

**116. Deutscher Ärztetag 2013**

---

## **Stenografischer Wortbericht**

### **Eröffnungsveranstaltung**

Referat: **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery**

Präsident der Bundesärztekammer und des  
Deutschen Ärztetages

Hannover, 28. Mai 2013

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie der Ärztekammer Hamburg: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Nach diesem Feuerwerk möchte man eigentlich kurz aufstehen, die Beine ausschütteln und ein klein wenig Prävention betreiben. Der Minister hat in seiner Rede ein wahrhaft seehofersches Format bewiesen. Herr Seehofer hat eine neue Zeiteinheit geprägt, nämlich etwa dreimal so lange wie vorher angekündigt. Dafür bedanken wir uns. Es war ein beeindruckendes Feuerwerk.

Ich danke Ihnen, dass Sie sich erhoben haben. Ich glaube, es war gut zur Thromboseprophylaxe.

Ich bedanke mich bei Minister Bahr. Ich glaube, wir sind in einer besonderen Situation. Wir wissen alle: In diesem Jahr ist Wahlkampf. Da muss neben den sachlichen Themen eine Möglichkeit gegeben sein darzustellen, wie die Bilanz eines Ministeriums aussieht. Wir verfügen ja über viele, viele Jahre Erfahrung im Umgang mit dem Ministerium. Auch wenn man nicht immer in allen Punkten einig ist, auch wenn man vielleicht nicht immer mit derselben Sprache spricht, ist man doch in den letzten Jahren bei der Kommunikation deutlich vorangekommen. Dafür bedanke ich mich auch an dieser Stelle.

(Beifall)

Lieber Herr Bahr, wir haben das Gefühl, dass wir mit unseren Anliegen, mit unseren Problemen, mit unserer Darstellung ernst genommen und wahrgenommen werden. Uns ist völlig klar, dass Sie leider nicht alles tun können, was wir wollen. Aber nach dem 22. September können wir vielleicht auch darüber noch einmal reden. Auf jeden Fall würde ich mich durchaus auf der rein persönlichen Ebene – damit Sie mich nicht falsch verstehen – freuen, wenn sich Ihre Androhung, die Sie vor einiger Zeit ausgesprochen haben, nämlich dass Sie weitere fünf Jahre Gesundheitsminister sein wollten, zumindest für Sie persönlich erfüllt. Wir arbeiten hervorragend zusammen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eigentlich könnte man einen Teil der Rede von Herrn Bahr und einen Teil der Rede von Herrn Borelli schon als Präsidentenrede zur Kenntnis nehmen. Damit würde ich Ihnen jetzt etwa 20 bis 25 Minuten ersparen. Aber ich glaube, wir sollten noch ein paar Punkte hier festhalten.

Lassen Sie mich eingangs ein paar Dankesworte sagen. Ich glaube, wir sind hier in Hannover nicht nur ausgesprochen gut aufgehoben. Herr Strauch, Sie haben mit viel Empathie über diese schöne Stadt gesprochen. Das einzige Problem, das wir haben, betrifft das Wetter. Als Engländer habe ich inzwischen verstanden, warum das Haus Hannover nach England ausgewandert ist, nämlich um sich dort dem hannoverschen Regen zu entziehen. Die Gründe für manche Entscheidung werden im Lichte solcher Dinge später besser erkennbar.

Liebe Martina Wenker und auch alle Mitglieder und Mitarbeiter der Ärztekammer Niedersachsen, ihr habt hier eine tolle Organisationsarbeit geleistet. Dafür möchte ich mich schon an dieser Stelle ganz herzlich bedanken. Hier läuft wirklich alles smooth und reibungslos. Das freut einen und dann weiß man als Präsident dieser

Organisation, dass der Ärztetag in einem guten Fahrwasser ist und gut ablaufen kann. Ganz herzlichen Dank also für die perfekte Organisation.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, das ist nach den vielen Erfahrungen, die es in Hannover gibt, eigentlich überhaupt kein Wunder, denn dies ist immerhin schon der vierte Ärztetag, der in Hannover stattfindet. 1949 stand er ganz im Zeichen des beginnenden Wiederaufbaus und befasste sich vor allem auch mit der schwierigen Aufarbeitung der Nürnberger Prozesse. 1969 konnte man schon einen Erfolg in der wirtschaftlichen Aufbauleistung konstatieren. Damals war Ernst Fromm, ein Hamburger, Präsident der Bundesärztekammer. Er drückte das in der ihm eigenen feinen Sprache so aus: Man erkenne doch, dass in der Nachkriegszeit die Prosperität nicht gänzlich spurlos an der Stadt und den Ärzten vorbeigegangen sei. Ich bin nicht sicher, ob wir heute uneingeschränkt zu solchen Bekenntnissen bereit wären. Der Ärztetag 1986 stand sehr unter dem Eindruck des Reaktorunglücks von Tschernobyl. Die Ärztekammer Niedersachsen und ihr späterer Präsident Heyo Eckel haben sich damals sehr für die Betroffenen des Reaktorunglücks von Tschernobyl eingesetzt.

