Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 23. Mai 2006, 10.00 Uhr
Stadthalle Magdeburg

(Musikalische Einleitung: Georg Philipp Telemann – Admiralitätsmusik 1723;
„magdeburgische philharmonie“ unter Leitung von Reinhardt Seehafer)

Dr. Henning Friebel, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt: Meine sehr verehrten Damen! Meine sehr geehrten Herren! 1201 Jahre gibt es die Stadt Magdeburg und noch nie wurde ein Deutscher Ärztetag in dieser Stadt veranstaltet. „Warum nicht?“ kann man fragen, aber ich weiß darauf keine Antwort. Es wurde also Zeit. Ich begrüße Sie auf das Herzlichste in dieser Stadt an der Elbe, die vielen von Ihnen unbekannt war und vielleicht auch noch ist. Lernen Sie unsere Stadt am Strom kennen, besuchen Sie das Kloster „Unser Lieben Frauen“ und natürlich den Dom, der in seiner heutigen Form im Wesentlichen seit dem Mittelalter „festgemauert in der Erden“ steht und grausige und schöne Zeiten mit schweren Blessuren überstanden hat. Er hat Menschen vor Kriegen und Systemen geschützt und ist so manchem anderen hohen Hause durchaus ebenbürtig.

Die „magdeburgische philharmonie“, die ich herzlich begrüße, hat uns unter der Leitung von Reinhardt Seehafer – Generalmusikdirektor Dr. Gerd Schaller ist leider erkrankt – mit Georg Philipp Telemanns „Admiralitätsmusik“ den Auftakt gegeben. Ich hielt diese Musik zur Eröffnung eines Ärztetages für angemessen: zum einen, weil sie der Bedeutung eines solchen Ereignisses entspricht, zum anderen, weil Telemann 1681 in Magdeburg geboren wurde. Auch bei der weiteren musikalischen Umrahmung werden Sie Werke von Komponisten hören, die in unserer Region geboren wurden: Kurt Weill in Dessau und Georg Friedrich Händel in Halle.

Lassen Sie mich noch zwei Sätze zu Magdeburg sagen, ohne dass ich unserem Oberbürgermeister, Herrn Dr. Lutz Trümper, den ich hiermit ebenfalls herzlich begrüße, sein Grußwort vorwegnehme.

Magdeburg, vor noch nicht so langer Zeit Stadt des Schwermaschinenbaus, sucht eine neue Identität. Ich glaube, sie hat sie auch gefunden. Zu einer Stadt der Wissenschaft will und wird sie sich hoffentlich kontinuierlich entwickeln. Ein bisschen Weltoffenheit und Einstellung dazu ist noch nötig, aber, meine Damen und Herren, erste Erfolge möchte ich Ihnen nicht vorenthalten. Den hiesigen Wissenschaftlern von Universität, Fraunhofer-Institut und anderen nicht namentlich genannten Einrichtungen ist etwas gelungen, was für einen Ärztetag durchaus als Premiere gelten kann. Vier Persönlichkeiten konnten von den Wissenschaftlern der Institute für eine kurze Zeit rematerialisiert werden. Sie wissen, dass die Rematerialisierung noch in den berühmten Kinderschuhen steckt – von denen man bedauerlicherweise immer weniger braucht.

Als Handicaps für diesen komplizierten Prozess gelten Alter und durchgemachte Krankheiten. Eine gesunde Verdorbenheit ist nicht hinderlich, wohl aber eine

verdorbene Gesundheit. Nun, es ist gelungen; man musste sich allerdings auf Menschen einer Epoche einigen. So kann man getrost sagen: Sie kannten sich alle. Als Ehrengäste habe ich sie zu dieser Veranstaltung eingeladen.

Zuerst darf ich den Magdeburger Oberbürgermeister und genialen Erfinder Otto von Guericke aus der Zeit von 1602 bis 1686 ganz herzlich begrüßen.

(Beifall)

Über Ihre Erfindungen werden wir ja am Donnerstag noch Ausführlicheres erfahren.

Stolz sind wir auf Georg Friedrich Händel, geboren 1685 in Halle als Sohn eines Hofchirurgen.

(Beifall)

Der fast allen bekannte Kompositeur ist extra aus London angereist, natürlich auch als Hommage an seinen Vater, der nie zu einem Ärztetag fahren konnte. Wir begrüßen Sie mit hohem Respekt vor Ihrem Lebenswerk und wir hören auch noch eine Komposition von Ihnen.

Fürst Leopold I. repräsentiert die Stadt Dessau.

(Beifall)

Vielen von Ihnen könnte er als „Alter Dessauer“ bekannt sein. Seine Regierungszeit dauerte von 1676 bis 1747. Er führte übrigens den Gleichschritt in der preußischen Armee ein. Seien Sie willkommen!

Der Vierte ist unser 1663 geborener eigenwilliger ärztlicher Kollege Dr. Eisenbart. Ich darf Sie ebenfalls ganz herzlich begrüßen.

(Beifall)

Meine Herren, bitte nehmen Sie jetzt im Saal Platz.

Meine Damen und Herren, die Anwesenheit von Dr. Eisenbart ist, so glaube ich, für diesen Ärztetag wirklich etwas Besonderes. Sehr geehrter Herr Kollege Eisenbart, Sie haben 1716 aus königlicher Hand, nämlich von Friedrich Wilhelm I., Ihre Niederlassungsurkunde erhalten und in Magdeburg eine Praxis eröffnet. Schon in der ersten Zeile Ihres weit über die Grenzen Sachsen-Anhalts hinaus bekannten und vertonten Curriculums sagen Sie, dass Sie die Menschen nach „Ihrer Art kurieren“, und behaupten sich damit als echter Vertreter eines freien Berufs.

(Beifall)

Mit dieser Aussage lehnen Sie jedes evidenzbasierte, qualitätsgesicherte Disease-Management-Programm ab.

(Beifall)

Sie haben daraus nie einen Hehl gemacht, müssen aber zugeben, dass Sie sich auch nie an die so genannte Schulmedizin gehalten haben. Dennoch haben Sie Ihr Instrumentarium in Ihrer Praxis zum Beispiel für Bruchoperationen bereits über dem Feuer sterilisiert, quasi Qualität erbracht, bevor es etwas zu sichern gab.

(Beifall)

Unglaublich, ist dies doch eine Erfindung unserer Tage.

Bei der derzeitigen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit dem daraus resultierenden Wahn, überall Sparwahn – frei nach Richard Wagner –, passt Ihr Behandlungskonzept vielleicht doch in die Landschaft.

Auf der anderen Seite: Das Überleben unserer Patienten und die demografische Entwicklung beruhen bestimmt auf den Erkenntnissen der Schulmedizin. Wetten, dass?

Lieber Dr. Eisenbart, Sie haben mit Ihrer Aussage, dass Lahme wieder laufen lernen und Blinde wieder sehen werden, die Grundlagen für die Orthopädie und die Augenheilkunde gelegt. Dass wir heute über Ihre Erfolge wenig oder gar nichts wissen, liegt sicherlich an der zu Ihrer Zeit noch nicht vorhandenen Gesundheitskarte bzw. an fehlender EDV. Wenn unsere Versorgungsforschung sich dieser Themen einmal annehmen würde, bekämen wir vielleicht ganz neue Einsichten.

Meine Damen und Herren, nach diesem etwas historischen Auftakt ist es mir fast ein Bedürfnis, dass auch die vielen anderen Gäste hier im Saal persönlich begrüßt werden. Ich bin darauf vorbereitet. Hier sehen Sie meine Liste. Sie ist alphabetisch geordnet und ich kann natürlich mit dem Buchstaben A beginnen. Der einzige Nachteil, der sich daraus ergibt, ist, dass der Sitzungsbeginn in der Bördelandhalle auf unbestimmte Zeit verschoben werden muss. Wenn Sie aber erlauben, dass ich punktuell einige Persönlichkeiten namentlich begrüße, dann folge ich der Tradition und überziehe nur unwesentlich. Die nicht namentlich Genannten wissen aber, dass sie die Mehrheit darstellen, und diese ist in einer Demokratie nicht hoch genug einzuschätzen.

(Beifall)

So oder so ähnlich sieht das sicherlich auch unser Ministerpräsident, unser Kollege Professor Dr. Wolfgang Böhmer, den ich hiermit ganz herzlich begrüße.

(Beifall)

Ich gratuliere Ihnen nochmals in aller Öffentlichkeit zu Ihrer Wiederwahl und freue mich, dass Sie die Geschicke des Landes weiter lenken werden, natürlich mit der Zuversicht, dass Sachsen-Anhalt unter ärztlicher Leitung weiter gesunden wird.

(Beifall)

Es ist allerdings nicht zu verschweigen, dass Sie mit Ihrer eingeschlagenen politischen Karriere dem Ärztemangel in Sachsen-Anhalt Vorschub geleistet haben.

(Heiterkeit)

Gerechterweise soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass Sie Jahrzehnte für Ihre Patienten in den Paul-Gerhardt-Stiftungen in Wittenberg quasi Tag und Nacht zur Verfügung gestanden haben. Das Ständig-zur-Verfügung-Stehen ist ja weitgehend geblieben.

Doch nun die Begrüßungen in besagter alphabetischer Reihenfolge. Ich beginne mit dem Buchstaben B und begrüße auf dem 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg die Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt.

(Beifall)

Ich begrüße die Bundestagsabgeordneten Herrn Wolfgang Zöller, den stellvertretenden Vorsitzenden der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, und Frau Annette Widmann-Mauz, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

(Beifall)

Ich begrüße den Parlamentarischen Geschäftsführer der SPD-Bundestagsfraktion, Herrn Dr. Uwe Küster, Frau Dr. Carola Reimann, die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, sowie Frau Dr. Margrit Spielmann, Abgeordnete der SPD-Bundestagsfraktion.

(Beifall)

Ich begrüße den stellvertretenden Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Gesundheit, Herrn Dr. Hans-Georg Faust, sowie Herrn Dr. Heinrich Kolb und Herrn Jens Ackermann von der FDP-Bundestagsfraktion.

(Beifall)

Ich begrüße die Vertreter der Bundesärztekammer, unseren Präsidenten, Herrn Professor Jörg Hoppe, und den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Karsten Vilmar.

(Lebhafter Beifall)

Ich begrüße die Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Andreas Köhler und Herrn Dr. Ulrich Weigeldt,

(Beifall)

den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Herrn Dr. Rainer Hess,

(Beifall)

den Vorsitzenden des Bundesverbands der Freien Berufe, Herrn Dr. Ulrich Oesingmann,

(Beifall)

sowie den Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen, Herrn Dr. Ulrich Kirchhoff.

(Beifall)

Willkürlich rufe ich den Buchstaben E auf. Er wird repräsentiert von dem Ehrenpräsidenten des 109. Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Walter Brandstädter,

(Beifall)

dem Abgeordneten des Europäischen Parlaments Herrn Dr. Horst Schnellhardt sowie vom Präsidenten des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte, Herrn Dr. Daniel Mart.

(Beifall)

Es folgt der Buchstabe L. Ich begrüße herzlich die Landesministerin für Gesundheit und Soziales, Frau Dr. Gerlinde Kuppe.

(Beifall)

Der Buchstabe M ist in dieser Zeit untrennbar mit dem Namen Montgomery verknüpft. Ich begrüße ihn stellvertretend für alle freien Verbände.

(Anhaltender lebhafter Beifall)

Mit dem Buchstaben W verbindet sich der Gruß an die Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, repräsentiert von Professor Dr. Albrecht Encke, und an den Generalsekretär des Weltärztebundes, Herrn Dr. Otmar Kloiber.

(Beifall)

Stellvertretend für die Gäste aus aller Welt begrüße ich den Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft Herrn Dr. Francisc Jeszenszky aus Rumänien.

(Beifall)

Es stehen noch viele Namen auf meinem Leporello, die von Vorsitzenden, Präsidenten, Dekanen und ärztlichen Direktoren, die von Paracelsus-Medaille-Trägern und vielen anderen Gästen. Aber ich erinnere an die Ehre, der Mehrheit anzugehören, und an den Sitzungsbeginn in der Bördelandhalle.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir leben in bewegten Zeiten. Damit meine ich nicht nur die sich auf Protestmärschen bewegenden Ärzte. Ich denke an die Bewegung in der Natur und in der Gesellschaft. Jüngst bescherte uns die Natur Hochwasser und wir mussten „Land unter“ registrieren.

„Land unter“ charakterisiert auch die babylonische Verwirrung für ein zukünftiges Gesundheitswesen. Die Reform darf aber nicht den Bach heruntergehen. Das kann sich die Politik nicht mehr leisten, wenn sie für sich einen Anspruch auf Lauterkeit reklamieren will.

(Beifall)

„Land unter“ ist die harmlose Bezeichnung für die Auseinandersetzungen um die Ärztevergütungen. Der Ausdruck passt auch auf das bei Landtags- und Kommunalwahlen demonstrierte Desinteresse der Bevölkerung an der politischen Entwicklung.

Mit „Land unter“ benenne ich noch andere Phänomene, die mir Sorge bereiten. Noch immer verlassen junge Leute, auch Ärzte, den Osten Deutschlands und auch die grandiose Idee, sie mit „gut riechenden“ Ostpaketen zur Rückkehr zu ermuntern, wird das Problem nicht lösen. Die Gewalt auf Straßen, Schulhöfen und sonstigen Plätzen nimmt permanent zu. Ja, wir haben bereits Angst vor einem großen sportlichen Wettkampf, der Fußballweltmeisterschaft, weil wir brutale Ausschreitungen befürchten.

Unseren unverändert hohen Arbeitslosenzahlen steht das Fehlen brauchbarer Ideen gegenüber, wie wir sie beseitigen, wie wir es schaffen, dass Familien zusammen sein und zusammenbleiben können, Kinder gezeugt werden und eine

anständige Bezahlung bei vernünftigen Arbeitsbedingungen Bodenständigkeit bewirkt.

Warum sage ich das? Weil all dies mitschwingt in den Protesten und Streikveranstaltungen der Ärzteschaft. Es geht eben nicht nur um die Personengruppe „Ärzte“, nein, auch um die von uns zu betreuenden Patienten.

(Beifall)

Die Lebensverhältnisse in Deutschland sind unterschiedlich; wir wissen es. Sie unterscheiden sich in Baden-Württemberg von denen in Nordrhein-Westfalen oder Schleswig-Holstein und erst recht von denen in Brandenburg und Sachsen-Anhalt. Tagtäglich gibt es Situationen, die unseren Beruf lebendig machen. Noch immer überwiegt die Freude des Arztseins. Aber der Frust gewinnt zurzeit rasant an Boden. Das Renteneintrittsalter zu erhöhen, erscheint bei unserer immer älter werdenden Bevölkerung zunächst logisch. Viele von unseren Ärzten würden dieses auch annehmen, wenn nicht die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit sie quasi in die Rente trieben.

(Beifall)

Sie geben ihren Beruf noch früher auf. Das ist in Würzburg wie in Bremen so. In Chemnitz, Stendal und Hoyerswerda existieren dazu noch die ostdeutschen Besonderheiten. Hier gibt es keine Quersubventionen für Praxisinhaber, hier steht der Insolvenzverwalter früher auf!

Meine Damen und Herren, nun werden sich einige von Ihnen zurücklehnen und sagen, es ist schon wieder das sattsam bekannte Jammern auf hohem Niveau. Natürlich bin ich froh, dass Aktionen des Terrorismus in Deutschland noch nicht stattgefunden haben. Freilich gibt es in der Welt viel, viel schlechtere Lebensbedingungen und erst recht schlechtere Gesundheitssysteme. Aber ich weigere mich, vor diesem Totschlagargument klein beizugeben.

(Beifall)

In einem freiheitlichen System haben wir die große Chance, kritisieren zu können; in totalitären Systemen ist es den Menschen verwehrt. Ich weiß, wovon ich rede.

(Beifall)

Die Möglichkeit, selbstkritisch mit uns und unserer Gesellschaft umzugehen, muss genutzt werden, auch in dieser Woche auf dem Ärztetag.

Es nützt nichts, in politischen Foren, in Talkshows oder sonstigen Veranstaltungen Analysen über den Zustand des Landes zu verbreiten. Wir müssen die

Fragen der Zeit beantworten und dazu gehört die Antwort, welchen Lebenssinn wir den Menschen unter den veränderten Arbeitsprozessen vermitteln wollen. Den der Überflüssigkeit? Er wird zwangsläufig über Aggression und Gewalt zur Zerstörung führen.

Meine Damen und Herren, das marktwirtschaftlich orientierte Gesundheitswesen ist nahezu vollständig etabliert. Das war und ist mehrheitlich so gewollt. Die sich daraus ergebenen Konsequenzen sind logischerweise dann ohne Wenn und Aber in Kauf zu nehmen. Dazu gehören auch die Streiks, die uns nicht erfreuen, sondern alle eher belasten, aber nötig sind.

(Beifall)

Unsere Praxen und Krankenhäuser sind eben keine Reparaturbetriebe, vergleichbar mit Autowerkstätten, produzieren keine materiellen Güter. Die Wiederherstellung der Gesundheit ist facettenreicher, ist Voraussetzung für das eigene und das Gemeinwohl. Diese Aussage beinhaltet aber auch, dass damit das Gesundheitswesen nur indirekt profitabel sein kann.

Viele unserer Probleme sind Ergebnis unserer eigenen Arbeit. Wir können sie also auch selber lösen. Wenn wir aber unsere hausgemachten Unzulänglichkeiten nicht in den Griff bekommen, sind wir nicht weit entfernt von zerstörerischer Gewalt, von welcher Seite auch immer; ich wiederhole mich.

Alle sind wir aufgerufen, uns Gedanken zu machen, vielleicht auch einmal den Mut zu haben, wirklich Neues zu denken. Das 21. Jahrhundert lässt sich nicht mit den Vorstellungen des 20. Jahrhunderts bewältigen.

Ich wünsche uns einen guten Verlauf des 109. Deutschen Ärztetages.

(Anhaltender lebhafter Beifall)

Prof. Dr. Wolfgang Böhmer, Ministerpräsident des Landes Sachsen-Anhalt:
Verehrter Herr Präsident Professor Hoppe! Frau Ministerin Schmidt! Meine Herren Präsidenten der Landesärztekammern und der Verbände! Meine Damen und Herren Abgeordneten aller Parlamente! Herr Oberbürgermeister! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf Sie meinerseits ganz herzlich zu Ihrem 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg begrüßen. Ich will gern zugeben: Als mich mein Kammerpräsident, Herr Friebel, vor einem Jahr darüber informierte, dass 2006 der Deutsche Ärztetag in Magdeburg stattfinden werde, war ich noch nicht in der Lage, ihm zuzusagen, sondern musste zugeben: erst einmal schauen, wie das Leben weitergeht; nächstes Jahr reden wir wieder darüber.

Nunmehr freue ich mich, dass ich Sie heute hier bei uns in Sachsen-Anhalt begrüßen kann. Herr Friebel hat schon darauf hingewiesen: In Magdeburg waren Sie noch nie; in dieser Region Sachsen-Anhalt waren Sie das letzte Mal vor 100 Jahren, nämlich im Jahre 1906 in Halle. Damals war an das Land Sachsen-Anhalt noch gar nicht zu denken. Wir sind das jüngste deutsche Bundesland, letztlich nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden, zwischendurch wieder aufgelöst worden, erst seit der Wiedervereinigung ein eigenständiges Bundesland.

Aber wir sind keine geschichtslose Region; das haben Sie bereits vorgeführt bekommen. Wir sind diejenige Region in Deutschland, von der aus das deutsche Kaisertum begründet wurde, von der aus die Intentionen zur Bildung des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation ausgegangen sind. Wir sind das Land der Reformation, wir sind das Land der Bauhaus-Architektur und wir sind ein Land mit langer industrieller Tradition in Mitteldeutschland.

Wir sind auch ein neues Bundesland, das nach einem schwierigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Transformationsprozess wieder dabei ist, die Grundlagen für eine eigene Existenz aufzubauen. Wir sind dabei nicht völlig erfolglos, aber auch nicht so erfolgreich, wie wir selber gern wären. Wir haben – wie alle anderen neuen Bundesländer auch – eine ganze Reihe von Schwierigkeiten.

Ich weiß – und habe es jetzt wieder von Ihnen gehört –, dass wir alle Schwierigkeiten haben und dass die meisten Probleme, die wir haben, in der Zwischenzeit gesamtdeutsche Probleme und nicht mehr spezielle Probleme nur der neuen Bundesländer sind.

Ich habe eben von Ihnen, verehrter Herr Friebel, den natürlich richtigen Satz gehört, dass man die Probleme des 21. Jahrhunderts nicht mit den Regeln, den Vorstellungen und den Gesetzen der Vergangenheit oder auch des vergangenen Jahrhunderts wird lösen können. Ich denke, darüber sind wir uns alle einig.

Trotzdem gibt es eine ganze Reihe von Problemen, die mir so unerhört bekannt vorkommen. Als vor 100 Jahren der, wie erwähnt, letzte Ärztetag in dieser Region, in Halle, stattfand, waren viele Probleme, die damals diskutiert wurden, mit denen, die Sie heute auf der Tagesordnung haben, zwar sicherlich nicht vergleichbar, aber sehr ähnlich waren sie schon. Schon damals, vor 100 Jahren, hat der Ärztetag über die Stellung der Ärzte zu den Versicherungskassen diskutiert und Forderungen erhoben sowie Beschlüsse gefasst zur Versicherungsgesetzgebung, auch den Beschluss zur Ablehnung einer damals vorgesehenen so genannten Mittelstandskasse, mit der verhindert werden sollte, dass Personen, die mehr als ein bestimmtes Minimum verdienen, sich nun auch noch in einer eigenen Kasse zusammenschließen.

Die Ärzteschaft damals wehrte sich gegen die Bildung einer Kasse der so genannten Besserverdienenden, weil sie meinte, dass sich dadurch immer mehr

in den Schutz der Kassen begeben und das Honorar der Ärzteschaft deutlich schmälern würden.

In den damals gefassten Beschlüssen heißt es:

> *Jedes Bestreben nicht versicherungspflichtiger Personen jedoch, sich mit Hilfe von Versicherungsorganisationen verbilligte ärztliche Hilfe zu verschaffen, würde nur dahin führen, die ohnehin ungünstige wirtschaftliche Lage des Ärztestandes weiter zu verschlechtern.*

Die Ärzteschaft hat sich schon vor 100 Jahren für die Zusammenlegung der vielen bestehenden Kassen eingesetzt – ein Prozess, der auch heute noch nicht abgeschlossen ist.

(Beifall)

Wenn ich richtig informiert bin, hat sich die Zahl der Versicherungskassen von einstmals über 1 000 auf etwas über 300 verringert – und kaum jemand hat es gemerkt. Ich habe den Verdacht: Wenn sich die Zahl weiter verringern würde, würde dies bestenfalls zu einer Vereinfachung der Abrechnungsverfahren führen und sonst kaum auffallen.

(Beifall)

Auf dem Ärztetag in Halle wurde vor 100 Jahren beschlossen, dass die Beiträge nach Prozenten des wirklichen Arbeitsverdienstes zu erheben seien und nicht mit irgendwelchen Pauschalen, weil das Aufkommen des Versicherungsgeldes erhöht werden müsste, damit die ärztlichen Leistungen besser bezahlt werden könnten. Der damalige Präsident hat ausgeführt:

> *Wohl hat unser Stand zur Zeit, angewiesen auf die eigene Kraft, schwer zu ringen für die Sicherung der materiellen Lage seiner Mitglieder, die gewährleistet sein muss, wenn der Arzt die ihm durch die Forderung der Zeit und der Gesetzgebung gestellten Aufgaben auf sozialem Gebiet erfüllen soll.*

Ich glaube, verehrter Herr Präsident Hoppe, Sie könnten das heute fast genauso formulieren.

Das heißt, wir haben eine ganze Reihe von Themen, die sich im Zeitablauf immer wieder stellen, natürlich unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen, aber in ihrem Kern unterscheiden sie sich doch nicht so sehr. Ich entnehme dem Bericht aus der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“:

Die sehr reiche Tagesordnung zeigte insofern gegenüber denen der letzten vorangegangenen Ärztetage eine angenehme Veränderung, als nicht ausschließlich Krankenkassenfragen selbst behandelt wurden.

Man hat damals auch – das ist nachlesbar – über die Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege gesprochen, weil man der Meinung war: Man kann nicht alles einem Versicherungssystem überlassen, sondern wir müssen mehr Eigenverantwortung der Patienten schon in der Schule mit der Schulgesundheitspflege aufbauen.

Ich habe den Verdacht: Auch das, was damals möglicherweise neu war, ist noch heute ein Problem, über das wir uns nicht abschließend geeinigt haben.

Nun mag es an mir liegen, dass ich häufig in Gespräche verwickelt werde, wenn Ärzte über die Politik sprechen und Politiker über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Meine sehr verehrten Damen und Herren, auch wenn ich vielleicht nicht besonders empfindlich bin: Manches, was ich da höre, tut sogar ein bisschen weh und ist nicht immer sehr einfühlsam. Da höre ich etwas von Politikern, die von der Sache, über die sie reden, keine Ahnung haben,

(Beifall)

die nur an der Sicherung der eigenen Pfründe interessiert seien und Entscheidungen über Sachen treffen, von denen sie nichts verstehen. Wenn die Politiker über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen reden, höre ich, das sei ein Haifischbecken, lauter Lobbyisten, die nur an den eigenen Pfründen interessiert seien und für die sozialen Zusammenhänge in einer Gesellschaft kein Verständnis hätten.

Beides klingt unbarmherzig. Bei dem zweiten Aspekt haben Sie auffälligerweise nicht applaudiert; dafür hätte ich Applaus bekommen, wenn ich vor Politikern gesprochen hätte.

Beides beweist doch nur, dass wir wahrscheinlich auch in den nächsten 100 Jahren die Probleme nicht gelöst haben werden, wenn wir uns nicht etwas mehr Zeit lassen als bisher, uns erst einmal gegenseitig zuzuhören, uns auch gegenseitig deutlich zu machen, wo die jeweils eigenen Grenzen liegen – nicht nur die eigenen Wünsche, Ziele und Forderungen – und was möglich ist, was wir voneinander zu Recht verlangen können und wo wir um ein gewisses Verständnis werben müssen, wenn wir gemeinsame Lösungen suchen. Ich sage deutlich: Darum bitte ich ausdrücklich.

(Beifall)

Wie soll denn von Nichtmedizinern verstanden werden, dass das Arbeitsvolumen noch schneller gewachsen ist als die Zahl der Ärzte? Da wird deutlich gesagt: Die Bevölkerungszahlen sinken, aber es gibt absolut und relativ steigende Ärztezahlen. Immer öfter wird behauptet, sie schaffen die Arbeit nicht, weil sie immer mehr geworden ist. Das muss man sich gegenseitig doch erst einmal erklären! Das soll kein Vorwurf sein; nicht einmal die Gesundheitsökonomen haben es bisher geschafft, den Politikern richtig zu erklären, warum das so ist.

(Beifall)

Nur kann ich nicht von jedem Politiker, der entscheiden soll, erwarten, dass er erst einmal ein Jahr am Krankenhaus oder in der Praxis arbeitet. Das wird auch in Zukunft nicht zu schaffen sein.

(Zurufe)

Ich würde auch nicht von jedem Mediziner erwarten, dass er erst einmal ein Abgeordnetenmandat übernimmt, um sich in die politischen Probleme einzuarbeiten. Auch das können wir nicht schaffen.

(Beifall)

Aber wir müssen wenigstens die Zeit dafür haben, uns gegenseitig die Probleme so zu erklären, dass sie nicht immer nur mit unnötigen Forderungen und Vorwürfen verbunden sind.

Wenn mir gesagt wird, es sei völlig unverständlich, dass die Politik nicht umgesetzt habe, was schon vor zehn Jahren auf einem Ärztetag beschlossen wurde, sage ich: Es kann ja sein, dass die Politiker verständnislos und taub sind, nicht bereit, zuzuhören, dass sie es nicht verstehen wollen; es kann aber auch sein, es geht nicht, weil es Rahmenbedingungen gibt, die respektiert werden müssen, und deshalb die Lösungen nicht eins zu eins übernommen werden können.

Ich höre immer wieder, es gebe Effizienzreserven im System, die nur erschlossen werden müssten. Das höre ich von vielen Seiten. Aber, meine Damen und Herren, dann müssten wir uns auch einmal darüber unterhalten: Wo sind denn diese Effizienzreserven?

(Beifall)

Was würde es denn bedeuten, wenn wir sie erschließen würden? Bei wem würden wir sie denn finden? Das sind doch Dinge, über die wir mit Formulierungen fast parolenhaft hinwegdiskutieren, ohne uns deutlich zu machen, wovon wir im Einzelnen reden, und was es bedeuten würde, wenn.

Das heißt, wir haben einen riesigen Gesprächsbedarf. Wir müssen auch darüber reden, ob wir ein System mit mehr Entscheidungsfreiheit wollen – das höre ich häufig; jeder weiß, dass das mit mehr Risiko für den Einzelnen verbunden ist – oder ob wir ein System mit mehr Sicherheit wollen, von dem jeder weiß, dass es mit mehr Reglementierung verbunden ist. Darüber werden wir uns irgendwann einmal entscheiden müssen, wenn wir Grundsatzentscheidungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens treffen.

Wir alle wissen: Wir haben in Deutschland vielleicht nicht das beste Gesundheitswesen der Welt, aber mit Sicherheit eines der besten Gesundheitssysteme dieser Welt.

(Beifall)

Das bestreitet niemand. Aber mit wem auch immer aus diesem Gesundheitswesen ich rede – alle klagen und alle sagen, dass es so nicht weitergehen kann und dass sich nun endlich einmal etwas ändern muss. Wir müssen schon darüber reden, wohin die Reise gehen soll und was sich ändern soll.

Wir müssen auch darüber sprechen, welche Problemlösungsmöglichkeiten innerhalb der so sehr vernetzten, verwobenen gesellschaftlichen Strukturen denn überhaupt für die politischen Entscheidungsträger offen sind. Sie können ja auch nicht nach eigenem Gusto und Wunschdenken, abgehoben von den anderen Notwendigkeiten des gesellschaftlichen Zusammenlebens, entscheiden. Wir dürfen und müssen auch darüber reden, wo denn die Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten liegen, auch für diejenigen, die Politik und Gesetzgebung zu verantworten haben. Da habe ich den Eindruck: Wir reden sehr viel übereinander, meistens verbunden mit Vorwürfen, aber nutzen nicht die Zeit und die Geduld und manchmal auch die Nachsicht, uns die Zusammenhänge aus der eigenen Sicht zu erläutern.

Ich weiß auch, selbst wenn ich seit 15 Jahren nicht mehr ärztlich tätig bin, dass sich die Arbeit in einem Umfang verändert hat, verbürokratisiert worden ist, mit bürokratischem Verwaltungsaufwand überlastet worden ist, wie wir uns das früher gar nicht hätten vorstellen können. Darüber muss man auch einmal reden dürfen.

Die Haftpflichtabsicherung ist zu einem Problem geworden, wie das vor 20 oder 30 Jahren nicht notwendig war. Sie setzt einen Dokumentationsaufwand voraus, der unendlich Arbeit macht und lästig ist. Aber man muss sich fragen: Wie bekommen wir das hin? Was ist notwendig und was ist möglicherweise verzichtbar?

Zu dem, was ich im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement höre, will ich mich gar nicht wertend äußern. Ich habe noch Ärztegenerationen kennen ge-

lernt, die so etwas als persönliche Beleidigung empfunden hätten. Auch das hat es gegeben.

(Beifall)

Ich weiß natürlich, dass sich vieles auf dieser Welt verändert hat und dass wir mit der Zeit gehen müssen. Man muss darüber reden: Was ist wirklich notwendig? Was ist verzichtbar? Wo kann man rationalisieren? Was kann man anderen Berufsgruppen übertragen?

Dazu gehören auch die unendlichen Kassennachfragen, ob denn der letzte Behandlungstag wirklich notwendig gewesen sei usw.

(Beifall)

Das ist in einer Art und Weise ausgeartet, wie ich es persönlich glücklicherweise nie erlebt habe. Aber ich lasse mir das schon deutlich machen. Ich habe dann Verständnis dafür, dass da Unmut, Frust und Verärgerung aufkommen. Aber damit ist das Problem ja auch noch nicht gelöst. Wir müssen darüber reden, wie wir gemeinsam vernünftige Lösungen finden.

Viele andere Probleme sind ähnlicher Art und werden nicht lösbar sein, wenn wir uns nicht gemeinsam zusammensetzen und gemeinsam nach Lösungen suchen.

Einige Grundprinzipien sind mir bis heute auch noch nicht umgesetzt und realisiert. Es ist seit Beginn der Versicherungskassen Konsens, dass das Morbiditätsrisiko von den Versicherungskassen getragen werden muss und nicht von den Leistungserbringern.

(Beifall)

Aber – ich weiß, dass Sie jetzt nicht applaudieren werden – es muss dann auch Konsens sein, dass das Risiko der Mengenausweitung ad libitum nur von den Leistungserbringern gesteuert und getragen werden muss und nicht von den Versicherungskassen. Auch darüber müssen wir reden, wenn wir das System steuerbar bekommen wollen.

(Beifall)

Sie wissen, dass das Probleme sind, die auch unter uns noch erheblich umstritten sind. Trotzdem werden wir gemeinsam Lösungen suchen müssen – und das alles unter Rahmenbedingungen, die man nicht einmal den Politikern vorwerfen kann, die aber diese Rahmenbedingungen setzen und damit auch die Entscheidungsfreiheit einengen.

Dazu gehört auch der demografische Wandel. Es ist vielleicht etwas überzogen formuliert und ich bitte, es mir nachzusehen: Kaum eine Entwicklung aus der Medizin hat die Zivilisationsgeschichte so sehr verändert wie die Steuerbarkeit der Familienbildung im letzten Teil des 20. Jahrhunderts. Das hat zu einem demografischen Wandel geführt, sodass die demografische Schichtung der Bevölkerungsstrukturen, auf der unser Versicherungssystem zu Bismarcks Zeiten einmal aufgebaut wurde, nie wieder so sein wird, wie sie einmal war. Wir werden für die neuen Verhältnisse und auch für die neuen demografischen Strukturen angepasste Regeln finden müssen.

Ich will gar nicht von dem von Jahrzehnt zu Jahrzehnt wachsenden medizinischen Fortschritt reden, den wir alle begrüßen, für den wir dankbar sind. Die daraus resultierenden Probleme muss „die Politik“ – diesen Begriff halte ich für genauso unglücklich wie „das Gesundheitswesen“ oder „das Gesundheitssystem“, aber das tun wir uns gegenseitig an –, müssen die politischen Entscheidungsträger vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Entwicklung in Zeiten der Globalisierung mit einer noch immer hohen Arbeitslosigkeit organisieren. Dies engt die Entscheidungsfreiräume ein und macht es einfach nicht möglich, dass alles so gesteuert werden kann, wie man es aus der eigenen Sicht für wünschenswert hält.

Hinzu kommt folgende Tatsache, die ich ganz fröhlich ansprechen will, weil ich gewohnt bin, dass man mir alles vorwirft, wenn ich jetzt anspreche, was die anderen so laut nicht sagen: Die Tatsache, dass wir in Deutschland – nicht nur in Deutschland – ein hohes Maß an sozialer Sicherheit haben, hat zu einem Absinken der Eigenverantwortung geführt. Das ist zu einer Lebensgewohnheit geworden, die wir durchbrechen müssen, wenn wir das System überhaupt steuerbar machen.

(Beifall)

Ich weiß, dass viele von Ihnen gern zum Wintersport fahren. Ich möchte das wirklich niemandem vermasseln. Aber wenn ich mir erzählen lasse – diese Zahl habe ich von Kollegen gesagt bekommen –, dass etwa 60 000 Knochenbrüche pro Jahr bei Freizeitsportlern behandelt werden müssen, die vielleicht mal eine Woche im Jahr zum Wintersport fahren, und dass dies das gesamte System des Gesundheitswesens mit etwa 3 Milliarden Euro belastet, dann frage ich: Ist es unbedingt zwingend, dass wir dies alles bei der Versichertengemeinschaft abladen? Oder denkt man einmal darüber nach, welche Lösungsmöglichkeiten wir sonst noch finden könnten?

(Beifall)

Ein Kollege hat eben auf seine Figur gezeigt; ich sage nicht, wer es war. Inzwischen wissen wir doch alle, dass das Übergewicht ein hohes Morbiditätsrisiko

darstellt. Mir fällt nichts ein, wie man es regeln könnte, diese Personengruppe an ihrem höheren Risiko zu beteiligen. Mir fällt auch nicht ein, wie man es machen sollte, diejenigen, die trotz ausdrücklicher Warnung weiter Zigaretten rauchen, an ihrem erhöhten Risiko zu beteiligen.

Dass wir schon einmal gesagt haben, das Aufkommen aus der Tabaksteuer müsse dem Gesundheitssystem zur Reparatur derjenigen Schäden zur Verfügung gestellt werden, die durch den Tabakgenuss verursacht werden, halte ich auch heute noch für ausgesprochen richtig.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich höre auch immer den Satz: Wir brauchen mehr Wettbewerb im System zur Selbststeuerung und zur Verbesserung der Effizienz. Es mag ja an meiner begrenzten Auffassungsgabe liegen, dass sich mir dies bis heute noch nicht richtig erschlossen hat. Ich will ganz deutlich sagen: Das Gesundheitswesen ist ein System, in dem sich das Angebot die Nachfrage selbst schafft. Das ist nicht vergleichbar mit dem üblichen Warenaustausch in anderen Bereichen der Wirtschaft. Deshalb halte ich es für schlicht falsch, so zu tun, als ob man die allgemeinen Steuerungsregeln einer freien Wirtschaft zur Effizienzverbesserung im Gesundheitswesen einsetzen könnte. Dann werden wir Probleme bekommen.

(Beifall)

Ich will mich ja nicht mit jemandem anlegen, aber ein Beispiel, an dem man das beobachten kann, ist der Arzneimittelmarkt. Wir haben in Deutschland etwa 2 300 zugelassene Substanzen, die in mehr als 52 000 Darreichungsformen angeboten werden. Wir haben in diesem Bereich eine sehr liberale Gesetzgebung. Wir haben bestimmt Wettbewerb. Aber besser, billiger und effektiver ist es dadurch nicht geworden.

(Beifall)

Das sind die Probleme, die man – das sage ich ohne Bitterkeit – auch nicht bei den Leistungserbringern in Form einer Bonus- oder Malus-Regelung abladen kann. Das müssen wir auf andere Weise lösen.

(Beifall)

Aber eine Bonus- oder Malus-Regelung – was auch immer – zur Unterstützung der Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sollte uns einfallen, wenn wir das Problem in Zukunft steuerbar bekommen wollen.

(Beifall)

Ich bin der Meinung, dass da Entscheidungen notwendig sind, die ohne ärztlichen Sachverstand nicht getroffen werden können.

(Beifall)

Von dem englischen Romancier Huxley, den Sie alle kennen, wenigstens aus seinem kleinen Roman „Schöne neue Welt“, soll der Satz stammen:

> *Die medizinische Forschung hat so enorme Fortschritte gemacht, dass es überhaupt keine gesunden Menschen mehr gibt.*

Das scheint so zu sein. Wenn das so ist, dann müssen wir anfangen, grundlegend die Begriffe verbindlich füreinander zu definieren. Man wird Grenzen festlegen müssen, wo denn tatsächlich der behandlungsbedürftige Zustand beginnt und was an Behandlung wir uns gegenseitig solidarisch absichern und gegenseitig zusagen, und welche Leistungen durch die sich immer ausdehnenden therapeutisch-ärztlichen Möglichkeiten wir nicht mehr solidarisch absichern müssen. Ich beneide niemanden, der diese Grenzen ziehen muss. Ich käme dabei selbst in große Verlegenheit; das weiß ich.

Aber ich weiß auch, dass wir diese Entscheidung werden treffen müssen. Ich weiß auch – jetzt wird es noch schlimmer –, dass wir diese Entscheidung nicht den Juristen und nicht den Ökonomen überlassen dürfen.

(Beifall)

Weil das so ist, stehen Sie, meine Damen und Herren, vor wirklich schwierigen und nicht einfachen Aufgaben. Für deren Diskussion, die Sie sich vorgenommen haben, wünsche ich Ihnen viel Erfolg. Ich hoffe, dass wir am Ende in der Lage sind, uns gegenseitig zu helfen, Lösungen für die Zukunft zu finden.

Herzlichen Dank.

(Lebhafter Beifall)

Dr. Lutz Trümper, Oberbürgermeister der Landeshauptstadt Magdeburg: Sehr geehrte Frau Bundesgesundheitsministerin Schmidt! Herr Ministerpräsident! Verehrter Herr Bundesärztekammerpräsident Professor Hoppe! Meine Damen und Herren! Werte Ärztinnen und Ärzte! Ich begrüße Sie ganz herzlich hier in Magdeburg, der Landeshauptstadt Sachsen-Anhalts. Ich darf Ihnen sagen: Es freut mich außerordentlich, dass diese traditionsreiche und ehrwürdige Bundestagung deutscher Ärzte die Stadt Magdeburg zu ihrem Tagungsort 2006 ausgewählt hat.

Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung und sie gedeiht mit der Freude am Leben – so der Philosoph und Theologe Thomas von Aquin. Mit dieser sehr einfachen, aber ebenso seit Beginn der Medizin gesicherten Erkenntnis steht der diesjährige Deutsche Ärztetag in einem interessanten Spannungsfeld zwischen medizinischen Anforderungen, politischen Forderungen und gesellschaftlichen Erfordernissen. Ich denke, Sie haben spannungsreiche programmatische Diskussionen vor sich.

Ich darf Ihnen sagen, dass Sie mit Magdeburg einen guten Ort für diese zukunftsgerichtete Tagung ausgewählt haben. Hier an der mittleren Elbe begegnen sich auf vielfältige Weise Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Magdeburg ist noch immer eine Stadt im Aufbruch, mit großen medizinischen Traditionen. Erst im vergangenen Monat blickten wir auf 100 Jahre moderne Kinderheilkunde in der Stadt Magdeburg zurück. Im Jahre 2005 feierte Magdeburg seine 1 200-jährige Ersterwähnung durch Karl den Großen im Diedenhofener Kapitular – die Geburtsurkunde der Stadt Magdeburg.

In der Ausstellung des Kulturhistorischen Museums, die sehr modern und multimedial einen Blick in diese reiche Geschichte eröffnet, sind gerade aus den mittelalterlichen Anfängen der medizinischen Versorgung sehr interessante Dinge ausgestellt, die Archäologen zutage gefördert haben. Diese Ausstellung ist leider seit gestern geschlossen – nicht, weil wir in Magdeburg kein Geld mehr für diese Ausstellung haben. Ganz im Gegenteil: Magdeburgs Museum sieht der Vollendung seiner Komplettsanierung entgegen, denn am 28. August eröffnen wir zum zweiten Mal innerhalb von fünf Jahren eine Europaratsausstellung. Diesen europäischen Ehrentitel zweifach haben nur wenige große europäische Museen, so in Madrid, Barcelona, Wien oder London, erringen können.

Magdeburg ist mit seiner besonderen Rolle im Mittelalter als Kaiserstadt, als Sitz der Erzbischöfe, mit einer bedeutenden Bronzegießerei, mit dem Magdeburger Recht, mit der Mitgliedschaft in der Hanse und natürlich einem zentralen Mittelpunkt der Reformation in die erste Liga musealer Forschung und Geschichtspräsentation aufgestiegen.

Besuchen Sie uns in der zweiten Jahreshälfte zu unserer Ausstellung „Das Heilige Römische Reich Deutscher Nation“. Sie ist Teil eines Gemeinschaftsprojekts mit dem Deutschen Historischen Museum Berlin.

Seinen Anfang nahm dieses Reich 967 mit der Krönung von Kaiser Otto I., der von Magdeburg aus einen europäischen Kompromiss für eine Einigung der Völker und Stämme suchte. Der mittelalterliche Teil wird in Magdeburg präsentiert, den neuzeitlichen Teil können Sie zeitgleich in Berlin sehen. Eine geteilte Ausstellung in zwei Städten unterschiedlicher Bundesländer ist ein Novum in Deutschland und ein interessantes Experiment der Zusammenlegung kultureller Ressourcen.

Warum noch haben Sie einen guten Ort für den 109. Deutschen Ärztetag gefunden? 2006 begeht Magdeburg das Jahr der Wissenschaft. Seit Jahren werden hier auf vielen Gebieten neueste Forschungsprojekte entwickelt. Wissenschaftseinrichtungen gehen mit Unternehmen fruchtbringende Kooperationen ein, Netzwerke verknüpfen gerade im Bereich der medizinischen Forschung und Entwicklung und Anwendung die Ressourcen unserer Stadt. All das wollen wir mit diesem Jahr noch bekannter machen. Wir wollen dieses Jahr nutzen, um als Stadt und darüber hinaus über Wissenschaft und Forschung ins Gespräch zu kommen.

Der 109. Deutsche Ärztetag als das Parlament der Ärzteschaft seit 1873 ist ein ganz besonderer Höhepunkt im Magdeburger Jahr der Wissenschaft. 99 Forschungsinstitute, von der international ausgerichteten Erforschung des Magdeburger Rechts bis zum virtuellen Trainingszentrum, bilden die interessante Zukunftsoption unserer Elbestadt. Insgesamt 150 Partner unterstützen dieses Jahr der Wissenschaft.

Wir haben in Magdeburg die Erfahrung gemacht, dass Wissenschaft nicht nur Arbeitsplätze und Image, sondern auch Begeisterung schaffen kann. Das Leibniz-Institut für Neurobiologie hat für Magdeburg einen internationalen Spitzenplatz in der medizinischen Forschung erworben. In diesem Jahr wurde der bundesweite Tag der Gesundheitsforschung mit dem Schwerpunktthema Hirnforschung in Magdeburg eröffnet. Hier arbeitet der einzige 7-Tesla-Kernspintomograf Europas. Leibniz- und Fraunhofer-Institut entwickelten gemeinsam ein Simulationsgerät für die ärztliche Aus- und Weiterbildung, um OP-Simulationen und eventuelle Komplikationen möglichst realistisch darzustellen.

Wir sind die Stadt der angewandten Forschung. Das liegt nicht nur an Otto von Guericke, der diese Tradition eindrucksvoll begründete. Das Jahr der Wissenschaft soll zeigen: Magdeburg steht in vielerlei Hinsicht für eine gelungene Symbiose aus Alt und Neu. Die Stadt ist 1 200 Jahre alt und doch in ihrem Wandel jung und modern zugleich. Erleben können Sie dies insbesondere in der Innenstadt – ein dritter Grund, Magdeburg für eine bundesweite Tagung auszuwählen. Im Schnittpunkt der Straße der Romanik, zwischen dem gotischen Dom und dem skurrilen Hundertwasser-Haus, zwischen denkmalgeschützten Parkanlagen und dem heftig umkämpften Elbausbau, zwischen modernen Einkaufszentren und den stillen romanischen Kreuzgängen von Dom und Liebfrauenkloster können Sie in Magdeburg eine Menge erleben.

Noch ein kurzes Wort zum Tagungsort hier. Die Stadthalle war Teil eines großen Kunstareals, das 1927 zur dritten deutschen Theaterausstellung eingeweiht wurde. Die Bauzeit für dieses Haus betrug damals sechs Monate.

Bekannte Architekten des Werkbundes und des Bauhauses hatten im Magdeburg der goldenen Zwanzigerjahre ein experimentelles Feld für modernen

Wohnungsbau und den neuen Gesellschafts- und Kulturbau gefunden. Bei den nächtlichen Bombenangriffen am 16. Januar 1945 wurde die Stadthalle mit einem großen Teil der Theaterausstellungsgebäude zerstört. Anfang der 60er-Jahre erfolgte in nur wenigen Monaten unter großer Anteilnahme und mit Aufbaustunden der Magdeburger der Wiederaufbau, bis auf wenige Kosten ersparende Veränderungen originalgetreu.

Seitdem ist in der Stadthalle aber nichts Größeres an Baumaßnahmen mehr geschehen. Das Baudenkmal harrt sozusagen seiner Sanierung.

Sie sehen: Wir sind mit den Umbrüchen noch nicht fertig, noch ist Substanz in schwierigen Fahrwassern. Aber die Magdeburger sind kämpferische Herzen. Wenn sie etwas retten wollen, dann können sie eine Menge bewegen. Man sieht das auch am Schiffshebewerk im Norden unserer Stadt.

Magdeburg überrascht – so wirbt die grüne Domstadt an der Elbe, die auch ein Klischee gerade rücken möchte. Ich würde mich freuen, wenn Sie in den nächsten Tagen recht häufig positiv überrascht sind, wenn Sie zu einem Besuch zurückkommen und wenn Sie Magdeburg weiterempfehlen.

Ich wünsche dem 109. Deutschen Ärztetag einen erfolgreichen Verlauf und allen Gästen in Magdeburg einen unvergesslichen und schönen Aufenthalt.

Ich darf Ihnen zum Abschluss sagen, dass ich im letzten Jahr die Gelegenheit hatte, unser Gesundheitssystem in Magdeburg als Patient kennen zu lernen. Ich war am Aufbau der Uniklinik und der Krankenhäuser der Stadt Magdeburg ein Stück weit beteiligt. Sie befinden sich in einem wunderbar sanierten Zustand. Die Kliniken sind fast alle neu, bis auf ganz wenige Ausnahmen.

Als ich im November und Dezember dort war, haben die Ärzte und Schwestern eine außerordentlich gute Arbeit geleistet, sodass ich heute wieder vor Ihnen stehen kann.

Herzlichen Dank und viel Erfolg hier in Magdeburg.

(Beifall)

(Musikalische Umrahmung: Kurt Weill – Aus der Suite „Die Dreigroschenoper“: „Die Moritat von Mackie Messer“ und „Der Kanonen-Song“)

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! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Deutsche Ärztetag gedenkt in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen und Ärzte und

Mitglieder von Organisationen, die der Ärzteschaft nahe stehen, die seit dem vergangenen Deutschen Ärztetag verstorben sind.

(Die Anwesenden erheben sich)

Stellvertretend für alle seien genannt: Professor Dr. med. Hans Joachim Bochnik aus Frankfurt, ehemaliger Leiter der Abteilung Klinische Psychiatrie am Klinikum der Universität Frankfurt, langjähriger Delegierter der Landesärztekammer Hessen und Präsidiumsmitglied; Walter Burkart aus Rheinbach, ehemaliger Chef vom Dienst der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion des „Deutschen Ärzteblatts“, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft; Dr. med. Klaus Dehler aus Nürnberg, Internist, langjähriges Mitglied des Vorstands der Bayerischen Landesärztekammer, ehemaliger Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V., ehemaliges Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Träger des Großen Bundesverdienstkreuzes und des Bayerischen Verdienstordens, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft; Diplom-Kaufmann Professor Dr. rer. pol. Siegfried Eichhorn aus Düsseldorf, ehemaliges Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI); Professor Dr. med. Arnold Graffi aus Berlin, ehemaliger Direktor des Instituts für Experimentelle Krebsforschung, Berlin-Buch; Professor Dr. med. Knut-Olaf Haustein aus Erfurt, ehemaliger Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie der Medizinischen Hochschule Erfurt, ehemaliges Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und deren langjähriges Vorstandsmitglied; Karl Jung aus Bad Godesberg, langjähriger Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und ehemaliger Vorsitzender des Koordinierungsausschusses, Staatssekretär a. D.; Dr. med. Helmuth Klotz aus Darmstadt, Allgemeinarzt, ehemaliger Vizepräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, ehemaliger Präsident der Landesärztekammer Hessen, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft; Diplom-Psychologe Detlef Kommer aus Berlin, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK); Professor Dr. med. Gerhard Möllhoff aus Wiesloch, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, ehemaliger leitender Arzt bei Sozialversicherungsträgern, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer, Träger des Verdienstkreuzes Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland; Dr. med. Jürgen Noster aus Schönebeck, Facharzt für Allgemeinmedizin, Träger der Ehrennadel der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Mitglied der 1. Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt; Medizinalrat Dr. med. Peter Pietsch aus Wismar, Facharzt für Chirurgie, ehemaliger Ärztlicher Direktor der Klinik für Chirurgie am Städtischen Klinikum Wismar; Rechtsanwalt Franz Maria Poellinger aus München, ehemaliger Justiziar der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft; Ernst Roemer, Journalist, ehemaliger langjähriger Leiter der Pressestelle der Bun-

desärztekammer und langjähriger Chefredakteur des „Deutschen Ärzteblatts“, Träger des Verdienstkreuzes am Bande der Bundesrepublik Deutschland, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft; Dr. med. Dr. h. c. mult. Dame Cicely Mary Strode Saunders, M. A., London, Begründerin der modernen Hospizbewegung in Großbritannien, Trägerin der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft; Professor Dr. med. habil. Dr. h. c. Johannes Sayk aus Rostock, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ehemaliger Direktor der Universitätsnervenklinik Rostock, Träger des Rudolf-Virchow-Preises und Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie; Professor Dr. med. Wolfgang Schega aus Krefeld, Facharzt für Chirurgie, Stammvater der Qualitätssicherung in der Chirurgie, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft; Professor Dr. med. Klaus Seifert aus Mühlbrock, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, ehemaliger 1. Vorsitzender des Deutschen Berufsverbands der Hals-Nasen-Ohrenärzte, Ehrenmitglied der Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Träger des Friedrich-Hofmann-Preises dieser Gesellschaft; Dr. med. Helga Thieme aus Goslar, ehemalige Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V., Ehrenmitglied des Deutschen Ärztinnenbundes und des Internationalen Ärztinnenbundes; Professor Dr. med. habil. Wolfgang Weise aus Magdeburg, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gründungsmitglied der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, langjähriger Direktor der Universitätsfrauenklinik Magdeburg; Professor Dr. med. habil. Harro Wendt aus Haldensleben, Facharzt für Nervenheilkunde, langjähriger Direktor des Fachkrankenhauses Uchtspringe.

Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben; ich danke Ihnen.

Meine Damen und Herren, wir kommen zur Verleihung der **Paracelsus-Medaille**. 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 2005, auf dem 109. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Herrn Sanitätsrat Dr. med. Wilhelm Ertz, Herrn Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Erwin Kuntz und Herrn Professor Dr. med. Carl Schirren. Ich bitte die drei auszuzeichnenden Persönlichkeiten auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hoch verdienten Wilhelm Ertz in Ottweiler, Sanitätsrat Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Internist, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Wilhelm Ertz einen Arzt, der sich in fast 40 Jahren seines aktiven Berufslebens zunächst als praktischer Arzt, später als Facharzt für Allgemeinmedizin, als Berufs- und Gesundheitspolitiker, als sachverständiger Berater, als engagierter Vertreter der Allgemeinmedizin durch seine langjährige Tätigkeit in berufspolitischen Gremien, sein ehrenamtliches Mitwirken in ärztlichen Berufsverbänden und Körperschaften auf örtlicher, regionaler, Landes- und Bundesebene um die ärztliche Versorgung, die Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Allgemeinmedizin, die Arbeit der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes, um das Gesundheitswesen und um das Gemeinwohl der Bundesrepublik Deutschland besonders verdient gemacht hat.

Wilhelm Ertz wurde am 30. Januar 1923 als Sohn des Kreisbaurates Wilhelm Ertz und dessen Ehefrau Johanna, geb. Steinmetz, in Neunkirchen/Saar geboren. Ab Ostern 1929 besuchte er vier Jahre lang die katholische Knaben-Volksschule in Neunkirchen/Saar und wechselte ab 1933 zum Reform-Realgymnasium in Neunkirchen/Saar, das später in Knaben-Oberschule umbenannt wurde, wo er den neusprachlichen Zweig besuchte. Nach Erlangung des Reifezeugnisses wurde er 1940 zum Militärdienst beim Fliegerausbildungsregiment 52 in Bromberg/Warthegau als Sanitätsoffiziersanwärter einberufen. Nach Abschluss der Rekrutenausbildung wurde er zur Ärztlichen Akademie der Luftwaffe in Berlin-Wittenau zum Sommersemester 1941 versetzt. Das Medizinstudium absolvierte er an den Universitäten Berlin und Würzburg bis Kriegsende 1945; 1943 Physikum an der Universität Würzburg und im Oktober 1946 medizinisches Staatsexamen an der Universität Freiburg im Breisgau mit der Gesamtnote „sehr gut“. Am 14. Oktober 1946 wurde ihm die Approbation als Arzt erteilt. Von November 1946 bis Februar 1947 leistete er das damals noch vorgeschriebene „Landarztvierteljahr“ in der großen Landarztpraxis von Dr. med. Clemens Kammenhuber in Ottweiler/Saar ab. Im März 1947 wech-

selte Ertz an die Chirurgische Abteilung des Knappschaftskrankenhauses Neunkirchen/Saar unter Leitung des damaligen Chefarztes Dr. med. Paul-Nikolaus Lauxen. Diese unbezahlte Assistenzarztstelle versah Wilhelm Ertz bis Juni 1947.

Von Juli 1947 bis April 1950 war Wilhelm Ertz erster Assistenzarzt in der Chirurgisch-Gynäkologisch-Geburtshilflichen Abteilung des St. Josef-Krankenhauses Neunkirchen/Saar unter Leitung von Dr. med. Anton Jung, wo er zunächst eine chirurgische Weiterbildung begann, die er aber dann wegen einer Allergie aufgeben musste. Von September 1950 bis 1952 war er Volontärassistent an der Kinderklinik Neunkirchen-Kohlhof. Von Juli bis August 1950 war er als Assistenzarzt in der Landarztpraxis von Dr. Kammenhuber in Ottweiler/Saar tätig. Danach folgte eine Vertretungstätigkeit von April 1952 bis März 1953 in der Landarztpraxis des erkrankten Dr. Clemens Kammenhuber. Von April 1953 bis Ende März 1954 war er Volontärassistent, ab 1. April 1954 planmäßiger Assistenzarzt an der Inneren Klinik der Saarknappschaft in Sulzbach/Saar unter Leitung des damaligen Chefarztes Prof. Dr. med. Erich Kraus, wo er zuletzt Leiter der Inneren Ambulanz war. Am 1. April 1956 erhielt Wilhelm Ertz nach abgeschlossener internistischer Weiterbildung die Anerkennung als Internist. Die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin wurde ihm durch die Ärztekammer des Saarlandes am 10. Juli 1970 erteilt. Am 1. Mai 1957 ließ sich Ertz als Praktischer Arzt und Geburtshelfer, später als Facharzt für Allgemeinmedizin in Ottweiler/Saar nieder, eine Tätigkeit, die er bis zum 31. Dezember 1994 ausübte.

Schon während seiner Tätigkeit als Assistenzarzt der Saarknappschaft hat sich Wilhelm Ertz berufspolitisch engagiert. So war er zunächst Sprecher der Assistenzärzte. Bereits 1958 wurde er in die Kammerversammlung der Ärztekammer des Saarlandes als Delegierter gewählt. 1962 wählte ihn die damalige Kammerversammlung zum Beisitzer in den Vorstand. In diesem Amt wurde er durch Wiederwahl fünfmal bestätigt.

Während seiner fast 40-jährigen Tätigkeit im Vorstand der Ärztekammer hat Wilhelm Ertz zahlreiche Mandate und Ehrenämter innegehabt, die er zum Teil heute noch aus-

übt. Seit seiner erstmaligen Wahl in den Vorstand der Ärztekammer des Saarlandes 1962 hat er sein berufliches Wissen und seine Erfahrungen in verschiedenen saarländischen Kliniken und Arztpraxen stets in den Dienst der Kollegenschaft, der Patienten und des Gemeinwohls gestellt. Seine bewundernswerte Schaffenskraft, seine Fachkompetenz, seine Entscheidungsfreude, sein meist unbürokratisches, korrektes Vorgehen und seine interkollegiale Kooperation brachten ihm weithin Anerkennung und Bewunderung. Mit großem Einsatz und Arbeitseifer war er fast 40 Jahre lang in Ottweiler als Facharzt für Allgemeinmedizin tätig. Dabei kam seine Liebe zum Hausarztberuf nicht nur den ihm anvertrauten Patientinnen und Patienten, sondern insbesondere auch den jungen Kolleginnen und Kollegen zugute, denen er Wissen und Fertigkeiten mit Disziplin, aber auch mit didaktischem Geschick und verblüffender Eloquenz vermittelte. In allen Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung beeindruckte er als erfahrener Ratgeber. Seine Ratschläge waren stets fundiert, seine Arbeit überzeugte. Seine Geradlinigkeit, sein Mut auch zu unpopulären Entscheidungen und sein beharrliches Eintreten für medizinethische Grundsätze haben ihn geprägt.

Besonders engagiert hat sich Wilhelm Ertz in der ärztlichen Fortbildung; so ist er bereits 1966 zum Fortbildungsbeauftragten der Ärztekammer des Saarlandes gewählt worden. Ihm ist es mit zu verdanken, dass die ärztliche Fortbildung an der Saar Vorbildcharakter auch für andere Kammerbereiche gewann und der jährlich erscheinende Fortbildungskalender prägend war. Seine Anregungen und praktischen Vorschläge in den Fortbildungskursen und -seminaren vermittelten stets neues gesichertes Wissen und Erfahrungen aus der Medizin. Seine langjährige erfolgreiche Tätigkeit in der Fortbildung fand in der Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette durch die Bundesärztekammer im September 1972 eine verdiente Würdigung. Aktives Mitglied war Ertz von 1958 bis 1970 im Finanzausschuss der Ärztekammer des Saarlandes und in den Jahren 1962 bis 1966 im Facharzt-Berufungsausschuss.

Ein weiterer Schwerpunkt in seiner ehrenamtlichen sachverständigen Mitarbeit konzentrierte sich auf den Weiter-

bildungsausschuss, dem er seit 1970 angehörte und zu dessen Vorsitzenden er im Jahr 1980 berufen wurde, ein Amt, das er bis 1994 innehatte. Seinen Sachverstand brachte er auch in den Prüfungsausschuss für Arzthelferinnen im Saarland ein, dessen Vorsitzender er von 1985 bis 1991 war. 1972 wurde er auch in den Berufsbildungsausschuss der Ärztekammer berufen. Sein besonderes Augenmerk galt von jeher einer gründlichen Ausbildung des ärztlichen Assistenzpersonals. Nicht zuletzt aufgrund seines ehrenamtlichen und gemeinnützigen Einsatzes verlieh ihm die Regierung des Saarlandes am 24. April 1980 den Ehrentitel „Sanitätsrat".

Wilhelm Ertz hat sich auch in Fachausschüssen und Gremien der Bundesärztekammer engagiert. Seit 1966 war er stellvertretendes Mitglied der Ärztekammer des Saarlandes im Senat für ärztliche Fortbildung und ab 1974 stellvertretendes Mitglied der Ständigen Konferenz „Film in der ärztlichen Fortbildung". Außerdem war er Mitglied der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung" sowie stellvertretendes Mitglied der Ständigen Konferenz „Gesundheitserziehung" der Bundesärztekammer.

Für sein Engagement ist Wilhelm Ertz 1985 mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse ausgezeichnet worden, vor allem in Würdigung seiner Tätigkeit im Landesverband Saarland für Krebsforschung und -bekämpfung, dessen Mitbegründer er 1969 war (bis 1992 Mitglied des Vorstands). Außerdem erhielt er das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes für seinen erfolgreichen Einsatz bei der Einbeziehung und Integration der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes und der Verflechtung zwischen Ärztekammer und der Fakultät. Darüber hinaus ehrte ihn die Medizinische Fakultät des Saarlandes am 22. Mai 1996 mit der Asklepios-Medaille. Der Saarländische Hausärzteverband verlieh ihm im Oktober 1998 den Ehrenpreis in Würdigung seiner Bemühungen um die wissenschaftliche Anerkennung und Förderung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen. Er ist außerdem Träger der Carl-Erich-Alken-Medaille in Würdigung seiner Verdienste um die Ärztekammerarbeit und seiner Verdienste um die ärztliche Fortbildung (Oktober 1994). Ganz besonders interessiert hat sich Wilhelm Ertz auch für Fragen der Medizinethik. So war es folge-

richtig, den geachteten Arzt und Berufspolitiker im Oktober 1983, als die Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes gebildet wurde, zum Vorsitzenden zu wählen, ein Amt, das er in der Folge mit der ihm eigenen Gewissenhaftigkeit ausfüllte. Fruchtbringend für die Arbeit der Ethikkommission waren sein medizinisches Wissen und Können und ein weises, abwägendes unbestechliches Urteils- und Entscheidungsvermögen.

Bei der Neukonstituierung der Vertreterversammlung der Ärztekammer und den damit verbundenen Neuwahlen der Ausschüsse im Jahr 2000 gab er dieses Amt an seinen Nachfolger ab; er ist aber in der Ethikkommission bis heute noch als stellvertretender Vorsitzender tätig. In den zurückliegenden 22 Jahren seiner Tätigkeit hat er mit einem immensen Arbeitspensum eine stetig wachsende Zahl von Anträgen im Rahmen der Ethikkommissionsarbeit bewältigt. Sein abwägendes und stets an der Sache orientiertes Urteil in dieser schwierigen Materie haben ihn geradezu für die Lösung von Konfliktfällen in der Ethikkommission prädestiniert.

Wilhelm Ertz hat sich durch seinen unermüdlichen Einsatz als Arzt für Allgemeinmedizin und durch seine vorbildliche Haltung als aktiver Berufs- und Gesundheitspolitiker, als engagierter Vertreter der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin, als Pionier der Medizinethik und als professioneller Fortbilder um die ärztliche Versorgung der Patienten, die Aus-, Weiter- und Fortbildung, als Vorsitzender der Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes um die ärztliche Fortbildung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

109. Deutscher Ärztetag in Magdeburg, 23. Mai 2006, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hoch verdienten Erwin Kuntz in Wetzlar, Prof. Dr. med. Dr. med. h. c., Facharzt für Innere Medizin und Lungen- und Bronchial-

heilkunde, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Erwin Kuntz einen Arzt, der sich in mehr als 40 Jahren seines Berufslebens durch sein Wirken als Arzt, Wissenschaftler, akademischer Lehrer und als ein unermüdlicher Aktivist und Pionier der ärztlichen Fortbildung um die ärztliche Versorgung der Patienten, um die Wissenschaft, die Forschung und Lehre und durch eine Fülle von ehrenamtlichen Tätigkeiten in akademischen Gremien, in Berufsverbänden, in Fachgesellschaften, in kulturellen, sozial-karitativen und in wissenschaftlichen Institutionen um die Fortbildung, die Selbstverwaltung, das Gesundheitswesen und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht hat.

Erwin Kuntz wurde am 21. Oktober 1922 in Kröffelbach (Kreis Wetzlar), Hessen, als Sohn des Lehrers Heinrich Kuntz und seiner Ehefrau Auguste, geb. Arabin, geboren. Die Volksschule besuchte er bei seinem Vater in seinem Geburtsort. Das Abitur legte er 1940 am Goethe-Gymnasium in Wetzlar ab. Bereits kurz danach wurde er zum Wehrdienst eingezogen und war fünf Jahre im Kriegseinsatz. Als Leutnant der Reserve kehrte Erwin Kuntz nach Kriegsende zurück und nahm im Oktober 1945 an der Philipps-Universität Marburg das Medizinstudium auf. Er legte dort alle Examina wie auch das medizinische Staatsexamen 1951 mit der Note „sehr gut“ ab. Die Promotion erfolgte unmittelbar danach mit der Note „summa cum laude“ über das Thema „Die physikalisch-physiologischen Grundlagen und die Anwendbarkeit der Lichtbogenprobe“ (bei Prof. Dr. med. Horst Schwalm, Universitätsfrauenklinik Marburg).

Im Oktober 1951 begann Erwin Kuntz an der Medizinischen Universitätsklinik in Gießen (bei Prof. Dr. med. Hans Bohn) seine Weiterbildung auf dem Gebiet der Lungen- und Bronchialheilkunde (Facharzt-Anerkennung am 12. August 1958) und auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin (Facharzt-Anerkennung am 25. Januar 1962). Sein klinischer Schwerpunkt lag auf allen seinerzeit verfügbaren bioptischen und endoskopischen Techniken dieser beiden Fachbereiche; er baute die Endoskopie-

Abteilung der Klinik auf. Im Laufe dieser Tätigkeiten wechselte Erwin Kuntz in sein späteres Forschungs- und Lehrgebiet, die Gastroenterologie und insbesondere die Hepatologie. Er habilitierte sich 1964 an der Medizinischen Fakultät der Universität Gießen mit dem Thema „Die klinische Aktivitätsbeurteilung der Lungentuberkulose“. Gleichsam als ein Überblick über seine bisherige endoskopische Schwerpunkttätigkeit hielt er seine Antrittsvorlesung zum Thema „Der Stellenwert der Thorakoskopie und Laparoskopie in der Inneren Medizin und Pneumologie“. Für seine Habilitationsschrift, die 1964 als Monographie publiziert wurde, erhielt er den „Franz-Redeker-Preis“, verliehen durch das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Eine Einmaligkeit ist die erneute Verleihung des „Franz-Redeker-Preises“ im Jahr 1966 für seine klinische Studie über „Die Pleuraergüsse. Differentialdiagnose, Klinik und Therapie“, die 1966 als Monographie verlegt wurde. Bis 1968 war Erwin Kuntz als Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik (Direktor: Prof. Dr. med. Hans Adolf Kühn) und als Dozent an der Krankenpflegeschule tätig. 1969 wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Als er 1968 zum Chefarzt am Diakonie-Krankenhaus in Schwäbisch Hall gewählt wurde, übernahm er nicht nur die Medizinische Klinik mit seinerzeit mehr als 170 Betten, sondern auch die Leitung der Krankenpflegeschule und der Balneologischen Abteilung. Die Medizinische Klinik konnte mit allen technischen Bereichen neu aufgebaut und das gesamte Spektrum der Gastroenterologie und der Inneren Medizin angeboten werden. Eine Besonderheit spiegelt seine fachliche Anerkennung und menschliche Wertschätzung als „Chef“ wider, indem er und seine damaligen ärztlichen Mitarbeiter sich nun seit mehr als 30 Jahren jährlich „reihum“ zu einem Haller Wochenende treffen. Die so oft kritisierte hierarchische Struktur, initiiert und geprägt von der klinischen Verantwortlichkeit des Chefarztes, kann sich durchaus auch als lebenslange Freundschaft bewähren, wie das Beispiel Erwin Kuntz zeigt.

Bereits 1968 war Erwin Kuntz in das Planungsgremium des Klinikneubaus in seiner Heimatstadt Wetzlar als medizinischer Berater berufen worden. Hier erarbeitete er das

Konzept der organisatorischen Strukturen, Versorgungseinheiten und Organisationsabläufe. Seitdem blieb er in den Arbeitsgruppen der Planungskonzeption und in Zusammenarbeit mit den Klinikarchitekten und den medizintechnischen Unternehmen. Das Klinikum Wetzlar mit seinen fast 700 Betten, seinen großzügigen Anlagen und modernsten Einrichtungen galt seinerzeit als Vorzeigemodell. Erwin Kuntz wurde zum Chefarzt der Medizinischen Klinik II (Gastroenterologie, Innere Medizin) gewählt und war, wie auch als Ärztlicher Direktor, bis 1988 in Wetzlar tätig.

Während seiner 17-jährigen Tätigkeit an der Medizinischen Universitätsklinik Gießen und den nachfolgenden 20 Jahren als Chefarzt konnte sich Erwin Kuntz als Vollblut-Kliniker mit breiten fachärztlichen Weiterbildungen, auch in der Labormedizin und Gastroenterologie, entfalten. Unermüdlich blieb er an allen medizinischen Neuheiten und Entwicklungen interessiert, um sie nach ausreichender Bewährung in seine Klinik einzuführen. Hierbei blieb er getreu einer ihm in der Studienzeit gewidmeten Lebensweisheit „Prüfe aber alles und das Gute behalte“. Sein dynamischer Geist, seine große Belastbarkeit, seine optimistische und beharrliche Zielstrebigkeit sowie sein kreativer Weitblick hatten auch eine Basis in einem weiteren Lebensgrundsatz, geprägt von dem Theologen Angelus Silesius: „Es ward uns nicht gegeben, auf einer Stufe auszuruhen.“ Hierbei kam ihm seine sportliche Ausbildung in der Jugend und Studienzeit zugute. Seine Beliebtheit bei seinen Patienten war für seine Mitarbeiter ein beispielhaftes Erlebnis.

Erwin Kuntz gilt seit 1954 als Pionier und Aktivist der ärztlichen Fortbildung. Bereits 1957 berief ihn Prof. Dr. med. Albert Schretzenmayr als Referent in die Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer in Grado, danach in Meran, Davos, Montecatini und Badgastein. In Grado führte er erstmals 1964 für seine Seminarteilnehmer Multiple-Choice-Fragen ein. Gleichzeitig wurde er vom Berufsverband Deutscher Internisten e. V. als Seminar- und Kursleiter in Bad Kleinkirchheim, Teneriffa, Pörtschach, Mallorca, Meran und Prag eingesetzt, ebenso wie bei den Medica-Kongressen in Düsseldorf, Montreux und Baden-Baden. So wurden mehr als 80 Wochenseminare oder -kurse er-

reicht sowie mehr als 30 Podiumsdiskussionen und Hauptreferate. Von 1960 bis 1998 hat er darüber hinaus mehr als 1 350 Fortbildungsvorträge in Deutschland und 230 ärztliche Fortbildungsveranstaltungen im Ausland durchgeführt. Während seiner Tätigkeit in Schwäbisch Hall hat er fünf Fortbildungstagungen, in Wetzlar 15 Fortbildungstagungen sowie bundesweit sechs Wochenendseminare für klinische Oberärzte eingerichtet und geleitet. Als wissenschaftlicher Kongressleiter organisierte er die Deutschen Gesundheitstage in Köln (1983, 1984), zwölfmal den Seminar- und Praktikumskongress in Meran (1991 bis 2002), Lindau (1995, 1996), Bad Hersfeld (2001) und in Kassel (2003).

Seine wissenschaftlichen Tätigkeiten dokumentieren sich in Monographien (1964, 1966) sowie im Lehrbuch über „Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege“ (1974). Sein Lehrbuch „Praktische Hepatologie“ erschien 1998, dem die erste englische Auflage „Hepatology. Principles and Practice“ (2002) und die zweite englische Auflage 2006 (906 Seiten) folgten. Darüber hinaus ist er Herausgeber von vier Broschüren, vier Lehrbuchbeiträgen, 34 Buchbeiträgen und als Koautor von acht Taschenbüchern sowie von mehr als 150 Publikationen. Als wissenschaftlicher Mitregisseur eines Leber-Lehrfilms in englischer und japanischer Sprache erhielt er für diesen Film beim 5. Internationalen Filmfestival für Medizin in Rom 1991 die Goldmedaille.

Eine außerordentliche Ehre wurde Erwin Kuntz zuteil, als er aufgrund seiner klinisch-experimentellen Untersuchungen über die Toxizitätsminderung von Streptomycin 1957 als junger Assistenzarzt zu zwei Vorträgen vor der Akademie der Wissenschaften in Budapest eingeladen wurde. Seitdem besteht eine fast 50-jährige Freundschaft mit ungarischen Institutionen und den Universitäten Debrecen sowie Szeged. Für seine über 25-jährige Tätigkeit als Gastdozent an der Medizinischen Universitätsklinik Debrecen erhielt er 1986 die „Ehrenmedaille pro universitate“ und 1989 die Ehrendoktorwürde der Universität Debrecen. Erwin Kuntz ist Ehrenmitglied der Ungarischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Träger der „Geza-Hetenyi-Medaille“. Er ist Stifter einer Library Foundation der Medizinischen Fakultät Debrecen und eines Förder-

preises („Alapitvany Kuntz“) für junge Gastroenterologen, der seit 1990 verliehen wird.

Als langjähriges Vorstandsmitglied der Deutschen Akademie für Medizinische Fortbildung und Umweltmedizin, Bad Nauheim, stiftete Erwin Kuntz für seine Heimatregion den „Preis für Naturschutz und Landschaftspflege im Lahn-Dill-Kreis“. Dieser Preis, bei hohen Anforderungen, wurde zweimal verliehen (1994, 1995).

Erwin Kuntz gründete 1987 das „Medizinisch-Christliche Hilfswerk e. V.“, das er bis heute als 1. Vorsitzender leitet. Mit diesem karitativen Hilfswerk konnten seitdem erhebliche Finanzmittel zur Verbesserung der medizinischen und hygienischen Situation in christlichen Hospitälern in Entwicklungsregionen sowie große Anstrengungen für die fachliche Weiterbildung von Pflegepersonal, technischen Mitarbeitern oder Lehrkräften erbracht werden. Seit 1983 ist Erwin Kuntz Mitglied des Akademischen Rates der Humboldt-Gesellschaft. 1996 war er Mitgründer der Deutsch-Indonesischen Gesellschaft für Medizin und seitdem Vorstandsmitglied sowie Präsident.

Das umfangreiche und vielgestaltige Lebenswerk von Erwin Kuntz wurde vielfach ausgezeichnet. So wurde ihm von acht nationalen und internationalen Fachgesellschaften die Ehrenmitgliedschaft und von drei Gesellschaften die Ehrenpräsidentschaft verliehen. 1974 erhielt er von der Bundesärztekammer die „Ernst-von-Bergmann-Plakette“. 1983 wurde er mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse ausgezeichnet. Seine Heimatstadt Wetzlar würdigte seine Verdienste 1984 mit der Verleihung des „Ehrentellers der Stadt Wetzlar“. Darüber hinaus erhielt er unter anderem die „Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen“ in Silber (1987), die „Peter-Jeschke-Medaille“ (1988) und die „Ehrenmedaille“ der Deutschen Akademie für Medizinische Fortbildung. Sein Lebenswerk wurde 1999 mit der Verleihung des „Großen Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland“ und 2004 mit der Verleihung des „Großen Verdienstkreuzes der Republik Italien (Commendatore)“ gewürdigt.

Erwin Kuntz hat sich durch seine vorbildliche Haltung als Arzt, Kliniker, Wissenschaftler und akademischer Lehrer, als engagierter, unermüdlicher professioneller ärztlicher

Fortbilder und Pionier der ärztlichen Fortbildung, als Internist und Hepatologe, als Mitglied von akademischen Gremien und der Selbstverwaltung um die ärztliche Versorgung, die ärztliche Fortbildung, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

109. Deutscher Ärztetag in Magdeburg, 23. Mai 2006, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hoch verdienten Carl Schirren in Midlum/Föhr, Prof. Dr. med., Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Carl Schirren einen Arzt, der sich in mehr als 40 Jahren seines aktiven Berufslebens durch sein Wirken als Wissenschaftler, akademischer Lehrer und als Pionier der Andrologie in Deutschland um die ärztliche Versorgung der Patienten, um die Wissenschaft, die Forschung und Lehre und auch durch seine engagierte Tätigkeit in akademischen Gremien, in Berufsverbänden, in Fachgesellschaften und als Fortbilder um die Selbstverwaltung, das Gesundheitswesen und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland verdient gemacht hat.

Carl Schirren wurde am 24. Juni 1922 als ältester Sohn des Facharztes für Dermatologie Dr. med. Carl Georg Schirren und seiner Ehefrau Annelise, geb. Reuter, in Kiel geboren. Die Adresse – Schlossgarten 13 – in Kiel ist für viele untrennbar mit dem Namen der Familie Schirren verbunden, deren Dermatologentradition bereits vor drei Generationen vom Urgroßvater von Carl Schirren, Carl Schirren senior, 1889 an der Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel begründet wurde.

Carl Schirren besuchte nach vier Grundschuljahren die Kieler Gelehrtenschule von 1932 bis 1940 und wurde als Oberprimaner im Alter von 18 Jahren zum Kriegsdienst eingezogen. Von 1940 bis 1945 war Carl Schirren im

Kriegseinsatz; er wurde bei Fronteinsätzen fünfmal, zum Teil schwer, verwundet. Zuletzt war er Oberleutnant der Reserve in einer Aufklärungsabteilung und Chef einer Schwadron.

Bereits während des Zweiten Weltkriegs war er ein Semester lang an der Universität Kiel immatrikuliert. Nach Kriegsende nahm er erneut das Medizinstudium an der Universität Kiel auf; hier legte er im Mai 1951 das medizinische Staatsexamen ab. Unter Prof. Dr. med. Felix von Mikulicz-Radecki wurde er mit einer Dissertation zum Thema „Die Eröffnung des Cervicalkanals bereits am Ende der Schwangerschaft“ zum Dr. med. promoviert (ebenfalls Mai 1951).

Einem „Landvierteljahr“ in der Praxis von Dr. med. Hans Poth in Burg/Dithmarschen folgten die erste Etappe seiner Weiterbildung an der II. Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Eppendorf zu Hamburg unter Prof. Dr. med. Arthur Jores und ein weiterer Abschnitt der Weiterbildung an der Hautklinik des Universitätsklinikums Eppendorf unter Leitung von Prof. Dr. med. Dr. Joseph Kimmig. 1957 schloss Carl Schirren die Weiterbildung mit der Anerkennung als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Hamburg ab.

Bereits während der ersten Stationen seiner ärztlichen Berufsausübung und zu Beginn seiner Weiterbildung hospitierte Carl Schirren in den Jahren 1952 bis 1956 in der Landarztpraxis Dr. Poth und in einer dermatologischen Facharztpraxis, um Erfahrungen bei der praktischen und allgemeinärztlichen Tätigkeit zu sammeln. Nach abgeschlossener Weiterbildung absolvierte er im Frühjahr 1958 einen mehrwöchigen Studienaufenthalt in Großbritannien. Dort lernte er Untersuchungsmethoden bei Infertilität des Mannes kennen und studierte neuere operative Verfahren, die er später am Universitätsklinikum Eppendorf zu Hamburg eingeführt hat.

Nach fast zehn Jahren wissenschaftlicher und klinischer Tätigkeit habilitierte sich Carl Schirren 1960 an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg im Fach Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Habilitationsschrift zum Thema „Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Diagnostik der Fertilitätsstörungen des Mannes

und ihrer Therapie mit Hormonen“ und wurde zum Privatdozenten ernannt. Auf Antrag Schirrens wurde die Venia legendi später erweitert auf „Dermatologie, Venerologie und Andrologie“.

Bereits während seines Medizinstudiums wurden die Interessen Carl Schirrens für Fragen der Reproduktionsmedizin dadurch geweckt, dass er bei einem niedergelassenen Gynäkologen in Kiel famulierte und später auch bei gynäkologischen Operationen assistierte. Um Kenntnisse in seinem Interessengebiet zu vertiefen und sich gynäkologisch weiterzubilden, kam er auch zur Erarbeitung seiner Dissertation an das St. Franziskus-Hospital in Flensburg zu Prof. Dr. med. Felix von Mikulicz-Radecki, der ihn für praktische Geburtshilfe interessierte und ihn wissenschaftlich anleitete. Infolge der Berufung von Felix von Mikulicz-Radecki nach Berlin und wegen seiner schweren Kriegsverletzung an der linken Hand wechselte Carl Schirren von der Gynäkologie zur Dermatologie.

Mit der Berufung von Prof. Dr. med. Dr. Joseph Kimmig auf einen Lehrstuhl für Dermatologie an der Universität Hamburg am 1. April 1951 bewarb sich Carl Schirren als Assistenzarzt des neu berufenen „Chefs“. Die Begegnung mit Kimmig und dessen Förderung waren maßgeblich, um Carl Schirren noch mehr für Fragen der Fortpflanzungsmedizin zu interessieren. Schirren setzte seine Erkenntnisse und Erfahrungen in die Tat um, indem er ein andrologisches Labor gegründet und aufgebaut hat. Daraus entwickelte sich eine intensive Zusammenarbeit mit der Universitätsfrauenklinik in Hamburg, die sich über Jahrzehnte bewährt hat.

Von 1960 bis 1971 war Schirren Oberarzt an der Universitätshautklinik in Hamburg, wo er für 60 Betten verantwortlich war. Neben dieser leitenden Tätigkeit hat Carl Schirren mehrere Jahre auch in der Allergieabteilung, im Mykologischen Laboratorium und in der Universitätsambulanz gearbeitet.

Carl Schirren wurde am 12. September 1966 durch die Universität Hamburg zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Am 21. Januar 1971 ist er zum Abteilungsvorstand und zum Professor der Universität Hamburg berufen worden. Ein Höhepunkt seiner akademischen Laufbahn

und seines wissenschaftlichen Wirkens war die Gründung des Zentrums für Reproduktionsmedizin im Universitätskrankenhaus Hamburg am 1. März 1983, dessen erster Direktor Carl Schirren wurde. Vier Jahre später folgte ihm Prof. Dr. med. Gerhard Bettendorf, der damalige Direktor der Frauenklinik der Universität Hamburg, in der Leitung des Zentrums. Zusammen mit Bettendorf trieb Carl Schirren die Entwicklung des Zentrums voran und erreichte auch durch seine guten Kontakte zur Bürgerschaft finanzielle Zuwendungen als Starthilfe. Als geschäftsführender Direktor des Zentrums für Reproduktionsmedizin strebte Carl Schirren eine räumliche Zusammenlegung der Abteilungen für Frauenheilkunde und des Zentrums für Reproduktionsmedizin unter dem Dach der Universitätsfrauenklinik an. Schirren hielt einen Verbund vor allem aus organisatorisch-wissenschaftlichen Gründen für notwendig, ein Anliegen, das einer Sisyphusarbeit gleichkam, die schließlich wegen des Widerstandes der akademischen Gremien der Universität und des Bestrebens, die Frauenklinik als eigenständige Klinik zu erhalten, misslang.

Im Rahmen seiner wissenschaftlich-praktischen Tätigkeit hat Carl Schirren stets besonderen Wert auf eine breite Basis seines Spezialgebietes gelegt. Besonderes Augenmerk schenkte er deshalb der Kooperation und der Interdisziplinarität und pflegte dort Kooperationen, wo sich die Interessen seines Faches mit denen der Dermatologie und der Venerologie verbanden. Dies betrifft insbesondere die Beziehungen der Andrologie zur Inneren Medizin und zur Endokrinologie, die gemeinsame Bearbeitung und Erforschung seltener Krankheitsbilder und venerologischer Fragen. Aus dieser Arbeit entstand Carl Schirrens Hauptvorlesung über „Hauterscheinungen bei inneren Erkrankungen“ und die auch für Studenten anderer Fakultäten offene Vorlesungsreihe „Sexualpädagogik“.

Im Laufe seiner wissenschaftlichen Karriere wandte sich Carl Schirren immer mehr seinem eigentlichen Spezialgebiet, der Andrologie, zu. So hat er für diesen relativ jungen Wissenschaftszweig im Rahmen der Dermatovenerologie Initiativen entwickelt, in deren Mittelpunkt die Einrichtung einer andrologischen Ambulanz in Hamburg stand, aus der dann die Abteilung für Andrologie im Rahmen der Universitätshautklinik hervorging. Dank seines unermüdlichen

Einsatzes und seiner guten Verbindungen zu anderen Mitstreitern gelang es Carl Schirren, eine andrologische Arbeitsgruppe innerhalb der Dermatologie in Deutschland aufzubauen, die später die Sektion „Andrologie“ der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität e. V. bildete. So wurde es möglich, andrologische Anliegen und wissenschaftliche Schwerpunkte gleichgewichtig mit denen der Gynäkologie in der Fachgesellschaft zu vertreten. Dank seines beharrlichen Einsatzes und seiner Hartnäckigkeit gelang es Carl Schirren, während der Jahrestagungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft e. V. spezielle andrologische Symposien zu organisieren und durchzuführen, die zum Teil von ihm selbst geleitet wurden oder an deren Leitung er beteiligt war.

Der große Einsatz und das vorbildliche Engagement für sein Spezialfach hatten dazu geführt, dass die Andrologie im Fachgebiet Dermatologie immer stärker verankert wurde. Inzwischen hatten sich an anderen Universitäten andrologische Arbeitseinheiten und Abteilungen gebildet. Auf Anregung Carl Schirrens ist 1967 die Deutsche Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität e. V. gegründet worden, die ihn zum Vizepräsidenten und 1970 zum Präsidenten wählte. Dieses Amt hatte er bis 1975 inne, von 1975 bis 1979 war er Vizepräsident. Durch die Arbeit in seiner Fachgesellschaft gelang es Carl Schirren, auch im internationalen Raum Gehör zu finden. Er war Initiator und Mentor bei der Gründung von Fachgesellschaften im Ausland, die ihn wiederholt zu Studienreisen, Gastvorlesungen und einer Honorarprofessur (in Japan) einluden und ehrten. So trugen ihm seine Aktivitäten u. a. die Ehrenmitgliedschaft der Ungarischen Urologischen Gesellschaft, der Polnischen Dermatologischen Gesellschaft, der Türkischen Dermatologischen Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität e. V. und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. ein. Zugleich ist er mit der Ehrenpräsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e. V. geehrt worden.

Das wissenschaftliche Engagement und seine guten Verbindungen zu Verlagen führten 1969 zur Gründung der Zeitschrift „andrologia“, deren Alleinherausgeber Carl Schirren bis 1973 war. Von 1974 an ist diese Zeitschrift

aufgrund einer internationalen Übereinkunft zum Organ des Internationalen Komitees für Andrologie erklärt worden, dessen Vizepräsident Carl Schirren bis 1974 war. Carl Schirren wurde zum Herausgeber der Zeitschrift gewählt. 1978 ist er zum Leiter des Herausgeberkollegiums dieser Fachzeitschrift berufen worden. Diese überaus wirkungsvolle, aber auch kräftezehrende Arbeit führte Carl Schirren 25 Jahre lang bis zum Jahr 1990 erfolgreich fort.

Stets war Carl Schirren bemüht, seine Interessen- und Arbeitsgebiete mit wissenschaftlichem Tiefgang zu beackern und interdisziplinär zu verbinden. So waren Schwerpunkte seiner Arbeit die Beziehungen zwischen Hauterkrankungen und endokrinen Störungen, Stoffwechselstörungen und deren Auswirkungen auf die Haut, die Andrologie, die Mykologie, die Venerologie und schließlich sein Hobby, aber auch sein akademisches Interessengebiet: die Medizingeschichte.

Neben seiner engeren ärztlichen Tätigkeit, seiner Lehr- und Forschungstätigkeit und als Pionier der Andrologie engagierte er sich auch in Fachgesellschaften und in der ärztlichen Berufspolitik. Diesen Schritt hat er bewusst getan, weil er der Überzeugung war, dass die Andrologie nur durch die Verbindung von Wissenschaft und Praxis nachhaltig gefördert werden könne. Sein besonderes Engagement galt deshalb auch der Organisation und Leitung von Fortbildungsseminaren für Ärzte, so zum Beispiel im Auftrag und im Namen des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V., für den er zahlreiche andrologische Fortbildungsveranstaltungen durchführte. Diese Aktivitäten führten dazu, dass sich der Wissensstand der Ärzte generierte und mehrte und die Urologen sich verstärkt dem praktischen Anliegen der Andrologie zuwandten.

