztetag dazu wieder positioniert. Wir freuen uns gerade deshalb, weil er unsere Forderungen und Wünsche damit sehr unterstützt. Damit wissen wir den Ärztetag quasi an unserer Seite.

Leider hat sich trotz ähnlicher Beschlüsse in der Vergangenheit praktisch bisher recht wenig getan. Im Zuge dieses Antrags möchte ich auf ein Papier hinweisen, das wir als Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland verabschiedet und in den letzten Tagen an unserem Stand im Foyer verteilt haben.

Es schlägt Qualitätsstandards inhaltlicher und infrastruktureller Art für die Ausbildung im Praktischen Jahr vor, die ich Ihnen sehr ans Herz legen möchte, vor allem denjenigen, die direkt in die Ausbildung der PJler eingebunden sind. In unserem Papier tragen wir die elementarsten Voraussetzungen für eine gute Ausbildung zusammen. Dies wäre zum einen, dass es klar definierte ergebnisorientierte Ausbildungsziele gibt, die man sowohl von studentischer Seite als auch vonseiten der Dozenten einfordern kann.

Zum anderen brauchen wir eine gute Betreuung mit direkt Verantwortlichen für die Ausbildung, regelmäßigen Seminaren und kritischen Feedbackgesprächen zum Ausbildungsstand der Studierenden im Praktischen Jahr.

Schließlich wollen wir auch die Möglichkeit haben, an allen Lehrkrankenhäusern, die die Voraussetzungen der Approbationsordnung erfüllen, in Deutschland frei wählen zu können, dass wir nicht von den Universitätskliniken dorthin verwiesen werden, wo wir scheinbar gerade am dringendsten benötigt werden oder strategisch am günstigsten eingesetzt werden.

(Beifall)

Ausdrücklich möchte ich auch auf die Routinetätigkeiten zu sprechen kommen, die wir keinesfalls ablehnen, da uns bewusst ist, dass sie natürlich die Basis für eine fundierte ärztliche Tätigkeit darstellen und deshalb keinesfalls außen vor bleiben sollen. Wichtig ist aber, dass im Praktischen Jahr darüber hinausgehend noch viele weitere Dinge erlernt werden müssen, damit man danach als eigenständiger und selbstständiger Arzt in der Assistenzarztzeit nach dem letzten Staatsexamen tätig werden kann.

Wir würden uns wünschen, dass es in Zukunft nicht ausschließlich von der Laune und der Motivation einzelner Kollegen abhängt, ob und was die Medizinstudierenden im Praktischen Jahr lernen, sondern dass es definierte Kriterien gibt, damit sich am Ende jeder darauf verlassen kann, dass die Studierenden nach dem Praktischen Jahr eine gute und solide Ausbildung erhalten haben.

Ich freue mich darüber, dass Sie das mit den hier vorliegenden Anträgen so unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Quart.

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag 18 und beginnen mit dem **Antrag VIII-18 a.** Im Antrag 18 lautet der erste Spiegelpunkt, dass zu fordern ist, dass

> *im Mittelpunkt des Praktischen Jahrs als letztem berufsvorbereitenden Abschnitt des Medizinstudiums die praktische Ausbildung am Patienten steht …*

Der Antrag 18 a geht darauf hinaus, dass der Rest des Punkts gestrichen werden soll, dass hinter dem Wort „steht“ ein Punkt gesetzt wird und danach folgender Text kommt:

> *Die Studierenden dürfen nicht zu ausbildungsfremden Tätigkeiten missbraucht werden.*

Das wird für besser gehalten als das, was jetzt dort steht. Wer möchte zustimmen, dass dieses so formuliert wird? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag angenommen**.**

Unter dem zweiten Punkt soll das Wort „Lückenfüller“ ersetzt werden durch „Ersatz für fehlende Ärztinnen und Ärzte“. Es wird also gefordert, dass

> *Medizinstudenten im Praktischen Jahr nicht als Ersatz für fehlende Ärztinnen und Ärzte in unterbesetzten Abteilungen eingesetzt werden.*

Wer findet das schöner als „Lückenfüller“? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist das so verändert.

Außerdem soll an den gerade abgestimmten Text folgender Satz angefügt werden:

> *Die praktische Ausbildung setzt das ausreichende Vorhandensein berufserfahrener Ärztinnen und Ärzte als Ausbilder voraus.*

Wer möchte für die Einfügung stimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch das geschehen.

Dann soll unter dem dritten Punkt noch folgender Satz angefügt werden:

> *Die Qualität der Ausbildung muss regelmäßig durch die verantwortlichen Universitäten evaluiert werden.*

Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich?

Damit gehen wir über zum **Antrag VIII-18 b.** Der letzte Punkt des Antrags 18 enthält die Forderung, dass

> *den Medizinstudierenden im Praktischen Jahr eine angemessene Ausbildungspauschale im Sinne einer Aufwandsentschädigung gezahlt wird.*

Da soll stehen:

> *Der Deutsche Ärztetag hält eine Aufwandsentschädigung in Höhe eines Referendariatsgehaltes für angemessen.*

Das ist etwas korrekter. – Dazu hat der Herr Vorsitzende der Ausbildungsgremien das Wort, Professor Schulze aus Dresden.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Damen und Herren! Das Praktische Jahr ist ein studienintegraler Teil. Ich bin sehr dafür, dass die Studenten, mit denen wir in unserem Ausschuss bei der Bundesärztekammer intensiv interagieren, eine Aufwandsentschädigung bekommen. Sie bekommen kein Gehalt. Das ist der falsche Terminus an der falschen Stelle, weil es ein studienintegraler Teil ist. Wir sind für diese Aufwandsentschädigung und auch für eine ordentliche Ausstattung der PJler, vielleicht ein freies Mittagessen und gute Arbeitsbedingungen vor Ort, die in den anderen Anträgen beschrieben sind.

Ich bitte Sie, in diesem Fall den Antrag wegen falscher Terminologie abzulehnen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Herr Schulze hat gegen den Antrag gesprochen. Möchte der Antragsteller dafürsprechen? – Herr Stagge.

(Zuruf: Vorstand!)

Stagge, Nordrhein: Ich fordere bewusst kein Gehalt, sondern eine Aufwandsentschädigung. Wenn das eine uralte Beschlusslage ist: Ein wesentlicher Unterschied ist nur die Einführung des Hammerexamens. Aber das wollen wir in einer Stunde doch wieder ändern. Ich bitte Sie, dem Antrag zuzustimmen und ihn nicht zu überweisen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dort steht ja „Aufwandsentschädigung“. Die Orientierungsgröße ist im Sinne eines Referendariatsgehalts gemeint. Diese Beschlusslage hatten wir zum ersten Mal 1979 in Nürnberg. Das ist dann ein bisschen versackt, jetzt kommt es wieder hoch. Das liegt wohl auch daran, dass manche Betreiber von Kliniken, beispielsweise Aktiengesellschaften oder GmbHs, das tun. Die zahlen Geld und wollen damit schon ihre zukünftigen Ärztinnen und Ärzte rekrutieren.

Wer möchte dem Änderungsantrag 18 b zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit ist der **Antrag VIII-18** im Sinne der Anträge 18 a und 18 b verändert worden und kann jetzt so insgesamt zur Abstimmung gestellt werden. Wer stimmt dafür? – Dagegen? – Enthaltungen? – Der Antrag ist nahezu einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

Dann geht es weiter mit dem **Antrag VIII-19** vom Vorstand der Bundesärztekammer: Blockpraktika in Lehrpraxen. Möchte jemand gegen den Antrag spre-

chen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist auch ganz klar **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VIII-20,** auch vom Vorstand: Praktisches Jahr in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen. Gibt es jemanden, der dagegensprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Dagegen? – Klar **angenommen.**

Der nächste Antrag ist der **Antrag VIII-45:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert, die Studienordnungen der Medizinischen Fakultäten gegebenenfalls dahingehend zu ergänzen, dass die Medizinstudierenden bei der Wahl der Lehrkrankenhäuser für ihre PJ-Tertiale freie Entscheidung haben.*

Gibt es eine Gegenrede? – Nicht. Wer stimmt dem zu? – Dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VIII-47:** Befreiung von der Studiengebühr in der Zeit zwischen Praktischem Jahr und Zweitem Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Da ist man ja noch Student. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VIII-43:** Zulassung zum Medizinstudium. Der Antragstext lautet:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten auf, zusätzlich zur Abiturnote mehr Auswahlkriterien für Studienplätze zu entwickeln, welche sich an der Sozialkompetenz und Motivation für den Arztberuf der Bewerber orientieren.*

Die Universitäten sind auch ein Ansprechpartner. Aber man kann das ja aufbohren. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Für diese Frage haben wir einmal bei einem Ärztetag – das liegt schon einige Jahre zurück – einen Vormittag verbraucht, nur für diese Frage der Auswahlkriterien für das Medizinstudium. Jetzt hat sich das alles so schön geklärt, nachdem sich die Erfahrung durchgesetzt hat, dass die Abiturnote nicht das Gelbe vom Ei ist.

Nunmehr kommt der **Antrag VIII-49:**

> *Der 112. Deutsche Ärztetag fordert ein zeitliches Splitting des Zweiten Staatsexamens im Medizinstudium. Der theoretische Teil muss künftig vor dem Praktischen Jahr stattfinden …*

Das Hammerexamen soll also praktisch zurückgeführt werden. Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer stimmt für? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Vielen Dank, das ist sehr wichtig.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VIII-66:** Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate. Bisher sind es drei Monate. Die meisten machen mehr. Aber das ist dann ihre Privatsache. Gibt es eine Gegenrede?

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist gewünscht. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Einige. Wer ist nicht dafür, dass wir das überweisen? – Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist nicht für Zustimmung? – Noch einmal bitte: Wer möchte zustimmen? – Wer möchte dagegenstimmen? – Das müssen wir zählen. Das Thema ist ja nicht unwichtig. Ich finde das Krankenpflegepraktikum schon sehr wichtig. Da lernt man viel. Früher war immer die ÖTV dagegen, dass das stattfand, weil sie Angst hatte, dass da Krankenschwestern verdrängt würden. Das waren noch Zeiten!

Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag zustimmen, von drei auf zwei Monate zurückzugehen, und damit den Antrag 66 bejahen? Bitte zählen. – Wer ist dagegen, dass wir den Antrag 66 annehmen? – Bleiben noch die Enthaltungen. – Einzelne. Dann ist der Antrag mit 98 : 85 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Es geht weiter mit dem **Antrag VIII-75:** Patientengerechte Ausbildung sichern. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Da werden die Medizinischen Fakultäten aber zittern!

Wir kommen zum **Antrag VIII-87.** Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag ganz klar **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VIII-88:** Attraktivität des Medizinstudiums und ärztlicher Nachwuchs – Ausbau von Blockpraktika. Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Auch dieser Antrag ist ganz klar **angenommen.** Die Anträge ergänzen sich alle irgendwie.

Jetzt kommt der **Antrag VIII-93** von Herrn Scholz und anderen Delegierten: Rasche Versorgung für genügend Medizinstudienplätze für das Doppelabitur. Gibt es eine Gegenrede?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Zahlreiche. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Es war klar, dass die Mehrheit dafür war, den Antrag an den Vorstand zu überweisen. Der Vorstand wird sich intensiv damit befassen.

Wir kommen zum **Antrag VIII-94:**

Die Approbationsbehörden und die Prüfungsämter der Länder werden aufgefordert, Famulaturen im Bereich der Arbeitsmedizin in Übereinstimmung mit § 7 Abs. 2 Nr. 1 der Approbationsordnung für Ärzte einheitlich anzuerkennen.