Was wird der Ärztetag 2013 bringen? Wir wollen uns mit der Zukunft befassen. Wir wollen uns mit den Chancen der nächsten Generation für eine gute medizinische Versorgung befassen, und zwar sowohl aufseiten der Ärzte als auch aufseiten der Patienten. Dabei muss unser aller Handeln von dem Oberbegriff der Verantwortung getragen sein. Wir Ärzte stellen uns den Herausforderungen, auch wenn das nicht immer ganz einfach ist, in der Frage der wirtschaftlichen Beeinflussung ärztlichen Handelns, in der Transplantationsmedizin, vor allem aber in den Zukunftsfragen des Gesundheitswesens.

Neben den gesundheitspolitischen Fragen werden wir hier in Hannover um berufs- und standespolitische Essentials ringen. Auf der Agenda stehen die Fortbildungsordnung, grundsätzlich Neues zur Weiterbildung und auch die Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages. Ich hoffe, dass es uns bei aller Freude am Diskurs, der Debatte und dem Streit, den wir ja auch gern pflegen, gelingt, einen Satz von Ludwig Sievers, dem Präsidenten der Ärztekammer Niedersachsen, auf dem Ärztetag 1949 zu beherzigen:

*Möge der Ärztetag dazu beitragen, den Willen der Ärzteschaft zum gemeinsamen Handeln zu stärken.*

Gemeinsames Handeln ist nötiger denn je. Die anderen Akteure im Gesundheitswesen haben sich weitgehend aufeinander abgestimmt. So haben die Krankenkassen wieder einige Wochen vor dem Ärztetag mit ihren üblichen Kampagnen zur Desavouierung der Ärzteschaft begonnen. Den Auftakt machte – wie üblich – der Spitzenverband Bund mit der Behauptung, die Hälfte aller Klinikabrechnungen sei falsch. Da werden aus kleinen Stichproben absurde Schadenssummen generiert. Dabei wird unterschlagen, dass 96 Prozent aller abgerechneten Fälle selbst nach intensiver Prüfung nicht beanstandet werden.

(Beifall)

Diese Masche, meine Damen und Herren, mit unanständigen Hochrechnungen Politik machen zu wollen, hat die Öffentlichkeit übrigens inzwischen durchschaut. Der „Wirtschaftswoche“ ist zuzustimmen, wenn sie in einem Kommentar schreibt:

*Mit falschen Rechnungen Politik zu machen ist unterste Schublade.*

Dem können wir nur uneingeschränkt zustimmen.

(Beifall)

Hier fordern wir den Respekt ein, den Siegfried Borelli in seinen Dankesworten angesprochen hat. Hier fehlt einfach an vielen Punkten der Respekt gegenüber den Leistungsträgern im Gesundheitswesen.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat seine Statistik zur Fehlerhäufigkeit zeitgenau vor dem Deutschen Ärztetag platziert. Da wird dann die Schlagzeile veröffentlicht, bei einem Drittel aller Anträge liege ein Fall von „Ärztepfusch“ vor. Schaut man genau hin, so stellt man fest, dass bei 12.000 untersuchten Anträgen den Antragstellern in etwa in einem Drittel der Fälle Recht gegeben wurde. Diese etwa 4.000 positiven Bescheide muss man aber in Relation setzen zu 18 Millionen Krankenhausfällen und etwa 800 Millionen Patient-Arzt-Kontakten. Das aber wird gerne verschwiegen, wie auch die Tatsache, dass es insbesondere die Ärzteschaft ist, die mit den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen hier ein konstruktives Lösungsmodell anbietet, das sehr zur Konfliktlösung im Interesse von Patient und Arzt arbeitet.

Dennoch gewinnt man manchmal den Eindruck, die Schlagzeile rechtfertige alles. Aber so, wie wir Ärzte uns den medizinethischen Standards stellen müssen, so sollten auch im Journalismus die Grundsätze einer sauberen Recherche und einer ausgewogenen Berichterstattung gelten.

(Beifall)

Ärztefehler sind kein Ärztepfusch. Wo Ärzte arbeiten, werden Fehler gemacht; das wissen wir. Und jeder ist einer zu viel. Deshalb haben wir Fehlervermeidungssysteme implementiert wie das sehr erfolgreiche Programm MERS. Warum wird darüber nie berichtet?

Sind wirklich nur bad news good news? Veröffentlicht denn keine Zeitung Umfragen wie die der Innungskrankenkassen aus dem März 2013, in der 87 Prozent der Bürger ihre Zufriedenheit mit den Ärztinnen und Ärzten ausdrücken, in der 84 Prozent sagen, sie fühlten sich vom Arzt ernst genommen? Nur 9 Prozent beklagen eine angebliche „Zweiklassenmedizin“. Das ist die Wirklichkeit, die Herr Bürgermeister Strauch aus seinen Gesprächen wiedergegeben hat.

(Beifall)

In derselben Umfrage sagen übrigens auch 80 Prozent der Patienten, dass sie keinerlei Probleme hätten, zeitnah Termine bei Ärzten zu bekommen. Die meisten unserer Kolleginnen und Kollegen bemühen sich Tag für Tag, dem in sie gesetzten Vertrauen der Patienten gerecht zu werden. Sie spüren diese hohe Verantwortung und handeln aus ethischer Selbstverpflichtung.

Ich frage Sie: Muss man diesen Kolleginnen und Kollegen nicht eher den Rücken stärken, als ihnen in den Rücken zu fallen? Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte, dass auch morgen noch jeder Arzt zu seinen Patienten sagen kann: Ich arbeite für Ihr Leben gern.