Bereits 1967 ist er zum korrespondierenden Mitglied, 1972 zum ordentlichen Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, einem Fachausschuss der Bundesärztekammer, berufen worden (bis 1978).

Carl Schirren ist wiederholt von nationalen und internationalen Gremien, durch Berufsverbände und durch den Bundespräsidenten gewürdigt worden. So zeichnete ihn der Panamerikanische Kongress für Andrologie im März 1978 durch die Stiftung einer „Carl-Schirren-Lecture for

Andrology“ aus. Die Auszeichnung wird alle zwei Jahre an einen Vertreter der Wissenschaft verliehen. Bereits 1961 erhielt er für seine wissenschaftliche Monographie „Fertilitätsstörungen des Mannes“ den durch die Paul-Martini-Stiftung verliehenen Martini-Preis. Anlässlich seines 75. Geburtstages erhielt er die Friedrich-Schiller-Medaille der Universität Jena.

In Würdigung seiner langjährigen ehrenamtlichen Tätigkeit beim Aufbau und Einsatz in der Elternarbeit in Schleswig-Holstein und für seine Tätigkeit als langjähriger Vorsitzender des Elternbeirates und des Landesschulbeirates und für sein bildungspolitisches Engagement in der Arbeit der evangelischen Familienbildungspflege wurde Carl Schirren 1973 mit der Verleihung des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland geehrt.

Auch nach seiner Pensionierung im September 1987 blieb Carl Schirren aktiv, vor allem auf dem Gebiet der Fortbildung für Internisten, Dermatologen und Andrologen. Außerdem engagierte er sich bei der Organisation und Durchführung von Fortbildungsseminaren in Estland, Lettland und in Litauen (1996 bis 1998).

Vom umfangreichen und fruchtbaren wissenschaftlichen Schaffen und Wirken zeugen etwa 800 Publikationen und Buchbeiträge (so ist sein Buch „Praktische Andrologie“ in der vierten Auflage erschienen) und zahlreiche Artikel in in- und ausländischen Fachzeitschriften und die Mitherausgeberschaft der Fachzeitschrift „Fortschritte der Andrologie“, „Fortschritte der Fertilitätsforschung“, „Große Scripta“ und in „Folia Dermatologica“.

Auch für die internationale Kooperation hat sich Carl Schirren engagiert. So ist er unter anderem Gründungsmitglied des Niels-Stensen-Symposiums, eines Zusammenschlusses dänischer und norddeutscher Dermatologen, mit dem Anspruch von grenzüberschreitenden wissenschaftlichen Kooperationen, einer Verbindung, die sich jährlich zweimal in Dänemark oder in Deutschland trifft.

Carl Schirren hat sich durch seine vorbildliche Haltung als Arzt, als Wissenschaftler, als akademischer Lehrer, als

Pionier der Andrologie in Deutschland, als Mitglied von wissenschaftlichen Gremien, von Fachgesellschaften, von Berufsverbänden und als wissenschaftlicher Berater und Gutachter um die ärztliche Versorgung, die Wissenschaft, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

109. Deutscher Ärztetag in Magdeburg, 23. Mai 2006, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Erwin Kuntz: Sehr geehrte Frau Bundesministerin! Sehr geehrter Herr Ministerpräsident! Sehr geehrter Herr Präsident Hoppe! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mit dieser höchsten Ehrung, die die deutsche Ärzteschaft zu vergeben hat, haben Sie uns eine so große Freude bereitet, dass wir diese in Worten nicht auszudrücken vermögen. Diese Freude geht ein in den tief empfundenen Dank an unseren Präsidenten, an die zuständigen Gremien und an unsere Ärzteschaft, die uns für diese hohe Ehrung ausgewählt haben. Seit der Antike streben Ärzte immer danach, am Ende ihres Berufsweges die Gewissheit zu haben, stets – und nur – das Primat des kranken Menschen beachtet zu haben.

(Beifall)

Dies ist doch die wahre Krönung des ärztlichen Berufs! Wenn dann noch einigen Wenigen – wie uns heute – diese hohe Ehrung zusätzlich zugesprochen wird, dann erfüllt uns dies natürlich mit besonderer Freude und Dankbarkeit.

Sie erfüllt uns aber auch mit Bescheidenheit; denn jeder von uns drei Geehrten weiß, dass wir ohne die Mithilfe von Kolleginnen und Kollegen, von Berufsverbänden, Standesorganisationen, Kliniken, Akademien oder Forschungseinrichtungen niemals unsere Aufgaben hätten erfüllen können. Sie alle schließen wir daher in unseren ganz herzlichen Dank mit ein.

(Beifall)

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, dieses unabdingbare Primat des Patienten wird nun seit Jahrzehnten zunehmend und systematisch ökonomisiert. Auf dem Sockel, auf dem eigentlich der Patient stehen sollte, thront behäbig Sankt Bürokratius. Zu seinen Füßen räkeln sich seine Reglementierungsgesellen. Deren Liste reicht vom KDG-Gesetz (1977) bis zum EBM und zum AVWG (2006). Teilweise sind sie bereits längst gescheitert, aber leider immer wieder

durch andere ersetzt. Gerade dieses EBM wurde mehrfach in Publikationen entideologisiert, da keinerlei Bedarf an der Pseudoqualität des so genannten Evidenzbegriffes besteht.

Alle diese Bürokratiemonster schnüren dem Arzt die Luft ab, beschädigen das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und seinen Patienten, zwingen sein Handeln unter ständige Regressangst und verlangen sogar von ihm, dass er mit seiner Zeit, die somit den Patienten fehlt, und mit seinen Praxiskosten solche Formularflut auch noch mitfinanzieren soll.

(Beifall)

Nunmehr stellen wir auch hier in aller Deutlichkeit fest: Die Schmerzgrenze der Ärzte ist endgültig überschritten!

(Beifall)

Wir können aber auch mit größter Genugtuung erkennen: Noch nie war die Solidarität der Ärzteschaft so ausgeprägt wie heute!

(Beifall)

Daher sollten wir die Zehntausende von Ärztinnen und Ärzte in jeder Hinsicht unterstützen, die wegen miserabler Arbeitsbedingungen, unerträglich wuchernder Bürokratie, absurder – in der Welt einmaliger – Malushaftung, wegen beengter Forschungsperspektiven sowie wegen inakzeptabler Vergütung zu Protestaktionen auf die Straße gezwungen werden.

(Beifall)

In den letzten Jahren sind Tausende deutscher Fachärzte oder Wissenschaftler in andere Länder ausgewandert. Wie lange will sich unser Land einen derartigen Aderlass infolge ideologisch-bürokratischer Zerstörung des Arztberufs noch leisten?

(Beifall)

In bemerkenswerter Offenheit stellte ein früherer Gesundheitsminister fest: Wenn die Ärzte einig wären, dann wären sie schier unbesiegbar. Liebe Kolleginnen und Kollegen, es liegt doch nun an uns allen, diesen Nachweis der Einigkeit und somit auch der Stärke zu erbringen!

(Beifall)

Sie als Delegierte von etwa 400 000 Ärztinnen und Ärzten und alle unsere Fachverbände sollten diese heutige Solidarität nutzen, um mit aller Entschlos-

senheit einzutreten gegen diese alles überwuchernde Bürokratie, jedoch für den Patienten und für die Freiheit unseres Berufs!

(Beifall)

Wir Ärzte sind es wirklich endgültig satt, unser Ethos und unsere hohe Leistungsbereitschaft, die sich in Millionen unbezahlter Überstunden ablesen lässt, als Systemressource für die Krankenkassen in unerträglicher Weise missbrauchen zu lassen!

(Beifall)

Diese unsere Solidarität und Protestaktionen sollten wir aber auch unter dem Blickpunkt sehen, nicht nur jetzt für uns, sondern auch für die nachrückenden jungen Kollegen eine Zukunftsorientierung als Arzt zu gewährleisten. Geben wir unseren Medizinstudenten die Zuversicht, ihren Wunsch zu erfüllen, nämlich Arzt sein zu dürfen, aber auf keinen Fall Medizinmanager und schon gar nicht Facharzt für Bürokratie!

(Beifall)

So möchten auch wir – als heute hier Geehrte – uns fest eingebunden wissen in diese Solidarität unserer Ärzteschaft!

Ich danke Ihnen.

(Anhaltender lebhafter Beifall)

(Musikalische Umrahmung:
Georg Friedrich Händel – Ouvertüre zur „Feuerwerksmusik“)

Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit: Herr Oberbürgermeister! Herr Ministerpräsident! Frau Ministerin! Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich bedanke mich recht herzlich für die Einladung zum 109. Ärztinnen- und Ärztetag hier in Magdeburg. Ich habe diese Einladung – nunmehr zum sechsten Mal – sehr gern angenommen, auch wenn – oder gerade weil – dieser Ärztetag in sehr stürmischen Zeiten stattfindet.

Wie Sie wissen, finden derzeit in Berlin Beratungen statt, wie denn das Gesundheitssystem nachhaltig finanziert werden kann und wie wir auf Dauer die Strukturen so verändern können, dass sie planbar und auch für die Ärzte und die Beschäftigten im Gesundheitswesen kalkulierbar sind. Wir haben diese Beratungen heute Vormittag unterbrochen, um hier bei Ihnen zu sein. Dies ist kei-

ne bloße Höflichkeitsgeste, sondern ein Zeichen, dass wir die Reform mit Ihnen und nicht gegen Sie machen wollen.

(Unruhe)

Ich freue mich, dass ich hier an dieser Stelle Ihnen auch die Grüße der gesamten Bundesregierung überbringen darf.

Meine Damen und Herren, es mag ja im Vorfeld und an Tagen vor einem solchen Ärztetag manchmal etwas hitzig zugehen, auch in den Debatten. Aber bei allen Meinungsverschiedenheiten, die wir haben: Der Gesprächsfaden mit den Organisationen der Ärztinnen und Ärzte in diesem Land ist niemals abgerissen. Konstruktive Gespräche waren auch bei schwierigen Themen – wie gerade etwa beim Gewebegesetz – für beide Seiten in der Regel ein Gewinn.

Wenn die Eckpunkte für die Reform verabschiedet sind, werden Sie alle feststellen, dass viele Ihrer Forderungen und auch Ihrer Vorschläge in den Ergebnissen Niederschlag finden und dass unzählige Kontakte zu den Fachgesellschaften, zu den Berufsverbänden, zu Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen nicht folgenlos bleiben.

Meine Damen und Herren, es ist heute schon mehrfach erwähnt worden, dass dieser Ärztetag vor dem Hintergrund großer Veränderungen in unserem Land stattfindet. Die Schwerpunkte des diesjährigen Ärztetages reflektieren auch diese Entwicklungen. Wir sind damit konfrontiert, dass die Erweiterung der Europäischen Union und die Globalisierung in Richtung Asien und Amerika den Wettbewerbsdruck auf die deutsche Wirtschaft und auf die deutschen Sozialsysteme einschließlich der Krankenversicherung dramatisch erhöhen. Die ökonomische Stagnation mit niedrigen Wachstumsraten vor allem bei Löhnen und Gehältern führt das Gesundheitssystem in eine strukturelle Finanzkrise, weil seine Finanzierung fast ausschließlich am Faktor Arbeit hängt.

Auf der anderen Seite sind die Bedürfnisse und Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger weiter gestiegen. Solange die Menschen gesund sind, erwarten sie, dass sie möglichst niedrige Beitragssätze zahlen, sie wollen dafür aber einen sehr umfassenden Versicherungsschutz haben. Werden sie krank, erwarten alle den sofortigen Zugang zu einer hochwertigen Versorgung und einem umfassenden Angebot und eine Behandlung in Abstimmung mit dem individuellen Lebensstil.

Das führt unser Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen, auch wenn wir etwas mit in die Betrachtung einbeziehen, worüber wir uns alle freuen, nämlich dass wir Gott sei Dank alle länger leben. Ich weiß sehr wohl, dass eine älter werdende Gesellschaft viele positive Potenziale birgt. Sie steigert zugleich aber auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Nachfrage nach

Gesundheitsprodukten. Auch das sind Herausforderungen, mit denen wir konfrontiert sind und auf die wir Antworten geben sollen.

Insgesamt hat der wirtschaftliche und soziale Wandel zur Informations- und Wissensgesellschaft neben neuen Möglichkeiten auch neue Unsicherheiten geschaffen. Er stellt manchmal etwas an alten Gewissheiten infrage und er verändert auch – das merken Sie, das merken auch wir jeden Tag – das Arzt-Patienten-Verhältnis, das sich allein durch die Nutzung von vielen Internetangeboten verändert hat.

Wir haben heute die Situation, dass Ärzte und Patienten Zugang zu aktuellem medizinischen Wissen auf einem Niveau erhalten, das vor zehn Jahren nicht vorstellbar war. Was die einen als gelungene Modernisierung empfinden, erleben die anderen als unwiederbringlichen Verlust oder zumindest als bedrohliche Gefahr. Nicht jeder Arzt und nicht jede Ärztin schätzt den informierten Patienten. Nicht jeder Patient akzeptiert die Auskunft, dass die gewünschte Therapie oder das gewünschte Medikament keinen Nutzen stiftet und deshalb von den Kassen nicht bezahlt werden kann. Das sind alltägliche Debatten und Auseinandersetzungen, mit denen Sie konfrontiert sind, mit denen wir konfrontiert sind. Da fällt mir der Philosoph Wittgenstein ein, der bemerkt hat, dass die Dinge so, aber auch ganz anders sein könnten. Es kommt immer darauf an, wo der Einzelne steht und wie er es sieht.

Ich glaube, dass auch in diesen Umbrüchen viele Ursachen der Ärztestreiks und der Ärzteproteste liegen. Diese richten sich natürlich zunächst einmal materiell gegen die derzeitigen Arbeitsbedingungen in den unterschiedlichen Berufsfeldern der Ärztinnen und Ärzte. Arbeitszeit, Bezahlung, Arbeitsorganisation, Karriereperspektiven und vieles mehr bilden die materiellen Gründe für die massive Unzufriedenheit.

Hinzu kommen aber auch psychologische Faktoren wie der Verlust an Sicherheit oder eine veränderte Wertschätzung der Arbeit. Ich verstehe deshalb gut, wenn niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte mit konkreten Bedingungen und Grundlagen ihrer Arbeit unzufrieden sind. Ich habe auch stets deutlich gemacht, dass ich die protestierenden Ärztinnen und Ärzte unterstütze, wenn sie für adäquate Arbeitszeiten eintreten und wenn sie hierfür auch eine gerechte Bezahlung einfordern. Ich finde – das habe ich wiederholt artikuliert –, dass es in Kliniken unerträglich ist, wenn Ärztinnen und Ärzte gezwungen werden, Arbeitszeitzettel zu fälschen, damit es nicht zu Eingriffen der Arbeitsschutzbehörden kommt, denn das Arbeitszeitgesetz ist ja geändert worden. Ich finde – da hat der Gesetzgeber gehandelt –, dass Bereitschaftsdienste Arbeitszeit sind. So haben wir das Gesetz geändert und auch die Voraussetzungen geschaffen, dass es wirklich umgesetzt werden kann.

(Widerspruch)

– Man muss immer wissen, wenn man protestiert, wo der Punkt ist, an dem man ansetzen muss.

Ich möchte hier noch einmal sehr deutlich sagen: Wir haben das Arbeitszeitgesetz geändert. Wir haben mit der Reform 2003 dafür gesorgt, dass in den kommenden Jahren jeweils 100 Millionen Euro pro Jahr, bis zu 900 Millionen Euro aufwachsend, an zusätzlichem Geld zur Verfügung stehen, damit dort, wo neue Arbeitszeitmodelle umgesetzt werden, zusätzliches Geld vorhanden ist, um zusätzliches Personal zu bezahlen. In diesem Jahr sind es 400 Millionen Euro.

Wir haben den Arzt und die Ärztin im Praktikum abgeschafft, damit junge Ärzte nach dem Studium mit tarifvertraglichen Lösungen und mit einem BAT-Vertrag überhaupt finanziert werden. Wir haben dafür gesorgt, dass die Krankenkassen 300 Millionen Euro extra zur Verfügung stellen müssen, um hier die zusätzlichen Kosten zu finanzieren.

Die aktuellen Tarifauseinandersetzungen, die sich auf die öffentlichen Krankenhäuser in den Ländern und auf die kommunalen Krankenhäuser beziehen, zeigen, dass es jetzt an der Zeit ist, die Tarifverträge so zu schließen, dass das Gesetz umgesetzt wird.

(Vereinzelt Beifall)

Ich sage Ihnen ganz deutlich: Uns auf der Bundesebene ist es bei den Koalitionsverhandlungen schwer gefallen, den Wunsch der Länder zu akzeptieren, dass die Umsetzung noch einmal verschoben werden soll. Wir haben aus den geforderten Jahren ein Jahr gemacht.

Für uns ist klar – das sage ich hier auch im Namen der Koalitionsparteien –: Am 31. Dezember 2006 ist der endgültig letzte Tag, der noch für die Umsetzung zur Verfügung steht. Ab 1. Januar 2007 muss das Arbeitszeitgesetz angewandt werden, muss Bereitschaftsdienst Arbeitszeit sein und müssen Überstunden so finanziert werden, wie das auch in allen anderen Berufen der Fall ist.

(Beifall)

Deshalb wünsche ich mir, ohne mich in die aktuellen Tarifverhandlungen einzumischen – ich bin nicht Tarifvertragspartnerin –, dass möglichst schnell Lösungen gefunden werden. Man kann über vieles hinwegreden, man kann vieles organisieren, auch mit Notdiensten. Ich glaube, dass es an der Zeit ist, zu Lösungen an den Krankenhäusern zu kommen. Sie als Ärztinnen und Ärzte wissen genauso gut wie wir als Politikerinnen und Politiker: Man kann alles versuchen, dass die Patienten möglichst keinen Schaden haben, aber natürlich verunsichert es kranke Menschen, wenn sie zu Krankenhäusern kommen, an denen gestreikt wird, auch wenn es keine medizinischen Folgen hat. Wenn man

jemandem, der einen Tumor hat, sagt, er könne mit der Operation warten, dann mag das medizinisch richtig sein, aber es verunsichert die Menschen.

Deshalb hoffe ich, dass im Interesse der Patientinnen und Patienten in diesem Land möglichst schnell nach der Einigung mit der Tarifgewerkschaft ver.di eine Einigung – –

(Zurufe – Pfiffe)

– Das Krankenhaus hat im Übrigen mehr Bedienstete als Ärztinnen und Ärzte. Ich bin sehr froh, dass nach der Einigung mit ver.di die Beschäftigten in den Krankenhäusern wissen, wie es weitergeht. Ich hoffe, dass es auch zu einer Einigung mit dem Marburger Bund kommt. Lassen Sie mich doch ausreden, ehe Sie schreien!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich bitte nur um eines: bei aller Forderung nach gerechter Bezahlung für ärztliche Leistungen zu berücksichtigen, wie andere Berufsgruppen, die Hand in Hand mit Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten, bezahlt werden und dass das Geld, das zur Finanzierung des Gesundheitswesens über die Solidargemeinschaft zur Verfügung gestellt wird, dafür sorgen muss, dass alle, die in diesem Bereich ihre Arbeitskraft einbringen, angemessen bezahlt werden. Man muss diesen Weg miteinander gehen. Ich hoffe, dass wir möglichst zu Lösungen kommen.

Die gleichen Probleme bestehen auch im niedergelassenen Bereich. Auch da gibt es eine Reihe von Forderungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die ich in vielen Gesprächen und in vielen Veranstaltungen höre und für die ich Verständnis habe. Ich habe schon in den vergangenen Jahren auf dem Ärztetag gesagt, dass wir – und dazu haben wir im Parlament Entscheidungen getroffen – die Zeit der floatenden Punktwerte für ein Relikt des letzten Jahrhunderts halten. Ich habe Ihnen vor zwei Jahren angekündigt, dass nach den Beschlüssen, die Bundestag und Bundesrat gefasst haben – Herr Ministerpräsident Böhmer war bei den Verhandlungen dabei –, am 1. Juni 2006 die Erprobung eines neuen Vergütungssystems beginnen kann, das für die Ärztinnen und Ärzte auch in der niedergelassenen Praxis Planbarkeit ermöglicht, und dass im Grunde ein neues System auf den Weg gebracht wird.

Zwei Dinge müssen dabei klar sein: dass der Arzt weiß, was er für eine bestimmte Leistung erhält, und dass das Morbiditätsrisiko, wie es heute richtigerweise gefordert wurde, nicht zulasten des einzelnen Arztes geht, sondern dass dies die Versichertengemeinschaft zu tragen hat und damit auch über die Krankenkassen finanziert werden muss.

Oft wird gefordert, doch die Praxis zu fragen. Wir haben 2003 im Gesetz, das damals von den Koalitionsfraktionen und der CDU/CSU entwickelt und vereinbart wurde, die Eckpunkte für die Reform der Honorierung festgelegt, und zwar in enger Abstimmung mit den Vertragspartnern der Selbstverwaltung und in Abstimmung, dass die Selbstverwaltung in der verbleibenden Zeit bis zum 1. Juni 2006 dieses Vergütungssystem entwickeln sollte.

Ich spreche das hier an, weil bei diesem Punkt immer die Legendenbildung beginnt. Ärzte und Krankenkassen schieben sich gegenseitig die Schuld zu; keiner will dafür verantwortlich sein, warum die Arbeitsaufträge bisher nicht erfüllt wurden.

Ich möchte noch einmal in Erinnerung rufen, dass der damalige Vorstandsvorsitzende der KBV – Herr Dr. Richter-Reichhelm – die Einführung der arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina sehr begrüßt hat. Das war nämlich ein Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ich zitiere aus einer Presseerklärung der KBV:

> *Dies ist ein richtiger und wichtiger Schritt für die Patienten, denn eine leistungsgerechte Vergütung verbessert die Versorgungseffizienz und vermeidet unerwünschte Rationierungseffekte.*

Wenn heute vonseiten der KBV argumentiert wird, das Konzept scheitere daran, dass die Politik aus Preisen Punkte gemacht habe, dann will ich auch hier der Legendenbildung vorbeugen und Ihnen auch hier Ihre eigene Position in Erinnerung rufen, weil ich gern Verantwortung für Dinge übernehme, für die ich Verantwortung zu tragen habe, aber für die anderen Dinge bitte diejenigen, die das zu verantworten haben.

Ich zitiere erneut, diesmal aus den Vorschlägen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wie denn das vierte Kapitel des SGB V aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte neu gefasst werden soll. Dort heißt es in § 86 Abs. 2 letzter Satz:

> *Die in der Vertragsgebührenordnung ausgewiesenen Leistungen sind auf der Grundlage einheitlicher Bewertungskriterien mit Punktzahlen zu bewerten.*

So weit die klaren Aussagen und schriftlichen Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Politik, Herr Professor Böhmer, hat damals auf die Aussagen führender Vertreter der Kassenärzte vertraut und die Vorgaben für ein Vergütungssystem ins Gesetz geschrieben, die den Wünschen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprachen.

Vielleicht haben ja manche mittlerweile erkannt, dass das auch kompliziert ist. Es ist nicht einfach, ein neues Vergütungssystem zu erstellen. Ich will gar nicht

darüber richten; ich weiß um die Schwierigkeiten, wie denn ein solches Vergütungssystem auf den Weg gebracht wird.

Nur: Wenn es irgendwo hakt, dann machen Sie doch bitte Vorschläge, welcher andere Weg gegangen werden soll. Wenn nicht, dann fordere ich Sie zum letzten Mal auf: Dann setzen Sie das Gesetz um. Ich sage Ihnen: Die Koalitionsfraktionen sind für Vorschläge offen, auch in den laufenden Beratungen.

Wir wollen an den grundsätzlichen Zielen des GMG festhalten:

Erstens. Das Entgeltsystem muss transparent und für den einzelnen Vertragsarzt oder die einzelne Vertragsärztin kalkulierbar sein.

Zweitens. Das Morbiditätsrisiko wird den Krankenkassen zugeordnet.

Drittens. Mengenausweitungen jenseits des Morbiditätsrisikos müssen verhindert werden.

Viertens. Das Honorarsystem muss den Besonderheiten der jeweiligen Arztgruppen Rechnung tragen. Das gilt nicht nur für die Hausärztinnen und Hausärzte, die mir als Grundversorger am Herzen liegen, sondern auch für die Fachärzte, deren qualifizierte Arbeit ich zu schätzen weiß.

Meine Damen und Herren – Herr Köhler ist ja anwesend –, Sie haben die Chance, bis zum 31. Dezember 2006 Ihre Vorschläge vorzulegen, so wie im GMG von 2003 vorgesehen. Wir – da spreche ich für alle Koalitionsfraktionen – wollen eine schnelle Umsetzung einer neuen Honorarordnung. Um hier keine Irritationen aufkommen zu lassen, haben wir die geplante Fristverlängerung für die Erarbeitung eines neuen Honorierungssystems aus dem Gesetzentwurf zur Änderung des Vertragsarztrechts gestrichen. Damit haben die Vertragspartner der Selbstverwaltung letztmals weitere sieben Monate Zeit, um das neue Honorierungssystem zu entwickeln, damit es im kommenden Jahr in Kraft treten kann. Ich hoffe, dass wir uns in den kommenden Monaten darüber unterhalten können, was denn alles getan werden muss, damit dies passiert. Aber die Chance ist da.

Meine Damen und Herren, was die Höhe der Vergütung angeht, ist in erster Linie die gemeinsame Selbstverwaltung gefragt.

(Zurufe)

– Ja, die gemeinsame Selbstverwaltung, Ärzte und Krankenkassen. Ich darf allerdings daran erinnern, dass hier mehrere grundsätzliche Fragen zu beantworten sind. Dazu zählen auch unpopuläre Fragen, nämlich:

Erstens. Wie geht es anderen Berufs- und Akademikergruppen in unserem Land? Wer von einer Solidargemeinschaft finanziert wird, muss diese Frage

beantworten, denn andere Menschen müssen dieses Geld aufbringen, damit die Finanzierung geregelt ist.

Zweitens. Woher soll das Geld für die Finanzierung gesundheitlicher Leistungen kommen? Wollen wir weiterhin – das wollen wir – an einer solidarischen Finanzierung festhalten oder sollen wir, wie es manche fordern, auch verstärkt fordern, weil sie glauben, dass wir damit besser fahren, jeden sein eigenes Risiko versichern lassen? Ich sage nur: Wer glaubt, mit zunehmender Privatisierung stünde mehr Geld für ärztliche Leistungen zur Verfügung, irrt.

Drittens. Wie hängt die ärztliche Honorierung mit der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zusammen? Dies ist eine ganz wichtige Frage.

Während es Ihre Aufgabe ist, Details des neuen Vergütungssystems zu entwickeln, ist es Aufgabe der politisch Verantwortlichen – das fordern Sie zu Recht von uns – und damit auch meine Aufgabe, Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens zu machen. Dabei ist klar, meine Damen und Herren, dass die ausschließliche Anbindung der Beitragserhebung an die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung die Achillesferse der Finanzierung unseres Gesundheitswesens ist. Neben anderen Problemen, die wir haben, möchte ich nur einen Teil herausnehmen, nämlich den rapiden Rückgang gerade dieser Beschäftigungsverhältnisse. In den letzten fünf Jahren gingen 1,7 Millionen versicherungspflichtige Arbeitsplätze verloren. Dies allein führt zu jährlichen Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von 3 bis 4 Milliarden Euro. Deshalb gehört eine Finanzreform zu den ganz elementaren Aufgaben, die wir in diesem Jahr angehen werden. Wir müssen die Beitragserhebung auf eine breitere Basis stellen. Wir müssen alle an der solidarischen Finanzierung beteiligen und wir müssen dafür sorgen, dass in diesem Land niemand mehr ohne Versicherungsschutz bleibt.

Das sind die Kernpunkte der Finanzierungsreform. Ich sage hier deutlich, damit keine Unsicherheiten oder Irritationen entstehen: Die Finanzierungsreform wird in ihren Eckpunkten genauso vor der Sommerpause entschieden wie die Frage der Strukturreform. Es gibt da keine duale Gesetzgebung oder irgendeine Verschiebung, sondern beides gehört zusammen.

Auch wenn wir das Gesundheitswesen nachhaltig finanzieren und wenn wir hier neue Lösungen finden, sind die Ressourcen nicht unbegrenzt. Im Gegenteil. Wir müssen weiterhin darüber debattieren, wie denn jeder Euro in diesem System möglichst gewinnbringend auch für die Patientinnen und Patienten eingesetzt werden kann.

Meine Meinung ist: Ich unterstütze, dass der Anteil an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens, der für die ärztliche Honorierung ausgegeben wird, angehoben werden soll. Wenn wir da einer Meinung sind, dann müssen wir uns

auch gemeinsam darüber unterhalten, an welchen Stellen im Gegenzug Einsparungen möglich sind.

Ich unterstütze da die Aussagen von Herrn Professor Hoppe im gestrigen „Tagesspiegel“: Vielleicht müssen wir bei der Verteilung der Ressourcen auch einmal über die Arzneimittelgläubigkeit in Deutschland nachdenken, vielleicht müssen wir die Arzneimittelgläubigkeit abbauen; wir sollten überlegen, ob wir nicht insgesamt mit weniger auskommen.

Meine Damen und Herren, ich halte es für ein Unding – das widerspricht auch den Erfahrungen in anderen Ländern der Welt –, dass wir in Deutschland 2 Milliarden Euro mehr für verordnete Arzneimittel ausgeben als für die Honorare der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Da kann etwas nicht stimmen.

(Beifall)

Das muss man verändern. Ich sage Ihnen: Mir wäre lieber, dieses Verhältnis wäre umgekehrt.

Deshalb – auch hier sage ich etwas bei Ihnen nicht ganz Populäres – verstehe ich den geballten Widerstand der Ärzteschaft gegen das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz nicht.

(Zurufe)

Wie soll es denn zu Einsparungen in diesem Bereich kommen und was soll der Gesetzgeber denn noch auf den Weg bringen, wenn man nicht bereit ist, wo es Hilfestellungen des Gesetzgebers gibt?

(Zurufe)

Ich bleibe dabei, meine Damen und Herren, ohne auf viele Einzelheiten einzugehen: Die Frage der Bonus-Malus-Regelung ist etwas emotional belastet. Es baut auf existierenden Steuerungsregelungen der KVen in Hamburg, im Rheinland oder in Sachsen auf. Es ist keine Kopie, erlaubt aber weiterhin jeder KV, einen eigenen Weg zu gehen.

Entgegen der Propaganda und der Fehlinformation auch durch viele Lobbyverbände führt das Gesetz auch nicht dazu, dass Patientinnen und Patienten notwendige Arzneimittel vorenthalten werden. Die Bonus-Malus-Regelung zielt allein auf eine Steuerung bei den Medikamentengruppen, wo sich die Arzneimittelauswahl des Arztes angesichts einer überaus reichhaltigen Vielfalt nach dem Preis entscheiden lässt, so wie das jeder auch in seinem Privatleben tut. Ich halte es für etwas ganz Normales, zu verlangen, dass man bei mehreren Entscheidungsmöglichkeiten nach dem Preisbewusstsein entscheidet, denn

schließlich müssen wir alle mit den Geldern auch der Versichertengemeinschaft sehr sorgsam umgehen.

Ich glaube, dass wir hier noch einmal in eine ruhige Diskussion einsteigen sollten. Sie werden sehen, dass Sie mit den Tagestherapiedurchschnittskosten und der Preisverantwortung frei sind vom Morbiditätsrisiko. Dazu wird kein Arzt mehr herangezogen. Bei der Frage des Preisbewusstseins sind Sie aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen heraus. Das ist ein sehr viel einfacheres und faireres System, als es heute diskutiert wird.

Meine Damen und Herren, der Gesetzgeber muss handeln, weil auch viele Steuerungsfunktionen nicht so funktionieren, wie das eigentlich gedacht war.

Herr Professor Hoppe und ich haben eben festgestellt, dass wir beide in etwa gleich lang im Amt sind. Ich erinnere mich sehr genau, dass wir – Herr Professor Hoppe, der damalige Vorsitzende der KBV, Herr Dr. Richter-Reichhelm, und ich – im Bundeskanzleramt ein sehr interessantes Gespräch hatten. Damals ging es um den Kollektivregress, den alle nicht haben wollten. Wir haben Gespräche geführt und ich habe damals zugesichert, dass der Kollektivregress abgeschafft wird. Dem vorausgegangen war das Angebot von Herrn Dr. Richter-Reichhelm und Herrn Hoppe, die Ärzteschaft werde in eigener Verantwortung dafür sorgen, dass kein unverantwortbares Ansteigen der Ausgaben für veranlasste Leistungen, speziell für Medikamente, erfolgt. Die Ärzteschaft hat mir damals zugesichert: Wir brauchen kein Budget, wir steuern selber unsere Ausgaben. Wir sind stark genug, die Ausgaben im Zaum zu halten.

Ich habe dem auch vertraut und bin dafür viel gescholten worden. Daran werden sich noch manche erinnern, die schon länger dabei sind. Heute muss ich feststellen, dass die Kritiker von damals so Unrecht nicht hatten. Denn im Prinzip ist zu wenig passiert. Die Ausgaben für Arzneimittel wachsen, obwohl viele aufgeklärte Ärztinnen und Ärzte und eine zunehmende Zahl von Wissenschaftlern klipp und klar erklären, dass zusätzlicher Nutzen angeblich innovativer Produkte, die massenhaft verordnet werden, nur sehr begrenzt oder gar nicht vorhanden ist. Ich glaube, dass es in diesem Bereich Steuerungseffekte gibt.

Ich erneuere an dieser Stelle noch einmal mein Angebot: Diejenigen, die in unserem Gesundheitswesen tagtäglich aufopfernde Arbeit am Menschen leisten – und das sind in erster Linie Ärzte und Pflegekräfte –, sollen auch einen höheren Anteil an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens erhalten. Das setzt voraus, dass wir konstruktiv zusammenarbeiten, dass wir gemeinsam darüber nachdenken, wie denn die Geldströme im System zielgenauer gesteuert werden können. Ich bin davon überzeugt, dass am Ende beide Seiten davon profitieren: die Ärzteschaft und die Patientinnen und Patienten.

Sehr geehrter Herr Professor Hoppe, ich habe wohl registriert und auch sehr positiv aufgenommen, dass sich der Deutsche Ärztetag sehr kritisch gegen die

Beeinflussungsversuche der pharmazeutischen Industrie und der medizintechnischen Industrie gestellt hat. Ich unterstütze das ohne Wenn und Aber. Ich mache den Vorschlag, ob wir nicht weitergehen könnten, wenn im Grunde genommen das Standes- und Berufsrecht der Ärzte es künftig ausschließen würde, dass Ärzte Pharmavertreter empfangen müssen, wie viele sagen, dass sie für so genannte Anwendungsbeobachtungen überhöhte Honorare bekommen oder anderes mehr. Ich glaube, hier könnte ein Umdenken in der Praxis weiter gehen.

Meine Damen und Herren, ich darf Ihnen versichern: Ich kenne die Vorzüge und die Nachteile unseres deutschen Systems. Mir ist auch klar, dass sich die Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung verschlechtert haben. Ich nenne hier nur den drohenden Ärztemangel und die Anforderungen an viele ältere Praxisinhaber. Aber ich darf auch darauf verweisen, dass wir vonseiten der Politik immer wieder – auch in vielen Gesprächen mit Ihnen – neue Möglichkeiten und Instrumente entwickelt haben, um den Veränderungen Rechnung zu tragen. Sie wissen, dass gerade mit dem GKV-Modernisierungsgesetz neue Perspektiven für das ärztliche Tätigwerden geschaffen wurden, die natürlich nicht von jedem als Gewinn bezeichnet werden.

Die von mir sehr geschätzten Medizinischen Versorgungszentren werden immer noch von einer Reihe von Funktionären als Bedrohung angesehen. Jüngere Ärztinnen und Ärzte sehen dies als neue Möglichkeiten. Inzwischen gibt es über 420 Medizinische Versorgungszentren mit über 1 600 Ärztinnen und Ärzten.

(Zuruf)

Erlauben Sie mir an dieser Stelle – auch weil Sie gerade „angestellt“ rufen – eine persönliche Bemerkung. Wie oft ist nicht im Zusammenhang mit der Einführung neuer Versorgungsformen mit Begriffen wie Staatsmedizin, Angriff auf die Freiberuflichkeit und drohende Rationierung polemisiert worden! Meine Damen und Herren, ich komme schon ins Grübeln, wenn dieselben, die dies beklagen und das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient unwiderruflich gestört sehen, mit Protestschildern wie „England, wir kommen“, „Tschüss Berlin“, „Hallo London“ ihren Marsch in das staatliche britische Gesundheitssystem ankündigen, in ein System mit Ärzten als Staatsbediensteten, mit Wartelisten und Rationierung entlang von Altersgrenzen!

Aber vielleicht kann mir das jemand später erklären. Ich jedenfalls habe mich gefreut, von Ihnen, Herr Professor Hoppe, zu hören, dass Sie, wie übrigens die meisten Ärztinnen und Ärzte, die ausgewandert sind, wenn es denn ernst wird, doch am liebsten in Deutschland behandelt werden. Ich glaube, auch das spricht für die Arbeit im deutschen Gesundheitswesen.

Meine Damen und Herren, bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich nicht über Details der Koalitionsgespräche berichten kann. Ich kann Ihnen aber mitteilen, dass wir mit der Reform den eingeschlagenen Weg fortsetzen und Schwächen dort, wo sie sichtbar geworden sind, beseitigen. Wir sind in der Koalition einig, das Vertragsarztrecht zu liberalisieren und zu flexibilisieren. Morgen wird es im Bundeskabinett behandelt. Dort, wo juristische Hindernisse der Beseitigung von Unterversorgung entgegenstehen oder eine flexible Berufsausübung erschweren, werden diese beseitigt.

Auch kann ich Ihnen berichten, dass das Thema Bürokratieabbau im Gesundheitswesen seinen Stellenwert findet. Wir haben Praktiker und Vertreter aus den ärztlichen Berufsverbänden und den Spitzenorganisationen eingeladen, uns präzise zu benennen, wo der Schuh drückt. In den ersten zwei Sitzungen sind bereits eine ganze Reihe Verbesserungsvorschläge aus der Praxis diskutiert worden, die wir, wo notwendig, in das laufende Gesetzgebungsvorhaben einarbeiten werden. Dazu gehören auch notwendige Korrekturen bei den DMPs im Hinblick auf die Vereinheitlichung und Reduktion der Datenbasis.

Meine Damen und Herren, in den laufenden Gesprächen zur Gesundheitsreform dreht sich derzeit alles um Strukturveränderungen als Voraussetzung – nicht als Ersatz – für die dauerhafte Sicherung der Finanzierungsgrundlagen. Wir wollen eine verbesserte Zusammenarbeit der ambulanten und der stationären sowie der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Gleiches gilt für das Zusammenwirken von Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege. Auch wollen wir den Dualismus Kollektivvertrag/Individualvertrag besser ausbalancieren. Die Befürchtung, wir würden einzelne Ärzte einem Diktat der Krankenkassen ausliefern, ist abwegig. Das kann ich Ihnen vorab sagen.

Allerdings wollen wir die Aufgaben und Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen neu bestimmen, die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung straffen und professionalisieren.

(Zurufe)

Natürlich gehört dazu auch die Reform der Krankenkassen und ihrer Verbände. Ich sage hier ganz deutlich: Wenn wir ein solidarisches Gesundheitswesen zukunftsfähig machen wollen, müssen wir seine Institutionen modernisieren. Dann kann nicht in dem Bereich alles so bleiben, wie es war, sondern auch das muss den Bedingungen des 21. Jahrhunderts angepasst werden.

Nur unter diesen Voraussetzungen werden wir neue und bessere Perspektiven für die ärztliche Berufsausübung schaffen: Auf der individuellen Ebene müssen wir mehr Sicherheiten für den einzelnen Arzt und die einzelne Ärztin schaffen. Dazu zählen die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Freisetzung finanzieller Ressourcen für Leistungen, der Abbau unnützer Bürokratie und die Er-

höhung der Wertschätzung für die ärztliche Tätigkeit. Kollektiv müssen wir das Management des Wandels in den Institutionen und aus den Institutionen heraus fördern. Wir müssen Veränderungsprozesse stützen und negative Wirkungen abpuffern, aber nicht diffus Abwehrreaktionen stärken, denen zielgerichtete Perspektiven fehlen.

Das sind keine leeren Worte, sondern ich kann diese Veränderungsprozesse innerhalb der Ärzteschaft und innerhalb der Institutionen erkennen. Jeder weiß, dass nur Veränderung zukunftsfähig macht und dass man nicht stehen bleiben kann. Dem zolle ich ausdrücklich Anerkennung. Das gilt auch für die Akzentsetzung in der Bundesärztekammer bei Qualität und evidenzbasierter Medizin. Ich möchte die Eigeninitiative der Ärzteschaft loben, sich den Problemen der Fehlervermeidung und der Patientensicherheit zu widmen.

Ich begrüße auch die Professionalisierung der Arbeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ich begrüße ebenso, dass sich der diesjährige Ärztetag den Problemen bei der Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen widmet und damit auch zu einem Abbau der Stigmatisierung dieser Erkrankungen beiträgt.

Ich glaube, meine Damen und Herren, wer sich den Stand der Patientenversorgung in Deutschland ansieht, muss auch einen Blick auf die Nachbarländer werfen. Da können wir vieles lernen, die können vieles von uns lernen. Man wird nämlich feststellen, dass kein Land ein Patentrezept hat und dass es sich lohnt, miteinander darüber zu diskutieren, wie wir in Europa Gesundheitssysteme entwickeln, worin ein Stück gemeinsame europäische Erfahrung deutlich werden kann. Wir stehen diesbezüglich in Deutschland ganz gut da. Trotzdem befruchtet Europa die deutsche Debatte.

Ich will hier nur ein Gebiet ansprechen, auf dem wir schwächer sind als unsere europäischen Nachbarn: Das ist der Bereich der Prävention. Er muss einen anderen Stellenwert erhalten, auch im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung. Ich darf an dieser Stelle auch appellieren, dass wir aus dem Masernausbruch in Nordrhein-Westfalen die Konsequenzen ziehen: Lassen Sie uns die gemeinsamen Aktionen auch der Kinder- und Jugendärzte, die schon viele Jahre laufen, unterstützen, dass wir uns für eine bessere Impfrate bei unseren Kindern und insgesamt für eine bessere Durchimpfung der Bevölkerung einsetzen. Ich glaube, dass wir da etwas nachgelassen haben.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, lassen Sie mich schließen. Ich bin immer der Auffassung, dass Veränderungen auch Diskurs und beispielgebende Aktivität voraussetzen. Ich bin für beides offen. Ich möchte ehrlich und herzlich all denjenigen danken, die tagtäglich in einer besonderen Verantwortung stehen und zum

Wohle der Patientinnen und Patienten viele Stunden hart und unter Stress arbeiten. Ich bedanke mich auch bei all denen, die sich zusätzlich engagieren in der ärztlichen Selbstverwaltung, in den Fachgesellschaften, in den Berufsverbänden sowie vor allem in ungezählten und ungenannten Initiativen und Aktivitäten der Bürgergesellschaft. Lassen Sie uns, wie es Herr Ministerpräsident Böhmer schon angesprochen hat, im Dialog bleiben und mit Respekt für die Position des anderen an einer guten Gesundheitsversorgung arbeiten.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Lassen Sie mich eine Vorbemerkung für das Orchester machen: Es dauert jetzt noch einmal so lange wie eine Bruckner-Symphonie, aber die kürzeste. Ich glaube, es ist die sechste. Sie sind sehr geduldig und haben uns eine wunderbare Musik dargeboten. Vielen herzlichen Dank!

(Beifall)

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister! Sehr geehrter Herr Ministerpräsident! Sehr verehrte Frau Bundesministerin! Meine Damen und Herren Abgeordneten des Deutschen Bundestages! Verehrte Frau Landesgesundheitsministerin! Lieber Henning Friebel! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst, Henning, vielen Dank für die Einladung nach Magdeburg und für die Präsentation. Wir werden nie vergessen, welche Kultur Sachsen-Anhalt für Deutschland bedeutet.

(Beifall)

Herr Ministerpräsident und Kollege Böhmer, vielen Dank. Sie haben für Zuhören und Gespräche plädiert. Das darf aber nicht formal ablaufen – die Frau Ministerin hat das aufgegriffen –: Wenn wir miteinander reden und zuhören, muss auch irgendetwas dabei herauskommen.

(Beifall)

Man hat manchmal das Gefühl, dass man etwas absondert, das wird – wenn überhaupt – registriert und dann wird es anschließend archiviert und alles bleibt, wie es ist. Das ist wohl nicht der richtige Umgang.

Herr Ministerpräsident, mir ist bei Ihrem Redebeitrag eingefallen, dass Uwe Reinhardt, der amerikanische Gesundheitsökonom, der aus Deutschland

stammt, einmal festgestellt hat: Es gibt keine Sekunde, in der nicht irgendwo auf der Welt über das Gesundheitswesen debattiert wird. Wir sind heute damit an der Reihe, mit uns zusammen wahrscheinlich viele andere. Dort, wo es derzeit auf der Welt dunkel ist, wahrscheinlich etwas weniger, aber wenn es dort hell wird, beginnt es dort auch wieder.

Überall gibt es Probleme. Alle Gesundheitssysteme der Welt – es gibt nahezu 200 – haben große Probleme. Ich erinnere mich nicht falsch, wenn ich darauf hinweise, dass Lenin geschrieben hat: Das Gesundheitswesen ist eigentlich die emotionale Politik, die die Menschen am meisten anspricht, die emotionale Linie, bei der die Menschen am meisten elektrisiert sind, mit der man sie am meisten beeindrucken, aber auch am meisten verführen kann. Es wäre natürlich eine Perspektive, von diesen Erkenntnissen Gebrauch zu machen.

(Beifall)

Frau Bundesministerin, vielen Dank, dass Sie – das kommt in meinem Referat nicht vor – etwas zum Gewebegesetz gesagt haben. Die meisten werden die Details nicht so genau kennen. Uns ist wichtig, dass es sich bei der Spende von Geweben, von lebenden oder verstorbenen Menschen, nicht um das Rohmaterial eines kommerziell zu verwertenden und aufzuarbeitenden Materials handelt, sondern um eine Spende wie die Organspende, die nicht kommerziell weiterverwendet wird. Deshalb hat das mit der Philosophie des Arzneimittelgesetzes nichts zu tun, sondern es müsste dem Transplantationsgesetz angepasst werden.

(Beifall)

Zur Arzneimittelgläubigkeit: Das ist halt eine kulturelle Frage. Es wird mir immer wieder als Argumentation vorgelegt: Warum werden in Sachsen-Anhalt andere Medikamentengruppen und andere Medikamentenmengen verbraucht als in Südbaden? Ich habe das nachgeprüft: Das stimmt. Aber in Südbaden wird viel mehr Psychotherapie betrieben und dadurch gleicht sich das wieder aus. Wir müssen das genauer eruieren. Das ist keine Angelegenheit, die wir mit einem Schalter regeln können, sondern sie kann nur geregelt werden, indem man einmal untersucht, warum das so ist, und indem man sich Gedanken darüber macht, wie man hier positiv einwirken kann.

Meine verehrten Damen und Herren, wenn man verstanden werden will, soll man ja bekanntlich in Bildern reden. Heute habe ich Ihnen eines mitgebracht. Sie werden jetzt nicht alle Details erkennen können, aber das Bild zeigt einen protestierenden Medizinstudenten, der ein Schild hochhält, auf dem steht: „Ich lerne Norwegisch“. Englisch können sie alle schon.

Er hat natürlich nicht für ein Sprachinstitut geworben, sondern er hat seine persönliche Karriereplanung bekannt gegeben. Und diese sieht eine Flucht vor der weitgehend verfehlten deutschen Gesundheitspolitik – nicht allein in Ihrer Amtszeit, sondern auch schon vorher; eigentlich solange ich dabei bin – vor, vor einer Politik, gegen die zurzeit Zehntausende von Ärztinnen und Ärzten aus Klinik und Praxis landauf, landab protestieren.

Ärztinnen und Ärzte sind in den vergangenen Jahrzehnten als Demonstranten eigentlich nie sonderlich aufgefallen. Wenn sie nun also so geschlossen auf die Straße gehen, dann ist doch ganz offensichtlich – Herr Kuntz hat es schon gesagt – eine Schmerzgrenze überschritten. Marathondienste im Krankenhaus, hoch qualifizierte Leistungen zu Dumpingtarifen, Verbürokratisierung, Dokumentationswahn – auch aus haftungsrechtlichen Gründen –, Checklistenmedizin, Honorarverfall und Entmündigung der individuellen Patient-Arzt-Beziehung – die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung, meine Damen und Herren, stimmen einfach nicht mehr. Und das spürt auch der ärztliche Nachwuchs und zieht seine Konsequenzen daraus. Das sieht man an solchen Schildern.

(Beifall)

Schon heute, Frau Ministerin, stützen Ärztinnen und Ärzte mit unbezahlter Arbeit das Gesundheitswesen in Höhe von über 10 Milliarden Euro. Das geschieht jedes Jahr.

(Beifall)

Diese Summe, meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordneten des Deutschen Bundestages, fehlt in allen Statistiken über die Finanzierung unseres Gesundheitswesens.

(Beifall)

Ich halte das für einen schweren Fehler nicht primär von der Politik, sondern von den Ökonomen, die die Politik in dieser Richtung informieren. Da muss man vorsichtig sein. Die Skepsis gegenüber der Gesundheitsökonomie ist nur allzu berechtigt.

(Beifall)

Nur durch diese Subventionierung, die wir Ärztinnen und Ärzte seit Jahren leisten, haben wir trotz der mittlerweile maroden Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland noch eine so gute medizinische Versorgung. Aber wird das anerkannt? Sie haben es eben anerkannt, wenn auch nicht unter diesem Blickwinkel. Im Gegenteil: Es wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Und das, meine Damen und Herren, ist das eigentlich Unerträgliche, dass man eben die-

ses Engagement von uns Ärztinnen und Ärzten als feste Rechengröße – vielleicht unbewusst; eine psychiatrische Angelegenheit – kalkuliert.

(Beifall)

Damit muss jetzt Schluss sein. Das wollen wir auch.

Deshalb haben wir als Bundesärztekammer die Proteste und die Demonstrationen der Kolleginnen und Kollegen gegen diese fortwährende Ungerechtigkeit außerordentlich begrüßt und unterstützt.

(Beifall)

Und auch die Menschen draußen im Lande spüren, dass die permanente Ausbeutung der ärztlichen Leistungsbereitschaft ihre Grenzen hat. Immerhin um die 80 Prozent der Deutschen äußern nach mehreren repräsentativen Umfragen Verständnis für den Ärzteprotest. Auch die Patienten haben verstanden, dass die bisherige Gesundheitspolitik am Ende und für sie schädlich ist. Das ist der entscheidende Punkt.

Ein „Weiter so“ geht also definitiv nicht mehr. Und da lassen wir uns auch nicht, wie das jetzt immer wieder versucht wird, am ethischen Nasenring durch die gesundheitspolitische Arena führen.

(Beifall)

Bei allen Aktionen, die wir machen, ist immer die ärztliche Notfallversorgung garantiert. Da müssen wir uns nichts vorwerfen lassen. Im Gegenteil: Darauf können wir sogar stolz sein – und das sind wir auch.

(Beifall)

Wenn wir in der Gesundheitspolitik wirklich Probleme lösen wollen, brauchen wir endlich eine ehrliche Bilanz, wie sie sich unter dem Druck der Fakten inzwischen in der Rentenpolitik durchgesetzt hat:

Erstens. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind gemessen am Bruttoinlandsprodukt überhaupt nicht explodiert, sondern liegen seit Jahren zwischen 6 und 7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Es gibt also definitiv keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen.

(Beifall)

Zweitens. Wohl aber gibt es eine deutliche Leistungssteigerung: Bedingt durch die Altersentwicklung unserer Gesellschaft sowie durch den medizinischen Fortschritt ist die Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten wie im stationären Sektor signifikant gestiegen.

Drittens. In Deutschland gibt es – es ist enorm wichtig, dies festzustellen – keinen nennenswerten grauen Markt an Gesundheitsleistungen, im Unterschied zu vielen anderen Ländern, die uns als Vorbild hingestellt werden: nordische Länder oder auch Kolumbien, das in der WHO-Statistik vor uns ist, wo 90 Prozent der Transfers im Gesundheitswesen, wenn man es so nennen will, über die Theke gehen und nie registriert werden. Dort werden Lebenserwartung und die staatlich registrierten Ausgaben gegeneinander gehalten und dann heißt es: Kolumbien ist, was das Gesundheitswesen angeht, viel besser als Deutschland, weil Deutschland keine den Ausgaben für das Gesundheitswesen entsprechende Lebenserwartung hat. So wird das gemacht. Auch in Griechenland ist das so; ich kenne mich da gut aus. Auch dort sind 50 Prozent der Ausgaben für das Gesundheitswesen nicht registrierbar, weil sie bar über die Theke oder über den Tresen gehen, niemals durch irgendwelche anderen Kanäle – übrigens auch nicht über das Finanzamt.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir wollen alle eine Gesellschaft des langen Lebens, aber dann müssen wir auch offen und ehrlich diskutieren, wie wir die Mindereinnahmen, die die Frau Ministerin schon genannt hat, durch den seit 1998 um 10 Prozent gestiegenen Anteil der Rentner an den gesetzlich Krankenversicherten ausgleichen wollen.

Vater Staat tut ein Übriges hinzu: Er entlastet andere Zweige der Sozialversicherung, indem er die gesetzliche Krankenversicherung belastet. Allein die Gesetze Hartz I bis IV belasten die GKV seit diesem Jahr mit jährlich 3,6 Milliarden Euro. Das muss man feststellen. Dieses Geld ist nicht da. Und schließlich wird der Bundesfinanzminister die bisher vorgesehenen 4,2 Milliarden Euro aus der erhöhten Tabaksteuer, die nur zu einem bestimmten Zweck erhöht worden ist, wieder einkassieren und damit den Bundeshaushalt sanieren. Das war ausdrücklich nicht gewollt, sondern damit sollten ja versicherungsfremde Leistungen, die aus dem GKV-System herausgenommen werden sollten, kompensiert werden. Das fällt jetzt auch weg.

(Zuruf: Hört! Hört!)

Schließlich sinkt auch noch infolge anhaltend hoher Arbeitslosigkeit die Zahl der Beitragszahler. Frau Ministerin hat es schon gesagt: Wir sind zwar zum dritten Mal in Folge Exportweltmeister, können diese gesamtwirtschaftliche Entwicklung aber offensichtlich nicht in Arbeitsplätze umsetzen. Waren im Jahre 2000 noch 28 Millionen Beschäftigte sozialversichert, so ist diese Zahl innerhalb von fünf Jahren auf 26 Millionen gesunken. Diese 26 Millionen sind zuständig für die Finanzierung von 92 Prozent unserer Bevölkerung. Das sind diejenigen, die in der GKV versichert sind. Da passt doch irgendetwas

nicht mehr zusammen. Ich glaube, wir sind uns absolut einig, dass hier etwas geschehen muss.

(Beifall)

Herr Ahrens sagt immer: Das GKV-System ist ganz wichtig, denn es betrifft 92 Prozent der Bevölkerung. Dass aber bloß 60 Prozent der Gesamtkosten von dort aufgebracht werden und der Rest des Geldes von woanders kommt, zum Beispiel durch unsere 10 Milliarden Euro, die wir beisteuern, wird überhaupt nicht registriert.

(Beifall)

Für Fernsehtalkshows muss man sich speziell bewaffnen. Solche Zahlen verstehen die Zuschauer.

Das, meine Damen und Herren, sind also die Fakten: eine marode Finanzierungsgrundlage, eine enorme Leistungsverdichtung und die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft bei rasant wachsenden medizinischen Möglichkeiten. Damit müssen wir uns auseinander setzen und nicht mit dem „gefühlten Wissen“ von vermeintlich milliardenschweren Effizienzreserven, die von manchem Gesundheitsökonomen, der heute Bundestagsabgeordneter ist, in die Welt gesetzt werden.

(Beifall)

Das ist keine Wissenschaft, das ist Schätzometrie.

(Beifall)

Sie mag ja nützlich sein, um die politische Verantwortung für Leistungseinschränkungen zu verschleiern, aber sie hilft nicht wirklich und schon gar nicht weiter, zumal wir Ärztinnen und Ärzte genug davon haben, als Assistenten staatlich angeordneter Rationierung missbraucht und dafür auch noch beschimpft zu werden.

(Beifall)

Das ist der Punkt, über den wir uns unterhalten müssen, und zwar zuhören, verstehen und dann vielleicht, wie bei der Bundeswehr, wiederholen, um zu zeigen, dass man es verstanden hat,

(Heiterkeit – Beifall)

und sich dann klar darüber werden, was wir unter direkter, indirekter und sonstiger Rationierung verstehen. Dazu komme ich nachher noch.

Wenn wir nun hören, sehr verehrte Frau Bundesministerin – das, was Sie heute gesagt haben, weicht von dem ab, was wir in den letzten Tagen gehört haben; es kommt ja nicht darauf an, was gesendet wird, sondern darauf, was ankommt –, dass die gesundheitspolitischen Überlegungen in der großen Koalition abermals nur auf ein weiteres Spargesetz zielen und die eigentliche Reform, nämlich die Reform der Finanzierungsgrundlagen, wieder zurückgedrängt werden soll – ich vermute, weil es nicht so leicht ist, sich unter den gegebenen Verhältnissen über etwas zu einigen –, dann ist das unredlich gegenüber den Patienten, gegenüber uns Ärztinnen und Ärzten und vor allen Dingen gegenüber der nächsten Generation. Es geht ja nicht nur um uns heute, sondern auch um die nächsten Generationen, die damit fertig werden müssen. Denn eine solide Finanzierungsbasis sieht anders aus. Wenn wir Rationierung vermeiden wollen, und zwar dauerhaft, dann sollten die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich für deren Kernaufgaben – „originäre Aufgaben“ wäre auch ein guter Ausdruck – ausgegeben werden;

(Beifall)

dann muss die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden – damit meine ich nicht primär Zuzahlungen, sondern, wie Sie es gesagt haben, durch Prävention und geeignete Maßnahmen Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit, um zu vermeiden, das System in Anspruch nehmen zu müssen –;

(Beifall)

dann brauchen wir ganz sicher so etwas wie einen Demografiefaktor auch in der Krankenversicherung, denn ohne die Bildung von Rücklagen ist die GKV nicht zukunftsfähig.

Wir sollten, meine Damen und Herren, darauf hinarbeiten, dass die Finanzierungsgrundlagen dauerhaft gesichert sind, und das heißt eben auch – da sind wir uns ja wohl einig –: von den Arbeitseinkommen entkoppelt. Es gibt auch keine wirkliche Mitverantwortung der Arbeitgeber; denn deren Beitragsanteile gehen ohnehin in die Kostenkalkulation ein.

Mich stört es, dass permanent die Arbeitgeber schreien, das Wohl und Wehe des Wirtschaftsstandorts Deutschland sei vom GKV-Beitrag abhängig. Die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung machen 4,5 Prozent der Arbeitskosten je Vollzeitbeschäftigten aus. Bei einer Erhöhung der GKV-Beitragssätze um einen einzigen Prozentpunkt würde sich der Anteil der Arbeitgeberbeiträge lediglich um 0,32 Prozent auf 4,82 Prozent der Arbeitskosten erhöhen. Gleichwohl erwarte ich, dass mit der Entkoppelung der Beiträge vom Einkommen endlich auch die Lohnnebenkos-

tenlüge – als so etwas empfinde ich das – nicht länger die Reformdiskussion in die Irre führt.

(Beifall)

Insofern können die derzeit diskutierten Prämienmodelle durchaus in die richtige Richtung weisen. Skepsis ist allerdings angesagt gegenüber steuerfinanzierten Elementen; denn wie die Rückführung der Tabaksteuer in den Bundeshaushalt zeigt, gibt es da eine gewisse Beliebigkeit, um es vornehm auszudrücken.

(Beifall)

Sollten wir also tatsächlich die Krankenversicherung für die Kinder über Steuern bezahlen wollen, dann darf diese Steuer aber auch nur für diesen Zweck aufgebracht werden, und das muss ganz verbindlich gelten.

Meine Damen und Herren, während die große Gesundheitsreform noch im kleinen Kreis besprochen wird, liegt zur Änderung des Vertragsarztrechts bereits ein Kabinettsentwurf vor – morgen wird er verabschiedet –, der subtil, aber äußerst weitreichend in das ärztliche Berufsrecht eingreift. Darauf will ich mich beschränken.

Vordergründig vollzieht der Gesetzentwurf zwar die Änderungen der ärztlichen (Muster-)Berufsordnung nach, die wir vor zwei Jahren in Bremen beschlossen haben. Der Deutsche Ärztetag wollte damit mehr Freiheit für niedergelassene Ärzte schaffen, Freiheit für neue Formen der ärztlichen Zusammenarbeit, Freiheit für die freiberuflichen Ärzte im Wettbewerb mit institutionellen Versorgungsformen wie den Medizinischen Versorgungszentren.

Doch was wurde im Bundesgesundheitsministerium daraus gemacht? Ein schwerer Eingriff in ärztliches Berufsrecht. Denn der Kabinettsentwurf, der morgen verabschiedet werden soll, greift gleichermaßen Länderrecht wie auch die Rechte der ärztlichen Selbstverwaltung an, weil er die ärztliche Berufsordnung in wesentlichen Punkten einfach aushebelt.

Es entsteht der Eindruck, dass das neue Regelungskonzept zugleich ein erster Test für weiterreichende Versuche des Gesetzgebers sein soll, Vertragsärzte als „sozialrechtliche“ Ärzte mit besonderem Status und neuem Berufsbild zu definieren. Einer solchen „Versozialrechtlichung“ des Arztberufs, Frau Ministerin, werden wir definitiv und entschieden entgegentreten.

(Beifall)

Wir wollen keine Zwei-Klassen-Ärztinnen und -Ärzte. Ärztliches Berufsrecht muss auch Vorrang vor sozialrechtlichen Regelungen haben, denn es schützt

die Patient-Arzt-Beziehung, während das Sozialrecht, wie es im Moment praktiziert wird, im Wesentlichen nur auf die Beitragssatzstabilität abhebt und diesen Schutz nicht gewährleistet.

(Beifall)

Im Übrigen halten wir es für richtig, die Zugangsgrenze von 55 Jahren zur Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit komplett ersatzlos zu streichen. Auch sollten Ärztinnen und Ärzte, die älter als 68 Jahre sind, vertragsärztlich tätig sein und bleiben können. Es ist doch, meine Damen und Herren, nicht wirklich einzusehen, dass nur diejenigen älteren Ärztinnen und Ärzte per Dekret von der Vergreisung befreit sind, die in unterversorgten Gebieten tätig werden sollen.

(Beifall)

Jetzt komme ich kurz zum AVWG. Ganz in der Ideologie staatlicher Regulierung verhaftet ist auch das so genannte Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, kurz AVWG. Wieder geht es um die Ausschöpfung vermeintlicher Wirtschaftlichkeitsreserven. Das Gesetz führt die Tradition fort, durch quasi staatliche Steuerung der Medikamentenversorgung Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung lösen zu wollen. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen abermals für strukturelle Defizite in den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens verantwortlich gemacht werden und die Kassenärztliche Vereinigung soll es wieder als eine Art unterstaatliche Regulierungsbehörde sanktionieren.

So aber, verehrte Frau Ministerin, kann ärztliche Selbstverwaltung nicht funktionieren, so wird sie Schritt für Schritt kaputt gemacht.

(Beifall)

Deshalb, verehrte Frau Ministerin, kann diese Regelung dauerhaft keinen Bestand haben. Heben Sie die Bonus-Malus-Regelung alsbald wieder auf. Sie wird nicht die Ausgaben senken, sondern sie wird Unfrieden in den Praxen schaffen, weil die Patientinnen und Patienten eine andere Einstellung dazu haben und ihren Ärztinnen und Ärzten misstrauen, wenn sie wissen, dass es die Bonus-Malus-Regelung gibt. Entscheidend ist die Philosophie, die dahintersteht, nicht die Ausformulierung, die jetzt auch nachgebessert worden ist. Das, was uns stört, ist der Grundsatz, der dahintersteckt.

(Beifall)

Hinzu kommt der enorme bürokratische Aufwand, der zur Überprüfung des Verordnungsverhaltens von zigtausend Ärztinnen und Ärzten unvermeidlich ist. Wenn das Bundesgesundheitsministerium einerseits verkündet, gegen den überbordenden Bürokratieaufwand im Gesundheitswesen vorgehen zu wollen,

was ich akzeptiere und auch glaube, doch andererseits solche bürokratischen Monster wie das AVWG gegen alle Widerstände durchdrückt, ist das nicht sehr glaubwürdig.

(Beifall)

Ich habe ein bisschen die Sorge, dass die Entstehung dieses Gesetzes ein typisches Beispiel für die politischen Abläufe in der jetzigen großen Koalition sein könnte. Bereits vor einem öffentlichen Meinungsbildungsprozess sind die wesentlichen Punkte konsentiert und damit weitgehend unverrückbar, weil sonst der Koalitionsfriede in Gefahr käme; auch wenn viele Abgeordnete besonders der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestages und viele Ministerpräsidenten der Bundesländer zu Bonus-Malus ein mulmiges Gefühl hatten, wie aus den Antwortbriefen, die wir auf unsere Briefe hin bekommen haben, hervorgeht – die Gesetzgebung war einfach nicht mehr zu stoppen. Das ist eine neue Dimension, wenn sich Regierung und Opposition in der Regierung wiederfinden, weil die Opposition im Bundestag nicht mehr so bedeutungsvoll ist und das Ganze im politischen Raum unbeobachtet stattfindet und wir erst mit dem konfrontiert werden, was nicht mehr veränderbar ist. Deswegen: Gespräche, Gespräche, Gespräche, zuhören und diskutieren.

(Vereinzelt Beifall)

Meine Damen und Herren, da reden alle, vor allem in letzter Zeit, immer wieder teilweise selbstgefällig vom hohen Stellenwert der Gesundheit in unserer Gesellschaft und wie wichtig doch der Arztberuf sei. Doch dann führt der politische Weg leider fast aller Parteien weiter in Richtung Einheitsmedizin und Misstrauenskultur. Misstrauen ist die Schwester der Bürokratie. Misstrauen und Bürokratie sind Zwillingsschwestern.

(Beifall)

Besonders beeindruckt hat mich die Diskussion um die Frage: Wer definiert eigentlich den ärztlichen Behandlungsauftrag? In der Vergangenheit war es unbestritten, dass der ärztliche Behandlungsauftrag sich an individuellen Patienten zu orientieren hatte. Der Patient hatte Anspruch auf notwendige Leistungen, die zweckmäßig und ausreichend zu sein hatten. Patient und Arzt waren verpflichtet, bei der Behandlung auf Wirtschaftlichkeit zu achten. Diese Zeiten sind so vorbei. Nach Auslegung der heutigen SGB-V-Situation wird die Frage „Wer definiert den ärztlichen Behandlungsauftrag?“ wie folgt beantwortet:

1. der Gesetzgeber mit Bestimmung des Leistungskatalogs
2. der Gemeinsame Bundesausschuss durch normative Richtlinien

3. die Vertragspartner (GKV und Leistungserbringer) durch Kataloge und Verträge (zum Beispiel EBM, DRG, dreiseitige Verträge)
4. die gesetzlichen Krankenkassen bei Einzelverträgen (zum Beispiel in der Integrierten Versorgung)
5. der Versicherte der GKV durch seine Wahlentscheidungen
6. der Arzt im individuellen Behandlungsverhältnis

Fazit: Während früher die millionenfachen Patient-Arzt-Interaktionen sozusagen den Leistungskatalog bildeten, somit an der Spitze der Entscheidungskette standen, sind diese Partner nunmehr an das Ende dieser Entscheidungskette positioniert worden.

Das ist enttäuschend und ist für uns Ärztinnen und Ärzte wohl der tiefer liegende Grund für Frust und Demotivation, was sich jetzt bei Demos und Streiks als Wut artikuliert.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wer die ärztliche Therapie derart administriert, darf sich nicht wundern, wenn die Ärztinnen und Ärzte auf die Barrikaden gehen. Wir haben es nämlich ordentlich satt, in diesem System als verkappte Gerichtsvollzieher benutzt zu werden!

(Beifall)

Schließlich verstehen wir uns als Freiberufler, die im Interesse der Patientinnen und Patienten hoch qualifizierte Leistungen erbringen. Das machen wir gern, denn wir verstehen unseren Beruf noch immer als Berufung – deshalb sind wir nicht bereit, einfach zuzusehen, wie unser Berufsbild immer weiter verschandelt wird!

(Beifall)

Wir erwarten wirklichen Respekt und Anerkennung für unsere Leistungen und unser Engagement.

Wie weit sich aber die politische Einstellung zum Arztberuf inzwischen vom Leitbild der Freiberuflichkeit entfernt hat, wird an einem sehr profanen Beispiel deutlich, am Beispiel der privatärztlichen Gebührenordnung, der GOÄ. Diese Gebührenordnung – wir haben das beim vorigen Ärztetag in Berlin ausführlich besprochen – ist ohnehin in einem desolaten Zustand und bedarf dringend der Reform. Nun sieht der Koalitionsvertrag auch noch eine Absenkung der Gebührensätze mit Behandlungspflicht für Beihilfeberechtigte und weitere Personen vor.

Eine solche Gebührenabsenkung aber, gekoppelt auch noch mit dem Zwang, zu diesen reduzierten Sätzen Beihilfeberechtigte behandeln zu müssen – und immerhin machen die Beihilfeberechtigten die Hälfte der Privatversicherten aus –, eine solche Koppelung würde – abgesehen von den fragwürdigen rechtlichen Implikationen – Investitionen verhindern, Arbeitsplätze abbauen und Existenzen vernichten. Das ist schlichtweg skandalös!

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren Delegierten des Deutschen Ärztetages, Sie werden sich erinnern, dass unser voriger Deutscher Ärztetag in Berlin energisch gegen eine weitere Verschleppung der unbedingt notwendigen Reform der GOÄ protestiert hat. Statt diese Reform nun endlich anzupacken, setzt die große Koalition auch hier die Heckenschere an. Wir nehmen diese unsinnigen Pläne zum Anlass, nochmals energisch auf die Notwendigkeit einer Generalüberholung hinzuweisen. Denn schließlich haben Patient und Arzt Anspruch auf eine medizinisch aktuelle, leistungsgerechte, in sich schlüssige Gebührentaxe, eine Gebührentaxe, die Transparenz und Verbraucherschutz, Qualität und Innovation schafft und damit Rechtssicherheit für Patient und Arzt garantiert.

Tatsächlich jedoch ist die GOÄ – man muss sich das einmal vorstellen – im November 1982 letztmalig grundlegend überarbeitet worden, und das auf der Basis der Ersatzkassengebührenordnung von 1978. Das ist also schon fast 30 Jahre her. Von den 32 Abschnitten des Leistungsverzeichnisses wurden seitdem 22 Kapitel nicht mehr grundlegend aktualisiert, die restlichen zehn Kapitel sind auch bereits mehr als zehn Jahre alt. Der rasante Fortschritt der Medizin der letzten drei Jahrzehnte ist damit an der GOÄ weitgehend spurlos vorübergegangen! Uns Ärztinnen und Ärzten wird zugemutet, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Jahres 2006 auf der Grundlage eines Verzeichnisses von 1978 abzurechnen.

Rechtsanwälte, Steuerberater und Architekten haben solche Probleme nicht. Und ich wünsche sie auch keinem. Aber es soll dann bitte keiner mehr behaupten, wir säßen auf Fürstenthronen! Es wissen ja schon gar nicht mehr alle, was das ist. Das ist wirklich aberwitzig und zeugt einmal mehr von der völligen Unkenntnis unserer Situation.

(Beifall)

Herrn Dr. Struck sind die Probleme in der ärztlichen Vergütung offensichtlich verborgen geblieben. Wir sind gerne bereit, ihn auf den neuesten Stand zu bringen: Seit Jahren schon belasten das Patient-Arzt-Verhältnis ganz erheblich Rechtsunsicherheiten, Anwendungsschwierigkeiten, Fehlinterpretationen und zunehmende Konflikte bis hin zu Gerichtsverfahren. Und das alles nur, weil die

Politik ihre Hausaufgaben nicht macht und es versäumt, die Gebührenordnung zu modernisieren.

Die Bürokratie wächst dadurch unaufhörlich, das Prüf- und Gutachterwesen bei Ärztekammern, privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen muss ständig ausgebaut werden. Ganz abgesehen davon, dass der Alltag in der Arztpraxis durch die Abrechnungsauseinandersetzungen zeitlich enorm belastet wird.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, die GOÄ muss als Taxe eines freien Berufs für die von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen auch eine leistungsgerechte Honorierung garantieren. Nur so kann vermieden werden, dass durch Preisdumping medizinische Qualität beeinträchtigt wird.

(Beifall)

Wenn eine amtliche Gebührenordnung nicht mehr in der Lage ist, ihre Funktionen zu erfüllen, stellt sich auch die Frage nach ihrer verfassungsmäßigen Berechtigung. So wie bisher darf es auf jeden Fall nicht mehr weitergehen, dass man Rechnungen bekommt, die etwas aufführen, was bei der Behandlung gar keine Rolle gespielt hat. Das muss doch Verwirrung hervorrufen. Mir ist es in der letzten Zeit jedenfalls so ergangen; ich will es jetzt nicht näher schildern. Im ersten Moment habe ich gedacht, ich bin auf einem anderen Stern, das mit der Betrügerei stimmt also doch. Allerdings stand unten nach einem kleinen Sternchen: Analogziffer. Wie soll es jemandem ergehen, der von der Sache gar nichts versteht? Der muss doch misstrauisch werden. Das muss weg, meine Damen und Herren, das muss erneuert werden!

(Beifall)

Auch sonst verstärkt sich bei unseren Kolleginnen und Kollegen doch verständlicherweise das Gefühl einer systematischen Entwertung ärztlicher Arbeit. Wenn man einmal die Arbeit in der niedergelassenen Praxis auch unter GKV-Bedingungen gerecht honorieren wollte, müsste man einen festen Punktwert von mindestens 6 Cent zugrunde legen. Alles andere ist völlig überzogener Sozialrabatt, der den Kolleginnen und Kollegen regelrecht abgepresst wird. Das muss hier in der Öffentlichkeit festgestellt werden.

(Beifall)

Und dann wird auch noch oft, viel zu oft, billigend in Kauf genommen, dass Praxisumsatz mit Arzteinkommen verwechselt wird.

(Beifall)

Da wird ein Drittel der vertragsärztlichen Leistungen einfach nicht mehr bezahlt und da werden im Krankenhaus Tarife bezahlt, die sich im europäischen Vergleich überhaupt nicht mehr halten lassen und in anderen Ländern nur ein müdes Lächeln auslösen. Deshalb, sehr geehrter Herr Ministerpräsident, lieber Herr Kollege Professor Böhmer, kann ich beim besten Willen nicht verstehen, wie man den Klinikärzten und den niedergelassenen Ärzten überzogene Ansprüche attestieren kann. Das haben Sie heute nicht getan, aber gestern.

(Beifall)

Die Politik kann doch nicht von uns erwarten, dass wir einen erheblichen Teil unserer Arbeit, wie man im Ruhrgebiet so schön sagt, für lau erledigen. Keine andere Berufsgruppe würde sich das gefallen lassen – und wir tun das jetzt auch nicht mehr!

(Beifall)

Auch bei den Forderungen der Krankenhausärzte geht es ja nicht um exorbitante Gehaltserhöhungen von 30 Prozent, sondern zunächst einmal schlicht darum, dass geleistete Arbeit überhaupt bezahlt wird und nicht Millionen von Überstunden als freiwilliger Sozialdienst vorausgesetzt werden.

(Beifall)

Deshalb auch hätten wir uns im Arbeitskampf des Marburger Bundes schon ein wenig mehr Unterstützung von den Gewerkschaften und auch von den politischen Parteien erhofft, die sich den Arbeitnehmerrechten besonders verpflichtet fühlen.

(Beifall)

Denn die Arbeitgeberseite – das ist für die Universitätsärzte nun einmal die Tarifgemeinschaft der Länder – interessiert sich offensichtlich nicht im Mindesten für die zum Teil katastrophalen Arbeitsbedingungen und Dumpinglöhne der Klinikärzte.

(Beifall)

Ich habe folgenden Verdacht: Die Zermürbungstaktik des Herrn Möllring dient doch letztlich nur dem Ziel, auch Universitätskliniken gegen die Wand fahren zu lassen, Fusionen und Schließungen zu provozieren, um damit die Länderhaushalte zu konsolidieren.

(Beifall)

Diese Politik aber ist, auch wenn es sich um eine Tarifauseinandersetzung handelt, nicht mehr am Gemeinwohl orientiert, sondern richtet sich gegen Patientinnen und Patienten und gegen die sie betreuenden Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen.

(Beifall)

Ich will seitens der Bundesärztekammer hier noch einmal in aller Klarheit sagen, dass die gesamte deutsche Ärzteschaft geschlossen hinter dem Arbeitskampf des Marburger Bundes steht.

(Anhaltender lebhafter Beifall)

Wir sind mit euch solidarisch! Lasst euch nicht unterkriegen im Kampf um eure Rechte! Damit haben wir den Wunsch erfüllt, den der neue Träger der Paracelsus-Medaille, Herr Professor Kuntz, eben hier geäußert hat.

(Beifall)

Es bleibt zu hoffen, dass wenigstens einzelne Länder zur Vernunft zurückfinden und separat mit dem Marburger Bund nach adäquaten Lösungen suchen oder wenigstens die Souveränität aufbringen, einen Schlichter zu bestellen.

Meine Damen und Herren, die Verhandlungsführer der TdL scheinen ganz bewusst eine so genannte Marktbereinigung – da geht es über die Universitätskliniken hinaus, denn die VKA kommt ja noch – im stationären Sektor herbeiführen zu wollen. Dabei ist die Konzentration im stationären Sektor – oder sollte man ganz ehrlich sagen: die Schließung von Krankenhäusern und -abteilungen – bereits in vollem Gange. Seit der Scharfschaltung der diagnosebezogenen Fallpauschalen vollzieht sich der Paradigmenwechsel von der Mildtätigkeit zum knallharten Kommerz in rasantem Tempo. Aktuell wird von einer Reduktion der Kliniken um bis zu 30 Prozent für die nächsten zehn bis 20 Jahre ausgegangen. In der Folge kommt es zu verschärftem Wettbewerb, der an dieser Stelle völlig deplatziert ist, zu Risikoselektion und zu einer enormen Leistungsverdichtung.

(Beifall)

Der enorme Zeitdruck und die mehr und mehr merkantil geprägten Entscheidungen in den Krankenhäusern sind maßgeblich mitverantwortlich für die wachsende Berufsunzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte – ganz abgesehen von den bürokratischen Belastungen durch Dokumentationen, Prüfungen und Gegenprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Wenn wir also auf die Straße gehen, dann kämpfen wir nicht nur für bessere Arbeitsbedingungen, sondern auch für das Primat der Medizin gegenüber dem Profitdenken der Konzerne.

(Beifall)

Ich bin mir durchaus bewusst, dass eine zunehmende Privatisierung kaum zu verhindern sein wird, zumal die Länder nicht in der Lage sind, die notwendigen Investitionen von 30 bis 40 Milliarden Euro zu leisten. Entscheidend aber ist, dass die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung und der Patientenbetreuung so definiert sind, dass sie trotz der Ausweitung der Wettbewerbsphilosophie im Gesundheitswesen eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung garantieren.

Das ist nach wie vor die Fürsorgepflicht des Staates – und die gilt ohne Ausnahme auch für die Länder! Die Daseinsfürsorge lässt sich nicht in den Wettbewerb delegieren. Das ist nicht nur unanständig, das ist auch rechtlich nicht möglich.

(Beifall)

Und dazu gehört gerade angesichts der demografischen Entwicklung auch der Erhalt der flächendeckenden und eben auch wohnortnahen Versorgung. Sonst, meine Damen und Herren, kommt es zu einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation in der Organisation des Gesundheitswesens, die der Gesundheitswissenschaftler Hagen Kühn so formuliert hat:

> *Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.*

Eine solche Kommerzialisierung würde die soziale Substanz unseres Gesundheitswesens bedrohen und zu einer Verteilung von Leistungen nach Kaufkraft führen. Das wollen wir doch wirklich nicht, verehrte Frau Ministerin. Ich glaube, auch da sind wir uns einig.

(Beifall)

Die Probleme, vor denen unser Gesundheitswesen steht, sind immer auch Probleme, die sich aus der gesellschaftlichen Entwicklung ergeben. So wie die anhaltende hohe Arbeitslosigkeit die Beitragssatzdiskussion bestimmt, so ergeben sich die großen Volkskrankheiten aus der zunehmenden Vereinzelung und Entsolidarisierung der Menschen, auch aus der Hypermobilität und schlichtweg der Überforderung des Einzelnen.

Psychische Erkrankungen zählen deshalb weltweit zu den häufigsten Gesundheitsstörungen – mit wachsender gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Nach dem World Health Report der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2001 sind vier der zehn wichtigsten Erkrankungen psychischer Art: Depression, Alkoholismus, Schizophrenie und bipolare Störungen. Bei Jugendlichen ist die zweithäufigste Todesursache der Suizid.

Wir stehen aber dem Anstieg psychischer Erkrankungen gar nicht hilflos gegenüber. Mithilfe von sozialpsychiatrischen Maßnahmen, Psychotherapieverfahren und Psychopharmaka hat sich die Behandlung psychischer Erkrankungen, wie etwa Angst- und Zwangserkrankungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen, in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert.

Dennoch sind psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen nach wie vor subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt. Seelisch labile und gestörte Kinder werden in Schulen häufig von ihren Klassenkameraden gemobbt. Betroffene Patientinnen und Patienten halten stationäre Aufenthalte oder laufende Behandlungen oft vor ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen, Freunden oder sogar Angehörigen geheim.

Die Stigmatisierung psychischer Leiden entsteht unter anderem auch dadurch, dass diese nicht als Krankheiten wahrgenommen werden. Depressive werden vielfach als selbst schuldhaft und mitverantwortlich für ihre Störung gesehen. Diese Stigmatisierung bleibt nicht ohne Folgen: Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten nimmt aus Scham zu spät oder gar keine Hilfe in Anspruch. Psychische Leiden sind nach wie vor irgendwie ein Tabuthema.

Vor diesem Hintergrund sind zahlreiche nationale wie internationale Aktionsbündnisse entstanden, etwa das „Nationale Aktionsbündnis für seelische Gesundheit“, für das Sie, Frau Bundesministerin Schmidt, die Schirmherrschaft übernommen haben, oder auch Bündnisse in den Städten und Gemeinden wie die von der Ärztekammer Nordrhein initiierten Bündnisse gegen Depression in Düsseldorf und Duisburg. Die Auswahl der Städte ist rein zufällig.

Um ein weiteres deutliches Zeichen gegen die Stigmatisierung und für eine Stärkung der ärztlichen Psychotherapie zu setzen, wird sich dieser 109. Deutsche Ärztetag eingehend mit der Behandlung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten beschäftigen. Wir wollen für Öffentlichkeit bei diesem Thema sorgen, wir wollen Vorurteile abbauen und Möglichkeiten aufzeigen, wie die Lebens- und Behandlungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessert werden kann. Ganz herzlichen Dank an unsere Vorstandskollegin Frau Dr. Astrid Bühren für ihre engagierte Vor-

bereitung dieses Tagesordnungspunkts, die sie zusammen mit ihrem Team geleistet hat.

(Beifall)

Auch ein weiteres Thema, die Diskussion um die Selbstbestimmung am Lebensende, verdient die ganze Beachtung der Öffentlichkeit.

In ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 hat die Bundesärztekammer verdeutlicht, dass Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden können, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Weil bei Sterbenden die Linderung des Leidens im Vordergrund stehen kann – so haben wir es niedergeschrieben –, darf eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung – ob sie eintritt, weiß man gar nicht, aber es ist denkbar – hingenommen werden. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Daraus kann aber keinesfalls ein einklagbares Recht auf so genannte aktive Sterbehilfe – ein schlechter Ausdruck – abgeleitet werden, wie es zuletzt der Strafrechtler und Rechtsphilosoph Professor Rainer Merkel auf dem Internistenkongress in Wiesbaden gefordert hat. Es gebe Situationen, so Merkel, in denen aktive Sterbehilfe – gemeint ist Tötung auf Verlangen – oder assistierter ärztlicher Suizid möglich sein müssten. Damit vertritt Merkel zwar eine Minderheitenposition – wenigstens in der Szene –, die aber zunehmend offensiver vorgetragen wird. Das zeigt auch der Vorstoß des früheren Hamburger Justizsenators Kusch zur Legalisierung der Euthanasie.

Professor Merkel adressierte seine Forderungen nach Zulassung der Euthanasie explizit an uns Ärztinnen und Ärzten, indem er sagte:

> *Die Bundesärztekammer sollte ihren Widerstand gegen die standesethische Akzeptanz des assistierten Suizids endlich aufgeben.*

Ich hätte Herrn Merkel schon etwas mehr Sorgfalt in der Recherche zugetraut. Er hätte sich nur die Beschlüsse vergangener Ärztetage anschauen müssen, dann wüsste er: Für die deutsche Ärzteschaft ist die Tötung von Patienten – und dazu gehört auch der assistierte Suizid – ein Tabu. Das kommt nicht infrage und dabei muss es auch bleiben!

(Beifall)

Unsere Patientinnen und Patienten dürfen niemals in die Situation kommen, im Unklaren darüber zu sein, ob ihre Ärztin bzw. ihr Arzt ihnen helfen will, das Le-

ben zu bewältigen und ein lebenswertes Leben weiterzuführen oder ob sie bzw. er mehr auf ihren Tod hin denken. Das ist die Gefahr, die woanders schon ganz offensichtlich ist. In diese Situation wollen wir unsere Kolleginnen und Kollegen und unsere Patientinnen und Patienten nicht bringen.

Unheilbar kranke Menschen können ihr Leben bis zuletzt als lebenswert empfinden, wenn sie professionell betreut werden, Zuwendung erfahren und vor allem nicht alleine gelassen werden. Daran sollten wir wider alle Versuchungen des Zeitgeistes unverbrüchlich festhalten.

(Beifall)

Jan Ross, den ich immer wieder gern zitiere – ein evangelischer Theologe und Journalist –, hat nach wie vor Recht, wenn er schon 1996 sagte:

> *Wer meint, dass getötet werden darf, wer getötet werden will, wird leicht zu dem Schluss kommen, dass nur der nicht getötet werden darf, der nicht getötet werden will.*

Ich begrüße es deshalb auch außerordentlich, dass im Bundesrat durch eine Initiative der Länder Saarland, Thüringen und Hessen ein Gesetzesantrag für ein Verbot der geschäftsmäßigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung eingebracht worden ist, mit dem so genannten Sterbehilfeorganisationen ein Riegel vorgeschoben werden soll. Ich hoffe, dass das gelingt.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir blicken bei diesem Ärztetag auch über nationale Grenzen hinaus und befassen uns mit der Gesundheitsversorgung in Europa. Für die Vorbereitung dieses wichtigen Themas, das die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung künftig immer stärker prägen wird, darf ich den Kollegen Dr. Wurche aus Bremen und Herrn Dr. Jeszenszky aus Rumänien ganz herzlichen Dank sagen.

(Beifall)

Die Europäische Union durchdringt schon jetzt mit ihren Richtlinien und Verordnungen weite Bereiche der Gesetzgebung in den Mitgliedstaaten. Zugleich aber sagt das EU-Recht, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens in vollem Umfang gewahrt bleibt.

Die Kompetenz der EU endet dort, meine Damen und Herren, wo es um die Gestaltung der Versorgungsstrukturen geht. Wir werden darauf achten, dass es – wie lange bei der Dienstleistungsrichtlinie als Gefahr erkennbar – nicht zu einer gravierenden Niveauabsenkung kommt und auch nicht zu einer weiteren

Brüssel-induzierten Bürokratisierung. Davon haben wir im eigenen Lande schon genug.

Der 109. Deutsche Ärztetag wird sich deshalb eingehend mit den Auswirkungen der europäischen Politik auf unser Gesundheitswesen befassen.

Meine Damen und Herren, Europa bietet Ärztinnen und Ärzten aber auch Chancen, denn im Wettbewerb der Arbeitsbedingungen und der Anerkennung ärztlicher Arbeit haben unsere jungen Kolleginnen und Kollegen heute die Möglichkeit, in anderen Ländern berufswürdig und angemessen arbeiten zu können und angemessen bezahlt zu werden. Ich hatte Ihnen ja schon von dem Kollegen erzählt, der seine Zukunft in Norwegen sieht. Andere ziehen scharenweise nach England und kümmern sich nicht darum, ob das Gesundheitswesen staatlich ist oder nicht, sondern dort stimmen eben die Arbeitsbedingungen. Das ist der entscheidende Punkt.

(Beifall)

Wer als Arzt im Krankenhaus am Monatsende 1 400 Euro in der Tasche hat und am Wochenende vom Flughafen Hahn mit Ryanair nach London fliegt, dort Wochenenddienst macht und mit dem Dreifachen nach Hause kommt, sieht England als etwas Positives an.

(Beifall)

Viele der Medizinstudierenden in Deutschland haben einfach keine Lust mehr, unter den heutigen Bedingungen in die Patientenversorgung zu gehen. Weit über die Hälfte der angehenden Ärztinnen und Ärzte würde bis zu 50 Stunden pro Woche im Krankenhaus arbeiten, aber unbezahlte Überstunden wollen 40 Prozent der Jungmediziner auf keinen Fall leisten. Das ergibt die jüngste Umfrage der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden unter nahezu 4 000 Studentinnen und Studenten.

Abschreckend wirken auf den Medizinernachwuchs nicht allein die Aussicht auf zeitlich befristete Arbeitsverhältnisse, schlechte Bezahlung und ungeregelte Arbeitszeiten, sondern auch die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Gefährdung der Patientinnen und Patienten durch übermüdete Ärztinnen und Ärzte und die hohe Belastung durch Verwaltungstätigkeiten.

Wie soll es also in Zukunft aussehen, wenn wir schon heute in elf von 99 Planungsbezirken Ostdeutschlands keine ausreichende hausärztliche Versorgung mehr haben? Nicht besser ist die Lage in den Krankenhäusern. Derzeit sind nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft circa 3 200 Arztstellen in deutschen Krankenhäusern unbesetzt, etwa ein Drittel davon in den neuen Bundesländern. Nur durch die Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte, insbesondere aus Mittel- und Osteuropa, konnte das Niveau der stationären

Versorgung in den östlichen Bundesländern unseres Landes aufrechterhalten werden. Diese Fakten sprechen doch eine deutliche Sprache.