Gibt es eine Gegenrede?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dann muss Professor Schulze das mit seinem Ausschuss noch einmal durchdenken. Wer stimmt für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-99.** Da gibt es eine kleine Änderung durch den Antragsteller selber. Der Betreff soll lauten: Zweiter Teil der Ärztlichen Prüfung. Der Antragstext lautet dementsprechend:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, dafür Sorge zu tragen, den zweiten Teil der Ärztlichen Prüfung durch Neuregelung in der Approbationsordnung wieder vor dem Praktischen Jahr zu platzieren.

Das haben wir schon einmal beschlossen. Wenn Sie das jetzt ablehnen, wird es schwierig.

(Zuruf)

– Oder meint Herr Dr. Crusius, dass der Antrag dadurch, dass wir das schon einmal beschlossen haben, vielleicht gar nicht mehr nötig ist?

(Beifall)

Der Inhalt ist schon durch einen anderen Antrag beschlossen. Ich möchte Herrn Dr. Crusius nicht die Nichtbefassung antun; besser wäre es, er wäre so begeistert davon, dass das schon einmal beschlossen worden ist, dass er seinen Antrag gar nicht mehr aufrechterhält.

(Zuruf)

Andreas, bist du bereit, den Antrag zurückzuziehen? Wir haben den Beschluss inhaltlich schon gefasst. Wer möchte sich damit nicht befassen, aber nicht deswegen, weil der Antrag schlecht ist, sondern weil er schon erledigt ist? – Damit ist das passiert. Das Thema ist inhaltlich längst positiv beschieden.

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-109** von Herrn Bodendieck aus Sachsen: Praxisnahe ärztliche Ausbildung. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 109 zustimmen? – Viele. Gegenstimmen? – Kaum. Enthaltungen? – Einzelne. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Damit ist das Thema Ausbildung beendet. Es geht weiter mit dem Bereich Arzneimittel/Betäubungsmittel. Ich glaube, ich muss die Nummern der Anträge

nicht vorlesen. Oder doch? Ist es Ihnen lieber, wenn ich die Nummern der Anträge kurz vorlese, damit Sie blättern können? – Gut, ist nicht nötig.

Wir kommen zuerst zum Antrag 02. Dazu liegen die Änderungsanträge 02 a und 02 b vor. Wir behandeln zunächst den **Antrag VIII-02 a.** Danach wird gewünscht, nach dem zweiten Absatz auf Seite 1 als neuen Satz 3 einzufügen:

> *Insbesondere sind die Forschung und Information über mögliche Interaktionen gleichzeitig verordneter Medikamente zu verstärken.*

Wer findet das gut und richtig und stimmt deswegen zu? – Wer möchte das nicht haben? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VIII-02 b.** Danach soll auf Seite 2 der letzte Satz lauten:

> *Neue Arzneimittel sollten eine für den Arzt und den Patienten sichtbare Kennzeichnung erhalten.*

Neben dem Arzt soll also der Patient aufgeführt werden. Wer möchte den Patienten mit einbeziehen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Der Patient ist also dabei.

Der so geänderte **Antrag VIII-02** vom Vorstand wird jetzt zur Abstimmung gestellt, es sei denn, es möchte vorher noch jemand dagegenreden. – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Dagegen? – Enthaltungen? – Der Antrag ist klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Nun kommt der Antrag 03, ebenfalls vom Vorstand. Dazu liegt der **Antrag VIII-03 a** vor. Danach soll im zweiten Satz nach „entwickeln“ eingefügt werden:

> *Dies gilt in hohem Maße für die Arzneimitteltherapie und ihre sichere Anwendung bei Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen.*

Wer stimmt zu, dass das so geschieht? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt können wir den **Antrag VIII-03** zur Diskussion stellen. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist ganz klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Nun kommt der **Antrag VIII-29:** Verordnung von Psychopharmaka nur nach ärztlicher Indikationsstellung. Das ist ja auch ein berufspolitisches Kampfthema, Kämpfchenthema, glaube ich. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag VIII-32,** auch vom Vorstand: Erleichterung der Substitution Opiatabhängiger an Wochenenden und Feiertagen. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Der **Antrag VIII-33** kommt dadurch zustande, dass wir eine Veranstaltung miterlebt haben, in der uns eine Weltmeisterin im 100-Meter-Lauf bescheinigt hat: Wenn wir als Ärztetag und Bundesärztekammer zu diesem Thema einen eindeutigen Beschluss fassen, dann hätte das mehr Wirkung, als wenn das die Sportler oder wer auch immer tun. Sie misst uns also eine ganz hohe Bedeutung bei.

(Beifall)

Da haben wir gesagt: Das muss dann auch sein.

Gibt es jemanden, der gegen den Antrag 33 sprechen möchte? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Sehr viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist, wenn ich das richtig sehe, einstimmig **angenommen.** Herzlichen Dank.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VIII-112:** Angleichung der Arzneimittelpreise im stationären und ambulanten Bereich. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Dann frage ich: Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Es geht weiter mit dem **Antrag VIII-119:** Qualitätssicherung opiatgestützter Therapien. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nein. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag VIII-124:** Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer. Der Antrag kommt von Herrn Dr. von Ascheraden aus Baden-Württemberg. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Der **Antrag VIII-120** von Dr. Lorenzen erübrigt sich, sagt man mir gerade, weil wir das schon beschlossen haben, zum Glück auch bewirkt durch einen Antragsteller aus Baden-Württemberg. Sind Sie bereit, den Antrag zurückzuziehen, Herr Dr. Lorenzen?

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin sehr zufrieden, dass sich der Vorstand der Bundesärztekammer um diese Angelegenheit gekümmert hat und das im Ausschuss „Sucht und Drogen“ behandelt wird. Das ist schon lange eine ganz dringende Angelegenheit. Ich möchte mit diesem Antrag deutlich machen – ich bitte Sie, das als Delegierte zu unterstützen –, dass dieser Vorgang auch zu einem Abschluss kommen muss.

Die Politik hat uns an diesem Punkt mehrfach überholt. Wir haben inzwischen die 23. BtMVV-Novellierung. Von daher bitte ich Sie, diesen Antrag anzunehmen und uns in der Zielsetzung zu unterstützen, dass es auch wirklich abgeschlossen wird.

Die Besonderheit in diesem Fall ist, dass die Richtlinien Bestandteil des Gesetzes für die Betäubungsmittelverschreibungen sind. Insofern sind sie ganz wesentlich für die rechtliche Beurteilung von Substitutionen.

Durch den Widerspruch, den es an vielen Stellen gibt, sind mehrere Kollegen schon in rechtlich bedenkliche Situationen gekommen. Deshalb bitte ich Sie, diesem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das Wort hat der Vorsitzende unseres Ausschusses, der sich mit diesem Thema beschäftigt, Herr Professor Hessenauer.

Prof. Dr. Hessenauer, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich rede dagegen, weil sowohl der Ausschuss „Sucht und Drogen“ als auch der Vorstand der Bundesärztekammer das Problem schon lange erkannt und wesentliche Schritte zur Umsetzung durchgeführt haben. Wir brauchen diese Aufforderung nicht mehr. Sie haben an dem Antrag von Herrn Dr. von Ascheraden gesehen, dass die Angelegenheit noch im Jahr 2009 garantiert abgeschlossen wird.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gut. Aber wir müssen jetzt trotzdem abstimmen. Einer hat dafür-, einer hat dagegengesprochen. Wer möchte dem Antrag 120 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Viele Enthaltungen. Ansonsten ist das kaum zu entscheiden. Ich glaube, das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.** Das ist ja eine Bestätigung dessen, dass sich die Bundesärztekammer dieses Themas in guter Weise angenommen hat.

Damit kommen wir zum Themenkomplex Qualitätssicherung. Wir kommen zuerst zum **Antrag VIII-05.** Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Der Vorstand der Bundesärztekammer war noch einmal kreativ: Er hat den **Antrag VIII-06** eingebracht: Qualitätssicherung: Zusammenspiel von Bundes- und Landesebene. Das ist etwas ganz Wichtiges. Gibt es da den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nein. Wer stimmt zu? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-07** vom Vorstand der Bundesärztekammer. Dazu gibt es den **Antrag VIII-07 a** als Änderungsantrag.

(Zuruf)

– Der Antrag 07 a wird übernommen. Dann brauchen wir darüber nicht mehr abzustimmen. Gibt es den Wunsch nach Gegenrede? – Nicht der Fall. – Wer stimmt dem Antrag 07 inklusive dem Antrag 07 a zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Auch der **Antrag VIII-08** kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer: Qualitätssicherung: Möglichkeiten und Grenzen von Routinedaten. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-09:** Clearing von Zertifizierungswildwuchs. Oh ja, das wäre schön! Gibt es den Wunsch nach Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt dafür? – Dagegen? – Enthaltungen? – Der Antrag ist **angenommen,** und zwar mit riesiger Mehrheit.

Jetzt kommt der **Antrag VIII-92:** Externe Qualitätssicherung – BQS. Die BQS soll weiterarbeiten. Gibt es den Wunsch nach Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Einige. Enthaltungen? – Auch einige. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-116.** Dazu liegt der **Antrag VIII-116 a** vor.

(Zuruf)

– Der Antrag 116 a wird übernommen. Das erleichtert die Sache erheblich. Möchte jemand gegen den Antrag 116 inklusive 116 a sprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 116 einschließlich dem Antrag 116 a zu? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Dann ist auch das **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) aus Köln-Kalk. Dazu liegt der **Antrag VIII-04** vor. Ich hoffe, Sie konnten diesen Antrag studieren. Das gilt auch für den **Antrag VIII-04 a.**

(Zuruf)

– 04 a wird übernommen. Es geht um die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch das klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum Themenkomplex Allgemeinmedizin. Dazu gibt es den **Antrag VIII-21** einschließlich des **Antrags VIII-21 a.** Antrag 21 a läuft darauf hinaus, den Begriff „Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten“ zu ersetzen durch „Ärztinnen und Ärzte“. Ich glaube, das haben wir schon einmal beschlossen. Das ist ein Selbstgänger. Das übernehmen wir einfach so. Ich frage, ob es eine Gegenrede gibt. – Nicht der Fall. Wer ist für den Antrag 21 inklusive 21 a? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Das ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Zum Antrag 22 liegen die Anträge 22 a und 22 b vor. Wir kommen zunächst zum **Antrag VIII-22 a.** Danach soll der erste Satz des Antrags 22 wie folgt geändert werden:

Der drohende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten macht es notwendig, hierfür die Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.

Ich nehme an, dass Sie damit einverstanden sind, dass dieser Text des Antrags 22 a verwendet wird. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen?

Im dritten Absatz sollen die Begriffe „Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten“ durch die Worte „Ärztinnen und Ärzte“ ersetzt werden. Das brauchen wir nicht mehr zu beschließen. An den vorletzten Absatz soll folgender Satz angefügt werden:

Darüber hinaus sollten – sofern eine Befristung des Arbeitsvertrages zum Zwecke der Weiterbildung vorgesehen ist – längerfristige Verträge mit der Möglichkeit der fakultativen Ergänzung der Weiterbildung durch das Kennenlernen weiterer (Wahl-)Fächer angeboten werden.

Wer stimmt dem zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann steht das jetzt so im Text.

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-22 b.** Danach soll der Antrag um folgenden Absatz ergänzt werden:

Die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ wird aufgefordert, in der Weiterbildungsordnung Strukturen zu entwickeln, um die Förderung der hausärztlichen Weiterbildung zu unterstützen. Es sind die erforderlichen Voraussetzungen zu prüfen und, falls sinnvoll, Regularien zu entwickeln. Hierüber soll auf dem 113. Deutschen Ärztetag Bericht erstattet werden.

Geben Sie dem Antrag 22 b Ihre Zustimmung? – Wer möchte das nicht? – Viele sind etwas unsicher, glaube ich. Das Erste war die Mehrheit, sodass der Antrag **angenommen** ist.