Zuvorderst muss die sachliche Aufklärung stehen. Das gilt auch und gerade für die soeben bekannt gewordenen wissenschaftlichen Versuche der Pharmaindustrie in der DDR. Wir wissen noch nicht wirklich, wie der Umgang mit ethischen Standards und arzneirechtlichen Bestimmungen bei den Arzneimitteltests der Pharmaindustrie gewesen ist. Die Akten zu vielen Forschungsvorhaben sind tief in den Archiven versunken und müssen erst gefunden und aufgearbeitet werden. Teilweise sind Akten bereits nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet worden. Wir, Bundesärztekammer und einige Landesärztekammern gemeinsam, unterstützen ein Forschungsvorhaben an der Charité, das überhaupt erst einmal die Fakten zusammentragen soll.

Wir wollen solide Sachaufklärung, exakte Recherche und dann ein gemeinsames Erarbeiten von Konsequenzen. Ich freue mich, dass mir auch Vertreter der hier anwesenden pharmazeutischen Industrie zugesichert haben, dieses Forschungsprojekt mit zu unterstützen. Meine Damen und Herren, so sieht gemeinsam übernommene und gemeinsam getragene „Verantwortung“ aus, keine Vorabverurteilung in den Medien, keine Skandalisierung, sondern erst einmal Faktenbeschaffung und Analyse. Dem haben wir uns in Verantwortung verschrieben.

Meine Damen und Herren, auf Ärztetagen zieht man Bilanz, analysiert die Ausgangsposition für die Zukunft und beschreibt Chancen und Risiken der in Politik, Gesellschaft und Medizin erkennbaren Entwicklungen. Dies alles tun wir in einem Wahljahr.

Sie alle kennen den schönen Satz von Robert Lembke: Wahlen sind bekanntermaßen der Versuch, die Vorhersagen der Demoskopen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Hier und heute kann niemand sagen, wie das Wahlvolk entscheiden wird. Ich will deswegen auch gar nicht spekulieren. Wir sind ohnehin allein der Sache verpflichtet – unsere Ideologie ist Patientenversorgung und Qualität, nicht Umverteilung und auch nicht Weltverbesserung. Unser Motto ist Verantwortung und Freiheit, nicht Staatsmedizin und Einheitsversicherung.

(Beifall)

Wo also stehen wir? Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen schreitet ungebrochen voran.

*Während der letzten Jahrzehnte haben Märkte und marktkonformes Denken auf Lebensbereiche übergreifen, die üblicherweise von marktfremden Normen beherrscht waren. Immer häufiger versehen wir heutzutage nichtökonomische Güter mit einem Preis.*

So sagt es Michael J. Sandel, ein US-amerikanischer Philosoph.

Aus dieser Grundeinstellung wird ein gefährlicher Trend. Im Krankenhaus bekommt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, das EBITDA, also das Ergebnis vor Steuern – das ist ein Begriff, den, glaube ich, viele Ärzte vor Jahren überhaupt noch nicht kannten –, einen höheren Stellenwert als die medizinische Leistungsfähigkeit, die Qualität der Patientenversorgung und die Humanität in der Daseinsvorsorge für die uns anvertrauten Patienten. In der Praxis dominieren Budgets, Pauschalen und Regresse das medizinisch Sinnvolle.

Dieser „Trend“ wird so verinnerlicht, dass auch Ärzte ständig gegen die Versuchung kämpfen müssen, primär in ökonomischen Dimensionen zu denken. Ich will diese Kolleginnen und Kollegen jetzt nicht zu Märtyrern machen, aber ich will dennoch die eigentliche Ursache benennen: die zunehmende Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens und das Einbringen von Markt und Wettbewerb in die Patientenbehandlung.

Sukzessive versuchen die Krankenkassen, über diese Handlungsdeterminanten Einfluss auf die Steuerung ärztlicher Behandlung zu erlangen. Wir haben davor gewarnt, bei den DMPs und auch bei der Einführung der DRGs und wir warnen auch heute, hier auf diesem Ärztetag davor, indem wir die Frage stellen: Wie viel Markt verträgt die Medizin?

Damit Sie mich jetzt aber nicht falsch verstehen: Ich lehne Ökonomie im täglichen Umgang auch im Gesundheitswesen nicht grundsätzlich ab. Jeder von uns fällt täglich eine Vielzahl rationaler, vernünftiger Entscheidungen auf der Basis ökonomischer Überlegungen.

Aber dort ist die „Ökonomie“ ein Werkzeug, ein Hilfsmittel zur Entscheidung, ein Mittel zum Zweck, nicht aber der Zweck an sich. Dieser zunehmende Wandel ist es, den die Patienten spüren und den wir beklagen.

Ich bin sicher, dass uns Giovanni Maio, Medizinethiker aus Freiburg, zu diesem Thema heute Nachmittag eine Fülle kluger Gedanken vermitteln kann.

Da wir die Ökonomie aus unserem Leben nicht mehr ausblenden können, müssen wir über den rationalen Umgang, um ihren Nutzen für die Patienten und die Ärzte und um die ethischen Grenzen, die wir daraus ableiten, immer wieder aufs Neue streiten.

Das konnten wir im letzten Jahr an der Frage der Unregelmäßigkeiten in der Transplantationsmedizin erleben, an der Diskussion um Häufigkeit und Sinnhaftigkeit von medizinischen Eingriffen und an der Diskussion um die angebliche Korruptionsanfälligkeit von Ärzten.