Wir entfernen uns Tag um Tag mehr von dem Anspruch, eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung für alle Menschen in diesem Land bereitzustellen. Ärztemangel ist an vielen Orten bereits Realität, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität.

Wir stehen vor einer doppelten demografischen Herausforderung. Zum einen haben wir die rapide älter werdende Gesellschaft mit einem eklatanten Anstieg von Mehrfacherkrankungen, zum anderen macht die Altersentwicklung auch vor den Ärzten nicht Halt. Allein bei den Hausärztinnen und Hausärzten werden im Osten der Republik in den nächsten zehn Jahren mehr als ein Drittel in den Ruhestand gehen, also etwa 3 500 Ärztinnen und Ärzte.

Ausreichender Nachwuchs ist nicht in Sicht. Insgesamt sind nur noch 16,4 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte jünger als 35 Jahre – ein dramatischer Einbruch. Ich habe schon im vorigen Jahr auf dem Deutschen Ärztetag von dem Kölner Krankenhausarzt berichtet, der seinen Arztkittel an den Nagel hängte, in das Controlling der Klinik wechselte und so sein Gehalt auf einen Schlag verdoppelte und obendrein seine Arbeitszeit halbierte. Das ist nicht in jedem Fall so; das weiß ich. Aber prinzipiell hat sich an solch paradoxen Verhältnissen bis heute nichts Grundlegendes geändert, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Es ist gar nicht zu bestreiten, dass die Attraktivität des Arztberufs stark gelitten hat. Das Umfeld fürs Heilen und Helfen stimmt nicht mehr. Die Kolleginnen und Kollegen werden systematisch demotiviert. Das haben wir gemeinsam zu stoppen!

Dabei könnte diese Gesellschaft durchaus stolz sein auf die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte und all der anderen Gesundheitsberufe. Erst jüngst hat ein Sechs-Länder-Vergleich mit Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika ergeben, dass das deutsche Gesundheitswesen aus der Sicht der Kranken die höchste Qualität in der Versorgung aufweist. Danach hat Deutschland im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten, auch die Laborbefunde sind verlässlicher und liegen schneller vor, Patienten haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl, bekommen im Krankenhaus seltener eine Infektion und wer chronisch krank ist, wird häufiger und regelmäßiger präventiv untersucht.

Ich kann mich, verehrte Frau Ministerin, da nur den Worten Ihres Staatssekretärs Dr. Klaus-Theo Schröder anschließen, der anlässlich der Vorstellung dieser Studie im vergangenen November sagte:

Unser Gesundheitssystem ist besser als sein Ruf. Die anderen Staaten haben es bereits erkannt und sprechen vom Learning from Germany.

(Beifall)

Aber wir wollen nicht vergessen, Frau Ministerin, wer die Gesundheitsversorgung auf diesem hohen Niveau aufrechterhalten hat, trotz chronischer Unterfinanzierung und zum Teil paralegaler Arbeitsbedingungen: die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegekräfte und all die anderen Gesundheitsberufe, die mit ihrem Engagement Patientenbetreuung noch möglich gemacht haben, wo sonst keine Ressourcen mehr waren.

Wenn genau diese Menschen, für die die 40-Stunden-Woche oft schon am Mittwoch beendet ist, jetzt nach Jahrzehnten zu Zigtausenden auf die Straße gehen, dann ist das ein nie da gewesener Massenprotest des Gesundheitswesens. Dann gibt es auch kein Zurück mehr zu alten Rezepten. Dann brauchen wir grundlegende Änderungen.

Es kann einfach nicht weitergehen nach dem Motto: come in and burn out.

(Beifall)

Ein „Weiter so“ geht definitiv nicht mehr.

Sehr verehrte Frau Ministerin, meine sehr verehrten Damen und Herren Bundestagsabgeordneten, wenn Sie Rat und Hilfe bei der Erstellung einer wirklich vernünftigen Gesundheitsreform haben wollen, fragen Sie doch uns – wir sind gern zur Diskussion und Mithilfe bereit.

(Beifall)

Ich kann es auch hochmodern ausdrücken: Da werden Sie geholfen.

Vielen Dank, meine Damen und Herren.

(Die Anwesenden erheben sich – Anhaltender lebhafter Beifall)

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag: Dienstag, 23. Mai 2006
Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich heiße Sie alle sehr herzlich willkommen, insbesondere die Damen und Herren Delegierten des 109. Deutschen Ärztetages in Magdeburg.

Ganz herzlich begrüßen darf ich den Ehrenpräsidenten dieses Ärztetages, Herrn Professor Dr. med. habil. Walter Brandstädter, den Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Herzlich willkommen, Walter Brandstädter!

(Beifall)

Den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Karsten Vilmar, darf ich entschuldigen. Er nimmt an der Beisetzung von Herrn Roemer, der heute Morgen erwähnt worden ist – Herr Roemer war der frühere Chefredakteur des „Deutschen Ärzteblatts“ und Leiter der Pressestelle der Bundesärztekammer –, heute Nachmittag in Eberswalde teil. Herr Professor Vilmar vertritt dort die Bundesärztekammer.

Ich begrüße Herrn Dr. Köhler, den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, und Herrn Kollegen Weigeldt als Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sehr herzlich.

(Beifall)

Wir haben Ehrengäste aus dem In- und Ausland, die ich wie immer sehr herzlich begrüße. Wir freuen uns, dass wir so großen Zuspruch haben.

Ich begrüße Herrn Dr. Daniel Mart, den Präsidenten des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte. Er kommt aus Luxemburg, aber in diesem Fall ist er Europäer. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Dr. Francisc Jeszenszky, der auf diesem Ärztetag auch ein Referat halten wird. Er ist Direktor des Zentrums für Public Health in Rumänien und Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Herzlich willkommen, Dr. Jeszenszky!

(Beifall)

Ich begrüße Frau Dr. Waltraud Diekhaus, die Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes. Herzlich willkommen, Frau Dr. Diekhaus!

(Beifall)

Dann darf ich Herrn Dr. Gheorge Borcean begrüßen, den Vizepräsidenten der Ärztekammer Rumänien. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ferner begrüße ich Herrn Dr. Drazen Borcic, den Vizepräsidenten der Ärztekammer Kroatien. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ferner begrüße ich Herrn Dr. Xavier Deau, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Frankreich. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Professor Illija Dzhonov, Präsident der Kommission für Berufsanerkennung der Ärztekammer Mazedonien. Auch er ist uns herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Dr. Ragnar Gunnarsson, den Vizepräsidenten der Ärztekammer Island. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wie so häufig ist auch diesmal Herr Professor Igor Korol unter uns, der Vorsitzende der internationalen Abteilung der Ärzteorganisation Weißrussland. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Professor Ferenc Paulin, der dieses Jahr als Vorstandsmitglied der Ungarischen Medizinischen Sozietät (MOTESZ) Ungarn vertritt. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Frau Charlotte May, Leiterin des Auslandsreferats der Ärzteorganisation in Großbritannien. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße ferner Herrn Dr. Erik Mikurcik, Vorstandsmitglied der Ärztekammer der Slowakei. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wie in fast jedem Jahr begrüße ich Herrn Dr. Anatol Resnikov, Arzt für Pneumologie, unsere Kontaktperson zur russischen Ärzteorganisation. Herzlich willkommen, Herr Dr. Resnikov!

(Beifall)

Unter uns ist Herr Dr. Béla Szalma, Generaldirektor der Ungarischen Medizinischen Sozietät (MOTESZ). Herzlich willkommen!

(Beifall)

Schließlich begrüße ich herzlich Herrn Dr. Terje Vigen, den Generalsekretär der Ärzteorganisation Norwegen, der sich heute Vormittag sicher über einige Mitteilungen gefreut hat. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Wenn weitere Ehrengäste zu uns kommen, werden wir sie willkommen heißen, wenn sie eingetroffen sind.

Bisher eingetroffene Grußtelegramme liegen Ihnen umgedruckt vor. 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 Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herrn Professor Fuchs, das Wort. Bitte schön, Herr 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 109. Deutschen Ärztetag ist den Delegierten am 29. März 2006 satzungsgemäß inklusive Tagesordnung und Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2004/2005 und den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2006/2007 zugesandt worden. Per 12. April 2006 wurde ebenfalls satzungsgemäß der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer versandt.

Ich möchte an dieser Stelle dem Deutschen Ärzte-Verlag ganz herzlich dafür danken, dass er so intensiv zur rechtzeitigen Herstellung des Tätigkeitsberichts beigetragen hat.

Gemäß § 4 Satz 3 der Satzung der Bundesärztekammer beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich stelle fest, dass mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Der 109. Deutsche Ärztetag ist damit beschlussfähig.

Die Liste der Delegierten mit aktuellem Stand liegt bei Ihren Tagungsunterlagen.

Sie finden ebenfalls in Ihren Tagungsunterlagen weitere organisatorische und technische Hinweise: zum Ablauf der Tagesordnung und zum Zeitplan, zum Einsatz von Ersatzdelegierten sowie zum Delegiertenzentrum.

In den Tagungstaschen sind auch die Formulare zur Antragstellung und zur Wortmeldung enthalten.

Neu ist in diesem Jahr eine organisatorische Regelung, die der 108. Deutsche Ärztetag im vergangenen Jahr beschlossen hat: Demnach sollen die Anträge sofort nach Eingang und Fertigstellung zur Einsicht bereitliegen. Damit Sie nicht in den ersten Stunden des Ärztetages von einer Papierflut erstickt werden, haben wir zusätzlich zur Verteilung zu den jeweiligen Tagesordnungspunkten 50 weitere Exemplare nach Eingang und Tagesordnungspunkten sortiert und links vor der Bühne auf den Tischen bereitgelegt, sodass Sie sich zeitnah informieren können.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag behandelt elf Tagesordnungspunkte. Laut § 9 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage müssen dringende Anträge über Gegenstände, die nicht auf der Tagesordnung stehen, vor Eintritt in den ersten Verhandlungsgegenstand vorgebracht werden. Sie sind zu verhandeln, wenn die Mehrheit dafür ist. Der Vorstand der Ärztekammer kann jederzeit die Tagesordnung ändern oder ergänzen.

Die Beratungen finden jeweils zu den im Programmheft angegebenen Zeiten statt.

Schließlich erlaube ich mir noch den Hinweis, dass in der gesamten Bördelandhalle Rauchverbot besteht, sodass Sie in diesem Jahr nicht abstimmen müssen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Professor Fuchs.

Wir befinden uns hier in einer Sporthalle; die meisten von Ihnen werden das wissen. Sie werden diese Halle durch Fernsehübertragungen von Boxkämpfen

höchster Qualität kennen. Vor allen Dingen wird hier auch Handball gespielt. Magdeburg ist ja eine bekannte Handballstadt.

Ich muss gestehen, dass ich vergessen habe, am Schluss der Eröffnungsveranstaltung mitzuteilen, dass der 109. Deutsche Ärztetag nunmehr eröffnet ist. Das muss noch nachgetragen werden. Bitte sehen Sie mir das nach. Die Nationalhymne hat mich so ergriffen, dass ich das vergessen habe. Unser Stenograf, Herr Rüdiger Weber, den ich herzlich willkommen heiße und den ich herzlich begrüße, der uns ja schon seit vielen Jahren begleitet,

(Beifall)

wird das entsprechend zu Protokoll nehmen. Ich glaube, dann ist das geheilt.

Wir kommen nun zu unseren Beratungen zu **Tagesordnungspunkt I:**

Patientenversorgung in Deutschland – Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung

Dazu liegen drei Anträge des Vorstands der Bundesärztekammer vor, nämlich die Anträge I-1, I-2 und I-3.

Außerdem darf ich mitteilen, dass wir das Rederecht für einen Ärztesprecher der Universitätsklinik Freiburg vorgesehen haben, der, wenn er dies möchte, aus der Sicht der Universitätsärzte vortragen kann. Es ist Herr Dr. Jens Thiel. Er ist persönlich geladener Gast und er wird uns kurz darüber unterrichten, welches die Gründe der Streiks der Kolleginnen und Kollegen sind.

Die erste Wortmeldung kommt von Herrn Kollegen Crusius. Er hat auf seinem Wortmeldezettel nicht vermerkt, zu welchem Antrag er sprechen möchte. Aber das wird er uns jetzt sagen. Bitte schön.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu Jörg Hoppe sprechen. Ich denke, mit unseren Standing Ovations haben wir schon zum Ausdruck gebracht, dass wir mit seiner Rede einverstanden sind, dass wir mit der präzisen Analyse, mit der Sachverhaltsaufklärung und mit der, wie ich es einmal nennen möchte, Belehrung der Politik, doch bei der Bewältigung der Aufgaben, die man im Gesundheitsministerium nicht erledigen kann, unsere ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, einverstanden sind. Es wurde deutlich, welches Chaos derzeit im Gesundheitsministerium herrscht. Es sind ja einzelne Gesetze angesprochen worden.

Ich denke, in Ihrer aller Namen zu sprechen, wenn ich unserem Präsidenten für diese präzise Analyse und seine aufklärende Rede herzlich danke. Vielen Dank, Jörg!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Die nächste Wortmeldung kommt von Frau Dr. Goesmann, unserer Vizepräsidentin. Bitte schön.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich spreche zum Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer, aber auch noch zur eindrucksvollen Eröffnungsveranstaltung von heute Vormittag. Mein Dank gilt vor allem Herrn Kollegen Friebel und Herrn Professor Hoppe, die uns aufgerüttelt haben und die sowohl politisch sehr gehaltvoll als auch humorvoll waren.

Ich finde, dies hier ist ein ganz besonderer Ärztinnen- und Ärztetag, wie die Ministerin sagte. Ich verfolge Ärztetage nunmehr seit 17 Jahren. In diesem Jahr herrscht eine besondere Atmosphäre. Vor der Halle standen Demonstranten; gestern bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es Standing Ovations für Herrn Montgomery und für den Kampf der Klinikärzte um ihre Rechte. Ich glaube, das hat es noch nie gegeben. Es gab gestern bei der KBV ein konstruktives Ringen um Beschlüsse, die den Interessen aller Ärzte gerecht werden.

Herr Professor Hoppe hat uns geraten, von Lenin zu lernen, was hier in Sachsen-Anhalt überwunden zu sein schien. Herr Professor Böhmer hat als Ministerpräsident dieses Landes Verständnis dafür gezeigt, dass wir keine floatenden Punktwerte mehr haben wollen, dass wir die Abwälzung des Morbiditätsrisikos auf die Ärzteschaft nicht mehr akzeptieren wollen.

Für mich war es auch ein Novum, dass der Sprecher der Träger der Paracelsus-Medaille die deutsche Ärzteschaft zur Solidarität aufruft. Er hat darauf hingewiesen, dass dies heute wesentlicher denn je ist und dass wir unsere Forderungen geschlossen vorbringen müssen.

(Beifall)

Wir sollten in dieser Situation, da uns die Ministerin nur mit netten Worten abgespeist hat, Geschlossenheit demonstrieren. Wir sollten Divergenzen und Konflikte innerhalb der Ärzteschaft nicht zukleistern, sondern klar benennen. Aber wir sollten unsere Anliegen geschlossen vortragen.

Mein Wunsch wäre, dass wir, wenn es gelingt, die Anliegen der Krankenhausärzte nach viel besseren Arbeitsbedingungen und einer adäquaten Bezahlung durchzusetzen, weiter gemeinsam für die Anliegen der niedergelassenen Vertragsärzteschaft streiten. Wir brauchen weiterhin Kraft. Die Kraft darf nicht

nachlassen. Wir müssen in diesem Jahr weitere Aktionen schultern. Dazu wünsche ich uns den nötigen Schwung und die nötige Geschlossenheit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Dr. Goesmann. – Der nächste Redner ist Herr Baumgärtner aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Baumgärtner, Baden-Württemberg: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Lieber Herr Präsident, auch von mir vielen Dank für Ihre Rede. Ich danke Ihnen auch dafür, dass Sie uns bei den Demonstrationen in Stuttgart und in Sindelfingen immer unterstützt haben. Wir haben jetzt drei Termine hinter uns. Zum ersten Termin kamen 5 000 Kolleginnen und Kollegen, in Sindelfingen waren es dann 7 000 und jetzt auf dem Stuttgarter Schlossplatz waren es 10 000. Ohne Ihre Unterstützung wäre dies kaum möglich gewesen.

Bewegt haben mich heute Vormittag bei der Eröffnungsveranstaltung die beiden Reden der Politiker. Ich muss Ihnen sagen: Ich sehe das, was heute ausgeführt wurde, ausgesprochen kritisch. Wir hören jedes Jahr dasselbe und es ändert sich definitiv nichts.

(Beifall)

Ich beginne einmal mit Herrn Böhmer. Er hat ja gesagt: Das Morbiditätsrisiko soll auf die Krankenkassen verlagert werden. Ich weiß nicht, ob alle gehört haben, was er danach gesagt hat. Da hat er nämlich gesagt, dass die Leistungsmenge von den Leistungserbringern selbst gesteuert werden müsse. Das bringt uns immer wieder in die Falle, dass wir in den Praxen eine Zuteilungsmedizin betreiben müssen. Die Politik getraut sich nicht, eindeutig zu sagen: Dieses gibt es, jenes gibt es nicht. Das ist der Kernfehler auch dieser Gesundheitsreform.

(Beifall)

Ich habe vor einer Woche aus dem Bundeskanzleramt einen Brief erhalten, in dem steht, man wolle mit dem AVWG die wirtschaftliche Verantwortung der Ärzte für den Arzneimittelbereich stärken. Das ist unerhört! Es kann nicht sein, dass wir für das Anspruchsverhalten der Versicherten herhalten müssen, es kann nicht sein, dass wir für den Kassenwettbewerb herhalten müssen. Es kann auch nicht sein, dass wir für all das herhalten müssen, was dauernd in den Medien berichtet wird, was man in den Arztpraxen alles bekommen könne. Das muss von der Politik klar angegangen werden.

(Beifall)

Die Bundesgesundheitsministerin hat erklärt, die Selbstverwaltung sei am EBM-Desaster selber schuld. Sie hat genüsslich einen Brief des damaligen KBV-Vorsitzenden vorgelesen. Ich war damals KBV-Vorstandsmitglied. Ich kann Ihnen nur sagen: Die Ministerin hat natürlich massiv auf diesen EBM Einfluss genommen. Herr Knieps hatte Angst – es gibt einen entsprechenden Brief –, die Leistungsmenge würde in den Ländern zurückgefahren. Im Osten wäre die Leistungsmenge auf 50 Prozent dessen, was im Augenblick erbracht wird, zurückgegangen. Davor hatte Herr Knieps Angst. Er hat den Vorstand der KBV unter Druck gesetzt, dass man die Monopolywährung beibehält und floatende Punktwerte einführt.

Die Realität ist: Die Ministerin und das Ministerium haben massiv auf diese Entscheidungen Einfluss genommen. Die Ministerin kann heute nicht erklären: Ihr wart es! Sie hätte damals die Möglichkeit gehabt, dafür zu sorgen, dass die Kassen ihre Schulden bezahlen und mehr Geld in das System geben. Das ist alles bekannt. Aber man wollte es nicht.

Morgen wird in der „Süddeutschen Zeitung“ stehen, dass die Selbstverwaltung an dem Desaster selber schuld ist. Das ist aber nicht richtig. Es ist der Geldmangel, es ist die Verweigerung der Politik, eine Entscheidung darüber zu treffen, was solidarisch bezahlt wird und was nicht.

Ich will aber nicht nur jammern und nicht nur kritisieren. Ich sage hier auch für meinen Verband, den Verbund MEDI Deutschland, dass es nicht darum geht, nur zu jammern, sondern wir sind selbstverständlich bereit, die Bevölkerung auch in Zukunft preisgünstig zu versorgen. Wir sind sicher nicht bereit, unter Ausnutzung unserer Arbeitskraft tagtäglich ein System, das eigentlich pleite ist, am Laufen zu halten. Dazu sind wir mit Sicherheit nicht bereit.

Die Politik hat von uns ein Eckpunktepapier vorgelegt bekommen, in dem steht, was die Ärzte und die freien Verbände wollen; das ist abgestimmt.

Ich glaube, die meisten unterschätzen, was im Augenblick auf uns zukommt. Wir erwarten, dass die Politik diese Eckpunkte übernimmt, dass wir zumindest Teile dieser Eckpunkte in den politischen Entscheidungen wiederfinden.

Wir müssen uns aber auch an die eigene Nase fassen und eigene Fehler korrigieren. Wir müssen schauen, dass wir aus den Integrationsversorgungsverträgen herauskommen. Wir haben unter immer mehr Bürokratie zu leiden, wir erbringen immer mehr Leistungen aufgrund von IV-Verträgen, aber die Kassen lehnen sich zurück und zahlen keinen Cent mehr. Wir müssen daran denken, die IV-Verträge einzufrieren und keine neuen IV-Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen.

Auch das Thema DMP müssen wir neu beleuchten. Es geht hier nur um RSA-Gelder, um nichts sonst.

Unsere Kernforderung auch für den ambulanten Bereich muss sein, dass die Mindestvergütung von 5,11 Cent von den Krankenkassen bezahlt wird. Das einzige Druckmittel, das wir im Augenblick haben, besteht darin, dass wir erklären: Wir verknüpfen das mit den DMPs. Da müssen Sie uns helfen.

Wir wollen einen runden Tisch mit der Politik haben. Wir wollen über die Eckpunkte, über unsere Kernpunkte, über unsere Forderungen mit der Politik verhandeln. Wir brauchen auch hinsichtlich der angestellten Ärzte einen runden Tisch. Die Politik will die vorhandenen Probleme aussitzen. Die Politik wartet im ambulanten und auch im stationären Bereich und hofft, dass das Ding zusammenbricht. Das ist die Erwartung der Politik.

Ich möchte hier ganz klar sagen: Wenn die Arbeitgeber für den stationären Bereich nicht einlenken und endlich ein Verhandlungsangebot vorlegen, das auch der Marburger Bund annehmen kann, dann sollte sich der niedergelassene Bereich bis zur Weltmeisterschaft an die Seite des Marburger Bundes stellen. Vielleicht schließen wir während der Weltmeisterschaft die Praxen und die Kliniken. Vielleicht werden wir dann gehört.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Baumgärtner. Sie wissen wahrscheinlich, dass Abstimmungen von Sendern wie n-tv ergeben haben, dass die Bevölkerung das als nachvollziehbar betrachtet. Darüber habe ich mich sehr gewundert. Es wurde gefragt: Finden Sie es in Ordnung, dass die Weltmeisterschaft als Druckmittel benutzt wird, um die eigenen Ziele durchzusetzen? Fast 60 Prozent der Befragten haben mit Ja gestimmt. Das finde ich ausgesprochen ermutigend für uns und ungewöhnlich. Ich habe das so nicht erwartet. Ich habe erwartet, dass man sagt: Nein, während der Weltmeisterschaft muss Burgfriede herrschen, damit die Welt nur ja keinen schlechten Eindruck von uns bekommt.

So hätte man es ja auch formulieren können. Das ist aber nicht geschehen. Ich glaube, das sollten wir würdigen und sehen, dass wir eine starke Rückendeckung vonseiten der Bevölkerung erfahren.

Herr Fuchs sagt mir gerade, dass es einige Anträge gibt, die zu den Leitanträgen des Vorstands eingereicht wurden. Die Damen und Herren Antragsteller mögen bitte sehr genau darauf achten, ob es sich um einen Antrag zu der Thematik „Patientenversorgung in Deutschland – Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung“ handelt oder um einen Antrag zum Tätigkeitsbericht. Das möge bitte sorgfältig unterschieden werden. Achten Sie bitte darauf, damit wir

die eigentliche Aussage, die wir treffen wollen, nicht verwässern. Ich bin sicher, dass das kein Problem ist.

Jetzt ist Herr Thiel an der Reihe. Er hat eine Präsentation vorbereitet. Wir begrüßen Sie herzlich und freuen uns auf Ihren Beitrag. Bitte schön.

(Beifall)

Dr. Thiel, geladener Gast: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ berichtet heute zum 109. Deutschen Ärztetag, dass die Frage der ärztlichen Weiterbildungsordnung und Fragen zur Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen auf der Tagesordnung stehen. Es heißt wörtlich:

> *Doch die meisten Ärzte und erst recht die Öffentlichkeit wird das nicht interessieren.*

So sehen wir das auch. Wir freuen uns, dass wir hier eingeladen wurden und aus den Universitätskliniken vor Ort berichten können, wie der Stand der Dinge ist. Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ hat absolut Recht. Herr Böhmer hat offensichtlich in der gestrigen Ausgabe der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ gesagt, dass unsere Forderungen nicht berechtigt sind.

Ist das in unserem Sinne? Können Sie das unterschreiben? Wir an den Universitätskliniken können das nicht unterschreiben. Die Universitätskliniken sind im Aufruhr, die Universitätskliniken brennen.

(Beifall)

Wir sind im Moment die Speerspitze dieser Bewegung. Wir tragen diese Bewegung. Der Rest Deutschlands muss sich anschließen, ob es sich um kommunale Häuser oder um niedergelassene Kollegen handelt.

2004 sind wir zusammen mit wenigen Personen zum ersten Mal nach Stuttgart gefahren, nachdem man uns das Weihnachtsgeld und das Urlaubsgeld gekürzt bzw. gestrichen hatte. 2005 folgten viele Streikaktionen, tageweise. Im Juli 2005 folgte eine wochenlange Streikaktion. Man hat Verhandlungen angefangen, die dann aber unnötig in die Länge gezogen wurden. Das war die Taktik des Aussitzens.

Wir sind unserer ethischen Verpflichtung stets nachgekommen. Wir haben eine umfangreiche Notfallversorgung angeboten. Nicht zuletzt deswegen – zumindest ist das meine Meinung – unterstützt uns die Bevölkerung, auch wenn wir sagen: Wir streiken während der Fußballweltmeisterschaft.

Nachdem diese Verhandlungen gescheitert waren, befinden wir uns in Freiburg in der zehnten Streikwoche ohne Pause. Die TdL sitzt uns tatsächlich im Nacken. Warum haben wir noch immer keinen Ärztetarifvertrag? Sind unsere Forderungen überzogen? Auf der anderen Seite unterstützen uns mehr als 80 Prozent der Öffentlichkeit.

Ein 32-jähriger Assistenzarzt im vierten Jahr der Weiterbildung, tätig an einer Exzellenzuniversität, tätig in Forschung und Lehre, mit eigenem Laborprojekt, bekommt im Monat 1 651 Euro – für 60 Stunden Arbeit, für Arbeit in der Forschung, ohne Möglichkeit des Hinzuverdienstes. Wir arbeiten arbeitszeitgesetzkonform; trotzdem gibt es Überstunden, die nicht erfasst und nicht bezahlt werden.

(Zurufe: Sauerei! Frechheit!)

Wir wollen Arbeitsbedingungen, unter denen wir tatsächlich Spitzenleistungen erbringen können.

Jetzt haben ver.di und TdL einen Tarifvertrag abgeschlossen, der uns 16 Prozent mehr bietet. Ist das ein Grund, uns zu freuen? Von wegen. Die meisten haben wahrscheinlich die Anlage 5 gelesen: Arbeitszeiterhöhung auf 42 Stunden. Es gibt die Klausel hinsichtlich der Zukunftssicherung, die besagt, dass die Klinik bei wirtschaftlicher Schieflage sofort um 10 Prozent kürzen kann. So sichert man die Zukunft der Ärzte in Deutschland! So geht man mit den Leistungsträgern um!

Die Ärzte an der Universitätsklinik Freiburg sind sauer, die Ärzte in ganz Süddeutschland sind sauer. Dort hinten stehen meine Kolleginnen und Kollegen aus Ulm, Tübingen und Heidelberg!

(Beifall)

Wir haben Unterstützung durch die bayerischen Universitäten erhalten. Wir begrüßen die Kolleginnen und Kollegen aus München, die ebenfalls dort hinten stehen!

(Beifall)

Wir sind sauer. Wir haben jeden Morgen von 9 bis 10 Uhr eine Vollversammlung. Dort besprechen wir die aktuelle Situation. Im Moment sind alle unsere Kolleginnen und Kollegen der Meinung, dass allen Kolleginnen und Kollegen, die diesen Tarifvertrag akzeptieren, den Bürokraten für uns abgeschlossen haben, der Arsch richtig auf Grundeis gehen soll!

(Beifall)

Wir verstehen die Welt nicht mehr. Wir sind leistungsbereit, wir wollen nicht bezahlt werden, ohne dass wir dafür international konkurrenzfähige Spitzenleistungen erbringen. Man muss uns aber Arbeitsbedingungen ermöglichen, unter denen wir diese Leistungen erbringen können. Im Moment haben wir keine Zukunft mehr. Oberarztstellen sind völlig unattraktiv geworden. Mit W-Verträgen können wir uns keine Zukunft vorstellen. Die Niederlassung wird unattraktiver. Letztendlich sind wir flexibel. Wir werden ins Ausland abwandern.

Was sagt Herr Struck dazu? Er meint:

> *Erst einmal muss der Speck im System konsequent abgebaut werden.*

Ich weiß nicht, wo bei 1 600 Euro noch der Speck sein soll.

Wir gehen ein hohes persönliches Risiko ein. Wir haben Gehaltseinbußen von bis zu 1 000 Euro im Monat. Vom „Speck“ bleiben noch 600 Euro übrig. Das ist knapp. Trotzdem halten wir solidarisch diesen Streik durch.

(Beifall)

An anderer Stelle kann man durchaus sehen, wo man einsparen könnte. Wenn die Einsparmaßnahmen nicht ausreichen, müssen wir uns überlegen, wie das Betttuch, das nicht mehr für uns alle ausreicht, vergrößert werden kann. Das kann nicht dadurch geschehen, dass jeder an einer anderen Ecke zieht, sondern wir müssen gemeinsam zusammenstehen. Wir sitzen in einem gemeinsamen Boot. Es hat an den Universitätskliniken lange gedauert, bis das ins Bewusstsein gedrungen ist. Inzwischen sitzen die Universitätsärzte mit im Boot; zu Beginn sah das anders aus. Damals saßen wir nicht nur nicht in einem gemeinsamen Boot, sondern wir ruderten auch noch in unterschiedliche Richtungen.

Mein Appell geht an die Kollegen aus den kommunalen Krankenhäusern und an die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, mit uns an einem Strang zu ziehen. Wir müssen das Ganze reißen. Wir können das nur zusammen reißen. Wir machen die Medizin nur zukunftsfähig, wenn wir zusammenstehen.

(Beifall)

Der Leitspruch der Streikbewegung in Freiburg lautet: Wir für uns, nicht gegen andere. Die Streikbewegung richtet sich nicht gegen die Krankenschwestern, richtet sich nicht gegen die Patienten, sondern ist für uns. Wir müssen unsere Ziele klar machen, wir müssen verdeutlichen, dass sie berechtigt sind.

Wir haben viele Zuschriften von Kollegen aus kommunalen Häusern erhalten, die uns unterstützen möchten. Sie selber können im Moment nicht streiken. Deshalb hat der Marburger Bund freundlicherweise ein Streikkonto eingerichtet. Wer diesen Streik unterstützen möchte, ist aufgerufen, sich die Kontonummer

und die Bankleitzahl, die Sie hier auf der Leinwand sehen, aufzuschreiben und etwas zu überweisen. Wir stehen diesen Streik allerdings auch ohne dieses Spendenkonto durch. Es wäre aber ein Signal der Kollegen vor Ort, die medizinische Versorgung in Deutschland zukunftsfähig zu machen.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Thiel, für Ihren Vortrag, für Ihre klaren Worte und für Ihre berechtigten Forderungen, die Sie uns dargestellt haben. Vielen Dank auch für den Besuch Ihrer Kolleginnen und Kollegen hier bei uns. Das ist ein Zeichen der Solidarität, die wir zurückgeben können. Wir werden uns in diesem Sinne verhalten und die ärztliche Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland mit dem, was Sie gesagt haben, bekannt machen. Es wird auch das Konto noch bekannt gegeben, sodass wir vielleicht doch eine Hilfe aus der gesamten Ärzteschaft beisteuern können.

Nochmals herzlichen Dank.

Der nächste Redner ist Herr Professor Griebenow aus Nordrhein.

Prof. Dr. Griebenow, Nordrhein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Herr Hoppe, nochmals herzlichen Dank für Ihre sehr umfassende Analyse, für Ihre klaren Aussagen und für die klare Solidarität seitens der Bundesärztekammer. Herzlichen Dank aber auch für den klaren Aufruf zur Solidarität. Herrn Kollegen Thiel kann man sagen, dass es nicht nur freundlicher Beifall war, den er hier bekommen hat, sondern dass die Ärzteschaft zurzeit in einem Ausmaß zusammensteht, wie wir das bisher noch nicht erlebt haben.

Herr Thiel hat uns ein klares Beispiel dafür gegeben, dass es ein Junktim aus der Vergangenheit nicht mehr gibt. Dieses Junktim lautete: Berufung wiegt zum Teil schlechte Bezahlung und schlechte Arbeitsbedingungen auf. Dieses Junktim ist weg. Herr Hoppe, ich bin Ihnen dankbar dafür, dass Sie heute Vormittag den Bogen bis hinten zu denen geschlagen haben, die zurzeit überlegen, ob sie Medizin studieren sollen und den Arztberuf ergreifen sollen oder nicht. Ich glaube, hier handelt es sich um Menschen, die absolut leistungsbereit sind, die aber auch eine klare Abwägung treffen, was sie zu erbringen bereit sind, wenn nur eine bestimmte Gegenleistung erfolgt. Sie sehen den Abteilungsleiter in einer Bank und den Angestellten in einer Versicherung, der einen ähnlich verantwortungsvollen Posten ausfüllt wie sie selbst. Daraus entsteht die Forderung, eine adäquate Bezahlung für eine hoch qualifizierte Arbeit zu erhalten, für die man

lange studiert hat, für die man sich breit angelegt gebildet hat, bei der man sich voll einbringt, die mit hohen ethischen Maßstäben versehen erfüllt wird. Aber die arbeitsphysiologischen Bedingungen müssen vergleichbar sein. Dies ist das neue Junktim: adäquate Bezahlung für gute Arbeit unter vergleichbaren arbeitsphysiologischen Bedingungen. Ich glaube, das ist das Entscheidende, das hier heute noch einmal klar gesagt werden muss. Wir dürfen uns nicht in dem Kleinklein von Verhandlungen im Rahmen irgendwelcher Tarifwerke verlieren. Da gibt es vielleicht einen Abschluss, mit dem diejenigen, die bereits im System sind, mit mehr oder weniger viel Zähneknirschen leben können.

Mindestens 50 Prozent geht es um ein Signal an diejenigen, die überlegen, ob sie überhaupt in das Gesundheitswesen einsteigen sollen, ob sie überhaupt den Arztberuf ergreifen sollen. Wenn dieses Signal nicht klar ausfällt, wenn es nicht gelingt, dieses neue Junktim seitens aller Beteiligten zu implementieren, dann habe ich in der Tat große Sorge, dass wir innerhalb weniger Jahre einen dramatischen Qualitätsverlust im deutschen Gesundheitswesen erleben werden. Dann werden diejenigen, die an deutschen Universitäten hervorragend ausgebildet worden sind, ihre Kenntnisse nicht in Deutschland anwenden oder auch überhaupt erst gar nicht diesen Beruf ergreifen, und die vielen anderen, die überlegen, ob sie den Beruf des Arztes ergreifen sollen, überlegen es sich anders.

Ich denke, man muss dies insbesondere der Politik ins Stammbuch schreiben, denn sie sitzt zurzeit noch in einer ganz anderen Ecke.

Herr Möllring hat in einer Fernsehdiskussion den Eindruck zu suggerieren versucht, dass derjenige, der ein Studium hinter sich gebracht hat, das den Staat pro Jahr etwa 30 000 Euro gekostet hat, so etwas wie eine moralische Verpflichtung hat, dies durch Ausübung seines Berufs im deutschen Gesundheitswesen zurückzugeben.

Da kann man doch nur sagen: Das ist eine Beugung der freiheitlichen Grundordnung auf dem Boden kompletter Konzeptlosigkeit.

(Beifall)

Was machen denn diese jungen Menschen? Sie greifen doch das auf, was die Politik während vieler Jahre gepredigt hat, was ja auch sinnvoll ist: mehr Bildung, mehr Qualifikation, mehr Flexibilität, mehr globales Denken. Dann darf man sich doch nicht wundern, dass diejenigen, die in der Lage sind, das umzusetzen, zusehen, wo sie die besten Arbeitsbedingungen geboten bekommen.

Offensichtlich sind die deutschen Studenten am Ende ihres Studiums nicht nur fachlich so gut fortgebildet, sondern auch sprachlich in der Lage, sich im europäischen Markt und im englischsprachigen Raum global zu orientieren.

Die Politik darf sich nicht wundern, dass die Geister, die sie rief, zurückschlagen.

Wenn man Wettbewerb predigt, darf man sich nicht wundern, dass diejenigen, die sich im Wettbewerb befinden, sich ihres strategischen Gewichts bewusst werden und sich klar darüber werden, welche besondere Rolle sie im Medizinbetrieb spielen.

Auf dieser Ebene gibt es eben keine Vergleichbarkeit zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und dem Pflegepersonal auf der anderen Seite. Natürlich sind wir uns alle darüber im Klaren, dass es für den Gesamterfolg der Krankenbehandlung aller Beteiligten bedarf, aber es bleibt doch richtig, dass ohne die Ärzte das Krankenhaus nur ein Pflegeheim ist. Der Beitrag der Ärzte ist an dieser Stelle ein absolut anderer, nicht vergleichbar mit dem, was das Pflegepersonal leistet.

Entsprechende Versuche, hier Sozialneid zu schüren, sollten von der Politik tunlichst unterlassen werden.

(Beifall)

Ich möchte an dieser Stelle diejenigen, die aktuell an der heißen Front des Tarifkampfs stehen, aber auch diejenigen, die in den Verbänden tätig sind – bis hinauf zu Ihnen, Herr Hoppe, als dem Spitzenvertreter der Bundesärztekammer –, bitten, diese klare Botschaft an allen Stellen, wo sie kommuniziert werden kann, zu wiederholen. Es geht um die Zukunftsfähigkeit und um ein klares Signal an diejenigen, die gerade angefangen haben oder auch erst anfangen wollen zu studieren. Es geht nicht allein um ein Signal an diejenigen, die bereits im System sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Lindhorst, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, wir haben heute Vormittag eine exzellente Rede von Herrn Professor Hoppe gehört. Er hat unseren Standpunkt klar dargelegt. Er hat ebenso wie Professor Kuntz als Vertreter der mit der Paracelsus-Medaille Geehrten klar gemacht, dass wir eine einige Ärzteschaft sein müssen. Die Kritik von vorhin stimmt: In der Vergangenheit wurden manchmal unsinnige Ziele verfolgt, beispielsweise die absolute Ho-

heit über das DRG-System behalten zu wollen, obwohl wir letzen Endes doch nur die Ausführenden sind. Man muss einmal kritisch beleuchten, was aus unseren Forderungen geworden ist, die wir vor fünf oder sechs Jahren erhoben haben.

Wir müssen selber proaktiv sein. Ich glaube, da gibt es weiterhin ein großes Manko. Wir sind nicht die Gestalter, sondern wir rennen der Entwicklung oft hinterher.

Ich möchte mit ein paar Zahlen belegen und in diesem Zusammenhang auf einen Antrag zu diesem Tagesordnungspunkt hinweisen, wie unattraktiv Deutschland als Standort geworden ist. Es handelt sich um Zahlen aus Hessen. Im Jahre 2001 hatten wir kaum Anträge auf das Certificat of good standing. Dieses Zertifikat ist quasi die Voraussetzung, um ohne Schwierigkeiten mit der Kammer ins Ausland zu gehen und sich dort bei einer Kammer anzumelden bzw. registriert zu werden. Es gab im Jahr 2001 knapp 30 solcher Anträge. In diesem Jahr sind es bereits – allein in Hessen – in nur fünf Monaten 260 Anträge. Nicht alle wandern aus, sondern viele üben eine zweite Tätigkeit im Ausland aus. Sie alle kennen die Wochenenddienste.

Sie alle kennen die Drohung: Wir holen die Ärzte aus Polen oder aus sonstigen Ländern Osteuropas. 2004 gab es in Hessen 160 Teilnehmer aus Osteuropa an den entsprechenden Kursen. In diesem Jahr sind es 32 Teilnehmer. Es ist äußerst fraglich, ob es überhaupt noch einen zweiten derartigen Kurs geben wird.

Diese Personen, mit denen uns die Politik droht, gehen großenteils nach Skandinavien, Irland oder Großbritannien. Wir wissen, dass dort die Allgemeinmediziner Jahresgehälter von durchschnittlich 150 000 Euro erhalten. Die Kräfte aus Osteuropa werden oft für 130 000 Euro und mehr fest angestellt.

Das sind Zahlen, von denen inzwischen manchmal schon deutsche Chefärzte träumen. Für die meisten gilt das zum Glück noch nicht. Ich bitte Sie, den entsprechenden Antrag anzunehmen.

Ich möchte noch etwas zu den Ausführungen des Kollegen Thiel sagen. Es klingt immer sehr einfach und kämpferisch, wenn auf den berufspolitischen Veranstaltungen erklärt wird: Wir machen das, wir sind eine Front! Die Realität ist eine andere. Weiterhin fallen viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen ihrer Kollegenschaft in den Rücken. Wir erleben ärztliche Direktoren in erster Linie in ihrer Funktion als Verwaltungsdirektoren, die vielleicht ihre Klinik führen dürfen und vieles liquidieren dürfen, einschließlich Personal.

Es gibt durchaus einen Arbeitskampf. Darüber müssen sich viele klar werden. Da sind die Kammern in der Verantwortung, in solchen Situationen aktiv einzugreifen, dort, wo die Arbeitskampfverhältnisse sehr schwierig sind.

Das habe ich bis heute aber noch nicht erlebt. Inzwischen gibt es recht viele Fälle – aus vielerlei Gründen tut man sich schwer damit, das öffentlich zu machen –, dass die Vertragsverlängerung nicht erfolgte oder viele miese Abläufe zu verzeichnen sind. Das gilt auch für Chefärzte, die sich klar äußern. Da wird der ärztliche Direktor gegen seinen „Mit-Chefarzt“, der ihn vielleicht einmal in dieses Gremium gewählt hat, aktiv.

Hier ist noch sehr viel ärztliche Solidaritätsarbeit zu leisten.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Lindhorst. – Jetzt Herr Dr. Thomas Schröter aus Thüringen. Bitte schön.

Dr. Schröter, Thüringen: Ich werde mich mit drei Minuten Redezeit begnügen, auch wenn das noch nicht entsprechend begrenzt wurde.

Herr Professor Hoppe, Sie sind bereits mehrfach für Ihre Rede gelobt worden. Ich möchte diese Gelegenheit benutzen, auch Herrn Kollegen Friebel für seine gute Präsentation unseres Berufsstands zu danken. Hier haben Sie beide Hervorragendes geleistet.

(Beifall)

Vielleicht ist es angebracht, von diesem Podium aus ein Wort an die Magdeburger Bevölkerung zu richten. Ich habe während der Eröffnungsveranstaltung beobachtet, wie die Musiker, die ja keine Ärzte sind, die verschiedene Passagen der langen Rede von Herrn Professor Hoppe aufgenommen haben. Ich hatte den Eindruck, dass sie an manchen Stellen nicht alles verstanden haben.

Wir Ärzte haben natürlich verstanden, was ausgeführt wurde. Ich habe allerdings eines vermisst, Herr Hoppe. Sie haben die Lüge von der doppelten Facharztschiene und von den Doppeluntersuchungen gebrandmarkt. Mir ist aufgefallen, dass die Magdeburger im Bereich des öffentlichen Nahverkehrs ebenfalls eine Doppelversorgung haben. Ich stamme aus einer Stadt, in der es nur Straßenbahnen gab. Ich lebe jetzt in einer Stadt, in der es nur Busse gibt. Aber in Magdeburg gibt es sowohl Straßenbahnen als auch Busse.

Ich könnte jetzt also auf die Idee kommen, die Magdeburger zu fragen, warum sie in einem solchen unnötigen Überfluss leben. Mir mag der Magdeburger antworten: Wenn ich von A nach B will, muss ich zunächst den Bus und dann die Straßenbahn nehmen, anderenfalls erreiche ich mein Ziel nicht. Genauso ist

es bei uns im Gesundheitswesen mit den Fachärzten im ambulanten Bereich und den Fachärzten im stationären Bereich.

Sind Sie krank, liebe Patienten, wollen Sie wieder gesund werden, dann müssen Sie zunächst den einen Weg gehen; wenn es erforderlich ist, muss auch die zweite Schiene mit eingeschlossen werden. Umsteigen ist also angesagt. Das ist eine ergänzende, eine arbeitsteilige Organisation, die nichts mit Verschwendung und Überfluss zu tun hat, die nicht zum Einsparpotenzial taugt, wie es von dem heute bereits genannten Gesundheitsökonomen, der jetzt Gesundheitspolitiker ist, suggeriert wird. Das wollte ich an dieser Stelle ergänzen.

Ich danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Da haben Sie aber ganz genau hingehört. Ich habe die Kurve aber noch bekommen. Sie haben Recht: Ich hatte eine kleine andere Schiene eingeschlagen. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Scherf aus Hamburg.

Dr. Scherf, Hamburg: Auch ich möchte danken, besonders Herrn Dr. Friebel für die historisierende, reizende, luftige und unterhaltsame Einführung. Die Rede von Herrn Professor Hoppe empfand ich nun bereits zum siebten Mal als den jährlichen Multivitamincocktail, i.v. verpasst. Hier kann man sich aufbauen und einmal im Jahr gesundheitspolitische Vernunft vernehmen in der Öde dessen, was als verwirrende Information ansonsten in die Welt gesetzt wird.

Wir haben in der letzten Zeit viel plakative Politprosa gelesen. Am schönsten und am kürzesten war: „Duo fatal – Ulla und Karl“.

Ich möchte das ganz kurz poetischer machen. Alle fünf Jahre kann ein Gedicht verarbeitet werden. Das letzte Mal war es in Köln; damals stammte der Text von Erich Kästner. Ich bediene mich jetzt bei Heinrich Heine. Wir haben heute Morgen am Heinrich-Heine-Platz getagt. In diesem Jahr wird seines 150. Todestages gedacht.

Der Text lautet folgendermaßen:

Nachtgedanken

Denk ich an Ulla in der Nacht,
Dann bin ich um den Schlaf gebracht,
Ich kann nicht mehr die Augen schließen,
Und wuterfüllte Tränen fließen.

Die Jahre sollen schnell vergehn,
Dass solch' Minist'rin ich muss sehn,
Sieben Jahre sind schon hingegangen;
Es wächst nach mehr mir kein Verlangen.

Nach Abgang mein Verlangen wächst.
Nicht hat die Ulla mich behext,
Ich zeig die Schulter ihr, die kalte,
Dass sie uns so nicht mehr verwalte.

Die Ministerin hat uns nicht lieb,
In den Gesetzen, die sie schrieb,
Sehn wir, dass sie nur um sich zittert,
Das Arztherz ist ganz tief erschüttert.

Die Ulla liegt uns stets im Sinn.
Sieben lange Jahre flossen hin,
Sieben Jahre sind verflossen,
Wir haben sie nicht ins Herz geschlossen.

Hat Deutschland ewigen Bestand?
Es war mal kerngesundes Land,
Mit seinen Eichen, seinen Linden
Werd ich es immer wiederfinden.

Nach Deutschland lechzt ich wieder mehr,
Wenn dort die Ulla nicht mehr wär;
Das Gesundheitswesen kann verderben,
Manch alter Mensch wird früher sterben.

Seit ich Ulla vor Augen hab,
Wie vieles sank seither ins Grab,
Was ich geschätzt – wenn ich es zähle,
So will verbluten mir die Seele.

Betracht ich Ullas Fehlerzahl
Schwillt immer höher meine Qual,
Mir ist, als wälzten sich die Fehler
Auf meine Brust. Oh, deutscher Wähler

Zu spät dir die Erkenntnis bricht
Ans trübe deutsche Tageslicht;
Ein Weib regiert, dem Einsicht ist verborgen,
Wer lächelt fort uns unsere Sorgen?

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scherf. – Als nächster Redner Herr Calles aus Bayern. Bitte schön.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Kollege Thiel, zunächst recht herzlichen Dank dafür, dass ich Sie heute hier erleben durfte. Vor zehn Jahren wäre das in diesem Hause noch nicht möglich gewesen. Ich bin persönlich froh, das hier mitzubekommen.

(Beifall)

Zu den Aussagen von Herrn Struck möchte ich als Arzt sagen, dass ich sie als bodenlos unverschämt empfinde und auf das Schärfste zurückweise!

(Beifall)

Als Bürger dieses Landes sage ich Ihnen: Ich bin tief deprimiert und ich schäme mich für die ablaufende Politik in diesem Lande.

Zum Kollegen Baumgärtner: Ich habe da irgendetwas falsch verstanden. Ich war in meinem Bereich als niedergelassener Allgemeinarzt der einzige, der die DMPs nicht mitgemacht hat, weil ich darin keine Verbesserung der Patientenversorgung gesehen habe. Von Anfang an war für mich klar, dass dies eine Frage des Risikostrukturausgleichs ist und es nur ums Geld geht.

(Beifall)

Die Kollegen von MEDI, die bei mir in der Nachbarschaft mitgemacht haben, haben Geld dafür bekommen, auf das ich verzichten musste. Sie stellen sich heute hierhin und sagen: Irgendwie müssen wir da raus. Das sollten Sie mir vielleicht etwas näher erklären.

Den ersten Satz des Vorstandsantrags I-1 empfinde ich als missverständlich. Dort heißt es:

> *Ärztinnen und Ärzte Deutschlands fordern endlich eine leistungsgerechte Vergütung ihrer Arbeit und rechtliche Rahmenbedingungen für eine freiheitliche Berufsausübung.*

Das bedeutet ja im Umkehrschluss, als hätten wir nicht auch in der Vergangenheit eine leistungsgerechte Vergütung gefordert. Deshalb habe ich den Antrag

gestellt – er ist leider noch nicht umgedruckt –, dass wir vor „endlich“ einfügen: „mit starkem Nachdruck und unter Protest“.

Es ist richtig, dass wir jetzt auf die Straße gehen und unter Protest unsere Rechte einfordern. Ich würde mich freuen, wenn der Vorstand dem zustimmen könnte.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Calles. – Als nächster Redner bitte Herr Dreyer aus Nordrhein.

Dreyer, Nordrhein: Auch ich möchte Herrn Professor Hoppe und Ihnen allen für die Solidarität mit den jungen Ärztinnen und Ärzten danken. Herr Professor Hoppe, Sie haben uns gesagt, dass nur 16 Prozent der Kolleginnen und Kollegen unter 35 Jahre alt sind. Noch deutlich weniger engagieren sich in berufsständischen Organisationen. Herr Hoppe, ich möchte Ihnen als 31-jähriges streikendes Mitglied Ihrer Heimatärztekammer meine Unterstützung zusagen, den gegenwärtig durch die deutsche Universitätslandschaft gehenden Sturm zu nutzen, um auch neuen Wind in unsere Gremien zu bringen.

Ich freue mich über die überwältigende Unterstützung der Medien und der jungen Kolleginnen und Kollegen, auch über die Unterstützung der Patienten. Ich wünsche uns allen einen Ärztetag, der im Geiste dieser Solidarität verläuft.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dreyer. – Als nächste Rednerin bitte Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal möchte ich mitteilen, dass auch die kommunalen Häuser mit den Hufen scharren. Sie sind genauso zum Streik bereit. Auch dort bewegen sich die Zeiger der Uhr langsam auf zwölf Uhr zu. Wenn weiter so arrogant mit unseren gewerkschaftlichen Rechten, dass Ärztinnen und Ärzte sich selber gewerkschaftlich vertreten, umgegangen wird, wird man wohl auch hier einen Streik erleben.

Ich möchte Ihnen auch Folgendes mitteilen; es liegt zwar noch nicht schriftlich vor, aber es wurde mir versichert, dass es zitierfähig ist. Sie wissen, dass an der Charité ein Vorschalttarifvertrag abgeschlossen wurde, der die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung an der Charité ein bisschen an das heranrücken soll, von dem aus wir zu verhandeln beginnen. Es ist wohl gestern Abend den Chefärzten mitgeteilt worden, dass die Kosten, die dafür zur Verfügung stehen müssen, beim Personal wieder eingespart werden sollen.

Sollte das umgesetzt werden, wäre dies die Verlogenheit per se. Ich kann nur an die Verantwortlichen appellieren, das schleunigst sein zu lassen. Ansonsten verspreche ich Ihnen, dass es an der Charité so weitergeht, wie es vor kurzem aufgehört hat.

Wir sind an einem Scheideweg zwischen Staatsmedizin und mündigem Patienten, nach dem gerade die Politik immer schreit, angelangt. Frau Schmidt hat heute Vormittag gesagt, in der Privatisierung sei kein Allheilmittel zu sehen. Aber bei der Privatisierung von Krankenhäusern soll es so sein? Da muss man schon zusehen, welche Mittellinie man hier fahren soll.

Ich habe das zweifelhafte Vergnügen, Mitglied der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ zu sein. Ich möchte von der dortigen Arbeit Folgendes berichten. Frau Caspers-Merk führt ja jedes Mal nach einer solchen Sitzung, ob nun Ergebnisse erzielt wurden oder nicht, eine Pressekonferenz durch. Jedes Mal, wenn die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhausärzte verlangen, auch einmal über die Grundlagen der Politik zu reden, erklärt sie: Das ist politisch nicht durchsetzbar. Im SGB V gibt es fast keinen Paragrafen mehr, der nicht der Misstrauensbürokratie das Wort redet. Alles und jedes wird kontrolliert. Es ist in Deutschland nicht mehr Realität, dass man hinnimmt, dass ein zugelassener Vertragsarzt mit einer fachärztlichen Qualifikation und Weiterbildung oder ein Krankenhausfacharzt eine Versorgung zulasten der Krankenkassen macht – nein, alles muss überprüft werden. Da konstruieren wir bereits eine dreifache Schiene. Eigentlich müssten wir noch einen Medizinischen Dienst mit vergleichbarer Qualifikation installieren, um die entsprechenden Kontrollen durchzuführen. Dort wird Geld ausgegeben, das fehlt, um den Ärzten ein anständiges Einkommen zu ermöglichen. Das muss endlich aufhören.

(Beifall)

Ärztinnen und Ärzte sind lange genug als Leistungsanbieter degradiert worden. Das sind wir nicht, sondern wir sind Ärztinnen und Ärzte, die Patienten behandeln. Ich nehme mir für uns das Recht heraus, dass zunächst einmal das, was wir vor Ort tun, vernünftig und effizient ist und dem entspricht, was die Patienten benötigen.

Wenn die Politik dort gern etwas reglementieren möchte, muss sie diese Aufgabe endlich wahrnehmen. Das heißt, dass parlamentarisch entschieden werden muss, wie der gesetzliche Leistungskatalog aussehen soll. Wenn eine Grenze eingezogen werden soll, weil der Ressourcenverbrauch begrenzt werden soll, muss das vonseiten des Parlaments geschehen, nicht vonseiten irgendwelcher obskuren Gremien und Sachverständigen mit und ohne Fliege.

Das müssen auch nicht die Krankenkassen tun, sondern das muss vonseiten des Parlaments geschehen, und zwar unter Einbeziehung des Sachverstands der Ärzteschaft. Herr Professor Hoppe hat heute Vormittag der Ministerin die Zurverfügungstellung dieses Sachverstands noch einmal angeboten. Sie kann mit uns reden und von uns Ideen erhalten. Aber die Entscheidung darüber, wie bei der Ressourcenverteilung limitiert werden soll, muss demokratisch legitimiert im Parlament erfolgen.

Man muss sich überlegen, ob man es nicht in die Hand des Einzelnen legen muss, eine zusätzliche Absicherung haben zu wollen. Er kann dann überlegen, inwieweit er denjenigen, die entsprechende Leistungen anbieten, vertrauen will oder nicht. Dann kann man mit einem Schlag auf die ganze Misstrauensbürokratie verzichten. Dann ist das Geld wieder dort, wohin es gehört, nämlich in der Patientenversorgung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Gitter. – Als nächster Redner bitte Herr Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kollegen! Liebe Kolleginnen! Ich danke Ihnen, Herr Präsident, für das intellektuelle Vergnügen, Ihre Rede heute Vormittag gehört zu haben. Sie stellte hohe Anforderungen an Intellekt und Humor. Wenn Sie damit Frau Ministerin Schmidt angesprochen haben wollten, müsste man sagen: Perlen vor die Säue geworfen.

Als niedergelassener Hausarzt und Mitglied des Hartmannbundes möchte ich mich mit der 30-Prozent-Forderung des Marburger Bundes solidarisch erklären. Wir haben dafür großes Verständnis, auch aus eigener Erfahrung. Auch bei uns werden je nach Fachgruppe und Land bis zu 30 Prozent der erbrachten ambulanten Leistungen nicht finanziert. Wir Niedergelassenen fordern für uns eine Anhebung des Punktwerts um ebenfalls etwa 30 Prozent.

Wir müssten hier auf dem Ärztetag beschließen, dass im ambulanten und im stationären Bereich keine zusätzlichen ärztlichen Leistungen mehr im EBM-Katalog angeboten werden, wenn Krankenkassen oder Politik nicht dafür sorgen, dass die entsprechenden Gelder zur Verfügung gestellt werden.

(Beifall)

Jetzt ein paar Worte zur Impertinenz der Frau Ministerin am heutigen Vormittag. Frau Ministerin Schmidt hat davon gesprochen, dass die KBV den Punktwert gefordert habe. Gleichzeitig hat sie aber unterschlagen, dass damals im Bewertungsausschuss festgelegt wurde, dass der Punkt 5,11 Cent wert sein soll. Er sollte eben nicht floaten.

Des Weiteren hat sie erzählt, dass sie es unerträglich findet, dass im ambulanten Bereich 2 Milliarden Euro mehr für Medikamente als für das ärztliche Honorar ausgegeben werden. Gleichzeitig unterschlägt sie aber, dass wir im ambulanten Sektor eine 30-prozentige Honorarunterdeckung haben. Würden diese Beträge ausgezahlt, wären die Ausgaben für Medikamente nicht höher als diejenigen für das ärztliche Honorar.

Wer solch wichtige Dinge entweder unterschlägt oder nicht weiß, zeigt damit, dass er es entweder nicht kapiert hat oder lügt. In beiden Fällen ist eine solche Person aus meiner Sicht für ein derartiges Amt nicht tragbar.

(Beifall)

Diese Situation schreit quasi nach einer intellektuellen Qualitätssicherung.

Aber inzwischen habe ich Verständnis für Frau Schmidt. Herr Präsident, ich darf Folgendes zitieren:

> *Die Forscher von der Emory University in Atlanta konfrontierten Politiker mit Aussagen ihrer Präsidentschaftskandidaten, die dem jeweiligen Parteiprogramm völlig entgegenstanden. Während die Parteisoldaten darüber nachdenken, wie man sich am besten aus der Affäre ziehen könnte, wurde die Aktivität ihrer Gehirne untersucht. Im dorsolateralen präfrontalen Kortex, der bei Vernunfturteilen involviert ist, tat sich bei den Politikern nichts. Dafür gab es pralle Aktivitäten in mit Emotionen assoziierten Gehirnarealen wie dem orbitalfrontalen Kortex.*

Das Resümee lautet: Die Überzeugungen solcher Parteistrategen sind verkalkt, sie können kaum etwas von solchen Fakten lernen.

Was sagt uns das? Die gute Frau will nicht, die gute Frau kann nicht. Das entschuldigt manches und macht den Spruch wahr, den ich schon zitierte: Die Winzigkeit eines Bürokratenhirns steht seiner Schädlichkeit nicht im Wege.

(Beifall – Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dazu kann man ganz vieles sagen. Ich meine, wir sollten die Aussage hinsichtlich der Perlen und der Säue als Sprichwort benutzen und meinen, dass es sich hierbei um vergebene Liebesmüh handelt. Sie haben wohl zum Ausdruck bringen wollen, dass es sich hier um vergebene Liebesmüh handelt. Ich sage das nur, damit keine Verwechslungen passieren und es heißt, dass wir Vergleiche aus der Zoologie gewählt haben. Ich glaube ganz sicher, dass das nicht gemeint war.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Kollege Bodendieck. Bitte schön.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich will das hohe Haus nicht noch einmal mit Lobeshymnen nerven. Uns allen ist klar, dass wir davon ausgehen können – das habe ich bereits im letzten Jahr gesagt –, dass uns die hohe Politik – Herr Kollege Lipp hat es uns erklärt – nicht verstehen wird. Da Ideologen nur einfache Mittel verstehen, müssen wir auf die Straße gehen, wenn es Not tut, am Ende auch mit der Mistforke. Die Bauernkriege und andere Ereignisse haben immer wieder gezeigt: Die Politik lässt sich leider Gottes nur mit der Mistforke und ähnlichen Instrumenten beeinflussen.

Ich bin selber Hausarzt. Nicht nur, dass uns die Bevölkerung versteht, sondern sie erwartet von uns Ärzten, wie es bereits seit Jahrhunderten ist, dass wir etwas erreichen. Auch die Bevölkerung ist müde, mit Reglementierungen genervt zu werden, vor allen Dingen im Osten unseres Landes. Sie ist es leid, immer weniger an den Erfolgen zu partizipieren, die unsere Wirtschaft für sich reklamiert, die auch die Politik für sich reklamiert.

Wir haben vom Bundesfinanzminister die Aussage gehört, nun sei endlich Schluss mit den Steuererhöhungen. Ich wage das zu bezweifeln. Im nächsten Jahr wird sich die Politik wieder etwas Neues einfallen lassen. Sie wird denjenigen, die ohnehin nur Hartz IV haben, das Geld aus der Tasche ziehen. Schauen Sie sich nur die steigenden Teuerungsraten an.

Ich glaube, wir Ärzte sollten hier Vorbild sein. Wir sollten die Führung übernehmen in Richtung Wiederherstellung des sozialen Friedens in diesem Lande.

Ich denke, die Zeit dafür ist reif. Wir müssen es schaffen, diejenigen auf die Straße zu bringen, die noch nicht krank sind. Diejenigen, die jetzt krank sind und eigentlich unsere Unterstützung brauchen, schaffen es in den seltensten Fällen, mit uns auf die Straße zu gehen, eben weil sie krank sind.

Leider ist der Mensch geneigt, das, was ihn nicht unmittelbar betrifft, auch nicht weiter zu bedenken. Wir müssen begreiflich machen, dass diejenige Generation, die jetzt gesund ist und wenig Beiträge zahlt, zukünftig betroffen sein wird und keine Leistungen mehr erhalten wird.

Bezüglich meiner Erfahrungen mit der Politik muss ich an das Peter-Prinzip erinnern: Jeder erreicht irgendwann die höchste Stufe seiner Unfähigkeit. Die Aussagen von Frau Schmidt zeugen – ebenso wie Aussagen der ihr Nachgeordneten zuvor – von großer Unsicherheit. Aggressive Angriffe gegen die Ärzteschaft sind Ausdruck der Angst und stellen einen Rückzug in die Ideologie dar. Unwissenheit und Ideologie beherrschen im Augenblick das Denken. Das hat uns Herr Struck eindrucksvoll vorgeführt.

Ich verstehe, dass es große Probleme gibt, das System zu ändern. Wir dürfen uns aber nicht weiter in Richtung Staatsmedizin bewegen. Ich glaube, wir müssen der Bevölkerung klar machen, dass irgendwann Zustände erreicht sein werden, dass die Krebsdiagnose um zwei Jahre verschoben wird, nicht um zwei Monate, wie es jetzt vielleicht aus Gründen des Streiks der Fall sein könnte. Dann ist dem Patienten selbst mit der besten Medizin nicht mehr zu helfen. Die Landesärztekammer Sachsen hat zusammen mit der KV Sachsen eine außerordentliche Versammlung durchgeführt. Bedenklich fand ich dort die Aussagen des entsandten Staatssekretärs, der es als mit dem Standesrecht überhaupt nicht vereinbar ansah, dass Ärzte ihre Arbeit einstellen, weil sie kein Geld mehr bekommen.

Das schlug die Katze vor den Baum. In einer weiteren Unterredung vermied er es zunächst, eine entsprechende Aussage zu machen, aber auf eine entsprechende Nachfrage konnte er gar nicht anders, als die eben erwähnte Aussage zu wiederholen.

Ich glaube, wir müssen der Politik immer wieder entgegenhalten, dass sie ohne uns Ärzte nicht weiterkommt, dass wir aber sehr wohl ohne die Politik vorankommen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bodendieck. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Haus aus Nordrhein. Bitte.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben vorhin gewettet, wie lange die Rede von heute Morgen hier lobend erwähnt werden wird, ob es bis zu meiner Wortmeldung reicht. Das ist nun der Fall. Wir haben uns sehr, sehr gefreut, Herr Professor Hoppe, dass Sie so offen und, wie ich finde, sehr einleuchtend und mit sehr klaren Beispielen die wesentlichen Probleme erläutert und auch Vorschläge zur Lösung gemacht haben. Wir haben uns von Ihnen voll verstanden gefühlt. Wir hoffen, wir werden auch von anderen verstanden.

Noch einmal Ihnen und auch Herrn Dr. Friebel ganz herzlichen Dank.

Jetzt zur Sache. Eben war die Rede von der doppelten Facharztschiene. Die jungen Kolleginnen und Kollegen haben in der Person von Herrn Thiel zum Ausdruck gebracht, dass es unattraktiv geworden ist, in Krankenhäusern zu arbeiten, und dass auch die Niederlassung unattraktiver geworden ist.

Ich denke, wir ziehen absolut an demselben Strang, wenn wir sagen: Die Situation ist sowohl in der Klinik als auch in der niedergelassenen Praxis absolut unattraktiv geworden. Sie können heutzutage eine Familie weder als Assistenzarzt noch als Oberarzt, schon gar nicht aber als niedergelassener Facharzt bestimmter Fachgruppen ernähren. Das schaffen Sie nicht, wenn Sie keine Privatpatienten haben. In sozialen Brennpunkten geht das gar nicht.

Wir sitzen so am Rande des Untergangs, dass es gar keine andere Möglichkeit gibt, als gemeinsam zu protestieren, Gespräche zu führen. Der Protest ist im Moment das Einzige, was uns in die Medien bringt.

Sowohl die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als auch die angestellten Ärztinnen und Ärzte – der Hartmannbund vertritt ja beide Gruppen – gehen auf die Straße. Das ist beispielsweise in Köln bereits im November und auch wieder vor ein paar Tagen mit, wie ich finde, großem Erfolg geschehen. Wir haben in Köln immerhin 6 000 Ärztinnen und Ärzte auf die Straße gebracht. Ich weiß nicht, warum uns die Medien so wenig beachten.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf einen Antrag hinweisen, der noch nicht umgedruckt ist. Er spricht sich dafür aus, dass die wohnortnahe flächendeckende fachärztliche Versorgung erhalten bleiben muss. Es ist absoluter Unsinn, wenn behauptet wird, die doppelte Facharztschiene koste mehr Geld. Die Fachärzte, die die Patienten jetzt in ihren Praxen behandeln, müssten sie zukünftig in den Kliniken behandeln. Wieso sollte das billiger sein, im Angestelltenverhältnis die gleichen Leistungen wie ein niedergelassener Kollege zu erbringen, der zusammen mit anderen kostengünstig arbeitet und sich eine Selbstausbeutung gefallen lässt, die kaum noch Grenzen hat?

Neulich wurde auf einem Seminar deutlich, dass in den Niederlanden das System keineswegs billiger ist. Diese Mär müssen wir uns also nicht aufdrängen lassen.

Wir sollten dazu stehen, dass unsere Patienten sicherlich eine Qualität vorfinden, die in dieser Form in ganz Europa nicht zu finden ist.

Wenn Frau Schmidt von Versorgungsgerechtigkeit spricht und fragt, warum ein Privatversicherter für dieselbe Leistung mehr bezahlen soll als ein gesetzlich Versicherter bzw. warum gesetzlich Krankenversicherte anders behandelt werden sollen als Privatversicherte, dann kann ich nur sagen – das haben Sie in Ihrer Rede, Herr Professor Hoppe, auch erwähnt –, dass die Ministerin genau weiß, dass die Verknappung der fachärztlichen Leistungen zur privaten Inanspruchnahme durch diejenigen, die es sich leisten können, führt.

Das heißt auf Deutsch: Wenn sich Frau Schmidt mit ihren Vorstellungen durchsetzt, ist der Facharzt in Zukunft im Wesentlichen nur noch für die Besserverdienenden da. Das sollte Frau Schmidt einmal laut artikulieren.

Ich bitte Sie also, meinen Antrag zu unterstützen.

Wir meinen, dass die Klinikstrukturen bei uns flacher gehalten werden sollten. Von den Kolleginnen und Kollegen, die beabsichtigen, ins Ausland zu gehen, hören wir oft: Es geht nicht nur um die Bezahlung, sondern es geht auch um die anderen Strukturen, die uns reizen, im Ausland tätig zu sein.

Ich denke, wir sollten gemeinsam versuchen, hieran zu arbeiten. Wir haben einen entsprechenden Antrag formuliert.

Unser dritter Antrag deckt sich mit dem Antrag I-3. Es geht um das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz, wonach das Sozialrecht letztlich über unserer Berufsordnung angesiedelt werden soll. Das dürfen wir nicht zulassen. Ich wäre damit einverstanden, das mit in den entsprechenden Antrag aufzunehmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus.

Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Kollegen Barabasch aus Baden-Württemberg auf Redezeitbegrenzung auf drei Minuten. Möchten Sie das mündlich vortragen? – Das ist nicht der Fall. Gibt es jemanden, der dagegensprechen möchte? – Formal. Dann stimmen wir über den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten ab. Wer ist dafür? – Das sind viele. Wer ist

nicht dafür? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Ich bitte die Technik, die Signale am Rednerpult entsprechend zu aktivieren: Grün, Gelb, Rot. Das ist wie immer, nur etwas moderner als früher.

Der erste Redner, den es trifft, ist der Kollege Dehnst aus Westfalen-Lippe. Ich stelle fest: Rationierung ist überall.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Verehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir befinden uns in einer paradoxen Situation: Auf der einen Seite stehen die Leistungsträger in einer Wachstumsbranche mit ständigem Leistungszuwachs und ständig steigenden Anforderungen; auf der anderen Seite sehen wir uns der Situation gegenüber, dass immer geringere Erlöse zu erzielen sind, die uns an das Ende der Existenz führen und die letztendlich eine korrekte Patientenversorgung gefährden. Von ganzheitlicher Medizin hört man heute eigentlich niemanden mehr reden, auch in der Politik nicht. Wir hören nur noch Vokabeln wie Wettbewerb, Ökonomie und Effizienz.

Die Politik hat in der Ärzteschaft bislang zum Glück nicht die Rationierer gesucht, die sie benötigt, um das Missverhältnis zwischen Bedarf und Ressourcen letztendlich aufzuteilen. Aber es stehen andere bereit, die dort einspringen möchten. Wir sehen uns konfrontiert mit einer zunehmenden Zentralisierung, mit einer Privatisierung und Kettenbildung, und zwar nicht nur im stationären Sektor, sondern dies zeichnet sich auch in der ambulanten Versorgung ab. Wir sehen bereits, dass die eine Kette die andere schluckt.

Diese Entwicklung wird vom Großkapital beobachtet. Ich sehe eine Entwicklung, dass dieses Gesundheitswesen, dass dieser Wachstumsmarkt für die Übernahme durch das Großkapital vorbereitet wird. Hier bestehen Gewinnerwartungen von – das wissen wir – 20 Prozent. Ich sage Ihnen voraus: Wenn diese Entwicklung so weitergeht, werden wir auch künftig bei uns diese Heuschreckendiskussion führen müssen.

Wer glaubt denn noch, dass wir bei diesem Gewinnstreben noch regelrecht Sachwalter der Patienteninteressen sein können? Wer glaubt denn noch, dass dies keinen Einfluss auf die Patientenversorgung hat? Wir müssen unbedingt darauf achten, dass wir unseren freien Beruf und die freie Berufsausübung durchsetzen. Ich sehe uns bei der derzeit bestehenden Solidarisierungswelle auf einem guten Weg. Wir müssen da unbedingt zusammenhalten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dehnst. Das ist wirklich ein ganz zentrales Thema. Diese Privatisierungen mit Shareholdern, die schnell ein- und aussteigen und Geld mitnehmen, sind eine Entwicklung, die nur dadurch zu erklären ist, dass sich – ich darf es wiederholen – der Staat aus der Daseinsvorsorge zurückzieht und das Ganze dem freien Wettbewerb überantwortet. Das ist eine gefährliche Entwicklung. Vielen Dank noch einmal, dass Sie das so bekräftigt haben.

Der nächste Redner ist Herr Pickerodt aus Berlin. Bitte schön.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Wegen der begrenzten Redezeit muss ich mein Lob für das Referat von Herrn Professor Hoppe etwas verkürzen. Ich habe es mir angewöhnt, Ihre Eröffnungsrede, Herr Präsident, aufzuheben, weil sie immer Absätze enthält, die man zitieren kann. Ihre heutigen Ausführungen zu dem permanenten Geschrei der Arbeitgeber und zur Lohnnebenkostenlüge lassen sich in Diskussionen, in denen nicht immer Ihr Standpunkt der führende ist, trefflich verwenden. In „Figaros Hochzeit“ heißt es: Er ist der Vater, er sagt es ja selbst. Also: Wenn schon Hoppe es sagt, dann muss es ja stimmen.

Ich möchte etwas zur Situation der Klinikärzte sagen und die Forderungen der Streikenden unterstützen. Selbstverständlich unterstützen wir die berechtigten Forderungen nach einer Vergütung von Überstunden. Mir persönlich wäre es lieber, wir würden die Überstunden nicht vergüten, sondern durch Freizeit ausgleichen, damit diese ewig langen Wochenarbeitszeiten endlich ein Ende finden.

Herr Hoppe hat in seinem Referat etwas differenziert gesagt – das steht nicht im gedruckten Text –: Es geht eigentlich mehr um die Überstunden als um 30 Prozent mehr Geld. Er ist nicht direkt zurückgerudert, aber er hat es doch etwas relativiert.

Bei den Forderungen vermisse ich ganz häufig, dass man sich nicht primär auf das Arbeitszeitgesetz beruft. Die 24-Stunden-Dienste werden nicht von allen abgelehnt, sondern es gibt sehr wohl auch bei den Streikenden Kolleginnen und Kollegen, die bereit wären, auch in Zukunft 24-Stunden-Dienste zu absolvieren, obwohl mittlerweile wissenschaftlich klar belegt ist – so nachzulesen im „New England Journal of Medicine“ –, dass die Fehlerrate nach einem 24-Stunden-Dienst um ein Drittel höher ist als nach einem 8-Stunden-Dienst.

Wichtig sind meiner Meinung nach auch – aber darüber wird nicht gesprochen – die Personalstrukturen im Krankenhaus. Frau Haus hat eben schon darauf hingewiesen: Die spitze Hierarchieform von Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt, Facharzt usw. hat auch ihre Bedeutung für das Thema, um das es hier geht.

Die neuen Verträge von Chefärzten mit Budgethoheit müssen dazu führen, dass die Chefärzte ein Interesse daran haben, dass Überstunden nicht dokumentiert und nicht vergütet werden, weil anderenfalls das Budget ihrer Abteilung belastet würde. Ich glaube, erstmals wurde auf dem Deutschen Ärztetag 1974 die Abschaffung des Chefarztsystems gefordert. Das steht nach wie vor auf der Tagesordnung. Auch dieser Ärztetag sollte dieses Thema ernst nehmen, nicht nur die 30-Prozent-Forderung.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Pickerodt. Um es ganz exakt zu machen: Das war 1972 in Westerland. Dort war es erstmals ein Ärztetagsbeschluss. – Als nächster Redner bitte Herr Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist alles im grünen Bereich. Man sieht hier ja: Die Ampel leuchtet grün, alles ist gut. Die Reden, die wir gehört haben, fand ich gut. Über die Artigkeit will ich jetzt nichts weiter sagen.

Ich habe ein kleines Problem, weil mir scheint, dass wir wieder ein bisschen ins Plaudern geraten. Wir müssen natürlich unseren Frust wegdiskutieren. Ich erinnere an die Ausführungen von Herrn Thiel und an die Rede von Werner Baumgärtner. Von Herrn Baumgärtner wurden die Ängste, Nöte und Sorgen des niedergelassenen Bereichs artikuliert. Herr Thiel hat die Situation der jungen Kolleginnen und Kollegen charakterisiert, die unsere Zukunft sind, was Forschung, Lehre, Wissenschaft und Versorgung in hoch qualifizierter Form an den Universitätskliniken angeht. Er bittet um unsere Solidarität, nicht nur mit Worten, sondern auch mit Werken.

Ich bin mir ganz sicher: Demnächst wird auch in anderen Bereichen gestreikt, weil es in der ganzen Bandbreite der Politik immer noch Unbelehrbare gibt, die weder sehen noch hören noch verstehen können. Die kennen wir alle. Wir sind entsprechend aufgestellt; das ist kein Problem.

Herr Thiel hat gesagt, wenn es nach ihm geht – damit müssen wir uns solidarisieren –, wird es zukünftig keine Medizin light mehr geben. Es sollte keine Medizin mehr geben, die von uns subventioniert wird, durch unsere Überstunden. Wir müssen da klare Regelungen finden.

Wir müssen auch sehen, dass es den Arzt zum Spartarif nicht mehr gibt. Das ist ganz wichtig und das müssen wir alles solidarisch unter uns klären.

Die Botschaft lautet: Spenden Sie, senden Sie Ihr Solidaritätssignal an die angegebene Adresse, damit genügend Geld zusammenkommt. Da gehe ich selbstverständlich mit gutem Beispiel voran. Auch auf diesem Weg können wir Solidarität mit denjenigen üben, die aufbegehren und an vorderster Front stehen.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, unterstützen Sie diese Forderungen auch an Ihrem Arbeitsplatz. Diskutieren Sie und sagen Sie, wo es langgeht. Machen Sie deutlich, dass 15 Jahre Spargesetze die entsprechenden Auswirkungen im Krankenhaus und in der Praxis nach sich ziehen müssen. Ermöglichen Sie nicht alles, lehnen Sie sich für diese Politik nicht mehr aus dem Fenster, unterstützen Sie sie nicht! Bleiben Sie hart und denken Sie daran: Wir müssen unsere Forderungen durchsetzen. Mit Nettigkeiten kommen wir im Moment nicht weiter. Machen Sie deutlich, dass für die Politik Rot ist – für mich auch, deshalb muss ich jetzt aufhören.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Windhorst. – Jetzt Herr Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer. Bitte schön.

Dr. Kaplan, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die chronische Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und die damit verbundene Rationierung von Gesundheitsleistungen und letztendlich auch die Ausbeutung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen sind Probleme, die wir jeden Tag thematisieren und für die wir die Politiker sensibilisieren müssen. Sie merken ja: Anscheinend kam es bei der Politik noch nicht an. Herr Struck und auch Frau Ulla Schmidt scheinen das immer noch nicht kapiert zu haben.

Das andere Problem, das wir haben, sind die zunehmende Fremdbestimmung und die Deprofessionalisierung unseres Berufs. Die Fremdbestimmung – Herr Köhler hat es gestern bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesagt – beeinflusst zum einen negativ das Arzt-Patient-Verhältnis. Ein Beispiel dafür ist das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz. Die Fremdbestimmung beeinträchtigt zum anderen auch das Ver-

hältnis unserer Ärztinnen und Ärzte zu ihren Körperschaften. Da steht momentan natürlich die KV im Brennpunkt. Das gilt aber auch für die Ärztekammern. Ich nenne nur ein Schlagwort: Fortbildungsverpflichtung.

Die Deprofessionalisierung unseres Berufs, die zum Teil offen, zum Teil aber auch ganz verdeckt von Politikern, von Kostenträgern, aber auch von der Industrie – hier nenne ich besonders die Pharmaindustrie – betrieben wird, führt zu einer Neudefinition der Rolle des Arztes. Er wird nämlich vom Gestalter zum Mitgestalter, er wird vom Verantwortlichen zum Mitverantwortlichen herabgestuft.

Er wird auch eines Teils seiner ärztlichen Kompetenz beraubt, die auf nicht ärztliche Heilberufe übertragen werden soll. Versorgungsengpässe können nicht einfach durch das Einziehen einer neuen nicht ärztlichen Versorgungsebene abgebaut werden. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung kann es nun einmal nicht sein, dass ärztliche Kompetenz an Nichtärzte übertragen wird, beispielsweise die Narkoseüberwachung auf den Anästhesiepfleger oder die Anästhesieschwester, im hausärztlichen Bereich die Betreuung chronisch Kranker an den Pflegespezialisten.

Synergieeffekte zwischen den Heilberufen sind natürlich zu nutzen. Delegierbare Leistungen – ich spreche nicht von der Kompetenz – können von besonders qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erbracht werden. Das Erzeugen einer interprofessionellen Konkurrenz ist jedoch kontraproduktiv.

Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung sind mit ein Grund für den Unmut und die Unzufriedenheit in der Ärzteschaft. Sie sind aber auch der Grund, warum junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nicht mehr ihren Beruf ausüben wollen. Dem müssen wir entgegentreten. Deswegen bitte ich Sie, meinen Antrag, der noch umgedruckt wird, zu befürworten.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kaplan. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Radebold aus Niedersachsen.

Radebold, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte von dieser Stelle aus ein Wort an Frau Schmidt und Herrn Möllring richten, um einer Fehlwahrnehmung vorzubeugen, nämlich der Fehlwahrnehmung, dass wir hier in diesem Gremium die Kolleginnen und Kollegen in den Universitätskliniken nicht unterstützen und uns nicht mit ihnen solidarisieren. Das müs-

sen viele von uns gar nicht; ich muss es auf keinen Fall, denn ich bin der Assistentensprecher der Universitätsklinik Göttingen und Streikführer in Göttingen. Ich weiß, wovon ich rede. Ich streike seit neun Wochen.

(Beifall)

Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass wir aus diesem Gremium heraus nur Solidarität nach außen bekunden. Alle, die hier sitzen, haben sich in der einen oder anderen Form gewehrt, haben gestreikt, haben diskutiert. Ich bin der Meinung, damit muss jetzt endgültig Schluss sein. Wir haben sehr lange geredet und zugehört, aber beachtet hat es leider niemand.

Ich möchte eine gute Nachricht für Herrn Möllring und Frau Schmidt verkünden. Mit einem der Rädelsführer ist bald Schluss: Wenn das in diesem Lande so weitergeht, wenn es nicht endlich einen Tarifabschluss für uns gibt, der uns hinreichend befriedigt, dann werde zumindest ich, auch wenn ich meinen Norwegischkurs zum dritten Mal hintereinander versäumt habe, spätestens im Herbst weg sein. Ich werde nicht der Letzte sein, der geht!

An dieser Stelle möchte ich mich von Ihnen auf Norwegisch verabschieden. Ich hoffe, dass alles besser wird. Wir werden weiter streiken, wir werden uns weiter für unsere Rechte einsetzen. Wenn es hier keine Lösung gibt, werden wir alle gehen, zumindest viele von uns. In diesem Sinne: Hei, du.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Junker, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Zunächst einmal zu der bewährten Art unseres Bundesärztekammerpräsidenten, insbesondere aber auch an den Präsidenten der gastgebenden Landesärztekammer gerichtet: Wir alle sind der Meinung, die Vorstellung war Spitze.

(Beifall)

Wir erleben zurzeit – das wurde bereits erwähnt – eine zur Perversion verkehrte Misstrauenskultur. Wie Ministerpräsident Böhmer schon feststellte, wäre vor gar nicht so langer Zeit die Forderung nach einem Qualitätsmanagement als Beleidigung aufgefasst worden. Regeln müssen sicherlich sein, auch Leitlinien, wenn es sich nicht um Leidlinien handelt. Leitlinien sind hilfreich, wenn sie Orientie-

rungshilfe und nicht als justiziable Form der Repression dienen, um freie Ärzte in freier Niederlassung zu eliminieren. Ich will zukünftig nicht nur angestellte Ärzte in MVZs, meistens von den Halbgöttern in Grau, den Verwaltungsleitern, gesteuert. Dann könnten wir mit derselben Intensität die Abschaffung vieler Krankenkassen fordern, von Herrn Ahrens, von Herrn Kalluweit, von Herrn Fiedler und anderen, die sich als Konzernchefs aufspielen, als hätten sie wie der Mercedes-Chef für den Umsatz ihres Betriebs, also für die Millionen ihrer Mitarbeiter selbst gesorgt.

Meine Damen und Herren, mit Frau Schmidt, Herrn Ahrens und seinem verlängerten Arm, Herrn Knieps – vielleicht ist es auch umgekehrt –, und zukünftig auch Frau Fischer, unserer in Cottbus noch weinenden Altministerin als zukünftigem Vorstand der Barmer Ersatzkasse, haben wir, glaube ich, das Trio infernale komplett. Jeder kann sich dann ausrechnen, wie weit das von Herrn Präsident Hoppe geforderte Zuhören und Aufnehmen Anklang finden wird.

Frau Schmidt will Transparenz in unserem Vergütungssystem, gibt aber gleichzeitig zu, dass durch die Arbeitslosen in den letzten Jahren 3 bis 4 Milliarden Euro fehlen. Von ihr wird wiederum nicht belegt, dass mit der Stärkung der Eigenverantwortung mehr Geld für sinnvolle Maßnahmen ins System kommt. Ihre statistischen Aussagen erinnern mich immer mehr an die selbst erfundenen Pseudostatistiken ihres Adlatus und Chefökonomen. Das sind Aussagen für die Sendung von Frau Christiansen, aber nicht für einen Deutschen Ärztetag.

Frau Schmidt hat heute Vormittag im Grunde genommen nur über Steuerung gesprochen. Wenn diese nicht funktioniert, muss nachgesteuert werden. Das lässt sich nicht mit dem Charakter eines freien Berufs vereinbaren. Wir brauchen vernünftige Rahmenbedingungen – das hat etwas mit „Vernunft“ zu tun – und keine Handschellen.

Die Rede der Ministerin war noch weniger konkret als auf den vorhergehenden Ärztetagen. Wir sollen nur alles ausbaden, was die Koalition nicht mehr schaffen kann.

Deswegen am Schluss mein Vorschlag, dass unter der Moderation der Bundesärztekammer, von Professor Hoppe, vielleicht eine Initiative Gesundheit aller ärztlichen Verbände gegründet wird, die aus den vielen Vorschlägen, die wir schon haben, ein gemeinsames Papier zur Hilfestellung für die Politik erarbeitet.

Wenn sich Frau Schmidt ernsthaft für die Impfaufforderung der Ärzteschaft engagiert, soll sie doch ihren sinnlosen 16-Millionen-Etat für die Rechtfertigung ihrer chaotischen Gesundheitspolitik für diesen Zweck zur Verfügung stellen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Junker. Es handelt sich nicht um Frau Andrea Fischer, sondern um Frau Birgit Fischer, die ehemalige Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen. Auch ich habe gelesen, dass sie möglicherweise in den Vorstand der Barmer Ersatzkasse eintritt. Frau Andrea Fischer bleibt sicher in Berlin, wie ich sie kenne.

Als nächster Redner bitte Herr Hammer aus Nordrhein.

Dr. Hammer, Nordrhein: Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn man bei den drei Protestveranstaltungen in Berlin und bei den Vorbereitungen dabei war und etwas von Abläufen, Hintergründen und unterschiedlichen Auffassungen mitbekommen hat, war die eindeutige lange Zustimmungsbekundung nach Ihren Ausführungen, Herr Professor Hoppe, auf der Eröffnungsveranstaltung bezüglich der Proteste und der Unterstützung durch die gesamte Ärzteschaft eminent wichtig. Zurzeit diskutieren verschiedene Verbände, Gruppierungen und Zusammenschlüsse von Verbänden zum Teil sehr unterschiedlich das weitere Vorgehen. Entsprechend den Ausführungen von Herrn Baumgärtner, wie es weitergehen sollte und wie es nach meiner Ansicht auch weitergehen muss, halten es die Antragsteller und die Befürworter des Antrags 8 für wichtig, dass auch das Plenum des Deutschen Ärztetages offiziell und voll hinter den diesbezüglichen Worten unseres Präsidenten steht. Deshalb gibt es diesen Antrag 8.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Hammer. – Als nächster Redner Herr Kollege Heinz aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Heinz, Rheinland-Pfalz: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn ich früher im Kollegenkreis kritische Bemerkungen zur Pharmaindustrie gemacht habe, wurde oft gesagt: Ach, Herr Heinz, wir sitzen doch alle in einem Boot! Ich kann mit großer Genugtuung und Freude feststellen, dass jetzt alle Ärzte begriffen haben, dass wir nicht mehr alle in einem Boot sitzen, sondern dass die Ärzte aus dem Boot herausgefallen sind. Das Boot fährt zwar noch weiter und es sitzen auch noch satte Leute drin, aber die Ärzte

werden gegängelt und reglementiert. Bei den Ärzten wird eine Wut geschürt, die wir nutzen sollten, konstruktiv etwas zu bewirken.

Angesichts der Tatsache, dass wir für die Medikamentenkosten verantwortlich gemacht werden, habe ich einmal den Wirkstoffpreis von Omeprazol, das von uns breit verordnet wird, recherchiert und herausgefunden, dass Generikahersteller für ein Kilogramm Omeprazol 500 Euro bezahlen. In einer Packung mit 100 Tabletten und 20 Milligramm Omeprazol ist also Wirkstoff im Wert von 1 Euro enthalten. Von ASS wissen wir, dass man für 2,50 Euro eine Packung konfektionieren kann. Man kommt also auf einen Herstellungspreis von 3,50 Euro. 22 Hersteller in Deutschland verkaufen dieses Medikament zwischen 85 und 99 Euro.

Ich bin der Meinung, wir sollten uns überlegen, ob wir nicht dazu übergehen, Medikamentenwirkstoffe in Packungsgrößen ohne Nennung von Markennamen zu verordnen. Das Ganze könnte dadurch praktikabel gemacht werden, dass uns die Ärztekammer und die KBV eine entsprechende Datenbank zur Verfügung stellen. Einen entsprechenden Antrag habe ich gestellt. Ich bitte um Ihre Zustimmung.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Heinz. – Als nächster Redner bitte Herr Ruebsam-Simon aus Baden-Württemberg.