Wir kommen nun zu dem so geänderten **Antrag VIII-22.** Wird eine Gegenrede zum Antrag 22 gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 22 in der so geänderten Form zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag 22 ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Jetzt kommen wir zur Palliativmedizin. Dazu gibt es den **Antrag VIII-41:**

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die zeitnahe Umsetzung einer flächendeckenden Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung voranzubringen.

Gibt es da eine Gegenrede? – Bitte, Herr Clever aus Freiburg.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich halte die beiden Anträge 41 und 53 zur SAPV, zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, für sehr ehrenwert und richtig in ihrem grundsätzlichen Anliegen. Ich halte allerdings den Adressaten für falsch. Bei

Herrn Lipp ist der Adressat der Gesetzgeber. Ich finde, das ist der schlechteste Weg. Das sollten eher die Kassen sein. Es ist etwas komplexer. Nach dem Antrag von Herrn Henke und anderen will man sich an das Bundesministerium wenden.

Ich finde, so kann man das nicht lösen. Ich stelle deshalb für beide Anträge den Antrag auf Überweisung an den Vorstand.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Möchte jemand gegen den Überweisungsantrag für beide Anträge sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 41 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Dann rufe ich den **Antrag VIII-53** auf. Auch da gibt es einen Überweisungsantrag. Möchte dazu jemand noch das Wort ergreifen im Sinne einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 53 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum Themenkomplex Ethik. Da rufe ich zunächst den **Antrag VIII-16** auf: Aktives Bekenntnis zu ärztlich-ethischem Bewusstsein im Sinne des „Hippokratischen Eides“. Gibt es da den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Zu diesem Themenkomplex gehört auch noch der **Antrag VIII-102:** Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids. Gibt es da den Wunsch nach Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Gibt es Enthaltungen? – Vereinzelte Enthaltungen, keine Gegenstimme, wenn ich das richtig gesehen habe. Nahezu komplett stimmt der Ärztetag zu. Der Antrag ist **angenommen.**

(Beifall)

Das stärkt uns den Rücken.

Ich rufe den **Antrag VIII-31** auf: Fortbestand der Sozialpsychiatrievereinbarung sichern. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nein. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Dann geht es mit dem Thema Krankenhaus weiter. Da kommen wir zunächst zum **Antrag VIII-56:**

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer auf, ihren gesetzlich vorgesehenen Verpflichtungen zu Investitionsleistungen gegenüber Krankenhäusern endlich nachzukommen …*

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nein. Wer möchte zustimmen? – Wer möchte ablehnen? – Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-28:** Ambulante Versorgung am Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V. Der Antrag kommt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen und einzelne Gegenstimmen. Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr rufe ich **Antrag VIII-69** auf: Neustrukturierung familienfreundlicher Krankenhäuser. Das ist eine Aufforderung an die Landesärztekammern. Wir fordern uns also selber auf. Möchte jemand dagegensprechen? – Es ist ein Fehler aufgefallen. Zu Beginn des zweiten Absatzes der Begründung muss es statt „familienfreundlichen“ „familienunfreundlichen“ heißen, also:

> *Ein Verharren auf familienunfreundlichen Klinikstrukturen kommt …*

Das ist, glaube ich, ziemlich richtig.

(Heiterkeit)

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Einzelne. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag VIII-78:** Übertragung Einziehung/Eintreibung stationärer Zuzahlung auf Krankenhäuser. Der Antragstext lautet:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt die Übertragung der Einziehung und Eintreibung der vollstationären Zuzahlung von den Krankenkassen auf die Krankenhäuser … ab …*

Möchte jemand dagegensprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum Thema gesetzliche Krankenversicherung, und zwar zunächst zum Vorstandsantrag 10 vom Vorstand. Dazu gibt es einen Änderungsantrag von Frau Gitter. Frau Gitter äußert im **Antrag VIII-10 a** den Wunsch, dass im letzten Absatz in der ersten Zeile das Wort „Priorisierung“ durch „Stellungnahme“ ersetzt wird, sodass es heißt:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag begrüßt nachdrücklich diese eindeutige Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes …*

Das ist vielleicht nicht so ganz schlecht, damit der Begriff der Priorisierung hier nicht mit dem verwechselt wird, was wir mit „Priorisierung“ meinen. Ich würde sagen: Frau Gitter hat ziemlich viel recht.

(Heiterkeit – Beifall)

Wir übernehmen das. Gibt es im Vorstand Widerstand? – Keinen. Dann übernehmen wir das in unseren **Antrag VIII-10.** Ich frage gleich nach einer Gegen-

rede. – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann sind die Anträge 10 und 10 a mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum Antrag 27. Dazu liegt der **Antrag VIII-27 a** vor. Den vorhandenen Anstrichen soll ein fünfter hinzugefügt werden:

> *Garantie einer ärztlich-praktischen und ärztlich-wissenschaftlichen Federführung bei der Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme.*

Da gibt es eine Gegenrede durch den Vizepräsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Herrn Kollegen Schüller aus Düsseldorf. Bitte.

Dr. Schüller, Nordrhein: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Eines der Highlights unseres Ärztetages war unser Bekenntnis zur Freiberuflichkeit. Nicht zuletzt für die angestellten, nicht in selbstständiger Stellung arbeitenden Ärztinnen und Ärzte war doch der Grundsatz, dass wir auf jeden Fall von Weisungen Dritter in unserer ärztlichen Handlung, Diagnostik und Therapie unbeeinflusst bleiben.

(Vereinzelt Beifall)

Disease-Management-Programme sind ein fürchterliches Beispiel für genau einen solchen Eingriff in unsere Freiberuflichkeit.

(Beifall)

In den letzten Jahren ist wie kaum ein Zweiter der Präsident der Bundesärztekammer gegen die Programmmedizin durch die Lande gezogen. Und heute haben wir einen Antrag aus dem Vorstand der Bundesärztekammer in Richtung Weiterentwicklung und damit Annahme der Disease-Management-Programme! Ich bitte Sie, diese katastrophale Entwicklung hinsichtlich unserer Freiberuflichkeit zurückzuweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es jemanden aus dem Vorstand, der das verteidigen möchte?

(Heiterkeit)

Mein Vorgänger im Amt in Düsseldorf hätte gesagt: Da sind wir lieber zu bang.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung vorgeschlagen. Wer möchte das dem Vorstand überweisen? – Keiner. Wer ist dagegen, dass das überwiesen wird? – Ich glaube, dann ziehen wir den Antrag lieber zurück.

(Heiterkeit – Beifall)

Sonst müssen wir heute Nachmittag mit einer blutigen Nase durch die Landschaft laufen. Das ist ja auch nicht schön. Der Antrag ist also **zurückgezogen.**

Ich rufe den **Antrag VIII-73** auf: Überprüfung durch den MDK – Beauftragung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen. Der Antrag kommt von Herrn Kobes. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit deutlicher Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-80** von Frau Dr. Eva Müller-Dannecker aus Berlin:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf den Gesetzgeber einzuwirken mit dem Ziel, die Erhebung der Praxisgebühr und der Notfallpraxisgebühr wieder abzuschaffen.*

Das ist nach der Erfahrung, die ich am Sonntag gemacht habe, vielleicht gar nicht so schlecht. Schauen wir mal. 54 Prozent sind sowieso befreit. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer möchte befürworten, was Frau Müller-Dannecker hier vorschlägt? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag VIII-123** von Frau Professor Dr. Krause-Girth aus Hessen:

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt die in der Pressemitteilung vom 12.05.2009 veröffentlichten Vorschläge zur Zuzahlung des Fritz Beske Instituts … ab …*

Das hat sie hier schon begründet; das brauche ich nicht noch einmal vorzulesen. Gibt es eine Gegenrede zu diesem Antrag? – Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Beske hat sehr häufig viele kluge Sachen gesagt. Darauf können wir uns auch beziehen. Keiner von uns kennt den genauen Text. Hier wird etwas aus dem Kontext herausgenommen. Keiner von uns kann wirklich beurteilen, was hier steht.

Wir wollen ja eigentlich eine Steuerung. Alle Patienten, auch der chronisch Kranke, auch der Schwerkranke und auch derjenige, der in psychiatrischer Behandlung ist, müssen zukünftig Steuerungsmöglichkeiten haben. Das muss allerdings sozial ausgefeilt sein. Wenn wir das ablehnen, ist das aus meiner Sicht nicht gerechtfertigt. In diesem Fall würde ich sagen: Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vorstandsüberweisung ist beantragt. Möchte jemand gegen Vorstandsüberweisung sprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt für Vorstandsüberweisung? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Wir bearbeiten das im

Vorstand und lesen vorher das ganze Buch. Dann schauen wir mal, wie das alles zusammenpasst.

Zum Thema PKV liegt der **Antrag VIII-15** vor. Das ist ein Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Zukunft des PKV-Systems. Möchte jemand dagegensprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum Thema Kostenerstattung. Dazu liegen die Anträge 96, 100, 104 und 106 vor. Jetzt müssen wir natürlich höllisch aufpassen, dass wir nicht wieder eine Rolle vorwärts machen.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung für den ganzen Block? Vorstandsüberweisung für 96, 100, 104 und 106? Einverstanden?

(Beifall)

Möchte jemand dagegensprechen, dass das an den Vorstand überwiesen wird? – Nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte diese Anträge dem Vorstand überweisen als Material für die weitere Debatte? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit sind die **Anträge VIII-96, VIII-100, VIII-104 und VIII-106 an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommen wir zum Antrag 12: Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ. Zunächst aber stimmen wir über den **Antrag VIII-12 a** ab. Zum Antrag 12 a meldet sich Herr Dr. Gadomski, der Vorsitzende unserer Gebührenordnungsgremien und Präsident der Ärztekammer des Saarlandes.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bitte Sie, diesen Antrag hinsichtlich eines automatischen Inflationsausgleichs an den Vorstand zu überweisen. Es stimmt zwar, dass die GOÄ als Rechtsverordnung aufgrund der großen zeitlichen Abschnitte, die jeweils zwischen den Novellierungen liegen, regelmäßig hinter der wirtschaftlichen Entwicklung herhinkt. Ob allerdings der vorgeschlagene automatische Inflationsausgleich, der sich nach dem Anstieg der Lebenshaltungskosten für eine vierköpfige Familie richten soll, der richtige Weg für eine plausible, betriebswirtschaftlich begründbare Gebührenanhebung ist, die auch das Bundesministerium für Gesundheit und den PKV-Verband überzeugen kann, muss bezweifelt werden.

Deshalb bitte ich Sie um Überweisung an den Vorstand. Die Bundesärztekammer arbeitet im Rahmen ihres Konzepts für eine neue GOÄ auch an einem Vorschlag für den Einbau einer Dynamisierungsstellschraube in die GOÄ und wird die Anregung des Antrags 12 a auf jeden Fall prüfen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Angesichts der Kostenerstattungsdebatte, die wir schon hatten, bei der wir auch eine zweite Lesung durchgeführt haben, sollte man sich sehr genau anschauen, wie der Text lautet. Die Presse hat heute geschrieben, wir hätten in dieser Angelegenheit „totale Vorsorgekasse“ – so haben sie es ausgedrückt – eine Rolle rückwärts gemacht. Es gab Sprüche wie „Sieg der Moral“. Hier heißt es nun, dass wir eine Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ fordern. Gemeint ist wahrscheinlich das Kostenerstattungsprinzip im Rahmen des PKV-Systems. Aber dann müsste das doch etwas anders ausgedrückt werden.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn wir das zusammen mit dem Vorstand noch weiter durchdenken könnten. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie damit einverstanden wären, dass wir es an den Vorstand zurückschicken, damit er sich damit befasst. Ich will es nicht zurückziehen, weil die Inhalte an sich in Ordnung sind und das Prinzip schon stimmt. Wenn Herr Stagge auch will, dass wir es überweisen, sind wir uns einig.