Wir haben auf dem Ärztetag in Nürnberg kraftvoll Position bezogen zur Frage der Freiberuflichkeit und dem Wert, den sie für den Schutz des Vertrauensverhältnisses von Patienten und Arzt darstellt. Wir taten das noch vor dem Urteilsspruch des Großen Senats des Bundesgerichtshofs, von dem wir alle – seien wir doch einmal ehrlich – eigentlich erwartet hatten, dass dieser niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu Amtsträgern oder Beauftragten von Krankenkassen degradieren würde.

Das Gegenteil war der Fall; der Bundesgerichtshof hat die Position der Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten gestärkt. Das haben wir begrüßt, das war ein Sieg für unsere Patienten und die Freiheit! Und daran haben wir durch unsere Diskussionen erheblich mitgewirkt.

Wir haben aber zugleich klargestellt, dass man Ärzte nun mitnichten bestechen dürfte, wie es sogar eine große überregionale Zeitung titelte. Im Gegenteil: Wir haben Wesen, Chancen und Möglichkeiten des Rechts dargestellt und erläutert. Und: Wir haben die Grenzen des Berufsrechts nicht verschwiegen. Die Forderung nach erhöhten Ermittlungskompetenzen bedeutete keinesfalls, lieber Herr Bahr, dass ich die Wahl hatte zwischen dem Trenchcoat von Nick Knatterton und dem gestreiften Glen-

check von Sherlock Holmes, sondern dass wir durch gute Zusammenarbeit zwischen Staatsanwaltschaften und Ärztekammern – jeder natürlich die hoheitlichen Grenzen beachtend – zu besseren Lösungen bei den Ermittlungen kommen könnten.

Natürlich rief das all jene sofort auf den Plan, die dem Arzt sowieso ein korruptes Wesen unterstellen. Der bekannte Dreiklang von Polemik, Populismus und Skandalisierung war die Begleitmusik von Ideologen und ihren politischen Helfern. Diese Kampagne ist ja auch zum Teil aufgegangen, nicht was den einzelnen Arzt betrifft, aber hinsichtlich unseres gesamten Berufsstands.

Fragt man die Menschen in diesem Land, so sind bald zwei Drittel davon überzeugt, in der Ärzteschaft „mafiaähnliche Strukturen“ zu sehen, zugleich aber sind 82 Prozent der festen Überzeugung und Gewissheit, „ihr persönlich sie betreuender Arzt gehört nicht dazu, der ist ganz anders“.

Wir müssen, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr darauf achten, dass die böse Saat des Gerüchts, der Verleumdung und Unterstellung nicht den Alltag der Ärzte zerstört. Davor müssen wir die Patienten und auch die Ärzte schützen.

(Beifall)

Noch immer arbeiten viele der Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis wesentlich mehr, als sie vergütet bekommen. Sie arbeiten mit großem Engagement, haben sich verpflichtet, Kranke zu heilen und Schmerzen zu lindern. Sie leben und lieben ihren Beruf und widmen sich ihren Nächsten in besonderer Verantwortung. Deshalb sind sie auch Arzt geworden und nicht Banker oder Krankenkassenvorstand!

Das Fehlverhalten eines einzelnen Arztes wird zum Verhaltensmuster eines ganzen Berufsstands hochstilisiert – auch wenn es zum Schluss oft kurz und scheinheilig heißt, dies sei doch nur die Ausnahme.

Einige Vertreter der Krankenkassen werden nicht müde, in höchst manipulativer Weise dieses perfide Spiel permanenter Verleumdung voranzutreiben. Ihr Ziel ist klar: Desavouierung der Gesamtärzteschaft, um die Steuerungshoheit zu bekommen, der Kassenstaat im Gesundheitswesen – ohne Therapiefreiheit, ohne freie Arztwahl und ohne die ärztliche Freiberuflichkeit.

(Beifall)

Aber diese Rechnung haben sie ohne die Patienten und auch ohne die Ärzte gemacht. Weder die Patienten noch wir Ärzte wollen einen Krankenkassenstaat!

Meine Damen und Herren, einigen sind schlichtweg die Maßstäbe abhanden gekommen. Ich möchte das ganz konkret am Beispiel der Korruptionsvorwürfe erläutern.

Ein Interview in einer spiegelnden Wochenzeitschrift befasste sich mit der Vorteilsnahme durch Ärzte. Die Titelgeschichte desselben Blatts allerdings handelte von einem großen Entertainer, der in seinen aus öffentlich-rechtlichen Mitteln finanzierten Sendungen zur besten Sendezeit bestimmte Autos einsetzte und sich dafür von der Autofirma mit Millionen honorieren ließ. Und zeitgleich wurde bekannt, dass der Bundestag wieder einmal die Ratifizierung der Konvention der Vereinten Nationen gegen Korruption abgelehnt hatte, die die unterzeichnenden Staaten verpflichtet, gegen Abgeordnetenbestechung konsequent vorzugehen. Sie meinen, das sei die gleiche Sa-

che? Mitnichten. So unterschiedlich die Begrifflichkeiten, so unterschiedlich ist auch die Wahrnehmung. Bei Ärzten heißt es Korruption, ein schwerer Straftatbestand. Bei Entertainern im Fernsehen reden wir noch von Schleichwerbung und bei Abgeordneten geht es um die Frage, wie man Nebeneinnahmen transparent verbucht und anzeigt.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, lassen Sie uns eines ganz klarstellen: Wir sind gegen jede Form von Korruption, gegen beeinflussende Schleichwerbung, gegen entscheidungsändernde Nebeneinnahmen. Aber in der Art, wie man gerade mit den niedergelassenen Ärzten in dieser Debatte umgegangen ist, sind die Dimensionen komplett verloren gegangen.