Ruebsam-Simon, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Herr Hoppe, Sie haben so nebenbei von 6 Cent gesprochen. Das hat mich sehr gefreut. Wir befinden uns in Baden-Württemberg in einem Kampf um 5,11 Cent. Wir wollen haben, was uns zusteht, was uns die Kassen versprochen haben. Dieses Versprechen wurde bei den unseligen EBM-2000plus-Verhandlungen gebrochen. Insofern hat es mich sehr gefreut, dass Sie von 6 Cent gesprochen haben. 5,11 Cent würden schon 25 Prozent mehr Geld im System bedeuten. 6 Cent sind eine erstaunliche Vision. Sie haben das so en passant gesagt; es ist aber von eminenter politischer Bedeutung.

Zurzeit wird der Kampf der Klinikärzte unter dem Aspekt eines Tarifkonflikts gesehen. Das ist er auch, aber ich glaube, im Moment geht es um etwas ganz anderes. Auch der Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten und angestellten Ärzten bedeutet eine neue Qualität. Es geht meiner Einschätzung nach um nichts anderes als um eine politische Machtfrage, wer im deutschen Gesundheitswesen das Sagen hat: Sind wir es? Sind es die Kassen? Ist es die

Politik? Wer definiert die medizinischen Leistungen, die Tätigkeiten und die Bewertung derselben?

Je nach Ausgang dieses Kampfes geht es letztendlich um die Frage: Welche Stellung hat der Arzt in der Gesellschaft? Es geht nicht mehr um harmlose Dinge. Wenn dieser Kampf verloren wird, werden wir nicht mehr an erster Stelle stehen. Das muss uns klar sein.

Zweitens möchte ich etwas zu dem Begriff der Versozialrechtlichung sagen. Ich denke, wir müssen uns überlegen, ob Privatarzt und Vertragsarzt überhaupt noch deckungsgleich zu betrachten sind. Hier sehe ich ein Versäumnis der Kammern, die das nicht klar geregelt haben. Das kann nicht genau zur Deckung gebracht werden. Ich meine, wir müssen ein Pflichtenheft erstellen, was ein Vertragsarzt leisten muss und was nicht. Anderenfalls würde er mit dem Begriff des Privatarztes überfordert.

Jetzt noch ein Wort zu konkreten Maßnahmen. In Baden-Württemberg wird es zum 1. Juli wahrscheinlich einen kompletten Ausstieg aus den DMPs geben. Wir versuchen, die Krankenkassen dazu zu zwingen, diese Verhandlungen zu führen, mit oder ohne runden Tisch. Dabei geht es nicht, Herr Kollege Calles, um die Inhalte der DMPs. Die Inhalte sind sicherlich sehr zu diskutieren, aber darum geht es nicht.

Schließlich ist die Frage zu beantworten – hier ist eine Arbeitsgruppe von MEDI, Genossenschaften und freier Ärzteschaft engagiert –, ob wir nicht massenhaft aus dem System aussteigen können, wenn diese Auseinandersetzung verloren wird. Wir beschäftigen uns also strategisch, ökonomisch, betriebswirtschaftlich und politisch mit der Frage der massenhaften Zurückgabe der Kassenzulassung. Auch das kann ein Weg sein. Dazu gehört ein Transkodierungssystem EBM/GOÄ, damit jeder Kollege eine Abschätzung vornehmen kann.

Ich denke, mit dieser Frage wird sich dieses Gremium dereinst noch sehr intensiv befassen müssen, wenn der politische Weg weiterhin so verläuft wie derzeit.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Ruebsam-Simon. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Veelken aus Berlin.

Veelken, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ihr Referat, Herr Professor Hoppe, hatte neben inhaltlicher Qualität auch einen

großen Unterhaltungswert aufzuweisen. Ich habe mich heute Morgen prima erholt; das war wirklich sehr schön.

Wir diskutieren über geänderte Rahmenbedingungen, auch im Krankenhaus. Die Rahmenbedingungen haben sich durch die Privatisierung fundamental geändert. Patienten werden zu Fällen, die Abläufe werden zu Pfaden, die häufig nicht mehr medizinisch begründet werden – dann wäre die Standardisierung im Krankenhaus möglicherweise sogar sehr oft richtig –, sondern sie werden von Verwaltungsleitern und Pflegedirektoren vorgegeben und von ärztlichen Gremien abgenickt. Bestimmt werden die Abläufe durch betriebswirtschaftliche Prozesse. So haben wir uns die Abschaffung des Systems der Chefärzte eigentlich nicht vorgestellt. Im Endeffekt sind auch die Chefärzte diesem Prozess zwar nicht völlig, aber doch recht hilflos ausgeliefert.

Da hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen, der nicht nur für unsere Berufsausübung hochgefährlich ist, sondern bestimmt auch für die Patienten, weil die Handlungsabläufe zunehmend der ärztlichen Kontrolle entgleiten. Um dieses zu kontrollieren, werden bürokratische Hürden und Prozeduren eingebaut. Das reicht von der Verschlüsselung über QTM bis hin zu Bögen, die man stundenlang ausfüllen muss. Dies alles geschieht unter der Prämisse, dass Ärzte Kostenfaktoren im Krankenhaus sind. Wenn man sich die betriebswirtschaftliche Terminologie zu Eigen macht, kommt man zu der Aussage: Das Einzige, was im DRG-System bezahlt wird – das kann man mögen oder nicht –, ist die ärztliche Leistung. Danach hat man nämlich die Einteilung vorgenommen. Trotzdem werden wir nach Kostenfaktoren beurteilt. Die Personaldecke wird zunehmend kürzer.

Wenn Ärzte Leistungen erbringen, die bezahlt werden, sind sie im Endeffekt Produktivfaktoren. Wenn Sie das dem Verwaltungsleiter gegenüber in seiner eigenen Terminologie erwähnen, dass Ärzte eben nicht nur Kostenfaktoren, sondern ganz wesentlich die einzigen Produktivfaktoren in seinem armen Krankenhauskonzern sind, hört das Gespräch in der Regel schnell auf, weil geantwortet wird, so könne man das nicht sehen, die Krankenkassen zahlten halt nicht mehr.

Die Folge ist, dass die Kolleginnen und Kollegen weggehen. In England werden sie für das, was sie tun, sehr geschätzt. Sie werden nicht nur gut bezahlt, sondern sie werden auch ordentlich behandelt. Sie sind angesehen. Sie bleiben in der Regel Herr der Patientenbehandlung, bei allen anderen Nachteilen, die dieses System auch hat.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Veelken. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Josten aus Nordrhein. Bitte schön.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Kollege Friebel hat heute Morgen dargelegt, wie geschichtsträchtig der Boden in und um Magdeburg ist. Ich war am Sonntagnachmittag im Dom zu Magdeburg und habe dort ein Finanzierungssystem in seiner Urform gesehen: die Ablasskiste von Tetzel. Sie kennen den Spruch: Sobald das Geld im Kasten klingt, die Seele in den Himmel springt. Diese Zahlungen haben aber nicht dazu geführt, dass das Seelenheil erreicht wurde – ich hätte es für die Zahlenden erhofft –, sondern es diente der Finanzierung Roms und des ortsansässigen Bischofs. Das Geld aus der Kiste lief direkt zu den Fuggern. Das erinnert mich irgendwie an die Praxisgebühr; auch diese dient nicht der Genesung oder der Heilung.

(Beifall)

Über diese Situation der Finanzierung war ja Martin Luther, der nicht weit von hier lebte, so sauer, dass die Reformation begann. Vielleicht erleben auch wir heute oder in den nächsten Tagen hier einen Umbruch.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Josten. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Müller aus Westfalen-Lippe.

Müller, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute schon sehr viel über die berechtigten Forderungen unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen gehört. Ich möchte Ihr Augenmerk auf einen Teilaspekt richten, den der Kollege Hoppe dankenswerterweise bereits angesprochen hat, nämlich auf die Altersgrenze von 55 Jahren. Das ist ein Teilaspekt, der nach wie vor eine Problemgruppe der älteren Ärzte besonders tangiert.

Ich habe einige Jahre als Ombudsmann der Ärztekammer Westfalen-Lippe für Arbeitsplatzfragen fungiert. Nachdem aus der Ärzteschwemme ein Ärztemangel wurde, blieb im Wesentlichen eine Problemgruppe übrig, nämlich ältere Oberärzte, die bei einem Chef- oder Trägerwechsel plötzlich nicht mehr ins Konzept passten. Diese Gruppe ist in der Vergangenheit oft in die niedergelassene Praxis ausgewichen, weil sie am meisten über Spezialkenntnisse verfügt.

Das kann sie heute nicht mehr ohne weiteres, höchstens als angestellter Arzt in einem MVZ, in einer Praxis oder an anderer Stelle in einem Krankenhaus. Es ist überhaupt nicht einzusehen, dass ältere Ärzte als Angestellte in einem MVZ einen Kassenarztsitz bekommen können, aber nicht freiberuflich in gleichberechtigter Position beispielsweise in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten dürfen. Das halte ich für einen unhaltbaren Zustand, der nicht mehr akzeptabel ist. Er ist auch nicht mit dem Ärztemangel in Übereinstimmung zu bringen. Wir haben Versorgungsprobleme.

Deshalb erhebe ich hier mit Nachdruck die Forderung, dass man dem, was im Antrag I-3 des Vorstands steht, in der Diskussion Nachdruck verleiht. Diese Grenze von 55 Jahren muss sofort ersatzlos gestrichen werden. Ich fordere die rote Karte für diese Regelung!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Müller. – Als nächster Redner bitte Herr Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich kurz zu den Arbeitszeiten äußern. Einigkeit macht stark – aber was passiert mit den Arbeitszeiten? Wir haben gegen die Länge der Arbeitszeiten protestiert. Es ist unstrittig, dass wir deutlich weniger arbeiten wollen. Lesen wir die Papiere des Marburger Bundes, so sehen wir, dass er dafür kämpft, das Arbeitspensum von 66 Stunden pro Woche zu reduzieren.

Es gibt ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts, wonach nur 48 Stunden pro Woche gearbeitet werden darf. Mehr geht nicht. Wir haben die Aussage der Ministerin, dass ab 1. Januar 2007 das Arbeitszeitgesetz voll umgesetzt wird.

Aber was passiert? Es gibt beispielsweise im Rettungsdienst Notarztdienste, die entweder als Nebentätigkeit oder im Rahmen der Dienstaufgaben geleistet werden. Wenn hier die Arbeitszeiten reduziert werden, gibt es ein Versorgungsproblem. Davor sollten wir die Augen nicht verschließen. Einigkeit macht stark, aber nicht blind.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Michaelis. Sie haben Recht. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Herr Präsident! Wertes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eines war heute Morgen sehr deutlich: An Intelligenz, an ärztlicher Intelligenz fehlt es uns nicht. Wir müssen allerdings feststellen, dass andere die Kraft und die Macht haben, gute Ideen intelligent umzusetzen, was aber manchmal, weil die Intelligenz nicht ausreichend gefragt worden ist, ohne Intelligenz geschieht. Wir haben halt immer wieder Defizite. Wenn ich erleben muss, dass der Gesetzgeber mit dem Vertragsarztänderungsgesetz eingreift und uns die Berufsordnung aus der Hand schlägt, weil wir die (Muster-)Berufsordnung nicht bundeseinheitlich umsetzen, kann ich nur sagen: Hier liegt ein Mangel in unserer eigenen Organisation vor. Man sollte wissen, dass wir hier aufpassen müssen.

Ein Mangel in unserer eigenen Organisation besteht auch darin, dass immer noch 80 Prozent der Kollegenschaft im ambulanten Bereich in Einzelpraxen arbeiten, dass die Kooperationen nicht gefördert worden sind, sondern von unseren eigenen Funktionären, von unseren eigenen Kammern und KVen über Jahrzehnte hinweg sogar behindert worden sind. Auch hier liegen Fehler und Mängel vor, an deren Beseitigung wir schnellstens arbeiten müssen. Wir haben die Erkenntnisse, aber wir müssen sie auch umsetzen. Aber auch die Kooperation zwischen den Organisationen, zwischen PKV und GKV, zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich fehlt vollkommen. Wir müssen feststellen, dass die Mammographie im ambulanten Bereich in der Qualitätssicherung für die Ärzteschaft maximal umgesetzt worden ist, dass aber die privatärztliche Tätigkeit der Kollegen, die ich in Bayern rausgeschmissen habe, weiterhin möglich ist. Mittlerweile tauchen Patienten auf, die deswegen Krebs bekommen haben, weil sie nicht entsprechend behandelt worden sind.

Wir haben auch den Mangel, dass die Kollegenschaft, die schlecht ist, weil sie herausgeprüft worden ist, nicht gemeldet werden kann. Sie kann also weiterarbeiten, ohne dass die Kammer das weiß. Die Kammer meldet es nicht an uns, wenn diesbezügliche Fehler vorhanden sind. Ich habe einen entsprechenden Antrag gestellt, um diese Situation zu verbessern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir verschreiben uns in die Pleite. Wenn wir nicht aufpassen – eben wurde bereits ein Beispiel genannt –, wird die Pharmaindustrie mit ihren Marketingmaßnahmen weiter an Boden gewinnen und unsere Honorare im ambulanten Bereich gefährden. Hier muss etwas geschehen. Hier muss neben der Nutzenbewertung auch die Kostenbewertung ins IQiG einbezogen werden. Der Gesetzgeber muss hier handeln, der Bundesausschuss ebenso. Als einziges Land in Europa leisten wir es uns, keine Positivliste zu haben. Auch das ist unerträglich. Auch hier muss etwas geschehen. Ich bitte den Ärztetag, die entsprechenden Anträge positiv zu bescheiden. Auch wir in Deutschland brauchen eine Positivliste.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Munte. Aber Sie wissen sicher ganz genau, dass wir seit 1992 eine Positivliste fordern. Wir haben damals – das werde ich nicht vergessen – auf dem Sonderärztetag im Kölner Gürzenich diese Forderung zum ersten Mal erhoben.

Als nächster Redner bitte Herr Privatdozent Dr. Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich wissen wir doch alle, woran es im Gesundheitswesen mangelt und woran es krankt. Da brauchen wir uns nichts vorzumachen. Das Problem besteht darin, das nach draußen zu tragen. Die Streiks zeigen es der Öffentlichkeit inzwischen. Auch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen haben schon einmal demonstriert und gezeigt, dass hier Mängel bestehen.

Ich meine, es wird noch viel zu wenig auch von den Ärztekammern her getan, auf die Presse und auf die Öffentlichkeit einzuwirken. Draußen wird bereits mit den Füßen abgestimmt. In Hessen hat sich die Zahl derjenigen, die das „certificate of good standing“ verlangen, innerhalb von zwei Jahren verdreifacht. Wir müssen der Politik klipp und klar sagen: Hier werden für 100 000 Euro Leute ausgebildet, die Norweger, Engländer und andere bedienen sich kostenlos und machen ein gutes Geschäft.

Manchmal bin ich auch ganz froh, dass ich kein Niedergelassener bin, wenn ich mir anschaue, in welchem Hamsterrad man dort um Punkte kämpft und genau austüftelt, wo etwas zu gewinnen ist. So wird nichts zu gewinnen sein. Wir müssen draußen klar machen, dass es in der Gesundheitspolitik nicht um ein Wirtschaftsgut wie einen Kühlschrank geht. Den Kühlschrank kann ich in München und sonst wo ordern, aber es nützt dem Herzinfarktpatienten aus Magdeburg nichts, wenn die Behandlung in Hintertupfingen billiger ist. Das funktioniert doch nicht. Das müssen wir der Bevölkerung klar machen.

(Beifall)

Der Ärztemangel zeichnet sich schon lange ab. Schauen Sie sich die Situation in den Krankenhäusern und beim Praxisverkauf an. Die Polen wollen gar nicht mehr in Deutschland arbeiten. In Irland arbeitet man im Bereitschaftssystem, weil man dort das Zwei- bis Dreifache dessen verdient, was man hier in Deutschland bekommen kann. In Frankfurt an der Oder wollen sie vielleicht noch arbeiten, weil sie dann nach Hause fahren können, aber wenn sie richtig Geld verdienen wollen, dann gehen sie beispielsweise nach Irland.

Das können wir nicht weiterhin tatenlos hinnehmen. Wir können doch nicht einfach nur zuschauen. Hier sind die Presseabteilungen und auch Sie vor Ort gefordert, die Politiker zu kneten und zu knechten. Ich habe es in einer Tarifverhandlung persönlich erlebt: Als der Kollege aus Frankfurt darauf hinwies, dass doch Millionen Überstunden gemacht worden seien, dass das doch etwas wert sein müsse, schaute der Minister ihn an und erklärte: Nein, nichts.

Wir müssen mit den Ministern sprechen. Genau da müssen wir ansetzen, dass man den Politikern bei der Behandlung klar macht, dass sie entsprechend lange warten müssen. Sie sehen ja bei den Streiks: Da werden die Privatpatienten bevorzugt behandelt. Und wer ist Privatpatient? Das sind die Politiker. Viel Vergnügen!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Scholz. – Als nächster Redner bitte Herr Henke vom Vorstand der Bundesärztekammer.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich gemeldet, um auf dem Deutschen Ärztetag zu der Frage Stellung zu nehmen: Was ist das eigentlich für ein Vorgang, dass eine Tarifvereinbarung zwischen einer großen – zugegebenermaßen sehr, sehr großen – Gewerkschaft und der Tarifgemeinschaft deutscher Länder geschlossen und dann gesagt wird, das müsse nun übernommen werden, dazu gebe es gar keine Alternative? Ich bin neugierig, ob das in dem Brief, der uns versprochen wurde, mit dem man uns diesen Tarifabschluss übermitteln will, auch so formuliert wird. In der Presse wird bis jetzt behauptet, der Streik habe dadurch sein Ende gefunden, indem wir diesen Tarifabschluss übernehmen müssten.

Ich halte das neben der ganzen Tarifpolitik gesellschaftspolitisch für einen hoch bedeutsamen Angriff auf Gewerkschaftspluralität und Selbstbestimmungsrechte.

(Beifall)

Das Selbstbestimmungsrecht in eigenen Angelegenheiten gehört für mich in einer Demokratie zu einem ehernen Recht. Es gehört im Grundgesetz zu den Garantien, die unmittelbar aus der Menschenwürde resultieren. Ob man sich einer Partei, einer Kirche, einer Gewerkschaft, einem Verein oder einer Bürgerinitiative anschließt, das entscheiden für einen, solange man unmündig ist, die

Eltern, wenn man dement wird, die Betreuer, aber zwischendurch, in der Zeit, in der man erwachsen ist, entscheidet man das selbst.

(Beifall)

Das ist eine Frage von Verfassungsrang und Verfassungswert. Natürlich gewährleistet das Grundgesetz die positive und die negative Koalitionsfreiheit auch im Zusammenhang mit Gewerkschaften.

Deswegen geht es nicht, dass man nach neun Verhandlungsrunden und drei Spitzengesprächen verkündet: Es gibt kein Ergebnis, dann machen wir Arbeitgeber das, was wir wollen, dann eben mit anderen. Euch sagen wir, ihr müsst parieren, damit basta! Das geht nicht.

(Beifall)

Ich finde, die Botschaft, die darin steckt, ist schlimmer als jeder Dissens in der Frage angemessener Vergütungshöhe oder zulässiger Dauer von Arbeitszeiten. Sie lautet: Wer sich nicht an die zentral ausgegebenen Kommandos von TdL und ver.di hält, der kommt an den Katzentisch, der kann sehen, wo er bleibt. Ich finde, das ist eine einzige Provokation. Es kann nicht sein, dass zwangsweise das, was für 600 Leute mag vereinbart werden können, auf 22 000 Ärztinnen und Ärzte der Unikliniken oder 105 000 Mitglieder des Marburger Bundes oder 146 000 angestellte Ärzte übertragen wird. Das geht nicht. Das ist wirklich essentiell. Wir streiken ja nicht, um als Ärzte Millionär zu werden, sondern nur, um zu erreichen, dass niemand dafür bestraft wird, als Arzt in Deutschland zu bleiben, statt ins Ausland abzuwandern. Wir sichern so die Zuverlässigkeit der Patientenversorgung, die mit Billigheimerei immer mehr in Gefahr gerät. Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ rät uns deshalb, uns vom ver.di-Länder-Abschluss nicht einlullen zu lassen. Das ist richtig. Genau das werden wir nicht tun.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Rudolf Henke. Herr Henke hat die Fähigkeit, Sätze zu bauen, bei denen man immer wieder Kommas und Gedankenstriche entdeckt, aber keinen Punkt. Deswegen kann er manchmal trotz Redezeitende ein bisschen länger sprechen.

Als nächster Redner Herr Rettkowski aus Niedersachsen. Bitte schön.

Rettkowski, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Alle reden von einem solidarischen und sozialen Gesundheits-

system. Was ist daran heute eigentlich noch sozial? Wir haben nach der Einführung der Praxisgebühr gemerkt, die eigentlich eine verbal unredlich verpackte Beitragserhöhung war, dass die sozial Schwachen schon gar nicht mehr kommen, beispielsweise viele alte allein stehende Rentnerinnen.

Nein, liebe Kolleginnen und Kollegen, was an diesem System einzig und allein noch sozial ist, sind wir Ärzte in Klinik und Praxis, die wir uns seit über 15 Jahren ausbeuten lassen und das GKV-System zunehmend mit entgangenem Lohn künstlich beatmen.

Jetzt sind wir an dem Punkt, dass wir so fertig sind wie das Ärzteteam, das nach zwei Stunden die Reanimation aufgibt. Wir haben heute von Herrn Hoppe gehört, dass nur 26 Millionen Beitragszahler in die GKV einzahlen, dazu noch einmal circa 20 Millionen Rentner einen reduzierten Beitrag. An dieser Stelle erkennen Sie, dass das Rentensystem viel früher zusammenbrechen wird, als es jedem von uns lieb sein kann – und das, obwohl es seit Jahrzehnten von der GKV künstlich beatmet wird, zuletzt 2005 mit 50 Milliarden Euro, einem Fünftel des Gesamtaufkommens. Das ist den Untersuchungen von Professor Fritz Beske aus Kiel zu entnehmen.

Lassen Sie mich noch zwei Sätze sagen, die vielleicht nicht jeder von uns gern hören möchte. Die Probleme unseres sozialen Sicherungssystems bestehen in dem Sozialtransfer zwischen Zahlenden und Empfangenden, zwischen Alt und Jung, der so genannte Generationenkonflikt. Die heute für geringere Löhne arbeitende Bevölkerung subventioniert die qualitativ hochwertige Behandlung von immer mehr immer älter werdenden Menschen bei zu hohem Renteneinkommen. Das möchte ich hier feststellen.

Insofern müssen wir dafür sorgen, dass sich die Arbeitnehmer mit uns solidarisieren, weil die heute arbeitende Bevölkerung genauso von dem System ausgebeutet wird wie wir. Die Zahlen dazu kann man nachlesen; sie sind jedem zugänglich.

Ich verstehe unter „solidarisch“, dass jeder den gleichen Prozentsatz von seinem Einkommen in das Krankenversicherungssystem einzahlt. Ulla Schmidt zahlt, wenn sie 14 000 Euro im Monat verdient, 1 996 Euro ein, davon 500 Euro in ihre private Versicherung, aber bitte schön 1 496 an die GKV. Dann führen wir die Kostenerstattung ein.

Ich bin überzeugt: Wenn wir Solidarität in diesem Sinne üben, können wir unsere sozial schwachen Patienten kostenlos behandeln.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Rettkowski. – Nun Herr Kollege Schuch aus Bayern.

Dr. Schuch, Bayern: Herr Präsident! Hohes Präsidium! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben sehr viel über unsere Probleme gehört, wir reden viel über sie. Ob die Patienten draußen, die kranken Menschen, die wir betreuen, mit DMP, DRG, EBM usw. etwas anfangen können, ob sie das interessiert, da habe ich meine Zweifel. Man muss sehen, dass das Gesundheitswesen, dass der Arztberuf kein Kostenfaktor ist, sondern dass es darum geht, kranke Menschen zu versorgen. Ich sehe das Gesundheitswesen sehr wohl als eine Zukunftsbranche an. Ein Zahnarzt kann schon heute innerhalb einer Woche eine Krone in China fertigen lassen. Die moderne Logistik macht es möglich. Einen Altenheimbewohner mit einem chronischen Ulcus werde ich auch in Zukunft nicht nach China oder Asien fliegen lassen können, damit dort die Ulcusversorgung erfolgt. Das macht der Hausarzt durch Hausbesuche, das geschieht im Miteinander von Ärzten und Assistenten.

50 000 Arzthelfer-Vollzeitstellen sind laut Statistischem Bundesamt in den letzten fünf Jahren verschwunden. Wer bildet noch aus? Wir in Erlangen führen Berufsinformationstage durch. Von circa 25 Schülern, die ihren Hauptschulabschluss machen, haben zwei eine Ausbildungsstelle. Wohin soll das führen?

Ich wünsche mir, dass wir von diesem Deutschen Ärztetag nach außen hin deutlich machen, wo die Probleme liegen. Wir haben von den Problemen der Unterfinanzierung gehört, wir haben gehört, wo die Einnahmen fehlen. Wir haben gehört, dass das Geld aus der Tabaksteuer weggenommen wird. Wir haben die Kosten für Hartz I bis IV gehört. Die Mehrwertsteuererhöhung wird der nächste Faktor sein. In Frankreich werden 0 Prozent Steuer auf Medikamente erhoben, in Italien 7 Prozent, in Deutschland demnächst 19 Prozent. Auch das muss den Patienten einmal verdeutlicht werden. Dann erscheinen viele andere Zahlen in einem ganz anderen Licht.

Deshalb lautet mein Appell, dass wir nach außen hin verdeutlichen: Arztinteressen sind Patienteninteressen und Patienteninteressen sind auch Arztinteressen. Wir sind diejenigen, die in diesem System die zentrale Rolle spielen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kollege Schuch. – Jetzt bitte Frau Kollegin Friedländer aus Nordrhein.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Herr Professor Hoppe, zunächst einmal möchte ich Ihnen für diese wunderbare Rede danken. Sie war nicht nur mit Humor gespickt, sondern sie hat auch keinen Zweifel an der Ernsthaftigkeit unserer Anliegen gelassen, auch nicht an der Ernsthaftigkeit, wie weit wir bereit sind, diesem Druck etwas entgegenzusetzen.

Wir haben am Ende der Eröffnungsveranstaltung die deutsche Nationalhymne gesungen. Dort heißt es: Einigkeit und Recht und Freiheit sind des Glückes Unterpfand. Wenn wir das nicht nur so dahingesungen haben, sondern wenn das auch ein Teil unserer Identität ist, folgert für mich daraus zweierlei: Einigkeit bedeutet Solidarität mit unseren Kolleginnen und Kollegen, die seit Wochen auf die Straße gehen und Geld und Arbeitsbedingungen einfordern, die für unseren Berufsstand angemessen sind.

Ich denke, das Zweite fehlt noch ein wenig: Wohin wollen wir denn gehen? Bei allen Protesten und allem Unmut fehlt mir letztendlich das Ziel. Ich bitte Sie, Herr Professor Hoppe, einen so genannten Gesundheitsrat innerhalb unserer Organisation zu installieren. Wir brauchen nämlich eine gemeinsame Basis, mit der Sie die Meinung des gesamten deutschen Ärztesystems vertreten und nach außen transportieren können; denn nicht alle, die auf die Straße gehen, wollen in dieselbe Richtung. Ich habe die Befürchtung, dass alle unsere Diagnosen richtig sind, dass unsere Therapie aber nicht ausreichend zielführend ist.

Das ist meine herzliche Bitte. Das wäre die Hilfestellung für die Ministerin, daraus zu lernen. Sie hat, wenn ich das richtig sehe, in ihrem Amtseid geschworen, dem deutschen Volke zu dienen und Schaden von ihm zu wenden. Um ihr diese Chance zu geben, ist es dringend notwendig, unseren Sachverstand dort einzubringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Friedländer. – Als nächster Redner bitte Herr Crusius, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Frau Friedländer sofort antworten: Dazu hätte Ulla Schmidt aber verstehen müssen, was sie mit dem Eid geschworen hat. Ich glaube nicht, dass sie das getan hat.

Wir haben heute von Herrn Radebold gehört, dass er nach Norwegen gehen will. Wir haben das neulich probeweise schon einmal mit 421 Kollegen und einer Fähre probiert. Das ging gut. Wir haben wie der frühere Papst mit drei Ärztinnen und drei Ärzten den dänischen Boden als „heiliges Land“ geküsst. Ich glaube, das ist in den Medien sehr gut angekommen.

Herr Lindhorst hat gefordert, die Kammern müssten etwas unternehmen. Ich sage dazu: Die Kammern unternehmen etwas. In Greifswald gibt es einen Ordinarius, der seinen Assistenten gesagt hat: Wenn ihr zum Streik geht und nicht im OP steht, werdet ihr in die Poliklinik strafversetzt! Auf die Gegenfrage: Und wenn wir alle zum Streik gehen? gab es die Antwort: Dann operiere ich alleine! Ich habe über die Medien verbreiten lassen, dass hier mit berufsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen sei, weil er den Kolleginnen und Kollegen das demokratische Grundrecht, das Herr Henke eben angesprochen hat, nimmt und damit unärztlich handelt. Damit habe er nicht mehr die persönliche Eignung zur Weiterbildung. Das hat Wirkung gezeigt!

(Beifall)

Das Gleiche hat Harald Mau – ich darf ihn hier ausdrücklich zitieren – in Berlin erlebt. Von 142 Ordinarien haben sich zwei gegen einen Streik ausgesprochen. Er hat sie zu einem persönlichen Gespräch zu sich gebeten. Ich habe mir in Rostock zwei Ordinarien, die alle Operationen zu Notoperationen erklärt haben, zur Brust genommen und ihnen verdeutlicht, dass sie unärztlich handeln und damit ihre Weiterbildungsbefugnis infrage stellen. Das hatte zur Folge, dass sie ihre so genannten Notoperationen abgesetzt haben. Der Orthopäde ist sogar zur letzten Streikmaßnahme, als wir Blut für Patienten gespendet haben, erschienen und hat als Beamter Dienst nach Vorschrift gemacht.

Man muss also diejenigen, die sich dagegenstellen, aktiv angehen, dann erreicht man etwas. Das sollten alle Kammern so tun.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Crusius. Im Norden herrscht Klarheit! – Der nächste Redner ist Dr. Mitrenga aus Nordrhein. Bitte schön.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann nahtlos an den Beitrag von Herrn Crusius anschließen. Man könnte sagen: Der Marburger Bund hat doch schon

genug Solidarität erfahren. Darauf antworte ich: Nein, er hat noch nicht genug Solidarität erfahren. Ich möchte Ihnen aufzeigen, wo noch mehr Solidarität herkommen könnte. Außer den Vorständen von Tübingen, Heidelberg und Freiburg – von wenigen Ausnahmen abgesehen; natürlich gibt es auch dort schwarze Schafe – haben sich andere Ordinarien nicht wirklich solidarisiert. Sie haben als Professoren nicht, wie man von der Bedeutung dieses Wortes her hätte erwarten müssen, als Bekenner an der Seite ihrer Assistenten gestanden. Mir kann niemand klar machen, dass sie die Entwicklung an den Hochschulen nicht bemerkt haben.

Ich spreche von hier aus die Forderung aus: Haben Sie mehr Mut, meine Damen und Herren Professoren, seien Sie an der Seite Ihrer Kolleginnen und Kollegen! Es wird Ihnen nichts passieren, seien Sie nicht so kleinlich.

(Beifall)

Nun ein Appell an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Statt an der Seite jener zu stehen, denen gegenüber sie eigentlich eine Fürsorgepflicht haben, sind sie kleinlich und fragen, wie sie 30 Prozent bezahlen sollen, wenn die Budgetsteigerung nur 1 Prozent beträgt. Ist das Tumbheit, ist das Nichtwissen, ist das Zynismus oder ist das reine Obstruktion?

Wir Ärzte haben doch bei der Politik durchgesetzt – davon hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft profitiert –, dass weit über 1 Million Euro in die Krankenhäuser beim AiP-Wechsel usw. geflossen sind. Aber nun lässt sie uns aus meiner Sicht schändlich im Stich!

(Zuruf: Pfui!)

Möglicherweise sind im Zusammenhang mit der VKA ebenfalls Kampfmaßnahmen erforderlich. Hier werden wir die DKG noch viel mehr brauchen, wahrscheinlich werden wir auch dort – Godot ist auch nicht gekommen – auf die DKG vergeblich warten.

Unser Präsident hat heute Morgen der Politik Hilfe angeboten. Ich bin überzeugt: Wir würden sie gern auch den Ordinarien geben, noch viel lieber der DKG.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Dieter Mitrenga. – Als nächster Redner Herr Kollege Reusch, Präsident der Ärztekammer Hamburg.

Dr. Reusch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte nicht alles wiederholen, sondern einen allgemeinen Punkt ansprechen und zweitens zu einem Antrag Stellung nehmen. Zum Allgemeinen möchte ich Ihnen, an Herrn Mitrenga anschließend, sagen: Lassen Sie uns geschlossen sein, lassen Sie uns dieses Signal nach außen geben. Wenn Sie an den Protesten teilnehmen, bemerken Sie, dass unsere Kolleginnen und Kollegen traumatisiert sind. Unser Zwangssystem hat orwellsche bzw. kafkaeske Züge. Hier werden hoch intelligente Menschen – ein Stück weit gehören wir wahrscheinlich dazu – in einen Zielkonflikt getrieben, bei dem sie weder so noch so bestehen können. Die Ärzte haben eben immer Schuld. Das lässt sich nicht beliebig lange aushalten. Die Patientenversorgung wird allein aufgrund dieser psychologischen Situation der Ärzte nicht funktionsfähig sein.

Die Ärzte glauben immer noch, dass ihre Funktionsträger ihre Interessen nicht energisch genug vertreten. Mit dieser Meinung müssen wir auch innerärztlich aufräumen. Wir wollen energischer sein, aber wir brauchen die Ärzteschaft als Basis, wie die Proteste zeigen.

Mit der Politik ist bereits alles ausgetauscht. Es ist ja nicht so, als wüsste Frau Schmidt das nicht. Sie kommt zu jedem Ärztetag mit einer anderen Botschaft, gerade wie sie es braucht. Mal erklärt sie, sie wolle uns nicht alle zu Millionären machen, obwohl sie gut weiß, dass ein Großteil der Ärzte noch nicht einmal ein Zehntel dieser Summe pro Jahr erreicht. Frau Schmidt produziert halt das, was sie gerade braucht.

Ich glaube, unsere Ärzte müssen wissen: Wir sind auf diese Basis angewiesen, um voranzukommen, sei es im Krankenhaus, sei es in der Niederlassung.

Frau Schmidt hat heute Vormittag Hamburg erwähnt. In Hamburg gibt es eine Zielvereinbarung zu den Arzneimitteln. Sie ist vernünftig. Da gibt es weder Bonus noch Malus. Das hat überhaupt nichts mit dem AVWG zu tun. Es gibt auch keinen Kollektivregress. Es ist so, dass diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die bei bestimmten, in Zielvereinbarungen festgelegten Arzneimitteln zeigen, dass sie dies für ihre Patienten brauchen, mithilfe der Krankenkassen zum Schluss eine Budgeterhöhung erhalten. Das ist ein intelligentes System und hat mit dem AVWG überhaupt nichts zu tun. Alles andere ist Teil einer Desinformation.

Ich möchte kurz noch etwas zum Antrag I-5 von Herrn Montgomery und anderen zum Thema GKV-Reform sagen. In dem Antrag steht vieles, mit dem ich absolut übereinstimme. Trotzdem bitte ich Sie, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen. Im vierten Absatz stehen pauschale Argumente für eine Veränderung der Vergütung, eine Abschaffung der GOÄ und eine Äquilibrierung des GKV-Systems. Das kann man meiner Meinung nach nicht so nebenbei quasi mit einem Schuss aus der Hüfte erledigen. Das steht in klarem Widerspruch zu

unserem Wunsch nach einem gegliederten System, wie es im Vorstandsantrag I-2 steht.

Ich bitte Sie, den Antrag I-5 an den Vorstand zu überweisen. Anderenfalls liefern Sie eine Vorlage, die GOÄ, die ohnehin in Gefahr ist, abzuschießen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Reusch. – Als nächste Rednerin bitte Frau Dr. Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich habe mich zu Wort gemeldet, um zu einem anderen Punkt zu sprechen. Ich möchte ein paar Worte zum Antrag I-4 sagen. In diesem Antrag geht es um die Schnittstellenproblematik hinsichtlich der Arbeit von Ärztinnen und Ärzten und der Arbeit anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen. An dieser Stelle sage ich noch einmal: Die Ärztinnen und Ärzte sind die zentralen Leistungserbringer in Klinik, Praxis und anderen Bereichen des Gesundheitswesens wie dem ÖGD. Dennoch schätzen wir natürlich sehr die Zusammenarbeit mit allen anderen Professionen im Gesundheitswesen.

Da dies noch nicht geschehen ist, möchte ich an dieser Stelle die Damen vom Deutschen Pflegerat und die Vertreterinnen des Berufsverbands der Arzthelferinnen begrüßen, die bei uns zu Gast sind. Die Arzthelferinnen begrüße ich auch deshalb sehr herzlich, weil sie uns bei unseren Demonstrationen ganz ausdrücklich unterstützt und dort mitgemacht haben. Herzlichen Dank!

(Beifall)

Wir müssen die Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit so ändern, dass es eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten gibt und die Mangelsituation, die entstehen könnte, nicht dazu genutzt wird, Ärztinnen und Ärzte und deren Arbeit durch andere Berufsgruppen zu ersetzen. Wir müssen die Case Manager für Patientinnen und Patienten bleiben. Ärztinnen und Ärzte sind nicht ersetzbar.

Wir müssen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die anderen Berufsgruppen angehören, so qualifizieren, dass sie unter unserer Anleitung und unserer Verantwortung die Patientinnen und Patienten so qualifiziert versorgen können, dass wir gemeinsam auch Mangelsituationen beherrschen können. Sie müssen unter unserer Anleitung hinausgehen und Patientinnen und Patienten versorgen können.

In diesem Sinne hat die Bundesärztekammer zusammen mit den Verbänden der Arzthelferinnen und dem Verordnungsgeber die Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen zum 1. August 2006 geändert. Es wird in Zukunft die medizinische Fachangestellte geben. Wir sind auf dem Weg, die Arztfachhelferinnen für den ambulanten Sektor ausdrücklich für den hausärztlichen Bereich besonders zu qualifizieren, sodass wir einer Mangelsituation, so sie denn entsteht, qualifiziert begegnen können.

Wir müssen aber immer darauf hinarbeiten, dass Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl im Lande bleiben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Goesmann. – Als nächster Redner bitte Herr Lutz aus Bayern.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Die angestellten Kolleginnen und Kollegen haben unsere volle Sympathie. Sie haben das alle mitbekommen. Ich meine, dass die Bekundung dieser allgemeinen Solidarität nach außen hin gut kommuniziert werden kann, schließlich ist sie dadurch auch von Außenstehenden zu erkennen und nachvollziehbar.

Ich möchte aus dem niedergelassenen Bereich auf etwas hinweisen, das aus den bisherigen Wortmeldungen noch nicht so ganz eindeutig hervorging. Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, eine drohende Insolvenz gibt es tatsächlich. Das ist kein Märchen, das erzählt wird. Es ist nicht nur eine drohende Situation, sondern es gibt tatsächlich Kollegen, die nur noch deswegen existieren können, weil sie ihre persönlichen Interessen hintanstellen und für ein System sparen, sparen, sparen, aus dem sie nicht ausbrechen können.

Ich möchte an dieser Stelle die Kollegen, die sich in dieser misslichen Situation befinden, dazu aufrufen, sich in ihrer KV und in ihrer Kammer zu outen und die Probleme zu besprechen, und zwar nicht erst dann, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, sondern wenn die Situation einzutreten droht. Ich rufe die KVen und die Ärztekammern auf, hier Hilfestellung zu geben und das Problem zumindest statistisch nach außen hin zu kommunizieren, damit draußen im Lande bekannt wird, dass das, was die Gesundheitsministerin mit uns macht, für viele unserer Kollegen ins Aus führt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lutz. – Jetzt bitte noch einmal Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche ganz kurz zum Antrag I-5. Wir haben vor einem Jahr einen im Thema ähnlichen Antrag gestellt. Er wurde durch Nichtbefassung erledigt. Wir haben in dieser wichtigen Angelegenheit ein ganzes Jahr der Diskussion verpasst, das wir hätten nutzen können, um uns bei dieser wichtigen Angelegenheit in die politische Diskussion einzumischen.

Dieser Antrag ist, wenn man ihn genau liest, nur als ein Plädoyer für ein Kopfpauschalensystem zu verstehen. Alles andere lässt sich mit diesem Antrag nicht vereinbaren. Er nennt es nur nicht so. Was heißt es wirklich, wenn es dort heißt, die Prinzipien Solidarität, Eigenverantwortung und Subsidiarität müssten neu ausgerichtet werden? Das heißt, die Solidarität soll aufgegeben werden, indem die Arbeitgeberanteile an der gesetzlichen Krankenversicherung dem Gehalt einmalig zugeschlagen werden und dann der tariflichen Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst werden sollen. Wenn es aber keine tarifliche Lohn- und Gehaltsentwicklung gibt, wird es auch keine Steigerung der Arbeitgeberbeteiligung an der Finanzierung des Gesundheitswesens geben.

Die Versicherung von Kindern aus Steuermitteln ist sehr wohl eine Möglichkeit. Sie widerspricht aber der Aussage in dem vorhergehenden Absatz des Antrags, in dem es heißt, es soll für alle Bürger eine Versicherungspflicht geben. Der Antrag ist also in sich widersprüchlich. Er ist auch ein klein wenig irreführend, weil er nicht das ausspricht, was man tatsächlich im Sinn hat.

Insofern kann ich mich Herrn Reusch nur von ganzem Herzen anschließen und Sie bitten, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen, damit endlich die notwendige Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitswesens beginnen kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Die Diskussion ist schon im Gange. Es ist nicht so, dass wir damit erst beginnen müssen. Das Problem ist allerdings, dass die Ärzteschaft in dieser Frage genauso unterschiedlich denkt wie die Bürgerinnen und Bürger in unserem Land. Es ist da genauso schwierig, sich auf eine Linie zu einigen. Das ist ein großes Problem.

Als nächste Rednerin bitte Frau Kollegin Borelli aus Bayern.

Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu meinen Anträgen I-9 und I-11 sprechen. Ich denke, dass wir zum einen von diesem Ärztetag aus ein klares Signal der Solidarität mit den Arbeitskampfmaßnahmen und den Protestaktionen geben müssen. Das ist hier bereits mehrfach angeklungen. Der Vorstandsantrag ist relativ lang. Ich denke, wir brauchen einen kurzen, prägnanten Antrag, der den Kolleginnen und Kollegen draußen signalisiert: Wir alle stehen voll hinter den Aktionen und haben dieselbe Meinung. Entsprechend dem Antrag I-9 sollen TdL und VKA direkt aufgefordert werden: Tretet endlich wieder in Verhandlungen mit dem Marburger Bund und schließt einen Ärztetarifvertrag ab! Das ist es, was wir wollen; der Deutsche Ärztetag steht dahinter.

(Beifall)

Der Antrag I-11 beschäftigt sich mit der Zukunft. Ich bin Optimistin und hoffe, dass wir zu einem solchen Ärztetarifvertrag kommen werden. Jetzt kommen wir zu einem weiteren Problem: Es gibt die Privatisierung der Universitätsklinika, die im ganzen Bundesgebiet läuft. In Bayern ist das neue Hochschulgesetz bereits formuliert. Damit wird die Tür für eine solche Privatisierung geöffnet.

Wie sieht die Entwicklung dann aus? Wir werden zum einen Ärztinnen und Ärzte haben, die an der Hochschule arbeiten. Sie bekommen vielleicht den Ärztetarifvertrag. Aber das Klinikum selber darf auch Ärztinnen und Ärzte anstellen, die nur für die Krankenversorgung da sind. Diese werden möglicherweise untertariflich bezahlt. Wir hätten also eine ärztliche Zweiklassengesellschaft. Das ist etwas, was wir gar nicht wollen, sondern wir wollen, dass für alle Ärzte ein gemeinsamer Tarifvertrag gilt, nach dem die Arbeit angemessen bezahlt wird. Wir wollen also keine untertarifliche Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten an der Universität und anderswo.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Kollegin Borelli. – Jetzt bitte Herr Kollege Kaiser aus Westfalen-Lippe.

Dr. Kaiser, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Gedanken aufgreifen, die Herr Crusius und auch Herr Mitrenga vorgetragen haben. Es scheint ja so zu sein, dass bei den Streikmaßnahmen der Kolleginnen und Kollegen der Universitätskliniken zum Teil versucht wird, diese Streikmaßnahmen mit getürkten Notfallplänen zu un-

terlaufen. Ich finde den Hinweis von Herrn Crusius sehr gut und richtig, dass nach unserem Grundgesetz das Streikrecht und das Versammlungsrecht zu den Rechten eines jeden Bürgers gehören und damit auch zu den Rechten von Ärztinnen und Ärzten an Universitätskliniken.

Sofern Direktoren und Klinikleiter dies durch Ausüben von Druck, durch die Androhung von Strafmaßnahmen zu unterlaufen versuchen, wie es Herr Crusius dargestellt hat und wie es auch an anderen Universitätskliniken vorkommen soll, sind die Kammern aufgerufen, über Nachrichten oder Möglichkeiten der Dokumentation herauszufinden, wie das gehandhabt wird, um dann gegebenenfalls einzuschreiten oder die Betreffenden darauf hinzuweisen, dass sie gegen geltendes Recht verstoßen. Das könnte verbunden werden mit dem Hinweis auf die persönliche Eignung zur Weiterbildung. Das ist vielleicht einigen nicht bekannt bzw. sie rechnen nicht damit. Vielleicht könnte auch der Präsident der Bundesärztekammer einen kameradschaftlichen aufklärenden Brief an die Universitätskliniken schreiben und sie noch einmal auf die Zusammenhänge hinweisen, gegebenenfalls die Präsidentinnen und Präsidenten der Landesärztekammern.

(Beifall)

Wenn die Damen und Herren sehen, dass sie möglicherweise gegen Recht verstoßen oder mit Konsequenzen zu rechnen haben, die zu ihrem Nachteil gereichen könnten, könnten sie vielleicht in einen Überlegungsprozess versetzt werden, der sie in einen anderen Zustand bezüglich des Handelns und der Einstellung zu ihren Kolleginnen und Kollegen brächte. Ich hoffe, ich habe mich sibyllinisch genug ausgedrückt.

Ich danke Ihnen für Ihr Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kaiser. Wir werden es im Klartext weitergeben. Mit den ärztlichen Direktoren ganz besonders der Universitätsklinika stehen wir ja schon in Kontakt. – Nächster Redner ist Herr Dr. Gadomski, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes. Bitte schön.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte mich zum Antrag I-5 äußern. Bisher war es so, dass die Ärzteschaft immer nur die Eckpunkte formuliert hat, wie eine Finanzierung der Patientenversorgung aussehen soll. Eigene Finanzierungskonzepte

hat sie bisher deshalb auch nie vorgelegt. Zuletzt wurden Eckpunkte vor zwei Jahren formuliert.

Sich zu früh festzulegen, kann für uns nur negative Folgen haben. Die Versicherungspflicht für alle Bürger läuft im Endeffekt auf eine einheitliche Grundabsicherung hinaus. Zusätzlich ist dann nur noch eine private Absicherung möglich.

Im Übrigen widerspricht der Antrag dem von uns geforderten gegliederten System. Gerade aufgrund des Wettbewerbs der Versicherungssysteme ist bisher die Qualität der Versorgung gesichert worden.

Aus diesem Grunde meine ich, dass dieses Thema, das in dem Antrag I-5 behandelt wird, sehr genau in unseren Gremien diskutiert werden muss. Der Antrag widerspricht im Übrigen dem vom Vorstand vorgelegten Leitantrag. Aus den genannten Gründen bitte ich Sie, diesen Antrag formal an den Vorstand zu überweisen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Gadomski. – Der nächste Redner ist Herr Montgomery aus Hamburg. Bitte schön.

Dr. Montgomery, Hamburg: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich eingangs ganz herzlich für die vielen Zeichen von Solidarität, die ich in den letzten Tagen erhalten habe, danken. Sie haben immer mich beklatscht; ich nehme das als Ausdruck der Solidarität mit den vielen Kolleginnen und Kollegen, die das gemacht haben, vor allen Dingen an den Universitäten.

(Beifall)

Es darf überhaupt kein Zweifel bestehen: Wir erleben eine Bottom-up-Bewegung. Manch einer von uns hatte durchaus Probleme, noch rechtzeitig an die Spitze der Bewegung zu kommen. Das ist so bei solchen Basisbewegungen. Wir können den Kolleginnen und Kollegen von den Universitäten nicht genug dafür danken, dass sie das so fantastisch für uns alle getan haben.

(Beifall)

Ich spreche jetzt zum Antrag I-5. Herr Reusch meinte, dass durch den vierten Absatz Probleme mit der GOÄ und dem EBM, also mit den Geschäftsgebüh-

renordnungen auftreten könnten. Das kann überhaupt nicht der Fall sein, denn darum geht es gar nicht. Es geht bei diesem Antrag im Kern darum, dass ich glaube, dass wir als Ärzteschaft dabei sind, eine historische Chance zu verpassen, uns in die Debatte um eine Neustrukturierung der Krankenversicherung einzumischen. Wir haben im Moment doch das Problem, dass eine Kommission zusammensitzt, an der wir nicht beteiligt sind, in die wir bisher ausgesprochen wenig Input geben konnten, die jetzt über unsere Köpfe hinweg über die Zukunft der Krankenversorgung Beschlüsse fassen wird.

Wenn Sie die publizistische Begleitung der Arbeit dieser Kommission über die Zeit hinweg sehen, stellen Sie fest, dass man anfänglich noch über die Frage „Bürgerversicherung oder Prämienmodell?“ gestritten hat. In einem Artikel der „Frankfurter Rundschau“ vor etwa zwei Wochen konnte man lesen, dass jetzt überhaupt nur noch über Ausgabenreduktion, Kostendämpfung und Reformen auf der Seite der Leistungserbringer geredet wird. Das ist für uns eine hochgefährliche Situation. Ich glaube, deswegen müssen wir der Politik klar machen: Wir brauchen eine richtige Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir dürfen aber nicht innehalten mit der Forderung nach einer Reform, sondern wir müssen auch sagen, entlang welcher Leitlinien wir das wollen.

Es wundert mich überhaupt nicht, Herr Pickerodt, in Kenntnis Ihres Antrags, den wir auf dem vorigen Ärztetag mit Nichtbefassung beschieden haben, dass Sie dagegen sind. Das verstehe ich, davor habe ich Respekt. Präsident Hoppe hat völlig richtig gesagt: Wir haben hier unterschiedliche Meinungen.

Wenn es uns nicht gelingt, auch mit skizzenhaften Modellüberlegungen in diese Diskussion einzugreifen, dürfen wir uns hinterher auch nicht darüber beklagen, dass diese Diskussion ohne uns stattfindet und wir die Ergebnisse nicht mögen. Deshalb bitte ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, keine Vorstandsüberweisung zu beschließen, sondern diesen Antrag anzunehmen.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Montgomery. – Als nächster Redner bitte Herr Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich knechte in einer VKA-Klinik unter der schweren Last des TVöD. Ich muss allerdings sagen: Wir haben immerhin schon Anfang Mai dieses Jahres eine erste gemeinsame Aktion der VKA-Kliniken mit den Universitätskliniken in München mit immerhin 2 500 Kolleginnen und Kollegen in Form eines Warnstreiks

durchgeführt. Unser Motto lautete: Wir lassen uns nicht auseinander dividieren. Das war ein ganz wichtiges Motto.

Ich möchte zum Antrag I-10 sprechen, den ich zusammen mit Frau Borelli formuliert habe. Wir haben beim TVöD eine ganz besondere Situation, ich möchte fast sagen: eine perverse Situation. Wir haben hier einen Tarifvertrag, der mit einer Gewerkschaft abgeschlossen worden ist, die, wie ich glaube, 600 Ärzte als Mitglied hat. In diesem Tarifvertrag wird in dem besonderen Teil „Krankenhaus“ das Vertragsverhältnis des Assistenzarztes auch im Hinblick auf die Weiterbildungsordnung geregelt. Das heißt, es wird ein Weiterbildungsplan aufgestellt.

Es ist die Frage, inwieweit der TVöD für uns im Marburger Bund organisierte Ärzte gilt. De facto ist der TVöD umgesetzt. Dagegen gehen wir rechtlich an, gehen wir auch auf die Straße.

Im Zusammenhang mit der Frage der Entmachtung der Selbstverwaltungsorgane muss man ganz klar darauf hinweisen, dass das für uns nicht hinnehmbar ist. Eine Gewerkschaft, die Pflegepersonal und Busfahrer – selbstverständlich alles honorige Berufe – vertritt, schreibt uns in einem Tarifvertrag unsere Weiterbildung vor, erstellt mit dem Arbeitgeber Weiterbildungspläne. Das können wir in dieser Form in keiner Weise hinnehmen. Dem müssen wir in aller Schärfe den Zahn ziehen und sagen: Weitere Übergriffe auf die Inhalte unserer ärztlichen Tätigkeit, auf die Inhalte unserer Weiterbildungsordnung lassen wir nicht mehr zu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Hesse. – Nun bitte Herr Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Herr Montgomery, Sie haben Solidarität erlebt, dazu stehen wir auch. Es ist ja fantastisch, wie sich die ambulant und stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen für ihren Kampf einsetzen. Dennoch möchte ich Ihren Antrag ablehnen, weil er eine Gleichmacherei und eine Veränderung des Systems bedeutet, deren Folgen wir nicht absehen können.

Im Hinblick auf die Solidarität möchte ich noch einen anderen Punkt ansprechen. Im Augenblick sehen wir im ambulanten Bereich, dass Facharztgruppen finanziell extrem gefährdet sind und weit schlechter verdienen als andere Fachgruppen, auch als Hausärzte: Neurologen, Psychiater, Nervenärzte, auch ambulante Operateure. Auch sie bedürfen unserer Solidarität. Deswegen, lieber Herr Präsident, wäre ein Antrag des Vorstands ganz sinnvoll, der sich ganz klar

für den Erhalt einer so genannten ambulanten zweiten Facharztschiene ausspricht. Ich habe in Fernsehinterviews gesehen, dass beispielsweise vom Geschäftsführer des Hausarztverbandes diese zweite Hausarztschiene infrage gestellt wird. Das ist nicht akzeptabel. Solidarität müssen wir in allen schwierigen Situationen gegenseitig üben. Ich bitte Sie, auch diesen Punkt zu beachten.

Der Antrag von Herrn Kaplan macht Freude. Vor einem Jahr haben wir uns noch gekabbelt. Ich habe mich dafür eingesetzt, dass er den Antrag aufrechterhält bezüglich der Ausbildung von Arzthelferinnen in den Praxen, um zu verhindern, dass Case Managerinnen und Practitioner Nurses eines Tages das ärztliche Geschäft draußen übernehmen, wie das in England oder in den USA schon heute üblich ist. Hier ist etwas geschehen, wie es auch Frau Dr. Goesmann gerade dargestellt hat, was sehr positiv ist: Hier ist aktiv gehandelt worden, hier ist nicht nur geredet worden. Das ist der richtige Weg, um die Zukunft zu gestalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Munte. – Jetzt bitte Herr Windhorst.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Monti, ich finde ganz Klasse, was mit dem Antrag I-5 gedacht ist. Ich finde es auch richtig, dass wir manchmal vorausdenken müssen. Auch skizzenhafte Darstellungen sind manchmal erlaubt. Aber hier besteht, glaube ich, die große Gefahr, dass wir uns selbst ins Knie schießen, wenn wir diesem Antrag zustimmen.

Es geht darum, dass wir nicht im Vorfeld der Diskussion um eine Reform der Krankenversicherung unser derzeitiges System ad absurdum führen. Wir müssen ganz klar für das zweigegliederte Versicherungssystem sein. Wir dürfen den Bestandsschutz der Krankenhäuser, die über die GOÄ stark subventioniert werden, und der Praxen, die hinsichtlich ihrer Finanzierungsmöglichkeiten sehr stark von der GOÄ abhängig sind, nicht gegen etwas eintauschen, was wir nicht wissen. Es gibt noch viel zu viele offene Fragen, beispielsweise was die Beihilfe oder die Rücklagen von vielen Milliarden Euro angeht.

Mir wäre es sehr lieb, wenn wir diesen Satz aus dem Antrag streichen könnten. Ansonsten ist der Antrag sehr gut und sehr verständlich. Wir wollen uns in die Reform der Krankenversicherungssysteme einbringen. Warum schreiben wir nicht einfach, dass der Deutsche Ärztetag fordert, dass wir bei der Umgestaltung der Krankenversicherungssysteme mehr Mitspracherecht erhalten wollen? Wenn wir diese skizzenhafte Darstellung so stehen lassen, sind dem Miss-

brauch Tür und Tor geöffnet. Falls diese Änderung nicht erfolgt, bitte ich Sie, den Antrag gegebenenfalls an den Vorstand zu überweisen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Windhorst. – Der nächste Redner ist Herr Henke.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich zu Wort gemeldet, weil auch ich auf diesem Antrag I-5 als Antragsteller stehe. Herr Montgomery hat bereits auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes die Delegierten darauf hingewiesen, dass ich den Antrag inhaltlich in wesentlichen Passagen etwas anders formuliert hätte, wenn es allein nach mir gegangen wäre. Dieser Antrag ist ja das Ergebnis einer Bundesvorstandstagung des Marburger Bundes. Er ist dann als dieses Ergebnis auf die Hauptversammlung unseres Bundesverbandes getragen worden und dort von den Delegierten nach einer längeren Debatte angenommen worden, weil man gesagt hat: Es ist ganz schlecht, wenn wir in dieser Debatte abstinent bleiben.

Ich persönlich hätte eher von einer Absicherungspflicht für alle Bürger als von einer Versicherungspflicht gesprochen. Das liegt daran, dass ich mir nicht richtig vorstellen kann, wie man – auch in mehreren Schritten – das Alimentationsprinzip, das der Staat verfassungsrechtlich für die Beamten verankert hat, in ein Versicherungssystem transponieren soll. Das würde bedeuten, dass der Staat die Versicherungsbeiträge in derselben Zeit aufbringen müsste, in der er aus seiner Alimentationspflicht heraus den Pensionären gegenüber deren Leistungen finanzieren muss. Er wird ja keine Versicherung finden, die das Risiko hinsichtlich dieser Beamten übernimmt, es sei denn, man würde exorbitante Beiträge wie bei einer Altersrückstellung zahlen. Das scheint mir relativ schwierig zu sein.

Das zweite Problem hat Herr Professor Hoppe bereits angesprochen: Überall dort, wo Steuermittel ins Spiel kommen, muss man die Frage nach der Nachhaltigkeit und der Verlässlichkeit stellen. Steuermittel sind eben sehr volatil. Die Politik kann jährlich beschließen, dass diese Steuermittel anderen Zwecken zugeführt werden. Das ist allerdings auch ein starkes Argument dafür, mit Altersrückstellungen zu operieren, für die hier ja plädiert wird.

Der dritte Punkt betrifft die Tatsache, dass wir, was die kritisierte Passage angeht, keinen Detailplan haben, keine Roadmap, wie man das Ziel erreichen

kann. Deswegen kann das Ergebnis je nachdem, wie man es gestaltet, sehr unterschiedlich aussehen. Es ist im Grunde genommen der Auftakt zu einer Diskussion, die man dann führen müsste. Dabei wird eine große Rolle spielen, welche Kalkulationsregeln man den Versicherungen vorschreibt und welche Kalkulationsregeln man ihnen überlässt. Davon hängt am Ende ab, in welche Versicherung sich wer eingliedert.

Ich will nur signalisieren: Es wäre durchaus mit meinen Vorstellungen vereinbar, wenn man diesen Antrag an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiese. Ich finde, das wäre keine schlechte Behandlung des Antrags. Dafür spreche ich mich aus.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Rudolf Henke. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Zollner aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Zollner, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe den Antrag genau gelesen, ich habe ihn vor allem gern gelesen, ist er doch fast identisch mit dem Positionspapier des NAV-Virchow-Bundes, das wir vor vier Jahren verabschiedet haben und das wir immer wieder einmal in die politische Diskussion mit einbringen. Ich freue mich, dass das nun auch hier auf dem Deutschen Ärztetag als Antrag angekommen ist.

Wir haben heute von Frau Schmidt gehört, dass nicht mehr Geld ins System kommen soll. Sie hat sich da etwas sibyllinisch geäußert. Dieser Antrag ist eine Hilfestellung für die Politiker, einmal darüber nachzudenken, wie eine anderweitige Finanzierung erfolgen könnte. Ich will jetzt gar nicht auf Einzelheiten eingehen, bei denen man sagen könnte: Da und dort könnte es haken. Dieser Antrag ist ein Denkanstoß für die Politiker. Wir müssen den Politikern – das ist meine Erfahrung – bei diesen Dingen Hilfestellung geben. Wir müssen quasi aus unserem Elfenbeinturm heraustreten. Wir können nicht nur sagen: Wir wollen mehr Geld für uns, aber woher es kommen soll, sagen wir nicht.

Hier wird definitiv gesagt, woher das Geld kommen soll und wie eine Umstrukturierung erfolgen kann. Daher bitte ich Sie, dem Antrag im Grundsatz zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Zollner. – Der nächste Redner ist Herr Mayer aus Bayern. Bitte sehr.

Dr. Mayer, Bayern: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ein Thema ansprechen, das Herr Professor Hoppe bei seinem brillanten Referat heute Vormittag schon angesprochen hat, das aber heute Nachmittag noch nicht in der Diskussion war. Es betrifft die Kolleginnen und Kollegen, die 65 Jahre und älter sind. Es besteht ja die Absicht, dass die so genannte 68er-Regelung, die besagt, dass man mit 68 Jahren seine Kassenzulassung verliert, aufgehoben wird. Herr Professor Hoppe, ich glaube, das wird nichts bringen. Diese Kollegen sind längst in die innere Emigration gegangen. Ich kannte sehr gut einen Kollegen, der am 31. März, nachdem das Quartalsende eingetreten war und er 65 Jahre alt geworden war, schlagartig seine kassenärztliche Tätigkeit beendet hat, obwohl er seine Praxis nicht mehr hatte verkaufen können, weil er auf dem Lande gelebt hat.

Wenn wir uns etwas mit den berufsständischen Versorgungswerken beschäftigen, wissen wir, dass immer mehr Kollegen bereits vor dem 65. Lebensjahr ihren Beruf aufgeben, weil sie nicht mehr in der Lage sind, den Anforderungen der Bürokratie zu genügen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, in welchem Zielkonflikt sich die Ärzte allgemein befinden, die älteren Kollegen im Besonderen.

Ich selbst habe meine Praxistätigkeit mit 68 Jahren beenden müssen. Ich habe anschließend – wie Sie wissen, kann man das dann noch tun – mit 68 Jahren meinen ehemaligen Praxispartner vertreten. Ich habe meinen Beruf neu kennen gelernt. Mit großer Begeisterung mache ich diese Praxisvertretungen. Ich bin freigestellt vom EBM, ich bin freigestellt von lästigen Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Patienten sind zufrieden, das Praxispersonal ist zufrieden, ich bin zufrieden und der vertretene Kollege auch, weil er einen freien Tag hat.

Die Jüngeren wissen gar nicht, wie schön dieser Beruf sein könnte, wenn diese verdammte Bürokratie nicht wäre!

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Trotzdem kann man diese Regelung aufgeben; es kann ja auch mal wieder besser werden. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Albers aus Berlin. Bitte.

Dr. Albers, Berlin: Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz zum Antrag I-11 sprechen. Wir haben auf dem vorjährigen Ärztetag beschlossen, die weitere Privatisierung von Universitätskliniken abzulehnen, unter anderem deshalb, weil die Renditeerwartung der medizinischen Versorgung, aber eben auch der angemessenen Bezahlung der Kollegen entgegensteht. Wir sollten den damaligen Beschluss nun nicht unterlaufen, sondern ihn untermauern, denn das ist die einzig richtige Position in dieser Frage, um gar nicht erst den Verdacht aufkommen zu lassen, wir würden uns über die Vergütung möglicherweise gegen die angemessene Versorgung wenden.

Noch eine kurze Bemerkung zum Kollegen Montgomery. Natürlich können wir in die Diskussion über die GKV einsteigen. Das haben wir ja bereits getan. Aber dann bitte schön nicht über die verdeckte Kopfpauschale. Dann knüpfen Sie bitte die Beiträge der Arbeitgeber an die Wertschöpfung oder an die Produktivität an, nicht immer an den Lohn der abhängig Beschäftigten.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Albers. – Jetzt bitte noch einmal Herr Kollege Gadomski.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich noch eine Bemerkung zum Antrag I-5 machen. Wir haben heute Morgen mit riesigem Applaus auf offener Szene und mit viel verdientem Lob heute Mittag die Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer bedacht. Er hat unter anderem ausgeführt, dass 90 Prozent der GKV-Versicherten nur 60 Prozent der Finanzmittel aufbringen. Der Rest des Geldes, so wurde gesagt, kommt – außer den 10 Milliarden Euro, die wir ohne Gegenleistung erbringen – von der PKV. Das droht uns, wenn wir diesen Antrag unterstützen, als dessen Folge verloren zu gehen.

Ich bitte Sie, das zu bedenken. Ich bitte um Überweisung an den Vorstand.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Gadomski.

Damit ist die Rednerliste erschöpft. Es ist jetzt 18 Uhr. Wir haben insgesamt 19 Anträge. Noch nicht alle 19 Anträge konnten umgedruckt und an Sie verteilt werden. Deswegen schlage ich vor, wenn wir die jetzt noch eingegangene Wortmeldung von Herrn Hesse abgehandelt haben, die Sitzung für heute zu unterbrechen. Wir warten mit der Abstimmung, bis alle Anträge umgedruckt vorliegen und Sie diese zur Kenntnis genommen haben. Im Zweifel können wir auch noch weiterdiskutieren. Wir stehen nicht unter Zeitdruck. Wir müssten heute bis 19 Uhr oder länger tagen, um dieses Programm zu erledigen. Das schaffen wir morgen ganz mühelos. Ich hoffe, dass Sie damit einverstanden sind.

Jetzt hat noch Herr Hesse aus Bayern das Wort. Bitte.

Hesse, Bayern: Die Einlassung meines Vorvorredners bedarf noch eines kurzen Kommentars. Es geht um die Anträge 9 und 11. Es ist nun einmal so, dass es sich im letzten Jahr um eine Bekundung handelte, aber jetzt sind die Privatisierungen einfach eine Realität. Wir haben immer schlechte Erfahrungen damit gemacht, die Realität zu negieren. Man muss sich mit den Realitäten auseinander setzen und konstruktiv mit ihnen umgehen. Man muss sich fragen: Was könnte im schlimmsten Fall daraus werden?

Da die Überführung in eine private Rechtsform einfach eine Realität ist, müssen wir uns damit auseinander setzen. Wir müssen versuchen, diese Realität möglichst konstruktiv in unserem Sinne umzugestalten. Es hat keinen Sinn, den Kopf in den Sand zu stecken.

Ich bitte Sie, morgen die Anträge 9 und 11 positiv zu bescheiden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Hesse.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir die Sitzung für heute beenden, morgen früh den Tagesordnungspunkt I wieder aufrufen und dann die Abstimmungen durchführen? Dann haben Sie alle Papiere zur Hand. – Sie sind damit offensichtlich einverstanden; das machen die Bewegungen deutlich. Wir brauchen darüber nicht abzustimmen.

Ich bedanke mich für heute und wünsche Ihnen einen schönen Abend.

Wir sehen uns morgen früh um 9 Uhr wohlbehalten wieder.

2. Tag: Mittwoch, 24. Mai 2006
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne die heutige Vormittagssitzung und begrüße sehr herzlich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Karsten Vilmar. Herzlich willkommen, lieber Karsten!

(Beifall)

Ebenso herzlich willkommen heiße ich den Ehrenpräsidenten des diesjährigen Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Brandstädter.

(Beifall)

Ebenso herzlich begrüße ich den Präsidenten der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt, Herrn Dr. Friebel, der diesen Ärztetag so schön gestaltet hat, insbesondere was die gestrige Eröffnungsveranstaltung angeht. Das werden wir nicht vergessen; das sage ich auch hier noch einmal.

(Beifall)

Wir befinden uns noch in der Behandlung des Tagesordnungspunkts I. Dazu gibt es bis jetzt 22 Anträge. Bisher gab es schon mehr als 25 Wortmeldungen. Wenn es keine Wortmeldungen mehr gibt, können wir die Ihnen vorliegenden 22 Anträge bis auf zwei Anträge, die sich gegenseitig ein bisschen im Wege stehen, nämlich die Anträge 15 und 21 zum AVWG, abstimmen. Bei den Anträgen 15 und 21 geht es um zwei verschiedene Richtungen. Da müssen wir uns entscheiden. Bei allen anderen Anträgen können wir uns entscheiden, ob wir sie annehmen, ablehnen oder an den Vorstand überweisen.

Wenn Sie möchten, können wir uns also sofort in die Abstimmung begeben. Ich frage vorher aber: Gibt es noch Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Damit ist die Aussprache geschlossen.

Wir kommen zur Abstimmung über die Anträge 1 bis 22. Ich werde, wie gesagt, die Anträge 15 und 21 zum Schluss abstimmen lassen, weil diese beiden Anträge nicht kompatibel sind. Da müssen wir uns entscheiden, welche Richtung wir einschlagen wollen.

Zum Antrag I-5 ist eine Überweisung beantragt. Darüber werden wir vorab abstimmen. Über alle anderen Anträge können wir sofort inhaltlich abstimmen.

Wir kommen zunächst zum Antrag I-1. Dazu gibt es den Antrag **I-1 a**. Herr Calles schlägt uns vor, den Antrag anzunehmen, im ersten Satz vor dem Wort

„endlich“ – das ist in der ersten Zeile – hinzuzufügen: „mit Nachdruck und unter Protest“, sodass der erste Satz lautet:

> *Ärztinnen und Ärzte Deutschlands fordern mit Nachdruck und unter Protest endlich eine leistungsgerechte Vergütung …*

Er hat es damit begründet, dass wir das nicht zum ersten Mal tun, sondern dass wir das zum wiederholten Male tun und dass das mit den Worten „mit Nachdruck und unter Protest“ zum Ausdruck gebracht werden könnte. Über diesen Ergänzungsantrag stimmen wir jetzt ab. Wer möchte dem Antrag 1 a zum Antrag 1 zustimmen? – Das ist wohl die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Dann ist der Antrag **angenommen**. Diese Ergänzung ist also erfolgt. Weitere Änderungsanträge gibt es nicht. Wir können den von Ihnen so ergänzten Antrag **I-1** abstimmen. Wer stimmt dem Antrag I zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Eine Enthaltung. Damit ist der Antrag I **in der geänderten Fassung angenommen**. Er bestätigt ja unsere Aussagen, die wir gestern gemacht haben. Das ist sehr wichtig. Vielen Dank.

(Beifall)

Dann kommen wir zum Antrag **I-2** mit dem Betreff:

> *Für Weiterentwicklung der GOÄ – gegen Fremdbestimmung und Gleichschaltung des Vergütungssystems*

Dazu gibt es keinen Änderungsantrag. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Eine Enthaltung. Der Antrag ist **angenommen**, und zwar einstimmig, zumindest was die Satzung angeht.

Damit kommen wir zum Antrag **I-3**:

> *Im Vertragsarztrecht den Vorrang des ärztlichen Berufsrechts wahren*

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Eine Gegenstimme und eine Enthaltung. Der Antrag ist **angenommen**.

Dann kommen wir zum Antrag **I-4** von Herrn Kaplan. Da gibt es kleine Schreibfehler, die ich Ihnen vortragen darf. Das sind redaktionelle, keine inhaltlichen Änderungen. Im ersten Satz soll vor den Worten „vor allem“ das Wort „der“ eingefügt werden, sodass der erste Satz lautet:

> *Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und der Teilhabe aller Patientinnen und Patienten am medizinischen Fortschritt fordert der Deutsche Ärztetag, der vor allem von Politikern und Kostenträgern initiier-*

ten Deprofessionalisierung des Arztberufes entschieden entgegenzutreten.

Im zweiten Absatz muss es zu Beginn der zweiten Zeile statt „die Arztberuf“ heißen: „den Arztberuf“. Auch das ist eine redaktionelle, keine materielle Änderung. Ich glaube, darüber brauchen wir nicht abzustimmen. Wer stimmt dem Antrag I-4 von Herrn Kaplan zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen nun zum Antrag **I-5**. Da gibt es den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wer möchte dem Antrag auf Vorstandsüberweisung zustimmen? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen nun zum Antrag **I-6**. Der Betreff lautet:

Gesundheitsreform – Vergütung von KH-Ärzten

Es werden zahlreiche Einzelaspekte aufgeführt, die im Leitantrag auch angesprochen sind. Das wird dadurch noch einmal verstärkt. Muss ich den Antrag vorlesen oder hatten Sie Zeit, ihn zu lesen? – Es geht so. Dann frage ich: Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **I-7**. Er betrifft die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit. Ich brauche ihn sicher nicht vorzulesen, weil Sie schon gestern die Gelegenheit zum Lesen hatten. Wer stimmt den Antrag zu? – Das ist klar die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist nahezu einstimmig **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **I-8** von Dr. Menzel und Dr. Hammer. Danach soll der Präsident der Bundesärztekammer in seiner Absicht bestätigt werden, sich weiter an die Spitze einer Bewegung zu stellen, was wir gern tun. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**. Jetzt haben wir jede Menge Rückenwind.

Jetzt kommt der Antrag **I-9** mit dem Betreff:

Solidarität mit Arbeitskampfmaßnahmen

Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen**. Ich habe keine anderen Stimmen gesehen.

Damit kommen wir zum Antrag **I-10**. Der Betreff lautet:

Vereinbarung zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Dann kommen wir zum Antrag **I-11**:

> *Keine untertarifliche Bezahlung ärztlicher Arbeiten an Universitätskliniken*

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **I-12**. Da gibt es einen neuen Text. Der Antrag, der jetzt abgestimmt wird, muss als Betreff haben:

> *Universitätskliniken bevorzugt in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft*

Das ist der revidierte Antrag der Antragsteller. Darüber stimmen wir jetzt ab. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist bei einzelnen Enthaltungen mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **I-13**:

> *Ärztemangel und Ärzteflucht in Deutschland stoppen*

Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **I-14** von Herrn Dr. Lindhorst:

> *Änderung der Rahmenbedingungen des Gesundheitsstandorts*

Dieser Antrag passt in den Kontext zum Leitantrag. Wer stimmt dem Antrag I-14 von Dr. Lindhorst zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Den Antrag 15 legen wir im Moment noch zurück.

Damit kommen wir zum Antrag **I-16**:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, unbedingt die wohnortnahe fachärztliche Versorgung zu erhalten.*

Das ist gestern auch begründet worden. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **I-17** von Frau Köhler aus Brandenburg:

Vergütung ärztlicher Leistungen

Wer möchte dem Antrag I-17 von Frau Köhler zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **I-18**:

Tragfähige und nachhaltige Gesundheitsreform

Dieser Antrag stammt von Herrn Dr. Lutz aus Bayern. Auch dieser Antrag ist mit dem, was wir bisher abgestimmt haben, kompatibel. Wer stimmt dem Antrag I-18 zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **I-19**:

Sozialrecht darf nicht Berufsrecht aushebeln

Das war schon gestern unsere Meinung. Wer ist für den Antrag I-19? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist nahezu einstimmig **angenommen**. Ich glaube, das ist sehr wichtig.

Wir kommen zum Antrag **I-20**:

Repressalien gegen streikende Ärzte verhindern

Der Antrag stammt von Herrn Radebold. Er hat den Antrag gestern hier argumentativ vorgestellt. Der Antrag richtet sich auch an unsere Kolleginnen und Kollegen, die entsprechende Positionen bekleiden, also Chefärzte, ärztliche Direktoren usw. Wer stimmt dem Antrag 20 zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Den Antrag 21 müssen wir gleich zusammen mit dem Antrag 15 abstimmen.

Wir kommen zum Antrag **I-22** von Herrn Windhorst:

> *Der Deutsche Bundestag wird aufgefordert, die Gegenfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung … durch die neu erhöhte Tabaksteuer nicht zu streichen.*

Wer stimmt diesem Antrag zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**. Ich werde bei der Pressekonferenz darauf achten, dass das keine Aufforderung zum Rauchen ist, sondern dass es sich um die ohnehin nicht zu vermeidende Tabaksteuer handelt, die dann wenigstens vernünftig verwendet werden soll.

Wir kommen damit zu den Anträgen 15 und 21. Der Antrag **I-15** lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert eine umfassende Überarbeitung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG).*

Der Antrag **I-21** lautet:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Bonus-Malus-Regelung der Vertragsärzte unverzüglich auszusetzen. Eine derartige ethische Belastung der Arzt-Patient-Beziehung ist nicht hinnehmbar und beschädigt das gegenseitige Vertrauen.*

Der Antrag 15 von Herrn Lipp ist umfassender, weil er nicht so genau auf die Bonus-Malus-Regelung abhebt, was den eigentlichen Antrag angeht. Andererseits ist der Antrag, dass der Gesetzgeber aufgefordert wird, die für uns besonders beschwerliche Bonus-Malus-Regelung für Vertragsärzte unverzüglich auszusetzen, derjenige Antrag, der unseren eigentlichen Inhalt präziser umschreibt und weitergehende Forderungen stellt. Wir sind uns mit Herrn Rechtsanwalt Schirmer von der Rechtsabteilung einig geworden, dass der Antrag 21 der weitergehende Antrag ist. Wenn wir den Antrag 21 positiv bescheiden, muss über Antrag 15 nicht mehr abgestimmt werden.

(Zurufe)

– Das kann man auch andersherum sehen. Der eine Antrag betrifft das ganze Gesetz, der andere Antrag betrifft die Bonus-Malus-Regelung. Eine Überarbeitung ist weniger als eine klare Aussage in Richtung Aussetzung.

Ich frage zunächst einmal: Welcher ist Ihrer Meinung nach der weitergehende Antrag, und zwar alternativ betrachtet? Wer ist dafür, dass der Antrag 15 der weitergehende Antrag ist?

(Zurufe)

– Wortmeldungen zur Geschäftsordnung müssen Sie bitte ebenfalls hier vorne abgeben, weil dies der Geschäftsordnung entspricht. Kommen Sie also bitte nach hier vorn.

(Zuruf: Sie haben die Nummern vertauscht!)

– Den Geschäftsordnungsantrag möchte ich erst einmal hören oder hat er sich erledigt? – Bitte schön, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Ich habe dazu nur eine Frage. Ich habe noch nicht verstanden, warum es nicht möglich ist, über beide Anträge abzustimmen und sie positiv zu bescheiden.

(Beifall)

Der eine Antrag ist insofern wichtig, als er fordert, dass sofort das, was am drückendsten ist, ausgesetzt wird. Unabhängig davon gibt es sicher einige andere Dinge, die man überarbeiten könnte.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wenn Sie der Meinung sind, dass wir über beide Anträge abstimmen können, machen wir das auch. Sind Sie dieser Meinung oder gibt es eine Gegenrede? – Nicht. Wir stimmen zunächst über den Antrag I-15 ab, der lautet:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Bonus-Malus-Regelung für Vertragsärzte unverzüglich auszusetzen. Eine derartige ethische Belastung der Arzt-Patient-Beziehung ist nicht hinnehmbar und beschädigt das gegenseitige Vertrauen.*

Wer möchte dem Antrag I-15 zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Dann kommen wir zum Antrag I-21, der folgendermaßen lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert eine umfassende Überarbeitung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG).*

Wer ist für diesen Antrag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen**. Damit werden wir argumentativ schon fertig werden; das ist keine Frage.

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt I bewältigt. Ich bedanke mich sehr bei allen, die mitdiskutiert und Anträge gestellt haben. Bei Ihnen bedanke ich mich dafür, dass wir diesen Tagesordnungspunkt so zügig abwickeln konnten.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt II** auf:

Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Gegen Stigmatisierung – Für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie

Wir werden diesen Tagesordnungspunkt in zwei Abteilungen behandeln. Wir sind uns darüber einig geworden, dass diese Themen nicht einfach nebeneinander behandelt werden können und in der Diskussion dann einmal das eine, einmal das andere vorkommt. Wir werden uns zunächst dem Thema „Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ zuwenden. Wenn das Referat dazu gehalten worden ist, werden wir dazu diskutieren und über die Anträge abstimmen. Wenn das geschehen ist, werden wir das zweite Thema „Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“ behandeln. Auch dazu werden wir zunächst das Referat hören, dann diskutieren und über die Anträge abstimmen. Damit wäre dann der Tagesordnungspunkt II bewältigt.

Wenn Sie sich zu Wort melden wollen, achten Sie bitte darauf, ob Sie Ihre Wortmeldung zum ersten oder zum zweiten Thema abgeben möchten, sodass die Damen und Herren, die die Wortmeldungen entgegennehmen, das klar trennen können, damit wir keine verquickte und damit verwirrende Diskussion dadurch bekommen, dass beide Themen behandelt werden.

Sind Sie damit einverstanden? – Gut. Wir werden zum Tagesordnungspunkt II a – Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – ein Referat und anschließend zwei kleine Korreferate hören und anschließend diskutieren sowie die Anträge verabschieden.

Ich begrüße zu diesem Tagesordnungspunkt Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. mult. Norman Sartorius aus Genf, Wissenschaftlicher Direktor des Weltprogramms gegen Stigma und Diskriminierung der World Psychiatric Association. Herr Professor Sartorius, herzlich willkommen!

(Beifall)

Wir bitten Sie um Ihr Referat.

Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. mult. Sartorius, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist eine große Ehre, hier ein paar Worte über das Programm gegen Stigma und Diskriminierung zu sagen. Ich benutze den Begriff des Stigmas für falsche Annahmen über Personengruppen, Individuen oder Dinge, die durch ein bestimmtes Merkmal gekennzeichnet sind. Solche Annahmen sind zumeist negativ und äußern sich in Einstellungen und im Verhalten. Unkenntnis

kann zum Stigma beitragen, aber die Vermittlung von Wissen verstärkt auch häufig negatives Verhalten.

Viele Krankheiten sind stigmatisiert, nicht nur psychische Krankheiten. Ich nenne hier beispielhaft die Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. Das Stigma psychischer Krankheiten unterscheidet sich von dem anderer Erkrankungen aufgrund seiner Ausbreitungstendenz, aufgrund seiner zeitlichen Konstanz und weil psychische Störungen oft nicht als Krankheiten wahrgenommen werden, sondern eher als antisoziales Verhalten.

Die Ausbreitung des Stigmas psychischer Erkrankungen ist leider nicht auf den Kranken beschränkt, sondern auch die Familie oder andere Betreuungspersonen sind umfasst. Dasselbe gilt für alle an der Therapie Beteiligten, für die Behandlungsinstitutionen und für die Behandlungsmethoden. Ich erinnere hier an die Reaktionen auf die Agranulozytose, die nach Clozapin-Anwendung auftreten kann, und die Agranulozytose nach Chloramphenicol-Anwendung. Während die Clozapin-Agranulozytose dazu führte, dass eine ganze Reihe verschiedener Maßnahmen durchgeführt wurden, war das bei der Chloramphenicol-Agranulozytose nicht der Fall. Die Aufregung bei den Ärzten und auch der Presse, die meinte, hier habe wieder einmal ein Psychotropum schlimme Nebenwirkungen, war auch wesentlich von einem Stigma getragen.

Es ist auch spezifisch für das Stigma psychischer Erkrankungen, dass es Generationen überdauert. Nicht nur der Kranke, sondern auch seine Kinder, seine Großenkel, jedermann, der mit der Krankheit verbunden ist, ist ebenfalls stigmatisiert. Das ist auch der Grund dafür, warum die Familien die Krankheit zu verstecken versuchen und nicht zugeben, dass es in ihrer Familie eine derartige Krankheit gibt.

Die Pathogenese des Stigmas, die wir entwickelt haben, beginnt mit einem Merkmal, das sichtbar ist. Es kann sich um ein Verhalten des Kranken handeln, das ungewöhnlich ist, oder extrapyramidale Effekte, die bei einigen Antipsychotika auftreten.

Das Merkmal wird mit verschiedenen Inhalten aus den Medien, aus der Erinnerung, aus Geschichten „geladen“. Diese Attribution führt zum Entstehen der Stigmatisierung. Das Entstehen der Stigmatisierung wiederum führt zu einer schweren Diskriminierung auf verschiedenen Gebieten. So entsteht eine Benachteiligung.

Diese Benachteiligung wiederum führt zu einem Verlust des Selbstwertgefühls. Man spricht hier von einer so genannten Selbststigmatisierung. Der Kranke leitet seinen sozialen Rückzug ein. Schließlich lässt eine Zustandsverschlechterung das Merkmal noch deutlicher hervortreten.

Dieser Circulus vitiosus ist von großer Wichtigkeit, denn er bedeutet für uns, dass eine Unterbrechung des Circulus vitiosus an irgendeinem Ort wichtig sein könnte. Wenn es nicht möglich ist, die Merkmale zu beseitigen, ist es vielleicht manchmal möglich, sich zu überlegen, wie die Attribution vermindert werden kann. Wenn wir das Stigma nicht beseitigen können, könnten wir vielleicht versuchen, die Diskriminierung, die damit zusammenhängt, zu beseitigen.

Ich komme zu den Faktoren, die zur Stigmatisierung beitragen. Da ist zunächst einmal die Krankheit selbst zu nennen. Sehr viele dieser Kranken wollen oder können nicht arbeiten und werden deswegen als faul, als hartnäckig usw. bezeichnet. Eine ganze Reihe anderer Symptome der psychischen Krankheit führen dazu, dass man Angst vor dem Kranken hat oder dass man den Kranken als asozial bezeichnet.

In früheren Zeiten, als eine große Zahl dieser Kranken in nicht urbanisierten Ländern lebten, war die Stigmatisierung nicht so stark. Mit der Urbanisierung, mit der Verkleinerung der Familie und einer größeren Anzahl von Menschen, die im selben Gebiet leben, hat sich die Stigmatisierung verstärkt.

Die Komplexität der Arbeitswelt verlangt, dass man viel mehr als früher tut, um einen Arbeitsplatz zu erhalten oder zu behalten. Deshalb haben viele der psychisch Kranken keine Möglichkeit, einen Arbeitsplatz zu finden oder auf ihm zu verbleiben.

Ein wichtiger Grund für die Stigmatisierung ist auch das Verhalten des medizinischen Personals. In unserem Weltprogramm zeigte sich bei den kanadischen Kranken, dass es für sie das Schwierigste war, wie sie in der Allgemeinmedizin und in Krankenhäusern behandelt wurden. Wenn sie mit einer schweren somatischen Krankheit kamen, wurde oft gesagt: Das ist ein psychisch Kranker, den wollen wir lieber zu den anderen psychisch Kranken ins Krankenhaus schicken. Darüber hinaus mussten diese Patienten beispielsweise länger warten, sie wurden mit Begriffen wie Schizophreniker belegt.

Auch die Medien haben wissentlich zur Stigmatisierung beigetragen. In vielen Ländern haben es eine große Anzahl von Medien inzwischen eingesehen, dass sie hier umdenken müssen. Beispielsweise haben in Irland und auf den Philippinen Journalisten versucht, einen Kodex zu entwickeln, wie sie über psychisch Kranke berichten wollen. Das ist aber noch immer nicht überall akzeptiert.

Auch das gestörte Selbstwertgefühl der Patienten und ihrer Angehörigen trägt zur Stigmatisierung bei. Der Kranke sagt von vornherein: Ich weiß, dass ich diese Stelle nicht bekomme, weil ich eben eine Schizophrenie hatte.

Ein weiterer Faktor sind die demografischen Entwicklungen. Die Verkleinerung der Familie sowie die wachsende Anzahl von derartigen Kranken in einem bestimmten Gebiet tragen wesentlich zur Stigmatisierung bei. Die bekannte Tole-

ranzkurve weist aus, dass die Toleranz beispielsweise älteren Menschen gegenüber hervorragend ist, wenn deren Zahl sehr klein ist. Bei steigender Anzahl vermindert sich die Toleranz wesentlich. Bei etwa 10 Prozent ist die Toleranz am geringsten. Steigt die Zahl weiter, vergrößert sich die Toleranz wieder.

Wir befinden uns gegenwärtig in einer Situation, dass eine große Anzahl von psychisch Kranken in ihre Gemeinde zurückkehren. In dem Umfang, wie sich ihre Zahl erhöht, steigt die Toleranz gegenüber den Kranken.

Es gibt einige wichtige Folgen der Stigmatisierung im Gesundheitswesen. Die medikamentöse Behandlung wird immer als zu teuer angesehen. Wenn ein Medikament zur Behandlung einer Psychose 10 Dollar pro Tag kostet, erklärt man: Das ist viel zu teuer. Gleichzeitig kostet aber die Nausea-Bekämpfung bei Krebskranken 180 Dollar pro Tag. Darüber wird aber sehr viel weniger gesprochen. In Afrika wurde die Versorgung mit Chlorpromazin, die nur 11 Dollar pro Jahr kostet, als zu teuer angesehen.

Diese Einstellung rührt daher, dass man den psychisch Kranken als unwert betrachtet; der psychisch Kranke ist nichts wert. Deshalb ist auch ein sehr billiges Medikament noch viel zu teuer. Wenn Einstein Kopfweh hätte, könnte man sich nicht vorstellen, dass eine Tablette, die 1 000 Euro kostet, als zu teuer angesehen würde, weil die Person Einstein als sehr wertvoll betrachtet wird. Beim psychisch Kranken ist das leider nicht der Fall.

Da die Krankheit versteckt wird, wird ihre Prävalenz sehr oft unterschätzt. Die Behandlung erfolgt oft im Verborgenen oder auch überhaupt nicht. Die Patienten nehmen medizinische Dienste nur zögerlich in Anspruch. Auf einem Kongress in Maastricht berichteten von etwa 600 anwesenden Personen mit Halluzinationen lediglich 200, dass sie deshalb je einen Arzt besucht haben. 400 hatten es aus Angst vor der Behandlung nicht getan.

Da die Patienten die medizinischen Dienste so wenig in Anspruch nehmen, wird der Behandlungsbedarf wesentlich unterschätzt. Auch das ist eine direkte Folge der Stigmatisierung.

In vielen Ländern ist es sogar unmöglich, darüber zu sprechen, für psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen mehr Geld zu bekommen. Es ist viel einfacher, eine Riesensumme für Investitionen bei der Herzchirurgie zu erhalten, als Gelder zur Beseitigung der entsetzlichen Situationen zu bekommen, die in psychiatrischen Krankenhäusern oft bestehen. In vielen Ländern, beispielsweise in den Vereinigten Staaten, kämpft man schon seit Jahren um die Gleichstellung der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung mit der somatischen Behandlung. In einigen Ländern ist diese Gleichstellung bereits vollzogen, aber in vielen Ländern noch nicht.