Stagge, Nordrhein: Darf ich noch einen Satz sagen?

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Bitte.

Stagge, Nordrhein: Mein Antrag beinhaltet nur den Inflationsausgleich. Der Antrag ist fast wortgleich schon einmal in Ludwigshafen gestellt und an den Vorstand überwiesen worden. Seitdem haben wir 20,7 Prozent Inflation. Wir kümmern uns immer darum, dass die Einzelleistung anders bewertet wird und dass wir ein schönes System bekommen. Aber wichtig ist, dass wir wirklich einen Inflationsausgleich hineinbekommen. Die anderen Freiberufler haben ihn systemimmanent. Wir brauchen ihn auch.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ludwigshafen war 2001; nur damit Sie den Abstand der Jahre wissen.

Wer stimmt der Vorstandsüberweisung der Anträge 12 und 12 a zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag 12 a **an den Vorstand überwiesen.** Auch der **Antrag VIII-12** ist damit **an den Vorstand überwiesen.** Dann beraten wir das noch einmal sehr gründlich unter den neuen Aspekten.

Jetzt kommt der **Antrag VIII-13,** der sich mit der GOZ beschäftigt. Das ist die zahnärztliche Gebührenordnung, aber sie hat für uns prägende Wirkung, wenn sie vor unserer Gebührenordnung Rechtskraft erlangt. Deswegen wurde dieser Antrag gestellt. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit **angenommen.**

Nunmehr kommt der **Antrag VIII-14.** Es geht um die Öffnungsklausel nach § 2 a neu im Entwurf der GOZ. Sie wissen, was die Öffnungsklausel bedeutet: Da dürfen die privaten Krankenversicherer mit Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten außerhalb dieses Vergütungssystems Verträge abschließen. Aber das ist einseitig. Sie könnten also erpresserisch wirken, wenn sie es schafften. Auf der anderen Seite haben wir kein Machtinstrument in der Hand. Da haben wir gesagt: Das machen wir nur, wenn wir auch die Abdingung wiederbekommen. Aber die anderen sind nicht so dafür. Wir meinen: Wenn schon Spieße verteilt werden, dann für beide Seiten und auch gleich lange. So ist der Antrag gemeint.

Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 14 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit sehr großer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum Thema Kinderschutz. So weit sind wir schon: Tierschutz, Kinderschutz, Patientenschutz, Naturschutz. Der erste Antrag zu diesem Themenbereich ist der **Antrag VIII-46** von Frau Groß, die Sie kennen. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 46 zu?

(Zuruf)

– War das ernst gemeint: Vorstandsüberweisung?

(Erneuter Zuruf)

– Es gibt den Wunsch nach Vorstandsüberweisung. – Frau Groß möchte sich dazu äußern. Sie hat diesen Antrag zusammen mit Kollegen aus Nordrhein gestellt. RTL sitzt ja in Köln, wie Sie wissen.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, wir sollten mutig genug sein, dazu Stellung zu nehmen. Das ist ein gesellschaftspolitisches Problem.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Ganz, ganz viele. Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag nahezu einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VIII-70** mit ähnlicher Zielsetzung. Gibt es eine Gegenrede zum Antrag 70?

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung wird beantragt.

N. N.: Natürlich ist Kindesmissbrauch etwas ganz Schlimmes. Er muss auch verhindert werden. Aber wir geraten hier in eine Internetzensur, bei der der Staat ohne irgendwelche Kontrollen das Internet kontrolliert und irgendwelche Seiten sperrt. Wenn wir zufällig durch irgendwelche Links, die im Internet oft versteckt sind, auf eine solche Seite geraten, dann guckt uns der Bundesadler an. In diesem Moment sind wir praktisch verdächtig. Die Kriminalpolizei kommt ins Haus.

Ich denke, das können wir als Ärzte nicht wollen. Eben haben wir darüber im Zusammenhang mit der Telematik gesprochen. Jetzt wollen wir auf einmal, dass uns der Staat knebelt. Es ist nicht unsere Aufgabe, die Internetzensur zu unterstützen. Es gibt sicher bessere Möglichkeiten zur Verhinderung von Kindesmissbrauch und Kinderpornografie.

Ich bitte Sie, den Antrag abzulehnen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Möchte jemand den Antrag verteidigen? – Herr Fischbach.

Dr. Fischbach, Nordrhein: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Manchmal wundert man sich schon, welche Freiheitsvorstellungen in unserem Lande herrschen.

(Beifall)

Ich möchte kurz etwas zum Hintergrund des Antrags sagen. Der Ministerrat der Europäischen Gemeinschaft hat im April dieses Jahres die Mitgliedstaaten aufgefordert, Sperrmaßnahmen zu beschließen, die Zugangserschwerungen in den Medien für kinderpornografische Seiten bewirken. Er hat gefordert, dies auf das Nötigste zu beschränken. Der Nutzer wird über die Sperrung der Seite informiert. Der Inhaltsanbieter bekommt eine Rechtsbehelfsbelehrung.

Die Staaten Finnland, Schweiz, Norwegen, Dänemark, Niederlande und Großbritannien haben dies bereits umgesetzt. Die Bundesrepublik will dem nun folgen.

Aus meiner Sicht als Pädiater geht Kinderschutz vor Freiheitsschutz für Einzelinteressen von zum Teil bedenklichen Usern.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Fischbach. Vorstandsüberweisung war beantragt. Möchte jemand noch dagegenreden? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Einige. Wer ist dagegen? – Viele. Wer möchte den Antrag annehmen? – Sehr viele.

Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Einige. Der Antrag ist mit ganz, ganz klarer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag VIII-79.** Gibt es da den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag VIII-82:** Kindeswohlgefährdung im Fernsehen – Patientenschutz notwendig. Der Antrag ist adressiert an den Sender RTL. Das kann man nicht oft genug machen. Diese kommerziellen Sender sind mir suspekt. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag VIII-89** von Herrn Kaplan, Mitglied des Vorstands, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, auf:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, den im Gesetzentwurf stehenden Terminus „Gewichtige Anhaltspunkte für körperliche Gewalt, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung bei Kindern“ zumindest in den Ausführungsbestimmungen zu präzisieren und das Procedere bei der Mitteilungspflicht für Ärztinnen und Ärzte zu regeln …*

Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag ganz klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum Themenkreis Prävention. Ich rufe zunächst den **Antrag VIII-25** vom Vorstand auf: Risikofaktoren für eine ungünstige Kindesentwicklung frühzeitig erkennen. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Keiner. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag VIII-37.** Das ist auch ein wichtiger Antrag. Wir sind vom Kuratorium der Deutschen AIDS-Stiftung gebeten worden, uns damit zu befassen und dazu, wenn wir möchten, in der Öffentlichkeit Stellung zu nehmen. Das müssen wir pressemäßig entsprechend verbreiten. Es geht um die Laissez-faire-Haltung bei HIV-Infektionen, die sich eingebürgert hat, weil die Leute mittlerweile das Gefühl haben, dass das behandelbar ist und gar nicht mehr so schlimm sei. Hier müssen wir dagegenhalten. Das war der Wunsch; ich denke, den können wir nachvollziehen.

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Dann frage ich: Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Zum Thema Prävention haben wir noch den **Antrag VIII-83:** Sport für Hartz-IV-Empfänger. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Frau Haus.

(Zuruf)

Haus, Nordrhein: Ich möchte gegen den Antrag sprechen, obwohl ich natürlich weiß, dass der Inhalt gut gemeint ist. Ich bin gegen Unterteilungen innerhalb unserer Bevölkerung: Leute mit Hohlfüßen, Leute mit schiefem Kiefer, Leute in Zweizimmerwohnungen zu fünft. Ich glaube, das sollten wir sein lassen. Ich halte es nicht für fair auch gegenüber den Hartz-IV-Empfängern, dass sie von einem Deutschen Ärztetag so herausgehoben werden. Jeder kann sich bewegen, laufen. Ich denke, wir geraten in die Gefahr, eine Gruppe isoliert zu betrachten. Das sollten wir nicht tun.

(Beifall)

Es ist oft ein Unglück, dass man Hartz-IV-Empfänger ist. Alle versuchen, sie schnell aus dieser Situation herauszuholen. Aber sie mit besonderen Sportunterstützungen zu begleiten, das halte ich nicht für den richtigen Weg.

(Vereinzelt Beifall – Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Aber zunächst möchte Frau Gitter den Antrag verteidigen. Bitte schön.

Dr. Gitter, Bremen: Ich möchte dringend für die Annahme dieses Antrags und gegen eine Vorstandsüberweisung sprechen. Ich komme ja aus einem armen Bundesland, das auch von dem kürzlich veröffentlichten Armutsbericht betroffen ist. Aktuell besteht in Bremen folgende Planung: Unter dem Deckmantel, den Schulen weitere Freiheit in der Unterrichtsgestaltung zu geben, besteht das Risiko, dass die Sportstunden im Sekundar-I-Bereich von jetzt drei auf zwei reduziert werden. Das würde diese Kinder nochmals besonders treffen.

Diese Kinder sind aber auch besonders betroffen vom Risiko der Adipositas, wie Sie alle wissen, der Fehlernährung. Die hohen Gebühren in den Sportvereinen sind neben dem sozialen Background ein Hindernis, diese Kinder in Sportvereine zu schicken.

Ich finde, es müsste nicht nur eine finanzielle Unterstützung für diese Kinder her, sondern auch eine ideelle Hilfe, indem angeregt wird, dass sie in den Vereinen Sport treiben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Es gibt den Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung. Wenn dieser Antrag nicht angenommen werden sollte, gibt es den Antrag auf Überweisung an den Vorstand. Wenn auch dieser nicht angenommen werden sollte, werden wir den Antrag selbst inhaltlich abstimmen.

Wir kommen zunächst zur abstimmungsmäßigen Nichtbefassung. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zuruf)

– Wir wiederholen die Abstimmung lieber noch einmal. Wer möchte sich mit diesem Antrag abstimmungsmäßig nicht befassen? – Wer möchte sich damit doch befassen? – Das Erste war die klare Mehrheit, zweimal. Ich glaube, das bezweifelt hier oben niemand. Es ist also die abstimmungsmäßige **Nichtbefassung** beschlossen. Das bedeutet, dass man sich mit dem Thema schon auseinandersetzt.

Nun kommen wir zum Themenkomplex Pandemie. Zum Antrag 11 liegen die **Anträge VIII-11 a** und **VIII-11 b** vor. – Wir übernehmen die Anträge 11 a und 11 b und müssen nicht umständlich abstimmen. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den **Antrag VIII-11** inklusive der Anträge 11 a und 11 b befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann sind die Anträge **angenommen.**

Nun kommen wir zum Thema Gesundheitspolitik, und zwar zuerst zum **Antrag VIII-57:** Bürger-Appell: Wählen Sie „gesund“! Der Antrag stammt von Frau Köhler aus Brandenburg und weiteren Delegierten. Dieser Appell sollte nicht übertrieben werden. Ich glaube, wir sollten aufpassen, dass wir da keinem zu viel Rückenwind verschaffen, der sich da falsch verhält.

(Zuruf)

– Es ist der Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Möchte jemand dagegensprechen?