Gleichwohl sind wir bereit – hiermit will ich den gegenwärtigen Stand der politischen Diskussion ansprechen –, einer gesetzlichen Regelung, die ein für allemal Klarheit schafft, zuzustimmen, damit endlich diese Grauzone des Verdacht, der Unterstellung, des Gerüchts und markiger Profilierung aufhört. Wir wollen Klarheit und da sehen wir den Gesetzgeber in der Pflicht. Denn nur wenn wir wissen, wofür wir verantwortlich sind, können wir auch konkret Verantwortung tragen.

Auch wir wollen, dass die wenigen, die sich nicht an die Regeln des hippokratischen Eides halten und die sich bestechen lassen, transparent, gerecht und gleich bestraft werden, und wir wollen, dass auch diejenigen, die bestechen wollen, also die Geldgeber dieses unappetitlichen Geschäfts, ebenfalls zur Rechenschaft gezogen werden.

(Beifall)

Das geht nämlich nicht mit den Mitteln des Berufsrechts, das geht nur mit dem allgemeinen staatlichen Recht.

Einige wenige Bedingungen haben wir dennoch an dieses Verfahren zu stellen:

- Es darf keine *lex specialis* für Ärzte allein geben, auch die anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen müssen erfasst werden.
- Es müssen Bestechende und Bestochene gleichermaßen bestraft werden.
- Es muss ein Übermaßgebot eingehalten werden.
- Und schließlich müssen klare Regelungen vorhanden sein, nicht allein abstrakte juristische Formulierungen, aus deren Interpretationspotenzial dann die nächste Grauzone erwächst.

Meine Damen und Herren, wir wollen nicht, dass die wenigen, die sich falsch verhalten, letztlich den Ruf der vielen rechtschaffenen Ärzte ruinieren, die sich an die Gesetze halten und die es leid sind, immer in einen populistischen Topf mit den anderen geworfen zu werden.

Wie völlig verrückt die Diskussion geführt und auch wahrgenommen wird, zeigt eine Umfrage unter Managern der Pharmaindustrie. Da heißt es doch – und jetzt halten Sie sich fest –, dass sich 63 Prozent von ihnen schärfere strafrechtliche Sanktionen



gegenüber Ärzten wünschen, damit sie diese nicht mehr bestechen müssten. Meine Damen und Herren, angesichts solcher Scheinheiligkeit hält sich mein Mitleid in Grenzen!

(Beifall)

Wir sind uns durchaus bewusst, dass an ärztliches Handeln besondere Maßstäbe angelegt werden. Das ist der Preis unseres ärztlichen Ethos. Dem können wir nur durch die Übernahme von Verantwortung begegnen. Umso mehr haben uns die Verfehlungen in der Transplantationsmedizin getroffen. Ein schwerer Vertrauensverlust für die Organspende war die Folge. Falsche ökonomische Anreize haben zu Manipulationen, Fälschungen und Unredlichkeiten bei der Vergabe von Organen geführt. Dabei ging es gar nicht so sehr um einen direkten materiellen Vorteil für Einzelne. Vielmehr ging es um lukrative Operationen für das ganze Haus und natürlich um Ruhm und Ehre. Auch das sind klare ökonomische Anreize, die in der Medizin keinen Platz haben.

Wir haben aber gerade hier bewiesen, dass die ärztliche Selbstverwaltung funktioniert. Es waren die Kommissionen der Bundesärztekammer, die den Anfangsverdacht erhoben haben, die Aufklärung durchgeführt haben und die klare Ergebnisse zu Fehlverhalten und Schuld erbracht haben. Staatliche Institutionen, die zuvor und danach beteiligt waren, haben viel zu oft weggesehen, haben sich nicht engagiert, haben damit die Fortsetzung des unredlichen Tuns sogar befördert.

Dagegen hat sich unsere Zusammenarbeit von Ärzten und Richtern bewährt. Ich möchte an dieser Stelle den Juristen, die uns in diesen Kommissionen mit so viel Zeit und ehrenamtlicher Arbeit unterstützen, ganz herzlich danken. Ohne sie wären wir heute in der Aufarbeitung dieser Dinge nicht so weit.

(Beifall)

Wer nun angesichts des Erfolgs der Arbeit der Selbstverwaltung immer noch auf staatliche Institutionen zur Regelung der Organspende und der Transplantationsmedizin setzt, der hat nicht begriffen, dass die Probleme vor allem an staatlichen Krankenhäusern stattfanden, dass es die vom Staat in der Krankenhausfinanzierung selbst gesetzten finanziellen Anreize – Stichwort Ökonomisierung der Medizin – waren, die zum Problem geworden sind.

Mehr Staat kann also nicht die Lösung sein. Mehr Selbstverwaltung, mehr Sachverstand und klar geregelte Zusammenarbeit zwischen staatlichen Institutionen und mehr Selbstverwaltung heißt die Lösung. Wir sind bereit, diese Verantwortung zu übernehmen.