Die psychisch Kranken werden, wenn sie eine somatische Krankheit haben, schlecht behandelt. In Zentralasien ist es so: Wenn Sie eine psychische Krankheit haben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie in absehbarer Zeit nach der Erstdiagnose tot sind, 50 Prozent. Das heißt, einer von zwei Kranken stirbt, und zwar nicht an der psychischen Krankheit, sondern eine ganze Reihe von physischen Krankheiten, die existieren, werden gar nicht behandelt, da es sich ja um einen psychisch Kranken handelt und deswegen die Behandlung einer komorbiden somatischen Krankheit unwichtig erscheint.

Ich komme zu den Maßnahmen gegen eine Stigmatisierung. Hier nenne ich die Verhaltensänderung des medizinischen Personals. Es geht beispielsweise um die Wortwahl und um die Art, wie wir dem Kranken gegenübertreten. Genauso wichtig ist die Differenzierung psychischer Erkrankungen. Malaria und Schnupfen werden ja auch nicht in gleicher Weise behandelt. Eine Differenzierung psychischer Erkrankungen beispielsweise bei der Ausbildung oder im Rahmen der Gesetzgebung ist erforderlich.

Von großer Wichtigkeit ist auch die Frage, wie wir die Kranken und die Angehörigen besser in die Behandlungsprozesse involvieren können. Dies jedoch verlangt eine Einstellungs- und Verhaltensänderung sowie die entsprechende Informationsvermittlung. Das ist aber nur selten der Fall. Oft vergisst man bei der Behandlung, dass man nur einen kleinen Teil des Lebens mit dem Patienten zusammen ist und dass dieser den größten Teil seines Lebens mit seiner Familie und der Gemeinde zusammen ist.

Es wären auch eine ganze Reihe von gesetzlichen Maßnahmen möglich. Wir haben eine Reihe derartiger Maßnahmen definiert. So wäre es beispielsweise sehr wichtig, dass diese in den einzelnen Ländern durchgeführt werden.

In vielen Ländern gibt es ein „Stigma-Alarmsystem“, das beispielsweise in Australien sehr gut funktioniert. Man müsste sich überlegen, wie ein solches System weiter verbessert werden könnte.

Die WPA hat 1996 ein Antistigmaprogramm entwickelt. Rund 20 Länder wirken bei diesem Programm mit. Es ist sehr interessant, dass es unabhängig davon, ob die Länder reich oder arm, entwickelt oder weniger entwickelt waren, möglich war, etwas gegen das Stigma zu tun. In vielen Ländern, die dabei mitgemacht haben, wird inzwischen der Kampf gegen das Stigma und gegen die Diskriminierung nicht mehr als eine Kampagne angesehen, sondern als ein Teil des normalen Gesundheitswesens finanziert und durchgeführt.

Wir haben im Rahmen unseres Programms festgestellt, dass es falsch war, zunächst von theoretischen Standpunkten aus zu beginnen. Wir haben deswegen versucht, die Kranken und die Familien einzubeziehen und mit ihnen darüber zu sprechen, in welcher Art man am besten helfen könnte, die Diskriminierung bzw. die Benachteiligung durch das Stigma zu beseitigen.

Wir haben ferner festgestellt, dass eine kurzfristige Kampagne von zwei bis drei Jahren zu nichts führt. Die einzige Folge ist, dass sich nach zwei Jahren sowohl die Kranken als auch die Familien schlechter fühlen als zuvor.

Wir haben weiter festgestellt, dass es unmöglich ist, allein vorzugehen, nur von der Psychiatrie aus. Die Einbeziehung der gesamten Ärzteschaft ist enorm wichtig. Man muss auch andere Gebiete der Gesellschaft einbeziehen, wenn ein Programm nützlich sein soll.

Meine Damen und Herren, ich bin, wie gesagt, sehr erfreut, dass der Ärztetag über die Problematik des Stigmas diskutiert. Wir müssen heute die Verminderung und die Beseitigung von Stigma als möglich ansehen. Wir können auch sagen, dass die Reduktion von Stigma nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen verbessert, sondern auch die Berufszufriedenheit des medizinischen Personals. Die Bekämpfung von Stigma ist ein notwendiger Schritt auf dem Weg zu einer humanen, toleranten und zivilisierten Gesellschaft. Der Grad der Zivilisation wird daran gemessen, was eine Gesellschaft für diejenigen tut, die am wenigsten für sich selbst tun können.

Der Erfolg in der Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung steht und fällt mit unserer Bereitschaft, diesen Kampf zur eigenen Sache zu machen und darin nicht nachzulassen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Sartorius, für Ihre Ausführungen, die uns in dieses Thema eingeführt und uns klar gemacht haben, um welche Dimensionen es dabei geht.

Wir werden jetzt zwei kurze Korreferate hören, und zwar zum einen von Herrn Professor Dr. Gaebel, gewählter Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, und von Herrn Professor Dr. Dr. Remschmidt, Ehrenvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. Er ist stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.

Das Wort hat zunächst Herr Professor Gaebel aus Düsseldorf, der uns die Sicht der Psychiatrie in Deutschland darstellen wird. Bitte schön, Herr Professor Gaebel.

Prof. Dr. Gaebel, als geladener Gast: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Der 109. Deutsche Ärztetag hat das Thema „Gegen Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker“ auf seine Agenda gesetzt. Die involvierten Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde begrüßen diese Entscheidung sehr.

Warum ist dieses Thema relevant? Wir haben eben schon einiges dazu gehört. Psychische Erkrankungen – wenn ich von psychischen Erkrankungen spreche, inkludiere ich auch die psychosomatischen Erkrankungen – nehmen weltweit zu. Sie sind eine herausragende Aufgabe für die medizinische Versorgung weltweit und damit auch in Deutschland. Die gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Rolle dieser Gruppe von Erkrankungen ist in den letzten Jahren zunehmend deutlich geworden. Hochrechnungen besagen, dass Depressionen im Jahre 2020 an zweiter Stelle aller Erkrankungen stehen werden, die zu einer Behinderung führen, die zu einer wesentlichen Einbuße an lebenswertem Leben, an Lebensjahren führt. Eine ganze Reihe weiterer Erkrankungen rangieren unter den zehn wichtigsten Erkrankungen, die hier eine Rolle spielen.

Psychische Erkrankungen sind eine häufige Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung, wie die Zahlen verschiedener Kassen in Deutschland zeigen. Dabei ist die Behandelbarkeit dieser Erkrankungen eigentlich gut. Wir haben ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten von störungsspezifischer Psychotherapie bis hin zu verschiedenen Formen der somatischen Therapie. Das sind geprüfte und wirksame Verfahren. Es bestehen eigentlich gute Chancen auf Heilung, zumindest auf Besserung bei einer personenzentrierten und evidenzbasierten Behandlung.

Eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen ermöglicht Rückfallfreiheit, soziale Integration und Zunahme an Lebensqualität für diese Gruppe von Kranken.

Trotz dieser verbesserten Behandlungsmöglichkeiten bestehen enorme Unkenntnisse und Vorurteile in der Bevölkerung. Was die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen sind, wird meistens sehr einseitig gesehen. Ein komplexes bio-psychosoziales Krankheitskonzept ist noch längst nicht angekommen, ist, wie ich glaube, auch bei vielen von uns noch nicht angekommen.

Betroffene und Angehörige müssen Schuldzuweisungen hinnehmen, wenn es um psychische Erkrankungen geht. Im Rahmen der Sensationsberichterstattung werden spektakuläre Fälle geschildert. Psychische Erkrankungen werden gleichgesetzt mit Gewalttätigkeit, Unberechenbarkeit, Abnormität. Behandlungseinrichtungen werden als Verwahranstalten diskreditiert. Es besteht nach wie vor eine skeptische, wenn nicht ablehnende Einstellung gegenüber den Behandlungsmethoden, die wir heute vorzuhalten haben. Alternative Therapien von Bachblüten bis zur Meditation sind im Ansehen der Bevölkerung allemal

eher geeignet, diese Art von Störungen zu behandeln, als die uns bekannten und zugänglichen Verfahren.

Die Folgen sind nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen, für unsere Behandlungsmethoden, für unsere Institutionen und für die im Bereich unseres Faches und der angrenzenden Fächer tätigen Beschäftigten immens. Sie sind allemal stigmatisiert, wenn es um dieses Thema geht.

Für die Betroffenen selbst bedeutet dies in der Regel eine Verschärfung der Krankheitsproblematik. Psychisch Kranke sind Kinder ihrer Zeit und ihrer Gesellschaft. Sie tragen die gleichen Vorurteile mit sich herum, die andere ihnen gegenüber haben. Das heißt, auch sie neigen dazu, sich eher zu verstecken, geheim zu halten, dass sie krank sind, und damit die soziale Isolation, in der sie sich ohnehin befinden, zu vergrößern. Das heißt, medizinische Dienste, wirksame Behandlungsmethoden werden versäumt, sie werden nicht in Anspruch genommen. Die Chronifizierung nimmt eher zu. Natürlich müssen psychisch Kranke auch mit struktureller Diskriminierung rechnen: bei der Wohnungssuche, am Arbeitsplatz. Fragen Sie einmal psychisch Kranke, was sie erleben, wenn sie sich um eine Arbeit bemühen, wenn die Frage kommt: Sind Sie schon einmal psychisch krank gewesen? Wie sieht es bei den Vertragsabschlüssen für Versicherungen – Lebensversicherung, Krankenversicherung usw. – aus? All dies erhöht, wie gesagt, die ohnehin bestehende soziale Isolation.

Es geht um die Sicherstellung der seelischen Gesundheit der Bevölkerung. Gesundheit ohne seelische Gesundheit ist schlechterdings keine vollständige Gesundheit. Also haben internationale und nationale Aufklärungsprogramme begonnen, in dieser Richtung etwas zu unternehmen. In Deutschland haben wir seit gut einem Jahr ein Nationales Aktionsbündnis für seelische Gesundheit. Die Initiatoren waren die DGPPN, der deutsche Ableger des Weltpsychiatrieverbands „Open the Doors“ und das Bundesgesundheitsministerium. Die Schirmherrschaft hat Gesundheitsministerin Ulla Schmidt übernommen.

Zielgruppen sind nicht nur die allgemeine Bevölkerung, sondern auch spezielle Bevölkerungsgruppen. Wir wissen beispielsweise, dass es sich besonders lohnt, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, um ihnen ein unverzerrtes Bild psychischen Krankseins nahe zu bringen. Patienten und Angehörige sind selbstverständlich ebenfalls in die Zielgruppen einzubeziehen. Es sind die verschiedenen mit psychisch Kranken in Kontakt stehenden Berufsgruppen und Institutionen einzubeziehen. Denken Sie an Arbeitsämter, an Ordnungsämter und viele andere Einrichtungen.

Die Ziele sind klar: Die bessere Kenntnis von Ursachen, Verhütungs- und Behandlungsmöglichkeiten in der Bevölkerung; der Abbau von Vorurteilen und diskriminierenden Verhaltensweisen; Stärkung des Selbstbewusstseins der Betroffenen, dass sie sich eher wagen, mit ihrer Krankheit öffentlich umzugehen;

der chancengleiche Zugang zu allen verfügbaren Beratungs-, Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen.

Meine Damen und Herren, Stigma und Diskriminierung zu bekämpfen, ist wahrlich eine treffliche Aufgabe für die deutsche Ärzteschaft. Die Zielsetzungen sind klar:

- Gleichstellung und Gleichbehandlung psychisch Erkrankter in allen Bereichen des öffentlichen Lebens – eine Forderung, die mindestens 30 Jahre alt ist und auch in den Ergebnissen der Psychiatrie-Enquete aus dem Jahre 1975 enthalten ist
- Erleichterung der Inanspruchnahme professioneller Hilfesysteme
- Optimierung der Versorgung in allen Bereichen der Medizin angesichts der hohen Komorbiditätsrate psychischer und somatischer Erkrankungen
- vorurteilsfreier, personenzentrierter professioneller Umgang mit Betroffenen und Angehörigen in allen Bereichen der Medizin
- Integration der Stigmaproblematik und ihrer Bewältigungsmöglichkeiten in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und anderen medizinischen Professionen
- Interessenvertretung dieser Gruppe von Erkrankten bei nachweislicher struktureller Benachteiligung gemeinsam mit Patienten- und Angehörigenverbänden
- aktive Beteiligung an nationalen Aufklärungsprogrammen und ihrer wissenschaftlichen Evaluation

Es wäre gut, wenn diese Programme nicht nur als Gutmenschentum in die Welt gesetzt würden, sondern wenn sie auch hinsichtlich der Frage ihrer Wirksamkeit evaluiert würden. Sie sind wirksam. Sie können auf einem Poster, das hier ausgehängt ist, sehen, dass derartige Maßnahmen wirksam sind.

Stigma und Diskriminierung aktiv bekämpfen – meine Damen und Herren, das ist eine Herausforderung für die Ärzteschaft und eine Chance für die Betroffenen.

Ich bitte Sie, Ihre Zustimmung zu der vorliegenden Beschlussvorlage nicht zu versagen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Gaebel, für diese Ergänzung, die uns noch einmal die spezielle Problematik aus deutscher Sicht dargestellt hat, die aber mühelos in den internationalen Kontext passt.

Wir hören jetzt als zweiten Korreferenten Herrn Professor Remschmidt aus Marburg. Bitte schön.

Prof. Dr. Dr. Remschmidt, als geladener Gast: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt keinen Zweifel daran, dass das Phänomen der Stigmatisierung auch auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche und ihre Familien zutrifft. Das beste Gegengewicht ist eine kompetente Behandlung, die auf der Basis des jeweiligen empirischen Wissens beruht.

Dies ist meine zentrale These, die ich im Folgenden kurz erläutern möchte.

Stigmatisierung ereignet sich in vielfältiger Weise, auch was Kinder und Jugendliche und deren Familien betrifft. Es gibt eine unzureichende Wahrnehmung, die natürlich auch zu einer unzureichenden Diagnostik führt. Psychische Krankheiten bei Kindern werden oft als Erziehungsfehler angesehen, als Milieuprodukte oder als erfundene Erkrankungen, wie ein jüngst erschienenes Buch weismachen will. Es gibt auch eine unzureichende Behandlung. Wir wissen, dass weniger als 50 Prozent der Behandlungsbedürftigen angemessen behandelt werden.

Es gibt eine Vielzahl von nicht zutreffenden Vorstellungen, etwa dass seelische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter geleugnet werden, also die Annahme der Nichtexistenz. Die Krankheiten werden als gefährlich angesehen, wenn es um Jugendliche geht, als Krankheiten, die in die Kriminalität führen. Oder diese Krankheiten werden als unheilbar, als nicht kontrollierbar, als chronisch oder auch als Schuld der Eltern angesehen.

Als ich vor Jahren im Ärzteblatt einen Beitrag über Autismus mit dem nüchternen Titel „Neue Erkenntnisse zum frühkindlichen Autismus“ veröffentlichte, sagten die dortigen Redakteure: Sie haben eine andere Botschaft, schreiben Sie doch „Frühkindlicher Autismus: Eltern haben keine Schuld“. Dem bin ich gefolgt. Ich habe aus Deutschland, Österreich und der Schweiz über 400 Zuschriften erhalten, weil sich die Eltern entlastet fühlten.

Es gibt auch Hinweise in der Umgangssprache bezüglich der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker: Idiot, Spinner, verrückt, schizophren oder Behinderter. Das alles sind Ausdrücke, die sich auch auf den Schulhöfen finden. Nicht selten kommen junge Menschen zu uns, weil sie nicht mehr in die Schule gehen können, weil sie sich auf dem Schulhof diskriminiert fühlen.

Wir wissen, dass knapp die Hälfte aller seelischen Erkrankungen des Erwachsenenalters im Kindes- und Jugendalter beginnen. Wir wissen auch – das belegen internationale Studien –, dass 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren behandlungsbedürftig sind. Bei weiteren 10 bis 13 Prozent sind aufgrund von auffälligen Verhaltensweisen diagnostische Maßnahmen und Beratungsangebote angezeigt. Es zeigen sich regelmäßig weltweit Differenzen zwischen der Inanspruchnahme und der Prävalenz dieser Störungen.

Wir haben vor Jahren in Hessen eine repräsentative Untersuchung durchgeführt und herausgefunden, dass eine Auffälligkeitsrate von 12,7 Prozent festzustellen war, aber nur 3,3 Prozent behandelt wurden, davon die Hälfte in nicht sachkundigen Einrichtungen.

Wenn wir von epochalen Trends bezüglich der Zunahme der Zahl psychisch Kranker sprechen, müssen wir differenzieren. Herr Professor Sartorius hat bereits auf das Phänomen der Differenzierung hingewiesen. „Psychisch krank“ ist nicht gleich „psychisch krank“, sondern wir müssen unterscheiden. Eine Auswertung der wissenschaftlichen Literatur aus den letzten 50 Jahren zeigt, dass die Zahl bestimmter Störungen deutlich zugenommen hat, dass die Häufigkeit bei anderen Erkrankungen gleich geblieben ist und dass bei anderen Erkrankungen die Zunahme fraglich ist. Zugenommen haben ohne Zweifel: aggressives Verhalten, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Depression – übrigens mit Vorverlagerung des Beginns –, suizidales Verhalten, Adipositas und auch Essstörungen.

Keine Zunahme können wir bei bestimmten organischen Erkrankungen, bei Autismus und Schizophrenie feststellen.

Fraglich ist die Zunahme im Kindes- und Jugendalter bei Zwangsstörungen, Angststörungen, Tickstörungen und Tourette-Syndrom sowie Persönlichkeitsstörungen.

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, meine Damen und Herren, dass psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter eine große Bürde für die Familie darstellen, aber auch ein gewaltiges ökonomisches Problem. Die Folgen werden sich in den nächsten Jahrzehnten zeigen, wenn ein Kind chronisch krank ist und sein Leben lang diese chronische Erkrankung vielleicht auch nicht verliert. Daher ist es notwendig, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu intensivieren und sie auch zu bezahlen.

Eine Studie der WHO aus dem Jahre 2003 zu den krankheitsadjustierten Lebensjahren hat ergeben, dass neuropsychiatrische Erkrankungen bedeutungsvoller sind als bösartige Tumoren und kardiovaskuläre Erkrankungen. Das bezieht sich auf das Alter von rund 20 Jahren.

Was ist zu tun? Wir müssen uns bemühen, zu einer kompetenten Behandlung zu kommen.

These 1: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche müssen körperlich kranken Kindern und Jugendlichen absolut gleichgestellt werden. Das heißt, das psychisch kranke Kind, der psychisch kranke Jugendliche muss das Krankenhaus durch dieselbe Tür betreten wie der körperlich Kranke. Das ist noch nicht realisiert.

These 2: Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher muss gemeindenah und mit ausreichender Spezialisierung erfolgen.

These 3: Versorgungsmaßnahmen und Therapieangebote müssen kontinuierlich nach anerkannten und wissenschaftlich fundierten Grundsätzen durchgeführt und evaluiert werden. Es genügt nicht, Psychotherapie zu fordern; wir müssen auch nachweisen, dass sie wirksam ist. Das können wir auch.

These 4: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist unverzichtbar, sie muss aber institutionalisiert werden. Hier bestehen noch Defizite.

These 5: Besonderer Wert ist auf eine umfassende Weiterbildung in der Psychotherapie zu legen. Sie muss intensiviert werden, und zwar für alle Arztgruppen, denn psychische Störungen kommen in der Arbeit aller Facharztgruppen vor. Auch in der Allgemeinmedizin sind sie weit verbreitet. Ich plädiere auch in meiner Eigenschaft als Psychologe für eine gemeinsame Ausbildung der ärztlichen und der Psychologischen Psychotherapeuten. Bei uns in Marburg geschieht dies seit 20 Jahren, und zwar mit großem Erfolg.

These 6: Therapeutische und präventive Ansätze sowie Therapieaus- und -weiterbildung müssen stärker gefördert werden.

These 7: Versorgung, Therapie und Forschung müssen zusammengeführt und versöhnt werden. Es gibt immer noch das Vorurteil – auch das trägt zur Stigmatisierung bei –, dass eine gute Versorgung, der individuelle Zugang zum Patienten nicht kompatibel ist mit einer wissenschaftlichen Evaluation des therapeutischen Prozesses.

Wenn wir so vorgehen, haben wir das beste Gegengewicht gegen die Stigmatisierung.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Remschmidt, für diese Ergänzung und auch für die Statistiken über das, was sich in Deutschland er-

eignet. Wir haben diese Problematik bereits 1974 auf dem Deutschen Ärztetag in Berlin behandelt. Dort stand dieses Thema auf der Tagesordnung, weil man – unter anderen Bezeichnungen – das Ziel verfolgt hat, die psychiatrisch Kranken, wie sie damals genannt wurden, aus den isolierten Landeskrankenhäusern oder „Irrenanstalten“ herauszuholen und in die normalen Krankenhäuser zu bringen, damit das Ganze nicht so ghettoartig abläuft – mit Ausnahme der forensischen Psychiatrie, bei der eine gewisse Ghettoisierung nicht vermieden werden kann.

Das war vor über 30 Jahren. Es hat eine vorübergehende Entwicklung in diese Richtung gegeben, aber es hat auch eine Rückentwicklung gegeben. Deshalb steht dieses Thema heute wiederum auf der Tagesordnung.

Ich glaube, nach diesen drei Referaten sind wir voll im Bilde und können uns der Diskussion zuwenden. Es liegen bereits einige Wortmeldungen vor. Es liegen der Antrag II-1 des Vorstands mit den drei Änderungsanträgen 1 a, 1 b und 1 c sowie die Anträge II-16 und II-17 vor.

Der erste Redner in der Diskussion ist Herr Kühn aus Baden-Württemberg. Bitte schön, Herr Kühn.

Dr. Kühn, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Ohne dass ich ein Jota von dem wegnehmen möchte, was wir hier auf internationaler und nationaler Ebene gehört haben, möchte ich doch feststellen, dass meine konkrete Wirklichkeit eine ganz andere ist. Das bezieht sich auf den Bereich Tübingen und Umgebung. Auf dem Ärztetag muss gesagt werden: Mit all diesen Behauptungen würden Sie den Ärztinnen und Ärzten und der gesamten Bevölkerung meiner Heimat Unrecht tun. In Tübingen und Umgebung findet keine Diskriminierung statt. Die Prävalenz der psychisch Kranken wird nicht unterschätzt. Es findet keine Einschränkung der notwendigen medikamentösen Therapie statt; im Gegenteil, ich wundere mich, wer alles – vor allen Dingen ältere Menschen – SSRI-Antidepressiva bekommt.

Natürlich gibt es auch auf dem Arbeitsmarkt Schwierigkeiten, weil es sich meistens um chronisch Kranke handelt. Die spezielle deutsche Gesetzgebung schützt die psychisch Kranken, sofern sie einen Arbeitsplatz haben. Es steht außer Zweifel, dass es schwierig sein kann, wenn sie keinen Arbeitsplatz haben. Es wird Ausnahmen höchstens in ganz entlegenen Dörfern geben, die wir kaum noch haben, wo so etwas unter den Tisch gekehrt wird.

Es ist ein Verdienst auch der Tübinger Psychiatrie, der Professoren Buchkrämer und Klosinski, dass bei uns jeder ohne Einschränkung mit den Kranken darüber redet, was getan werden muss, auch von Selbsthilfegruppen.

Ich denke, es ist wichtig, dass wir hier nicht pauschalieren, sondern darauf hinweisen: Es hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten vielleicht nicht überall in der Bundesrepublik, aber doch an vielen Stellen hervorragend viel in dieser Angelegenheit getan.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kühn. – Die nächste Rednerin ist Frau Professor Dr. Krause-Girth aus Hessen.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst einmal dafür bedanken, dass dieses wichtige Thema hier auf dem Ärztetag behandelt wird. Ich bitte Sie herzlich, den Vorstandsantrag zu unterstützen und auch zu helfen, dass er umgesetzt wird. Ich denke, die Stigmatisierung ist all jenen, die mit psychisch Kranken intensiv zusammenarbeiten – den Psychiatern, den Psychotherapeuten, dem Psychosomatikern –, ein sehr bekanntes Problem. Die Stigmatisierung beginnt vor allen Dingen auch bei diesen Berufsgruppen, auch innerhalb der Ärzteschaft. Ich bin seit 20 Jahren Delegierte in einer Landesärztekammer und arbeite in der ärztlichen Berufspolitik. Ich merke sehr wohl, dass bei den P-Ärztinnen und -Ärzten ein leichter Spott, ein leichter Hohn, ein gewisses Naserümpfen oder Desinteresse durch die Reihen geht. Die P-Fächer sind, wie Sie wissen, nicht die prestigeträchtigsten Fächer in der medizinischen Hierarchie. Das hat nicht nur etwas mit der Bezahlung zu tun. Es gibt also nicht nur eine Diskriminierung der Patienten, sondern auch derjenigen, die mit diesen Patientinnen und Patienten intensiv arbeiten.

Ich habe das bereits während meiner Ausbildung bemerkt. Ich habe bei der Prüfung in der Inneren Medizin gemerkt, dass ein Kommilitone, der nicht viel wusste, als er auf die Frage, was er werden wolle, antwortete: „Psychiater“, vom Internisten gesagt bekam: Na gut, dann will ich Sie mal durchkommen lassen, dafür brauchen Sie nicht mehr.

Wenn man andererseits im Examen gute Noten hat, wird man gefragt: Warum werden Sie denn Psychiaterin, das haben Sie doch gar nicht nötig!

Das kenne ich sehr gut. Wir müssen mit der Beendigung der Stigmatisierung bei uns beginnen. Die jetzige Thematik steht nach der Psychiatrie-Enquete, die vor mehr als 30 Jahren veröffentlicht wurde, zum ersten Mal wieder auf dem Programm eines Ärztetages. Ich denke, es ist erforderlich, dass wir da gemeinsam vieles tun.

Im Vorstandsantrag steht auf Seite 3 die Forderung, die gesetzlichen Krankenkassen sollten zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen, um dem gewachsenen Bedarf an Behandlung psychischer Erkrankungen gerecht zu werden. Das ist eine fantastische Forderung, die ich natürlich unterstütze. Ich hoffe, dass alle hier Anwesenden in ihren entsprechenden Gremien dafür kämpfen.

Aber selbst wenn es uns nicht gelingen sollte, zusätzliche Mittel für die psychisch Kranken zu bekommen, ist es notwendig, die entsprechende Behandlung sicherzustellen, eventuell auch eine Umverteilung in der Richtung vorzunehmen, dass die psychisch Kranken nicht länger diskriminiert werden.

Ich bitte Sie, sich dafür einzusetzen und den Psychothemen und den Psychoärzten einen etwas ernsthafteren Raum zu bieten, ihre Themen vortragen zu können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Krause-Girth. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Roth-Sackenheim aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Roth-Sackenheim, Rheinland-Pfalz: Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Vorrednerin hat schon fast alles gesagt, was ich sagen wollte. Ich bin seit 20 Jahren im Fach Psychiatrie/Psychotherapie tätig. Als ich in einer großen psychiatrischen Versorgerklinik in der Ausbildung war, taten sich mein Umfeld und meine Familie schwer, zu sagen: Sie ist jetzt Ärztin und arbeitet in einer psychiatrischen Klinik. Auch später, als ich Fachärztin war, haben viele auch in meiner Familie nicht gesagt: „Sie ist Psychiaterin“, sondern man hat erklärt: „Sie ist Neurologin“. Das bin ich zwar auch, aber das ist nur die halbe Wahrheit.

Ich möchte alles unterstreichen, was meine Vorrednerin gesagt hat. Mein besonderes Anliegen ist, Sie als Kolleginnen und Kollegen in Ihrer alltäglichen Arbeit zu erreichen. Es geht mir oft so, dass ich von Hausärzten und anderen Fachkollegen eine Überweisung „zum Psychologen“ bekomme. Statt „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ steht dort „Facharzt für Psychologie“. Ich denke, es ist ein Anliegen auch des heutigen Tagesordnungspunkts, dafür zu sorgen, dass in der Ärzteschaft das Bewusstsein dafür wächst, was die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und die Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie für die Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen leisten.

Die Hausärzte sagen mir ganz oft: Ich habe es viel einfacher, wenn ich zu meinem Patienten sage, er solle zum Psychologen gehen, dort bekäme er ein Gespräch, dann werde alles wieder gut. Ich appelliere an Sie, vielleicht Ihre Haltung zu überdenken, mit der Sie die Patienten zu unserer Fachgruppe schicken. Wenn der Patient sagt: „Ich bin doch nicht bekloppt, warum schicken Sie mich zum Psychiater?“, dann sollten Sie antworten: Das ist heute alles gar nicht mehr so. Die Psychiatrie hat einen gewaltigen wissenschaftlichen Fortschritt gemacht, die können Ihre psychische Erkrankung sehr gut diagnostizieren, sie können Ihnen genauer sagen, um was es sich handelt und was Sie vielleicht benötigen. Es ist nicht mehr so, dass man für eine psychische Erkrankung immer selbst verantwortlich ist.

Wenn Sie diese Haltung verinnerlichen und das an Ihre Patienten weitergeben, dann ist schon sehr viel getan.

Es bringt nichts, wenn Sie sagen: In der organischen Medizin haben wir nichts gefunden, es ist dann doch wohl psychisch. Damit transportieren Sie nonverbal: Sie bilden sich das ein, das ist nicht ernst zu nehmen. Vielleicht können Sie sagen: Wir konnten mit den Mitteln der Diagnostik, der Radiologie, der Endoskopie usw. nichts feststellen, aber es gibt ja Dinge in der Medizin, die wir mit solchen Methoden nicht erklären können, deswegen müssen wir ganzheitlich an dieses Problem herangehen.

Vielleicht können Sie diese Anregungen mit nach Hause nehmen, um auch so die Entstigmatisierung zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Roth-Sackenheim. – Als nächste Rednerin bitte Frau Kollegin Bunte aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bunte, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe als jemand, der nicht in der Psychiatrie arbeitet, aber die Psychotherapie aus der Sicht eines Gesundheitsamts natürlich gut im Blickfeld hat, eine ganz große Bitte an Sie. Ich fand es sehr gut, dass Professor Sartorius uns alle angesprochen und die besondere Verantwortung des medizinischen Personals für Menschen mit psychischen Erkrankungen betont hat. Ich begrüße sehr den Entschließungsantrag der Bundesärztekammer, der ja die klare Aufforderung enthält, den besonderen Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen Rechnung zu tragen, und unter anderem auch den Hinweis enthält, dass zusätzliche Mittel für die Versorgung eingestellt werden sollen.

Ich bitte Sie herzlich, den Änderungsantrag I-1 a zu diesem Entschließungsantrag abzulehnen, und zwar aus folgendem Grund. Wir haben aus der Sicht der praktizierenden Psychiater gehört, wie schwierig es für psychisch kranke Menschen ist, weil sie in vieler Hinsicht – im Berufsleben, im Familienleben, aber auch wenn sie mit unserem Versorgungssystem in Kontakt kommen – stigmatisiert und diskriminiert werden.

Was spricht dagegen, das, was im Antrag des Vorstands steht, beizubehalten, nämlich dass die zusätzlichen Mittel im Rahmen oder außerhalb der Gesamtvergütung bestehen bleiben? Wenn wir sie nur außerhalb der Gesamtvergütung haben, stelle ich mir die Frage, ob dann die psychisch kranken Menschen noch gleichgestellt sind. Ich meine, darüber sollten wir nachdenken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Bunte. – Jetzt bitte Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Sartorius als Hauptredner und auch die Korreferenten haben naturgemäß diese Stigmatisierung aus der Sicht des Klinikers und aus der Sicht von Institutionen gesehen, Frau Bunte eben auch. Das ist gar kein Vorwurf. Umso mehr bedanke ich mich bei Herrn Sartorius und bei Herrn Remschmidt dafür, dass sie zweimal – summiert – den Hausarzt erwähnt haben, hier spezifisch den Allgemeinarzt.

Der psychisch Kranke – nehmen wir einmal diesen Oberbegriff – ist ein sehr flüchtiges Wesen. Er kontaktiert den Arzt der ersten ärztlichen Linie häufiger als andere primär, meistens mit einer somatischen Eintrittskarte, verdeckt. Ich hoffe, dass wir alle diese Fälle aufdecken können. Beim Hausarzt besteht die erste Möglichkeit, sozusagen bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist, eine Stigmatisierung zu verhindern. Es tauchen Erkrankungen auf, die noch gar keine klinische Benennung haben. Eine Neurose in statu nascendi kann überhaupt nur vom Hausarzt erlebt werden. Ein Kliniker erlebt so etwas nicht, wenn es noch keine klinische Benennung gibt.

Deswegen bin ich umso dankbarer, dass gesagt wurde, dass die Allgemeinärzte von enormer Wichtigkeit sind. Das hat Herr Sartorius ausgeführt. – Wird das mitgeschrieben? – Ich sehe ein Nicken beim Herrn Protokollanten.

Herr Sartorius, Sie haben auch gesagt, dass eine Verhaltensänderung beim medizinischen Personal eintreten müsse. Sagen Sie das bitte auch den Konstrukteuren unseres EBM. Wir hatten früher einmal die Ziffern 801 und 825, auch für die Hausärzte. Das ist reduziert worden, rudimentiert worden auf die

Ziffer 03313, die orientierende Erhebung des psychopathologischen Status. Eine Behandlungsnummer gibt es überhaupt nicht mehr.

Wenn wir aber eine Verhaltensänderung fordern, dann wollen wir diese auch beim eigenen medizinischen Personal. Herr Präsident, ich lege es Ihnen ans Herz, darüber einmal mit Herrn Köhler zu reden, weil wir auch da diese Verhaltensänderung erwarten.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Massing. – Als nächster Redner bitte der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Herr Kollege Schüller.

Dr. Schüller, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich fasse mich ganz kurz. Ich möchte zum Änderungsantrag II-1 a Stellung nehmen. Dieser Antrag ist das beste Zeichen für eine Stigmatisierung aus der Ärzteschaft heraus. Er bedeutet nämlich nichts anderes, als dass psychische Krankheiten anders zu behandeln sind als alle anderen Krankheiten. Wenn das ein Antrag aus der Ärzteschaft ist, dann läuft das hundertprozentig dem entgegen, was wir heute hier versuchen.

(Beifall)

Wir haben inzwischen in Düsseldorf und auch in Duisburg unter meiner Führung von der Ärztekammer Nordrhein ein „Bündnis gegen Depression“. Das soll noch ausgeweitet werden. Einer der wichtigsten Punkte dabei ist, die Stigmatisierung dieser Erkrankung, überhaupt der psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung zu reduzieren und die Öffentlichkeit so gut auch über die Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, dass die Stigmatisierung nach und nach entfällt. Wir hoffen, dass wir es schaffen.

Herr Kühn hat die paradiesischen Verhältnisse in Tübingen und Umgebung geschildert. Er hat erklärt, niemand verliere seinen Arbeitsplatz, weil er psychisch erkrankt ist. Das ist gut und schön. Ich bin internistischer Hausarzt. Ich habe von der Aus- und Weiterbildung her gar nichts mit den P-Fächern zu tun. Die allermeisten Patienten sind zunächst einmal somatisch krank bzw. kommen mit solchen Symptomen zum Hausarzt oder auch zur Arbeit. Sie verlieren schon in diesem Zustand sehr oft ihren Arbeitsplatz. Bis herauskommt, dass hinter dieser somatisierten Form eine psychiatrische Erkrankung steckt, ist es oft schon zu spät.

Deswegen bin ich sehr dankbar dafür, dass wir dieses Thema heute auf dem Ärztetag so breit behandeln, weil unter allen Kranken es gerade diejenigen Patientinnen und Patienten sind, die am meisten benachteiligt sind.

Ich bitte Sie, den Antrag II-1 a unbedingt abzulehnen. Natürlich brauchen wir Geld, aber nicht über einen solchen Antrag.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Schüller. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Peters aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Ich möchte mich ganz kurz auf das Referat von Herrn Professor Remschmidt beziehen. Ich finde es ganz wichtig, dass er hier hervorgehoben hat, dass ein Großteil dieser Patienten bereits im Kindes- und Jugendalter erkranken. Das hat wohl auch damit zu tun, dass viele Erkrankungen eine neurobiologische kinetische Basis haben. Insofern muss man sogar den Satz, dass die Kinder eine gute Heilungschance haben, etwas anders sehen. Sie sind vielleicht besser behandelbar; ob sie heilbar sind, ist eine ganz schwierige Frage.

Ich glaube, wenn man darauf fokussieren würde, gerade diese Altersgruppe besonders intensiv zu behandeln, hätte man eine gute Chance, besonders dann, wenn man eine weitere Schnittstelle hinzunimmt, nämlich die Schulen. Die Kinder fallen ja bereits in der Schule auf. In die Schule gehen alle Kinder, sie müssen den Arzt nicht aufsuchen. Wenn wir es schaffen, mit einer guten Kommunikation zu den Lehrern eine Kommunikationsplattform herzustellen, diese Kinder, die ja dort schon im Stillen leiden, einer Behandlung zuzuführen, dann tun wir den Patienten etwas Gutes.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Peters. – Jetzt bitte Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe den Antrag auf Vorstandsüberweisung zum Antrag 2 gestellt. Ich möchte das kurz begründen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Moment, da sind wir noch nicht. Wir sind im Moment beim Antrag II-1 und den dazugehörigen Anträgen.

Dr. Gitter, Bremen: Dann melde ich mich nachher noch einmal zu Wort.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Da wäre ich Ihnen dankbar. Vielen Dank. – Jetzt bitte Herr Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Zum Vorstandsantrag habe ich eine Änderungsbitte. Auf Seite 3 wird die Forderung erhoben, dass im Rahmen der bestehenden Vergütung Mehrleistungen, die dringend erforderlich sind für die Behandlung von Depressionen, erfolgen. Heißt das, dass bei in fast allen KVen bestehenden Fachgruppentöpfen gerade für die Neurologen, Psychiater und Nervenärzte umverteilt werden müsste? Das wäre nicht akzeptabel, weil es sich hier gerade um diejenige Fachgruppe handelt, die nach der EBM-Reform am schlechtesten dasteht. Ich bitte darum, die Worte „im Rahmen oder“ zu streichen, um eindeutig zu zeigen, dass neues Geld benötigt wird.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das haben wir verstanden. Darüber werden wir gleich abstimmen. – Jetzt bitte Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kollegen und Kolleginnen! Herr Munte, Sie haben, glaube ich, Herrn Schüller nicht zugehört. Wir verstehen ja, dass Sie mehr Geld für unsere arme Gruppe – auch ich bin Neurologin und Psychiaterin – ergattern wollen. Nichts wäre schöner als das. Aber doch bitte nicht zu diesem Preis! Wir können doch nicht sagen, dass die Behandlung psychischer Erkrankungen außerhalb des Budgets bezahlt werden muss. Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen wie alle anderen auch. Vielleicht meinen Sie,

dass im Zuge des Psychotherapeutengesetzes das Geld von den Kassen für die bis dahin gezahlte Psychotherapie nicht in ausreichendem Umfang in die Gesamthonorierung eingeflossen ist. Das ist sicherlich richtig. Das ist versäumt worden. Wir haben uns damals von den Kassen abspeisen lassen. Nun fehlt das Geld vorne und hinten.

Wenn die Psychotherapie immer weiter ausgedehnt wird, ohne dass neues Geld hinzukommt, dann muss das geändert werden; da haben Sie Recht. Das kann nicht aus den begrenzten Fachgruppentöpfen bezahlt werden.

Das hat aber nichts mit der Versorgung psychisch Kranker im gesetzlichen Versicherungssystem zu tun. Wir können sie doch nicht außen vor lassen. Das würde, wie Herr Schüller gesagt hat, genau dem widersprechen, was wir heute hier erreichen wollen.

Ich möchte das, was Frau Roth-Sackenheim gesagt hat, unterstützen. Viele der bestehenden Probleme rühren auch daher, wie wir uns gegenseitig verstehen. Herr Massing, Ihre Darstellung zeigt mir, dass Sie noch nicht genug Ahnung haben, wie die Karriere psychisch Kranker verläuft. Natürlich kommen die meisten am Anfang zu Hausärzten. Aber von den Hausärzten werden sie dann wegen der somatischen Störungen beispielsweise an Neurologen überwiesen.

Das heißt, diese Zwischenstufe des niedergelassenen Facharztes beispielsweise für Neurologie und Psychiatrie haben Sie eben ganz ausgelassen. Da kam gleich die Klinik. Es gibt uns noch und ich hoffe, es wird uns auch weiterhin geben. Ich glaube, dass es eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und den entsprechenden psychisch-neurologischen Fachärzten gibt. Die Klinik ist eine notwendige Maßnahme, wenn die ambulante Behandlung nicht mehr möglich ist.

In diesen Hierarchien vor der klinischen Aufnahme sollten wir uns alle, denke ich, ein bisschen besser auskennen. Wir sollten den Patienten, der eine psychische Erkrankung hat, nicht aus lauter Verzweiflung an den Neurologen verweisen. Man sagt ja nicht gern, dass jemand psychisch krank ist.

Ich glaube, wenn vor allem die Hausärzte ihre Einstellung gegenüber diesen Erkrankungen ein bisschen überdenken, könnten wir konstruktiver an die Entstigmatisierung dieser Erkrankungen herangehen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Als nächster Redner bitte Herr Dr. Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Stigmatisierung der Patienten wird auch durch die diagnosebasierten Abrechnungssysteme extrem verstärkt. Das ist ein neuer Aspekt, den ich in die Diskussion einbringen möchte. Es werden Diagnosen gesammelt, auch entsprechende psychische Diagnosen. Derzeit kann eine Kodierung dieser Diagnosen dazu führen, dass man bei der entsprechenden Erkrankung eine deutlich höhere Vergütung erhält. Dies ist unter dem Aspekt des Arzt-Patient-Verhältnisses gefährlich. Dem aufgeklärten Patienten ist klar, dass durch den Datensammelwahn der Krankenkassen diese Diagnosen aktenkundig sind. Wenn sich ein solcher Patient irgendwann einmal in Bereichen versichern möchte, in denen Gesundheitsprüfungen vorgesehen sind, wird er, wenn entsprechende Diagnosen aus dem Kapitel des ICD-10 aktenkundig sind, extreme Schwierigkeiten haben, überhaupt zu einem Abschluss zu kommen. Wenn er es schafft, dann muss er extreme Zuschläge bezahlen.

Der aufgeklärte Patient täte sich schwer, dem Krankenhausarzt oder dem niedergelassenen Arzt gegenüber Andeutungen in Richtung einer psychiatrischen oder psychischen Störung zu machen. Er muss ja befürchten, dass diese Störung der Krankenkasse mitgeteilt wird. Eventuell wird bei späteren Anfragen ein Versicherungsschutz unmöglich.

Man muss dem Patienten die Chance geben, sich dem Arzt zu offenbaren, ohne dadurch Nachteile zu erleiden. Meines Erachtens ist dies nur dann möglich, wenn man festlegt, dass Diagnosen aus dem Bereich der psychiatrischen Erkrankungen nur dann im Vergütungssystem als Nebendiagnosen berücksichtigt werden dürfen, wenn diese Diagnosen durch Ärzte mit entsprechenden Qualifikationen gesichert wurden. Um dies in die Öffentlichkeit zu tragen, habe ich einen entsprechenden Antrag gestellt, der demnächst umgedruckt wird. Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Köhne. – Als nächster Redner bitte Herr Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Zunächst einmal möchte ich meiner Verwunderung darüber Ausdruck geben, dass auch in diesem Tagesordnungspunkt eine Spaltung erfolgte, nämlich in Psychiatrie und Psychotherapie. Das ist vielleicht auch ein Ausdruck der bestehenden Situation. Hier geschehen ständig Abgrenzungen. Ich bin Allgemeinarzt

und Psychotherapeut. Als Hausarzt versuche ich, eine ganzheitliche Sicht von Krankheit und Gesundheit zu praktizieren. Das ist schwierig. Alle Störungen beginnen nämlich unspezifisch. Die Patienten sind einfach schwierig oder sie sind nervig, sie fallen einem auf den Wecker.

Die somatischen und die psychotherapeutischen Fächer brauchen Instrumente. Die Instrumente werden in den einzelnen Fächern eingeübt. Was wir brauchen, ist Durchlässigkeit. Vorhin wurde gesagt: Wir brauchen eine gute Zusammenarbeit.

Wir haben aber auch Patienten, die gar nicht zu den Spezialisten gehen. Jemand, der der Psychotherapie bedarf, geht nicht zum Psychotherapeuten. Jemand, der einer psychiatrischen Behandlung bedarf, geht nicht zum Psychiater. Da gibt es Vorbehalte.

Das heißt, alle Ärzte müssen in der Lage sein, psychische Störungen zu erkennen und mit ihnen umzugehen. Das gilt insbesondere auch für die Suchterkrankungen. Das ist in unserer Medizin ein Stiefkind. Hier gibt es keine wirklich guten Konzepte bei den Allgemeinärzten, natürlich außer in den theoretischen Fächern.

Ich plädiere dafür, dass die Grundausbildung und die Grundweiterbildung für alle in psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Angelegenheiten verbessert wird und dass die Ideen von Balint breit berücksichtigt werden. Die Ärzte können die Balint-Gruppen gebrauchen.

Die somatische Medizin hat eine bestimmte Denkweise, die psychotherapeutische Medizin hat eine andere Denkweise. Beides lässt sich nur sehr schwer übereinander bringen. Da ist die Balint-Arbeit etwas Wichtiges.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Lorenzen. – Jetzt bitte Herr Professor Bach aus Sachsen.

Prof. Dr. habil. Bach, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin Psychiater und habe heute gelernt, dass ich ein Vertreter der P-Fächer bin.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dazu gehört auch die Pathologie!

Prof. Dr. habil. Bach, Sachsen: Ich unterstütze die Ausführungen von Herrn Professor Gaebel und Herrn Professor Sartorius und damit auch den Leitantrag ausdrücklich. Es sind hier verschiedene Töne angeklungen, die meines Erachtens eine zu pessimistische Sicht der Verhältnisse widerspiegeln.

Wenn man sich die Ausstattung der psychiatrischen Kliniken ansieht, wenn man sich die extramuralen Strukturen, die gemeindenah bestehen, ansieht, wenn man sieht, welche Behandlungsfortschritte in den letzten Jahren erzielt wurden, dann muss man sagen, dass sich das Problem der Stigmatisierung deutlich gemindert hat. Ich hatte damit viel zu tun. Ich war 45 Jahre lang als Psychiater und Psychotherapeut im Geschäft. Ich meine, der Leitantrag ist richtig, nicht weil die Verhältnisse schlecht sind, sondern weil die Verhältnisse weiter verbessert werden sollen.

Ich glaube, man darf nicht vergessen, dass manche Vorurteile eigentlich auch Urteile über ein Verhalten sind. Damit kommt meines Erachtens eine Dimension ins Spiel, die besagt, dass wir gegen Vorurteile nichts mit Appellen erreichen, sondern nur mit einer guten kontinuierlichen Therapie der psychischen Störungen und mit Integrationsmöglichkeiten für Patienten, die bereits in weiten Teilen vorhanden sind, allerdings auch weiter verbessert werden müssen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bach. – Als nächster Redner bitte Herr Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin gelernter Chirurg. Damit habe ich kein P-Fach. Ich wollte mich zu diesem Thema eigentlich gar nicht äußern. Ich habe auch deswegen die Chirurgie gewählt, weil ich zwei Dinge vermeiden wollte: Statistik – sie ist aufwendig, kein Mensch versteht sie – und Psychologie, die noch aufwendiger ist und die auch niemand versteht. Gleichwohl gilt – das werden Sie auch kennen –: Man lernt im Leben dazu. An der Statistik kommt man nicht vorbei, wenn man wissen will, was in der Medizin wirkt und was nicht wirkt. Das betrifft auch die Chirurgie. Auch die Chirurgen zählen ihre Fälle. In der Psychologie kommt man spätestens dann an der Statistik nicht vorbei, wenn man sich fragt, warum sich manche Kollegen – gelegentlich kann man sich selber mit einbeziehen – so komisch benehmen, wie sie sich benehmen.

Das Thema der Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen geht jeden von uns an, auch die Chirurgen; die Patholo-

gen, die im Sektionssaal stehen, vielleicht etwas weniger. Auch die türkische Patientin, die morgens um 3 Uhr mit heftigen Bauchschmerzen in die Rettungsstelle kommt und dort vom Dienst habenden Krankenhausarzt untersucht wird, hat möglicherweise eine psychosomatische Störung und keinen akuten Blinddarm, der selbstverständlich ausgeschlossen wird.

Ich möchte Sie auf ein gemeinsames Projekt von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung aufmerksam machen. Herr Munte hat in seinem Antrag II-4 die Depression angesprochen. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin arbeitet derzeit an einem nationalen Programm für Versorgungsleitlinien. Dort entsteht derzeit eine nationale Versorgungsleitlinie „Depression“. An dieser Leitlinie arbeiten alle Fachgruppen in trauter Harmonie und Eintracht mit, ausdrücklich auch die Allgemeinmedizin. Es funktioniert.

Ich bitte Sie, wenn Sie Zeit haben, einmal unter www.versorgungsleitlinien.de ins Internet zu schauen. Dort können Sie die Versorgungsleitlinie „Depression“ finden. Sie können durch Kommentare aktiv an der Gestaltung dieser Leitlinie mitarbeiten. Diese aktive Einbindung von praktisch tätigen Ärzten, egal welcher Fachrichtung und welcher Couleur und welchen Lebensalters, ist sehr segensreich. Machen Sie davon bitte Gebrauch. Diese Leitlinie wird uns Ärzten helfen, eine bessere Medizin zu betreiben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Jonitz. – Jetzt bitte Frau Dr. Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Ich möchte Sie bitten, den Antrag des Vorstands zu unterstützen. Ich bin Psychiaterin, aber auch Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin und seit Jahren in der Weiterbildung tätig für somatisch tätige Ärzte. Ich möchte die Ausführungen der Referenten, die ich sehr eindrücklich fand, für die allgemeinärztlich und fachärztlich tätigen Kollegen ein bisschen konkretisieren.

Diese Patienten werden – ich kann das, was Herr Professor Remschmidt gesagt hat, nur unterstützen – in der Tat häufig nicht in ihrer psychischen Erkrankung wahrgenommen, sondern als so genannte schwierige Patienten bezeichnet, weil sie, wie der Kollege Lorenzen bereits deutlich gemacht hat, unter Umständen den Ablauf stören. Diese Patienten werden, wenn sie eine psychotische Erkrankung haben, möglicherweise nicht erkannt, weil viele somatisch tätige Ärzte gar nicht wissen, dass 20 Prozent aller Patienten mit einer Psycho-

se niemals floride Symptome entwickeln. Sie halluzinieren eben nicht, sie haben eben keine Wahnvorstellungen, die sich unmittelbar erschließen. Trotzdem sind sie von ihrer Art der Kommunikation und ihrer Beziehungsgestaltung her schwierig. Von daher besteht meiner Ansicht nach in diesem Bereich ein großer Informationsbedarf.

Die zweite Gruppe, die genauso schwierig ist, die zudem noch mit der Beschuldigung der Patienten zu kämpfen hat, sind die Suchtkranken. Hier wird nach wie vor mit Vorurteilen gearbeitet. Für die somatisch tätigen Kollegen ist noch nicht ausreichend klar, dass es sich um eine Erkrankung und nicht um eine – wie man früher meinte – Charakterschwäche handelt.

Die dritte Gruppe – sie gehört nicht unbedingt hierhin; ich nenne sie trotzdem, obwohl sie in den psychosomatischen Bereich gehört – sind die Patienten mit somatoformen Störungen, deren Symptomatik ebenfalls nicht ausreichend erkannt und ausreichend diagnostiziert wird.

Ich bitte Sie, den entsprechenden Antrag zu unterstützen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege von Zastrow aus Niedersachsen.

Dr. von Zastrow, Niedersachsen: Die Stigmatisierung psychisch Kranker ist wesentlich differenzierter und umfangreicher, als das vielleicht manche Kolleginnen und Kollegen wahrnehmen. Auch die angeblichen Probleme am Arbeitsplatz muss man differenziert sehen. Das mag für ältere Arbeitnehmer gelten, die seit langer Zeit im öffentlichen Dienst sind. Die Tendenz, jüngeren Beschäftigten nur Zeitarbeitsverträge zu geben, führt natürlich dazu, dass ein Arbeitnehmer, der psychisch krank ist, der im Rahmen des Zeitarbeitsvertrags des Öfteren länger krank ist, keine Verlängerung bekommt. Das heißt, ohne Kündigung endet das Arbeitsverhältnis. Je länger jemand ohne Arbeit war, desto schwieriger wird es für ihn sein, eine neue Arbeit zu finden.

Die Stigmatisierung ist auch differenzierter. Es ist nicht nur so, dass die Erkrankten, wie es im Antrag II-1 heißt, keine Behandlung wollen oder zu spät zur Behandlung kommen, sondern in einigen Kreisen ist es üblich, dass man zunächst körperliche Leiden präsentiert. Sehr beliebt sind in diesem Zusammenhang beispielsweise orthopädische Beschwerden oder Rückenleiden. Das kann so weit gehen, dass diese Patienten lange Zeit erfolglos am Rücken behandelt

werden und eine orthopädische Rehabilitation absolvieren und die Ärzte während der Rehabilitation gar nicht mitbekommen, dass der Patient zwei Wochen vor der Rehabilitation einen Suizidversuch unternommen hat. Das erzählt der Patient nicht, das bekommt auch niemand heraus. Das wird auch nicht hinterfragt. Die Rehabilitationsmaßnahmen haben dann natürlich auch keinen Erfolg. Das sind Patienten, die gar nicht unbedingt beim Psychiater ankommen.

Die Hauptprobleme im Zusammenhang mit den Arbeitgebern sind die Vorurteile. Man weiß: Der Mitarbeiter ist krankgeschrieben, aber man sieht ihn in der Stadt beim Einkaufen. Das ist für viele Arbeitgeber mit der Vorstellung vom kranken Mitarbeiter, der im Bett liegen sollte, nicht vereinbar.

Man muss sich also bei psychisch Kranken vermehrt überlegen, ob die Behandlung bei Arbeitsunfähigkeit stattfinden muss oder ob sie berufsbegleitend stattfinden kann. Auch viele andere Krankheiten bedürfen ja nicht der Behandlung bei Arbeitsunfähigkeit. Die Patienten selbst können das nicht überblicken. Das Problem ist: Sind die Patienten erst einmal aus dem Arbeitsprozess heraus, kommen sie schwer wieder hinein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Zastrow. – Die nächste Rednerin ist Frau Groß aus Nordrhein. Bitte schön.

Dr. Groß, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte auf die Stigmatisierung aufmerksam machen, die vonseiten der Versicherungen auf die psychotherapeutischen und die anderen psychischen Patienten zukommt. Ich behandle oft akute Traumata. Nach diesen akuten Traumata sind die Patienten für mich und auch für die Zukunft zum größten Teil geheilt. Für die Krankenversicherungen bedeutet eine Psychotherapie aber grundsätzlich eine lebenslange Erkrankung. Ich habe sehr viele junge Patienten. Ich habe es mir angewöhnt, sie darauf aufmerksam zu machen, insbesondere dann, wenn sie eine Karriere vor sich haben, was sie mit einer Psychotherapie, die man bei den Krankenkassen beantragen muss, bewirken. Ich habe viele Fälle von karrierefreudigen Patienten erlebt, die nicht in die Krankenversicherung aufgenommen werden. Der Gipfel ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Sitz im europäischen Ausland, die extra für deutsche Psychotherapeuten eine Klausel geschaffen hat: Ausschluss von psychischen Erkrankungen. Diese Klausel gibt es in anderen europäischen Ländern nicht. Sie ist extra für Deutschland geschaffen worden.

Wenn ich jetzt beantragen würde, die Krankenversicherungen, die Lebensversicherungen oder die Berufsunfähigkeitsversicherungen aufzufordern, psychische Erkrankungen nicht auszuschließen, nähme ich wieder eine Stigmatisierung vor. Deshalb fordere ich den Kontrahierungszwang hinsichtlich aller Patienten, einschließlich der psychisch Erkrankten. Ich bitte Sie, meinen Antrag, den Sie noch erhalten werden, zu unterstützen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Frau Groß. – Jetzt bitte Herr Lutz aus Bayern.

Dr. Lutz, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich widerspreche Herrn Schüller ganz ungern, aber ich glaube, er ist vorhin in seiner Argumentation übers Ziel hinausgeschossen. Es geht hier nicht um ein zusätzliches Stigmatisieren dadurch, dass zusätzliche Mittel gefordert werden. Es sind tatsächlich zusätzliche Mittel notwendig.

Ich bin Chirurg. Mir ist es an sich gleich, wenn das innerhalb der Gesamtvergütung anders verteilt wird. Dann kratzt es die anderen Fachärzte weniger. Aber ich frage mich, ob hier eine ausgesprochene Gerechtigkeit existiert, weil dann die Allgemeinärzte und die anderen Fachärzte nicht beteiligt sind. Deswegen kann man dieses Problem nur angehen, indem zusätzliche Mittel ins System kommen.

Ich möchte Herrn Munte in Schutz nehmen. Er möchte hier nicht zusätzlich stigmatisieren, sondern es geht darum, dass die Gruppen, die psychisch Kranke behandeln, ausreichend Mittel für ihre Tätigkeit zur Verfügung gestellt bekommen. Deshalb meine ich, dass es notwendig ist, zusätzliche Mittel ins System zu bringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Lutz. – Als nächste Rednerin bitte Frau Professor Braun aus Berlin.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sprechen über die Zunahme von Depressionen und Angstsyndromen. Die Depressionen sollen im Jahre 2020 die zweithäufigste Diagnose sein. Wir sprechen aber nicht über die Ursachen. Ich denke, die Arbeitslosigkeit führt in großem Umfang dazu, dass Menschen psychisch krank werden. Es soll auch Ärzte geben, die an diesem System psychisch krank geworden sind.

Es gibt, wie es schon Balint gesagt hat, ein Beziehungsnetz zwischen Arzt, Patient und Krankheit. Ich habe mich Anfang der 90er-Jahre, als die Arbeitslosenquote in Berlin-Köpenick auf 20 Prozent rutschte, selbst qualifizieren müssen. Ich habe autogenes Training gelernt. Ich habe Gruppen in dieser Richtung initiiert, um dem Problem besser standhalten zu können.

Ich finde es ganz wichtig, dass wir als Hausärzte darauf angesprochen werden, die Kooperation mit den Psychologen und den Psychotherapeuten im verstärkten Maße zu suchen. Das ist aber nicht immer ganz einfach, meine Damen und Herren. Wenn ich einen Patienten zur Psychotherapie überweisen möchte, braucht das manchmal drei bis vier Monate. Wir haben inzwischen in Berlin ein Behandlungsnetz als eine Art Pilotprojekt ins Leben gerufen, über das ich Ihnen kurz berichten möchte. Patienten mit psychogenem Rückenschmerz, die bekanntlich manchmal sechs bis sieben Jahre benötigen, um den richtigen Behandler zu finden, versuchen wir bei ihrer Odyssee schneller zu helfen, indem wir zehn Allgemeinmediziner aus Berlin und zehn Psychosomatiker kooperieren lassen. Per Überweisung mit einem R auf dem Überweisungsschein bekommt dieser Patient innerhalb von ein bis zwei Wochen einen Behandlungstermin bei einem Psychosomatiker.

Ich denke, wir sollten in unseren Bereichen solche Behandlungsmöglichkeiten in Erwägung ziehen und viel öfter aufeinander zugehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Professor Braun. – Jetzt bitte Herr Dr. Handrock aus Berlin.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Keiner im Saal wird den Ausführungen, die wir heute über das Problem Stigma gehört haben, widersprechen wollen, auch Herr Munte mit Sicherheit nicht. Niemand will unsere psychiatrisch tätigen Kolleginnen und Kollegen stigmatisieren. Das Problem ist ein doppeltes. Zum einen

geht es um das Problem Stigmatisierung, zum anderen um die Finanzierung. Ich muss den bayerischen Kollegen völlig Recht geben. Als gebranntes Kind aus Berlin kann ich nur sagen: Wenn wir für die Behandlung psychischer Erkrankungen zusätzliche Mittel einstellen, werden diese Mittel – das haben wir in Berlin erlebt – den anderen Fachärzten einfach abgezogen. Wir haben dafür 30 Millionen Euro bezahlt. Ich denke, das können wir uns nicht bieten lassen.

(Beifall)

Hier wird das zusätzliche Morbiditätsrisiko, das Frau Braun schon sehr zutreffend beschrieben hat, beispielsweise durch die Arbeitslosigkeit, uns angelastet und wir müssen zusätzliche Arbeit für etwas leisten, was wir nicht verursacht haben. Das ist nicht einzusehen.

(Beifall)

Aus den Erfahrungen, die wir in Berlin gesammelt haben, kann ich dem Antrag von Herrn Munte sehr viel abgewinnen. Vielleicht lässt sich der Antragstext durch zwei oder drei semantische Änderungen für alle erträglich machen. Wir laufen dem Glaubenssatz der Politiker hinterher, die immer erklären: Es kann nicht mehr Geld ins System. Das ist Unsinn. Schauen wir uns doch auf dem grauen Markt der Medizin um, wo Milliarden mit Dingen umgesetzt werden, die völlig unsinnig sind. Ich denke, wir sollten da nicht nachgeben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wir sagen dazu immer „zweiter Gesundheitsmarkt“, weil es ja auch luzide ist. – Als nächster Redner bitte Herr Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Bei so viel Unterstützung hat sich meine Wortmeldung an sich erübrigt. Ich möchte bloß feststellen: Wenn ich „außerhalb“ sage, bedeutet das ja nicht, dass nicht jede KV auch innerhalb der Möglichkeiten verhandeln kann. Das geschieht auch. Aus meiner Erfahrung kann ich sagen: Wenn Sie – wie bei unseren Kindern- und Jugendpsychiatern – ein bestimmtes Programm außerhalb laufen lassen, haben Sie sehr viel größere Chancen, diese Forderungen zu begründen. Sie kommen damit sehr viel schneller durch. Deswegen bitte ich darum, es so stehen zu lassen. Es besagt ja nicht, dass man nicht auch innerhalb weiter verhandeln kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Munte. – Jetzt Herr Kühn aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Kühn, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Es stimmt, dass die Prozentzahl auffälliger Kinder steigt. Das hat seinen Grund nicht nur in der Erkrankung, sondern auch in den Problemen, die unsere jungen Eltern bei pädagogischen Fragen haben. Sie wissen nicht, wie sie ihre Kinder erziehen sollen. Wir kennen die Wohlstandsverwahrlosung in Einkinderfamilien usw.

Die Behandlung dieser Auffälligkeiten ist zum großen Teil schon längst – wir haben im Eingangsreferat gehört: 16 Prozent, 3,5 Prozent sind in ärztlicher Behandlung – andere Wege gegangen. Die Jugendämter der Kreise sind durch das Bundesjugendhilfegesetz dafür zuständig. Die Ausgaben nehmen rasant zu, sodass in Baden-Württemberg sämtliche Landkreise gar nicht mehr wissen, wie sie das bewältigen sollen. Es gibt den nicht anerkannten Beruf der Familientherapeuten, Schwerpunkt HSI in Heidelberg. Wer von dort kommt, weiß, um was es sich handelt, nämlich um das Helm Stierlin Institut. Das breitet sich fast wie Pilze aus und hat einen positiven Effekt. Die Landkreise, die mit der Erfüllung ihrer Aufgabe gegenüber verwilderten Jugendlichen nicht mehr klar kommen, delegieren diese Aufgaben an Familientherapeuten.

Es sind also keineswegs allein die Ärzte, die hier tätig sind, sondern es gibt mittlerweile ganz andere Wege. Darauf wollte ich nur hingewiesen haben.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Kühn. – Jetzt bitte Herr Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Werte Kolleginnen und Kollegen! Dem Referat von Herrn Sartorius habe ich entnommen, dass wir hausärztlich sehr viel tun können, indem wir frühzeitig eingreifen und erkennen, was sich bei unseren Patienten psychiatrisch abspielt. Ich glaube, dass wir hausärztlich mit entsprechender Kompetenz frühzeitig die richtigen Weichenstellungen vornehmen können. Ich unterstütze natürlich sehr gern, was Herr Massing gesagt hat, nämlich dass diese Leistung, die mit Kompetenz durchgeführt werden soll, auch honoriert werden darf.

Ich sehe es als problematisch an, sich hierhin zu stellen und zu erklären: Weil das Thema für uns so wichtig ist, müssen wir für die Finanzierung sorgen, deshalb schauen wir, dass „frisches Geld“ in diesen Bereich gelangt. Ich meine, „frisches Geld“ gibt es nicht. Denn diese Summen werden dem großen Block

entnommen, sodass andere kompetente Arbeit in diesem Bereich mit immer weniger Punktwerten geleistet werden soll.

Als Hausarzt meine ich, dass es hier ganz Wichtiges zu tun gibt, um gegen die Stigmatisierung vorzugehen. Deshalb meine ich, wir sollten die Arbeit aufnehmen und selbstbewusst sagen, dass wir sie uns auch finanzieren lassen wollen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Joas. – Jetzt Herr Dr. Lipp aus Sachsen. Bitte schön.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Die Psychotherapeuten stehen überhaupt nicht zur Disposition. Trotzdem ist aus meiner Sicht darauf hinzuweisen, dass es hier ein enormes Missbrauchspotenzial gibt. Ich habe das Gefühl, dass heute jeder, der der vermeintlichen Norm nicht entspricht, der dreimal durch die Prüfung fällt oder zweimal seine Freundin verliert, zum psychisch Kranken gemacht wird und einen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung erhebt.

Ich bitte Sie dringend, den Antrag 21 von Herrn Professor Bach zu unterstützen, wonach es zu einer scharfen Abgrenzung zwischen alltäglichen Befindlichkeitsstörungen und psychischen Krankheiten kommen soll. Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich viele Patienten davor bewahren muss, wegen Banalitäten zum Psychotherapeuten zu laufen, weil dann plötzlich eine psychotherapeutische Anamnese entsteht, wo die Patienten abhängig werden und meinen, man müsse bei jeder Sache, mit der man nicht zurechtkommt, zum Psychotherapeuten gehen. Auch das hat etwas mit Stigmatisierung zu tun.

In vielen Kreisen ist es eine Modeerkrankung geworden. Jede Befindlichkeitsstörung wird psychotherapeutisch untermauert. Auch das darf nicht passieren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lipp. – Nun bitte Frau Kollegin Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich verstehe ja Ihr Anliegen bezüglich des Geldes. Aber das kommt mir hier ein bisschen so

vor, als seien wir bei der KBV. Wir sind aber bei der Bundesärztekammer. Wir wollen hinsichtlich der Antistigmatisierung etwas zum Ausdruck bringen, was mit der Finanzierung zunächst einmal nichts zu tun hat. Wenn die Worte „im Rahmen oder“ herausgenommen werden, haben wir das Geld im Sinne, drücken aber nicht das aus, was wir heute deutlich machen wollen, nämlich dass psychische Erkrankungen genauso wie andere Krankheiten zu bewerten sind. Wir tun auch in anderen Fällen Zusätzliches und wollen uns das auch zusätzlich bezahlen lassen. Das gilt für die psychischen Erkrankungen ganz genauso, wenn zusätzliche Programme aufgelegt werden, wenn zusätzliche Dinge eingeführt werden, die wir gern haben wollen. Wenn wir uns darüber einigen können, dann wollen wir zusätzliches Geld. Das ist völlig richtig.

Aber wenn Sie das in diesem Leitantrag so definieren, ist die psychische Erkrankung eine Erkrankung, die man im Wesentlichen außerhalb des Budgets bezahlen sollte. So stünde es dann dort. Ich finde, das können wir uns als Bundesärztekammer nicht erlauben. Wir sollten in unseren KVen, mit den Krankenkassen, in den Krankenhäusern usw. kämpfen, aber die Dinge sollten in einem Antrag des Deutschen Ärztetages nicht miteinander vermengt werden. Wir sollten zu der Aussage stehen: Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen wie alle anderen auch. Die Patienten sind Patienten wie alle anderen auch. Daher bitte ich Sie, den Antrag von Herrn Munte abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Jetzt hat Frau Rothe-Kirchberger das Wort. Bitte schön.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Nachdem von Herrn Lipp der Begriff der Befindlichkeitsstörung benutzt wurde, muss ich ganz klar darauf hinweisen, dass es eindeutig festgelegte Kriterien gibt, nach denen festgestellt wird, ob eine psychische Krankheit vorliegt. Liebeskummer allein ist keine psychische Krankheit, taucht im ICD-10 nicht auf. Es sind handfeste Kriterien, die erfüllt sein müssen. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, dass innerhalb der Kollegenschaft mehr Aufklärung erfolgt.

Niemand bekommt eine Psychotherapie oder eine psychiatrische Behandlung nur deshalb, weil es ihm einmal schlecht geht. Wenn er eine psychiatrische Behandlung bekommt, muss der Psychiater die ganz deutliche Diagnose stellen. Bevor jemand eine psychotherapeutische Behandlung erfährt, wird in den Vorgesprächen eine entsprechende Befragung durchgeführt. Erst wenn ein entsprechender Bericht des Therapeuten erstellt wurde und von einem Gutachter die Genehmigung erteilt wurde, findet eine Psychotherapie statt. Es kann wirk-

lich keine Rede davon sein, dass Befindlichkeitsstörungen auf Krankenschein behandelt werden. Ich hoffe, das ist jetzt deutlich geworden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Calles aus Bayern.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben gerade den Antrag II-17 des Kollegen Lorenzen erhalten. Dort beklagt er, dass Patienten, bei denen eine psychische Erkrankung oder auch eine Suchterkrankung festgestellt wurde, nicht verbeamtet oder nicht neu eingestellt werden. Er fordert, dass die Diskriminierung dieser Patienten durch die Arbeitgeber zu beenden ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bitte Sie, bei der Abstimmung zu bedenken, dass hier Bereiche gerade auch bei den Beamten betroffen sein können, die sehr sensibel sind. Ich denke beispielsweise an die Polizei oder bestimmte Ministerien. Wenn wir undifferenziert die Verbeamtung und den Zugang fordern, könnte das zu ernsthaften Problemen führen.

Deshalb bitte ich Sie, diesen Antrag entweder abzulehnen oder an den Vorstand zu überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Calles. – Dazu bitte direkt Herr Lorenzen.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich danke dem Vorredner dafür, dass er dieses Thema angesprochen hat. Mir geht es natürlich nicht darum, Suchtkranke per se einzustellen. Es geht mir natürlich darum, dass dieses berücksichtigt wird und dass möglicherweise von dem Betreffenden verlangt wird, ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu absolvieren.

Es gibt gute Erfolge in der Behandlung von Suchtkrankheiten, es gibt auch gute Erfolge mit psychisch Kranken. Jemand, der mit Medikamenten gut eingestellt ist, kann seine Arbeit gut leisten. Jemand, der ein strukturiertes Suchtprogramm absolviert hat, kann seine Arbeit gut verrichten.

Das Entscheidende ist, dass er nicht deswegen diskriminiert wird, weil er die Krankheit hat, sondern höchstens deswegen, weil er nicht die Voraussetzungen bietet, seine Arbeit ordentlich zu machen, weil er seine Behandlung nicht ordentlich durchführt. Das bitte ich zu berücksichtigen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Lorenzen. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Nicht mehr.

Dann schließe ich die Aussprache und weise darauf hin, dass wir uns gleich, nachdem Herr Sartorius sein Schlusswort gesprochen hat, mit folgenden Anträgen beschäftigen werden: 1 nebst 1 c, 1 d, 1 a und 1 b, 16, 17 und 22.

Nach dieser doch sehr ausgiebigen Diskussion, die wir hatten, bitte ich nunmehr Herrn Professor Sartorius um sein Schlusswort. Bitte schön.

Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. mult. Sartorius, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe mich heute früh eingangs meiner Ausführungen für die Einladung bedankt. Jetzt möchte ich mich für all das bedanken, was ich hier gelernt habe, und für die Kommentare, die für mich von großer Wichtigkeit sind. Ich möchte auf zwei Punkte besonders eingehen. Der eine Punkt ist, dass darauf hingewiesen wurde, dass in Tübingen die Situation hervorragend ist. Wenn das wahr ist, was ich gern glaube, möchte ich Herrn Kühn und andere auffordern, es zu beschreiben und zu publizieren. Leider finden wir in der Welt nicht sehr häufig gute Beispiele eines Erfolgs im Kampf gegen die Stigmatisierung und die Diskriminierung. Wenn es Erfolge gibt, sollten diejenigen, die sie zeigen können, stolz darauf sein und es beschreiben, sodass andere davon lernen können und dadurch vielleicht die Courage bekommen, dasselbe oder Ähnliches zu tun.

(Beifall)

Mein zweiter Kommentar bezieht sich auf etwas, was von mehreren Rednerinnen und Rednern angesprochen wurde, vielleicht am Klarsten von Frau Krause-Girth. In einer gewissen Art ist es sehr wichtig, dass wir selbst etwas tun. Ich glaube, man macht einen großen Schritt vorwärts, wenn man nicht mehr sagt, man sollte etwas gegen die Stigmatisierung tun, sondern wenn man erklärt: Ich werde jetzt etwas gegen die Stigmatisierung tun: in meinem eigenen Verhalten, in meiner Praxis, in der Art, in der ich meine Studenten lehre.

Ich glaube, es ist von enormer Wichtigkeit, dass wir uns selbst engagieren. Dazu kamen hier mehrere nützliche und interessante Vorschläge.

Ich hoffe sehr, dass auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage hauptsächlich über große Erfolge wird berichtet werden können.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Professor Sartorius, dafür, dass Sie zu uns gekommen sind und uns in diese komplizierte Thematik eingeführt haben, die zumindest in den westlichen Industrienationen eine besondere Bedeutung bekommen hat. Ich glaube, jetzt haben wir das Thema voll im Griff, sodass wir die Abstimmung durchführen können.

Wir kommen zunächst zum Antrag **II-1 c**. Danach soll im Antrag 1 im ersten Absatz das Wort „Alkoholismus“ durch „Abhängigkeitserkrankungen“ ersetzt werden. Das ist fachlich in Ordnung, wurde uns gesagt. Wer möchte den Begriff „Alkoholismus“ durch „Abhängigkeitserkrankungen“ ersetzen? – Das ist wohl die Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Dann ist dieser Antrag **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **II-1 d**. Danach soll im Antrag 1 in der dritten Zeile des zweiten Punkts das Wort „leitlinienorientierter“ ersatzlos gestrichen werden. Der entsprechende Satz lautet dann:

> *Die Mehrzahl aller Patientinnen und Patienten hat bei kompetenter Behandlung eine gute Chance auf Heilung …*

Wer möchte dem Antrag von Frau Krause-Girth auf ersatzlose Streichung folgen? – Wer stimmt dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen und Gegenstimmen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **II-1 a**. Danach sollen in der dritten Forderung auf Seite 3 die Worte „im Rahmen oder“ gestrichen werden. Darüber haben wir gründlich diskutiert. Die Folge wäre, dass für diesen Zweck nur Geld von außerhalb der Gesamtvergütung zur Verfügung stünde. Ich glaube, wir sind uns klar, um was es geht. Wer möchte diesem Antrag zustimmen, die Worte „im Rahmen oder“ zu streichen? – Wer stimmt dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt**, sodass die Worte „im Rahmen oder“ stehen bleiben.

Wir kommen zum Antrag **II-1 b**. Frau Krause-Girth hat beantragt, im ersten Spiegelstrich auf Seite 4 die Worte „zu überdenken“ zu ersetzen durch „aufzugeben“. Der Text würde also lauten:

Die privaten Krankenversicherer, Lebensversicherer und Berufsunfähigkeitsversicherer werden aufgefordert, ihre bisherigen restriktiven Aufnahmevoraussetzungen insbesondere bei Menschen aufzugeben, die bereits …

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag **angenommen**.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag **II-1**. Wer stimmt dem so geänderten Antrag 1 zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag 1 ist mit klarer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**.

(Beifall)

Damit kommen wir zum Antrag **II-16** von Herrn Lorenzen:

In der Regel führt die Diagnose psychische Erkrankung, darunter auch Suchterkrankung, dazu, dass die privaten Versicherer bei Antrag auf Aufnahme in die Versicherung Leistungen ausschließen oder Risikozuschläge erheben. Aus diesem Grund unterlassen die Patienten dringend notwendige Behandlung und verursachen so die Chronifizierung der Erkrankungen und z. T. erhebliche berufliche Schäden.

Die Delegierten des 109. Deutschen Ärztetages fordern, dass die Diskriminierung psychisch kranker Menschen durch die privaten Versicherer beendet wird und stattdessen die Aufnahme in die Versicherung ermöglicht wird.

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen damit zum Antrag **II-17**, ebenfalls von Herrn Lorenzen. Dazu ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt worden. Der Antrag betrifft die Arbeitgeber. Sie haben ihn ja lange genug vorliegen und haben ihn gelesen. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Einige. Wer möchte sich enthalten? – Auch einige. Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **an den Vorstand überwiesen**.

Jetzt kommen wir noch zu dem Antrag **II-22** von Frau Dr. Groß und Dr. Hülskamp:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, für private Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen den Kontrahierungszwang für alle, auch der psychisch Erkrankten, vorzusehen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Ich glaube, das ist ganz gut. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Wir werden diesen Antrag im Vorstand und in den dafür vorhandenen Ausschüssen weiter beraten.

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt II a abgehandelt. Ich bedanke mich noch einmal sehr, sehr herzlich bei Herrn Professor Sartorius für sein Erscheinen und sein Referat.

(Beifall)

Ich wünsche ihm bei seiner Arbeit und bei seiner Tätigkeit bei der Weltgesundheitsorganisation allen Erfolg. Sie haben sicher festgestellt, dass wir vielleicht sogar geeignet sind, Ihnen bei Gelegenheit hilfreich zu sein, was wir gern tun. Wir wünschen Ihnen eine gute Heimreise bzw. einen schönen Aufenthalt hier in Magdeburg oder anderswo. Herzlichen Dank noch einmal.

Vielen Dank auch an Herrn Professor Gaebel und an Herrn Professor Remschmidt für ihre Korreferate.

(Beifall)

Ich danke auch allen Diskussionsteilnehmern. Damit kommen wir zum zweiten Teil des Tagesordnungspunkts II. Ich übergebe die Sitzungsleitung an Frau Dr. Goesmann, unsere Vizepräsidentin. Bitte schön.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich habe die Ehre, den zweiten Teil des Tagesordnungspunkts II zu leiten. Wir werden uns jetzt dem Thema „Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“ widmen. Nachdem wir die Patientenseite beleuchtet haben, werden wir uns jetzt unserer eigenen Kompetenz widmen.

Vorhin wurde in der Diskussion bereits angesprochen, dass die Vertreterinnen und Vertreter der, wie wir sagen, P-Fächer nicht nur die Diskriminierung der Patientinnen und Patienten sehen, sondern auch selber von Diskriminierung betroffen sind. Es wird immer wieder die Ganzheitlichkeit der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten angemahnt. Es wird bemängelt, dass die anderen Fächer, die nicht so sehr mit den P-Fächern zusammenarbeiten, mangelnde Kenntnisse über das Tätigkeitsspektrum in diesem Bereich haben. Ich hoffe, dass uns die Behandlung dieses Themas zu mehr Klarheit verhilft.

Wir werden vier Referate hören. Zunächst wird unsere Vorstandskollegin Frau Dr. Astrid Bühren aus Murnau ihr Referat halten. Wir hören dann drei Korreferate. Als persönlich geladene Gäste werden wir hören: Herrn Professor Dr. Hohagen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Herrn Professor Dr. Loew, 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V., sowie Herrn Professor Dr. Schulte-Markwort, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Ich darf jetzt Frau Bühren zu ihrem einleitenden Referat bitten.

Dr. Bühren, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Vizepräsidentin! Liebe Kollegen! Liebe Kolleginnen! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich werde aufzeigen, dass psychische und psychosomatische Symptome, Erkrankungen und Komorbidität dramatisch zunehmen. Wir müssen uns fragen: Welche Strukturen hat die deutsche Ärzteschaft bereits, um dieser existenziellen Herausforderung erfolgreich zu begegnen? Welche Schritte müssen wir in Zukunft gehen? Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es? Welche Chancen und Synergieeffekte liegen in der somato-psychischen Kombinationstherapie, welche medikamentösen und technischen Interventionen können dadurch eventuell reduziert werden, welche Versorgungsforschung sollte diesbezüglich erfolgen? Und übergeordnet: Welches Arztbild haben wir heute?

Der scheinbar sperrige Titel meines Vortrags ist bereits Symbol und Ergebnis der Beseitigung von Sperren zwischen psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden.

Unüblicherweise sei den vielen überwiegend psychotherapeutisch oder überwiegend somatisch Tätigen, die an der Vorbereitung dieses Tagesordnungspunkts beteiligt waren, wegen ihres großen Engagements schon hier ganz am Anfang gedankt.

Im Folgenden möchte ich Sie mit Thesen und dem daraus jeweils gezogenen Fazit durch die Thematik führen.

These 1 lautet: Weltweit – so auch in Deutschland – ist eine starke Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zu verzeichnen.

Zu Beginn möchte ich Sie mit den in dieser Form erstmals erhobenen Daten der WHO vertraut machen. Man kann es als eine – auch für Fachleute – unerwartete Überraschung bezeichnen, was in dem 2001 veröffentlichten World Health Report deutlich wurde: Gemessen an den Lebensjahren, die durch Behinderung beeinträchtigt sind, gehören zu den zehn schwersten Erkrankungen fünf seeli-

sche Krankheitsbilder. Mit 12 Prozent führt die unipolare Depression das Gesamtspektrum aller Erkrankungen an, gefolgt von der Alkoholkrankheit an fünfter Stelle, der Schizophrenie an siebter Stelle und den bipolaren Störungen an neunter Stelle. Auf Rang 13 folgen die Demenzerkrankungen.

Noch eklatanter stellt sich die Belastung der zukünftigen Gesundheitssysteme dar, wenn man die Altersgruppe der jetzt 15- bis 44-Jährigen betrachtet. Unter den fünf häufigsten Erkrankungen sind vier psychische Erkrankungen. Nach der Depression liegt die Alkoholerkrankung bereits an zweiter Stelle. Jedem kann damit deutlich werden, dass wir uns hier mit einer massiven und für Volkswirtschaft und Gesundheitswesen sehr teuren Suchterkrankung zu befassen haben.

Die EU-Gesundheitsministerkonferenz hat sich 2005 mit diesen brisanten Daten befasst und die Deklaration von Helsinki unterzeichnet. Sie will aufgrund der immensen sozialen und volkswirtschaftlichen Auswirkungen eine Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit erarbeiten und hat dazu das so genannte Grünbuch verfasst.

Nun zu Deutschland. Schauen wir uns zuerst einmal die 6- bis 12-Monatsprävalenzraten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren an. Bis zum Alter von etwa 13 Jahren sind diese Störungen bei Jungen doppelt so häufig, danach sind Mädchen zunehmend stärker betroffen. Die Störungen des Sozialverhaltens sind mit 10 Prozent am häufigsten.

Eine europaweite Studie hat die gesellschaftlichen Kosten summiert, die durch Verhaltensstörungen bei Kindern verursacht werden. Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens verursachen siebenmal höhere Kosten als Kinder, die ohne Verhaltensstörungen aufwachsen. Der größte Teil der Kosten wird durch Kriminalität und beispielsweise Erziehungs- und Heimkosten verursacht.

Bei somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter spielen depressive Störungen eine beachtenswerte Rolle, so beispielsweise bei einem Viertel der an Diabetes oder an Epilepsie Erkrankten.

Für die ambulante Therapie der seelischen Erkrankungen stehen deutschlandweit auf ärztlicher Seite nur 647 Kinder- und Jugendpsychiater und -psychiaterinnen zur Verfügung. Zusätzlich haben von den circa 6 000 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen nach Aussagen des Berufsverbands 800 – das entspricht einem Anteil von 13 Prozent – den Psychotherapie-Zusatztitel. Warum aber nur ein Viertel von diesen – also 3 Prozent aller Pädiater und Pädiaterinnen – die immerhin kostenträchtig erworbenen psychotherapeutischen Kompetenzen tatsächlich abrechnen, hat vermutlich vielfältige Gründe. An dieser Stelle soll nur kurz angedeutet werden, dass eine der Ursachen davon die schlechte Honorierung derjenigen psychotherapeutisch tätigen

Ärzte und Ärztinnen ist, die weniger als 90 Prozent ihrer Leistungen als Richtlinienpsychotherapie erbringen.

Wir kommen nun zu den Prävalenzraten psychischer Störungen bei Erwachsenen. Wie Sie aus der 12-Monatsprävalenz des Bundesgesundheitssurveys von 2001 ersehen, spielen die Angsterkrankungen die größte Rolle. Wenn man zu den 8,5 Millionen mit Phobien noch die 1,6 Millionen mit einer generalisierten Angsterkrankung und die 1,5 Millionen mit Panikstörungen hinzuzählt, kommt man allein bei den Angsterkrankungen insgesamt auf einen Prozentsatz von 17,5 und eine jährliche Anzahl von fast 12 Millionen Menschen.

An zweiter Stelle treten bei 11 Prozent aller Erwachsenen innerhalb eines Jahres somatoforme Störungen auf, bei denen kein den Beschwerden entsprechender körperlicher Befund erhoben werden kann. Diese weiteren circa 7,4 Millionen kranken Menschen binden im ärztlichen Alltag hohe zeitliche und finanzielle Ressourcen und erfordern eine effektive psychosomatische Therapie.

Dementsprechend verwundert es nicht, dass die Zahl der Menschen, die im Laufe eines Jahres wegen einer psychischen Erkrankung vorübergehend krankgeschrieben werden, sich seit 1994 um 80 Prozent erhöht hat. Während also die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen permanent angestiegen sind, haben die AU-Tage aufgrund körperlicher Erkrankungen beständig abgenommen.

Zur effektiven Verringerung der Erkrankungshäufigkeiten wird auch die Berücksichtigung der geschlechtsdifferenten Aspekte erforderlich sein.

Das Gleiche gilt für die Frühberentungen. Auch hier sind die psychischen Erkrankungen bei Männern seit 2003 und bei Frauen seit 1997 die Ursache Nummer eins für das vorzeitige Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben. Erkrankungen wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Beeinträchtigungen der Bewegungsorgane sind in den letzten Jahren als Frühberentungsursache entweder gleich häufig geblieben oder haben deutlich abgenommen.

Wir kommen jetzt zur Versorgungssituation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Die gesundheitspolitische Relevanz in der ambulanten Medizin spiegelt sich in einer Vielzahl von epidemiologischen Untersuchungen wider. Ergebnisse aus hausärztlichen Praxen in Berlin als Teil einer WHO-Studie zeigen, dass 25 Prozent der Patientinnen und Patienten, die ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin aufsuchen, alleinige oder komorbide psychische und psychosomatische Erkrankungen aufweisen.

Als Beispiel einer mit enormen Folgekosten behafteten Erkrankung mit meistens sowohl körperlicher als auch psychischer Symptomatik möchte ich die posttramatische Belastungsstörung (PTBS) herausgreifen. Sie kommt scheinbar wie eine Modekrankheit daher, ist aber so alt wie die Menschheit – und wird

meist unterschätzt. Nach neueren Untersuchungen leiden circa 10 Prozent der Patienten und Patientinnen einer allgemeinärztlichen/internistischen Praxis an dieser durch existenzielle Erfahrungen verursachten Störung. Die häufigsten Risikosituationen stellen dabei die interpersonelle Gewalt im zum Teil nahen sozialen Umfeld dar, also die häusliche Gewalt gegen Kinder und Frauen und Vergewaltigungen.

Weiterhin kann – das ist noch sehr unberücksichtigt – die PTBS infolge schwerer körperlicher Erkrankungen wie beispielsweise Herzinfarkt, Reanimation, Notfalloperation, Transplantation oder Tumorerkrankung auftreten. Eine Studie mit Unfallopfern zeige ich später.

Diese Patientinnen und Patienten erleben in der Praxis häufig, dass zum Beispiel nach einem wiederholten Myokardinfarkt zwar die Cholesterinwerte und das Belastungs-EKG häufiger kontrolliert und Herzkatheter geschoben werden, dass aber eine spezifische Abklärung und Behandlung ihrer psychischen Leiden wie Schlafstörungen, depressive Verstimmung oder Libidoverlust nicht erfolgt. Dies kann auch als Diskriminierung psychischer Symptome bezeichnet werden.

Wenn der Arzt oder die Ärztin des Vertrauens nicht selbst die seelischen Aspekte als gleichwertig mit den körperlichen anspricht bzw. zur kompetenten Mitbehandlung überweist, wird die häufige Stigmatisierung von seelischer Begleitsymptomatik in der Bevölkerung im Sinne eines Circulus vitiosus verfestigt.

Sie alle kennen auch alte Patientinnen und Patienten, die immer wieder von ihren traumatischen Erlebnissen als Kriegs- und Flüchtlingskinder oder als Soldaten eingeholt werden.

Oft bleibt es aber bei den nicht kontrollierbaren nächtlichen Albträumen, die Einblick in die tiefen Verwundungen geben. Eine Psychotherapie kann hier auch nach so langer Zeit heilsam wirken.

Selbstverständlich sind auch Menschen betroffen, die medienwirksame Großschadensereignisse wie das Zugunglück von Eschede oder Naturkatastrophen wie den Tsunami 2004 durchleben mussten.

In das neue (Muster-)Kursbuch „Notfallmedizin“ wurden die Grundzüge der Psychotraumatologie und die Krisenintervention inzwischen aufgenommen.

Wie entscheidend die Beachtung von psychischen Begleiterkrankungen für Therapieerfolge ist, verdeutlicht folgende Tatsache: Nur 5 Prozent der Patienten und Patientinnen mit koronarer Herzerkrankung nehmen ihre Medikamente unzuverlässig bzw. gar nicht ein. Bei einer gleichzeitigen Depression steigt dieser Wert jedoch auf das Dreifache an.

Entsprechende Befunde von abnehmender Compliance gibt es auch für Diabetes mellitus und Depression. Und: Im Zeitalter des AVWG sind unverbrauchte wertvolle Medikamente noch ein gesonderter Diskussionspunkt.

Wie sieht es stationär aus? Mehrere Studien zeigen, dass durchschnittlich etwa ein Drittel der körperlich Kranken in einem Allgemeinen Krankenhaus zusätzlich mit psychischen und psychosomatischen Störungen belastet sind.

Was sind nun die möglichen Gründe für die Zunahme psychischer Erkrankungen?