N. N.: Ich möchte gegen die Nichtbefassung sprechen, weil man damit der Bundesärztekammer ein Mittel nimmt, um bei möglichen Auseinandersetzungen zu reagieren. Deshalb ist die Vorstandsüberweisung die bessere Variante. Das kriegen wir nicht hin, wenn wir Nichtbefassung beschließen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Möchte jemand begründen, warum wir uns nicht mit diesem Antrag befassen sollen? Ich glaube, das spricht für sich selbst. – Dann frage ich: Wer möchte sich mit dem Antrag abstimmungsmäßig nicht befassen? – Wer ist dafür, dass wir uns damit befassen? – Einige. Aber die klare Mehrheit sagt, wir sollten uns lieber nicht damit befassen. Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Jetzt rufe ich den **Antrag VIII-91** auf: Forderung nach einer Reaktion der Politik auf das „Ulmer Papier“. Der Antragstext lautet:

> *Die deutsche Ärzteschaft fordert die Bundesregierung nochmals mit Nachdruck auf, zum „Ulmer Papier“ Stellung zu nehmen und sich im Hinblick auf hieraus resultierende Konsequenzen für die Gesundheitspolitik zu positionieren.*

Das ist sehr vernünftig. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Ich sagte ja schon: Die Medizinrechtler, die Ökonomen und alle möglichen anderen kennen das, nur die Politik hält sich etwas zurück. Auch die eigenen Kolleginnen und Kollegen haben ein bisschen Probleme. Das haben wir bei entsprechenden Veranstaltungen festgestellt, beispielsweise beim Internistenkongress. Daran müssen wir auch selber noch etwas tun.

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-103.** Herr Dr. Kunstmann macht gerade darauf aufmerksam, dass es im Betreff statt „Versicherungsprinzips“ heißen muss „Verursacherprinzips“. Der Betreff lautet also: Einführung des „Verursacherprinzips“ zur Mitfinanzierung im Gesundheitswesen – Maßnahmen gegen zunehmenden Suchtmittelmissbrauch.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede?

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Ich möchte aus zwei Gründen dagegensprechen. Im Antrag steht sowieso, dass der Vorstand der Bundesärztekammer auf diesem Weg aktiv werden soll. Der Antrag wird also sowieso dort landen. Also sollte man hier den Auftrag erteilen. Ich möchte dadurch für den Antrag werben, dass ich darauf aufmerksam machen möchte, dass gerade Frau Kollegin Girth immer wieder darauf hingewiesen hat, wie schädlich es wäre, bestimmte Leistungen aus der Finanzierung herauszunehmen. Also müssen wir zusehen, wie mehr Gelder in das System fließen können. Dieser Vorschlag des Verursacherprinzips beinhaltet die ganze Möglichkeit, die Kosten dort zu steigern, wo das Produkt konsumiert wird. Lesen Sie sich dazu bitte die Begründung durch. Es soll niemand ausgeschlossen werden.

Das Ganze soll ein Aufruf an den Vorstand der Bundesärztekammer sein, in diese Richtung zu denken anzufangen. Deshalb möchte ich ein Votum haben. Endlich sollte Alkohol teurer werden als Säfte, Milch und Wasser.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Sie meinen: anfangen, verschärft zu denken, das Denken noch um eine Schlagzahl zu erhöhen. Wir denken ja schon nach.

Der Unterschied zwischen einer Annahme des Antrags und einer Überweisung an den Vorstand liegt im Folgenden: Wenn Sie den Antrag an den Vorstand überweisen, werden wir im Vorstand noch einmal darüber diskutieren, ob wir uns den Antrag zu Gemüte führen, also anziehen, und das Thema weiter verfolgen. Wenn das hier beschlossen wird, dann müssen wir das tun, weil das ein Beschluss des Deutschen Ärztetages ist. Das ist der Unterschied. Sie verstehen, was ich meine.

Es gibt den Überweisungsantrag. Also frage ich: Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer ist gegen Überweisung? – Das sollten wir lieber zählen. Wir wiederholen die Abstimmung und schauen noch genauer hin. Wer möchte den Antrag überweisen? – Wer ist gegen Überweisung? – Das ist knapp beieinander. Das zählen wir lieber aus.

Ich frage also noch einmal: Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Überweisung? – Wer enthält sich? – Es gab 83 Stimmen für Überweisung, 72 dagegen. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden uns ganz bestimmt intensiv damit beschäftigen; das versprechen wir.

Wir fahren fort mit dem Themenkomplex Bereitschaftsdienst/Notarzt. Dazu liegen die Anträge 44 und 44 a vor. Wir kommen zunächst zum **Antrag VIII-44 a.** Entsprechend diesem Änderungsantrag soll der Antrag 44 lauten:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Europäischen Rat auf, die Bereitschaftsdienste auch weiterhin entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) von 2000 und 2003 als Arbeitszeit anzuerkennen und, wenn überhaupt, nur in klar definierten Ausnahmefällen „Opt-out"-Regelungen zuzulassen.*

So sehr unterschiedlich gegenüber dem ursprünglichen Text ist es ja nicht. Aber wir können es abstimmen. Wer möchte die Fassung des Antrags 44 a befürworten?

(Zuruf)

– Wird vom Antragsteller übernommen.

Ferner soll der bisherige zweite Absatz der Begründung durch folgende Neufassung ersetzt werden:

> *… Unverhältnismäßig lange Arbeitszeiten beeinträchtigen die Gesundheit und Sicherheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte und stellen somit auch eine unvorstellbare Gefahr für die Patienten dar.*

(Zuruf: Es handelt sich nicht um eine unvorstellbare Gefahr, sondern um eine vorstellbare Gefahr! Vielleicht meint der Antragsteller ein unkalkulierbares Risiko!)

– Hier steht: unvorstellbare Gefahr.

(Zuruf: Die Gefahr ist vorstellbar, nicht unvorstellbar!)

– Das geht mir auch so.

(Heiterkeit)

Dr. Jaeger, Schleswig-Holstein: Danke für den Hinweis. Es geht hier nur um eine Richtigstellung des Antrags 44. Diese hat der Antragsteller selbst übernommen. Wir haben die Begründung eigentlich nur umgedreht. In der ursprünglichen Begründung steht, dass die Patienten und außerdem die Ärzte gefährdet werden. Aber die Patienten werden ja nur dadurch gefährdet, dass die Ärzte

zunächst gefährdet sind. Sie stellen somit auch eine Gefahr für die Patienten dar. „Unvorstellbare“ habe ich nicht geschrieben. Ich weiß nicht mehr genau, was ich handgeschrieben eingereicht habe. Es geht nur darum, dass die logische Konsequenz ist, dass der Patient erst durch den ermüdeten Arzt gefährdet wird, nicht umgekehrt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir streichen also „unvorstellbare“. Wir sprechen nur von einer Gefahr für den Patienten. Das wird übernommen, wie ich gehört habe. Dann können wir den Antrag in dieser Form zur Abstimmung stellen. Vorher frage ich aber noch, ob jemand insgesamt gegen den Antrag sprechen will. – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem so veränderten Antrag zu? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Dann ist der Antrag klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag VIII-52:** Sicherung der Besetzung der Notarztstandorte. Der Antrag von Herrn Henke und anderen lautet:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Bevölkerung in Notfällen durch eine ausreichende Zahl qualifizierter Notfallmediziner sichergestellt wird.*

Gibt es da den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Nun kommen wir in diesem Themenkomplex noch zum **Antrag VIII-54:** Qualität im Rettungsdienst erhalten. Der Antragstext lautet:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag wendet sich entschieden gegen alle Bestrebungen, die Zugangsvoraussetzungen für die ärztliche Teilnahme am Rettungsdienst (Notarzttätigkeit) aufzuweichen und damit die Versorgungsqualität in Frage zu stellen …*

Möchte jemand dagegensprechen? – Nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag gleichfalls mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum Thema Ausübung von Heilkunde. Da geht es zunächst um den **Antrag VIII-30** vom Vorstand: Indikationsstellung zur Physiotherapie ist ärztliche Aufgabe. Da werden uns die Physiotherapeuten nicht zustimmen. Sie sind der Meinung, dass sie das auch allein könnten. Aber das ist natürlich eine ambivalente Angelegenheit. Rückenschmerzen beispielsweise können ja multiple Ursachen haben, nicht nur Muskelverspannungen. Insofern denke ich, dass der Antrag berechtigt ist.

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag VIII-30 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-48:** Medikamentenverordnung durch nichtärztliche Berufsgruppen. Es ist ein klarer Text.

(Zuruf)

– Möchte jemand Vorstandsüberweisung? Ehrlich? Wenn jemand Vorstandsüberweisung beantragt, müssen wir darüber natürlich abstimmen. Das ist klar. Wird Vorstandsüberweisung gewünscht?

(Zurufe: Nein!)

– Nein. Dann frage ich: Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Diese kleinen Päuschen nutzen ja auch, dass man die drei Zeilen noch einmal gut durchliest.

Nunmehr kommt der **Antrag VIII-55:**

> *Mit großer Sorge sieht der Deutsche Ärztetag die aktuelle Beschlusslage der Hessischen Landesregierung, Physiotherapeuten, Masseure und Medizinische Bademeister, vor allem aber Heilpraktiker nach erfolgreicher Zusatzfortbildung als „Osteopathen" anzuerkennen.*
>
> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundes- und Landesregierung(en) auf, mit der Bezeichnung „Osteopathie" für Physiotherapeuten, Masseure, Medizinische Bademeister und Heilpraktiker nicht auf diesem Wege ein neues Berufsfeld zu schaffen, welches ihnen Tätigkeiten ermöglicht, die aus Sicht des Patientenschutzes nicht zu vertreten sind.*

Gibt es den Wunsch nach Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag VIII-71:** Ausbildungsstandards und Berufsaufsicht für Heilpraktiker. Wenn Sie diesen Antrag beschließen, werden die aufgewertet, will ich nur so sagen.

(Zuruf)

Möchte jemand das Wort ergreifen? – Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Was die Heilpraktiker in der letzten Zeit machen und immer mehr in unsere Gebiete eindringen, das stinkt gen Himmel! Die gucken einem Patienten in die Augen und sagen: Sie kriegen irgendwann einmal einen Krebs! Denen möchte ich am liebsten die Folgekosten aufdrücken. Es gibt keine Möglichkeit, diese Truppen in irgendeiner Weise zu kontrollieren. Die Gesundheitsämter können es auch nur hinsichtlich der Hygiene. Ich habe es satt, mich mit Patienten rumzuschlagen, die diesen Leuten in die Hände fallen. Am liebsten würde ich die alle unter meine Aufsicht nehmen.

(Beifall)

Mir ist völlig wurscht, wer die kontrolliert, ob es die Armee ist oder sonst jemand, aber irgendeiner muss die Truppen doch einmal kontrollieren!

(Heiterkeit – Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann mache ich Ihnen den Vorschlag, dass Sie den Antrag an den Vorstand überweisen. Dann werden wir Ihre Rede aus dem Wortprotokoll dieses Deutschen Ärztetages herausfiltern und das zusammen mit dem überwiesenen Antrag beraten und überlegen, ob wir nicht doch etwas unternehmen müssen, damit dieser ganzen Geschichte langsam ein Riegel vorgeschoben wird.

(Beifall)

Das ist immerhin ein Gesetz aus den 30er-Jahren, wie Sie wissen, das durch die Ausführungsbestimmungen in den Ländern etwas unterschiedlich gehandhabt wird. In Schweden beispielsweise schüttelt man nur den Kopf darüber, dass wir in Deutschland noch so etwas haben. Vereinzelt gibt es das in Schweden auch, aber nicht so organisiert, dass das im Gesetz geregelt ist. Das ist der große Unterschied.

Um es völlig klar zu sagen: Ich bitte Sie, das an den Vorstand zu überweisen. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Wir werden uns darum kümmern.