In der Organspende hat es einen schweren Verlust des Vertrauens in die Gerechtigkeit der Medizin gegeben. Damit ist eines der wichtigsten Prinzipien unseres Sozialstaats verletzt worden. Es ist deswegen nachvollziehbar, dass inzwischen ein Haftbefehl gegen einen leitenden Arzt ergangen ist. Uns allen muss klar sein: In der Organspendesituation erleben wir schon heute die negativen Folgen von Rationierung. Bei den Wartelisten handelt es sich angesichts des dramatischen Mangels an Organen letztlich um „Gerechtigkeitslisten“, bei denen knappe Organe nach zuvor aufgestellten Kriterien gerecht verteilt werden. Wer dagegen verstößt, wer manipulativ seine Patienten in ungerechtfertigter Weise bevorzugt, bringt andere Menschen auf der Warteliste um ihre Lebenschance. Das ist kein leicht zu nehmendes Problem.

Unser aller Anliegen muss es jetzt sein, durch Aufklärung und Information für neues Vertrauen in die Organspende zu werben. Dabei geht es nicht nur um die Ausstellung möglichst vieler Organspendeausweise, es geht vor allem auch um das Gespräch mit Angehörigen, um die Diskussion innerhalb der Familien, wie man zur Frage der Organspende steht, noch bevor der schwere Entschluss auf einen zukommt.

Wir haben im August des vergangenen Jahres an einem Runden Tisch im Gesundheitsministerium mit dem Minister eine regelmäßige Prüfung aller Transplantationsprogramme in einem dreijährigen Rhythmus besprochen. Wir sind mit der Prüfung der Leberprogramme fast fertig. Sie galten ja als besonders manipulationsanfällig.

In einigen wenigen Fällen haben wir schmerzliche Ergebnisse zutage gefördert, zum Teil war nicht einmal Unrechtsbewusstsein bei den Handelnden erkennbar. Der schon erwähnte Haftbefehl gegen einen leitenden Arzt hat aber wohl auch dem letzten in diesem Bereich Tätigen klargemacht, dass wir bei der Manipulation an Organverteilungslisten nicht von Kavaliersdelikten reden, sondern von schweren Rechtsverstößen. Das hat sicher viele nachdenklich gemacht.

Ich glaube deswegen auch aus tiefster Überzeugung: Die Transplantationsmedizin in Deutschland war noch nie so sicher wie heute. Das muss das Fundament sein, auf dem wir aufbauen, meine Damen und Herren, und glaubwürdig wieder für die Organspende werben können. Wir unterstützen die Aktionen, Herr Bahr, die wir in dieser Hinsicht zusammen durchführen. Wir müssen uns jetzt darauf konzentrieren klarzumachen: Wir hatten kein Problem mit der Organspende, obwohl es in der Öffentlichkeit oft so dargestellt wurde, wir hatten ein Problem in der Transplantationsmedizin. Das sind zwei Paar Schuhe, auch wenn es nach draußen oft nicht so rüberkommt.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die ärztliche Selbstverwaltung hat diese Herausforderung angenommen und sie hat sich dabei bewährt. Dabei ist und bleibt es unsere Aufgabe, darüber hinaus ein patientengerechtes Gesundheitswesen weiterzuentwickeln und in kritischer Selbstreflexion Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung zu verbessern.

Auf dem diesjährigen Ärztetag befassen wir uns in einem eigenen Tagesordnungspunkt nicht nur mit der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, sondern insbesondere mit der Stärkung der ambulanten Weiterbildung.

Wir wollen dabei wegkommen von starren Zeitvorgaben und Inhalte sowie Kompetenzen definieren, die der angehende Facharzt erlernen und beherrschen muss. Die Devise heißt: weg vom starren Rahmen, hin zu Flexibilität und Inhalt.

Und wir müssen uns auch darüber unterhalten, wo der Arzt dies alles erlernen kann. Nach wie vor findet der Löwenanteil der Weiterbildung in stationären Einrichtungen statt. Es geht aber um Inhalte der Medizin, die heute nur noch im ambulanten Bereich vorkommen und in einigen Fächern auch nur noch dort erlernt werden können.

Dies und nur dies wollen wir regeln. Dabei dürfen wir aber eines nicht vergessen: Die Verantwortung vor unserem beruflichen Nachwuchs gebietet es, dass wir auch dafür Sorge tragen, dass die Weiterbildung ableistbar bleibt, keine Flaschenhalse entstehen und auch dem Ausmaß an Verantwortung, Arbeit und Leistung, das die jungen

Kolleginnen und Kollegen mitbringen, Rechnung getragen wird durch gute Arbeitsbedingungen und ein angemessenes Gehalt, auch im niedergelassenen Bereich.

(Beifall)

Es kann bei dieser Debatte nur um Bildung, Zukunft und Verantwortung gehen, nicht um Honorarordnung, Marktverteilung oder Konkurrenzschutz. Das sind wir unseren jungen Kollegen schuldig.

Meine Damen und Herren, Verantwortung ist nicht teilbar. So stehen in der Verantwortung für die seit Jahrzehnten überfällige Überarbeitung der amtlichen Gebührenordnung nicht nur die Ärzteschaft und die privaten Krankenversicherungen, sondern vor allem auch die Politik. Gleichwohl sind wir in Vorleistung gegangen. Wir haben bei der Bundesärztekammer viel Personal und Geld in die Hand genommen und haben selbst eine neue GOÄ auf betriebswirtschaftlicher Basis entwickelt und kalkuliert.