- Die Familien sind kleiner geworden und seltener mit Großeltern im Haushalt
- Die Scheidungsrate ist auf fast 50 Prozent in Städten angestiegen
- Die erhöhte Mobilität hat zur Abnahme dauerhafter sozialer Beziehungen geführt
- Das veränderte Rollenverständnis führt insbesondere bei Frauen zu Doppel- und Dreifachbelastungen
- Angst vor Arbeitslosigkeit und negativer Stress am Arbeitsplatz sind deutlich gestiegen
- Immer mehr Menschen leben ihre sozialen Kontakte in Chatrooms
- Wir haben zunehmend eine entseelte Gesellschaft mit einem hohen Ausmaß sozialer Stressfaktoren und weltanschaulicher und spiritueller Orientierungslosigkeit

All diese Faktoren machen es notwendig, speziell Kinder frühzeitig und nachhaltig zu fördern. Das Setting-Projekt „Gesundheit macht Schule“ der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland praktiziert dies beispielhaft gemeinsam mit Schülern, Eltern, Lehrern und Ärzteschaft und lädt zur Nachahmung in allen Kammerbereichen ein.

Eine zu einseitig somatisch ausgerichtete Medizin birgt mehrere Gefahren: erstens dass sich Patientinnen und Patienten an uns nur mit ihren somatischen Beschwerden wenden und die psychosozialen Aspekte ihrer Erkrankung entweder unberücksichtigt bleiben oder zweitens sie sich damit an nicht ärztliche Berufsgruppen wenden, was eine Deprofessionalisierung unserer Profession bedeutet. Drittens bleibt der fragmentierte Patient als Ganzes unscharf, fühlt sich nicht ganzheitlich erfasst und wird nicht bestmöglich ärztlich betreut.

Als Fazit ist zu formulieren: Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind zu einem zentralen Problem des Gesundheitswesens geworden. Die intensive Befassung der Ärzteschaft mit dieser großen Aufgabe ist erforderlich. Was

haben wir denn bereits vorzuweisen? Vor genau 50 Jahren wurde vom Deutschen Ärztetag auf dem Boden der Pionierleistungen zum Beispiel des Nervenarztes Sigmund Freud und später des Internisten Viktor von Weizsäcker die ärztliche Psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung in die ärztliche Weiterbildungsordnung integriert. Die Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ folgte 1978. Einen Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie gibt es seit 1969 und seit 1970 in der DDR bereits einen Facharzt „Psychotherapie“.

1984 bzw. 1987 wurde die „Psychosomatische Grundversorgung“ in die Weiterbildungsordnung bzw. in das Vergütungssystem der KVen eingeführt. 1992 schließlich wurde der Facharzt für Psychiatrie in Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie umbenannt. Gleiches erging für die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie.

Neu in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufgenommen wurde vor 14 Jahren der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, der dann vor drei Jahren in Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt wurde.

Neu ist seit 2003 neben der bisherigen Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“ die „Fachgebundene Psychotherapie“.

Nun kommen wir zur ambulanten Versorgungssituation. Wir haben 14 700 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die sich selbst kurz als PP und KJP bezeichnen. Im Verhältnis dazu gibt es 3 600 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und Ärztinnen. Beide Gruppen behandeln insgesamt circa 650 000 Fälle pro Quartal. Es sind also viermal mehr Psychologische Psychotherapeuten und KJPler als ärztliche Psychotherapeuten im System.

Am umfangreichsten ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von circa 3,5 Millionen Fällen pro Quartal durch 4 700 Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte und Fachärztinnen für Nervenheilkunde. Diese 3,5 Millionen müssen bei einer inzwischen sehr geringen Leistungspauschale von circa 35 bis 40 Euro pro Patient und pro Quartal behandelt werden, unterschiedlich je nach KV. Die geringe Honorierung erlaubt zwei Patientenkontakte zu je zehn Minuten im Quartal. Entsprechend werden viele Leistungen unentgeltlich erbracht. Hier sind derzeit Gespräche mit der KBV im Gange.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass zusätzlich zur Richtlinienpsychotherapie und basispsychiatrischen Behandlung natürlich auch abgestuft und bedarfsgerecht milieunahe Beratung zur Anwendung kommt: in Erziehungs- und Suchtberatungsstellen und in der Arbeit mit Straffälligen und Migranten. Nicht zu vernachlässigen ist die in Kirchen und Krankenhäusern geleistete theologische Seelsorge. Bei der Versorgung mit überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Ärztinnen ist deutlich das West-Ost- und das Süd-Nord-Gefälle zu

erkennen. In den neuen Bundesländern ist die Versorgung teilweise um ein Zehnfaches geringer als in den südlichen Bundesländern. Zusätzlich gibt es ein Stadt-Land-Gefälle.

Wie sieht für die nächsten zehn Jahre prognostiziert die ambulante Versorgungslandschaft aus?

Im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie wird die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen um die 4 000 stabil bleiben. Berücksichtigt man die aus Altersgründen ausscheidenden Kollegen und Kolleginnen, so sieht man, dass das Absinken der Arztzahlen im vertragsärztlichen Bereich durch den Nachwuchsüberschuss kompensiert werden kann. Das gilt aber nur, wenn eine neue Bedarfsplanung für diese Gruppe eingeführt wird. Zurzeit sind die Möglichkeiten für eine Niederlassung reduziert, weil sich für eine frei werdende Nervenarztpraxis – die Weiterbildung zum Nervenarzt gibt es jetzt nicht mehr – entweder ein Neurologe oder ein Psychiater niederlassen kann, was damit die Niederlassungsmöglichkeiten für psychiatrisch Tätige verringert.

Eine Möglichkeit wäre, für Intensivrichtlinientherapie leistende Psychiater und Psychiaterinnen die Übernahme nicht zu besetzender Praxen für Psychosomatik und Psychotherapie zu eröffnen.

Bislang absehbar wird sich nämlich die Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den nächsten zehn Jahren halbieren, wenn dieses Gebiet nicht gefördert wird. Pro Jahr schließen derzeit 90 die Weiterbildung ab.

Viele derer, die sich 1993 per Übergangsregelung niederlassen konnten, werden aus Altersgründen ausscheiden. Das bereits jetzt massive Ungleichgewicht zwischen Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten wird sich dadurch noch einmal vergrößern. Das heißt, die ärztliche Psychotherapie, die überwiegend Richtlinienpsychotherapie leistet, ist derzeit tatsächlich in Gefahr.

Wichtig ist, dass die so genannte 40-Prozent-Quote, wie sie in § 101 SGB V verankert ist, auch über das Jahr 2008 hinaus Bestand hat. Die Quote besagt, dass ärztlicher und psychologischer Psychotherapie jeweils mindestens 40 Prozent der in der Bedarfsplanung vorgesehenen Sitze zustehen. Um den Bedürfnissen der Menschen nach integrierter seelischer und körperlicher Behandlung gerecht zu werden, sollten deshalb nicht besetzte Sitze innerhalb der ärztlichen Quote vorrangig mit Erwachsenen- und gegebenenfalls auch Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten besetzt werden können.

Die gerade besprochenen so genannten PPP-Fächer stellen zusammen insgesamt 6,5 Prozent der Niedergelassenen. Angesichts des genannten Vormarsches der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist klar, dass diese nicht von ihnen allein therapiert werden können. Es erhebt sich also die

Frage, wie viel Psychotherapie im engeren oder weiteren Sinne von den anderen 93,5 Prozent der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte bereits erbracht wird. Ferner erhebt sich die Frage, wie diese Kompetenzen versorgungsgerecht gestärkt werden könnten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern hat mir dazu Daten für das zweite Quartal 2005 zur Verfügung gestellt. Nach Fachgruppen aufgelistet, finden Sie hier den Prozentsatz der Praxen, die Leistungen im Kapitel 35 ab den Ziffern 35111 abrechnen. Das ist nicht die psychosomatische Grundversorgung, sondern Psychotherapie im weiteren Sinne wie Entspannungsverfahren, wie autogenes Training, Jakobsens Muskelrelaxation oder Hypnose und probatorische Psychotherapiesitzungen bis zur Richtlinienpsychotherapie. Berücksichtigt sind die, die dies zwischen 5 bis maximal 90 Prozent erbringen. Nach § 85 Abs. 4 SGB V im Zusammenhang mit Gerichtsurteilen erhalten nur die, die mehr als 90 Prozent Psychotherapie erbringen, einen gestützten Punktwert für ihre Leistungen. Einzige Ausnahme ist das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie.

Das führt dann zu der Situation, dass ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten für eine Therapiestunde beispielsweise 75 Euro garantiert erhalten, ein Haus- oder Facharzt hingegen je nach Punktwert der Fachgruppe die Leistung im nicht seltenen Fall für die Hälfte der Summe oder weniger erbringen muss.

Allgemeinärzte rechnen mit 2,6 Prozent bereits den höchsten Anteil ab. Bei den Orthopäden sind es noch 0,1 Prozent. Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe sind im Prinzip ähnlich.

Auf einer Folie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur selben Thematik noch einmal der springende Punkt: Sie sehen zwischen dem Block der Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und dem Sockelblock der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte den schmalen Block derjenigen Haus- und Fachärzte, die Richtlinienpsychotherapie erbringen. Insgesamt haben 1 048 Niedergelassene die Zusatzweiterbildung „Psychoanalyse“ und 4 648 die Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“. Das sind zusammen knapp 6 000.

Bei den abgerechneten Leistungen ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung noch geringer. Das Gleiche gilt für die Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie, sodass dadurch der Anteil der psychologischen und pädagogischen Berufsgruppen von 60 Prozent bei der Anzahl auf 70 Prozent bei der Leistungshäufigkeit steigt.

Ein kurzer Schwenk zum gesamten Leistungsanteil der Richtlinienpsychotherapie. Dieser Anteil ist speziell in den neuen Bundesländern mit 1,6 Prozent aller Leistungen extrem niedrig und ist mit 4,4 Prozent in den alten Bundesländern auch gering.

Unter dem massiven Druck der Kostenträger wurden in den psychiatrischen Kliniken in den letzten 30 Jahren die Bettenzahlen halbiert. Inzwischen wurde auch die Verweildauer drastisch reduziert. Durch die massive Reduktion der Kapazitäten hat sich der Versorgungsdruck im ambulanten Bereich verstärkt. Allerdings wurden die im stationären Bereich frei gewordenen Gelder nicht in den ambulanten Sektor transferiert, um die im Durchschnitt schwerer kranken Patienten und Patientinnen auch entsprechend auffangen zu können. Bei dieser Unterfinanzierung ist in der psychiatrischen Basisversorgung eine unhaltbare Situation entstanden. Einerseits wurde innerhalb von sieben Jahren die mittlere Verweildauer von 40 auf circa 28 Tage deutlich gesenkt, andererseits ist die Zahl der Wiederaufnahmen in die Krankenhäuser deutlich gestiegen. Also: Drehtürpsychiatrie!

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt das Gleiche. Inzwischen sind etwa 50 Prozent der ebenfalls gestiegenen Wiederaufnahmen Kriseninterventionen. Gleichzeitig hat das Gebiet einen großen Nachwuchsbedarf. Aber eine größere Anzahl von Weiterbildungsstellen wird seit langem vergeblich gefordert.

Daneben ist auch die Gerontopsychiatrie, die ja bezüglich der Demenzen zu einem Leuchtturmprojekt der neuen Bundesregierung bestimmt wurde, ein wachsender Aufgabenbereich für die leidgeprüften Angehörigen, die gesamte Ärzteschaft und die Gesellschaft.

Nach jahrzehntelangen Diskussionen gibt es nun mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze seit 1999 zwei weitere Heilberufe. In § 12 des Gesetzes waren großzügige Übergangsbestimmungen verankert. Die reale Anzahl der neuen KV-Mitglieder ab 1999 war schließlich deutlich höher als ursprünglich diagnostiziert. Gleichzeitig wurde von den Krankenkassen nicht das entsprechende Budget mitgeliefert, was zu vielfältigen Prozessen und zu Auseinandersetzungen innerhalb der KVen geführt hat.

Zweifelsfrei stellt die hohe Zahl der PP und KJP und die von ihnen durchgeführte Richtlinienpsychotherapie eine Entlastung des Versorgungsproblems dar. Die Anzahl der PP und KJP ist vor allem in den Ballungsgebieten und Stadtstaaten relativ hoch. Beispielsweise liegt der Anteil in Berlin mit 50 Therapeuten und Therapeutinnen pro 100 000 Einwohner zehnmal höher als im benachbarten Sachsen-Anhalt mit fünf pro 100 000.

Eine weitere Änderung des Sozialgesetzbuchs V findet sich in § 80 und bezieht sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen. Ich zitiere:

> *Die Psychotherapeuten … sind … in den Vertreterversammlungen vertreten, höchstens aber zu einem Zehntel der Mitglieder der Vertreterversammlung.*

Zur Information: Mit dieser Quote von bis zu 10 Prozent, die auch in den meisten KVen voll zum Tragen kommt, haben die approbierten Diplom-Psychologen, Diplom-Pädagogen und Sozialpädagogen garantierte Stimmenanteile in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, was für Ärztinnen und Ärzte aus keiner ärztlichen Fachgruppe, weder der Psychotherapie noch der Allgemeinmedizin oder zum Beispiel der Inneren oder der Orthopädie/Unfallchirurgie, garantiert ist.

Dem Grundgedanken des Gesetzes – Schutz der Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ und kooperatives Zusammenwirken von ärztlichem und psychologischem Bereich in der Patientenversorgung – wird in der konkreten Situation und zum Beispiel auch im „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ Rechnung getragen.

Ich komme zum Fazit: Insbesondere aufgrund der unzureichenden Finanzierung, aufgrund des massiven West-Ost- und Stadt-Land-Gefälles sowie einer unzureichenden Integration psychosozialen Denkens in die Gesamtmedizin ist das Gesundheitswesen auf die neuen Aufgaben noch nicht ausreichend eingestellt.

Meine These 3 lautet: Die Ärzteschaft muss zukünftig trotz der enormen Fortschritte in der naturwissenschaftlichen Medizin auf die psychosozialen Bedürfnisse ihrer Patienten und Patientinnen wieder stärker eingehen können. David Sackett, der Stammvater der evidenzbasierten Medizin, macht Mut: „The most powerful therapeutic tool you’ll ever have is your own personality“.

(Beifall)

Die Resultate einer Untersuchung von Kruse et al. 2004 zeigen tatsächlich, dass die kompetente und umfassende Anamneseerhebung bereits ein wesentliches Instrument für die effektive ärztliche Diagnostik ist. So wird die Verdachtsdiagnose eines psychosomatischen und/oder psychischen Störungsbildes nach einer Gesprächsdauer von unter fünf Minuten nur in 30 Prozent, von fünf bis zehn Minuten in 60 Prozent und bei einer Interaktionsdauer von mehr als zehn Minuten in 75 Prozent der Fälle richtig erkannt. Das heißt, eine ausreichende Gesprächsdauer ist erforderlich, weil sie Patienten und Patientinnen Gelegenheit bietet, ihre wesentlichen Beschwerden und Sorgen zu schildern.

Die Untersuchung zeigt gleichzeitig, wie zielgenau Hausärzte und Hausärztinnen in relativ kurzer Zeit eine wegweisende Verdachtsdiagnose stellen können.

Das Fazit lautet, dass der nicht fragmentiert behandelnde, sondern ganzheitlich bio-psycho-sozial denkende und handelnde Arzt verhindert, dass der Patient fragmentiert wird.

Ich komme zu These 4: Eine Vielzahl von Evidenzen sprechen dafür, dass sich ein ganzheitliches ärztliches Handeln in vielfältiger Weise für alle Beteiligten zum Vorteil auswirkt. Auch die Wirtschaftlichkeit der Patientenbehandlung gewinnt.

Eine neue amerikanische Verlaufsstudie beschäftigt sich mit den Wechselwirkungen zwischen depressiven Müttern und ihren Kindern. Wurden Mütter mit einer Depression über drei Monate medikamentös behandelt, erfolgte in dieser Zeit eine 11-prozentige Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten und seelischen Symptome ihrer Kinder. Wurden die depressiven Mütter in der Kontrollgruppe dahin gehend nicht behandelt, erfolgte in derselben Zeit von drei Monaten ein achtprozentiger Anstieg der Symptome bei deren Kindern.

Diese Untersuchung und die bereits anfangs gezeigte zu den immensen Kosten für die Gesellschaft bei schweren Verhaltensauffälligkeiten von Kindern zeigen, wie notwendig und hilfreich es sein kann, auch im familiären Umfeld psychische Störungen zu erkennen und zu behandeln.

Nun das bereits angekündigte Beispiel für eine erfolgreiche psychotherapeutische Kurzintervention bei der posttraumatischen Belastungsstörung. In einer Multicenterstudie in mehreren Unfallkliniken konnte gezeigt werden, dass die chronisch posttraumatische Belastungsstörung, die früher oft als „Rentenneurose“ fehlinterpretiert wurde, präventiv vermieden bzw. vermindert werden kann. Durch einen schweren Unfall stark aus dem Gleichgewicht geratene Verletzte wurden mit einer fünfstündigen verhaltenstherapeutischen Kurzintervention behandelt. Damit konnte ein chronischer Verlauf im Sinne einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung verhindert werden. Sie zeigten nach einem Jahr nur noch leichte Symptome.

Wie steht es mit den Erwartungen und Wünschen der Patienten und Patientinnen im Hinblick auf ihre Behandlung? Das ist mir bei einem Arzt besonders wichtig.

Drei der vier häufigsten Patientenwünsche fokussieren bei der entsprechenden Allensbach-Umfrage auf einen menschlichen und Vertrauen erweckenden Arzt, der sich viel Zeit für seine Patienten nimmt. Patienten und Patientinnen stimmen mit den Füßen ab, wenn sie die persönliche Zuwendung nicht ausreichend erhalten.

Im weltweiten Vergleich hat Deutschland die „fragwürdige“ Spitzenposition in der Häufigkeit der Inanspruchnahme alternativer Maßnahmen inne. In Deutschland gibt es 132 000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und allein 21 000

Heilpraktiker laut Statistischem Bundesamt. Hier droht oder besteht bereits Deprofessionalisierung für die psychosozialen Anteile der ärztlichen Heilkunst. Dieses Thema hat aber viele Aspekte, die wir einmal zusammenhängend aus dem Blickwinkel aller Fachgebiete in Bezug auf alle nicht ärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen diskutieren sollten.

Die gezeigten internationalen Daten können auch so interpretiert werden, dass sich die hervorragende so genannte Schulmedizin in Deutschland zu wenig den psychosozialen Belangen zuwendet. Eine der Ursachen sehe ich in dem geringen zeitlichen Rahmen, der unter den gegenwärtigen Organisations- und Finanzierungsstrukturen sowohl im klinischen als auch im ambulanten Bereich zur Verfügung steht. Andererseits empfinden viele Ärztinnen und Ärzte Fort- und Weiterbildung zum Beispiel in Balint-Gruppen, psychosomatischer Grundversorgung, Entspannungstherapien häufig auch als wichtige Burn-out-Prophylaxe für sich selbst – speziell dann, wenn dies im gesundheitsfördernden Nordseeklima stattfindet.

Der Körper dem Arzt, die Seele dem …? Nein! Sowohl der Körper als auch die Seele als auch das soziale Umfeld gehören mit den Patienten und Patientinnen in das ärztliche Sprechzimmer.

These 5: Ein bio-psycho-soziales ganzheitliches ärztliches Handeln trägt auch zur Arbeitszufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen bei.

Die Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit ihren beruflichen Rahmenbedingungen – wie wir es ja hautnah alltäglich bei den Demonstrationen und Streiks miterleben – ist keinesfalls ein deutsches Phänomen. Beispielsweise im „British Medical Journal 2004“ wurde ausgiebig über die „unhappy doctors“ diskutiert. Und wenn wir nicht wollen, dass dieser einsame Arzt im OP als Fazit seiner Grübelei als Unternehmensberater anheuert oder ein Ticket nach Skandinavien löst, müssen wir dafür sorgen, dass es den Ärztinnen und Ärzten wieder möglich wird, selbst ein integriertes Leben mit Beruf, Familie und Freizeit in Balance und mit wertschätzender Honorierung zu führen.

(Beifall)

Nur eine ganzheitliche Vorgehensweise bedingt eine Win-win-win-Situation: sowohl für die Effizienz der ärztlichen Behandlung als auch für die Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen und last not least für die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Ärztinnen. Ohne sie kann erstens der hohe medizinische Standard nicht gehalten und zweitens auf die zukünftigen Herausforderungen der Medizin nicht gut genug reagiert werden.

Notwendig sind hierzu gezielte Maßnahmen bezüglich Aus-, Weiter- und Fortbildung. In der Ausbildung gilt es, die Inhalte der neuen Approbationsordnung

umzusetzen und die Studierenden tatsächlich per Pflichtpraktika in Gesprächsführung und Kommunikation für alle existenziellen Lebensbereiche zu schulen – wie wir von Studierenden hören, wird das oft unter den Tisch fallen gelassen –, zum Beispiel zum Umgang mit Sterben, Tod, Suizidalität, Aufklärungsgespräche bei schwierigen Diagnosen – beispielsweise Krebs – und Umgang mit den eigenen Emotionen und den Emotionen der Patienten und Angehörigen.

Nach welchem Arztbild werden die Universitäten entsprechend der neuen Approbationsordnung eigentlich in Zukunft selbst ihre Studierenden auswählen? Hier wäre aus meiner Sicht eine begleitende Evaluation wichtig.

Herr Professor Loew wird in seinem Redebeitrag über die Umsetzung integrierter Aus- und Weiterbildungskonzepte an Universitäten und anderen Weiterbildungsstätten berichten.

Zum Thema Weiterbildung: In der Inneren und Allgemeinmedizin und in der Frauenheilkunde ist die psychosomatische Grundversorgung bereits fester Bestandteil der Weiterbildung.

Nun wäre zu diskutieren, wie diese grundlegenden Kenntnisse über psychische und psychosomatische Störungen und das Erlernen zum Beispiel von Kommunikationstechniken in alle Weiterbildungen Eingang finden können, ohne die Gesamtanforderungen unzumutbar zu erhöhen und ohne finanzielle Opfer.

Eine Umfrage über die Akademie der Gebietsärzte an Fachgesellschaften und Berufsverbände ergab: Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) befürwortet einerseits die Integration des Weiterbildungsmoduls „psychosomatische Grundversorgung“ in alle Fachgebiete und andererseits die Umbenennung in „psychische und psychosomatische Grundversorgung“. Der Berufsverband der Augenärzte und die Fachgesellschaften für Dermatologie, HNO-Heilkunde, Neurochirurgie, Phoniatrie und Pädaudiologie und Urologie sprechen sich dafür aus, dass in ihrem jeweiligen Gebiet diese psychosomatische bzw. psychische und psychosomatische Grundversorgung fester Bestandteil sein sollte.

Nun zur Fortbildung: Die Erkennungsrate von Depressionen in der ärztlichen Praxis ist im Durchschnitt circa 30 Prozent. Im Rahmen des Kompetenznetzes Depressionen wurden gezielt vier Fortbildungsabende angeboten, die zu einer statistisch hoch signifikanten Verdoppelung der Erkennungsrate depressiver Erkrankungen führte, die zudem nach einem Jahr noch Bestand hatte.

Jetzt komme ich zum abschließenden Fazit.

Ist die ärztliche Heilkunst tatsächlich in Gefahr? Nein! Sie hat sich bestens bewährt! Trotz aller Unkenrufe aus der Politik schneidet die deutsche Medizin im

internationalen Vergleich sehr gut ab und Ärzte und Ärztinnen haben weiterhin das höchste Sozialprestige in der Bevölkerung.

Das heißt aber andererseits nicht, dass man in statischer Selbstzufriedenheit verharren sollte.

Der Anstieg der Zahl von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mit allen Konsequenzen auch für die Versicherungssysteme ist eine immense Herausforderung! Somatische Medizin und psychosoziale Medizin sind in weiten Bereichen noch getrennt und der Bereich der so genannten PPP-Fächer war, wie allgemein bekannt, in den letzten Jahren von Dissonanzen bestimmt. Die Zusammenarbeit vor diesem Ärztetag und die Erkenntnis der zentralen Position psychischer und psychosomatischer Störungen im Gesundheitswesen haben einen Schulterschluss unter uns psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten unter Überwindung historischer Grenzziehung Wirklichkeit werden lassen. Ich hoffe, dass es dabei bleibt.

Eine moderne Medizin kann nur eine ganzheitliche Medizin für den ganzen Menschen sein!

Damit komme ich zu den Abschlussforderungen.

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind auf einem bedrohlichen Vormarsch. Die Ärzteschaft fördert deshalb erstens den sprechenden Anteil der Medizin in allen patientenbezogenen Fachgebieten, zweitens die ärztliche Psychotherapie in allen Facharztgebieten und drittens die Erhöhung der Attraktivität des ärztlichen Berufs durch Reduktion unärztlicher Arbeit und dadurch Stärkung der psychosozialen Zuwendung.

Die Ärzteschaft fordert von Politik und Kassen die Übernahme der finanziellen Verpflichtung für den sehr wesentlich demografisch und gesellschaftlich bedingten Morbiditätsanstieg psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

Ich hoffe, dass Ihnen diese Argumente ermöglichen, dem Vorstandsantrag zuzustimmen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Goesmann: Herzlichen Dank, Frau Kollegin Bühren, für den hervorragenden und umfassenden Vortrag über die Kunst des Heilens – nicht die verlorene Kunst des Heilens, denn wir haben sie ja noch in unseren Händen.

Wenn es möglich ist, möchten wir vor der Mittagspause noch die drei Korreferate hören.

Ich darf als nächsten Redner Herrn Professor Dr. Hohagen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, um seine Ausführungen bitten.

Prof. Dr. Hohagen, als geladener Gast: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde begrüßt ausdrücklich, dass der 109. Deutsche Ärztetag das Thema „Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln“ als Haupttagesordnungspunkt aufgenommen hat. Wir haben dem Referat von Frau Dr. Bühren entnommen, welche große gesundheitspolitische Herausforderung auf uns zukommt. Wir wissen, dass die Ärzteschaft bestimmte Maßnahmen entwickeln muss, um dieser Herausforderung gerecht zu werden.

Ich glaube, wir stimmen alle darin überein, dass die psychosoziale Kompetenz des Arztes integraler und unverzichtbarer Bestandteil ärztlichen Handelns ist. Sie wird in allen Ausbildungsstufen vermittelt: im Studium und in der Fort- und Weiterbildung.

Wir müssen aber auch die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen, die es uns erlauben, diese Kompetenz zu zeigen. Dazu gehört im ambulanten Bereich ausreichende Zeit und ausreichende Honorierung. Dazu gehören im stationären Bereich aber auch, dass bestimmte Strukturen erhalten bleiben. Wenn wir in allen Bereichen beispielsweise ein Schichtarbeitssystem haben, dass der frisch operierte Patient jeden Tag einen anderen Arzt sieht, wird deutlich, dass die Etablierung einer therapeutischen Beziehung unter diesen Bedingungen sehr schwer oder gar unmöglich ist. Dies könnte beispielsweise bei einer kostenneutralen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes der Fall sein. Wir müssen also Strukturen schaffen, die es uns erlauben, psychosoziale Kompetenz zu zeigen.

Die psychosoziale Kompetenz kann in der psychosomatischen Grundversorgung vertieft werden, die ja, wie Frau Bühren ausgeführt hat, eine Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist, die zum einen Basisfertigkeiten vermittelt – beispielsweise Gesprächsführung oder Reflexion der therapeutischen Beziehung –, aber auch störungsorientierte Fertigkeiten: Wie behandele ich eine Depression, eine Angsterkrankung unter Einbeziehung eines mehrdimensionalen Konzepts?

Die Stärke des ärztlichen Handelns besteht darin, dass wir die biologische Dimension haben, die psychosoziale Dimension, wir können sozial intervenieren, sodass wir durchaus Pharmakotherapie mit psychosozialen Interventionen kombinieren können. Das kann keine andere Berufsgruppe. Diese Stärke ärztlichen Handelns sollten wir immer wieder herausstellen.

(Beifall)

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind nicht nur für die Basisversorgung wichtig, sondern für alle ärztlichen Bereiche, auch für die fachärztliche Versorgung. Wenn man sieht, dass die Überlebensrate eines Patienten nach Myokardinfarkt im Wesentlichen von einer begleitenden Depression abhängt und mit wachsendem Depressionsscore die Mortalität steigt, wird deutlich, dass bei der Behandlung von Myokardpatienten nicht nur die körperlichen Risikofaktoren berücksichtigt werden müssen, sondern genauso auch psychische Risikofaktoren, also psychische Erkrankungen wie die Depression, als Mortalitätsfaktor erkannt und behandelt werden müssen.

Hierzu dient die Basiskompetenz, die wir als Ärzte haben, aber auch die fachgebundene Psychotherapie. Ich denke, es ist ganz wichtig, dass die Psychotherapie als ärztliche Heilmethode im Arztberuf mit verankert bleibt. Der Wegfall der 90-Prozent-Regelung in der fachgebundenen Psychotherapie wäre sicherlich ein wichtiger Schritt, die fachgebundene ärztliche Psychotherapie zu stärken.

Die dritte Stufe der Versorgung stellen die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie dar. Wir haben schon aus den demografischen Ergebnissen, die Frau Bühren vorgetragen hat, sehen können, dass diese Fachgruppe nur einen Beitrag leisten kann, sodass wir über integrierte Versorgungskonzepte, die den Hausarzt, die Fachärzte und die Fachärzte für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einschließen, nachdenken müssen.

Wir brauchen aber auch eine Stärkung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung. Hier müssen wir auch über die Struktur von psychiatrisch-psychotherapeutischen Einzelpraxen nachdenken. Angesichts der großen Aufgaben und der Unterversorgung in vielen Bereichen ist es notwendig, auch hier Modelle zu entwickeln. Ein Modell wäre beispielsweise die Sozialpsychiatrievereinbarung, wie wir sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben, die vor allem in unterversorgten Gebieten oder Flächenstaaten helfen würde, die Versorgung zu verbessern. Das heißt, dass ein Psychiater und Psychotherapeut andere Berufsgruppen wie Krankenschwestern, Pfleger, Sozialarbeiter oder Ergotherapeuten in der Praxis beschäftigen kann, dass er nicht ärztliche Aufgaben delegieren kann, um so mehr Patienten zu betreuen. Das wird angesichts der Entwicklung im Gesundheitssystem erforderlich sein.

Zusammenfassend bin ich der Meinung, dass der psychosoziale Bereich in der Medizin ein wichtiger, gerade für die Zukunft wichtiger Bereich ist. Er sollte auch strukturell in der Bundesärztekammer verankert sein.

Meine Damen und Herren, ich bin sicher, dass der 109. Deutsche Ärztetag einen bedeutenden Beitrag für den Erhalt psychosozialer Kompetenzen des Arztes, für die ärztliche Psychotherapie und für eine adäquate und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen leisten wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herzlichen Dank, Herr Professor Hohagen. Ich schließe mich Ihren Erwartungen und Wünschen an.

Ich darf jetzt Herrn Professor Dr. Loew, den 1. Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V., um seine Ausführungen bitten.

Prof. Dr. Loew, als geladener Gast: Herr Präsident! Frau Vizepräsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie unterstütze ich natürlich mit Nachdruck das Anliegen des Deutschen Ärztetages einer Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz des ärztlichen Handelns. Wir, die Fachärzte des Gebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, halten die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise im Umgang mit unseren Patienten sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie für absolut not-wendig. Wir sehen es als zwingend an, psychosomatische und psychiatrische Grundkompetenzen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildungsordnung in alle patientenorientierten Fächer weiter zu integrieren.

Sie erinnern sich vielleicht an Ihr Studium. Wir möchten darauf hinweisen, dass wir schon vom ersten Tag an in diesem Sinne bio-psycho-sozial denken. Wir sollten uns bemühen, nicht weiterhin extra muros zu behandeln, sondern im Krankenhaus die Möglichkeiten in der Weiterbildung ganz offensiv zu erschließen.

Wir haben viel gehört über ehrenamtliche oder nebenamtliche oder nicht bezahlte Arbeit im Krankenhaus, im ärztlichen Bereich. Die Weiterbildung ist leider auch ein Themenkomplex, der die Kollegen sehr fordert. Ich denke, dass wir auch in diesem Sinne über eine weitere Unterstützung der Kollegen nachdenken sollten.

Der erste Schritt bei der Erweiterung der Grundkompetenz ist eine Verbesserung der allgemeinen Versorgungssituation. Mit der fachgebundenen Psychotherapie steht ein weiterer Baustein der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz den Gebietsärzten und Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin zur Verfügung, und zwar seit 50 Jahren. Wie Ihnen Frau Bühren in ihrem Vortrag verdeutlicht hat, ist dies ein Grundpfeiler der ärztlichen Psychotherapie in Klinik und Praxis. Ärztlich-psychotherapeutische Diagnostik und Behandlungsmöglichkeit ist damit auch im GKV-System verankert worden.

Diese Möglichkeiten haben nachhaltig dazu geführt, dass seit 1992 mit den drei Gebieten mit dem Schwerpunkt Psychotherapie die ärztliche Psychotherapie nicht nur in der Approbationsordnung, sondern auch im Fächerkanon der jeweiligen Ärztekammern einen gebührenden Platz gefunden hat.

Nun sollten diese Möglichkeiten auch im klinischen Kontext vermehrt umgesetzt werden. Um den Erfolg der letzten 50 Jahre zu sichern – ich denke, dass es weltweit gesehen eine Erfolgsgeschichte ist, wie wir die Psychotherapie in unserem ärztlichen Handeln in der Bundesrepublik verankern konnten –, muss jedoch auch im ambulanten Bereich darauf geachtet werden, dass freie Arztsitze für ärztliche Psychotherapie auch weiterhin ärztlichen Psychotherapeuten vorrangig zur Verfügung gestellt werden. Die Kassensitze sollten flexibel durch die gerade erwähnten Fachärzte für Psychotherapie oder Gebietsärzte anderer Facharztrichtungen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse besetzt werden können. Hier benötigen wir Ihre Unterstützung, damit die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor entsprechend fortgeschrieben wird.

Hilfreich wäre auch eine bessere politische Verankerung der ärztlichen Psychotherapie in der Bundesärztekammer und in den Landesärztekammern.

Im Rahmen dieser Möglichkeiten bitte ich Sie, auch die Anträge, die später gestellt werden, zu prüfen.

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie danke ich dem Vorstand der Bundesärztekammer, vor allem seinem Präsidenten, ausdrücklich dafür, dass sich der 109. Deutsche Ärztetag der Thematik der psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln angenommen hat.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Sehr verehrter Professor Dr. Loew, wir dürfen Ihnen dafür danken, dass Sie zu uns gekommen sind und hier referiert haben.

Das, was Sie zu den Anträgen gesagt haben, werden wir nachher bei der Diskussion und der Abstimmung sicherlich berücksichtigen.

Ich darf jetzt Herrn Professor Dr. Schulte-Markwort bitten, zu uns zu sprechen. Er ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. Bitte schön.

Prof. Dr. Schulte-Markwort, als geladener Gast: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Frau Bühren! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Die Kleinen kommen immer zum Schluss. Ich danke Ihnen herzlich, dass Sie mir noch so kurz vor der Mittagspause Ihr Ohr und auch ein bisschen Ihr Herz öffnen. Ich möchte Ihnen aus kinder- und jugendpsychiatrischer und kinder- und jugendpsychotherapeutischer ärztlicher Sicht darlegen, warum die Situation im Bereich der Kinder und Jugendlichen dramatischer ist als im Bereich der Erwachsenen. Wir wären froh, wenn wir im Bereich der Kinder und Jugendlichen schon so weit wären wie die Erwachsenenpsychiatrie, die Erwachsenenpsychotherapie und die Erwachsenenpsychosomatik.

Wenn man in der Schule untersucht, wie viele Kinder und Jugendliche unter Symptomen und Beschwerden leiden, kommt man auf eine Zahl von 24 Prozent. Heute Morgen wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Lebensmittelpunkt unserer Patienten in der Regel die Schule ist.

Natürlich sind diese 24 Prozent nicht alle behandlungsbedürftig, aber sie sind abklärungsbedürftig. Das sind die Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung, die eine Arbeitsgruppe aus meiner Abteilung im Jahre 2001 an 2 000 Kindern im Alter zwischen vier und 18 Jahren in Deutschland durchgeführt hat. Eine Menge der Angaben dieser 24 Prozent wie Leistungsprobleme, Konzentrationsprobleme, aber auch Schulangst oder Ausgrenzungsprobleme sind interpretationsbedürftig. Es geht hier beileibe nicht um Befindlichkeitsstörungen, wie uns gegenüber manchmal der Verdacht geäußert wird.

Wenn man die Ergebnisse von diesen knapp 2 000 Kindern repräsentativ für Deutschland hochrechnet, bedeutet dies, dass 10 Prozent psychisch auffällig sind, fast 14 Prozent psychosomatische Beschwerden angeben und dass es einen Überschneidungsbereich zwischen diesen beiden Gruppen von 8 Prozent gibt. Das Risiko – die odds ratio –, dass ein Kind, wenn es sich in einem der hier gezeigten großen Kreise befindet, sich auch in dem mittleren Kreis befindet, ist um das 4,3fache gesteigert. Das heißt, wir haben es mit einer großen Anzahl von Kindern und Jugendlichen zu tun, die wir alle versorgen müssen.

Im Unterschied zu dieser dramatischen Prävalenz, die in den letzten 20 Jahren nicht zugenommen hat, aber weiter auf dramatisch hohem Niveau bleibt, werden nur 4,6 Prozent überhaupt von einem Arzt oder Psychologen behandelt, die

meisten von einem Kinderpsychologen, gefolgt vom Kinderarzt, dem Allgemeinarzt und dann erst dem Kinder- und Jugendpsychiater.

Das bedeutet, dass den 647 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern 5 Millionen Menschen unter 18 Jahren gegenüberstehen, die diagnostiziert und behandelt werden müssten. Die 2 500 Psychologischen Psychotherapeuten im Kinderbereich und die 1 500 Kinderanalytiker, die es gibt, die ohne Frage bei entsprechender Indikation gute psychotherapeutische Arbeit leisten, können dies häufig nicht, weil die psychiatrische und die somatische Differentialdiagnose, die oft eine Voraussetzung für eine Psychotherapie ist, von den Kinder- und Jugendpsychiatern gestellt werden muss, die mit den 700 000 Behandlungen, die sie jedes Jahr ableisten, ein Vielfaches dessen leisten, was die beiden anderen Berufsgruppen leisten. Aber das reicht im Vergleich zu den 5 Millionen überhaupt nicht.

Das heißt, die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Vollversorgung in Deutschland ist nicht gewährleistet. Das ist dramatisch. Jeder Hausarzt, jeder Kinderarzt von Ihnen, der ein Kind unterbringen möchte, weiß, wie schwierig das häufig ist. Die ärztliche Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ist unterrepräsentiert und auch in Gefahr. Dagegen haben aber – das haben wir heute bereits gehört – 50 Prozent aller psychischen Störungen ihren Ursprung in der Kindheit. Wenn wir schon früh suffizient diagnostizieren und behandeln, verhindern wir diese Chronifizierung, sodass wir auch präventive Arbeit im eigentlichen Sinne leisten können.

Ich möchte Sie herzlich bitten, den Antrag des Vorstands zu unterstützen.

Ich danke Ihnen herzlich, dass Sie mir noch zugehört haben.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Professor Schulte-Markwort, wir haben Ihnen ebenso wie auch den anderen Vortragenden Ohr und Herz geöffnet.

Nach diesen vier Referaten, die uns alle auch am Herzen berührt haben, möchten wir in die Mittagspause eintreten. Sie sind hoffentlich damit einverstanden, dass wir anschließend weiterdiskutieren. Es liegen 25 Anträge vor. Ich bitte Sie, pünktlich um 14 Uhr wieder hier zu sein, damit wir in die Diskussion eintreten können.

Ich möchte Sie noch auf etwas Organisatorisches hinweisen. Es werden oft längere Anträge gestellt. Wir möchten Sie bitten, das Delegiertenzentrum zu nutzen; dort stehen PCs und Drucker bereit. Sie müssen also längere Anträge nicht handschriftlich gefertigt einreichen, sondern bereits ausgedruckte Texte. Das würde die Arbeit sehr erleichtern. Ich bitte Sie, dies zu berücksichtigen.

Man kann die Texte sogar elektronisch auf den Weg bringen. Im Delegiertenzentrum ist offensichtlich alles vom Feinsten. Ich bitte Sie, dieses zu nutzen.

Ich danke noch einmal allen Vortragenden und unterbreche die Sitzung bis 14 Uhr.

2. Tag: Mittwoch, 24. Mai 2006
Nachmittagssitzung

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen unsere Beratungen fort. Die Gäste von heute Morgen sind nicht mehr alle anwesend. Diejenigen, die anwesend sind, haben darum gebeten, an der Diskussion teilnehmen zu dürfen. Das sei ihnen erlaubt.

Bevor wir mit der Diskussion beginnen, möchte ich Ihnen noch drei Dinge mitteilen. Herr Dr. Peter Hoppe-Seyler aus Baden-Württemberg hat heute Geburtstag. Wir gratulieren ihm alle ganz herzlich und wünschen, dass ihm dieser Tag mit uns in angenehmer Erinnerung bleiben wird.

(Beifall)

Falls noch ein Geburtstagskind im Raum sein sollte, sagen Sie bitte Bescheid. Selbstverständlich wird jeder beglückwünscht.

Beglückwünschen möchten wir auch Herrn Sanitätsrat Dr. Engelhard, der heute zum 25. Mal an einem Deutschen Ärztetag teilnimmt. Wir möchten das gebührend erwähnen. Schön, dass Sie da sind.

(Beifall)

Uns allen ist es ein Bedürfnis, folgendes Lob auszusprechen: Das „Deutsche Ärzteblatt“ von dieser Woche liegt Ihnen bereits druckfrisch vor. Es enthält Berichte und Fotos von gestern. Es ist eine enorme Leistung, dass Redaktion und Druckerei es geschafft haben, dieses Heft bis heute fertig zu stellen. Ich bitte Sie, das gebührend zu würdigen. Ein herzliches Dankeschön an diejenigen, die das vollbracht haben. Ich glaube, das ist einen Applaus wert.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir kehren jetzt zur Behandlung des Tagesordnungspunkts II zurück. Wir haben die Referate gehört und kommen nun zu den Wortmeldungen. Ich darf als ersten Redner Herrn Dr. Menzel aus Berlin ans Mikrofon bitten.

Dr. Menzel, Berlin: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Es ist schon erstaunlich und bewundernswert, dass sich der Deutsche Ärztetag in diesen politisch turbulenten Zeiten mit einem so schwierigen Thema befasst.

Man muss hier einmal hervorheben, wem dafür zu danken ist. Frau Dr. Astrid Bühren hat dieses Thema in monatelanger Arbeit sehr beherzt und sehr entschlossen aufgegriffen und die schwierige Gruppendynamik in bewundernswerter Weise bis heute geführt.

(Beifall)

Man darf ja nicht vergessen, dass sie es zuwege gebracht hat, die vielen Organisationen zu einen und zu einer einheitlichen Auffassung zu bringen. Das ist in diesem Feld überhaupt nicht selbstverständlich. Dafür gebührt ihr großer Dank. Auch wir, die wir häufig über diese Themen gestritten haben, sind jetzt aufgerufen, diese Einigkeit fortzusetzen und zu demonstrieren. Das ist manchmal noch ein bisschen ungewohnt, aber wir werden diese pflegen und im Sinne der Versorgung weiter betreiben.

Wenn wir festgestellt haben, dass das Thema der psychiatrischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung einen so großen Stellenwert hat und deswegen auch in der Versorgung einen hohen Stellenwert haben muss, müssen wir vor allem auch an die Weiterbildung der Ärzte denken. Wir müssen uns Gedanken darüber machen, wie wir sie fördern und die Kolleginnen und Kollegen motivieren können, sich mit diesen Fächern und ihren Problemen zu befassen. Da müssen wir noch eine Menge tun. Deshalb habe ich einen Antrag zu diesem Thema eingebracht. Wir müssen zusammen überlegen, wie man das im Einzelnen gestalten kann.

Wir sollten das nicht aus den Augen verlieren, denn es ist ein Thema für die gesamte Ärzteschaft: Motivation, Pflege und Heranbildung der neuen Generation, damit wir nicht aussterben, denn auch in unseren Fächern ist das eine Gefahr.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Menzel. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Ebert-Englert aus Niedersachsen.

Dr. Ebert-Englert, Niedersachsen: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Ich spreche zu meinem Antrag II-5. Vorweg möchte ich einige allgemeine Bemerkungen machen. Wie wir schon von Herrn Hohagen gehört haben, ist die psychische Erkrankung mehrdimensional. Da müssen wir das ärztliche Handeln stärken, denn die bio-

psycho-sozialen Probleme werden größer. Ich möchte mein Augenmerk auf die Komponente „bio“ richten.

Wir leben im Zeitalter des Gehirns. Psychische Erkrankungen sind Gehirnkrankheiten. 1920 wurden die „Kriegszitterer“, die nachweislich eine posttraumatische Belastungsstörung hatten, als nicht stark genug für den Krieg dargestellt. Sie bekamen keine Entschädigung. Die Frauen, die posttraumatisiert waren, wurden als hysterisch hingestellt.

Seit 1970 ist die Forschung fortgeschritten, erst nur auf psychischem Gebiet. Heute wissen wir, dass eine Minderdurchblutung im Hippocampus, die man nachweisen kann, nach einer psychotherapeutischen Therapie nicht mehr vorhanden ist. Das heißt, dass wir weiter verstärkt Forschung auf diesem Gebiet betreiben und es ärztlich besetzen müssen, denn es ist somatisch und biologisch.

Jetzt zu dem Positionspapier. Die Psychologischen Psychotherapeuten, die Kinderpsychotherapeuten fordern in diesem Positionspapier eine getrennte Bedarfsplanung. Sie erklären, dass sie dafür auch Geld haben wollen. Um das Problem der Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten lösen zu können, reicht jedoch eine getrennte Bedarfsplanung allein nicht aus. Weitere Maßnahmen aus dem Vergütungsbereich müssen hinzutreten. Ähnlich wie im hausärztlichen Bereich sollte es im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu spezifischen Ansiedlungsprogrammen und zusätzlichen ökonomischen Anreizen kommen. Das gilt, wohlgemerkt, für Psychologen. Das ist eine bedarfsinduzierte Angebotserweiterung zulasten des Facharzttopfes. Das geht meiner Ansicht nach nicht.

Deshalb bitte ich Sie, dem Antrag II-5 zuzustimmen.

Noch ein Wort zum Stigma. Vor zwei Tagen gab es eine Diskussion über die „P-Fächer“. Einige Kolleginnen und Kollegen richteten die Augen gen Himmel und sagten: Ach, P-Fächer! Auch das ist eine Stigmatisierung. Ich möchte, dass Sie darüber nachdenken.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, liebe Christine Ebert-Englert. – Es geht weiter mit Herrn Dr. Kühn aus Baden-Württemberg.

Dr. Kühn, Baden-Württemberg: Frau Vizepräsidentin! Kolleginnen und Kollegen! Heute wird in der „Welt“ Herr Müntefering mit der Aussage zitiert, dass nach dem Kraftakt der Regierung hinsichtlich der 3-prozentigen Erhöhung der Mehr-

wertsteuer unter keinen Umständen irgendeine weitere Steuererhöhung infrage kommt. Damit ist einer Verbesserung der Finanzierung der GKV jeder Boden entzogen. Das heißt, wir sind realistisch, wenn wir sagen: Es wird mit Sicherheit kein Geld zusätzlich zur Verfügung stehen, sondern eher weniger.

Das ausgezeichnete Referat von Frau Kollegin Bühren befasste sich nur zu einem Drittel mit dieser Problematik. Das geht die KBV an, unter verschärften Bedingungen besonders. Darüber können wir hier nicht reden, das ist nicht unser Bier. In diesem Zusammenhang erinnere ich daran, dass Herr Professor Hoppe gestern in seinem Referat erwähnt hat: Es hängt davon ab, wie wir Krankheiten definieren. Wenn wir es weit genug definieren, sind fast alle Menschen krank und behandlungsbedürftig. Das gilt auch für die psychischen Krankheiten. Wir müssen also entscheiden: Sind 10 Millionen Deutsche krank oder behandlungsbedürftig? Oder sind es – das ist die jetzige Behandlungszahl – nur 0,5 Millionen? Liegt die Zahl irgendwo zwischen diesen beiden Eckpunkten?

Ich denke, wir müssen den Krankheitsbegriff streng definieren, denn mehr werden wir nicht schaffen – vulgär ausgedrückt: stemmen – können. Da wir um den Zustand psychisch Kranker oder psychisch Angeschlagener ärztlich besorgt sind, sollten wir für jede Hilfstruppe dankbar sein und nicht versuchen, wie beispielsweise im Antrag II-7 geschehen, uns von Psychologischen Psychotherapeuten zu distanzieren. Das bringt nichts. Ich würde diesem Antrag nicht zustimmen.

Zum Antrag II-24 möchte ich sagen: Dieser Antrag ist schlichtweg unsinnig. Das ist – Entschuldigung – Antragsmüll. Weder Länder noch Kommunen sind für die Mittel der Kinder- und Jugendgesundheitsfürsorge zuständig. Das Bundesjugendhilfegesetz legt fest, dass die Landratsämter zuständig sind. Die Landratsämter sind – das habe ich bereits ausgeführt – in einem Maße mit steigenden Ausgaben dafür konfrontiert, dass sie ihre Haushalte gar nicht mehr zusammenbringen. Die Länder und Kommunen sind allenfalls für die schulische Sozialbetreuung zuständig. Das könnte man ja definieren. Da wird im Moment gestrichen und das ist falsch.

Ich denke, der Antrag II-24 sollte lieber zurückgezogen werden.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Kühn. Ich bitte darum, zu klären, wie die Finanzierbarkeit dieser Dienste gestaltet ist. Ich denke, der ÖGD ist in

diesem Bereich tätig. Er wird durchaus durch die Länder und die Kommunen finanziert.

Als nächster Redner bitte Herr Dr. Stephan.

Dr. Stephan, Rheinland-Pfalz: Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen! Ich spreche hier als Psychiater und Arzt für Psychotherapeutische Medizin. Ich erlebe seit einigen Jahren seit dem Psychotherapeutengesetz und der Zulassung der Psychologischen Psychotherapeuten, dass die Psychotherapie vermehrt mit den Psychotherapeuten verknüpft wird, die keine Ärzte sind. Sie werden aus dem ärztlichen Bereich heraus immer weiter vergessen. Ich erlebe nicht nur bei der Bevölkerung, sondern vor allem auch bei Kolleginnen und Kollegen, dass, wenn von Psychotherapie die Rede ist, sehr häufig direkt an die Psychologen gedacht wird und nicht mehr an die Ärzte.

Sosehr ich auch die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten schätze: Die ärztliche Psychotherapie ist integraler Bestandteil dessen, was alle Ärzte tun. Von daher ist es wichtig, diese nicht zu vergessen. Wir als Psychotherapeuten ärztlicher Herkunft behandeln einerseits seelische Störungen, wir behandeln auch psychosomatische Störungen, wir behandeln auch körperliche Störungen und Erkrankungen, bei denen die Psyche eine große Rolle spielt.

Gerade bei den körperlichen Erkrankungen ist es sehr wichtig, dass gerade das somatische Verständnis vorhanden ist. Das haben wir als Ärzte grundlegend. Das kann kein anderer Berufsstand uns gleichtun.

Von daher halte ich es für ganz wichtig, dass die ärztliche Psychotherapie weiter gestärkt wird, gerade in Bezug auf die psychosomatischen Störungen, auf die somatoformen Störungen, die ja nicht nur beim Hausarzt, sondern bei allen Ärzten eine sehr große Rolle spielen, die eine sehr große Chronifizierungsneigung haben, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden.

Ich wünsche mir, dass das bei allen Ärzten frühzeitig bedacht wird, damit nicht weiterhin geschieht, dass Patienten zu mir kommen und sagen: Bei mir hat man nichts gefunden und mein Arzt weiß auch nicht mehr weiter.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Kollege Stephan. Sie haben damit das Referat von Frau Bühren eindeutig unterstützt. – Ich darf jetzt Frau Dr. Roth-Sackenheim, ebenfalls aus Rheinland-Pfalz, ans Mikrofon bitten.

Dr. Roth-Sackenheim, Rheinland-Pfalz: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Frau Bühren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich bei Frau Bühren für die wirklich sehr gute Vorarbeit und die Möglichkeit, so viel an Wissen und Erfahrung einbringen zu können, bedanken. Ich möchte das, was Siegfried Stephan eben sagte, noch etwas vertiefen. Damit ich nicht in den Ruch komme, die Psychologen abzuwerten, muss ich sagen, dass ich seit über acht Jahren in einer Praxisgemeinschaft mit einem Psychologischen Psychotherapeuten sehr gut und zufriedenstellend und positiv für die eigene Arbeitszufriedenheit arbeite.

Ich denke, wir müssen vor dem Hintergrund dessen, was wir gehört haben, für uns Ärzteschaft fordern, dass die Verantwortung für das Gesamtbehandlungskonzept psychischer Störungen oder auch für komorbide Störungen – internistisch plus psychisch – in der Hand von uns Ärzten bleibt.

(Beifall)

Ich verweise auf das Interview mit dem Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer im „Deutschen Ärzteblatt“, in dem zum Ausdruck kam: Die Psychologen sind für die Politik die Ansprechpartner für psychische Erkrankungen. Vielleicht haben einige von Ihnen meinen Leserbrief dazu gelesen. Ich denke, die Verantwortung für das Gesamtbehandlungskonzept muss bei uns Ärzten liegen.

Um die ärztliche Psychotherapie weiterhin zu stützen, sollten wir uns in den KVen dafür einsetzen, dass die Kollegen mit dem Zusatztitel Psychotherapie, die nicht ein P-Facharzt sind oder über 90 Prozent psychotherapeutisch arbeiten, für die entsprechende Arbeit genauso bezahlt werden wie wir und dass sie sich auch auf freien Sitzen für ärztliche Psychotherapie niederlassen können.

(Beifall)

In einigen KVen geht das nicht.

Des Weiteren befürworte ich sehr – ich bitte Sie, dem entsprechenden Antrag zuzustimmen –, dass die Umbenennung der psychosomatischen Grundversorgung in „Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“ erfolgt. Ich denke, das tun die Hausärzte eh schon seit langem. 80 Prozent der depressiven Patienten werden bei Hausärzten behandelt.

Ferner möchte ich Sie bitten, dem Antrag von Herrn Menzel und mir zuzustimmen, dass die Weiterbildung in den Psychofächern oder auch zum Zusatztitel Psychotherapie in der ambulanten Praxis gestärkt wird.

Zum Schluss möchte ich Sie bitten, den Antrag II-2 nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern ihn anzunehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Kollegin. – Als nächster Redner Herr Dr. Mayer aus Bayern.

Dr. Mayer, Bayern: Frau Vizepräsidentin! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Wer nach dem heutigen Vormittag noch immer behauptet, die Ärzte interessiere nur das Geld, sie redeten nur vom Geld, war entweder nicht anwesend oder hat nicht zugehört oder ist bösartig. Eine so uneitle, konstruktive und zielorientierte Befassung mit einem sehr schwierigen Thema würde ich gern so manchem Politiker wünschen.

(Beifall)

Sie erinnern sich vielleicht noch, dass Frau Bühren den Umschlag des Buches „Die verlorene Kunst des Heilens“ gezeigt hat. In dem Umdruck, den wir erhalten haben, steht nur noch „Die Kunst des Heilens“. Vielleicht erklärt uns Frau Bühren, warum das geändert worden ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich daran erinnern, dass der Medizinhistoriker Unschuld kürzlich im „Deutschen Ärzteblatt“ einen Artikel über die Heilkunst geschrieben und erwähnt hat: Auch jemanden zu umarmen, jemanden zu trösten ist Heilkunst. Ich glaube, hier berührt sich das mit dem heutigen Thema.

Ich muss jetzt einen Spagat machen, so wie jeder, der sich mit Psychosomatik auseinander setzt: auf der einen Seite die Psychosomatik, auf der anderen Seite die naturwissenschaftlich basierte Medizin. Es gibt natürlich nach wie vor nicht wenige Kolleginnen und Kollegen, die den gebührenden Stellenwert der Psychosomatik noch nicht erkannt haben. Vielleicht trägt der heutige Tag dazu bei, dass die Zahl der Anerkennenden größer wird.

Auf der anderen Seite wissen wir aber auch, dass viele Patienten nicht recht begreifen wollen, dass ihre Beschwerden nicht organischer Ursache sind. Als ich mich vor 39 Jahren als Arzt auf dem Lande niedergelassen habe, hatte ich den Satz von Naunyn auf meine Fahne geschrieben – Sie kennen ihn alle –:

Die Medizin wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein. Die Patienten sind aber nicht, wie ich gehofft hatte, in Scharen in meine Praxis gelaufen. Ich habe mich gefragt, was ich falsch mache, ob ich vielleicht den falschen Beruf studiert habe – bis mir ein Kollege vertrauensvoll geraten hat, ich solle doch mehr mit den Leuten reden.

Damals waren die Lindauer Psychotherapiewochen das Mekka für diejenigen, die sich mit der Psyche des Patienten und der Psychosomatik auseinander gesetzt haben. Ich hatte dort mein Damaskus-Erlebnis. Es ging hin und her. Ich hatte so manchen heftigen Strauß mit Organfachärzten auszufechten, die nicht recht anerkennen wollten, dass es eben auch eine psychische und psychosomatische Komponente der Krankheit gibt und dass man das auch finanziell gebührend würdigen muss.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, wenn es Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt, dann sind sie bei dieser Thematik zu suchen, die wir heute behandeln. Wir kennen doch alle die Patientinnen und Patienten, die eine Spezialistenrunde drehen und dann wieder zu einem zurückkommen, ohne dass die Untersuchungen zu einem konkreten Ergebnis geführt haben. Dann soll das Ganze wieder von vorn losgehen. Ich erwähne den Kopfschmerzpatienten, der als erste medizinische Maßnahme die Kernspintomographie im Auge hat.

Möge dieser Tagesordnungspunkt ein weiterer Meilenstein auf dem Weg sein, der Psychosomatik den gebührenden Rang in der praktizierten Medizin einzuräumen.

Ich möchte Ihnen abschließend vor allem für die Skeptiker eine Hilfestellung geben. Ich weiß nicht, ob Sie Karl Valentin kennen; wenn nicht, sollten Sie ihn kennen lernen. Er wird im Allgemeinen als Humorist bezeichnet; heute würde man vielleicht Kabarettist sagen. Aber mit dieser Bezeichnung wird man dem Mann nicht gerecht. Ich meine, er ist eigentlich ein volksnaher Philosoph gewesen. Karl Valentin hat gesagt: Ein Patient ist krank, er hat Kopfweh und geht zum Neurologen. Dieser Patient hat auch Bauchweh und geht zum Gastroenterologen. Dann hat der Patient auch noch Herzweh, dann geht er zum Kardiologen. Derweil ist doch der ganze Mensch krank.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Kollege Mayer. Frau Bühren wird zu Ihrer Frage nachher sicherlich noch etwas sagen. Sie hat sich wohl auf das Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ des amerikanischen Kardiologen Lown bezogen, der Ihnen sicherlich durch die Klassifikation der Herzrhythmus-

störungen bekannt ist. Herr Lown hat zusammen mit der IPPNW vor einigen Jahren den Nobelpreis für sein Engagement erhalten.

Ich darf jetzt Herrn Josten ans Mikrofon bitten.

Dr. Josten, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Zum Schluss seines Eröffnungsreferats hat Herr Professor Hoppe die kürzeste Form dafür gefunden, dass auch Ärztinnen und Ärzte der psychologischen Hilfe bedürfen: come in and burn out. Das gilt für die Praxis wie für das Krankenhaus. Ich bin Arzt und nicht vom Bosch-Dienst: Diagnosestecker rein, Ergebnis raus, Reparatur oder Ersatzteil. Ich bin Arzt und nicht Mediziner. Am Anfang steht das Wort; das gilt nicht nur für die Genesis, das gilt auch für unsere Tätigkeit: bei der Anamnese, bei der Erläuterung der Indikationsstellung, bei der Palliativmedizin, bei der Sterbebegleitung. Deshalb bitte ich Sie, dem Vorstandsantrag II-2 zuzustimmen.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Josten.

Es liegt ein Geschäftsordnungsantrag von Herrn Kollegen Döhmen aus Nordrhein vor. Möchten Sie ihn vortragen? – Bitte schön.

Dr. Döhmen, Nordrhein: Ich möchte nur den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten stellen.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer stimmt dagegen? – Das ist die Minderheit. Dann haben wir die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Ich darf Frau Professor Krause-Girth ans Mikrofon bitten.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Vielen Dank dem Vorstand der Bundesärztekammer für diesen Tagesordnungspunkt und vor allen Dingen Dank an Astrid Bühren für ihr hervorragendes Referat und vor allem für ihre Arbeit der Vernetzung und der Recherche, die uns befähigt, diesen Punkt auf diese qualifizierte

Weise zu diskutieren. Ich habe daran gedacht, dass Herr Uexküll, der vor vielen Jahren mit Bedauern festgestellt hat, dass wir uns für einen Facharzt für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin entschieden haben, und der befürchtet hat, dass damit die Psychotherapie aus der Allgemeinmedizin und aus der Versorgung langsam verschwindet, seine Freude an dieser differenzierten Diskussion hätte.

Ich finde es ausgesprochen wichtig und gut, hier noch einmal zu sagen, dass die psychosomatische Medizin in Deutschland in der Welt eine hervorragende Stellung genießt und für viele in den letzten Jahren beispielhaft gewesen ist. Jetzt wird erkannt, dass man sie nicht nur retten muss, sondern dass man sie auf viele Gebiete der Medizin ausweiten muss. Das ist jetzt hervorragend geschehen.

Meinen Antrag II-7 ziehe ich hiermit zurück, weil ich zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht wusste, dass der Vorstand der Bundesärztekammer in seinem Antrag eine 40-prozentige Quote der ärztlichen Psychotherapeuten auch über 2008 hinaus fordert. Das ist sehr viel mehr, als ich zu fordern gewagt habe. Ich bitte Sie dementsprechend, den Antrag 13 und den Vorstandsantrag 2 zu unterstützen.

Ein zweiter Antrag von mir lautet – das ist der Antrag II-8 –, den Begriff „Psychotherapeutenkammer“ auf Bundes- und auf Länderebene nicht mehr zu verwenden. Ich beziehe mich da auf eine erfolgreiche Diskussion, die wir in Hessen geführt haben. Die Begründung, die wir an das hessische Sozialministerium geschickt haben, um die Argumente zu veranschaulichen, warum wir nicht möchten, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sich als „Psychotherapeutenkammer“ bezeichnen, ist folgende. Ich bin überhaupt nicht, an keiner Stelle, gegen Psychologische Psychotherapeuten. Ich denke, die gezeigten Zahlen haben verdeutlicht, dass wir für jeden, der sich an der Versorgung der unendlich vielen psychisch kranken Menschen beteiligt, dankbar sein müssen. Aber mit dieser Bezeichnung wird ein Alleinvertretungsanspruch erhoben, der in der Bevölkerung die Idee und die Vorstellung erweckt, Psychotherapeuten seien nicht Ärzte. Dagegen müssen wir uns wehren. Wir müssen auch unsere Tätigkeit schützen.

Ich bitte Sie, der Landesärztekammer Hessen zu folgen und auch auf Bundesebene zu versuchen, diesen Titel nicht zu einer Selbstverständlichkeit werden zu lassen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Professor Krause-Girth. – Als nächste Rednerin Frau Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Gestatten Sie mir vorab eine Bemerkung zur neuesten Ausgabe des „Deutschen Ärzteblatts“. Ich gratuliere, das Titelfoto ist Fotojournalismus vom Feinsten.

Ich habe den Antrag 2 a gestellt, der die Überweisung des Antrags 2 an den Vorstand fordert. Ich will das kurz begründen. Im Antrag II-2 betrifft die dritte Forderung Dinge, die zunächst in den Weiterbildungsgremien beraten werden sollten. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass anders als im Grundsatzreferat und von einzelnen Rednern vorgetragen die psychosomatische Grundversorgung derzeit sehr wohl in den Weiterbildungsordnungen verankert ist, nämlich im allgemeinen Teil. Damals waren wir alle nach langer Diskussion der Meinung, dass das so essentiell ist, dass das jeder kennen muss. Deswegen steht es im allgemeinen Teil an ganz exponierter Stelle.

Im Antrag 2 gibt es mehrere Abschnitte, in denen sich der Vorstand praktisch selber zum Tätigwerden auffordert, indem es heißt: „fordert die Bundesärztekammer auf“. Ich glaube, vieles erledigt der Vorstand auch ohne expliziten Beschluss.

Auf Seite 4 – übergehend auf Seite 5 – befasst sich ein Punkt mit der Finanzierung. Auf Seite 5 steht, dass „das möglichst nicht zu Lasten anderer Arztgruppen gehen soll“. Das soll auch nicht zulasten anderer Arztgruppen gehen, sondern die Finanzierung muss ausreichend sein, sodass die Behandlung aller Krankheiten, seien sie psychischer oder somatischer Art, anständig finanziert werden kann. Wir haben es im Rahmen des Tagesordnungspunkts I nicht geschafft, einen Antrag bezüglich der Rahmenbedingungen zu verabschieden, sondern haben ihn an den Vorstand überwiesen. Irgendwie spiegelt sich das auch in den weiteren Forderungen wider, beispielsweise dass notwendige Gesetzesänderungen erfolgen sollen. Für solche Allgemeinplätze bin ich mir zu schade; das muss schon konkreter sein. Aber offenbar ging es noch nicht konkreter. Deshalb bitte ich darum, das noch einmal zu überdenken.

Ähnlich verhält es sich mit der Aussage:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die privaten Krankenversicherungen auf, keine „Mindeststandards“ … zu definieren.*

Mit Verlaub, das ist nun einmal die Aufgabe von privaten Krankenversicherungen, dass genau beschrieben wird, welchen Inhalt die abgeschlossenen Verträge haben. Dann weiß jeder, wofür er sein Geld bezahlt bzw. wofür er es vielleicht nicht ausgeben will.

Schließlich heißt es:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, dafür Sorge zu tragen, dass eine hohe Qualität der ärztlichen Psychotherapie … sichergestellt … wird.*

Stellen Sie damit infrage, dass wir diese hohe Qualität heute haben?

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Gitter. – Der nächste Redner ist mein Kollege Vizepräsident Dr. Crusius.

Vizepräsident Dr. Crusius: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag II-9 sprechen. Ich bitte Sie, diesen Antrag entweder abzulehnen oder an den Vorstand zu überweisen. Ich möchte das wie folgt begründen. Es wird gefordert, eine Ständige Konferenz „Psychotherapie“ bei der Bundesärztekammer einzurichten. Diese brauchen wir nicht, denn wir befassen uns auf dem Deutschen Ärztetag damit. Der Deutsche Ärztetag ist das höchste Gremium.

Anderenfalls stigmatisierten wir die Psychotherapie, denn wir müssten auch für alle anderen Fächer eine Ständige Konferenz schaffen. Die Ausschüsse und Ständigen Konferenzen „Krankenhaus“, „Ambulante Versorgung“, „Ärztliche Weiterbildung“ in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, das Fortbildungsdezernat und das GOÄ-Dezernat befassen sich auch mit der Psychotherapie. Insofern ist es nicht notwendig, eine eigenständige Ständige Konferenz zu schaffen, gerade um dieses Fach nicht zu stigmatisieren.

Schließlich handelt es sich um einen haushaltsrelevanten Antrag. Wir sagen: Wer einen haushaltsrelevanten Antrag stellt, möge bitte gleich die Geldquellen nennen. Die erhobene Forderung ist sowohl für die Landesärztekammern als auch für die Bundesärztekammer finanzrelevant.

Ich wiederhole meine Bitte, den Antrag II-9 entweder an den Vorstand zu überweisen oder ihn ganz abzulehnen. Die Hauptversammlung des Marburger Bundes hat am Samstag einen gleichlautenden Antrag mit großer Mehrheit abgelehnt.

Vielen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Crusius. An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich sagen: Es gibt auf Bundesebene einen gemeinsamen Wissenschaftlichen Beirat von Bundesärztekammer und Psychotherapeutenkammer. Vielleicht kann man diesen Antrag zurückziehen.

Der nächste Redner ist Herr Dr. Loesch.

Dr. Loesch, Brandenburg: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche hier als Vorsitzender des Ausschusses Psychosoziale Versorgung der Landesärztekammer Brandenburg. Das erwähne ich deshalb, weil ich vom Sinn einer derartigen Ausschussarbeit sehr überzeugt bin und mir wünsche, mit vielen solcher Ausschüsse anderer Landesärztekammern zu kommunizieren. Aber dazu müssen diese erst einmal existieren.

Ich bin über die heutige Tagesordnung sehr froh und bedanke mich beim Vorstand sehr dafür. Ich bedanke mich ganz besonders bei Frau Kollegin Dr. Bühren. Ich empfinde den heutigen Tag so, als hätten 30 Jahre eigener intensiver Arbeit – zusammen mit vielen anderen – in Richtung der angesprochenen Thematik nun dazu geführt, dass wenigstens vonseiten der Ärzteschaft die basale Bedeutung von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin anerkannt wird. Das macht Spaß, sich auf dieser Basis weiter zu engagieren.

Ich spreche jetzt zum Antrag II-13, der sich auf den Vorstandsantrag II-2 bezieht, und zwar auf den vierten Punkt auf Seite 4. Das Zitat bezüglich der 40-Prozent-Regelung wurde bereits vorgetragen; deshalb kann ich es mir sparen. Leider haben sich in den Antrag 13 zwei Fehler eingeschlichen. Im ersten Absatz ist in der vorletzten Zeile das Wort „grundsätzlich“ zu streichen. Der letzte Absatz soll folgendermaßen beginnen:

> *Ausdrücklich soll nicht die grundsätzliche Kompetenz Psychologischer Psychotherapeuten angezweifelt werden …*

Nun noch ein paar Worte zur 40-Prozent-Regelung. Es ist logisch, dass freie Vertragsarztsitze aus Versorgungsgründen irgendwann besetzt werden müssen. Ich glaube nicht, dass wir das Jahr 2009 mit der Besetzung verhindern können, denn Versorgung ist nötig. Wenn das der bedauerlichen aktuellen Realität entsprechend durch Ärzte nicht möglich ist, dann eben durch Psychologische Psychotherapeuten, aber mit dem Vorbehalt, dass es Arztsitze bleiben müssen. Diese Plätze sollten für eine spätere Nachbesetzung wieder für ärztliche Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, gleichgültig ob das 2009, 2010 oder 2011 geschieht. Ich denke, auch im Jahre 2011 werden wir nicht in der Lage sein, alle Plätze durch Ärzte – ob nun durch Ärzte für Psychiatrie und

Psychotherapie oder durch Ärzte mit kompletten Zusatzbezeichnungen – zu besetzen.

Durch das Psychotherapeutengesetz werden Psychologische Psychotherapeuten zu Recht als Heilberufler anerkannt. Es kann aber nicht richtig sein, dass daraus de facto eine Gefährdung der ärztlichen Psychotherapie entsteht. Die Psychotherapie hat für uns durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse geprägte Ärzte auch eine meist unbewusste Distanzierung erzeugt. Eigentlich wollen viele gar nicht so recht damit zu tun haben. Wir überlassen dieses Feld auch gern einmal den anderen.

Ich weiß ganz genau, wovon ich rede, denn ich habe in 34 Jahren einen für mich schönen, aber auch sehr schmerzhaften Erkenntnis- und Entwicklungsprozess vom früher einmal hemdsärmeligen Allgemeinmediziner zum speziellen Psychosomatiker, der sich mit großer Freude hauptsächlich mit der psychotherapeutischen Betreuung körperlich Schwerkranker befasst, durchlaufen und durchlitten. Doch in einer Situation wie der gegenwärtigen ist es nicht angebracht, zuzuschauen und den anderen das Feld zu überlassen. Psychoanalyse und psychosomatische Medizin durch Ärzte, ärztliche Psychotherapie, psychiatrische Psychotherapie sind auch im niedergelassenen Bereich notwendig, fruchtbar, bereichernd, effektiv und erhaltenswert. Sorgen wir uns um diese Erhaltung und verhindern wir die gewollte oder ungewollte – Letzteres glaube ich allerdings nicht – Fehlsteuerung durch die Politik.

Ich bitte Sie sehr, meinem Antrag zuzustimmen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Loesch. – Es geht weiter mit Frau Künanz.

Künanz, Nordrhein: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag II-24 sprechen. Im Gegensatz zu vorhergehenden Ausführungen finde ich nicht, dass der Antrag Schrott ist. Das möchte ich wie folgt kurz begründen. Wir haben im öffentlichen Gesundheitsdienst Strukturen, die geeignet sind, im Bereich der Kommune zusammenzuarbeiten. Bei der Schuleingangsuntersuchung sehen die kinder- und jugendärztlichen Dienste vor Ort jedes einzelne Kind. Wir können also mit einer guten Arbeit durch die kinder- und jugendärztlichen Dienste beispielsweise der Gesundheitsämter vor Ort alle Kinder erreichen. Wir sehen uns natürlich nicht in Konkurrenz zu den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, sondern die Arbeit soll im Gegenteil verzahnt werden.

Wir haben mit diesen Tätigkeiten ein niederschwelliges Angebot und erreichen auch Kinder, die ansonsten nicht in der Regelversorgung erreicht werden können. Durch die vorhandene gute Infrastruktur finden Gespräche zwischen den Lehrerinnen und Lehrern auf der einen Seite und den Kinder- und Jugendärzten auf der anderen Seite statt, natürlich im Einvernehmen mit den Eltern. Wenn ein Kind in der Schule oder vielleicht schon im Kindergarten auffällig ist, kann man eine Therapie einleiten oder zunächst einmal eine Untersuchung vornehmen.

Wir haben heute Vormittag in den Referaten gehört, wie schwierig es ist, Kinder, die einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, in eine solche Behandlung zu bekommen. Wenn wir aber präventiv im Kindergarten und in der Schule mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst effektiv zusammenarbeiten, bedürfen die Kinder gar nicht erst dieser Behandlungsmöglichkeiten, weil keine Chronifizierung auftritt.

Ich finde, dass die Länder und Kommunen, wo sich bereits Steuerungsinstrumente befinden, in ihrer Position gestärkt werden müssen. Leider werden auch in den Kommunen angesichts knapper finanzieller Ressourcen die Gelder gekürzt. Insofern wäre es ein gutes Signal vonseiten des Deutschen Ärztetages, die Strukturen explizit zu stärken, damit man mit dem, was vorhanden ist, effektiv arbeiten kann.

Wir werden einen neuen Antrag einreichen, der etwas präziser sein wird, bei dem dann auch die Kinder- und Jugendärzte einbezogen sein werden. Wir wollen niemanden ausschließen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. Die Tatsache, dass Sie eine Änderung beabsichtigen, ist bei mir schon angekommen. Ich weiß nicht, ob wir es neu umdrucken werden. – Jetzt bitte Herr Professor Bach aus Sachsen.

Prof. Dr. habil. Bach, Sachsen: Frau Vizepräsidentin! Meine verehrten Damen und Herren! Die Thematik, über die wir die ganze Zeit sprechen, hat die Qualifizierung der Ärzte in Psychotherapie und psychosomatischer Behandlung in den Mittelpunkt gerückt. Ich möchte – das haben einige vor mir bereits angedeutet – einen berufspolitischen Aspekt ins Spiel bringen, nämlich die Tatsache, dass wir beobachten müssen, dass es eine zunehmende Entärztlichung medizinischen Handelns gibt, die dazu führt, dass andere Berufsgruppen bis in die Verordnung von Medikamenten und die Krankschreibung hinein Ansprüche stellen zu können meinen. Der Arztberuf wird in seiner Funktion zunehmend einge-

schränkt, weil wir zugegebenermaßen ein zu großes Problem mit der Behandlung psychisch Kranker haben.

Es ist auch ein großes berufspolitisches Problem. Deshalb bin ich der Meinung, dass die Idee, eine Ständige Konferenz zu schaffen, nicht schlecht ist; nicht wegen der Fort- und Weiterbildung – das bekommen wir auch so in den Griff –, sondern wegen der berufspolitischen Grenzziehungen, um die es geht, und wegen der Fragen hinsichtlich der Spannungsverhältnisse, die sich naturgemäß zwischen unterschiedlichen Berufen, die auf dem Psychofeld arbeiten, ergeben.

(Beifall)

Wir haben es mit einem zweiten Problem zu tun, nämlich der Tatsache, dass wir eine Verschiebung des Krankheitsbegriffs immer mehr ins Gesunde hinein beobachten müssen, wodurch sich natürlich eine Menge Tätigkeitsfelder mit relativ gefahrlosem Handeln ergeben.

Der Begriff „Depression“ ist sehr fließend. Im Referat von Frau Bühren war er allerdings wohldefiniert, klar und eindeutig. Unter „Depression“ werden leichte Störungen der allgemeinen Gemütslage ebenso verstanden wie schwere Erkrankungen. Auch hier sind Grenzziehungen erforderlich. Deshalb habe ich in meinem Antrag II-21 gefordert, dass wir Standards für die psychotherapeutische Behandlung und Indikationsstellung benötigen, die vorwiegend jene Kranken in den Mittelpunkt rücken, die bisher an der Psychotherapie im engeren Sinne – wohlgemerkt im ambulanten Bereich – eher wenig partizipieren. Das sind die Kerngruppen psychiatrischer Erkrankungen: die Psychosen, die Suchtkrankheiten, die schweren Persönlichkeitsstörungen, die hirnorganischen Erkrankungen usw. In diese Richtung geht mein Antrag.

In der Begründung – nicht im Antrag – heißt es vielleicht etwas locker vom Hocker, dass man Erwägungen hinsichtlich einer Zuzahlung wie bei anderen somatischen Behandlungen auch anstellen könne. Ich bitte Sie, das als reine Erwägung, die in aller Vorsicht angestellt worden ist, zu betrachten. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen, Herr Professor Bach. – Als nächster Redner folgt mein niedersächsischer Kollege Herr Voigt.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Liebe Frau Goesmann! Liebe Frau Bühren! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich spreche zum Antrag II-5. Ich will kurz erläutern, wie es zu diesem Antrag gekommen ist. Er ist das Resultat einer Beratung mit den ärztlichen Mitgliedern unseres Beirats, den wir in Niedersachsen zusammen mit der Psychotherapeutenkammer haben. Das Positionspapier, um das

es hier geht, das seitens der Bundespsychotherapeutenkammer herausgegeben worden ist, beschäftigt sich mit dem sicherlich wichtigen und schwer wiegenden Thema der Zunahme der Zahl psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Zahlen, die in diesem Papier angegeben werden, sind als solche als korrekt anzusehen. Die Herleitung allerdings, dass psychisch kranke Kinder damit automatisch einer Psychotherapie bedürfen, ist in dieser Form sicherlich nicht richtig.

Von daher halten wir es für wichtig und bedeutsam, dass das ärztliche Primat bei dieser Thematik betont wird. Bevor Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen einer Psychotherapie zugeführt werden, bedürfen sie einer vernünftigen somatischen und vor allen Dingen fachärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Untersuchung.

(Beifall)

Erst nach dieser erfolgten Untersuchung kann überhaupt festgelegt werden, ob eine Psychotherapie erforderlich ist. Die Kinder- und Jugendpsychiater, mit denen ich in Kontakt stehe, betonen, dass der Anteil der Kinder, die dann einer Therapie bedürfen, glücklicherweise geringer ist, als einem solchen Positionspapier zu entnehmen ist.

Es ist sehr deutlich: Wir müssen hier das ärztliche Primat betonen. Es ist mir daher wichtig, dass der Deutsche Ärztetag das auch so sieht und diesen Antrag unterstützt.

Im Antrag II-5 a wird eine kleine Änderung gefordert. Der letzte Satz des ersten Absatzes im Antrag 5 soll ersatzlos gestrichen werden. Dieser Satz lautet:

> *Das Versorgungsdefizit darf nicht dazu führen, nicht qualifizierte psychologische Therapeuten zu generieren.*

Was ist der Hintergrund dieses Satzes? Gerade im Bereich der Kindertherapie haben wir es mit psychologischen Therapeuten zu tun, die zum großen Teil gar nicht aus der klassischen Psychologie kommen, sondern die Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Pädagogen gewesen sind und eine Zusatzweiterbildung Psychotherapie gemacht haben. Dieser Personenkreis hat noch geringere Kenntnisse, was Entwicklungsstörungen bei Kindern angeht, und sind daher noch weniger befugt, primär überhaupt zu entscheiden, ob hier eine Therapie erforderlich ist. Von daher halte ich es für ganz wichtig, dass wir diesen Satz beibehalten.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Voigt. – Es folgt Herr Kollege Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrte Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kollegen und Kolleginnen! Das Referat von Frau Dr. Bühren fand ich in vielerlei Hinsicht sehr bemerkenswert. Ich habe daraus sehr viel gelernt. Ich fand es auch sehr gut, dass sie den Bogen von dem Irrsinn der Dokumentation zum Psychothema geschlagen und die Zusammenhänge aufgezeigt hat.

Noch viel wichtiger fand ich, dass sie gezeigt hat – wir müssen nämlich auch über Kosten reden –, wie hoch die gesamtgesellschaftlichen Kosten solcher Krankheiten sind. Wir können es uns als Gesellschaft überhaupt nicht leisten, nicht genügend Geld in die Prävention zu stecken. Anderenfalls kommen massive Kosten auf uns zu.

Ich meine, in diesem Zusammenhang muss man auch den Antrag bezüglich der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste sehen. Wenn unser Appell nicht gehört wird, dort zu investieren und viel Power darauf zu verwenden, werden auf Dauer Kosten auf uns zukommen, die sich nicht allein auf das Gesundheitswesen beziehen, sondern auf die Finanzierung zusätzlicher Knastplätze usw. Dann muss der Gesellschaft angst und bange werden.

Ich möchte ein weiteres Thema ansprechen, das vorhin auch von Frau Ebert-Englert erwähnt wurde. Ich komme aus der Anästhesie und definiere mich primär bestimmt nicht über die Psychofächer. Ich glaube, wir werden diesem sensiblen Thema, das mit Stigmatisierung und Diskriminierung verbunden ist, nicht gerecht, wenn Schreibfehler in Anträgen mehrmals genüsslich vorgelesen werden oder wenn während eines Referats über dieses Thema kichernd Witze gemacht werden. Jeder hält das Thema für wichtig, aber das muss auch nach außen durch einen gewissen Ernst deutlich werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Kollege Köhne. – Es folgt Herr Kollege Hoppe aus Westfalen-Lippe.

Dr. Hoppe, Westfalen-Lippe: Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Wir möchten auf die Posterausstellung im Foyer hinweisen. In einer aktuellen Untersuchung hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe nachweisen können, dass zurzeit zwar die ärztlichen Psychotherapeuten ein breites Spektrum an Psycho-

therapieverfahren und -methoden vorhalten und dass sie in der Lage sind, alle Indikationen zu behandeln, aber die Zahl der Anerkennungsabschlüsse in den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie ist von 179 im Jahre 2001 bis auf 132 im Jahre 2005 zurückgegangen, also um 31 Prozent.

Erschwerend kommt hinzu, dass 31 Prozent der heute psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in den kommenden zehn Jahren das Alter von 65 Jahren überschreiten. Dieser Trend muss durch die Anträge 3, 10 und 11 aus der Ärztekammer Nordrhein beendet werden. Den Antrag 9 ziehe ich zurück.

Ich habe noch ein zweites Anliegen. Viele von Ihnen kennen sicherlich die Publikation – ich habe sie leider nicht im Original vorliegen – „Die Wege zur Psychotherapie“ von der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Aus unseren Ärztekammern sollten aus unserer Sicht bald Kontakte zu dieser Psychotherapeutenkammer aufgenommen werden, um die doch sehr einseitige Psychotherapie zu korrigieren. Wir können nicht verstehen, warum in diesem Flyer die Psychotherapie ausschließlich als psychologische Psychotherapie definiert wird. Wir möchten gern, dass die Definition um die ärztliche Psychotherapie erweitert wird. Anderenfalls führt das bei den Patienten und auch bei uns Ärzten nur zur Verwirrung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Kollege Hoppe. – Es folgt Herr Guss.

Guss, Saarland: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zum Antrag II-4 von Herrn Munte sprechen. Zum einen finde ich die Formulierung „verbesserungswürdig sein könnte“ im ersten Satz etwas schwammig. Hinzu kommt, dass dort steht, dass man eine Dokumentationspflicht schwerpunktmäßig fördern sollte. In der Begründung steht, dass in Bayern geplant ist, ein elektronisches Dokumentations- und Rückmeldesystem einzuführen. Ich darf an die brillante Rede unseres Präsidenten erinnern, in der er von der Verbürokratisierung der Ärzte und davon gesprochen hat, dass wir das nicht haben wollen. Aus diesem Grunde möchte ich Sie bitten, den Antrag II-4 von Herrn Munte abzulehnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Es folgt Frau Dr. Groß.

Dr. Groß, Nordrhein: Frau Vizepräsidentin! Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte primär zu zwei Anträgen Stellung nehmen. Zum einen müssen wir nach außen hin eine Klärung des Begriffs herbeiführen. Im Gegensatz zu den Psychologischen Psychotherapeuten müssen die ärztlichen Psychotherapeuten entsprechend vertreten werden. Dies gilt für Verträge, dies gilt für Vereinbarungen, dies gilt insbesondere für Gesetze. Dies gilt natürlich auch für Bezeichnungen. Ich finde den Begriff „Psychotherapeutenkammer“ sehr verwirrend. Gäbe es Psychotherapeutenkammern, müsste ich zwischen Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer wählen können. Das kann draußen niemand verstehen; das verstehen ja nicht einmal viele Kolleginnen und Kollegen, die immer wieder auf die Überweisung „Psychologe“ schreiben, wenn sie an mich überweisen wollen. Ich bin Ärztin und möchte es auch gern bleiben. Ich bin ärztliche Psychotherapeutin.

Es gibt diesen Begriff des ärztlichen Psychotherapeuten offiziell nicht. Deshalb habe ich den Antrag 25 gestellt, dass in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wird, dass es den Begriff „ärztlicher Psychotherapeut“ gibt, damit dieser Begriff geschützt wird.

Ich muss zusätzlich noch etwas zum Antrag 9 sagen. Ich finde sehr wohl, dass wir in der Bundesärztekammer eine entsprechende Vertretung haben müssen, denn es gibt auf keinem anderen Gebiet eine professionelle „Gegenkammer“, wie wir sie in der Psychotherapeutenkammer haben. Ich finde, dieser Antrag ist gerechtfertigt. Ich bitte um Unterstützung.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Groß. – Jetzt Frau Dr. Rothe-Kirchberger.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Zunächst möchte ich mich bei Herrn Professor Hoppe dafür bedanken, dass er gestern auf der Eröffnungsveranstaltung auf das umgekehrt proportionale Verhältnis zwischen den Aufgaben für Psychotherapie und den Ausgaben für Arzneimittel in Südbaden und in Sachsen-Anhalt hingewiesen hat. Das fand ich sehr eindrücklich. Man kann sich Gedanken darüber machen, was das zu bedeuten hat.

Ich möchte die sehr interessanten Ausführungen von Frau Bühren hinsichtlich der posttraumatischen Störungen etwas ergänzen. Mir erscheint wichtig, auch auf die politische Gewalt hinzuweisen. Alle, die mit politischen Flüchtlingen arbeiten, kennen sich mit dieser Thematik aus und wissen, wovon ich spreche.

Die Abwanderung zur Komplementärmedizin, zu den psychologischen Heilpraktikern, bringt noch einen anderen Aspekt mit sich, den ich wichtig finde: Den Patienten, die aufgrund unserer Bedarfsplanung keine Behandlungsplätze bei den zugelassenen Psychotherapeuten bekommen und dann zu solchen Psychotherapeuten im grauen Markt gelangen, ist oft nicht bewusst, dass sie dort sehr viel ungeschützter sind, da es dort keine Schweigepflicht gibt. Es gab schon Klagen, dass sich die Patienten an uns gewandt und gesagt haben: Da sind Dinge weitergetragen worden. Darauf müssen wir antworten: Leider können wir Ihnen nicht helfen, weil es für Heilpraktiker keine Schweigepflicht gibt.

Ich möchte die psychosomatischen Grundlagen, die Frau Gitter vorhin angesprochen hat, aufgreifen. Sie stehen zwar in den allgemeinen Bestimmungen und sind angeblich prominent, aber dort steht nichts, wie sie konkret weitergegeben werden sollen. Solange unter insgesamt 18 Punkten lediglich vier Punkte in dieser Richtung aufgeführt sind, solange nicht deutlicher und klarer wird, wie das vermittelt werden soll, handelt es sich eigentlich um reine Theorie. Mein Antrag II-14, den ich zu unterstützen bitte, zielt darauf ab, dass diese Grundkenntnisse solide vermittelt werden müssen, um Wirkung zu entfalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Wir danken Ihnen, Frau Rothe-Kirchberger. – Es folgt Frau Dr. Schulenberg aus Baden-Württemberg.

Dr. Schulenberg, Baden-Württemberg: Ich bitte Sie, meinem Antrag II-20 zuzustimmen, der sich damit befasst, dass die Kompetenz in Psychosomatik auch anderen so genannten somatischen Fächern zugänglich gemacht wird. Ich bin seit über 30 Jahren in der Chirurgie tätig und beschäftige mich in der Hauptsache mit Krankheiten, die überwiegend psychisch-somatisch bedingt sind. Ich habe größte Schwierigkeiten, meinen Patienten klar zu machen, dass ich ihre psychischen Probleme, die sich somatisch darstellen, nicht unbedingt wegoperieren kann.

Ich bitte Sie um Zustimmung zu diesem Antrag und möchte mit einem Zitat aus dem heutigen „Deutschen Ärzteblatt“ enden. Ein Kollege sucht eine Arbeitsstel-

le mit den Worten: Langjähriger diplomierter Arzt mit Akupunktur mit Herz sucht neuen Wirkungskreis. – Vielleicht ist das unser Problem.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. Wir haben doch alle ein Herz, oder? – Es folgt Herr Dr. Lorenzen aus Baden-Württemberg.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Meine Damen und Herren! Durch das Psychotherapeutengesetz sind ärztliche und psychologische Psychotherapie in die gesetzliche Krankenversicherung integriert. Das ist gut so und hat den Mangel an Psychotherapie gemildert. Wenn jetzt der Mangel an ärztlichen Psychotherapeuten beklagt wird, so ist das in gewisser Weise hausgemacht. Ärztliche Psychotherapie, insbesondere Psychosomatik, hat es versäumt, ein wirkliches Profil zu entwickeln. Die ärztliche Psychotherapie muss sich auf den ihr eigenen Feldern, nämlich der Psychosomatik und der integrierten Behandlung von somatischen und psychischen Aspekten von Krankheit, weiterentwickeln. Es müssen Konzepte entwickelt werden, die in die allgemeinärztliche und in die fachärztliche Arbeit integriert werden.