Damit kommen wir zum **Antrag VIII-86:**

> *Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, sich alsbald mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung zu setzen, um eine rechtlich einwandfreie Einordnung entsprechender Tätigkeiten, wie unten dargestellt, im Konsens zu bewerkstelligen.*

Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Dann frage ich zunächst einmal: Wer möchte das dem Vorstand zuleiten? – Wer möchte das nicht? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Zum Thema Nichtärztliche Mitarbeiter kommen wir zunächst zum **Antrag VIII-23** vom Vorstand der Bundesärztekammer. Es gibt keine Änderungsanträge. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 23 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-24,** ebenfalls vom Vorstand der Bundesärztekammer: Delegation ärztlicher Leistungen. Es geht um die Verhinderung von Taskshifting. Gibt es eine Gegenrede? – Wer möchte den Antrag 24 befürwor-

ten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Der nächste Block betrifft den Ärztetag. Dort ist noch der Antrag 128 hinzugekommen. Ordnen Sie ihn bitte in diesen Komplex ein. Wir kommen zunächst zum **Antrag VIII-26** vom Vorstand der Bundesärztekammer:

> *Die Anträge des Vorstands, die bereits vor dem Deutschen Ärztetag vorliegen, werden den Delegierten online zur Verfügung gestellt. Die dazu erforderliche Web-Adresse wird den Delegierten spätestens eine Woche vor dem Deutschen Ärztetag mitgeteilt.*

Das ist unser Angebot, damit Sie sich möglichst schon vor der Anreise zum Ärztetag mit der Sache befassen können, wenn Sie das möchten. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 26 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Soweit ich das sehen konnte, ist der Antrag einstimmig **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-39:** Einführung eines zweijährlichen Turnus am gleichen Ort bei der Durchführung des Deutschen Ärztetages. Es soll sozusagen der Kölner Rhythmus neu aufleben, wobei wir allerdings den Ort, an dem wir uns immer wiedertreffen, suchen müssen. Wir müssen sehen, welche Kriterien dabei eine Rolle spielen. Gedacht ist hoffentlich an Kostendämpfung und Planungssicherheit. Gibt es eine Gegenrede? Oder möchten Sie jedes Jahr wandern? Wer jedes Jahr wandern will, muss sich jetzt natürlich gegen diesen Antrag aussprechen. – Bitte, Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich stimme nicht prinzipiell dagegen. Das ist eine ganz wichtige Entscheidung, die ich gern mit den Delegierten in den Ländern diskutiert haben möchte, ob wir es prolongieren wollen. Wir sollten das in den Landesärztekammern diskutieren, auch nicht nur mit den Delegierten. Ich halte das für eine ganz wichtige Entscheidung. Ich will das nicht ablehnen, sondern ich möchte die Entscheidung auf eine ganz breite Basis gestellt sehen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Daraus entnehme ich, dass wir das heute nicht entscheiden, sondern dass Sie es an den Vorstand zurücküberweisen, damit er darüber noch einmal nachdenkt.

(Zuruf)

– Nichtbefassung geht auch. In diesem Fall würden wir das sogar aushalten. Wer möchte, dass wir uns heute nicht damit befassen? – Wer möchte, dass wir uns damit befassen? – Dann befassen wir uns damit. Wer möchte das an den Vorstand zurücküberweisen mit der Bitte, das irgendwann neu vorzulegen? – Wer möchte das nicht? – Wer möchte den Antrag akzeptieren? – Wer möchte das nicht? – Der Antrag ist **abgelehnt.** Dann tagen wir von Ort zu Ort und machen so weiter wie bisher. Eine klare Meinungsbildung, finde ich toll.

Nun kommen wir zum **Antrag VIII-95:** Medienpolitik der BÄK professionalisieren. Dazu darf ich ein paar Worte sagen. Das ist schon sehr professionell. Ich sage Ihnen eines: Wenn wir Ärztinnen und Ärzte uns gegenüber der Öffentlichkeit weiter so benehmen, wie wir das jetzt tun, dass wir Blöcke bilden, verschiedene Auffassungen vertreten und alles in die Öffentlichkeit tragen, dürfen wir uns nicht wundern, wenn das als polymorphes Bild der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit ankommt.

(Beifall)

In einem Artikel von heute war die Rede von „Verwirrung“. Eben habe ich erlebt, dass noch jemand unbedingt zur E-Card etwas sagen wollte. Damit geben wir in der Öffentlichkeit ein Bild ab, aus dem niemand den Schluss ziehen kann, dass die Ärzteschaft einig ist.

Wenn das Referat vom Dienstag als „grauenvoll“ bezeichnet wird, obwohl die Zuhörerinnen und Zuhörer bei der Eröffnungsveranstaltung nicht gebuht und nicht gepfiffen, sondern eher applaudiert haben, ist das, glaube ich, auch eine Angelegenheit, die sofort ausgekostet wird und uns in ein schlechtes Licht setzt.

(Beifall)

Das bekommen wir auch mit einer Professionalisierung der Öffentlichkeitsarbeit nicht hin. Die Medien lassen sich nicht durch irgendwelche Institute an der Nase herumführen. Die haben ein genaues Gespür dafür, wo etwas stimmt und wo etwas nicht stimmt.

Die Sendung am vergangenen Sonntag, sage ich ganz ehrlich, war geplant zum Thema Priorisierung. Ich sollte mich mit Herrn Lauterbach und Herrn Etgeton und der Dame, die da noch gesessen hat, deren Namen ich vergessen habe, zanken wegen des Themas Priorisierung. Dann kam plötzlich dieser Vorschlag, die Praxisgebühr zu erhöhen. Es gab auch noch ein Hintergrundgespräch, bei dem unklar war, ob jemand dafür war oder nicht. Dann haben die das Thema sofort geschwenkt – und ich war plötzlich fehl am Platze. Das gebe ich ganz offen zu. Ich habe mich da auch sehr unwohl gefühlt.

Wenn so etwas kommt, dann ist es unmöglich, ein einheitliches Bild der deutschen Ärzteschaft zu vermitteln. Wir müssen erst einmal selber Profis werden. Wenn wir das sind, dann können wir auch eine professionalisierte Öffentlichkeitsarbeitseinrichtung haben, die das verkaufen kann. Erst dann gelingt das, aber nicht, indem wir da meinen: Wir beschäftigen irgendein Unternehmen, dann geht alles in Ordnung. Das wird so nicht laufen. Darüber müssen wir uns noch einmal Gedanken machen. Das wollte ich nur gesagt haben.

(Beifall)

Vielleicht können Sie es auch als Gegenrede gegen diesen Antrag verstehen. – Dann hat jetzt Herr Lipp die Berechtigung, als Befürworter aufzutreten.

Dr. Lipp, Sachsen: Da es eine Gegenrede war, bin ich jetzt gezwungen, noch einmal zu sprechen. Sie reden von etwas ganz anderem. Ich rede nicht davon, dass Sie die Sache externalisieren sollen, sondern ich rede davon, dass es im Vorfeld nicht reicht, wenn Sie eine wichtige Botschaft wie die Priorisierung vermitteln wollen, einfach seriöse Informationen abzugeben. Man sollte sich externen Rat holen, Herr Professor, wie jede große Firma auch: Wie platzieren wir das mit wem und wann? Es müssen eine Taktik und eine Strategie entwickelt werden. Sie sollen die Sache weiter verkaufen. Ich will nicht, dass die „Bild"-Zeitung unser Sprachrohr wird. Aber ich möchte, dass uns die Profis beraten, wie wir Dinge platzieren. Das kann Ihre Presseabteilung bisher ganz offensichtlich nicht. Das war bisher auch nicht ihr Job; das sehen wir.

Es wird gesagt, dass die Leute uns falsch verstehen. In den Medien ist es so: Wenn etwas falsch verstanden wird, ist es nicht die Sache des Empfängers, sondern des Senders. Am Sender müssen wir nachjustieren. Darum geht es.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Aber wenn es 17 Sender gibt, machen die Empfänger auch 17 Nachrichten daraus. Das ist das Problem.

(Beifall)

Jetzt bitte Herr Bodendieck.

Bodendieck, Sachsen: Ich beantrage eine zweite Lesung zum Antrag VIII-39. Ich glaube, es ist etwas Verwirrung entstanden.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir sind jetzt aber noch beim Antrag 95. Das müsste später geschehen, wenn Sie einverstanden sind. Wir kommen darauf zurück.

Wir sind beim Antrag 95. Einer hat dafür-, einer dagegengesprochen. Jetzt bitte ich die Damen und Herren Delegierten, sich darüber eine Meinung zu bilden.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag 95 **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VIII-97:** Tagesordnung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden. Der Text lautet:

Für die Tagung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden ist ein Tagesordnungspunkt vorzusehen, der sich mit dem Thema „Ärztliche Kollegialität in der Patientenversorgung“ befasst.

(Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist beantragt. Gibt es noch den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer möchte den Vorstand damit befassen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Ich rufe den **Antrag VIII-105** auf: Strukturanalyse der Gremienstruktur der Bundesärztekammer. Der Antragstext lautet:

Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, die derzeitige Gremienstruktur der Bundesärztekammer zu analysieren und dem 113. Deutschen Ärztetag alternative Vorschläge für eine zeitgemäße Gremienstruktur insbesondere zur Vorbereitung der Deutschen Ärztetage vorzulegen.

Wer spricht dagegen? – Bitte.

Prof. Dr. Sauermann, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist klar, dass jedes gute Unternehmen – und dazu zählen wir uns – Strukturprozess und Ergebnisqualität kontrollieren muss. Ich möchte aber nicht gern, dass wir daraus eine Kampagne machen, die dann vielleicht in dem alten sozialistischen Dresden eine Tageszeitungskampagne auslöst: Die bisherige Ärztekammer war nicht zeitgemäß. Deshalb bitte ich darum, dass Sie den Antrag ablehnen. Natürlich fassen wir die Kontrolle von Strukturprozess und Ergebnisqualität als ständige Aufgabe auf. Wir haben ja vorhin gerade festgestellt, dass wir solche Strukturveränderungen wie beispielsweise eine Ärztetagsverschiebung im Plenum durchaus diskutieren.

Ich danke Ihnen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt hat Herr Professor Fuchs das Wort.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Ich darf aus der Sicht der Geschäftsführung sagen, dass im Antrag nicht auf Anhieb zu erkennen ist, worauf er abzielt. Ich sage das ohne Schärfe oder Spitze. Er nimmt Bezug auf § 5 der Satzung. Ich habe ihn mir zweimal durchgelesen. In § 5 der Satzung wird aber überhaupt nicht Bezug genommen auf die Gremien der Bundesärztekammer.

Ich habe mir überlegt, was eventuell gemeint gewesen ist. Da komme ich auf § 4. Dort ist als eine Aufgabe des Deutschen Ärztetages unter einigen anderen aufgeführt:

> *die Bildung von Ausschüssen zur ständigen oder vorübergehenden Bearbeitung einzelner Sachgebiete oder Gegenstände*

Das wären dann aber Gremien des Deutschen Ärztetages, nicht der Vorstand der Bundesärztekammer.

Ich denke, insofern müsste man erst noch einmal klären, in welche Richtung dieser Antrag zielt. Wenn Sie den Antrag nicht ablehnen wollen, könnten wir das im Vorstand vielleicht noch einmal diskutieren. Auf Anhieb ist nicht eindeutig, wohin das Ganze laufen soll.

Ich muss auch sagen: Die Überprüfung von Gremien und Strukturen ist eine permanente Aufgabe der Bundesärztekammer. Bei jeder neuen Wahlperiode prüft der Vorstand, ob er die Gremienstruktur beibehalten will. Das ist insofern eher etwas Prozesshaftes, was für uns selbstverständlich ist. Wir halten die Gremien nicht nur deshalb aufrecht, weil sie schon seit Jahren funktionieren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Möchte jemand für den Antrag sprechen?

Dr. Tempel, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben ja eben gesehen, wie notwendig der Antrag ist. Die Überschrift „Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer“ rührt daher, dass wir diesen Antrag eigentlich unter dem Tagesordnungspunkt VI – Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer – diskutiert haben wollten. Das ist nun leider nicht passiert, sondern es wird unter dem Punkt „Verschiedenes“ behandelt.