Zeitgleich verhandeln wir mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen, ob es uns nicht doch noch gelingt, ein gemeinsames GOÄ-Modell vorzulegen. Es bestehen gute Aussichten, dass diese Verhandlungen bald mit einem positiven Ergebnis abgeschlossen werden können. Dann hätten wir eine zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer abgestimmte GOÄ, der sich der Gesetzgeber eigentlich gar nicht entziehen kann.

Aber es ist auch gut, dass unsere eigene Gebührenordnung nun praktisch fertig ist und dem Ministerium übergeben werden könnte. Der Vorstand wird auf seiner Klausur im Juni – auch im Lichte des Standes der Verhandlungen mit dem PKV-Verband – darüber beraten.

Dennoch müssen wir feststellen, dass in dieser Legislaturperiode keine neue GOÄ mehr rechtsverbindlich werden kann. Damit aber darf sich der Gesetzgeber nicht einfach zufriedengeben. Die kumulierte Inflationsrate für den Punktwert seit der letzten Anhebung beträgt inzwischen über 30 Prozent!

Verschiedene Bundesregierungen haben die Gebührenordnungen anderer freier Berufe innerhalb dieses Zeitraums ebenfalls unter Berücksichtigung des Inflationsausgleichs angepasst. So wurden die Gebührensätze der Gebührenordnung für Tierärzte im Jahr 2008 mit dem Ziel „der Anpassung der Vergütungen an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland seit Inkrafttreten der derzeit geltenden GOT (01.08.1999)“ um 12 Prozent erhöht. Aktuell heißt es in der Begründung des Entwurfs des Gesetzes zur Anhebung der Rechtsanwaltsgebühren:

*Die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte ist zuletzt mit Inkrafttreten des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes am 1. Juli 2004 an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst worden. Eine erneute Anpassung der Rechtsanwaltsvergütung ist mit Rücksicht auf die gestiegenen Kosten und zur Teilhabe an der allgemeinen Einkommensentwicklung notwendig.*

Im Begründungsteil wird zur Höhe der erwarteten Erhöhung weiter ausgeführt:

*Insgesamt wird eine prozentuale Steigerung von rund 12 % des Gebührenteils erwartet.*

Mit der Inflationsrate, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist es wie mit dem Wetter: Die ist für alle gleich. Deswegen brauchen wir jetzt und sofort einen Inflationsausgleich in der GOÄ!

(Beifall)

Ganz oben auf der Agenda des Ärztetages steht die Zukunft der Finanzierung der Krankenversicherung. Der gegenwärtige Zustand der Krankenversicherung – gesetzlich wie privat – ist eigentlich gut. Die Geldspeicher sind voll. Es herrscht also überhaupt keine Not, das System von den Füßen auf den Kopf zu stellen. Vielmehr ist eine Stärkung des bestehenden Systems, das doch unstrittig das am besten funktionierende der Welt ist, vorrangig. In diesem Sinne hat auch der letzte Deutsche Ärztetag in Nürnberg argumentiert und sich für einen Beibehalt und eine Stärkung des dualen Versicherungssystems aus privater und gesetzlicher Krankenversicherung ausgesprochen.

Mehr noch, der Deutsche Ärztetag hat den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, gemeinsam mit Gesundheitsökonomern auf der Grundlage des Ulmer Papiers eine Konzeptskizze für die Fortentwicklung dieses Systems in einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden medizinischen Chancen und Möglichkeiten zu erstellen und dieses Papier auch in den politischen Meinungsbildungsprozess einzuspeisen.

Wir sehen uns übrigens an vielen Punkten auch durch die Spitzenvertreter der GKV aufgefordert und bestätigt, an diesem dualen System festzuhalten. So hat selbst Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Spitzenverbands Bund, unlängst klar formuliert, dass der Leistungskatalog der GKV nur gut und umfassend ist, weil er sich dem Wettbewerb mit der PKV stellen muss, und dass Einheitssysteme wie eine Bürgerversicherung den Leistungskatalog einschränken würden. Diesem Votum aus dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung kann man nur uneingeschränkt zustimmen.

(Beifall)

Unsere Reformschizze liegt nun vor. Unser Konzept hat im Kern sieben Punkte:

Erstens. Ein klares Bekenntnis zum Erhalt der Dualität unserer Krankenversicherung.

Zweitens. Wir wollen die Finanzautonomie der Krankenkassen wiederherstellen. Sie sollen den Anteil der Versicherten als festen einkommensunabhängigen und von ihnen autonom festgelegten Gesundheitsbeitrag erheben.

Drittens. Eine Belastungsgrenze von maximal 9 Prozent des gesamten Haushaltseinkommens wird als Schwelle zum Solidarausgleich definiert.

Viertens. Dieser Ausgleich erfolgt aus Mitteln des Gesundheitsfonds.

Fünftens. Der Arbeitgeberanteil wird zur Ermöglichung einer langfristigen Kalkulation der Lohnkosten für die Arbeitgeber auf 7,3 Prozent festgelegt.

Sechstens. Der Gesundheitsfonds wird umstrukturiert: In ihn hinein fließen die Arbeitgeberbeiträge, analoge Mittel aus der Rentenversicherung und Steuermittel für den Solidarausgleich; aus ihm heraus werden der Sozialausgleich und die Kinder- und Familienmitversicherung finanziert.

Siebtens. Ein Gesundheitssparkonto für jedes in Deutschland geborene Kind wird eingerichtet, auf das aus Steuermitteln eine portable Grundausstattung für jeden dann jungen Erwachsenen zur Verfügung gestellt wird, wenn er eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt.