Alle Ärzte müssen in der Lage sein, mit schwierigen und psychisch kranken Patienten umzugehen. Chronisch psychosomatisch Kranke, suchtkranke und krebskranke Patienten werden oft allein gelassen. Das darf nicht passieren. Wir müssen ein eigenes ärztliches Profil entwickeln.

Ich bitte Sie, dem Antrag 18 zuzustimmen, in dem ich den Vorstand auffordere, Strukturen zu schaffen, in denen die psychosomatischen Kompetenzen aller in direktem Kontakt mit Patienten stehenden Ärzte verbessert werden und in denen die Balint-Arbeit entsprechend gefördert wird. Schließlich müssen neue psychosomatische Konzepte angestoßen und gefördert werden.

Vielen Dank.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Lorenzen. – Es folgt Herr Dr. Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Sehr verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Gerade durch Versorgungsforschung und Strukturverträge haben wir in vielen Bereichen in Bayern auch für die Psychotherapie Honorare sichern können. Als KV-Chef ist es ja meine Pflicht, hier etwas zu tun. Wir, ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, haben ein Projekt entwickelt, Versorgungsforschung zu

ermöglichen, gut zu dokumentieren und Defizite aufzuzeigen. Dieses Projekt wird in den nächsten Wochen anlaufen. Die Entwicklungszeit betrug Jahre.

Etwas Ähnliches gibt es an der Universität Regensburg mit Patienten, die an einem Mammakarzinom leiden, die entsprechend betreut werden, und zwar mit einer Dokumentation auf PC-Basis für die Ärzte und auf PDH-Basis für die Patienten. Das bedeutet nicht mehr, sondern weniger Bürokratie. Es ist einfacher, übersichtlicher und auswertbar im Sinne von Versorgungsforschung. Deshalb bitte ich Sie, meinen Antrag, der für viele Tätigkeiten, gerade wenn es um die sprechende Medizin geht, zukunftsweisend sein wird, zu unterstützen. Auch wenn Sie diesen Antrag ablehnen sollten – ich wundere mich darüber, dass hier so wenige dagegengesprochen haben –, wird die Entwicklung diese Richtung nehmen. Es wäre hilfreich, das gemeinschaftlich zu entwickeln.

Jetzt noch kurz zu dem Vorstandsantrag II-2. Sie wissen, die Integrationsverträge nach § 140 sind im Augenblick en vogue. Es gibt über 3 000 Einzelverträge. Inwieweit das so bleiben wird, ist unsicher, da die Anschubfinanzierung nur bis zum Ende des nächsten Jahres gewährleistet ist. Wenn Sie, lieber Vorstand, dort formulieren, dass der Deutsche Ärztetag den bedarfsgerechten Ausbau vernetzter und integrierter gemeindenaher Versorgungssysteme im Sinne des § 140 fordert, dann führt das meiner Meinung nach unter Umständen in eine Sackgasse. Wenn die Verträge nicht weiter mit einer Anschubfinanzierung unterlegt werden, können sie als Einzelverträge nicht fortbestehen. Der KBV-Vorstand fordert den § 73 d, also die Einbeziehung des KBV-Systems in solche Verträge, die dann im Kollektivvertragssystem möglich wären. Damit wäre es möglich, eine solche Entwicklung im Kollektivvertragssystem und nicht im Einzelvertragssystem vorzusehen, was für die Versorgung von großer Bedeutung ist.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Kollege Munte. An dieser Stelle möchte ich, ohne der Diskussion in den nächsten Tagen vorzugreifen, Folgendes sagen. Wir haben bei der Bundesärztekammer das Förderprogramm für Versorgungsforschung aufgelegt. Sie haben gerade gefordert, dass gerade im Bereich der psychischen Krankheiten die Versorgungsforschung betrieben werden sollte. Es sind zu unserem Projekt einige interessante Anträge eingegangen. Wir werden darüber berichten, wie mit ihnen verfahren werden soll. Auf diesem Sektor tut sich also etwas.

Als nächster Redner folgt Herr Dr. Bangemann aus Bayern.

Dr. Bangemann, Bayern: Verehrte Frau Vizepräsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Änderungsantrag II-2 c. Ich möchte den Deutschen Ärztetag bitten, ihn mit Nichtbefassung oder Ablehnung zu bedenken. Der Antrag reicht tief hinein in das Vertragsarztrecht, in die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben der Verträge nach §§ 73 und 140. Er berührt sehr tief die Interessen von Krankenkassen, Patienten, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern und anderen.

Wir wären gut beraten, hier Neutralität zu wahren, wie wir es heute Morgen schon bei einem anderen Antrag bewiesen haben. Mit Verlaub gesagt: Es ist wirklich keine Angelegenheit dieses Ärztetages bzw. der Kammern, dazu Stellung zu nehmen, wie im Vertragsarztrecht Gesetze umgesetzt werden müssen.

Wir sollten der Pluralität im freien Vertragswettbewerb den Vorrang lassen. Deshalb bitte ich darum, in diesem Punkt dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer einstimmig zu folgen.

Danke.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Bangemann. – Als nächster Redner Herr Dr. Joas, ebenfalls aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche kurz zum Antrag 4. In ihm geht es um Unter- und Fehlversorgung bei Depression. Der erste Satz lautet – sehr konspirativ –:

> *Dem Deutschen Ärztetag liegen Hinweise vor, dass die Versorgung von depressiv Kranken in Deutschland verbesserungswürdig sein könnte.*

Warum eine solche konspirative, vorsichtige Formulierung? Die Aussage ist höchstwahrscheinlich richtig. Es bedarf also nicht solcher IM-Formulierungen. Wir können sicherlich etwas daran tun.

Auch mein Vorredner hat bereits die Frage gestellt: Brauchen wir hier Versorgungsforschung und eine erneute Dokumentationspflicht, um zu belegen, was wir eh schon wissen? Es ist interessant, was eben bereits ausgeführt wurde: 80 Prozent der Depressionen werden von Hausärzten behandelt. Ich nehme an, dass diese Situation verbesserungswürdig ist. Insofern ist der erste Satz richtig. Das haben wir von hausärztlicher Seite bereits erkannt und auch schon etwas getan. Man muss sich nur einmal anschauen, welche strukturierten Fortbildungen von hausärztlicher Seite aus durchgeführt werden. Dieses Thema ist aufgenommen und wir forcieren es. Ich glaube, wir sind auf dem richtigen Weg.

Das ist erkannt, das ist besprochen, das läuft schon. Deshalb brauchen wir keine neuen bürokratischen Vorgaben, um etwas zu belegen, was wir eh schon wissen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Joas, auch für den etwas humoristischen Hinweis auf den Krimibereich. – Jetzt noch einmal Frau Dr. Ebert-Englert aus Niedersachsen.

Dr. Ebert-Englert, Niedersachsen: Ich möchte zum Antrag II-15 sprechen und kurz die Entstehungsgeschichte schildern. Ich bin von Niedersachsen in den Beirat der Psychotherapeutenkammer gewählt worden. Unbill droht uns nicht nur von der Politik, sondern auch von den Psychologischen Psychotherapeuten. Wir sollen durch deren Alleinvertretungsanspruch immer mehr verdrängt werden.

Die Psychologen haben gefordert, eine Ermächtigung zur Weiterbildung von Ärzten zu erhalten. Sie wollten verhaltenstherapeutische Balint-Gruppen anbieten. Wir haben in unsere Weiterbildungsordnung geschaut und haben festgestellt, dass das herausgefallen war. Deshalb möchte ich mit meinem Antrag II-15 darauf hinweisen, dass verhaltenstherapeutische Balint-Gruppen wichtig sind und wieder eingeführt werden sollten, gerade auch für Ärzte, um diesem Wettbewerb entgegenzutreten.

Ich habe mir von der Landesärztekammer Hessen sagen lassen, dass das bereits schon wieder korrigiert worden ist. Vielleicht kann man das bundesweit tun.

Man könnte ja parallel zur Ärztekammer statt „Psychotherapeutenkammer“ wieder „Psychologenkammer“ sagen. Das wäre nur der allgemeine Sprachgebrauch, nicht offiziell. Das ist nur ein Vorschlag.

Ich möchte an meinem Antrag II-5 eine Minikorrektur anbringen. In der drittletzten Zeile des ersten Absatzes muss es statt „Jugendlichenpsychotherapeuten“ „Jugendpsychotherapeuten“ heißen. Wenn Sie das bitte noch verbessern.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Frau Ebert-Englert. – Als nächste Rednerin Frau Roth-Sackenheim aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Roth-Sackenheim, Rheinland-Pfalz: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz einige Bemerkungen zu ein paar Anträgen machen. Ich komme zunächst zum Antrag II-9. Ich bin sehr für die Einrichtung eines Gremiums für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesärztekammer. Eine Vorrednerin hat den Ausdruck „Gegenkammer“ geprägt. Ich denke, hier handelt es sich um etwas anderes. Ein solches Gremium ist doch sehr zu unterstützen. Vielleicht kann man sich mit einer Vorstandsüberweisung behelfen.

Ich möchte kurz noch etwas zu den Anträgen II-18 bis II-20 sagen, damit es nicht zu Missverständnissen kommt: Die Fort- und Weiterbildung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in den psychosomatischen Fachgebieten ist Bestandteil des Antrags II-2. Es geht nicht nur um die Verbesserung der psychosomatischen Kompetenzen, sondern auch um die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Kompetenzen.

Für den Antrag II-20 gilt dasselbe. Zum Antrag 21 von Herrn Professor Bach möchte ich sagen: Die Psychotherapierichtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen hat und im Moment überarbeitet, legen genau fest, welche Diagnosen mit der Richtlinienpsychotherapie behandelt werden können. Alltägliche Befindlichkeitsstörungen gehören nicht dazu. Sie gehören auch nicht zum Behandlungsspektrum der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Dr. Kaplan aus Bayern.

Dr. Kaplan, Bayern: Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin! Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Frau Bühren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Delegierte! Ich spreche zum Antrag II-11 neu, der fordert, dass die Qualifikation „psychologische Grundversorgung“ in der Weiterbildungsordnung bei allen patientenbezogenen Fächern aufgenommen wird. Ich bin nicht dagegen, bitte Sie aber, zu bedenken, dass es bei solchen Anträgen sicherlich Sinn macht, das vorher mit den entsprechenden Fachgesellschaften abzustimmen, in der Ständigen Konferenz „Weiterbildungsordnung“ darüber zu diskutieren und es dann in die Weiterbildungsordnung einzubringen.

Deswegen bitte ich Sie, alle Anträge, die unmittelbar in die Weiterbildungsordnung eingreifen, an den Vorstand der Bundesärztekammer zu überweisen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Kollege Kaplan. Wir haben diese Anträge bereits zusammengestellt und werden nachher vortragen, um welche Anträge es sich handelt. – Es geht weiter mit Herrn Dr. Mayer aus Bayern.

Dr. Mayer, Bayern: Frau Vizepräsidentin! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Leider hat noch niemand den Antrag auf Schluss der Debatte gestellt. Ich kann diesen Antrag nicht stellen, weil ich schon gesprochen habe. Deshalb muss ich weiterreden.

Meine Damen und Herren, ich bitte Sie, den Antrag 5 a abzulehnen. Herr Voigt hat als Antragsteller des Antrags 5 schon eindeutig Stellung bezogen. Ich möchte ergänzen: Es handelt sich nicht um eine allgemeine Diskriminierung der nicht ärztlichen Psychotherapeuten, sondern expressis verbis um nicht ausreichend qualifizierte nicht ärztliche Psychotherapeuten. Wir Ärztinnen und Ärzte tun eine ganze Menge, um die Qualität zu sichern. Wir wissen aber nicht, ob die Körperschaften anderer Heilberufe Ähnliches tun und um Ähnliches bemüht sind. Deswegen sollten Sie den Antrag 5 annehmen und den Antrag 5 a ablehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Mayer. Niemand muss reden, aber wir freuen uns natürlich über jeden Beitrag. – Jetzt bitte Frau Professor Krause-Girth.

Prof. Dr. Krause-Girth, Hessen: Auch ich stimme dem Antrag II-5 zu. Ich denke, der Antrag II-5 a könnte die Kooperation mit den Psychologischen Psychotherapeuten eher verbessern. Als Beiratsvorsitzende in Hessen habe ich zu erkennen gelernt, wann man die psychologischen Kollegen verletzt. Wenn in einem Antrag von nicht qualifizierten Psychologischen Psychotherapeuten die Rede ist, dann sät man böses Blut. Das ist überhaupt nicht nötig, um das Anliegen des Antrags, das ich völlig unterstütze, deutlich zu machen.

Es geht natürlich um das Primat der ärztlichen Versorgung. Die Arbeit kann ja auch gar nicht von Psychologen geleistet werden; das ist gar keine Frage. Mei-

nes Erachtens streicht man inhaltlich nichts ab, wenn man böses Blut vermeidet.

Ich schlage vor, auch an anderen Stellen die psychologischen Kolleginnen und Kollegen nicht zu provozieren. Ich finde die Formulierung im Vorstandsantrag, dass eine Anstellung von Ärzten bei Psychologen nicht möglich sein sollte, auch einen Punkt, bei dem sich psychologische Kollegen verletzt fühlen können. Sie könnten aus dieser Formulierung lesen: Die Ärzte wollen immer bestimmen und immer die Führungsposition haben. Warum können nicht auch wir einmal an bestimmten Stellen eine Führungsposition einnehmen?

Wenn man das streicht, nimmt man inhaltlich nichts weg. Im Antrag 2 d wird ein guter Vorschlag gemacht, wie das inhaltliche Anliegen auf eine, wie ich finde, sehr viel kompromisshaftere und bessere Art zum Ausdruck gebracht werden kann. Ich will den Antragstext aus Zeitgründen jetzt nicht vorlesen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Auch Ihnen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Heister aus Nordrhein.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Im Leitantrag des Vorstands steckt eine Menge Arbeit. Ich denke, der Antrag ist deshalb so ausführlich, weil betont werden soll, wie wichtig das Thema ist. Ich empfehle Ihnen dringend, diesen Leitantrag anzunehmen, weil eine Ablehnung eine sehr ungünstige Außenwirkung hätte.

Ich bin dankbar, dass meine Präzisierung zum Antrag 2 b in Form des Antrags 2 d von der Antragstellerin befürwortet wird.

Ich möchte kurz etwas zu der Frage einer Ständigen Konferenz sagen. Die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind konkurrierende Berufsgruppen. Ich glaube nicht, dass hier jemand verletzt sein kann. Diese konkurrierenden Berufsgruppen verfügen über ein inzwischen recht schlagkräftiges Kammersystem, von der Peripherie der Länder bis zur so genannten Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin, die ja in Wahrheit eben nicht die Kammer aller Psychotherapeuten ist, sondern lediglich die Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Diese Kammer besetzt hoch professionell alle ihr relevant erscheinenden Themenfelder und ist – das muss ich leider sagen – unserer Bundesärztekammer in der Regel mehrere Schritte voraus. Dem kann

man nicht gegensteuern, indem man Einzelthemen von Referenten, die über mehrere Ressorts verteilt sind, bearbeiten lässt. Dem kann man nur gegensteuern, dem kann man nur gerecht werden, indem man zumindest diese Kräfte bündelt. Insofern bitte ich Sie, dem Antrag 9 auf Einrichtung einer Ständigen Konferenz zuzustimmen.

Zum Schluss möchte ich noch kurz die Frage der psychosomatischen Grundversorgung ansprechen. Es ist sicher richtig, dass sie schon im allgemeinen Teil der Weiterbildungsordnung berücksichtigt ist. Wie ich höre, ist es so, dass die Inhalte der psychosomatischen Grundversorgung selten geprüft werden. Ich halte es schon für sehr erwägenswert, die psychosomatische Grundversorgung zu stärken.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Auch Ihnen vielen Dank. – Es folgt Frau Löber-Kraemer.

Löber-Kraemer, Nordrhein: Verehrte Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe im Plenum den Unmut über die ausufernde Befassung mit diesem Tagesordnungspunkt mitbekommen. Deshalb versuche ich es jetzt ganz kurz zu machen. Das meiste ist ja auch schon gesagt worden.

Beim Antrag 11 neu ist genau das passiert, was uns ständig passiert. Es geht um die psychosomatische Grundversorgung. Leider steht in dem Antrag „psychologische Grundversorgung“. So nahe liegt das beieinander, so wenig ist das für denjenigen, der sich nicht ständig damit befasst, voneinander zu unterscheiden.

Wir müssen jetzt ein Zeichen setzen und klar zeigen, dass die Psychotherapie zum Kernbereich ärztlichen Handelns gehört. Dazu gehört für mich, dass das in der Bundesärztekammer durch eine entsprechende Ständige Konferenz repräsentiert wird. Wir haben über die Finanzierung diskutiert. Ich meine, wenn wir Ärzte da nicht aufpassen, ist das aus unserem Bereich weg. Dann passiert das, worauf Frau Roth-Sackenheim in dem Interview mit dem „Deutschen Ärzteblatt“ hingewiesen hat, nämlich dass dann die Kompetenz für die Behandlung psychischer Erkrankungen bei den Psychologischen Psychotherapeuten liegt. Von daher bitte ich Sie dringend, deutliche Signale zu setzen. Herr Kaplan hat auf Ungereimtheiten hingewiesen. Ich denke, das darf nicht untergehen. Hier ist die Vorstandsüberweisung angebracht.

Ich hoffe, dass Sie verstanden haben, dass wir Sie nicht in irgendeiner Form damit belästigen wollen, sondern dass es sich hier um ein wichtiges Thema im Bereich unseres ärztlichen Tuns handelt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank auch an Sie. – Es folgt der Kollege Thierse aus Berlin.

Dr. Thierse, Berlin: Verehrtes Präsidium! Meine Damen und Herren! Zunächst einige Worte zum Antrag II-9. Dazu hat Herr Crusius bereits einiges ausgeführt, welche Auswirkungen dieser Antrag auch in finanzieller Hinsicht hätte. Man muss auch fragen: Was steckt inhaltlich dahinter? Es wird erklärt, man brauche eine Ständige Konferenz „Psychotherapie“ zur Sicherstellung der Versorgung und des flächendeckenden Zugangs. Die Sicherstellung der Versorgung ist keine Aufgabe der Bundesärztekammer.

Welche Interessen kann eine Ständige Konferenz „Psychotherapie“ noch befriedigen? Sie kann sich mit Weiterbildungsfragen beschäftigen. Dafür haben wir die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“, die wir ganz bewusst von Berufsverbänden und Fachverbänden freigehalten haben. Diese Ständige Konferenz wird von Delegierten der einzelnen Bundesländer gebildet, wobei alle Fächer vertreten sind. Auch die PPP-Fächer sind dort mehrfach vertreten.

Zur Abgrenzung gegenüber anderen Berufen: Da gibt es die „Deutsche Akademie der Gebietsärzte“. Dem Ihnen vorliegenden Tätigkeitsbericht 2005 der Bundesärztekammer können Sie entnehmen, dass der einzige Berufsverband, der dort durch N. N. vertreten ist, der Berufsverband Psychotherapie ist. Was soll die Ständige Konferenz noch anderes erledigen?

Ich kann letzten Endes nur an Sie appellieren: Lehnen Sie diesen Antrag ab. Nehmen Sie Abstand davon, das umzusetzen.

Im Antrag II-6 heißt es, alle Psychotherapieleistungen sollten angemessen honoriert werden und einen gestützten Punktwert erhalten. In unserer Zeit, da die Ärzte zunehmend auf die Straße gehen, weil alle Fächer von einem verfallenden Punktwert betroffen sind und von Nichtbezahlung, ist es sicherlich nicht opportun, wenn eine einzelne Berufsgruppe fordert: Wir werden gut honoriert, alle anderen nicht. Die Auswirkungen, die das haben kann, haben wir in Berlin gerade zur Genüge gespürt, indem uns mächtige Teile des Facharztbudgets weggenommen wurden und alle Fachärzte noch weniger bekommen, weil es

einen gestützten Punktwert gibt. Die Kassen haben keinen Cent nachgelegt. Das musste also aus dem gesamten Budget genommen werden. Das ist unsolidarisch.

Der Antrag kann in dieser Zeit nur lauten: Alle ärztlichen Leistungen sollen angemessen honoriert werden und eine feste Vergütung erhalten. Ich kann Ihnen gern vorlegen, was ich pro Patient im Quartal bekomme. Ich denke, andere Fächer können das genauso belegen. Das ist nicht weit von dem entfernt, was inkriminiert wird, dass es für 50 Minuten gezahlt wird.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Thierse. – Es folgt Herr Ellereit aus Bremen. Er hat auf seiner Wortmeldung notiert, dass er zur „Dramatik der psychotherapeutischen Versorgung“ sprechen möchte.

Ellereit, Bremen: Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ein paar Worte aus der Praxis zu dem, was Herr Thierse gesagt hat. Natürlich sind wir nicht der Meinung, dass die anderen Ärzte weniger bekommen sollen, sondern alle sollen ausreichend Geld bekommen. Aber die Psychotherapie befindet sich im Moment in einer besonderen Situation. Vielleicht haben wir es selbst mit verursacht, dass wir im ärztlichen Kreis nicht so geachtet sind. Ich glaube, wir haben uns ein wenig rar gemacht. Von daher finde ich es sehr gut, dass wir heute so viel Raum haben.

Eine wichtige Frage ist: Wie können wir dazu beitragen, dass die Kollegen in den Praxen entlastet werden? Ich habe in Bremen durchzusetzen versucht, dass wir, wenn von niedergelassenen Kollegen Anfragen kommen nach einer Untersuchung eines Patienten, innerhalb einer Woche einen Termin zur Verfügung stellen, dass wir dafür Termine freihalten, sodass nicht diese ewigen Wartezeiten vorhanden sind, mit denen unsere Kollegen und auch die Patienten ansonsten überfordert sind. In sechs Wochen ist eine Krise nicht mehr so akut, sie kann nicht mehr hilfreich genutzt werden.

Ich möchte einen Hinweis auf Fortbildungsveranstaltungen geben. Die Bremer Akademie für ärztliche Fortbildung hat mich gebeten, auf ein Psychotraumatologie-Curriculum hinzuweisen, das in Bremen, aber auch anderswo angeboten werden kann und sehr erfolgreich ist.

Unser Präsident hat in der Eröffnungsveranstaltung den Begriff geprägt: come in and burn out. Ich möchte darauf hinweisen, dass die therapeutischen Fortbil-

dungen der Ärztekammern in Langeoog, Weimar, Lübeck und Bad Salzuflen sehr gut von allen Kollegen genutzt werden können, sich diesem Burn-out zu widersetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Es folgt Herr Kollege Gadomski vom Vorstand der Bundesärztekammer.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Frau Vizepräsidentin! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz etwas zum Antrag 9 sagen. Der Antrag geht von einer falschen Voraussetzung aus. Es gibt kein Referat „Psychotherapie“ bei der Bundesärztekammer. Ferner gab es schon einmal einen PPP-Ausschuss. Er wurde damals wegen vieler Schwierigkeiten wieder aufgelöst. Die Weiterbildungsfragen werden – Herr Thierse hat es bereits erwähnt – vom Weiterbildungsausschuss, vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung, vom Ausschuss „Gebührenordnung“ und vom Ausschuss „Ärztinnen“ behandelt. Die Antragsteller müssten meines Erachtens erst einmal darlegen, warum die Probleme der Psychotherapie nicht in diesen genannten vorhandenen Fachgremien gelöst werden können.

Durch die Gründung einer Ständigen Konferenz „Psychotherapie“ grenzt man dieses Gebiet aus. Man darf aber nicht ausgrenzen, wenn man wirklich entstigmatisieren will.

Aus diesen Gründen bitte ich Sie, den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Gadomski. – Es folgt Herr Kollege Zimmermann aus Niedersachsen.

Dr. Zimmermann, Niedersachsen: Frau Vizepräsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zu den Anträgen 23 und 23 a. Wenn man den Antrag 23 liest, denkt man zunächst: Ist doch klar. Es geht darum, dass wir viele Häuser der Grund- und Regelversorgung haben, in denen es durchaus Patienten mit psychiatrischen Diagnoseziffern innerhalb von beispielsweise internisti-

schen Krankheitsbildern gibt. Wenn wir fordern, dass wir regelmäßig einen Psychiater hinzuziehen müssen, den es zurzeit nicht immer in adäquater Nähe gibt, insbesondere bei der Akutversorgung von Patienten, dann geraten wir hier in Versorgungsnotstände.

Andererseits kann es nicht sein, dass in diesen Häusern die Vergütung über eine Nichtkodierung – nichts anderes steht ja in diesem Antrag – entzogen wird. Das geht nicht. Dann muss man sagen, dass dasselbe in der ambulanten Praxis gilt. Dann muss jeder Allgemeinmediziner oder jeder hausärztlich tätige Internist, der eine solche Diagnose stellt und auch zur Abrechnung bringt, letztendlich ein Fachkonsil mit einem entsprechenden Psychiater oder einem Vertreter anderer P-Fächer hinzuziehen.

Ich bitte also darum, die Anträge 23 und 23 a abzulehnen. Wenn Ihnen das zu schwer fällt, überweisen Sie diese Anträge bitte an den Vorstand. So jedenfalls kann es nicht gehen.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Zimmermann. – Es folgt Herr Veelken aus Berlin.

Veelken, Berlin: Wir haben uns überhaupt nicht abgesprochen. Aber auch ich möchte zu den Anträgen 23 und 23 a sprechen. Das würde nicht nur für die Krankenhäuser der Regelversorgung gelten, sondern selbstverständlich würden wir alle zugestehen, dass der Chirurg einen Hypertonus, auch einen komplizierten Hypertonus, diagnostizieren kann. Natürlich kann auch der Psychiater ein chronisches Schmerzsyndrom bei einer degenerativen Wirbelsäulenerkrankung diagnostizieren, ohne einen Neurochirurgen hinzuzuziehen. Genauso würde ich mir als einem stationär tätigen Neurochirurgen zugestehen, im Zweifelsfall eine Somatisierungsstörung bei chronischem Rückenschmerz zu diagnostizieren. So etwas muss selbstverständlich sein. Ich kann nicht verstehen, wie ein solcher Antrag gestellt werden kann.

Der Antrag 23 a ist bemerkenswert, weil er im Hinblick auf den ambulanten Bereich erklärt, es würde der Versorgungsrealität widersprechen, wenn man jedes Mal einen fachlich qualifizierten Arzt – ich nehme an, den Psychiater oder den Psychotherapeuten – hinzuzieht. Ich kann nur sagen: Das widerspricht der Versorgungsrealität in jedem Krankenhaus, und zwar nicht nur in der Grundversorgung, sondern auch in der Maximalversorgung. Das sorgt für eine Liegezeitverlängerung usw. Ich halte den Antrag für völlig unsinnig und bitte um Ablehnung.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Dr. Boie aus Schleswig-Holstein.

Dr. Boie, Schleswig-Holstein: Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Frau Goesmann! Ich spreche zum Antrag II-24. In diesem Antrag werden Länder und Kommunen aufgefordert, die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in den Kommunen zu stärken und gegebenenfalls finanzielle Mittel für Kooperationsmodelle mit Kinder- und Jugendpsychiatern zur Verfügung zu stellen. Ich glaube, dieser Antrag sollte um zwei Begriffe erweitert werden. Ich meine, es ist wichtig, dass Kinder- und Jugendärzte in diesem Antrag ebenfalls erwähnt werden, ebenso die Allgemeinärzte, die in der hausärztlichen Praxis tätig sind. Begründen kann man dies damit, dass Kinder- und Jugendärzte und Hausärzte, die Kinder betreuen, diese Kinder von Anfang an bei den Vorsorgeuntersuchungen sehen und die Entwicklung der Kinder besser erkennen können als Schulärzte und Jugendärzte im Schuldienst, die die Kinder einmal bei der Kindergartenuntersuchung und einmal bei der Schuleingangsuntersuchung sehen und vielleicht auch erkennen können.

Es geht nicht nur um therapeutische Kooperationsmodelle, sondern aus meiner Sicht auch um Kooperationsmodelle zur Diagnostik des Ganzen. Deswegen noch einmal meine Bitte: Erweitern Sie das und stimmen Sie einer Erweiterung zu. Ich weiß, wovon ich spreche. Ich bin nicht nur Allgemeinarzt, sondern auch Kinder- und Jugendarzt und betreue diese Kinder.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Die letzte Wortmeldung kommt von Frau Dr. Rothe-Kirchberger aus Baden-Württemberg.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Ich habe bereits vorhin auf die psychosomatischen Grundlagen für alle Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung hingewiesen. Ich möchte das präzisieren. Ich habe vorhin vier Punkte erwähnt; das war vielleicht ein bisschen zu viel auf einmal. Mir geht es darum, dass die Grundlagen in allen Gebieten der unmittelbaren Patientenver-

sorgung ausreichend vermittelt werden, damit nicht zusätzliche Konsile einberufen werden müssen. Ich bin der Meinung, dass das, basierend auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, zur grundsätzlichen Ausstattung aller somatisch tätigen Fachärzte gehören sollte.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herzlichen Dank.

Das war die letzte mir vorliegende Wortmeldung. Allen, die so engagiert, sachlich und nicht ausgrenzend an der Diskussion teilgenommen haben, einen herzlichen Dank vom Präsidium und vom Vorstand.

Ich darf jetzt Frau Dr. Bühren das Wort geben, damit sie zusammenfassend zu den aufgeworfenen Fragen Stellung bezieht.

Dr. Bühren, Referentin: Liebe Kollegen und Kolleginnen! Ich bin ganz begeistert, wie vielseitig hier diskutiert wurde. Ich möchte mich zunächst einmal ganz herzlich für die sehr gute Zusammenarbeit mit Frau Dr. Schoeller bedanken.

(Beifall)

Sie hat sich wirklich sehr gut eingearbeitet und ihr ganzes Herzblut dieser Aufgabe gewidmet.

Ich möchte einzelne Punkte aus der Diskussion herausgreifen. Frau Gitter, das letzte Mal, dass in einem eigenen Tagesordnungspunkt die Problematik der psychisch kranken Menschen diskutiert wurde, war 1970. 1974 wurde dies ebenfalls diskutiert, 1977 bezog sich die Diskussion auf die Psychiatrie-Enquete. Sie können sich vorstellen, was sich seitdem alles angesammelt hat. Deshalb ist der Vorstandsantrag so umfangreich.

Es ist in Ordnung, dass die Punkte, die sich auf die Weiterbildung beziehen, an den Vorstand überwiesen werden. Diejenigen, die sich in den Weiterbildungsgremien mit dieser Problematik befassen, haben Recht, wenn sie erklären, dass sie diejenigen sind, die sich damit befassen. Deshalb heißt es im Vorstandsantrag, dass der Deutsche Ärztetag empfiehlt, dass sich die Gremien damit befassen mögen. Das ist selbstverständlich eine Aufgabe der Weiterbildungsgremien.

Die Tatsache, dass Mindeststandards erwähnt werden, hat damit zu tun, dass ein Antrag an die Bundesärztekammer gestellt wurde, dazu Stellung zu beziehen. Deshalb ist dieser Punkt enthalten.

Im Antrag des Vorstands ist auf Seite 3 enthalten, dass die Anstellung von Ärzten bei Psychologen nicht möglich ist. Dort wird auf das Berufsrecht Bezug ge-

nommen. Dort steht, dass Ärzte gegenüber anderen nicht weisungsunterworfen sind.

Herr Mayer, Sie haben auf das Buch von Herrn Lown verwiesen. Ich kann dieses Buch jedem nur empfehlen. Dieses Buch ist sehr, sehr lesenswert. Er blickt auf eine sehr lange Berufskarriere zurück. Ich habe das Wort „verlorene“ unkenntlich gemacht, weil ich meinte, es sollte eben um die Kunst des Heilens und nicht um die „verlorene“ Kunst des Heilens gehen.

Herr Thierse hat eben auf die Akademie der Gebietsärzte verwiesen. Herr Thierse, im sportlichen Bereich würde man formulieren: Sie haben uns eine wunderbare Steilvorlage geliefert. In der Akademie der Gebietsärzte sind die Psychiater und die Vertreter der Psychotherapie selbstverständlich einbezogen, auch die Psychosomatik mit Psychotherapie. Gerade hat die Vereinigung der psychotherapeutisch tätigen Kassenärzte bei Frau Dr. Hess versucht, einen Antrag einzureichen, weil nämlich dort genau diese Psychotherapeuten vertreten sind, die auf allen ihren Fachgebieten tätig sind. Vielleicht können wir mit Ihrer Unterstützung, Herr Thierse, darauf hoffen, dass diese Gruppierung aufgenommen wird und dadurch vertreten ist.

Weiterhin möchte ich darauf hinweisen, dass es uns – das ist auch in einigen Diskussionsbeiträgen deutlich geworden – etwas verletzt, wenn wir eine Überweisung zur Mitbehandlung an den „Psychologen“ oder die „Psychologin“ bekommen. Wir geben zu: Es gibt eine Vielfalt von Begriffen. Deshalb haben Sie die Zusammenstellung „Psychodschungel“ erhalten.

Zum Schluss möchte ich Sie ganz herzlich auffordern, sich die Ausstellung im Foyer anzuschauen. Sie wurde von vielen Fachgesellschaften und anderen zusammengestellt, so beispielsweise von der Kammer Nordrhein und der Kammer Westfalen-Lippe. Die Einzelheiten können aus Zeitgründen nicht vorgetragen werden.

Hier war mehrmals die Rede von der Kostenersparnis. Das habe ich natürlich im Hinterkopf gehabt, als geplant wurde, eine entsprechende Ausstellung zu initiieren. Zur Destigmatisierung gehört auch, diese Menschen zu zeigen. Im nächsten Heft des „stern“ wird es einen entsprechenden Beitrag geben. Herr Hinzpeter ist heute anwesend. Die Fotos werden in diesem Beitrag gezeigt. Wir haben sie hier für unsere Ausstellung erhalten. Diese Menschen haben sich freiwillig dafür zur Verfügung gestellt. Sie freuen sich darüber, dass sie gesehen werden. Mir wurde gesagt, der „stern“ stellt diese Bilder gern zur Verfügung, wenn eine entsprechende Ausstellung oder etwas Ähnliches geplant wird.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ein kleines Dankeschön, Frau Bühren; das große Dankeschön kommt am Schluss. Jetzt müssen wir erst einmal über die Anträge abstimmen. Zunächst liegt ein Antrag zur Geschäftsordnung von Herrn Kollegen Koch vom Vorstand der Bundesärztekammer vor. Bitte, Herr Kollege Koch.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Frau Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie können sich denken: Die Weiterbildungsordnung ist ein wohl austariertes Gebilde. Wir können sie ganz durcheinander bringen, wenn wir hier spontane Beschlüsse zur Weiterbildungsordnung fassen, ohne dass sie in den entsprechenden Gremien diskutiert und abgeglichen wurden.

(Beifall)

Deshalb bitte ich Sie ganz herzlich, sämtliche Anträge, die sich mit der Weiterbildung befassen, an den Vorstand zu überweisen. Nach den mir vorliegenden Unterlagen betrifft das die Anträge 10, 11 neu, 14, 15 und 25. Diese Anträge müssen auf jeden Fall an den Vorstand überwiesen werden. Darum darf ich Sie herzlich bitten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank, Herr Koch. – Die Anträge, die überwiesen werden sollen, sind die Anträge 10, 11, 12, 14, 15, 18 und 25.

Gibt es eine Gegenrede zu diesem Geschäftsordnungsantrag? – Formal. Wir stimmen nunmehr ab: Wer ist dafür, dass die genannten Anträge 10, 11, 12, 14, 15, 18 und 25, die sich auf die Weiterbildung beziehen, an den Vorstand überwiesen werden? – Das ist die große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Ich wiederhole: Die Anträge **10, 11, 12, 14, 15, 18** und **25** sind mit großer Mehrheit zur weiteren Beratung **an den Vorstand** und die Gremien, die sich mit der Weiterbildungsordnung beschäftigen, **überwiesen** worden.

Vielen Dank dafür.

Wir kommen nunmehr zum Antrag II-2. Dazu liegt der Änderungsantrag **II-2 a** vor. Der Antrag 2 a enthält einen stilistischen Fehler. Er lautet:

> *Der Geschäftsordnungsantrag soll zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen werden.*

Es geht darum, den Antrag 2 des Vorstands der Bundesärztekammer an den Vorstand der Bundesärztekammer zurückzuüberweisen, wenn ich es richtig verstanden habe. Dieser Antrag stammt ja vom Vorstand. Wir alle haben ihn, weil wir hinter den Intentionen von Frau Bühren stehen, so im Vorstand verabschiedet und ihn entsprechend vorgelegt. Wenn Sie diesen Antrag an den Vorstand zurücküberweisen, bedeutet dies: Sie lehnen ihn ab. Es gab viele Voten, ihn zu beschließen.

Ich stelle den Antrag II-2 a zur Abstimmung, den Antrag 2 an den Vorstand der Bundesärztekammer zurückzuüberweisen. Wer ist dafür? – Wenige. Wer möchte das nicht? – Das ist die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag 2 a **abgelehnt**.

Damit komme ich zu den Änderungsanträgen zum Antrag des Vorstands auf Drucksache II-2. Wir kommen zunächst zur Abstimmung über den Antrag **II-2 b**. Es wird beantragt, auf Seite 2 im zweiten Spiegelstrich den letzten Satz ersatzlos zu streichen:

> *z. B. sollte eine Anstellung von Ärzten bei Psychologen nicht möglich sein.*

Darüber haben wir ausführlich diskutiert. Es ist die Frage, ob vom Plenum noch eine juristische Klärung dazu gewünscht wird. Möchte jemand noch eine Erklärung von Herrn Dr. Nösser hören? – Nein. Dann können wir darüber abstimmen. Wer stimmt dafür, dass dieser Satz hinter dem Semikolon gestrichen wird? – Wenige. Wer stimmt dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag **abgelehnt**.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag **II-2 d**. Wir können über den gesamten Komplex, der im Antrag 2 d gefordert wird, abstimmen. Es geht um eine Klarstellung, was es bedeuten würde, wenn Ärztinnen und Ärzte bei Psychologischen Psychotherapeuten angestellt werden. Es wird klargestellt:

> *Bei solchen Verträgen ist das Berufsrecht zu beachten. Ärzte dürfen in medizinischen Belangen nicht Weisungen von Nicht-Ärzten unterstehen.*

Wer ist für die Annahme des Antrags 2 d? – Das scheint die Mehrheit zu sein. Wer stimmt dagegen? – Einige wenige. Wer enthält sich? – Viele Enthaltungen. Damit ist dieser Antrag **angenommen**.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag **II-2 c**. Wer ist dafür, dass diese von Herrn Munte gewünschte Einfügung auf Seite 5 des Antrags 2 erfolgt? – Wenige. Wer stimmt dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag **abgelehnt**.

Wir stimmen jetzt über den Antrag **II-2** mit den beschlossenen Änderungen ab. Wer ist für den Antrag II-2 in der geänderten Fassung? – Das ist die große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Eine Gegenstimme. Wer enthält sich? – Eine Enthaltung. Damit ist der Antrag II-2 mit ganz großer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**.

(Beifall)

Herzlichen Glückwunsch an Frau Bühren und ihr Team, die den Antrag vorbereitet haben. Das Abstimmungsergebnis wird dem Tagesordnungspunkt sicher sehr gerecht.

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag **II-13**. Der Antragsteller hat selbst beantragt, hinter dem Wort „Nachbesetzung“ das Wort „grundsätzlich“ zu streichen. Der Antragsteller bittet ferner darum, in der Begründung – auch wenn sie nicht zum Antragstext selbst gehört – im letzten Absatz statt von „ärztlichen Psychotherapeuten“ von „Psychologischen Psychotherapeuten“ zu sprechen. Wer ist dafür, den Antrag 13 in der geänderten Fassung zu verabschieden? – Das scheint die Mehrheit zu sein. Wer stimmt dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Einige. Der Antrag 13 ist **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **II-3**:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, darauf zu achten, dass die „**ärztliche** Psychotherapie“ … Berücksichtigung findet.*

Wer ist für den Antrag 3? – Das ist die große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Ich sehe niemanden. Wer enthält sich? – Niemand. Damit ist der Antrag, wenn ich es richtig gesehen habe, einstimmig **angenommen**.

Ich möchte hinzufügen, dass unter den Antragstellern Frau Dr. Groß fälschlicherweise nicht aufgeführt ist.

Wir kommen zum Antrag **II-4**. Da war vorhin bemängelt worden, dass er so ein bisschen in Richtung Krimi geht. Es ist kein Änderungsantrag zum Text des Antrags eingegangen. Es geht darum, dass die Versorgungsforschung im weitesten Sinne im psychischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Gebiet gefördert werden soll. Wer ist für den Antrag 4? – Etliche. Wer stimmt dagegen? – Das scheint die Mehrheit zu sein. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Damit ist der Antrag 4 **abgelehnt**. Möchte jemand, dass wir das auszählen? Gibt es eine Unsicherheit? – Nein.

Wir kommen zum Antrag 5. Dazu liegt der Antrag **II-5 a** vor. Der letzte Satz des ersten Absatzes im Antrag 5 soll gestrichen werden. Wer ist dafür? – Einige. Wer stimmt dagegen? – Das scheint die Mehrheit zu sein. Wer enthält sich? –

Viele Enthaltungen. Wünschen Sie, dass ausgezählt wird? – Dann ist der Antrag **abgelehnt**.

Damit kommen wir zum unveränderten Antrag **II-5**. Wer entscheidet sich für Antrag 5? – Das sind viele. Wer stimmt dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Wenige. Damit ist der Antrag 5 **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **II-6**. Da geht es um die 90-Prozent-Regelung, die den meisten von Ihnen bekannt sein wird. Änderungsanträge liegen nicht vor. Wer stimmt dem Antrag 6 zu? – Viele. Wer stimmt dagegen? – Das scheinen weniger zu sein. Wer enthält sich? – Etliche. Ich habe mehr Zustimmung als Ablehnung gesehen. Damit ist der Antrag 6 **angenommen**.

Der Antrag **II-7** ist **zurückgezogen**.

Wir fahren mit dem Antrag **II-8** fort. Das haben wir ausführlich diskutiert und begründet erhalten. Wer ist dafür, den Antrag 8 anzunehmen? – Viele. Wer stimmt dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Etliche. Damit ist der Antrag 8 **angenommen**.

(Beifall)

Wir kommen zum Antrag **II-9**.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer spricht dagegen? – Formal. Wer ist dafür, dass der Antrag 9 an den Vorstand überwiesen wird? – Das sind fast alle. Wer stimmt dagegen? – Wenige. Wer enthält sich? – Einige. Der Antrag 9 ist **an den Vorstand überwiesen**. Wir werden uns intensiv damit befassen.

Wir kommen zum Antrag **II-19**. Wer ist für den Antrag 19? – Wenige. Wer stimmt dagegen?

(Zurufe)

– Ist allen klar, um was es geht? Ich lese den Antrag vor:

> *Während einerseits die ambulante Psychotherapie im fachärztlichen Bereich jetzt etabliert ist, ist für die sprechende Medizin innerhalb der übrigen ambulanten Versorgung das strukturelle Aus beschlossen. Die Einführung neuer Regelleistungsvolumina (RLV) geht einher mit pauschaler Abrechnung (EBM 2000plus) und hat damit eine Abwertung von sprechender und psychosomatischer Medizin zur Folge.*

Dieser grundlegende und wichtige Bereich in der ambulanten Betreuung psychisch kranker Menschen darf kein Opfer der Reformen werden.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die angemessene Vergütung von sprechender Medizin, damit nicht wieder die psychisch Erkrankten die Leidtragenden werden.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer spricht dagegen? – Formal. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Die große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Auch einige. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum Antrag **II-20**. Hat ihn jeder vorliegen? Soll ich ihn vorlesen? – Sie wissen, um was es geht. Wer ist dafür, den Antrag 20 positiv zu verabschieden? – Einige. Wer stimmt dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Die große Mehrheit enthält sich. Trotzdem war die Mehrheit dafür. Damit ist der Antrag 20 **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **II-21**. Hier ist eine Korrektur anzubringen. Im letzten Satz des Antragstextes heißt es „Suchten“. Ich glaube, es muss „Süchte“ heißen. Wer ist für den Antrag 21? – Einige. Wer stimmt dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Das ist die große Mehrheit. Es war nicht so ganz klar, wie viele dagegen und wie viele dafür waren. Wir hatten den Eindruck, dass mehr dafür als dagegen waren. – Wir wiederholen die Abstimmung. Ich frage also noch einmal: Wer ist für den Antrag 21? – Wer stimmt dagegen? – Jetzt ist es deutlich die Mehrheit. Vorhin sah das anders aus. Enthaltungen? – Einige. Der Antrag 21 ist damit **abgelehnt**.

Wir kommen zum Antrag **II-23**. Dazu möchte Herr Köhne aus Nordrhein das Wort zur Geschäftsordnung. Bitte schön.

Dr. Köhne, Nordrhein: Ich denke, dass einerseits das Thema, mit dem wir uns beschäftigen, sehr wichtig ist. Andererseits ist das, wie Herr Zimmermann schon ausgeführt hat, vielleicht noch nicht hundertprozentig ausgereift. Deswegen meine ich, dass es das Vernünftigste ist, dass sich der Vorstand noch einmal intensiv damit beschäftigt, und zwar nicht im Sinne einer Beerdigung zweiter Klasse, sondern um sich dem Thema noch einmal richtig zu widmen.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Vielen Dank. – Es ist also Vorstandsüberweisung beantragt. Spricht jemand dagegen? – Formal. Ich denke, das gilt dann

auch für den Antrag **II-23 a**. Wer ist bei den beiden Anträgen 23 und 23 a für Vorstandsüberweisung? – Das ist offensichtlich die Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Niemand. Damit sind die Anträge 23 und 23 a **an den Vorstand überwiesen**.

(Zuruf: Ich vermisse die Anträge 16 und 17!
Die stehen auch nicht in der Tabelle!)

– Darüber haben wir bereits unter Tagesordnungspunkt II a abgestimmt. Das ist schon erledigt. Wir möchten auch nicht noch einmal darüber debattieren. Wir haben, wie gesagt, darüber bereits abgestimmt. Damit ist der Geschäftsordnungsantrag wohl erledigt.

Wir kommen nun zu den Anträgen **II-24, II-24 neu** und **II-24 neu a**. Letzterer Antrag ist noch nicht umgedruckt. Deshalb verlese ich, was Herr Dr. Wilken Boie beantragt. Im Antrag 24 neu soll hinter den Worten „Kooperationsmodelle mit Kinder- und Jugendpsychiatern“ eingefügt werden: „sowie Kinder- und Jugendärzten und Allgemeinärzten, die hausärztlich tätig sind“. Es gab ja schon den Wunsch, Kinder- und Jugendärzte einzufügen. Das wird jetzt noch erweitert. Ich hoffe, es ist klar geworden, was gemeint ist. Nach dem Wunsch von Herrn Dr. Boie soll der Antrag 24 neu also lauten:

> *Länder und Kommunen werden aufgefordert, die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in den Kommunen zu stärken und ggf. finanzielle Mittel für Kooperationsmodelle mit Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinder- und Jugendärzten und Allgemeinärzten, die hausärztlich tätig sind, zur Verfügung zu stellen.*

Sehen Sie sich dazu in der Lage, darüber abzustimmen, auch wenn Sie es nicht schriftlich haben? – Gut. Wer ist für diesen Änderungsantrag? – Das ist die Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wer möchte dem Antrag 24 mit der Änderung zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Wenige. Damit ist der Antrag 24 **in der geänderten Fassung angenommen**.

Der Antrag 25 ist an den Vorstand überwiesen, weil die Thematik zur Weiterbildungsordnung gehört.

Damit haben wir die Anträge erledigt. Ich danke Ihnen herzlich für die disziplinierte Abstimmung. Aber jetzt gibt es zunächst noch einen Geschäftsordnungsantrag.

Bodendieck, Sachsen: Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich beantrage die zweite Lesung zum Antrag II-21 von Herrn Professor Bach. Ich denke, das ist ein ganz wesentlicher Punkt, den wir fordern müssen, weil wir sonst Gefahr laufen, dass unser ureigenstes Interesse und auch unsere ureigensten Intentionen den Bach heruntergehen. Ich bitte Sie, sich noch einmal genau zu überlegen, inwieweit Sie diesen Antrag ablehnen und welche Konsequenzen das hat oder ob Sie diesem Antrag zustimmen können.

Danke.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Danke, Herr Kollege. Das war der Geschäftsordnungsantrag auf zweite Lesung. Wer spricht gegen die zweite Lesung dieses Antrags? – Formal. Wenn ein Drittel der Delegierten für eine zweite Lesung ist, müssen wir diese zweite Lesung durchführen. Ich frage: Wer ist für die zweite Lesung des Antrags 21? Wir brauchen ein Quorum von einem Drittel. – Das sollten wir auszählen. Ich frage also noch einmal: Wer ist für die zweite Lesung? – Wer ist gegen die zweite Lesung? – 43 Kolleginnen und Kollegen sind für die zweite Lesung, 153 dagegen. Damit ist dieser Antrag auf zweite Lesung abgelehnt.

Damit sind wir, falls nicht noch ein Antrag kommt, am Ende dieses wichtigen Tagesordnungspunkts angelangt. Möchte Frau Bühren ein Schlusswort sprechen?

(Dr. Bühren, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte mich nur bei allen recht herzlich bedanken! – Beifall)

Ich darf an dieser Stelle noch einmal einen ganz herzlichen Dank an Frau Bühren und die Damen und Herren vom zuständigen Dezernat der Bundesärztekammer, die sie unterstützt haben, aussprechen.

(Beifall – Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe überreicht Frau Dr. Bühren einen Blumenstrauß)

Ich glaube, dass die sehr intensive Diskussion dazu beigetragen hat, die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen, die wir wollen, herbeizuführen und die Wertschätzung derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die in diesem Bereich arbeiten, zu erhöhen.

Noch einmal vielen Dank an alle Beteiligten.

(Beifall)

Bevor wir in den Tagesordnungspunkt III eintreten und ich das Mikrofon an unseren Präsidenten zurückgebe, hat Herr Dr. Schuch ums Wort für eine persönliche Erklärung zu Tagesordnungspunkt I gebeten. Bitte.

Dr. Schuch, Bayern: Hohes Präsidium! Sehr geehrte Delegierte! Zunächst im Namen der Delegierten vielen Dank für die Thematisierung der Probleme einer Gruppe von kranken Menschen, die nicht im Scheinwerferlicht der Gesellschaft stehen. Dank dafür, dass einer Gruppe von kranken Menschen Stimme verliehen wurde. Ich wünsche mir, dass aus diesem Raum in die Öffentlichkeit hineingetragen wird, dass Ärztinnen und Ärzte versuchen, diese Probleme in die Öffentlichkeit zu tragen.

Wir haben gestern Nachmittag sehr intensiv diskutiert und dargestellt, dass wir Ärztinnen und Ärzte große Probleme bei der Patientenversorgung haben. Wir wünschen uns natürlich, dass auch dies nach außen getragen wird.

Ich empfinde es für einen Deutschen Ärztetag nicht angemessen – davon distanziere ich mich –, wenn einzelne Delegierte Vergleiche aus dem Tierleben ziehen, um herausragende, exponierte politische Vertreter zu diskreditieren und wenn ihnen intellektuelle Fähigkeiten abgesprochen werden. Man kann unterschiedlicher Ansicht sein, aber von solchen polemischen Äußerungen distanziere ich mich ausdrücklich. Das lehne ich für ein Forum wie den Deutschen Ärztetag ab.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Schuch. Das haben wir ja gestern sofort pariert, als das geschah. Ich glaube, dass das durch Ihre Ergänzung noch einmal verstärkt worden ist. Da haben Sie schon Recht.

Ich bedanke mich zunächst ganz herzlich bei Frau Goesmann für die souveräne Leitung durch diesen schwierigen Tagesordnungspunkt Psychiatrie. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Wir kommen zu **Tagesordnungspunkt III**:

Gesundheitsversorgung in Europa

Wir haben zwei Referenten: Herrn Kollegen Wurche, Präsident der Ärztekammer Bremen und Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Europäische Angele-

genheiten“, und Herrn Kollegen Francisc Jeszenszky aus Rumänien, Generalmanager des Center of Public Health in Târgu Mureş. Er ist einer derjenigen, die nach dem Fall des Eisernen Vorhangs damit begonnen haben, das rumänische Gesundheitswesen wieder aufzubauen.

Als ersten Referenten bitte ich zunächst Herrn Wurche.

Dr. Wurche, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Unter dem Titel „Aktuelle Positionen der deutschen Ärzteschaft zur Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik“ hat der vorige Deutsche Ärztetag in einer Entschließung eine Reihe von Aspekten hervorgehoben, die für die ärztliche Berufsausübung im Rahmen des europäischen Gemeinschaftsrechts maßgeblich sind. Zugleich hat der Deutsche Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer gebeten, eine Ständige Arbeitsgruppe unter Mitwirkung von Vertretern der Landesärztekammern einzurichten. Der Arbeitskreis soll die schon eingeleiteten und künftigen Initiativen der europäischen Gesundheitspolitik begleiten und rechtzeitig Positionen entwickeln, welche in die Politik sowohl in Deutschland als auch in Europa einfließen können.

Diesen Auftrag hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Sommer 2005 in einer Klausurtagung ausgiebig beraten. Er hat beschlossen, eine Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ einzurichten, und hat mich – wofür ich mich auch an dieser Stelle herzlich bedanken möchte – zum Vorsitzenden der Ständigen Konferenz bestellt. Dieser Konferenz gehören Vertreter aus allen Landesärztekammern an. Die Konferenz hat bisher zweimal getagt und ein breites Spektrum von Themen abgehandelt. In ihrer ersten Sitzung hat die Ständige Konferenz ihre Zielsetzung wie folgt beschlossen:

Erstens. Die Ständige Konferenz hat die Aufgabe, den Vorstand der Bundesärztekammer und die (Landes-)Ärztekammern in europapolitischen Fragen zu beraten.

Zweitens. Die Ständige Konferenz sollte praktische Anwendungs- und Umsetzungsvorschläge unterbreiten.

Drittens. Die Ständige Konferenz soll den Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME) über den Stand der Richtlinienumsetzung in den Kammern informieren.

Der Deutsche Ärztetag befasst sich nicht zum ersten Mal mit europäischer Gesundheitspolitik und ihren Auswirkungen auf die Berufsausübung der deutschen Ärzte.

In einer Entschließung mit dem – möglicherweise wieder aktuell werdenden – Titel „Planwirtschaft oder Strukturqualität – Gesundheitspolitik in Deutschland

und in Europa“ griff der 95. Deutsche Ärztetag 1992 in Köln unter anderem einen Aspekt auf, der uns seither in Zusammenarbeit mit den Ländern Osteuropas begleitet hat. Er hat uns auch motiviert, Herrn Dr. Jeszenszky aus Rumänien als einem künftigen Beitrittsland zu bitten, in einem Korreferat auf die besonderen Aspekte seines Landes im Hinblick auf die Entwicklung einer freiheitlichen Struktur ärztlicher Organisation aufmerksam zu machen. In der Entschließung von 1992 ist Folgendes ausgeführt:

> *Nicht nur in den fünf neuen Bundesländern, sondern mehr noch in den Ländern Osteuropas müssen die Weichen für ein leistungsfähiges, selbstverwaltetes und staatsunabhängiges Gesundheitswesen neu gestellt werden. Das freiheitliche System der gesundheitlichen Versorgung in ganz Deutschland kann unter den aufgezeichneten Voraussetzungen in seiner Grundstruktur ein Leitbild für selbstverwaltete, die freie Arztwahl und ärztliche Berufsausübung garantierende Systeme der Gesundheitssicherung auch in Osteuropa darstellen. Neben rasch wirkender Nothilfe, die jedoch nicht durch eine „Konkurrenz“ der Helfenden erschwert oder gar gefährdet werden darf, ist deshalb ein Know-how-Transfer für den zügigen Aufbau beitragsfinanzierter und selbstverwalteter Gesundheitssysteme in Osteuropa notwendig. Die positiven Erfahrungen des partnerschaftlichen Aufbaus der Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern können hier nützlich sein, um Fehler zu vermeiden und möglichst bald in den Ländern Osteuropas Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, wie sie in den westlichen Demokratien seit langem selbstverständlich sind. Dies liegt nicht nur im Interesse der Menschen dort, sondern in unserem gemeinsamen Interesse. Riesige Wanderungsbewegungen von Ost nach West sind nur zu vermeiden, wenn die Menschen künftig auch in ihrer Heimat in Frieden, Freiheit und sozialer Sicherheit leben können.*

Warum müssen wir uns mit der Europäischen Union, ihrer Politik und ihrer Rechtsetzung befassen?

Thema 1: Gesundheitspolitik. Anders als in den meisten völkerrechtlichen Organisationen – zum Beispiel die UN – zeichnet sich die Europäische Union dadurch aus, dass ihr durch partiellen Souveränitätsverzicht ihrer Mitgliedstaaten selbst Rechtsetzungskompetenz und Rechtsprechungskompetenz eingeräumt worden sind. Allerdings ist die Europäische Union nur befugt, dort Recht zu set-

zen und Maßnahmen zu ergreifen, wo sie eine entsprechende Ermächtigung hat.

Für das Gesundheitswesen – ebenso wie für die Sozialsysteme – hat die Europäische Union keine – ich unterstreiche: keine – Harmonisierungskompetenz. Die Verantwortung liegt vielmehr bei den Mitgliedstaaten, auch heute noch. Für das Gesundheitswesen ist jedoch das so genannte gesundheitspolitische Mandat wichtig, das der Europäischen Union in Art. 152 des Europäischen Gemeinschaftsvertrags eingeräumt ist. Es stellt eine Ergänzungs-, Förderungs- und Koordinierungskompetenz im Hinblick auf die primäre Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Gesundheit ihrer Bevölkerung dar. In Art. 152 Abs. 1 Satz 2 EGV ist dies einleuchtend beschrieben:

> *Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert …*

Es liegt auf der Hand, dass auf dieser Grundlage die Europäische Union eine europaweite Pandemieplanung der Mitgliedstaaten koordinieren kann, aber auch koordinieren sollte. In diesem Artikel ist allerdings auch eine Regelungskompetenz implementiert, die dem Rat der Europäischen Union die Möglichkeit gibt, Maßnahmen zur Verwirklichung der Ziele des Art. 152 zu treffen. Dies betrifft „Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs“ – ein Bereich, der uns derzeit in Deutschland in der Phase der entsprechenden nationalen Umsetzung nachhaltig befasst und zu kritischen Bemerkungen der Bundesärztekammer Anlass gegeben hat. Festlegen darf die EU außerdem Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Blut und Blutderivate. Für die schon angesprochene Eingrenzung gesundheitspolitischer Maßnahmen der Europäischen Union ist wichtig – und damit möchte ich die Zitate aus dieser Rechtsgrundlage beenden –, was in Abs. 5 dieser Vorschrift aufgeführt ist:

> *Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung im vollen Umfang gewahrt …*

Dennoch sollte die Bedeutung dieses gesundheitspolitischen Mandats nicht unterschätzt werden. Die Koordinationsmöglichkeiten der Kommission, der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten, der Informationsaustausch auch zwischen den institutionellen Dienststellen gestaltet sich in der Gemeinschaft zu einem wichtigen Faktor, der diese zu einem europäischen Wissenszentrum für den Bereich der Gesundheit entwickelt. Damit stehen auch die nationalen Gesundheitsbehörden und -einrichtungen unter immer intensiverer Beobachtung der Gemeinschaft. Gleichzeitig wird die Gemeinschaft wissensmäßig in die Lage versetzt, künftige Prioritäten und Ziele einer europäischen öffentlichen Gesundheit, die in die Politiken der Gemeinschaft einfließen kann, zu bilden. Daraus ergeben sich erhebliche Konvergenzeffekte zwischen den verschiedenen nationalen Systemen, insbesondere auch bei der Abstimmung der gesundheitsbezogenen Politik in bestimmten Bereichen wie Forschung und Gesundheit.

Thema 2: Binnenmarkt. Auch wenn Art. 152, den ich erwähnt habe, eine unmittelbar rechtsverbindliche Einwirkung auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten nicht zulässt, so ist es der Gemeinschaft nicht verwehrt, Maßnahmen gesundheitspolitischen Inhalts zu treffen. Vor allem kann die EU andere Gemeinschaftsziele für die Rechtsetzung derart in Bezug nehmen, dass dadurch Auswirkungen auch in Form der Rechtsangleichung in Einzelbereichen des Gesundheitswesens entstehen können. Dies geschieht insbesondere vermittels Richtlinien und Verordnungen in Ausschöpfung der Kompetenzen für die Herstellung des Binnenmarkts. Im Verein mit den Zielen der Europäischen Union definiert sich der Binnenmarkt als „ein Raum ohne Binnengrenzen, in dem der freie Verkehr von Waren, Personen, Dienstleistungen und Kapital gemäß den Bestimmungen dieses Vertrages gewährleistet ist“. Der Binnenmarkt soll also einen grenzenlosen Raum umfassen, in dem die so genannten vier Grundfreiheiten des EG-Vertrags voll zum Tragen kommen. Von diesen Grundfreiheiten sind insbesondere die Warenverkehrsfreiheit, die Dienstleistungsfreiheit und die Niederlassungsfreiheit für das Gesundheitswesen insgesamt von Bedeutung, für die ärztliche Berufsausübung die Dienstleistungsfreiheit und die Niederlassungsfreiheit. Damit ist auch schon der Bogen gespannt zu der Thematik der Ärzterichtlinien, die – worauf ich noch eingehen werde – durch die umfassende Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen abgelöst worden ist.

Thema 3: weite Themenfelder europäischer Einflussnahme. Die Wirkungen der europäischen Politik und Gesetzgebung auf die ärztliche Berufsausübung sowie die Bereiche, die mit der ärztlichen Berufsausübung in Verbindung stehen, sind weit und von immer größerer Bedeutung. Einige Stichworte mögen dies verdeutlichen: ärztliche Berufsausübung in anderen Mitgliedstaaten und gegenseitige Anerkennung der Arztdiplome und Facharzttitel; grenzüberschreitende ärztliche Dienstleistungen und Inanspruchnahme durch (versicherte) Patienten; Ausbildung zum Arzt und Weiterbildung und Ausbildung in der Allgemeinmedi-

zin; Arzneimittelversorgung; Medizinprodukte; Gewebe und Zellen; Arbeitszeit (so genannte Arbeitszeitrichtlinie); EG-Vergaberecht und Beihilferecht: Einflüsse auf Rechtsbeziehungen im GKV-Recht sowie Auswirkungen für Krankenhäuser.

Eine umfassende Aufzählung finden Sie in der schriftlichen Fassung meines Vortrags. Aber mein Überblick zeigt deutlich, dass europäisches Handeln heute nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens beeinflusst.

Dazu kommt die rechtsfortbildende Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Der Gerichtshof hat in den Bereichen der Berufsanerkennung des Arztes bei Migration, aber auch im Bereich der Patientenmobilität Entscheidungen getroffen, die von hoher Integrationswirkung sind. Ich erinnere nur an die Rechtsprechung, die es im Ergebnis versicherten Patienten in Europa ermöglicht, gegen eine begrenzte Kostenerstattung ihrer Herkunftskrankenkasse ärztliche Leistungen auch in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch zu nehmen.

Wie sieht die aktuelle politische und rechtliche Situation für die Ärzteschaft aus und was kommt auf sie zu?

Aus dem breit gefächerten Themenfeld möchte ich auf drei Bereiche näher eingehen, die mir besonders aktuell erscheinen: zum einen die Berufsanerkennungsrichtlinie, zum anderen die Dienstleistungsrichtlinie mit ihren Vorstellungen zur Patientenmobilität und schließlich die so genannte offene Methode der Koordinierung.

Zur Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG): Sie ist am 20. Oktober 2005 in Kraft getreten, sie ist bis zum 20. Oktober 2007 umzusetzen. Die Richtlinie weist einen sektorübergreifenden Ansatz auf, das heißt wesentliche so genannte reglementierte Berufe wie zum Beispiel Arzt, Zahnarzt, Hebamme, Apotheker, auch Architekten und Bauingenieure werden erfasst. Die Richtlinie ersetzt ab dem 20. Oktober 2007 die bestehenden sektoralen Richtlinien. Für Ärzte gilt daher für den genannten Übergangszeitraum weiterhin die Richtlinie 93/16/EWG „zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome“.

Die Berufsanerkennungsrichtlinie erfasst sektorübergreifend sowohl mitgliedstaatliche Regelungen der Berufsausübung als auch solche des Zugangs zur Berufsausübung.

Die Berufsausübung wird von dem Grundsatz der Inländergleichbehandlung (Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie) bestimmt, wonach EU-Ausländer und -Inländer im Aufnahmemitgliedstaat gleich zu behandeln sind. Übereinstimmend mit der bisherigen Richtlinie 93/16/EWG gilt das Zielland- bzw. Bestimmungslandprinzip. Demnach ist das Verhalten der Berufsträger insbesondere auf der Grundlage

des Berufsrechts und des Berufsaufsichtsrechts des Landes zu beurteilen, in dem der Beruf ausgeübt wird.

Der Zugang zur Berufsausübung setzt die Anerkennung der Berufsqualifikation im Zielland voraus. Es gilt das Prinzip der gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen. Die Richtlinie unterscheidet drei Anerkennungsverfahren. Ich werde im Folgenden auf die so genannte „automatische gegenseitige Anerkennung“ näher eingehen, die für Ärztinnen und Ärzte gilt.

In den Berufen, in denen die Anforderungen an die Ausbildung auf Gemeinschaftsebene bereits durch bestehende sektorale Richtlinien harmonisiert wurden, zum Beispiel die Richtlinie 93/16/EWG, findet der Grundsatz der automatischen gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen Anwendung. Dies betrifft auch den Beruf des Arztes. Dieses Verfahren weicht grundsätzlich nicht von dem in der bisherigen Richtlinie 93/16/EWG geregelten Verfahren ab, das heißt zuständige Behörden sind in Deutschland für den Bereich der Ausbildung und der Approbation die Approbationsbehörden sowie für den Bereich der Weiterbildung die Ärztekammern. Die neue Berufsanerkennungsrichtlinie gebietet die gegenseitige Anerkennung von bestimmten Ausbildungsnachweisen, die geregelten Mindestanforderungen genügen. Auf der Grundlage der Nachweise wird die Aufnahme der beruflichen Tätigkeit des Arztes mit Grundausbildung oder des Facharztes gestattet und sie werden innerstaatlichen Ausbildungsnachweisen gleichgestellt. Die Anerkennung ist dabei an die bisherigen Stichtagsregelungen gebunden.

Unabhängig vom Grundsatz der automatischen Anerkennung (Art. 21 ff.) wird den Ärztekammern über Art. 15 die Mitarbeit im Rahmen von „gemeinsamen Plattformen“ ermöglicht, um wesentliche Unterschiede, die zwischen den Ausbildungsanforderungen der verschiedenen Mitgliedstaaten für einen bestimmten Beruf bestehen, auszugleichen. Dies wird im Wesentlichen neue Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge betreffen.

Für alle Fachrichtungen, die zum Zeitpunkt des Erlasses der neuen Berufsanerkennungsrichtlinie anerkannt waren, wird der Grundsatz der automatischen Anerkennung der medizinischen Fachrichtung, die mindestens zwei Mitgliedstaaten gemeinsam sind, beibehalten. Die Erweiterung der automatischen Anerkennung auf neue medizinische Fachrichtungen wird nunmehr auf diejenigen beschränkt, die in mindestens zwei Fünfteln der Mitgliedstaaten vertreten sind. Im Übrigen hindert die neue Richtlinie die Mitgliedstaaten aber nicht daran, untereinander für bestimmte medizinische Fachrichtungen, die sie gemeinsam haben und die nicht Gegenstand der automatischen Anerkennung sind, eine automatische Anerkennung nach ihren eigenen Regeln zu vereinbaren.

Der Zugang zur Berufsausübung setzt das Durchlaufen eines Anerkennungsverfahrens voraus. Dazu richten die Mitgliedstaaten so genannte Kontaktstellen

zur Information über die Voraussetzungen ein; vergleiche Art. 57. Das Anerkennungsverfahren im Aufnahmestaat ist von der zuständigen Stelle grundsätzlich binnen drei Monaten abzuschließen – Art. 51 Abs. 2 –, zudem sind gegen die Entscheidung und gegen eine nicht rechtzeitige Entscheidung Rechtsbehelfe möglich.

In diesem Rahmen ist es nicht möglich, ausführlicher auf die Richtlinie einzugehen. Insofern verweise ich auch auf ein Arbeitspapier der Bundesärztekammer, das sich ausführlich mit den Auswirkungen der Berufsanerkennungsrichtlinie auseinander setzt und im Einzelfall Hilfestellung für die Anwendung in den einzelnen Kammern gibt.

In der schon erwähnten Ständigen Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ haben wir über die Konsequenzen aus dieser Richtlinie für die Veränderungen der Kammer- und Heilberufsgesetze, aber auch der Bundesärzteordnung sowie gegebenenfalls Berufs- und Weiterbildungsordnungen diskutiert. Dazu wird eine Position eingenommen, die teilweise auch in der Ihnen vorliegenden Entschließung formuliert wird und für deren Unterstützung ich schon an dieser Stelle werben möchte.

Ich komme zur so genannten Dienstleistungsrichtlinie. Viel diskutiert und problematisiert wurde bis vor kurzem der Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt, die so genannte Dienstleistungsrichtlinie. Sie hätte, wenn sie von den Gesetzgebungsorganen der Europäischen Union in der Fassung des Vorschlags der Kommission beschlossen würde, weit reichende Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, auf die ärztliche Berufsausübung, auf die vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Bundesärztekammer hat sich von Anfang an dafür eingesetzt, die so genannten Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere die ärztlichen Leistungen, aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie auszunehmen. Denn insbesondere das so genannte Herkunftslandprinzip wäre wegen der Auswirkungen auf die Versorgung im Gesundheitswesen mit den erhöhten Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit diesem Sachverhalt nicht gerecht geworden. Nunmehr hat das Europäische Parlament im Verlauf der Beratungen über den Richtlinienvorschlag mehrheitlich dafür plädiert, das Gesundheitswesen vom Anwendungsbereich der Richtlinie auszunehmen. Die Richtlinie soll also keine Anwendung auf die öffentlichen Gesundheitssysteme finden. Dadurch wird auch der übrige Richtlinienkontext, der zum Beispiel auch zur Einrichtung von singulären Anlaufstellen und zur Frage des Herkunftslandprinzips Regelungen enthielt, für den Bereich der ärztlichen Versorgung in Deutschland entfallen.

Das viel diskutierte Herkunftslandprinzip hätte ohnehin für die Berufsausübung der Ärzte keine Anwendung gefunden, da nach der schon erwähnten Berufsan-

erkennungsrichtlinie Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten, die in Deutschland nur vorübergehend und gelegentlich als so genannte Dienstleistungserbringer ihren Beruf ausüben, an die deutschen Berufsrechtsregeln gebunden sind.

Die Kommission hat nun die Beratungsergebnisse des Europäischen Parlaments aufgegriffen und in ihrem geänderten Vorschlag vom 4. April 2006 die Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich herausgenommen. Sie hat allerdings darauf hingewiesen und sich verpflichtet, eine getrennte Initiative vorzulegen. Gegenstand dieser Initiative wird – wie angekündigt – die Patientenmobilität sein, auf die ich noch kurz eingehen möchte. Wir werden sicherlich ein spezielles Augenmerk darauf zu richten haben, was dort möglicherweise entsteht.

Die Grundlagen zur so genannten Patientenmobilität in Europa hat der Europäische Gerichtshof in seiner berühmten Entscheidung Kohll/Decker aus dem Jahre 1998 gelegt. Seitdem urteilt er in ständiger Rechtsprechung, dass gesetzliche Vorbehalte, welche die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem anderen Mitgliedstaat von einer Genehmigung der zuständigen Krankenkasse abhängig machen, als Eingriffe in die Dienstleistungsfreiheit zu sehen sind. Grund hierfür ist, dass diese Vorbehalte für die vergleichbaren inländischen Sachverhalte nicht gelten. Genehmigungsvorbehalte können in aller Regel auch nicht wegen der Gefährdung der Finanzierbarkeit des Sozialsystems gerechtfertigt werden. Nur für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sind Genehmigungsvorbehalte nach Ansicht des Europäischen Gerichtshofs wegen der Notwendigkeit einer Krankenhausbedarfsplanung möglicherweise zu rechtfertigen. Diese Ausnahme erscheint allerdings wegen der schwierigen Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Krankenhausleistungen und wegen der Umstellung auf DRGs zweifelhaft. In der schon erwähnten Dienstleistungsrichtlinie sollte diese Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in dem Sinne festgeschrieben werden, dass die Mitgliedstaaten entsprechende Regelungen zu treffen hätten. Ob man dagegen einwenden kann, dass dies ein Eingriff in den autonomen Gestaltungsbereich der Mitgliedstaaten dargestellt hätte, mag dahinstehen. Jedenfalls ist die Streichung dieser Vorschrift Anlass, diesen Regelungsgegenstand weiterzuentwickeln.

Die Bundesärztekammer wird sich national ebenso wie im „Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte“ in die weitere Diskussion einbringen und darauf achten, dass die Grundregeln der Arzt-Patient-Beziehung beachtet werden. Dunkle Andeutungen führen immer auch zu dem Hinweis, dass mit Patientenmobilität auch eine Angleichung der Arzthaftungssysteme verbunden sein müsse. Dies halten wir nicht für geboten. Dennoch wird auch hier darauf zu achten sein, ob die Kommission wieder Vorschläge aufgreift, die es schon einmal gab, zum Beispiel Beweislastumkehr für Behandlungsfehler, und welche sie seinerzeit wegen des Widerstands der Mitgliedstaaten zurückgezogen hatte.

Weitere Themen: Ständig begleitet sind wir von der Diskussion um die so genannte offene Methode der Koordinierung. Was bedeutet das?

Die Systeme der sozialen Sicherung sind unverzichtbare Bestandteile des europäischen Sozialmodells; sie fallen jedoch in die Zuständigkeiten der einzelnen Mitgliedstaaten. Institutionell ist mit der Offenen Methode der Koordinierung (OMK) im Bereich der Sozialpolitik ein innovatives Instrument der Umsetzung und der Verbesserung der EU-Governance geschaffen worden. Anhand von vereinbarten Zielen und daraus abgeleiteten Indikatoren werden die nationalen Fortschritte in den verschiedenen Bereichen der sozialen Sicherung beobachtet und die einzelnen Mitgliedstaaten durch den Austausch von Know-how bei der schrittweisen Entwicklung eigener Strategien unterstützt. Für die Bereiche „soziale Eingliederung und Bekämpfung der Armut“, „Renten“ und „bessere Arbeitsplätze“ wird das Instrument bereits angewandt. Die Einbeziehung des Bereichs „Gesundheit und Langzeitpflege“ wurde beschlossen und befindet sich ebenso in der Konzeptionsphase wie die Zusammenführung der verschiedenen Anwendungsbereiche in dem gemeinsamen Sozialschutzbericht.

In diesem Zusammenhang gewinnen so genannte Gesundheitsindikatoren zunehmend an Bedeutung. Diese Gesundheitsindikatoren sollten die Gesundheitsberichterstattung in der Gemeinschaft erleichtern. Ihre Entwicklung stellt ein Projekt im Rahmen des Programms „Öffentliche Gesundheit von 2003 – 2008“ dar. Aus einem Satz von 40 Gesundheitsindikatoren lassen sich vier Gruppen einteilen: demographische und sozioökonomische Faktoren, Gesundheitszustand, Gesundheitsfaktoren, medizinische Interventionen: Gesundheitsdienstleistungen.

Hier gibt es viele Fragen, die von der Legitimität dieser Methode bis hin zur praktischen Anwendung und Entwicklung und den Zielen gehen. Die Bundesärztekammer wird ihr Augenmerk darauf richten, dass nicht über das Gesundheitsindikatorenmodell europäische Standards für die Bundesrepublik Deutschland verbindlich gemacht werden, welche mit unseren ärztlichen Vorstellungen über die notwendige und bedarfsgerechte Patientenversorgung nicht in Einklang zu bringen sind.

Allen Mitgliedstaaten sind vermutlich dieselben grundsätzlichen und zukunftsweisenden Themen und Probleme gemeinsam, mit welchen sich der Prozess der Offenen Methode der Koordinierung beschäftigen könnte. Dies ist die Alterung der Bevölkerung, das Problem der Finanzierbarkeit der Langzeitpflege, ihre sozialverträgliche Gestaltung, Ungleichheiten im Zugang zu den Gesundheitssystemen und Umstrukturierung des Gesundheitswesens, wie sie derzeit auch in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Stichwort einer „großen Gesundheitsreform“ geprüft werden und wie wir sie kürzlich für Frankreich und die Niederlande erlebt haben.

Dazu gehört die Finanzierung der Gesundheitssysteme auch im Zusammenhang mit den Arbeitskosten. Die Qualität der Versorgungsangebote gehört ebenfalls zu den Problemen, deren Lösungen meistens darauf abstellen, wie Indikatoren und Qualitätsstandards, die Festlegung von praktischen Leitlinien und die Einführung von Akkreditierungssystemen entwickelt werden können. Auch stellt sich das Problem der Koordinierung der unterschiedlichen Versorgungsangebote, welche bei uns unter dem Stichwort der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung oder aber auch der Koordination durch Hausärzte diskutiert werden.

Nach meiner Ansicht sollte auf diesen Feldern den Entwicklungen in den einzelnen Mitgliedstaaten Aufmerksamkeit zugewandt werden, um gegebenenfalls auch „Lernprozesse“ auszulösen, aber ohne Harmonisierungsdruck mit Blick auf bestimmte – von wem auch immer für vorbildlich erachtete – Muster. Hier müssen wir ein Warnsystem einrichten, um rechtzeitig erkennen zu können, was eventuell durch die Hintertür an uns übertragen werden soll, obwohl wir dies nicht möchten.

Wir werden auch mit Aufmerksamkeit den hochrangigen Reflexionsprozess beobachten, der in verschiedenen Arbeitsgruppen bei der EU-Kommission geführt wird und zu verschiedenen Feldern diskutiert wird, die Sie in der Entschließungsvorlage des Vorstands aufgeführt sehen. Es liegen derzeit nur Zwischenergebnisse vor. Die Themen und Zielumschreibungen lassen jedoch erkennen, dass hier gegebenenfalls gemeinschaftsrechtliche Maßnahmen ergriffen werden sollen, die ebenfalls Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem haben.

Ich komme nun zum Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte und zu unserer Mitwirkung in den neuen Beitrittsländern nach der Osterweiterung.

Eine wichtige Rolle spielt für uns auch die Mitwirkung der deutschen Bundesärztekammer im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte, weil wir auf diese Weise auf die europäische Meinungsbildung und Standpunktbildung in den verschiedenen politischen und legislativen Prozessen einwirken können. Es muss einfach hingenommen werden, dass die europäischen Institutionen auch europäische Organisationen als primäre Ansprechpartner schätzen. Sie werden neuerdings auch stärker – wie bei der Berufsanerkennungsrichtlinie – in Weiterentwicklungsprozesse im Rahmen von Richtlinien einbezogen. So ist es wichtig, dass Vertreter der Bundesärztekammer in verschiedenen Gremien mitwirken, die beiderseitige Kontakte zwischen Dienststellen der EU-Kommission und den europäischen Berufsorganisationen ermöglichen. Wir als Bundesärztekammer legen Wert darauf – ohne dass dies eine Wertung der Arbeit und Betätigung anderer europäischer ärztlicher Organisationen sein soll –, dass der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte eine Art Schirmorganisation des Europas der Ärzte ist. Er soll und kann die unterschiedlichen Strömungen der speziellen Belange verschiedener Organisationen, die auf europäischer Ebene

auch die deutsche Vielfalt von Berufsverbänden widerspiegeln, zusammenfassen. Hierfür möchte die Bundesärztekammer das Forum sein.

Die Bundesärztekammer hat im Zusammenhang mit der Osterweiterung der Europäischen Union und dem Beitritt der neuen Beitrittsländer aus Osteuropa – wie mein Eingangszitat belegt –, aber auch schon viel früher den Aufbau ärztlicher Organisationen entsprechend unseren Prinzipien freiheitlicher und demokratischer Selbstverwaltung und Selbstverantwortung gefördert. Daran werden wir, solange dies gewünscht wird, festhalten. Das stärkt sicherlich die Akzeptanz unserer Art, uns zu organisieren, im Europa der Ärzte.

Ich freue mich daher auch darauf, was Kollege Jeszenszky aus der Sicht des kommenden Beitrittslandes Rumänien, aber auch aus der Sicht anderer europäischer Beitrittsländer hierzu vortragen wird.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Wurche, für diese Einführung und für die Aufklärung. Viele von uns wissen wahrscheinlich gar nicht, was in Europa geschieht, wie es funktioniert und wie wir uns dort aufgestellt haben, wie wir in Brüssel vertreten sind und dort die entsprechende Einflussnahme versuchen und das, was dort passiert, nach hier transportieren. Darüber wissen wir jetzt besser Bescheid.

Wir kommen nun zu dem Referat von Herrn Kollegen Jeszenszky aus Rumänien, der uns in deutscher Sprache vermitteln wird, was in seinem Land geschieht, sozusagen paradigmatisch für die Länder, die bereits EU-Mitglied sind, was ja für Rumänien noch ansteht. Herzlich willkommen, Herr Jeszenszky!

Bevor Sie Ihr Referat beginnen, darf ich den amtierenden Präsidenten des Weltärztebundes begrüßen, Herrn Kollegen Dr. Letlape aus Johannisburg in Südafrika. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ebenfalls anwesend ist der Generalsekretär des Weltärztebundes, der uns gut bekannte Otmar Kloiber, früher Bundesärztekammer. Herzlich willkommen, Otmar Kloiber!

(Beifall)

Bitte schön, Herr Jeszenszky.

Dr. Jeszenszky, Referent: Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Es ist für mich eine große Ehre, hier und heute vor dem höchsten Forum der deutschen Ärzteschaft für die wertvolle Hilfe der Bundesärztekammer zu danken, mit der sie bei der Durchführung der Reformen des Gesundheitssystems in Rumänien beigetragen hat.

Wegen einiger Kommunikationsschwierigkeiten wird mein erster Teil des Referats verbal vorgetragen, der zweite Teil als PowerPoint-Präsentation.

Mein Thema lautet: Gesundheitsversorgung in Rumänien. Zunächst ein historischer Überblick: Anfänge einer „Krankenversicherung“ finden wir in Timişoara (Temeschburg) schon aus dem Jahre 1857 als „Gesellschaft für die Unterstützung der Bergwerker bei Krankheiten und Tod“. 1886 gab es schon in 13 Städten aus Siebenbürgen Sozialversicherungsanfänge. Mit dem Gesetz vom 8. April 1933 wurde für das ganze Land eine Pflichtversicherung als „Zentrale Kasse der Sozialversicherung“ eingeführt. 1947 wurde diese Versicherung durch das sowjetische Gesundheitssystem (Semaschko) ersetzt, das bis 1994 gültig war.

Ich komme damit zu den Bemühungen um die Anpassung des Gesundheitsversorgungssystems an die neuen politischen, wirtschaftlichen und sozialen Strukturen mit der Unterstützung der Bundesärztekammer. Nach der Wende gab es eine große Euphorie, aber leider wurden die Erwartungen nicht so schnell erfüllt wie erhofft. Die Industrie des Landes bestand aus Großbetrieben der Schwerindustrie und der chemischen Industrie, die unwirtschaftlich produzierten. Die Landwirtschaft war zu 100 Prozent in staatlichen Betrieben und LPGs konzentriert. Die Infrastruktur war sehr schwach entwickelt und veraltet. Das Gesundheitssystem war vom Staat organisiert und finanziert. Die Krankenhäuser waren alle Staatseigentum und ärmlich ausgestattet. Die Ärzte und das Krankenhauspersonal waren staatlich angestellt. Das ganze Gesundheitssystem war bürokratisch, uneffektiv und ineffizient.

Der Versuch der Weltbank, das Gesundheitssystem zu reformieren, geriet bald in eine Sackgasse. Es kamen viele Finanzhilfen und Sachspenden ins Land, aber die Korruption wuchs zu einem „Staatsgeschäft“.

Damit komme ich zur deutsch-rumänischen Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe aus Deutschland unter der Leitung von Professor Dr. Karsten Vilmar, dem damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, und Dr. Otmar Kloiber, Leiter der Abteilung für Internationale Zusammenarbeit in der Bundesärztekammer, hat im Herbst 1992 die Arbeit in Bukarest mit folgenden Aufgaben begonnen: 1. Beratung der Regierung, sich für eines der zwei Gesundheitssysteme – nationales Gesundheitssystem oder Sozialversicherungssystem – zu entscheiden; 2. die Ausarbeitung der Strategie für die Reform – eine neue Gesetzgebung, die Schaffung der institutionellen Strukturen und eines Finanzierungsmodells, um

die Leistungen und die Leistungserbringer neu zu organisieren –; 3. finanzielle Ressourcen für die Reisen der Experten nach Rumänien bereitzustellen; 4. Informationsmaterial für die rumänischen Partner vorzubereiten; 5. die Ausbildung von rumänischen Fachleuten zu organisieren; 6. Kontakte mit Personen herzustellen, die Entscheidungen treffen können – Parlament, Gesundheitsministerium, Arbeitsministerium, Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in Bukarest, Ständige Vertretung der EU in Bukarest usw. –, und 7. Lobbyarbeit in Deutschland für die Unterstützung der Arbeit in Rumänien beim Bundesgesundheitsministerium, bei der Regierung des Landes Nordrhein-Westfalen, im Bundestag, in Landes- und Kommunalbehörden sowie bei Stiftungen und Vereinen.

Wie lief diese Arbeit ab? Die Arbeit hat im Oktober 1992 begonnen. Ein- bis zweimal im Monat hat die Gruppe am Wochenende in Bukarest zwölf bis 14 Stunden am Tag gearbeitet. Es wurden die wichtigsten Gesetzentwürfe ausgearbeitet, mit denen man die Reform beginnen und durchführen konnte: Gesetz für die Einführung einer Gesundheitssozialversicherung, Gesetz für die Gründung eines Ärztekollegiums – Ärztekammer –, Gesetz für die Einführung einer Berufsordnung für die Ärzte und die Neuordnung der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, Krankenhausgesetz, Gesetz für die Versorgung mit Medikamenten, Gesetz für das öffentliche Gesundheitswesen sowie Gesetz für Gerätesicherheit. Mit diesen Gesetzen konnten wir die Reform beginnen.

Diese Arbeit zog sich über vier bis fünf Jahre hin. Die Gruppe der Experten aus Deutschland hat sich auch an dem Pilotprojekt in acht Kreisen für die Implementierung der neuen Gesetze beteiligt.

In dieser Zeit wurden fünf Gesundheitsminister und 36 Parlamentarier nach Deutschland eingeladen, um das deutsche Gesundheitssystem kennen zu lernen und sich bei der Reform in Rumänien aktiv beteiligen zu können.

Auch die zwei Bundesärztekammerpräsidenten Professor Dr. Vilmar und Professor Dr. Hoppe sind nach Rumänien gekommen, um Gespräche mit den zuständigen Ministern, Parlamentariern und den neu gewählten Mitarbeitern des Nationalen Ärztekollegiums zu führen.

Heute und hier möchte ich nochmals der Bundesärztekammer für die Hilfsbereitschaft und die Unterstützung danken, die wir für die Planung und Durchführung der Reform des Gesundheitssystems in Rumänien erhalten haben.

Wie ist der heutige Stand der Reform in Rumänien?

Der gesetzliche und institutionelle Rahmen für das neue Gesundheitssystem ist geschaffen. Wir haben ein Pflichtversicherungssystem, das aber noch nicht ganz nach demokratischen Normen funktioniert. Die Grundprinzipien dieses Systems sind: Der Leistungsanspruch gründet sich auf die Bezahlung von So-

zialbeiträgen und abgeleitete Ansprüche – leider sind viele von diesen politisch begründet –; Beitragssolidarität und Gewährung von Gesundheitsleistungen unabhängig von der Höhe der Beiträge, die bezahlt werden; die Leistungen werden von den Kreiskrankenkassen gewährt und werden durch Einzelverträge mit öffentlichen und privaten Leistungsanbietern sichergestellt. Die Struktur und die Organisation der Kassen sind noch sehr zentralistisch. Die Beiträge werden vom Finanzministerium in einen zentralen Fonds eingezogen und monatlich wird eine gewisse Summe der Nationalkasse überwiesen, die für die Kreiskassen – 42 plus Bukarest – eine vereinbarte Summe überweist. Die Selbstverwaltung der Nationalkasse sowie die der Kreiskassen ist stark eingeschränkt. Die Führungskräfte werden nach politischen Kriterien ausgewählt und eingesetzt.

Die wichtigsten Leistungsanbieter sind die Familienärzte für die Grundversorgung der Bevölkerung. Es gibt eine freie Arztwahl. Das Arbeitsentgelt wird nach Kopfpauschalen und für bestimmte Einzelleistungen bezahlt. Der Familienarzt hat auch die Torhüterfunktion.

Fachärzte für die ambulante Versorgung gibt es in Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren. Das Arbeitsentgelt wird nach Einzelleistungen mit einem Punktesystem berechnet oder es wird ein Monatsgehalt bezahlt.

Die Finanzierung der Krankenhäuser ist nach dem DRG-System gewährleistet und das Krankenhauspersonal ist nach einem einheitlichen Tarifsystem mit einem Monatsgehalt bezahlt. Medikamentenanbieter sind Apotheken, Herstellerketten und Verteilerketten. Die aus Deutschland oder der Schweiz importierten Medikamente sind in Rumänien teurer als in den Herstellerländern.

Laboratoriumsuntersuchungen erfolgen durch öffentliche und private Dienste. Hilfsmittel- und Heilmittelanbieter sind private und öffentliche Dienste.

Wir erwarten von der Europäischen Union und von der Bundesrepublik, besonders von der Bundesärztekammer, weitere Unterstützung. Die Bundesärztekammer ist der Taufpate unseres Gesundheitssystems. Wir brauchen weitere Unterstützung für das Ärztekollegium, damit es eine autonome Organisation wird und die wahren Interessen der rumänischen Ärzteschaft kompetent vertreten kann. Jetzt ist es ein Anhängsel des Gesundheitsministeriums. Wir benötigen eine Erweiterung der Zusammenarbeit zwischen den rumänischen und den deutschen Fachgesellschaften in gemeinsamen und verschiedenen internationalen Projekten.