Wir als verfasste Ärzteschaft müssen uns kompetent in die Debatte einmischen und gute Sacharbeit leisten bei unseren originären innerärztlichen Aufgaben. Ich möchte dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Hoppe, und auch den Landesärztekammerpräsidenten ausdrücklich danken für die besonders gute und auch in wesentlichen Punkten immer hervorragende Arbeit. Vielen Dank.

Aber die Außendarstellung ist nur eine Aufgabe der Bundesärztekammer. Unsere ehrenamtlichen Gremien in der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern müssen in zahlreichen Sachgebieten wie Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, um nur einige zu nennen, eine hocheffiziente Sacharbeit leisten. Es gibt mehr als 40 dieser gewachsenen Ausschüsse. Ich finde, dieses Wachstum muss man gelegentlich neu organisieren. Wir wollen nicht die Bundesärztekammer revolutionieren, sondern sie gelegentlich einmal anpassen.

Unsere Strukturen müssen sich dem Wandel stellen. Das haben wir heute mehrfach gehört. Diesen Wandel wollen wir gestalten, und zwar innerärztlich, ohne Presse.

Ich bin gewählter Vorsitzender des Satzungsausschusses der Ärztekammer Niedersachsen. Wir haben mit großer Mehrheit beschlossen: Wir möchten gern die Bundesärztekammer aus sich heraus auffordern, manche Strukturen neu zu überdenken. Ich finde, das ist legitim. Auch wenn der Herr Hauptgeschäftsführer sagt, er halte das für nicht legitim, sehen Sie mich als Vertreter des Satzungsausschusses der Ärztekammer Niedersachsen.

Das Bessere ist nach wie vor der Feind des Guten. Gut sind wir, gar keine Frage. Wir wollen die evidenzbasierte Medizin – warum wollen wir nicht auch hier etwas evidenzbasiert machen?

Wenn wir die Wahlquoten anschauen, wenn wir betrachten, wie hoch unsere Akzeptanz bei unseren Mitgliedern ist, dann muss man sagen: Wir liegen hinter der Politik. Deswegen glaube ich, dass wir das zumindest diskutieren müssen, innerärztlich.

Vielen Dank.

(Beifall – Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Darüber stimmen wir zunächst ab. Wer möchte dem zustimmen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Dann befassen wir uns im Vorstand damit, im weitesten Sinne.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag VIII-128:** Darstellung der Ergebnisse von Vorstandsüberweisungen im Tätigkeitsbericht. Der Text des Antrags lautet:

> *Es wird gefordert, eine bessere Darstellung der Ergebnisse von Vorstandsüberweisungen im Tätigkeitsbericht im Sinne einer Anlage dem Deutschen Ärztetag vorzulegen.*

Das ist kein Problem. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Herr Lipp, herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Dr. Lipp, Sachsen: Jetzt haben Sie mich ausgetrickst.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Nicht ausgetrickst. Erst muss jemand dagegensprechen, dann können Sie dafürsprechen. Aber ich glaube, Sie fühlen sich wohl auf dem Podium.

(Heiterkeit)

Jetzt bitte Herr Bodendieck. Sie möchten eine zweite Lesung.

Dr. Bodendieck, Sachsen: Das ist nicht ganz so lustig. Aber denken Sie bitte noch einmal darüber nach. Sie haben dem Vorstand grundsätzlich die Möglichkeit genommen, die Deutschen Ärztetage wieder etwas zu rationalisieren. Das ist nur ein Argument dafür, dass wir in die Richtung gehen wollen, den Ort der Durchführung zumindest im zweijährlichen Turnus festzuhalten. Denken Sie bitte daran: Es wird immer größer, die Technik wird immer toller. Es stellt sich die Frage, ob alle in der Lage sein werden, auch in den nächsten zehn Jahren die Deutschen Ärztetage auszurichten. Es wird immer Länder geben, die benachteiligt sind, und andere Länder, die möglicherweise bevorteilt sind. Geben Sie dem Vorstand die Chance und überweisen Sie den Antrag wenigstens an den Vorstand zur Neuformulierung zurück. Er kann dann noch einmal darüber nachdenken und kann es vielleicht im zweistufigen Normsetzungsverfahren mit den Landesärztekammern abstimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Antrag auf zweite Lesung zum Antrag VIII-39 ist von Herrn Bodendieck gestellt. – Herr Hessenauer, unser gastgebender Kammerpräsident aus Rheinland-Pfalz, möchte sich auch dazu äußern. Bitte.

Prof. Dr. Hessenauer, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin ja jetzt in der glücklichen Lage, dass ich nach 2001 in Ludwigshafen – damals war ich zwar noch nicht Präsident, aber bei der Vorbereitung des Ärztetages wesentlich beteiligt – und in diesem Jahr hier in Mainz die Argumente kenne und sagen kann: Diese ganzen Argumente, dass das teuer wäre und man niemanden fände, hängen im Wesentlichen davon ab, auf welchem Niveau die einladende Landesärztekammer das Ganze macht und inwieweit man Rücksicht nimmt, dass es in dem entsprechenden Bundesland keine Tagungsräume zu vertretbaren Konditionen gibt, also muss man sich das Ganze noch einmal überlegen.

Der Vorstand ist sicher gut beraten, wenn er das weiter diskutiert. Wenn Sie der Meinung sind, es wäre gut, nach und nach die einzelnen Landesärztekammern kennenzulernen, finde ich das sehr positiv.

(Beifall)

Ich möchte anregen, dass man ja auch überlegen kann, wenn sich eine kleinere Kammer bewirbt – wir sind ja auch keine große Kammer –, ob es nicht Möglichkeiten der Hilfestellung gibt.

Das, was Sie vorhin beschlossen haben, war eine gute Sache. Wir können uns im Vorstand gern noch einmal damit auseinandersetzen. Ich hoffe nicht, dass man das unbedingt widerrufen muss.

Wer nähere Informationen zu diesem Thema haben möchte, kann sich jederzeit gern an mich wenden. Wir haben kein Problem. Wir würden das in wenigen Jahren sicher auch noch einmal machen, ohne dass es uns finanziell ruiniert.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Formell müssen wir jetzt darüber abstimmen, ob wir zum Antrag 39 eine zweite Lesung durchführen wollen. Die Stimmen müssen wir auszählen. Wer möchte eine zweite Lesung? – Wer ist gegen eine zweite Lesung? – Wir brauchen die zweite Lesung nicht. Es sind 147 Voten abgegeben worden, davon nur 30 für eine zweite Lesung. Das ist zu wenig.

(Beifall)

Dann belassen wir es bei dem Beschluss und wenden uns nun dem Thema Patientensicherheit zu. Dazu gibt es den **Antrag VIII-01** des Vorstands. Schon sind wir bei Antrag 01!

(Heiterkeit)

Zu diesem Thema ist ja die neue Institution inklusive einem Institut, das an der Universität Bonn platziert ist, ins Leben gerufen worden. Gibt es Wünsche nach einer Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Zu derselben Thematik gibt es noch den **Antrag VIII-110** von Herr Schwarzkopf-Steinhauser: Unabhängige Patientenberatung. Der Antragstext lautet:

> *Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz fordert die Weiterführung des Projektes Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) über die bisherige Laufzeit bis Ende 2010 hinaus.*

Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede?

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt kommen wir zu den Anträgen, die dem Komplex „Sonstiges“ zugeordnet sind, und zwar zunächst **Antrag VIII-65:** Gendiagnostikgesetz. Dieser Antrag

stammt von den Kollegen Stagge, Kahlke, Ramm, Junker und Seusing. Gibt es da eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag VIII-76:** Postexpositionsprophylaxe. Der Antragstext lautet:

> *Das bisherige Verfahren, die entstehenden Kosten der Postexpositionsprophylaxe den Opfern einer Vergewaltigung aufzuerlegen, ist unethisch und deshalb abzulehnen. Die Ärzteschaft fordert nachdrücklich, dass für eine Postexpositionsprophylaxe erforderliche Mittel unbürokratisch aus Steuermitteln bereitgestellt werden.*

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.** Ich vermute, es weiß nicht jeder, was Postexpositionsprophylaxe ist.

(Zuruf: Pille danach!)

– Aha, die Pille danach. Lehrreich.

Jetzt kommt der **Antrag VIII-81:** Erhebung zur Geschlechtsunabhängigkeit von Promotionsnoten. Der Antragstext lautet:

> *Erhebungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg … zeigen, dass die weiblichen Promovenden deutlich schlechtere Chancen haben, die Note „summa cum laude“ zu erhalten …*

Das fände ich ja furchtbar. An sich sind die Damen doch immer viel besser. Das finde ich aber auch nicht schön.

(Heiterkeit)

Gibt es eine Gegenrede?

(Zuruf)

– Dann frage ich: Wer möchte sich abstimmungsmäßig damit nicht befassen? – Wer möchte sich damit befassen? – Das Erste war etwas mehr. Es ist also **Nichtbefassung** beschlossen. Wir befassen uns also hier abstimmungsmäßig nicht mit diesem Antrag. Aber wir registrieren es und prüfen das, denn das ist ja unfair.

Ich rufe jetzt den **Antrag VIII-85** auf: Optimierung der heimärztlichen Versorgung. Der Antrag ist von Frau Goesmann und Herrn Kaplan, beide Vorstandsmitglieder. Da kann ja eigentlich nichts schiefgehen. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag VIII-111:**

> *Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz fordert alle Landesärztekammern auf, in geeigneter Weise … über die Möglichkeiten medizinischer Versorgung von Nichtversicherten zu informieren.*

Nichtversicherte darf es ja eigentlich nicht mehr geben, da jeder versichert sein muss. Wird eine Gegenrede gewünscht? – Nein.

(Zuruf)

– Möchte jemand das wirklich an den Vorstand überweisen? – Nein. Wer ist für den Antrag 111? – Wer ist gegen den Antrag? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Es folgt jetzt der **Antrag VIII-113:** Qualifikation des Bundesministers für Gesundheit.

(Heiterkeit – Zuruf: Nichtbefassung!)

– Nichtbefassung ist beantragt. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Der Justizminister muss immer ein Jurist sein, das steht fest. Aber ein Arzt kann auch Bausenator sein, wie Sie vom Dienstag her wissen. Wer möchte sich mit dem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich befassen? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Es kommt nun der **Antrag VIII-114:** Berichterstattung über Amoklauf in Winnenden. Danach sollen die Medien zu einem veränderten Umgang mit der Berichterstattung bei Amokläufen aufgefordert werden. Das wird schwierig. Da müsste man die Geldflüsse etwas ändern. Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 114 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag VIII-115:** Kommission Menschenversuche im Nationalsozialismus. Es ist korrekt, dass wir einen Wissenschaftler in Gestalt von Professor Jütte beauftragt haben, dieses Thema, das noch nicht ausreichend bearbeitet worden ist, zu bearbeiten, mit der Bitte, das in dieser Amtsperiode des Vorstands der Bundesärztekammer zu bewältigen. Wir haben ihm auch freigestellt, wen er in seine Forschergruppe mit aufnehmen will.

Die Arbeit hat begonnen. Ich glaube, wir sollten ihn ungestört arbeiten lassen, damit er das Ergebnis als Historiker zusammen mit anderen Historikern erarbeiten kann und uns das Ergebnis dann mitteilt. Ich würde nicht vorschlagen, dass man sich da hineindrängen soll. Es kommen alle möglichen Leute dazu, und man weiß überhaupt nicht, was dabei herauskommt.

(Beifall)

Das ist eine streng wissenschaftliche Arbeit mit viel, viel Literaturstudium, Aktenstudium und dergleichen mehr.