Gerade dieser letzte Punkt erfreut sich naturgemäß besonderer Beachtung, stellt er doch eine neue Idee dar. Wir stellen aber die Frage: Kann und muss sich der Staat nicht engagieren, um gerade die jungen Menschen, die noch wenig verdienen, so mit einem finanziellen Polster auszustatten, dass ihnen der Start in die Zukunft eines wettbewerblich ausgerichteten Krankenversicherungssystems durch Wahlmöglichkeit statt durch Gleichmacherei ermöglicht wird?

Dass derartige Geldzuwendungen übrigens alles andere als utopisch sind, beweist gerade die Grünen-Spitzenfrau Karin Göring-Eckardt, die ja eine Kindergrundsicherung von etwa 330 Euro monatlich für alle Kinder unabhängig vom Einkommen und Sozialstatus der Eltern vorgeschlagen hat. 100 Euro davon für ein zukunftsorientiertes Gesundheitssparkonto vorzusehen wäre sicher sinnvoll und finanziell auch möglich.

Wir sind es unseren Kindern schuldig, nicht nur an uns, sondern auch an sie zu denken.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, damit komme ich zum letzten Thema, das mir besonders am Herzen liegt. Ich meine die auch in unserer Gesellschaft immer noch bestehenden Zusammenhänge von Armut und Krankheit. Wir sind – immer noch – ein sehr reiches Land. Man hat manchmal den Eindruck, die Krisen um uns herum könnten uns nichts anhaben. Die Wirtschaft prosperiert, die Arbeitslosenzahlen bleiben erstaunlich niedrig. Die Jugendarbeitslosigkeit ist nirgendwo in Europa geringer als bei uns. Und doch: Untersuchungen aus Deutschland und England belegen: Die gesundheitlichen Ungleichheiten haben sich in den letzten Jahrzehnten eher vergrößert als abgenommen. Immer mehr Menschen fallen durch den Rost unseres Gesundheitswesens.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kausalitätskette eher heißt „Krankheit macht arm“ oder „Armut macht krank“. In beiden Hypothesen kommt uns als Ärzten, aber auch als Teil dieser Gesellschaft eine enorme Verantwortung zu.

Es ist erschreckend zu sehen, dass es trotz intensiver Debatte um Prävention noch immer nicht gelungen ist, den sozialen Gradienten der Adipositas, der Bewegungsarmut, des Alkoholmissbrauchs und des Tabakkonsums nennenswert zu verringern.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, unseren Teil zur Prävention zu leisten. Aber, meine Damen und Herren, das allein wird nicht reichen. Prävention muss viel mehr als eine gesamtgesellschaftliche, soziale Aufgabe begriffen werden, bei der Jugendpolitik, Bildungspolitik, Kommunal- und Infrastrukturpolitik besser ineinandergreifen müssen, um gefährdete Zielgruppen auch zu erreichen, um Verhaltensänderung auch über Verhältnisänderung zu bewirken.

Herr von dem Knesebeck, Medizinsoziologe von der Uni Hamburg, der uns in diesen Tagesordnungspunkt einführen wird, wird uns in seinen Folien nachweisen, dass ein Knabe, der heute in die untersten Schichten unserer Gesellschaft geboren wird, eine

um zehn Jahre kürzere Lebenserwartung hat als ein Junge, der am selben Tag in den obersten Schichten der Gesellschaft das Licht der Welt erblickt. 70 Jahre Lebenserwartung statt 80!

Meine Damen und Herren, das ist eine bedrückende Tatsache in einem so reichen, wohlausgestatteten Land wie der Bundesrepublik Deutschland.

Wir alle haben die Pflicht, über unsere eigenen Wünsche, Hoffnungen und Perspektiven hinaus hier Verantwortung zu übernehmen, damit sich das ändert.

Wir Ärzte wollen aber nicht nur über dieses Thema reden. Wir fordern auch Handeln in gemeinsamer Verantwortung.

Ich danke Ihnen, dass Sie mir zugehört haben.

(Lebhafter Beifall)

Meine Damen und Herren, Sie hören jetzt noch einmal das Posaunenoktett von Studenten der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover unter der Leitung von Professor Jonas Bylund mit einem traditionellen rumänischen Zigeunerlied. Ich möchte an dieser Stelle den Musikern ausdrücklich für die fantastische Leistung danken, die sie geboten haben.

(Beifall)

Es ist überliefert, dass Mozart angeblich eine Abneigung gegen Blasinstrumente hatte, weil sie ihm zu schrill und zu laut klangen. Ich war hier in der ersten Reihe beeindruckt, wie Sie es verstanden haben, moduliert und zart mit Blasinstrumenten zu spielen. Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei unserer Veranstaltung.

(Beifall)

Anschließend bitte ich Sie, sich zum Singen der Nationalhymne zu erheben.

(Musikalischer Ausklang: Traditionelles rumänisches Zigeunerlied)

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Meine Damen und Herren, damit ist der 116. Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover eröffnet.

Sie können nun in den Foyers des Kuppelsaals beim Empfang der Ärztekammer Niedersachsen und der Stadt Hannover, für den wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken, die Eröffnungsveranstaltung ausklingen lassen.

Ich wünsche Ihnen und uns einen erfolgreichen und guten Ärztetag 2013.

Vielen Dank.

(Beifall)