Ich würde vorschlagen, dass man den Antrag günstigstenfalls an den Vorstand der Bundesärztekammer überweist.

(Zuruf)

Wer möchte überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Jetzt rufe ich den **Antrag VIII-118** auf: Aufnahme von Guantanamo-Häftlingen.

(Zuruf)

– Nichtbefassung ist beantragt. Wer möchte Nichtbefassung? – Wer ist für Befassung? – Einzelne. Dann ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Jetzt rufe ich den **Antrag VIII-121** auf:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Grundlagen für die Einrichtung einer „elektronischen Impfdatenbank“ (= Elektronischer virtueller Impfausweis) zu schaffen und dabei die Wahrung des Datenschutzes sicherzustellen.*

Gibt es eine Gegenrede? – Nicht der Fall. Wer ist für 121? – Wer ist gegen 121? – Dann ist der Antrag **abgelehnt.**

Jetzt kommen wir zum letzten Antrag, dem **Antrag VIII-122:** Weiterbildungspraxen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der Antrag stammt von Herrn Dr. Heister und weiteren Delegierten der Ärztekammer Nordrhein.

(Zuruf)

– Es wird Nichtbefassung beantragt. Ehrlich?

(Erneuter Zuruf)

– Vorstandsüberweisung ist auch beantragt. Wir stimmen zunächst über die Nichtbefassung ab. Wer möchte sich mit dem Antrag abstimmungsmäßig nicht befassen? – Wer möchte sich abstimmungsmäßig damit befassen? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit sind wir mit dem Tagesordnungspunkt VIII fertig. Vielen Dank.

(Beifall)

Jetzt gibt es noch die Meldung für eine persönliche Erklärung von Herrn Dr. Holzborn aus der Ärztekammer Nordrhein. Bitte, Herr Holzborn.

Zwischendurch begrüße ich auch heute wieder ganz herzlich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar. Toll, dass Sie so lange hier bei uns bleiben.

(Beifall)

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herrn Hessenauer und seiner Ärztekammer möchte ich herzlich danken für die Ausrich-

tung dieses Ärztetages. Allerdings sei mir eine Anmerkung gestattet. Sie haben nicht drei oder vier Tage auf diesen Stühlen gesessen. Wir haben auf unseren Stühlen hinten einen Plastikknopf, der die Wirbelsäule unglaublich malträtiert. Das mag zwei Stunden gehen, aber für zehn Stunden ist es sicher ungewöhnlich. Sie haben andere Stühle. Setzen Sie sich einmal auf einen solchen Stuhl. Schauen Sie beim nächsten Mal bitte nach, welche Stühle unten stehen. Es ist wirklich nicht sehr bequem gewesen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist ja auch ein Tipp für die übrigen Veranstaltungen, die hier stattfinden.

Jetzt rufe ich noch **Tagesordnungspunkt XII** auf:

Wahl des Tagungsortes für den 114. Deutschen Ärztetag 2011

Dazu gebe ich das Wort an den Kammerpräsidenten von Schleswig-Holstein, Herrn Kollegen Bartmann. Wir sehen auch noch einen Film.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im August 2008 die Geschäftsführung beauftragt, zu prüfen, ob der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Schleswig-Holstein – konkret: in Kiel – stattfinden kann.

Das Ergebnis war positiv. Deshalb hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 27. März 2009 beschlossen, den Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 114. Deutschen Ärztetag Kiel vorzuschlagen. Dieser Ärztetag wird vom 31. Mai bis zum 3. Juni 2011 stattfinden.

Wir sind stolz auf diese Entscheidung und freuen uns, Sie in zwei Jahren in Schleswig-Holstein, im Land zwischen den Meeren, begrüßen zu dürfen.

Um Ihnen einen kleinen visuellen Einblick zu verschaffen und Ihnen die Entscheidung, die gleich ansteht, zu erleichtern, haben wir Ihnen einige Impressionen aus Schleswig-Holstein mitgebracht. Ich kann Ihnen versichern: So oder so ähnlich sieht es bei uns immer aus, zumindest um diese Jahreszeit und wenn das Wetter schön ist.

Herzlich willkommen in Kiel!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank für die Einladung und die Impressionen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im August 2008 die Geschäftsführung beauftragt, zu prüfen, ob der Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel stattfinden kann.

Im Ergebnis dieser Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 27. März 2009 beschlossen, den Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 114. Deutschen Ärztetag vom 31. Mai bis zum 3. Juni 2011 Kiel vorzuschlagen. Sie haben eben im Film gesehen, wie schön es dort ist. Sind Sie damit einverstanden, dass wir nach Kiel gehen? – Ist jemand dagegen? – Nein. Enthält sich jemand? – Dann ist das so beschlossen. Wir freuen uns auf Kiel.

(Beifall)

Aber erst einmal gehen wir im nächsten Jahr nach Dresden. Deshalb darf ich Ihnen Gräfin Cosel vorstellen, die uns kurz etwas über Dresden berichten wird. Sie ist eine ganz besondere Dame, deren Bekanntschaft Sie in den letzten Tagen bereits im Foyer machen konnten. Gräfin Cosel – die berühmte Mätresse August des Starken – ist persönlich zum diesjährigen Deutschen Ärztetag angereist, um uns nach Dresden zu locken. Bitte, Gräfin Cosel.

„Gräfin Cosel“: Damen und Herren, Ihr Auserwählten! Es ist mir eine große Freude, dass noch so viele von Euch vorhanden sind. Und ich weiß: Die Fähigkeit, sich kurzzufassen, verlängert das Leben um das Doppelte.

Ich bin gekommen von Saxonia hier in diese herrliche Stadt, um zu künden, dass es sich lohnt, im nächsten Jahr in der Residenz zu Gast zu sein. Dresden gehört zu den schönsten Städten im deutschen Lande. Es ist eine herrlich lauschige Gegend. Ich freue mich, dass die Damen sicher auch von Seiner Majestät verwöhnt werden. Ich freue mich, dass die Damen, die starken Frauen, hier versammelt sind; denn ich weiß es wohl: Selbst als starke Frau hat man es schwer, in die ersten Reihen zu kommen. Die Männer hatten es nicht gern. Ich weiß nicht, ob es sich geändert hat.

(Beifall)

Damen und Herren, Ihr Auserwählten! Die Residenz bietet Euch vieles. Wir sind voller Huld. Ich hoffe sehr, Ihr habt vom guten Wein genippt und Ihr habt von den herrlichen Dingen ein Häpplein gekostet.

Wir würden uns freuen, Ihr kämet gar zahlreich in unsere Residenz. Wir können Euch manches kund und zu wissen geben. Die Sachsen sind vigilant. Für die Herren sei’s gesagt: Sachsen ist dort, wo die schönen Mädchen auf den Bäumen wachsen. Meine Herren, es bedarf nur noch Ihrer Pflückkunst.

(Heiterkeit – Beifall)

Sie sehen und hören: Für Anregung und Aufregung ist in jedem Fall gesorgt.

Es gibt in Saxonia vieles zu beschauen. Es wird Ihnen nicht einen Moment langweilig werden. Genau zu dieser Zeit, zu der Sie tagen werden, ist das

40. Dixieland-Festival. Es ist Musik, die manchmal noch intensiver hilft als die teuerste Medizin. Wir würden Ihnen das per Rezept anempfehlen.

Wir laden Sie ein. Wir wissen, dass Ihr schon auf dem Sprunge seid. Die fliegenden Drachen und die stählernen stinkenden Kutschen warten schon.

Wir würden mit Euch zum Abschluss vielleicht noch ein Stoßgebet sprechen. Wir wollen Euch folgendes Gebet anempfehlen: Herr, setze dem Überfluss Grenzen und lasse die Grenzen überflüssig werden. Gib den Regierungen ein besseres Deutsch und den Deutschen bessere Regierungen.

(Beifall)

Lasse die Leute kein falsches Geld machen und das Geld keine falschen Leute. Gib der Wahrheit mehr Freunde und den Freunden mehr Wahrheit. Bessere die Beamten, die wohl tätig, aber nicht wohltätig sind. Lass die, die rechtschaffen sind, auch Recht schaffen. Und mache, dass wir alle in den Himmel kommen – aber bitte noch nicht gleich! Amen.

(Beifall)

Damen und Herren, Ihr Auserwählten! Es ist eine große Freude, Euch zu hören, zu sehen und mit Euch zusammen zu parlieren. Es hat mein Herz sehr beflügelt; inzwischen bin ich 328. Man würde mich gerne als gutes Beispiel bringen. Ich wünsche für Eure Arbeit Kraft und Mut. Ich wünsche Ehrlichkeit und Engagement. Ein berühmter Dresdner, Erich Kästner, hat einmal gesagt: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.

In diesem Sinne: Gehabt Euch wohl. Herzlich willkommen in Dresden! Es gibt ein schönes Sprichwort, was sagt: Wer Sachsen nicht siehet, hat nichts Schönes gesehen. Willkommen!

(Lebhafter Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. 1993 waren wir schon in Dresden. Die Stadt hat sich seit dieser Zeit sehr verändert. Wir freuen uns sehr. Jan Schulze, herzlichen Dank für die Einladung.

(Beifall)

Jetzt möchte ich die Schlussworte sprechen. Ich wiederhole den Dank an die Ärztekammer Rheinland-Pfalz und ihren Präsidenten für die Einladung, die großzügige Organisation und die Freude, die wir haben konnten.

(Beifall)

Ihnen vielen Dank, liebe Kolleginnen und Kollegen, die Sie zu diesem Ärztetag delegiert worden sind, für die Mitarbeit und vor allen Dingen die enorme Konzentration. Ich habe gedacht, wir würden heute bis 19 Uhr tagen. Wir haben

den Saal auch bis morgen früh um 6 Uhr gemietet. Aber nun sind wir schon fertig – umso besser.

Ein ganz besonderer Dank geht an Herrn Rüdiger Weber, unseren Stenografen, der seit 35 Jahren für uns auf dem Deutschen Ärztetag tätig ist.

(Beifall)

Lieber Herr Weber, unterbrechen Sie gerade einmal Ihre Arbeit und nehmen Sie etwas entgegen, was wir Ihnen überreichen wollen, von dem wir wissen, dass Sie so etwas gut finden. Ich verspreche Ihnen, dass wir Ihren Text, den Sie auf diesem Ärztetag wieder mitgeschrieben haben, zur Verfügung stellen. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Dank auch an die Geschäftsführung und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Hintergrund tätig waren. Früher haben wir immer die Anzahl der Papierseiten verkündet, die wir verbraucht haben. Das lassen wir lieber bleiben.

Ein besonderer Dank geht an die Technik der Firmen evenco und Helliwood. Wir arbeiten schon lange miteinander, fühlen uns wohl und meinen fast, wir seien immer an der gleichen Stelle. Das ist aber nicht der Fall.

Ein besonders herzlicher Dank gilt Frau Becker und Frau Thoms. Das sind die beiden Damen, die alles organisieren und dafür sorgen, dass wir uns wohlfühlen, dass alles klappt.

(Beifall)

Herr Professor Fuchs wird den beiden Mitarbeiterinnen einen Blumenstrauß überreichen.

(Beifall)

Ich glaube, wir haben an alle gedacht. Wir werden gleich noch eine kleine Runde machen und denen danken, die jetzt nicht hier im Saal sind, die draußen noch arbeiten, insbesondere der hochprofessionell arbeitenden Pressestelle.

(Beifall)

Ich wünsche Ihnen eine gute Heimfahrt. Kommen Sie gesund nach Hause. Ich hoffe, dass wir uns gesund auf dem 113. Deutschen Ärztetag vom 11. bis zum 14. Mai 2010 in Dresden wiedersehen.

Damit ist der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz geschlossen.

Alles Gute, bis zum nächsten Mal und ein schönes Wochenende!

(Beifall)