Wichtig ist auch der Austausch von Fachleuten und wissenschaftlichen Mitarbeitern für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in unserem Lande. Hier nenne ich die Stichworte Säuglingssterblichkeit, Müttersterblichkeit und Krankenhausmanagement.

Erforderlich ist eine Verstärkung der Lobbyarbeit in der Europäischen Union für eine bessere Harmonisierung der Ausbildung, der Weiterbildung und der Fortbildung der Ärzte und für die Anerkennung der Diplome und eine Erleichterung der Beschäftigung von Ärzten auch aus den ost- und mitteleuropäischen Ländern in der Europäischen Union – und vice versa, sofern das möglich ist.

Erforderlich ist auch noch die Erweiterung der Kooperation zwischen deutschen und rumänischen Medizinischen Universitäten und Forschungsinstituten, um die Annäherung der Qualität unserer medizinischen Leistungen an die Standards der EU zu beschleunigen.

In den nachfolgenden Tabellen und Grafiken werde ich für die vergangenen 30 Jahre die wichtigsten Parameter des Gesundheitszustands der rumänischen Bevölkerung verdeutlichen.

Rumänien hat rund 22 Millionen Einwohner. Die Landesfläche beträgt knapp 240 Quadratkilometer. Die Bevölkerungsdichte beträgt rund 98 Einwohner pro Quadratkilometer. Die Verteilung der Einwohner auf Stadt und Land hat sich seit 1970 nur wenig verändert. Im Jahre 2000 lebten über 45 Prozent der Bevölkerung auf dem Land. Das Durchschnittsalter hat sich zwischen 1970 und 2000 kaum verändert. Die Zahlen für 2005 konnte ich nicht darstellen, weil die bereinigten Zahlen noch nicht vorliegen. Das Durchschnittsalter der Frauen lag im Jahre 2000 bei 73 Jahren, das der Männer bei knapp 66 Jahren. Die Ausgaben für Gesundheit, gemessen in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, haben sich von 2,8 Prozent im Jahre 1970 auf 3,4 Prozent im Jahre 2000 erhöht. 2004 lagen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Person und Jahr bei etwa 111 Euro.

Die Natalität ist von 1970 mit rund 21 Promille bis zum Jahre 2000 mit 10,5 Promille stark gesunken. Die Fertilität hat sich von 1970 bis 2000 ungefähr halbiert. 1970 gab es pro 1 000 Lebendgeborene rund 685 Fehlgeburten. Diese Zahl hat sich bis 2004 auf 1 050 erhöht. Zu Zeiten von Ceauşescu war die Fehlgeburtenrate klein. Die Müttersterblichkeitsrate pro 100 000 Geborene ging von 1,17 im Jahr 1970 auf 0,34 im Jahr 2000 zurück. Nur zwei Länder in Europa haben eine höhere Müttersterblichkeitsrate. Die Rate der Säuglingssterblichkeit pro 1 000 Geborene betrug im Jahr 2000 noch immer 18,6.

Die häufigste Todesursache sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, gefolgt von Lungen- und Atemwegskrankheiten. Auf 100 000 Einwohner kommen 47 Todesfälle durch Tuberkulose. An dritter Stelle hinsichtlich der häufigsten Todesursachen steht der Schlaganfall, gefolgt von Neoplasien, Unfällen bzw. Vergiftungen, Erkrankungen des Verdauungssystems und Infektionskrankheiten.

Hinsichtlich der angeborenen Krankheiten ist zu berücksichtigen, dass wir nur 300 Kilometer von Tschernobyl entfernt liegen.

Hinsichtlich der Zahl der Ärzte ist von 1970 bis 2000 eine 40-prozentige Steigerung zu verzeichnen. Bei den Zahnärzten sind es 100 Prozent, ebenso bei den Apothekern.

Unsere Ärzte wandern nicht nach Großbritannien oder Norwegen aus, sondern – auch wegen der Sprache – nach Ungarn.

1900 kamen 782 Einwohner auf einen Arzt. Im Jahre 2000 waren es 490. Derzeit sind es 432. In Rumänien gab es im Jahre 2000 180 Ärzte pro 1 000 Einwohner. In der Bundesrepublik sind es derzeit ungefähr 380.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und lade Sie ein, nach Rumänien zu kommen – nicht nur, um das Gesundheitssystem zu studieren, sondern auch um das Land und seine Schönheiten zu entdecken.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Kollege Jeszenszky, für Ihre beeindruckende Darstellung. Es ist noch viel zu tun, aber Sie sind auf einem positiven Weg. Schon die Veränderungen hinsichtlich der Säuglings- und der Müttersterblichkeit lassen positiv in die Zukunft schauen. Sie haben eben ein schönes Bild vom Donaudelta gezeigt. Wir haben noch die Bilder aus dem Frühjahr von der katastrophalen Überschwemmung vor Augen. Durch ein solches Naturereignis steigt natürlich beispielsweise auch die Rate der Infektionskrankheiten.

Nochmals vielen Dank für Ihre Darstellung.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie wissen, unser Präsident und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Auslandsabteilung der Bundesärztekammer sind in allen ehemaligen Ostblockstaaten unterwegs gewesen, um das Kammerwesen auch im Osten zu etablieren. Insofern haben wir gute Beziehungen zu diesen Ländern.

Wir kommen jetzt zur Diskussion. Der erste Redner ist Herr Dr. Voigt aus Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Lieber Herr Crusius! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe selten die Ehre, als Erster reden zu dürfen. Ich möchte zunächst Herrn Wurche für sein Referat danken, das gezeigt hat, wie komplex Europa ist und vor wie vielen Problemen wir dort stehen. Das ist auch der Grund, weshalb ich noch ein paar Worte zu meinem Antrag sagen möchte.

Ich möchte zunächst ganz kurz auf die Situation in Rumänien eingehen. Als Pädiater bin ich natürlich erschüttert über die noch immer hohe Kindersterblich-

keit in Rumänien. Positiv ist die Tatsache, dass sie sinkt. Aber sie ist noch meilenweit von den Werten entfernt, die wir heute in Europa gewohnt sind. Man kann Ihnen, Herr Jeszenszky, nur die Daumen drücken, dass Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen es schaffen, solche Zahlen zu verringern und die Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine positive Entwicklung ermöglichen.

Ihnen liegt der Antrag III-3 vor, in dem ich auf eine EG-Richtlinie hinweise, der für denjenigen, der nicht ganz im Thema steckt, etwas schwierig zu verstehen ist. Deshalb möchte ich dazu ein paar erläuternde Worte sagen.

Wir haben eine Richtlinie, die unter anderem die Dienstleistungsfreiheit vorsieht. Sie stellt uns im Moment vor die konkrete Situation, dass eine Kollegin oder ein Kollege, der bzw. dem wir als Approbationsbehörde aus berufsrechtlichen Gründen die Approbation entziehen mussten, weiterhin in Deutschland ärztlich tätig bleiben kann, wenn sie bzw. er eine zusätzliche Berufserlaubnis aus einem EU-Mitgliedstaat besitzt. Das ist in sich etwas Unsinniges. Es ist etwas, was sich aus EU-rechtlichen Rahmenbedingungen ergibt.

Ich bitte Sie, meinen Antrag zu unterstützen, dass wir die Europäische Kommission und das Europäische Parlament um eine Änderung bitten. Das kann der deutsche Gesetzgeber gar nicht mehr regeln.

Ich habe in der Begründung meines Antrags ein Bundesgerichtshofurteil vom Oktober vorigen Jahres erwähnt, das deutlich macht, dass so etwas im Moment rechtlich in Ordnung ist, solange es keine Änderung auf EU-Ebene gibt. Dieser Thematik müssen wir uns zunehmend stellen.

Ich glaube, wir sind gut beraten, wenn wir uns auch von der juristischen Seite her beraten lassen, dass wir diese Fallstricke, die uns Europa ins Haus bringt, rechtzeitig erkennen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Voigt. – Jetzt bitte Herr Montgomery.

Dr. Montgomery, Hamburg: Herr Vizepräsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ein Dank an Klaus Wurche für dieses Referat, in dem er uns umfassend dargestellt hat, wie sich Europa aufstellt. Ich möchte versuchen, ergänzend dazu die emotionalen Komponenten hier vor Augen zu führen.

Europa ist ein unbeschreiblich großes Gebilde geworden. Europa wird von vielen von uns als Gefahr empfunden, weil wir uns inzwischen zusätzlich zur deutschen Bürokratie, die wir zum Teil handeln können, mit einer europäischen Bürokratie konfrontiert sehen, die uns mit vielen Fallstricken beglückt, die viele Probleme schafft. Wir müssen uns auseinander setzen mit einem angelsächsischen Denken in bürokratischen Fragen, mit einem französischen Denken in bürokratischen Fragen. Ich will Sie mit meinem Redebeitrag dafür gewinnen, dass wir uns alle viel mehr in Europa engagieren, denn wir tun in Europa zu wenig, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Wenn man, wie ich das seit 15 Jahren tue, in den europäischen Gremien tätig ist, stellt man geradezu mit Entsetzen fest, wie wenige Deutsche man dort trifft. Man trifft dort niemanden, der wie Sie oder wie ich versucht, auf die europäischen Entwicklungen Einfluss zu nehmen, sondern wir werden in Europa von Menschen dominiert, die aus dem angelsächsischen oder aus dem französischen Raum kommen. So ist denn auch vieles von dem, was uns in Europa begegnet, sehr von deren Denken geprägt und wenig von unserem Denken beeinflusst.

Das will ich ändern, mit Ihnen zusammen. Europa ist nämlich im Grunde genommen keine Gefahr, sondern Europa ist im Kern eine ganz große Chance. Diese Chance müssen wir ergreifen. Dazu müssen wir auf diesen Gebieten aktiv werden. Mein Plädoyer an Sie lautet: Engagieren Sie sich in Ihren Fachgesellschaften, in der Bundesärztekammer, in den internationalen Delegationen, damit sich Deutschland, das immerhin das größte Land der Europäischen Union ist, auch in der Gesetzgebung wiederfindet. Es kommen eine Fülle von Dingen auf uns zu. Klaus-Dieter Wurche hat eingangs seines Referats die Dienstleistungsrichtlinie angesprochen. Meine Damen und Herren, wir haben es über den Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte und über die guten Verbindungen zum Europäischen Parlament geschafft, dass die uns als völlig inakzeptabel erscheinenden Regelungen hinsichtlich des Herkunftsprinzips usw. beseitigt sind, sodass völlig klar ist, dass unser Berufsfeld aus der Dienstleistungsrichtlinie nunmehr heraus ist.

Aber es wäre brandgefährlich, sich jetzt zurückzulehnen und zu glauben, dass wir ein für allemal von ähnlichen Dingen verschont bleiben. Nein, die Europäische Union wird eine eigene Richtlinie erlassen, welche die Dienstleistungen der Heilberufe regelt. Wir sind nur aus der großen Richtlinie heraus, aber wir werden so sicher wie das Amen in der Kirche eine eigene Richtlinie bekommen. Entscheidend ist, dass der Oberbegriff nicht etwa Arztmobilität lautet, sondern Patientenmobilität. Dieses reziproke Verhalten von Patienten und Ärzten oder anderen medizinischen Berufen wird von der Kommission wieder nur unter der Überschrift Patientenmobilität gesehen.

Deswegen ist es so wichtig, dass wir uns in Europa engagieren und dass wir ganz klar dafür eintreten, dass wir Prinzipien des Arztrechts, der Berufsordnung, wie wir sie kennen, in diese Dienstleistungsrichtlinie für Ärzte bekommen. Anderenfalls geschehen solche Dinge, wie Herr Voigt sie eben völlig zu Recht geschildert hat, dass ein Arzt, der zu dreieinhalb Jahren Freiheitsstrafe verurteilt wurde, weil eine Patientin gestorben ist, mit einer belgischen Approbation versucht, bei uns wieder zu arbeiten. Das ist grotesk, liebe Kolleginnen und Kollegen. So etwas können wir aber nur verhindern, wenn wir dort mitarbeiten.

Oder nehmen Sie die Arbeitszeitrichtlinie. Sie alle wissen, dass sie sich noch immer im Abstimmungsprozess befindet. Es ist für uns Deutsche außerordentlich wichtig, dass wir hier aufpassen. Ich war der Bundesgesundheitsministerin gestern für einen einzigen Satz während der Eröffnungsveranstaltung dankbar, nämlich für ihre Aussage: Es wird über den 31. Dezember 2006 hinaus mit Sicherheit keine Verlängerung der Übergangsbestimmungen des deutschen Arbeitszeitgesetzes mehr geben, sondern dann gilt das Arbeitszeitgesetz in seiner jetzigen Fassung pur.

(Beifall)

Das ist ein wichtiger Satz, Kolleginnen und Kollegen, denn die Europäische Union versucht längst schon wieder, die Standards zurückzuschrauben. Das liegt gar nicht mehr allein an Deutschland, sondern das liegt auch an anderen Ländern. Wenn wir das vorher in trockenen Tüchern haben, wenn wir das vorher in Deutschland festgemauert in der Erden haben, dann kann uns das nichts ausmachen.

Ich glaube sogar: Das wird unter deutscher Regie geschehen. Die österreichische Ratspräsidentschaft ist sehr mit Fragen der Erweiterung der Europäischen Union beschäftigt. Sie wird diese Fragen nicht anpacken. Es folgt die finnische Präsidentschaft. Sie hat hier ihre eigene Meinung und wird das Problem ebenfalls nicht anpacken. Aber im ersten Halbjahr 2007 hat Deutschland die Ratspräsidentschaft inne. Ich kann mir vorstellen, dass es dann gelingt, eine Einigung im Ministerrat herbeizuführen.

Deswegen ist es wichtig, dass wir uns in Europa engagieren, um das so lange wie möglich hinauszuzögern und um sicherzugehen, dass in unserem Lande diese Dinge gut geregelt werden.

Schließlich möchte ich den Bereich E-Health ansprechen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, das, was wir uns hier an Debatte über die Patientenkarte leisten, können Sie, in der europäischen Dimension noch um die elektronische Patientenakte erweitert, und das unter dem Blickwinkel von 25 Staaten, erleben. Das Chaos ist total. Hier bedient sich die Europäische Union immer häufiger des Verfahrens, das Klaus-Dieter Wurche richtig geschildert hat, nämlich der Offe-

nen Methode der Koordinierung. Das heißt nichts weiter als ein Verfahren der brutalen Beschleunigung dieser Prozesse. Das, was Sie aus deutschen Gesetzgebungsverfahren kennen, läuft dort jetzt auch. Wir bekommen schlicht und einfach die Mitteilung, in kürzester Zeit sollen wir uns zu irgendwelchen hochkomplexen Dingen äußern. Man erhält zwei Beratungstermine, dann geht es in den Ministerrat. Dann steht die Richtlinie vor der Tür.

Wir müssen uns mehr und verstärkt organisieren, damit so etwas nicht geschieht. Dazu müssen wir erst einmal dafür sorgen, dass Deutsche in diese Gremien gelangen.

Ein letztes Beispiel. Die Europäische Union bereitet gegenwärtig eine Generalrenovierung des gesamten Pharmamarktes vor. Dazu sind drei Arbeitsgruppen gebildet worden. Die eine Arbeitsgruppe versucht, eine Patienteninformation über Pharmaka zu erstellen. Die zweite Arbeitsgruppe versucht, die Pharmakovigilanzsysteme, also die Monitoringsysteme für unerwünschte Nebenwirkung von Arzneimitteln, zu koordinieren. Da ist es einfach wichtig, dass wir es schaffen, die von der Ärzteschaft aufgebauten funktionierenden Systeme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in die europäische Ebene zu bringen, weil die Engländer und Franzosen eine staatliche Lösung vor Augen haben, weil sie in diesem Bereich nur staatliche Lösungen kennen.

Wir haben im Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte eine Dachorganisation, mit der wir berechtigterweise oft unzufrieden sind. Es ist nämlich unendlich mühsam, die Meinungen von 25 Staaten zu koordinieren. Wir müssen diesen Problemen dadurch begegnen, dass wir uns noch mehr in diesen Gremien engagieren, indem wir noch mehr dafür tun, auch dadurch, dass wir beispielsweise beim Haushalt dafür sorgen, dass der deutsche Beitrag zu diesen Gremien ausreichend hoch ist.

Ich wäre froh, wenn ich mit diesem Plädoyer, das in seiner Emotionalität vielleicht etwas stärker war als das, was Sie sonst von mir gewohnt sind, erreicht hätte, mehr Menschen dazu zu bewegen, sich in Europa zu engagieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Monti, für das klare Statement pro Europa. Diese Emotionalität sind wir von dir durchaus gewöhnt. Die Patientensicherheit wäre ein weiteres Thema gewesen. Das ist ja in Europa en vogue. Dies nur als kleine Ergänzung.

Als nächster Redner bitte Herr Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Die beiden Vorredner haben bereits die meisten Argumente für eine solche Ständige Konferenz, die sich mit europäischen Angelegenheiten beschäftigt, vorgetragen. Ich möchte in diesem Zusammenhang den Bereich der Weiterbildung erwähnen. Viele haben das Problem mit dem Hausarzt mitbekommen, der in Deutschland einen entsprechenden Titel tragen muss, wo wir einem Vertragsverletzungsverfahren ausweichen mussten, indem wir viele Regelungen bei uns ändern mussten.

Ich habe den Eindruck, wir haben bisher im Bereich Europa auf Dinge, die aus der Kommission kamen, reagiert, wir haben sie aber nicht zuvor beeinflussen können. Wir müssen mehr verstehen, was die Europäische Union will, was die anderen europäischen Länder wollen. Wir müssen genauso daran arbeiten, dass die anderen europäischen Länder verstehen, was wir eigentlich wollen. Ich denke, dass dafür eine Ständige Kommission durchaus einen guten Start und eine Intensivierung dieser Bemühungen, die es ja auf anderen Ebenen bereits gibt, bedeuten könnte.

Wenn man sagt, dass es so viele Probleme gibt, dann habe ich persönlich Zweifel, ob man der EU, wie im Antrag III-2 geschehen, zuallererst bestimmte Dinge aufs Auge drücken sollte. Hier geht es um ein Anliegen unter vielen. Ich denke, die Prioritäten dieser Ständigen Konferenz sind zunächst noch ganz andere. Daher appelliere ich, den Antrag III-2 an den Vorstand zu überweisen, damit sich die Ständige Konferenz damit beschäftigen kann, aber zu einem ihr genehmen Zeitpunkt. Ich bitte darum, diesen Geschäftsordnungsantrag zu registrieren.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Thierse, auch für das Votum für die Ständige Konferenz, die ja ihre Arbeit aufgenommen hat. – Jetzt bitte Frau Christa Roth-Sackenheim aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Roth-Sackenheim, Rheinland-Pfalz: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie nur kurz darüber informieren, dass es den Entwurf eines EU-Grünbuchs zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen gibt, Ende letzten Jahres von der Ständigen Konferenz der europäischen Gesundheitsminister – das ist dasselbe Gremium, das die Erklärung von Helsinki erarbeitet hat – fertig gestellt. Ich glaube, bis Ende dieses Monats sind Stellungnahmen dazu möglich. Wenn man diesen Entwurf des Grünbuchs genau liest, wundert man sich, dass dort kaum die Ebene der ärztlichen Versorgung psychi-

scher Störungen eine Rolle spielt. Der Antrag III-2 setzt sich damit auseinander. Danach soll die Bundesärztekammer gebeten werden, in ihrer Stellungnahme zum Grünbuch auf die ärztliche Ebene der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen Wert zu legen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Roth-Sackenheim. – Als nächster Redner Herr Dr. Heiner Heister aus Nordrhein. Bitte.

Dr. Heister, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich bedanke mich bei Frau Roth-Sackenheim für die nette Einführung. In der Tat ist der Antrag III-2 vielleicht ein wenig missverständlich geworden, weil bei der Transkription meines Antrags der Titel erheblich verkürzt wurde. Es geht in der Tat um dieses Grünbuch der Europäischen Gemeinschaft zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Ich habe ein wenig erwartet, dass man mir seitens des Vorstands sagt: Da gibt es schon eine Arbeitsgruppe mit der Bundeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und der KJP. In der Tat ist es so, wie ich es in meinem Statement zum vorhergehenden Tagesordnungspunkt erwähnt habe: Auch da ist diese Kammer wieder weit voraus. Ich denke nicht, dass die Bundesärztekammer zulassen sollte, dass sich dort eine konkurrierende Heilberufskammer an die Spitze setzt, denn diese ist eigentlich nur für ein relativ kleines Segment der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker in Deutschland zuständig. Das ist der Hintergrund meines Antrags.

Ich möchte hinzufügen, dass bei der Übertragung ein Druckfehler entstanden ist. Der erste Satz der Begründung muss lauten:

> *Die Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Erkrankungen innerhalb der EU-Bevölkerung nimmt deutlich zu …*

Im ausgedruckten Text steht: „nicht deutlich zu“. Ferner bitte ich darum, den ersten Satz des Antragstextes wie folgt zu formulieren:

> *Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, der EU gegenüber das deutsche gegliederte System der ärztlichen Versorgung … offensiv darzustellen.*

Dann wird die Intention des Antrags klarer. Ich bitte Sie herzlich, diesen Antrag anzunehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Heister.

Ich bin gebeten worden, Ihnen zu sagen, dass Sie nach der Abstimmung noch einen Augenblick hier bleiben mögen, weil Herr Dr. Friebel noch wesentliche Anmerkungen zum morgigen Abend zu machen hat.

Als nächste Rednerin bitte Frau Dr. Friedländer.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann Herrn Montgomery nur unterstützen und sagen: Wir müssen uns viel mehr engagieren. Ich wundere mich darüber, dass das im Bewusstsein der Bevölkerung und auch bei uns noch gar nicht so richtig vorhanden ist. Herr Thierse hat gefragt: Was will Deutschland? Was will die EU? Nein, wir müssen uns fragen: Was wollen wir in der EU? Wir sind das größte Land in der EU. Ich glaube, vielen ist noch gar nicht bewusst, dass dort viel mehr Entscheidungen getroffen werden, als uns lieb ist.

Die Patientenmobilität gibt es schon. Ich denke hier nur an den Bereich der plastischen Operationen, der Zahnprothetik oder der Kuren. Die Patienten erzählen, dass sie zu diesem Zweck in Estland, in Polen oder in Ungarn waren.

Ich erinnere an den Bologna-Prozess, an Bachelor- und Master-Studiengänge. Das sind Dinge, die wir gar nicht mehr alleine steuern können. Uns werden von außen her Dinge aufoktroyiert. Deshalb ist es so wichtig, dort unsere Vorstellungen einzubringen und nach Möglichkeit auch durchzusetzen.

Ich möchte schließlich noch auf Folgendes aufmerksam machen. Wir sollten darauf achten, dass EU-Richtlinien in Deutschland nicht noch verschärft werden. Ich denke hier an das Gleichstellungsgesetz, bei dem die Regierung noch eins draufgesetzt hat und damit den Deutschen vieles erschwert hat. Auch das ist ein wichtiger Punkt, auf den man aufmerksam machen muss und bei dem man sehr wachsam bleiben muss.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank. Die Koalitionsvereinbarung legt ja fest, dass man die EU-Richtlinien in Deutschland nicht verschärfen will. Im Übrigen hat die EFMA im letzten Jahr gemeinsam mit der WHO beschlossen, dass Bachelor und Master für den Arztberuf nicht infrage kommen. Aber das nur am Rande.

Jetzt bitte Herr Dr. Lindhorst aus Hessen.

Dr. Lindhorst, Hessen: Wir erleben eine erhebliche Internationalisierung unserer Medizin, die ihre Migrationsfähigkeit allein durch die Abwanderung vieler deutscher Ärzte erlebt hat. Der klassische Austausch zwischen den USA und Deutschland ist inzwischen nur noch nebensächlich, auch wenn er weiterhin einen bedeutenden Anteil ausmacht.

Ich denke, zu den Grundbedingungen für unser Land und für Europa, attraktiv zu sein, gehört im Rahmen der Weiterbildung, dass wir in Deutschland nicht wesentlich längere Zeiten haben dürfen als im europäischen Ausland. Da haben wir mit unserer neuen Weiterbildungsordnung leider ein gewisses Problem. Die Zeiten beispielsweise in der Inneren Medizin sind im internationalen Vergleich sehr lang geworden, speziell auch im europäischen Vergleich. Ich weiß, dass das heftig umstritten ist und dass das nicht alle hören mögen. Es gibt in Europa sicherlich auch andere Ansätze, beispielsweise in den chirurgischen Fächern durch den Abgleich über die UEMS zu erfassen, wie viele Eingriffe in den jeweiligen Ländern durchgeführt werden. Wir sehen, dass wir durchaus Schwierigkeiten haben, die Fallzahlen, wie sie in anderen Ländern zum Teil gefordert werden, mit der Weiterbildung, wie sie in Deutschland erfolgt, zu erreichen. Wir müssen klar und deutlich darauf hinweisen: Das ist ein Problem. Wir müssen versuchen, die Weiterbildungszeiten in Deutschland deutlich zu verkürzen, gleichzeitig den Weiterzubildenden zu gewährleisten, dass sie das, was erforderlich ist, um am internationalen und europäischen Markt bestehen zu können, während der Weiterbildung durch uns beaufsichtigt und quasi durch die Kammern garantiert erhalten.

Ich denke, darüber sollten wir uns unter dem Tagesordnungspunkt VII noch einmal auseinander setzen. Ich bitte Sie, dieses Thema nicht, wie das bisher geschehen ist, zu überweisen. Wir sollten uns das ernsthaft vornehmen und in den nächsten Jahren daran arbeiten.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Dr. Lindhorst. Dazu können Sie unter Tagesordnungspunkt VII ja noch einmal sprechen. – Jetzt bitte Herr Dr. Urban aus Berlin.

Dr. Urban, Berlin: Es gibt in anderen europäischen Ländern wahrscheinlich noch mehr Organisationen als in Deutschland. Mich überrascht, wenn ich aus dem Gelesenen den Eindruck gewinnen muss, als seien wir gar nicht entsprechend vertreten. Ich nehme an, dass Sie alle die UEMS kennen. Dort bin ich seit sechs oder sieben Jahren als deutscher Delegierter in der Sektion „Psychiatrie“ tätig. Dort werden genau diese Themen beraten, nämlich die Harmonisierung der Weiterbildungsordnungen, die gegenseitige Facharztanerkennung, Qualifikationen usw. Es geht da beispielsweise auch um die Unterbringungsmodalitäten in der Psychiatrie in den verschiedenen Ländern. Das alles wird besprochen und diskutiert. Auch zu dem Grünbuch ist eine Stellungnahme erarbeitet worden.

Ich glaube also, es gibt schon eine ganze Reihe von Aktionen. Meine Bitte an die Bundesärztekammer lautet, vermehrt Koordinierungsversuche zu unternehmen und mit einzelnen Gruppierungen, und zwar auch auf der Ebene der einzelnen Sektionen, Kontakt aufzunehmen, um Doppelarbeit und sich widersprechende Stellungnahmen zu verhindern. Die UEMS-Delegierten sollten auch untereinander vermehrt Kontakt aufnehmen und die Stellungnahmen absprechen.

Ich kann mir eine kleine Nebenbemerkung hinsichtlich der Ständigen Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ nicht verkneifen. Ich hoffe, dass diejenigen, die sich vorhin gegen eine Ständige Konferenz zu therapeutischen Fragen mit der Begründung ausgesprochen haben, das sei ja eine Diskriminierung bzw. Stigmatisierung, nicht genau dieses Argument gegenüber der Ständigen Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ benutzen und erklären, das sei eine Stigmatisierung des europäischen Gedankens.

Danke sehr.

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Dr. Urban. – Jetzt Herr Kollege Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Herr Kollege, diese Ständige Konferenz gibt es bereits. Dieser Diskussion müssen wir uns jetzt nicht aussetzen.

Ich möchte Sie in zweierlei Hinsicht auf den Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer hinweisen. Das ist zwar ein Selbstgänger, aber Herr Kollege Montgomery hat darauf hingewiesen, dass wir uns im europäischen Bereich, aber auch quasi in unserem häuslichen Bereich viel mehr engagieren und unsere Chancen nutzen sollten, auf die entsprechenden Politiker einzuwirken, jene Dinge, welche die Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ vorgeschlagen hat und die umgesetzt werden müssen, auf politischer Ebene zu forcieren.

Das Problem, das Herr Kollege Voigt in seinem Antrag dargestellt hat, dass ein Arzt, dessen Approbation in einem Mitgliedsland widerrufen wurde, nicht weiterhin in diesem Mitgliedstaat als Arzt tätig werden kann, ist tatsächlich vorhanden. Wir werden mit der Berufsanerkennungsrichtlinie und der gewiss folgenden Dienstleistungsrichtlinie für den Gesundheitssektor sicherlich noch viel mehr Probleme bekommen. Wir haben hier in Deutschland eine Berufsordnung. Sie ist nicht in allen Punkten kongruent mit den Vorstellungen über den Arztberuf in anderen europäischen Ländern. Das habe ich selber feststellen müssen.

Solche Probleme werden insbesondere jene Bereiche zu spüren bekommen, die mit der Situation in Nachbarländern konfrontiert werden. Diese Konfrontation mit den Nachbarländern und die möglichen Konsequenzen einer Tätigkeit in einem Nachbarland sind im Vorstandsantrag unter Punkt VIII aufgeführt. Man sollte entsprechende Anstrengungen unternehmen, wo es noch keine Absprachen wie in den so genannten Euregios gibt. Wir in Sachsen haben das Problem ganz besonders in der Region Löbau/Zittau und in den dort angrenzenden Gebieten zu Polen und Tschechien hinsichtlich der Durchführung von Rettungsdiensten. Wir hatten das Problem, dass eine Kollegin wegen unterlassener Hilfeleistung in Polen verurteilt wurde und dann freigesprochen wurde. Das kann nicht sein. Unsere Bevölkerung reist ins Ausland, auch Ärzte reisen ins Ausland und kommen im Grenzbereich in den Konflikt, Hilfe leisten zu müssen, es aber aufgrund fehlender zwischenstaatlicher Abkommen nicht zu dürfen.

Die Regierungen sind derzeit nicht in der Lage, entsprechende Abkommen zu treffen. Es herrscht relative Funkstille, was diesen Bereich anlangt. Es gibt Lösungen in dieser Hinsicht. Ich rufe Sie auf: Unterstützen Sie diesen Antrag und wirken Sie in Ihrem Bereich darauf hin, dass die Politik entsprechende zwischenstaatliche Abkommen abschließt.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Kollege Bodendieck. – Jetzt Frau Collega Birgit Löber-Kraemer aus Nordrhein.

Löber-Kraemer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich mache es ganz kurz. Mir geht es darum, dass klar wird, dass die wichtige Stellungnahme zu dem Grünbuch unter Federführung der Bundesärztekammer erstellt wird. Wir Ärztinnen und Ärzte sind diejenigen, die die psychische Versorgung in Deutschland sicherstellen. Es geht nicht an, dass, wie Herr Heister schon erwähnt hat, eine Kammer, die für einen Teilbereich zuständig ist, dies federführend tut. Das gehört wirklich nur in unseren Bereich. Man kann sich absprechen und sich ergänzen, aber die Federführung muss bei uns liegen. Das möchte ich ganz klar sagen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Löber-Kraemer. – Jetzt noch einmal Herr Montgomery aus Hamburg.

Dr. Montgomery, Hamburg: Herr Heister und Frau Löber-Kraemer, ich möchte nur zu Ihrer Information sagen, dass sich der Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte bereits auf seiner März-Sitzung mit der Stellungnahme zum Grünbuch befasst hat. Das Dokument dazu ist auf der Homepage des CMPE unter der Nr. 2006/18 abrufbar. Ich habe es auf meinem Rechner. Die Abgabefrist gegenüber der Europäischen Union für alle Stellungnahmen lief vor kurzem ab.

Die Bundesärztekammer hat sich über den Ausschuss und über den Ausschuss „Prävention“ im CMPE eingebracht. Dort ist Herr Henke unser Delegierter. Sie können sicher sein, dass die Befürchtungen, aber auch die Positiva, die in diesem Grünbuch enthalten sind, ausreichend gewürdigt wurden. Ich sage das vor allem deswegen, Herr Heister, weil ich dem Eindruck entgegenwirken möchte, dass die Bundesärztekammer immer nur den anderen hinterherrennt und schläft. Das tut sie nicht. Es gibt bereits ein CP-Papier. Dieses ist von der Bundesärztekammer mit diskutiert und beeinflusst worden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Montgomery. – Jetzt bitte Herr Dr. Volker von der Damerau-Dambrowski aus Niedersachsen.

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Ich fasse mich sehr kurz. Ich bin Vizepräsident der UEMO. Es gibt also eine Gesellschaft der Hausärzte

in Europa, die seit vielen Jahren zusammen mit der UEMS die europäischen Angelegenheiten fördert, natürlich hauptsächlich im Interesse der Hausärzte. Ich habe vor einigen Jahren angeregt, dass sich die Europa-Aktivisten, wie ich sie einmal nennen möchte, regelmäßig im Rahmen der Bundesärztekammer treffen, um sich abzustimmen. Das hat auch ungefähr über zwei, drei Jahre ganz gut geklappt; in letzter Zeit schläft es etwas ein. Das halte ich für falsch. Ich möchte Sie vom Vorstand bitten, dafür zu sorgen, dass wir uns vielleicht zweimal im Jahr in Berlin treffen können, um abzustimmen, was die einzelnen Gruppierungen bewegt, auch um Doppelarbeit zu vermeiden, um schlagkräftiger zu sein, auch beim CMPE.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr von der Damerau-Dambrowski. – Jetzt Julian Veelken aus Berlin.

Veelken, Berlin: Ich möchte eine kurze Anmerkung zu den Ausführungen von Herrn Lindhorst machen. Er hat natürlich Recht, wenn er die Frage stellt, wie kompetitiv das Ausbildungssystem in Deutschland ist. Wenn Sie eine Verkürzung der Weiterbildungszeit fordern, sprechen Sie wahrscheinlich vielen aus der Seele. Die kompetitive Situation der Ausbildung in Deutschland ist gefährdet, weil in der schon jetzt recht langen Weiterbildungszeit viele Weiterbildungsinhalte, wie wir alle wissen, nicht mehr sicher vermittelt werden können. Wenn Sie in der jetzigen Situation die Weiterbildungszeit verkürzen wollen, so wünschenswert das ist, dann ist das wirklich aus dem Poesiealbum einer (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Kollege Veelken. – Das Schlusswort hat jetzt Herr Kollege Wurche.

Dr. Wurche, Referent: Ich bedanke mich für die Geduld, die Sie für diesen Tagesordnungspunkt aufgebracht haben. Wie Sie gesehen haben, ist er mit sehr vielen und vielfältigen Problemen behaftet, die in dem Referat nur gestreift werden konnten. Die Zeit hätte nicht ausgereicht, sie alle zu behandeln.

Monti, ich danke dir, dass du solche Lebhaftigkeit in die Diskussion gebracht hast. Du hast richtig gestellt, dass der erste Eindruck, als seien wir gar nicht tätig gewesen, nicht richtig ist. Du selbst bist ja jemand, der dort ganz engagiert tätig ist. Manchmal scheint der englische und französische Einfluss etwas größer zu sein, aber mit deinem Namen bürgst du dafür, dass wir uns dort einbringen können. Noch einmal vielen Dank für dein engagiertes Eintreten für eine Mitarbeit in diesen europäischen Gremien.

Zum Grünbuch ist eine Stellungnahme abgegeben worden, die im Internet abrufbar ist. Die Ständige Konferenz soll die unterschiedlichen Strömungen und Aktivitäten bündeln. Ich habe in meinem Referat erwähnt, dass die nationalen Aktivitäten gebündelt über das CPME eingebracht werden. Wir werden dieses Institut des Treffens, um die Probleme in den einzelnen Gesellschaften zu besprechen und die Initiativen abzusprechen, wieder aufleben lassen. Es ist nicht so hilfreich, einzelne nationale Stellungnahmen abzugeben, sondern diese sollten gebündelt über europäische Institutionen wie beispielsweise das CPME vorgebracht werden. Aller Erfahrung nach hat man dann größere Möglichkeiten, Einfluss zu nehmen, weil man sich in diesen europäischen Institutionen und Organisationen unterhält und sich austauscht.

Ich bitte Sie, den Antrag des Vorstands anzunehmen. Der Vorstand hat versucht, die verschiedenen Problemkreise aufzugreifen. Das Arbeitsprogramm, das wir uns vorgenommen haben, möchten wir durch Ihre Zustimmung unterstützt wissen.

Ich möchte kurz etwas zu den Entschließungsanträgen sagen. Zum Antrag III-2 ist bereits einiges gesagt worden. Er liegt auf der Linie dessen, was wir als Arbeitsprogramm vorgesehen haben. Auf das Grünbuch wurde schon hingewiesen.

Die Thematik des Antrags III-3 wurde in der Ständigen Konferenz bereits thematisiert. Es ist völlig richtig, dass es sich hier um einen nicht hinnehmbaren Zustand handelt. Es gibt zwei Wege zur Lösung, die seitens der Bundesärztekammer eingeschlagen wurden. Der eine Weg bedeutet, über Europa eine Lösung herbeizuführen zu versuchen, die andere Lösung besteht in einem nationalen Weg über die Änderung der Bundesärzteordnung. Herr Schirmer bereitet eine entsprechende Stellungnahme hinsichtlich § 10 b der Bundesärzteordnung vor. Der Tenor lautet: Wem das Recht zur Berufsausübung entzogen ist, kann nicht mit Berufung auf eine Approbation in einem anderen Land oder auf ein anderes Dokument aus einem anderen Land hier tätig werden. Ich bitte Herrn Voigt, den Betreff umzuformulieren in „Entzug des Rechts zur Berufsausübung“. Das ist die Richtung, die man diesbezüglich einschlagen sollte.

Ich danke noch einmal für Ihre Aufmerksamkeit und bitte Sie, Probleme, die sich im lokalen Bereich für Sie ergeben, an die Bundesärztekammer oder die

Ständige Konferenz „Europäische Angelegenheiten“ heranzutragen, damit sie dort bearbeitet werden können. Sollten Sie Gelegenheit haben, innerhalb Ihrer Organisationen auf die europäische Ebene Einfluss zu nehmen, möchte ich Sie – auch im Namen von Herrn Montgomery – dazu ermutigen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Klaus-Dieter Wurche, für die Darstellung der Wechselwirkungen zwischen Deutschland und Europa und für die Darstellung der Auswirkungen der Richtlinien sowie auch für den Gesamtüberblick. Ich glaube, das hat uns gut getan.

Herrn Jeszenszky darf ich für die Darstellung der Aufbruchstimmung in Rumänien und die Darstellung des bereits in wenigen Jahren Erreichten sowie für die schönen Bilder aus Rumänien und die Einladung dorthin ganz herzlich danken. Auch mit Tourismus kann man viel für ein aufstrebendes Land bewirken.

Vielen Dank Ihnen beiden.

(Beifall)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir kommen jetzt zur Abstimmung über die vorliegenden Anträge. Ich möchte Herrn Voigt fragen, ob er das ihm eben Angetragene übernehmen könnte. – Gut.

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag **III-1** mit dem Titel „Gesundheitsversorgung in Europa“. Dieser Antrag stammt vom Vorstand der Bundesärztekammer. Sie haben den Antrag alle gelesen; ich denke, dazu hatten Sie alle ausreichend Zeit. Wer ist für den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer? – Das ist die überaus große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Keiner. Wer enthält sich? – Keiner. Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**. Vielen Dank.

Ich danke allen, die das so präzise vorbereitet haben.

(Beifall)

Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag **III-2**. Die Antragsteller hatten vorhin geäußert, dass in der Zeile 2 vor dem Wort „Versorgung“ das Wort „ärztlichen“ eingefügt wird. In der Begründung, die zwar nicht Gegenstand der Abstimmung ist, sich aber im Beschlussprotokoll wiederfindet, soll in der zweiten Zeile das Wort „nicht“ durch das Wort „nimmt“ ersetzt werden.

Wer den Antrag in der geänderten Fassung annehmen möchte, den bitte ich um sein Handzeichen.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Wir waren in der Abstimmung. Aber dieser Antrag auf Vorstandsüberweisung hat gerade noch so die Kurve gekriegt. Ich frage: Wer ist für den Antrag auf Vorstandsüberweisung? – Das ist die große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Das müssen wir zählen. Ich frage also noch einmal: Wer ist für den Antrag auf Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Enthaltungen? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Antrag III-2 mit 91 gegen 82 Stimmen **an den Vorstand überwiesen**. Das war knapp, wie Sie zugeben müssen. Das kann man von hier oben nicht immer so klar sehen. Dafür haben wir ja auch die Zähler.

Wir kommen nun zur Abstimmung über den Antrag **III-3** mit dem Betreff „Entzug des Rechts zur Berufsausübung“. Wer ist mit dem Antrag III-3 einverstanden? – Das ist die große Mehrheit. Wer stimmt dagegen? – Keiner. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag bei einer Enthaltung einstimmig **angenommen**.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, vielen Dank für die gute Diskussion, vielen Dank noch einmal an die beiden Referenten für die präzise und sachliche Darstellung des ja ohnehin manchmal trocken wirkenden Themas. Monti hat die Diskussion in der ihm eigenen Art aufgelockert.

Ich wünsche Ihnen im Namen des Vorstands einen schönen Abend. Wir beginnen morgen früh pünktlich um 9 Uhr s. t.

Jetzt hat, wie angekündigt, Henning Friebel das Wort. Bitte.

Dr. Friebel, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Damen und Herren! Im Programmheft für den 109. Deutschen Ärztetag steht für den morgigen Abend: „Der Ärztetag tanzt!“ Vielleicht tanzt er ja auf dem Vulkan; das ist möglich. Wir wollen Sie morgen zum Landesabend der Ärztekammer Sachsen-Anhalt in den Elbauenpark einladen. Dazu möchte ich folgenden organisatorischen Hinweis geben.

Für die Teilnehmer stehen ab 18 Uhr Shuttlebusse zur Innenstadt bereit. Ich hoffe, dass wir morgen so pünktlich fertig werden, dass die Zeit eingehalten werden kann. Diese Busse fahren um 19 Uhr am Hotel vorbei zum Elbauenpark. Diejenigen Teilnehmer, die im Hotel „Herrenkrug“ wohnen, können die Straßenbahnlinie 6 benutzen; das ist unproblematisch. Eines ist wichtig: Es ist ein rustikaler Abend. Also bitte nicht das Abendkleid, sondern eine legere Kleidung, weil wir teilweise im Freien sein werden. Sie haben Otto von Guericke kennen gelernt. Er wird uns morgen seine Erfindung präsentieren. Meine Da-

men, die Schuhe müssen nicht unbedingt zehn Zentimeter hohe Absätze haben.

Für den Fall, dass es regnet: Haben Sie keine Sorge, die Ärztekammer Sachsen-Anhalt hält für Sie Regenschirme bereit.

Das war’s. Kommen Sie gut heim.

(Beifall)

3. Tag: Donnerstag, 25. Mai 2006
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen, meine Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen unsere Beratungen fort. Ich hoffe, dass sich der Saal noch etwas mehr füllt. Gestern waren ja die so genannten landsmannschaftlichen Abende, die bei dem einen oder anderen bis heute gedauert haben. Deswegen kann es sein, dass die Erholungszeit ein paar Minuten länger dauert. Solange die Beschlussunfähigkeit nicht festgestellt ist, können wir Beschlüsse fassen. Ich nehme an, dass niemand beabsichtigt, diese Feststellung zu beantragen, weil wir ja gewiss sind, dass die Kolleginnen und Kollegen noch erscheinen werden.

Wir kommen zu Tagesordnungspunkt IV:

(Muster-)Weiterbildungsordnung

Zum einen geht es um den allgemeinen Sachstandsbericht – das haben wir ja als Fixthema auf den Ärztetagen – und zum anderen um die Facharztanerkennung „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“. Hier soll eine kleine Änderung vorgenommen werden, die beschlossen werden muss, damit sie in den Landesärztekammern in geltendes Recht umgesetzt werden kann.

Referent zu unserem Tagesordnungspunkt ist seit geraumer Zeit der Vorsitzende unserer Weiterbildungsgremien, zugleich Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Koch aus Nürnberg. Ich bitte ihn jetzt ans Rednerpult, um uns in die allgemeine Sachstandssituation einzuweihen. Bitte schön.

Dr. Koch, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich werde Ihnen in den nächsten Minuten einige Punkte zum Sachstandsbericht vorstellen und kurz auf den Antrag eingehen, den Sie zum Tagesordnungspunkt IV vor sich liegen haben.

Im Zusammenhang mit dem Sachstandsbericht mit der Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in den Landesärztekammern kann ich Ihnen etwas sehr Erfreuliches berichten. Mit Datum vom 1. Mai 2006 ist in allen Ländern die (Muster-)Weiterbildungsordnung sowohl von den Kammern beschlossen als auch von den Aufsichtsbehörden genehmigt und damit in Deutschland allgemein gültiges Weiterbildungsrecht.

Wenn man berücksichtigt, dass in den vergangenen Jahrzehnten die Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in den Ländern teilweise sehr zeitverzögert erfolgte, finde ich es ganz toll, dass in dieser kurzen Zeit seit dem

Beschluss des Deutschen Ärztetages in allen Ländern die (Muster-)Weiterbildungsordnung in gültiges Landesrecht umgesetzt worden ist. Ich denke, das zeigt, dass wir in der Lage sind, eigenverantwortlich zu handeln, auch wenn wir ein zweistufiges Verfahren – Deutscher Ärztetag und die Vertreterversammlungen der Landesärztekammern – haben. Natürlich könnte es in manchen Punkten noch ein bisschen besser sein.

Ich komme damit zum zweiten Punkt meines Sachstandsberichts. Sie wissen, dass wir in einigen Kammern eine gewisse Ergänzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben. Das betrifft das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Das führt immer wieder dazu, dass die Situation nicht in jeder Kammer gleich ist, sodass sich die Europäische Kommission immer wieder einmal an uns wendet und Nachfragen hat. In der Generaldirektion „Binnenmarkt und Dienstleistungen“, „Abteilung Wissensbestimmte Wirtschaft“ und im Referat „Reglementierte Berufe“, das für uns letztendlich zuständig ist, hat die Leitung gewechselt. Die neue Chefin des Referats „Reglementierte Berufe“ hat wieder einmal ein Schreiben über das BMG an uns geschickt, das drei Fragen zur Notifizierung unserer Bezeichnungen in Brüssel enthält. Nachdem es in einigen Landesärztekammern den Facharzt für Innere Medizin isoliert gibt, in anderen Landesärztekammern in der Weiterbildungsordnung steht, dass ein von der EU nach Deutschland Kommender diesen Facharzttitel führen kann, in anderen Landesärztekammern dazu leider nichts bestimmt ist, gab es wieder einmal eine entsprechende Nachfrage, die wir über das BMG beantworten werden. Wir hatten das ja alles mit der Kommission besprochen, es ist notifiziert, es ist abgeglichen. Die Antwort ist also klar.

Ich denke, manche Kammern sind von ihren Aufsichtsbehörden dazu befragt worden. Wir haben dazu ja auch ein Rundschreiben an alle Kammern geschickt.

Zu den Problemen insgesamt gibt es einen Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer, in diesem Jahr auf dem Ärztetag und auf dem gesamten politischen Parkett der Weiterbildung keine weiteren Diskussionen zu den Problemen des Gebiets Innere Medizin und Allgemeinmedizin zu führen, sondern nur Gespräche auf Arbeitsebene zwischen der Bundesärztekammer und den entsprechenden Verbänden und Fachgesellschaften zu führen, um dann auf dem nächsten Deutschen Ärztetag 2007 in Münster dieses Problem endgültig zum Abschluss zu bringen. Wir werden jetzt also auf der Arbeitsebene solche Gespräche führen. Ich bin mir nach den ersten Signalen sicher, dass wir Ihnen im nächsten Jahr einen Lösungsvorschlag vorstellen können, der dann, was mich sehr freuen würde, von allen Landesärztekammern wieder zu übernehmen wäre, sodass wir im nächsten Jahr vielleicht eine bundesweite gleich lautende Weiterbildungsordnung hätten.

Ich möchte jetzt kurz auf zwei Anträge eingehen, die der 108. Deutsche Ärztetag im vorigen Jahr an den Vorstand der Bundesärztekammer und damit an die Ständige Konferenz „Weiterbildung“ und an den Ausschuss „Weiterbildung“ überwiesen hat. Es geht zum einen um das Problem Plastische Operationen. Da war die Frage: Soll es „Plastische und Ästhetische Operationen“ heißen? Soll es für andere Gebiete außer HNO und MKG geöffnet werden? Wir haben in den verschiedenen Gremien lange darüber diskutiert, wir haben auch Anhörungen zu diesem Thema durchgeführt. Wir kamen letztendlich in den Weiterbildungsgremien und im Vorstand der Bundesärztekammer zu dem Schluss, dass wir Ihnen keine Änderung vorschlagen, dass die Zusatzbezeichnung weiterhin „Plastische Operationen“ heißen soll und dass sie weiterhin unverändert nur für die Gebiete HNO und MKG zugänglich sein soll.

Es hat sich aber in den Anhörungen herausgestellt, dass es zumindest in zwei weiteren Gebieten, nämlich in der Dermatologie und in der Augenheilkunde, gewisse Probleme der entsprechenden Qualifikationen gibt. Wir haben auch hier weitere Gespräche geführt. Ich bin sicher, dass wir Ihnen im nächsten Jahr auch zu den Themen Dermatologie und Ophthalmologie einen Vorschlag unterbreiten können, wie hier eine eventuelle weitere Zusatzweiterbildung ausschauen kann, um die Probleme in diesen beiden Gebieten zu lösen.

Der zweite Antrag bezog sich auf die Zusatzweiterbildung „Geriatrie“. Hier hat die Ständige Konferenz „Weiterbildung“ beschlossen – das hat der Vorstand der Bundesärztekammer übernommen –, dass die Etablierung der Geriatrie als Schwerpunkt im Gebiet Innere Medizin, wie es in den Weiterbildungsordnungen beispielsweise in Brandenburg und Sachsen-Anhalt erfolgt ist, abgelehnt wird und nicht in die (Muster-)Weiterbildungsordnung übernommen werden soll. Deswegen werden Sie einen entsprechenden Antrag, dieses gegenüber der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu ändern, von den Weiterbildungsgremien nicht vorgelegt bekommen.

Weiterhin kann ich Ihnen als Positivum berichten, dass wir eine ganze Reihe von Kursbüchern fertig gestellt haben. Sie wissen ja, dass in der Weiterbildungsordnung an verschiedenen Stellen Kurse vorgeschrieben sind, die entsprechend mit Inhalt ausgefüllt werden müssen. So sind die Kursbücher für Akupunktur fertig gestellt. Dies war ein schweres Stück Arbeit, weil es ein nahezu unlösbares Problem ist, 67 Fachgesellschaften unter einen Hut zu bekommen. Wir konnten das Problem nicht für alle Fachgesellschaften zufrieden stellend lösen, zumindest für vier Fünftel. Ich denke, wir haben hier ein ganz gutes Ergebnis erzielt. Ich glaube, Frau Kollegin Güntert kann den Begriff Akupunktur schon fast nicht mehr hören.

Wir haben weiterhin das Kursbuch für Manuelle Medizin und Chirotherapie fertig gestellt, ebenso das Kursbuch für Naturheilverfahren, für Homöopathie, für Rehabilitationswesen und für Sozialmedizin. Derzeit in Arbeit sind noch die Kursbücher für Balneologie/Physikalische Therapie und für Sportmedizin. Sie werden noch im Laufe dieses Sommers oder im Frühherbst fertig und dann den Landesärztekammern zur Übernahme zur Verfügung stehen.

In der neuen Weiterbildungsordnung ist vorgeschrieben, dass alle Jahre durch den Weiterbildungsbefugten eine Überprüfung des Wissens stattfindet, und dass das, was man getan und gelernt hat, entsprechend dokumentiert werden muss. In der Weiterbildungsordnung wird der Begriff des Logbuchs tunlichst vermieden. Ich benutze ihn jetzt aber doch. Wir haben nämlich inzwischen den Prototyp eines solchen Logbuchs erstellt. Wir haben in den Gremien lange darüber diskutiert, was alles enthalten sein muss, soll oder kann. Die Musterlogbücher für alle Gebiete werden im Laufe des Sommers ins Internet eingestellt sein, sodass sich jeder ein solches Logbuch herunterladen und entsprechend ausfüllen kann, auch am PC ausfüllen kann. Das muss nicht händisch geschehen.

Wir sind allerdings momentan noch der Meinung, dass jeder sein eigenes Logbuch führt und der Weiterbildungsbefugte darin auch dokumentiert, dass er die jährlichen Gespräche geführt hat, und dass wir es nicht elektronisch irgendwo im Nirwana des Internets stehen haben.

Meine Damen und Herren, nun noch kurz zum Antrag IV-1 zur Facharztanerkennung „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“. Es hat sich herausgestellt, dass die Mussbestimmung, nämlich ein obligates Jahr Weiterbildung absolvieren zu müssen, sich in den meisten Fällen nicht realisieren lässt. Dies stellt einen solchen Flaschenhals dar, dass fast kein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mehr entstehen könnte. Wir haben Ihnen deswegen heute den Antrag vorgelegt, dass diese Mussbestimmung durch eine Kannbestimmung ersetzt werden soll. Man muss also nicht mehr in die Pädiatrie gehen, sondern man kann ein Jahr in die Pädiatrie gehen. Dies geschieht mit Einverständnis und auf speziellen Wunsch der Kinder- und Jugendpsychiater.

Ich bitte Sie, diesem Antrag zuzustimmen, um eine Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sinnvoll und ohne Engpass zu ermöglichen.

Weitere Anträge liegen von unserer Seite aus heute nicht vor. Wir werden uns darauf einstellen müssen, dass wir im nächsten Jahr auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster wieder einen größeren Tagesordnungspunkt „Weiterbildung“ haben werden. Worum es dabei gehen wird, habe ich vorhin bereits erwähnt.

Ich darf mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Hellmut Koch.

Es gibt über den Antrag des Vorstands hinaus einen weiteren Antrag zu diesem Tagesordnungspunkt, der noch nicht verteilt werden kann. Dieser Antrag stammt von Herrn Pickerodt. Ich kann ihn schnell vorlesen und er ist auch schnell zu verstehen:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert alle Landesärztekammern auf, die in Rostock beschlossene (Muster-)Weiterbildungsordnung im Gebiet Innere und Allgemeinmedizin in ihre Weiterbildungsordnung zu übernehmen.*

Ich glaube, der Antragstext ist klar. Das können Sie, wenn Sie wollen, kommentieren oder auch nicht.

Herr Pickerodt hat sich zu Wort gemeldet. Bitte schön, Herr Pickerodt.

Dr. Pickerodt, Berlin: Guten Morgen, lieber Herr Präsident! Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Text, der Ihnen noch nicht vorliegt, beabsichtigt nicht – das sage ich ganz ausdrücklich –, die Diskussion über Innere und Allgemeinmedizin auf diesem Ärztetag zu eröffnen. Der Text appelliert an die Landesärztekammern, die abweichende Lösungen gefunden haben, eine Einheitlichkeit der Weiterbildung in diesem wichtigen Bereich wiederherzustellen.

Abweichende Texte in der Weiterbildungsordnung sind unschädlich, solange es nicht die jungen Kolleginnen und Kollegen in ihrer Migrationsfähigkeit in Deutschland behindert. Ich denke, das, was wir jetzt haben, behindert die Migrationsfähigkeit. Wenn ein Kollege in Hessen anfängt, die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin zu absolvieren und in ein anderes Bundesland wechselt, stellt er fest: Dort gibt es diesen Facharzt überhaupt nicht.

Ich denke, wir brauchen auf diesem wichtigen Gebiet eine Vereinheitlichung. Mein Appell richtet sich an die abweichenden Landesärztekammern, diese Einheitlichkeit möglichst schnell wiederherzustellen. Ich möchte jetzt überhaupt nicht in der Sache diskutieren, welches der beste Weg ist, ob wir eine neunte Säule, einen eigenen Facharzt haben sollten. Darüber sollten wir auf dem nächsten Ärztetag beschließen und spätestens 2007 die Einheitlichkeit wiederherstellen. Insofern bitte ich darum, meinem Antrag zuzustimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Pickerodt. – Der nächste Redner ist der Kollege Voigt aus Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst herzlichen Dank an den Kollegen Koch für seinen Bericht. Er hat in seinem Bericht darauf hingewiesen, dass wir auf einem Weg sind, die Problematik, die eben auch der Kollege Pickerodt angesprochen hat, zu lösen. Eigentlich hatten wir vor, das Thema der neunten Säule heute nicht zu diskutieren.

(Beifall)

Ich möchte diese Diskussion an dieser Stelle auch gar nicht beginnen,

(Zurufe)

aber wenn schon ein solcher Antrag auf dem Tisch liegt, möchte ich als Vertreter einer jener Kammern, die hier angesprochen sind, doch ein paar Dinge dazu sagen.

(Zurufe: Nein!)

Die Thematik, dass wir jetzt über das EU-Vertragsverfahren nachdenken müssen, ist nicht dadurch zu erklären, dass wir fünf Kammern haben, die einen anderen Weg gegangen sind. Die Anfrage der EU-Kommission geht schon ein bisschen weiter. Natürlich spielt dabei mit eine Rolle, dass sie darauf hinweist, es gebe einzelne Bundesländer, in denen es so etwas wie einen Allgemeininternisten gebe, in anderen Ländern nicht.

Ich möchte erklären, dass wir uns im Moment sehr darum bemühen, unter Abstimmung zwischen den Kammern, die einen anderen Weg gegangen sind, und unter Einbeziehung der anderen Kammern gemeinsam einen Weg zu suchen und diesen nach Münster mitzunehmen. Dieser Weg kann auch bedeuten, dass der Beschluss von Rostock vielleicht revidiert wird. Diese Offenheit muss in der Diskussion möglich sein. Ich denke, das muss man an dieser Stelle deutlich sagen und betonen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Dr. Lindhorst aus Hessen.

Dr. Lindhorst, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nachdem dieses Thema der neunten Säule in die Diskussion gebracht wurde, möchte ich Folgendes sagen.

(Widerspruch)

– Doch, es wurde aufgemacht, und zwar nicht von mir, sondern von Herrn Pickerodt. Wir müssen darüber nachdenken, dass wir für Europa fit werden. Wir sollten dabei zusehen, dass unsere Leute in der gesamten Bundesrepublik nicht benachteiligt sind. Das heißt, unser Maßstab kann hier nicht eine innerdeutsche Regulierung sein, sondern wir müssen tatsächlich die Migrationsfähigkeit innerhalb Europas gewährleisten.

Ich möchte noch folgenden Appell an Sie richten, weil ich bei diesem Thema tatsächlich einen dicken Hals bezüglich dessen bekomme, wie viele Landesärztekammern möglicherweise mit den Logbüchern umgehen. Diese Logbücher dürfen keine Lugbücher werden, Bücher, in denen irgendetwas abgehakt wird und keiner in der Kammer ein Auge darauf hat, ob tatsächlich jährliche Gespräche stattfinden. So unangenehm das von den Aufgaben her ist: Wenn wir die Kernkompetenz der Kammern erhalten wollen, eine gute Weiterbildung zu gewährleisten, wenn sie nicht im allgemeinen politischen Wirbel als – ganz vorsichtig gesagt – Behördenvertretung und als Selbstverwaltung entmachtet werden wollen, müssen wir aktiv in dieses Geschehen eingreifen.

Wir müssen uns darum kümmern, wir müssen diese Logbücher ganz konsequent bei jedem Einzelnen während der Weiterbildung und spätestens zur Prüfung überprüfen. Ich möchte alle Delegierten bitten, dass sie in ihrer Kammer großen Wert darauf legen und in der Delegiertenversammlung bzw. in der Vertreterversammlung darauf achten, dass das in der Weiterbildungsabteilung befolgt wird.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Bevor Herr Nick das Wort erhält, hat Herr Koch als Referent ums Wort gebeten. Bitte schön.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Alle Redner, die nach mir gesprochen haben, sind Mitglieder der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“. Ich bin etwas enttäuscht, dass Abmachungen, die wir dort getroffen haben, hier nicht eingehalten werden.

(Beifall)

Ich bitte Sie herzlich, diese Diskussion heute nicht weiterzuführen. Sie führt zu nichts.

(Beifall)

Nur zur Selbstdarstellung sollte dieses Gremium zu schade sein.

(Lebhafter Beifall)

Ich darf Sie also bitten, die Diskussion über diese Thematik auf das nächste Jahr zu verschieben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Koch. – Herr Nick hat sich zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Ich darf in Konsequenz dessen, was Herr Koch gesagt hat, den geschäftsordnungsmäßigen Antrag auf Schluss der Debatte zu dieser Thematik stellen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Spricht jemand gegen Schluss der Debatte zu dieser Thematik? – Formal. Wir stimmen ab: Wer möchte Schluss der Debatte zu diesem Thema? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das eindeutig beschlossen. Das ist geschäftsordnungsmäßig so in Ordnung. Ich muss die übrigen Redner fragen, ob sie sich zu einem anderen Thema als zu diesem konkreten Thema äußern möchten oder ob sie alle zum Thema Innere und Allgemeinmedizin sprechen wollten. – Bitte, Herr Kollege Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Wortmeldung wird jetzt sehr kurz. Ich hätte mich natürlich auch im Sinne von Hellmut Koch äußern wollen. Ganz kurz zu Herrn Lindhorst, was die Logbücher angeht. Wir haben diese Logbücher entwickelt, um sie zu administrieren. Das kann ich Ihnen versichern. Alles, was in der Weiterbildungsordnung für die Zulassung zur Prüfung relevant ist, wird natürlich anhand der Logbücher überprüft. Von daher ist es keine Übung l'art pour l'art. Dass wir weitergehende Anträge, in die Logbücher Dinge aufzunehmen, die nicht für die Administration der Weiterbildungsordnung durch die Ärztekammern notwendig sind, ablehnen, ist in den Gremien auch konsentiert, und zwar in dem Sinne, dass es jeder Fachgesellschaft unbenommen ist, unseren Teil der Logbücher in ihr eigenes Kompendium zu integrieren. So ist es besprochen und so wird es auch demnächst in der Chirurgie im Rahmen eines Gesamtkomplexes notwendig sein.

Noch einmal und abschließend: Das, was in den Logbüchern steht, wird zukünftig Grundlage für die Zulassung zur Prüfung in einem Gebiet sein. Von daher sind wir uns sowohl bei der Entwicklung als auch jetzt bei der Administration der Logbücher des Auftrags bewusst gewesen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bartmann. – Die nächste Rednerin ist Frau Gitter aus Bremen. Bitte schön.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gegen den Antrag IV-1 sprechen. Ich bin unbedingt dafür, dass das Pflichtjahr Pädiatrie erhalten bleibt. Wir haben gestern lange darüber diskutiert, wie man die Ärzte von den Psychologischen Psychotherapeuten unterscheiden kann. Es kann nicht angehen, dass ein Rotationsproblem in der Weiterbildung durch Qualitätsnachlass geregelt wird. Das lässt sich anders regeln, beispielsweise indem im Verbund Weiterbildungsbefugnisse verteilt werden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Gitter. – Das Wort hat jetzt Herr Kollege Schröter aus Thüringen. Bitte schön.

Dr. Schröter, Thüringen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zunächst Herrn Dr. Koch danken, und zwar nicht nur für seinen Vortrag, sondern auch für seine Moderation in den Weiterbildungsgremien und für das Ergebnis, das er hier vorgetragen hat, und für die Perspektive, wie es weitergehen soll.

Ich möchte zum Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer, gegen den sich meine Vorrednerin ausgesprochen hat, Stellung nehmen. Ich möchte genau andersherum argumentieren. Ich bin dafür, dass dieser Antrag angenommen wird, und zwar erstens weil er aus gutem Grund eingebracht wird, zweitens weil er aus Thüringer Perspektive sinnvoll ist wegen des Flaschenhalses, drittens weil wir das Prinzip berücksichtigen sollten, dass, sofern ein Votum der Betroffenen vorliegt, wie es Herr Dr. Koch auch vorgetragen hat, wir diesem Votum folgen sollten.

Ferner möchte ich zu dem Antrag von Herrn Pickerodt im Zusammenhang mit dem Geschäftsordnungsantrag von Herrn Nick sagen, dass es auch hier sinnvoll wäre, Nichtbefassung zu beschließen, weil anderenfalls das Thema, über das wir nicht diskutieren wollen, wieder im Raum stünde und weil es eine Stigmatisierung derjenigen Kammern bedeuten würde, die die (Muster-)Weiterbildungsordnung bei der Umsetzung ergänzt haben. Diese Stigmatisierung sollte einfach nicht erfolgen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ist das ein Antrag oder eine Anregung zur Überlegung?

Dr. Schröter, Thüringen: Das ist der Antrag auf Nichtbefassung mit dem Antrag von Herrn Pickerodt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Zimmermann. – Er zieht seine Wortmeldung zurück. – Dann ist der nächste Redner Herr Dr. Bolay aus Westfalen-Lippe. Bitte schön.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Kinder- und Jugendarzt ist es mir unverständlich, dass dieser Antrag eingebracht wurde, aus der Mussbestimmung für die Kinder- und Jugendpsychiater

eine Kannbestimmung zu machen. Das beinhaltet ja nicht nur, dass die Kinder- und Jugendpsychiater wegen dieser Muss- oder Kannbestimmung die Kinder- und Jugendheilkunde absolvieren, sondern es könnten auch Psychiatrie oder Psychosomatik sein, die in diesem Jahr absolviert werden könnten. Es gibt genügend Kinder- und Jugendärzte in der Weiterbildung, die durchaus interessiert wären, ein Jahr in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu gehen. Wenn hier, wie von Frau Gitter auch schon vorgeschlagen, organisatorische Verbünde entstünden, könnte ein befruchtender Austausch zwischen diesen beiden Fachgruppen stattfinden.

Ich bitte Sie deshalb, den Antrag zur Modifizierung an den Vorstand zu überweisen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kollege Bolay. – Der nächste Redner ist Herr Professor Kunze aus Bayern.

Prof. Dr. Kunze, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich werde ins gleiche Horn stoßen wie mein Vorredner. Ich möchte Sie gerne darauf aufmerksam machen, dass zwar unsere Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ sich inhaltlich mit den Themen befasst. Herr Kollege Koch hat Ihnen gesagt, dass das alles abgewogen ist. Das mag ja sein. Nur möchte ich Ihnen als Kinder- und Jugendarzt Folgendes sagen: In der heutigen Situation, da wir uns über die inhaltliche Ausgestaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Gedanken machen, ist es für mich als Kinder- und Jugendarzt unverständlich, dass man auf ein Jahr Pädiatrie in der Weiterbildung verzichten will.

(Beifall)

Ich bitte Sie sehr herzlich, diesem Antrag nicht zuzustimmen. Das kann nicht sein, Flaschenhalsargumente können hier keine Rolle spielen. Hier muss es um die inhaltliche Ausgestaltung gehen. Ich möchte Sie dringend darauf aufmerksam machen, dass, wenn man diesem Antrag zustimmt, aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine psychiatrische Fachrichtung wird. Das führt weg vom Kind und das können wir nicht zulassen.

Lehnen Sie diesen Antrag bitte ab oder überweisen Sie ihn an den Vorstand.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Das muss ich als Antrag auffassen, dass dieser Antrag an den Vorstand zurücküberwiesen werden soll, damit sich die Weiterbildungsgremien mit dem Thema weiter beschäftigen. Das wäre die Konsequenz. Wenn Sie den Antrag ablehnen, ist es weg vom Fenster; wenn Sie den Antrag annehmen, wäre das beschlossen. Das ist der Unterschied zwischen den einzelnen Abstimmungsverfahren.

Jetzt frage ich Herrn Dr. Koch, ob er ein Schlusswort sprechen möchte. – Das ist nicht der Fall.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über den Antrag **IV-1**. Es gibt den Antrag auf Überweisung an den Vorstand, damit dieser weiter darüber nachdenkt. Wer möchte diesem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Das zählen wir lieber. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag 1 an den Vorstand überweisen? – Jetzt bitte die Voten für die Ablehnung der Überweisung an den Vorstand. Wer möchte diesen Antrag also nicht an den Vorstand überweisen? – Wer möchte sich enthalten? – Einer. Jetzt haben wir doch ein klares Votum. Mit 121 gegen 83 Stimmen ist die Überweisung an den Vorstand abgelehnt.

(Beifall)

Damit können wir inhaltlich über den Antrag 1 abstimmen. Wer möchte dem Antrag IV-1 zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Das brauchen wir nicht zu zählen. Der Antrag ist **abgelehnt**.

(Beifall)

Wer nicht weiß, wie man Verbundermächtigungen macht, kann sich bei denjenigen erkundigen, die es wissen, zum Beispiel bei Frau Dr. Gitter und anderen. Dann wird es vielleicht klappen.

Dann stimmen wir noch über den Antrag **IV-2** von Herrn Pickerodt ab. Dieser Antrag enthält die Aufforderung, im Gebiet Innere und Allgemeinmedizin die in Rostock gefassten Beschlüsse zu übernehmen. Hierzu liegt der Antrag auf Nichtbefassung vor. Darüber müssen wir zuerst abstimmen. Wer möchte dem Antrag auf Nichtbefassung zustimmen? – Das sind aber ziemlich viele. Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Es ist **Nichtbefassung** beschlossen. Das Thema wird uns in Münster wieder begegnen.

Damit ist der Tagesordnungspunkt IV abgeschlossen. Der Dank gilt Herrn Dr. Koch und Frau Dr. Güntert und allen anderen, die sich um das Thema Weiterbildung in bewährter Weise kümmern, für die viele Arbeit, die sie auch im ver-

gangenen Jahr wieder geleistet haben, um mit dieser schwierigen Materie zurechtzukommen.

(Beifall)

Ein souveräner Umgang ist ja doch die beste Methode, um mit dem Thema so weiter zu verfahren, bis irgendwann einmal ein Erfolg erreicht sein wird. Herzlichen Dank an alle und gutes Gelingen in der Zeit bis Münster.

Wir kommen zu **Tagesordnungspunkt V:**

Änderung des § 5 Abs. 1 der Satzung der Bundesärztekammer

Dieser Tagesordnungspunkt klingt ganz harmlos. Diese Harmlosigkeit näher erläutern und uns möglicherweise zu einer gewissen Lebendigkeit führen wird uns Herr Rechtsanwalt Schirmer als Jurist, weil er mit Satzungsfragen natürlich besonders vertraut ist. Er wird uns erklären, was dahintersteckt, und vor allen Dingen wird er uns erklären, welche Varianten es gibt, um mit dem Thema umzugehen.

Das Wort hat Herr Rechtsanwalt Horst-Dieter Schirmer, Leiter der gemeinsamen Rechtsabteilung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer. Bitte, Herr Schirmer.

Schirmer, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich darf Sie zunächst auf die Vorlage V-1 hinweisen. Sie finden außerdem in den ausgeteilten Unterlagen eine Synopse, die sich auf diesen Vorschlag bezieht.

Ich möchte folgende Vorbemerkung machen. § 9 Abs. 2 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage lautet:

> *Anträge auf Änderung der Satzung der Bundesärztekammer oder der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage dürfen nur verhandelt werden, wenn eine Beratung über diese Gegenstände in die Tagesordnung aufgenommen und der Inhalt der beantragten Änderung den Landesärztekammern mindestens drei Monate vor dem Ärztetag bekannt gegeben wurde.*

Dies schließt natürlich nicht aus – um das gleich vorab zu bemerken –, dass Änderungsanträge oder Modifikationen eines entsprechend eingebrachten Antrags beantragt werden können.

Wie Sie Nr. 1 der Vorlage V-1 entnehmen, ist es wichtig, festzuhalten, dass eine inhaltliche Festlegung des Vorstands der Bundesärztekammer nicht erfolgt

ist. Der Vorstand hat, weil er praktisch der Türöffner für Satzungsverhandlungen auf dem Deutschen Ärztetag ist, beschlossen, dass er die Beratung der hier eingebrachten Grundidee nicht behindern will. Er hat dementsprechend diese Vorlage unterbreitet. Sie können den Anmerkungen entnehmen, dass die Vorlage auch mit dem Berufsverband abgestimmt ist, der Initiator dieser Idee gewesen ist und der das auch schon auf dem vorjährigen Ärztetag hat einbringen wollen.

Es liegen auch die Änderungsanträge 1 bis 1 f zum Antrag 1 vor.

Wenn man die Anträge analysiert, kommt man zu drei Grundmodellen. Die sonstigen Änderungen sind relativ technischer Art und brauchen hier eigentlich nicht näher erläutert zu werden. Das erste Grundmodell findet sich in Antrag V-1: In den Vorstand der Bundesärztekammer sollen zusätzlich zwei Ärztinnen/Ärzte aus den Reihen der Hausärzte (Praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Hausarzt) gewählt werden. Wie Sie wissen, ist der Vorstand der Bundesärztekammer derzeit zusammengesetzt aus dem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten, den Präsidenten der Landesärztekammern und zwei weiteren Ärztinnen/Ärzten. Der Präsident, die zwei Vizepräsidenten und die zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte werden vom Deutschen Ärztetag gewählt. Die Präsidenten der Landesärztekammern gehören dem Vorstand kraft ihres Amtes an.

Präsident und Vizepräsidenten könnten theoretisch Ärzte sein, die nicht Präsident einer Landesärztekammer sind. Es ist aber traditionell so, dass bis auf die eine oder andere Ausnahme das meistens faktisch so ist.

Das Modell V-1 schlägt wie beschrieben vor, dass zwei Ärztinnen/Ärzte aus den Reihen der Hausärzte zusätzlich in den Vorstand gewählt werden sollen. Es gibt nach den Vorstellungen der mittelbaren Antragsteller einen besonderen Wahlmodus. Das finden Sie in der Synopse unter Abs. 3 a. Damit werden diese Vorstandsmitglieder aus einer von der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin aufgestellten Vorschlagsliste für vier Jahre gewählt. Die Kandidatenliste soll mindestens vier Namen enthalten. Gewählt sind die beiden Kandidaten mit den meisten Stimmen. Dann gibt es den Änderungsantrag 1 a von Herrn Stagge aus Nordrhein. Das ist sozusagen das Modell 2. Herr Stagge schlägt vor, dass es die zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte als Vorstandsmitglieder weiterhin geben soll. Hinzu kommen sollen zwei niedergelassene hausärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte und zwei niedergelassene fachärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte. Ein besonderer Wahlmodus ist in diesem Antrag nicht zu finden. Die Wahl würde also nach der Prozedur erfolgen, die für die zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte gilt.

Dann gibt es das Modell 3, das von Herrn Dr. Calles durch den Änderungsantrag 1 c eingebracht worden ist. Diesem Antrag liegt eine andere Vorstellung über diese Problematik zugrunde. Der Vorschlag möchte eine Repräsentanz

der Versorgungsbereiche durch drei zusätzlich hinzugewählte Ärzte. Versorgungsbereiche in diesem Sinne sind die stationäre Versorgung, die ambulante fachärztliche Versorgung und die hausärztliche Versorgung.

Diese drei Vorstandsmitglieder sollen nicht direkt in dieser Funktion in den Vorstand kommen, sondern der Vorschlag sieht vor, dass der amtierende Vorstand in Gestalt der Präsidenten der Landesärztekammern daraufhin analysiert wird, welche Versorgungsbereiche er vertritt: Sind die Kammerpräsidenten aus dem Bereich der stationären Versorgung, aus dem Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung oder aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung? Je nach Repräsentanz wird verglichen, wie die reale Verteilung der stationären Versorgung, der ambulanten fachärztlichen Versorgung und der hausärztlichen Versorgung aussieht. Wenn man feststellt, dass im Vorstand der Bundesärztekammer ein Versorgungsbereich im Vergleich zur tatsächlichen Verteilung überrepräsentiert ist, findet ein Ausgleichsmechanismus statt, indem drei zusätzliche Ärzte aus dem unterrepräsentierten Bereich hinzugewählt werden.

Ich kann das einmal an einem akademischen Modell erläutern. Angenommen, die Präsidenten der Landesärztekammern wären alle niedergelassene Fachärzte. Dann würde man feststellen, dass 100 Prozent niedergelassene Fachärzte im Vorstand der Bundesärztekammer repräsentiert sind. Man kann durch Denken herausfinden, dass die Versorgungsbereiche stationäre Versorgung und hausärztliche Versorgung stark unterrepräsentiert wären. Die reale Verteilung liegt wahrscheinlich bei ungefähr 60 : 20 : 20; ganz genau kann ich es jetzt nicht sagen.

Es müsste entschieden werden, dass die drei Sitze, die zusätzlich geschaffen werden, auf die Krankenhausärzte und auf die Hausärzte je nach der Unterrepräsentanz verteilt werden. Das muss man vor den Wahlen durch Zuordnung der Sitze feststellen.

Das ist der Vorschlag, den Herr Dr. Calles eingebracht hat. Er wird sicher erläutern, warum er das so sieht.

Ich gehe davon aus, dass die Antragsteller ihren Gedankengang hier erläutern. Ich würde das anschließend noch einmal zusammenfassen.

Ich habe diese Ausführungen vorweg gemacht, damit Sie erkennen können, dass im Grunde genommen drei Grundmodelle zur Diskussion stehen. Die anderen Änderungsanträge betreffen leichte Modifikationen innerhalb dieser Grundmodelle. Ich will Sie damit im Augenblick noch nicht verwirren. Es müsste erst einmal allgemein diskutiert werden.

Herr Präsident, ich denke, dass das als Einführung in die Satzungsdiskussion zunächst einmal ausreicht.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist der Fall. Vielen Dank, Herr Rechtsanwalt Schirmer. – Wir werden jetzt in die Diskussion einsteigen. Herr Schirmer wird freundlicherweise hier oben Platz nehmen, damit wir zu mehreren Personen genau verfolgen können, welche Entwicklung sich anbahnt und welche Konsequenzen wir daraus ziehen müssen und in welcher Reihenfolge wir die Anträge abstimmen müssen, damit wir schließlich zu einem guten Ergebnis kommen und dadurch vor allen Dingen keine Streitigkeiten provoziert werden, die uns möglicherweise noch in juristische Auseinandersetzungen bringen, was ja auch passieren könnte. Aber ich bin sicher, wir werden das gut bewältigen.

Es gibt eine Reihe von Wortmeldungen. Wir beginnen mit Herrn Dr. Zollner aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Zollner, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe nur einen kleinen Änderungsantrag für den Fall, dass der Antrag V-1 angenommen wird. Es geht dabei um das Vorschlagsrecht. Im Antrag V-1 steht, dass das Vorschlagsrecht bei der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin liegen soll. Ich halte es nicht für eine besonders gute demokratische Übung, dass einer Gruppe das exklusive Recht des Vorschlags zugestanden werden soll.

(Beifall)

Ich schlage im Sinne der Akzeptanz durch den Deutschen Ärztetag vor, dass wir genauso verfahren sollten wie bei der Wahl des Präsidenten und des Vizepräsidenten, nämlich dass das Plenum mit zehn Unterschriften das Vorschlagsrecht hat. Dann hätte ich keine Bedenken, dem Antrag zuzustimmen. Ich würde aber nicht zustimmen, wenn im Grunde genommen schon vorher feststeht, wer vorgeschlagen und wer gewählt wird. Ich denke, das ist auch eine Missachtung des Deutschen Ärztetages.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Zollner. – Jetzt bitte Herr Nick aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche als jemand zu Ihnen, der seit 17 Jahren Delegierter auf Deut-

schen Ärztetagen ist und der sich seit über 30 Jahren in der gemeinsamen Selbstverwaltung aller Ärztinnen und Ärzte auf diversen Ebenen engagiert hat. Ich betone die Worte „gemeinsame Selbstverwaltung“ auch im Hinblick auf die letzten Tage und Wochen, in denen sich die Solidarität aller Ärztinnen und Ärzte in gemeinsamen Zielen und gemeinsamen Protestaktionen ausgedrückt hat.

Diese Gemeinsamkeit kann und darf natürlich keine Einbahnstraße sein, sondern sie erfordert auch, dass sich jede Gruppe, insbesondere eine so große Gruppe wie jene der Hausärzte, in den Gremien der Selbstverwaltung – hier dezidiert im Vorstand der Bundesärztekammer – wiederfindet. Ich darf die jüngeren Kollegen – die Älteren werden es vielleicht noch wissen – daran erinnern, dass man seinerzeit zwei weitere Ärztinnen/Ärzte als Vorstandsmitglieder in die Satzung aufgenommen hat, weil anderenfalls die sich damals in der Minderzahl befindenden Krankenhausärzte keine adäquate Vertretung gehabt hätten. Man wollte ihnen einen sicheren Platz im Vorstand einräumen.

Nun hat sich die Entwicklung innerhalb der Gesamtärzteschaft, wie Sie wissen, so umgekehrt, dass wir eine klare Mehrheit bei den Krankenhausärzten haben und die niedergelassenen Ärzte mit eigener Praxistätigkeit, hier dezidiert die Hausärzte, im Sinne eines Mehrheitswahlrechts keine Chance haben, in angemessenem Umfang in solche Gremien zu kommen. Es bedarf eines Umdenkens im Sinne eines Verhältniswahlrechts oder eines Minderheitenschutzes, aber nicht exklusiv für Hausärzte, sondern möglicherweise auch für niedergelassene Fachärzte.

Insofern kann ich eine gewisse Sympathie auch für den Antrag des Kollegen Stagge aus Nordrhein entwickeln. Wenn sich im Rahmen der Präsidenten der Landesärztekammern, die aufgrund der gegebenen Mehrheitsverhältnisse im Regelfall Krankenhausärzte sind, kein niedergelassener Facharzt mehr im Vorstand der Bundesärztekammer findet, dann ist sicher auch dieser Anspruch legitim.

Im Sinne meiner Eingangsbemerkung, dass wir alle in einem Boot sein wollen, bitte ich Sie, diese Gesichtspunkte bei Ihrer Entscheidung zu berücksichtigen. Dieser Appell geht natürlich in erster Linie an die Kolleginnen und Kollegen vom Marburger Bund, die wir auf unseren Ebenen solidarisch unterstützen, von denen wir aber auch erwarten, dass sie uns die Hand reichen, damit wir in einer gemeinsamen Bundesärztekammer unsere gemeinsamen Ziele vertreten können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Nick. – Als nächster Redner ist Herr Calles an der Reihe. Bitte schön, Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir sollen uns heute eine Meinung darüber bilden, ob die Zusammensetzung des Vorstands ein Abbild der Struktur der deutschen Ärzteschaft sein soll, wie sie sich zumindest hier im Saal und draußen in den Landesärztekammern darstellt. Dazu scheint mir der Antrag, der vom Vorstand vorgelegt wurde, vorsichtig ausgedrückt zumindest suboptimal zu sein; denn wir würden in die Satzung, die lange Jahre gelten soll, Begriffe über einen Zustand hineinbringen, der im Augenblick herrscht.

Aus der Übersicht der Bundesärztekammer „Ausgewählte Daten zur Gesundheitspolitik“ ersehen Sie, wie sich die Zahl der Ärzte im stationären Bereich gegenüber jener der Ärzte im niedergelassenen Bereich verändert hat. Wer die letzten beiden Tage aufmerksam zugehört hat, wird feststellen müssen, dass sich in dieser Richtung in nächster Zeit einiges tun wird. Man spricht davon, dass 30 Prozent der Krankenhäuser möglicherweise nicht weiter bestehen sollen und im ambulanten Bereich erheblich mehr an Potenzial geschaffen werden soll.

Das bedeutet: Es ist absehbar, dass sich die Strukturen und die Anzahl der Ärzte in den einzelnen Versorgungsbereichen verändern werden. Wenn wir wollen, dass der Vorstand die gegebene Struktur abbildet, bietet sich an, dass wir als Grundlage einfach die drei wichtigsten Versorgungsbereiche zugrunde legen. Diese drei wichtigsten Versorgungsbereiche sind, wie Herr Schirmer dankenswerterweise bereits gesagt hat, die stationär tätigen Ärzte, die Hausärzte und die Fachärzte im niedergelassenen Bereich. Mein Vorschlag, der Ihnen hoffentlich umgedruckt vorliegt, geht dahin, etwa vier Wochen vor der nächsten Wahl durch Sammlung der Daten oder durch Beschaffung der entsprechenden Daten beim ZI festzustellen, wie sich die Situation in den Landesärztekammern darstellt, um dann durch einen Vergleich mit der Situation der Vorstandsmitglieder zu sehen, ob sich Unterrepräsentanzen ergeben. Der Vorschlag lautet, über zwei oder drei hinzuzuwählende Kollegen aus den unterrepräsentierten Bereichen dieses Manko auszugleichen.

Ich bin Hausarzt. Ich finde, die Situation ist im Moment tatsächlich so, dass wir in dieser Hinsicht etwas tun müssen. Wenn ich es jetzt in die Satzung schreibe, kann es aber möglich sein, dass die Satzung in drei Jahren erneut geändert werden muss. Das möchte ich vermeiden.

(Beifall)

Wenn wir etwas ändern, dann bitte so, dass die Änderung langfristig gelten kann und dass die deutsche Ärzteschaft langfristig gemäß ihren Versorgungsbereichen abgebildet wird.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Calles. – Herr Zürner aus Hessen hat schriftlich den Antrag gestellt, die Redezeit auf drei Minuten zu begrenzen. Möchte Herr Zürner das mündlich untermauern? – Nein. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Herr Stagge ist der erste Redner, den es trifft. Aber er schafft das.

Stagge, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das berechtigte Anliegen der Hausärzte auf eine in der Satzung abgesicherte Vertretung im Vorstand hat mich bewogen, die Situation der Fachärzte zu bedenken. Als bedrohte Spezies muss derzeit wohl insbesondere der niedergelassene Facharzt angesehen werden, der von Schmidt, Lauterbach und Co. zum Abschuss freigegeben worden ist. Daher sollten bei der nächsten Wahl niedergelassene Hausärzte wie Fachärzte im Vorstand sicher vertreten sein, unabhängig von ihren Positionen in ihrer jeweiligen Landesärztekammer.

Die Effizienz des Vorstands wird sicher in Anbetracht der schon jetzt vorhandenen Größe durch vier zusätzliche Sitze unwesentlich beeinflusst. Die finanziellen Konsequenzen sind überschaubar und müssen in Anbetracht der Notsituation zurückstehen. Will man diesen Artenschutz hingegen erst in fünf Jahren bei der übernächsten Wahl einführen, wird man den niedergelassenen Facharzt möglicherweise mit der Lupe suchen müssen. Daher bitte ich Sie um Zustimmung zu meinem Antrag. Jetzt oder nie!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Stagge. – Die nächste Wortmeldung kommt von Herrn Kötzle, ebenfalls aus Nordrhein.

Kötzle, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht um die hausärztliche Versorgung – das wurde schon angesprochen – und um die Notwendigkeit, den medizinischen Nachwuchs auch in Richtung Allgemeinmedizin zu stärken. Wir alle wissen, dass uns ein Ärztemangel droht bzw. dass dieser bereits vorhanden ist. Wir kennen die demographische Entwicklung und die Zunahme der chronischen Erkrankungen. All dies sind Argumente, die Allgemeinmedizin im Vorstand der Bundesärztekammer zu stärken.

Ich nehme gern zur Kenntnis, dass bisher sehr positiv darüber gesprochen wurde. Dies ist auch der Hintergrund unseres Antrags in dieser politischen Landschaft. Gehen Sie bitte immer davon aus, dass es uns nur um die hausärztliche Versorgung geht, dass unsere Politik darauf ausgerichtet ist und keinerlei unsolidarischen oder spalterischen Hintergründe hat.

Deshalb ist für die Kammerarbeit unser Wunsch, dass über die einheitliche Weiterbildungsordnung, über einen einheitlichen Hausarzt und über eine Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung auch in der GOÄ eine bessere Einbindung der Allgemeinmedizin in den Vorstand stattfindet.

Unser Antrag liegt Ihnen vor. Ich glaube, dass das Anliegen verstanden ist. Ich glaube auch, dass es als berechtigt anerkannt ist. Wichtig ist das Vorschlagsrecht. Auch da bitte ich Sie, nicht davon auszugehen, dass das ein Misstrauen oder eine Missachtung des Plenums sein soll. Aber ich denke, dass ein Vorschlagsrecht der Akademie durchaus Sinn macht, um den hausärztlichen Bereich auch in der Zusammensetzung des Vorstands besser abbilden zu können. Wir wollen ja keine Ausschließlichkeit, sondern es soll durchaus eine Wahl stattfinden. Ich kann verstehen, wenn das Plenum sagt, dies sei eine Einschränkung, die man nicht wolle. Wenn Sie den Vorschlag nicht akzeptieren, können wir auch mit einer Wahl durch das Plenum leben.

Ich bitte Sie, noch einmal zu bedenken, ob es nicht Sinn macht, die Vorschläge zu diesem Bereich über die Akademie erfolgen zu lassen. Ich habe keine Bedenken gegen den fachärztlichen Bereich, wenn der niedergelassene Bereich hier besser vertreten wird.

Alle drei Vorschläge haben etwas für sich. Der bayerische Vorschlag ist in seiner Anlage der konsequenteste, weil er das Allgemeine regelt. Es liegen drei Vorschläge vor, wobei ich natürlich dazu neige, unseren ersten Vorschlag zu befürworten. Aber ich denke, wir können auch mit den anderen Vorschlägen leben. Ich bin durchaus im Sinne der Fachärzte dafür, das mit aufzunehmen. In dem Sinne hoffe ich, dass wir weiterhin eine sachliche Auseinandersetzung darüber führen werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kötzle. Sie wissen sicher alle, dass Herr Kötzle der Vorsitzende des Hausärzteverbandes ist. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Oberthür aus Niedersachsen.

Dr. Oberthür, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Demokratie lässt sich daran messen, wie sie mit ihren Minderheiten umgeht, besonders wenn diese Minderheiten recht groß ist. Minderheiten müssen integriert werden. Wir haben bei den Protesten in letzter Zeit gesehen, dass wir uns unter Notzwängen zusammentun. Nun lassen Sie uns diese Integration in der Satzung festschreiben. Ich stimme dem Vorschlag von Herrn Calles zu, auch wenn er zunächst sehr kompliziert aussieht, weil er die Versorgungsebenen in der Satzung widerspiegelt. Wir haben zwar Kammerrecht, aber wir leben doch sehr – das haben wir in allen Diskussionen gesehen – mit dem KV-Recht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Oberthür. – Nun Herr Kollege Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich halte es für schlechterdings unmöglich, die sehr komplexe Struktur der deutschen Ärzteschaft in einem Gremium wie dem Vorstand abzubilden. Ich denke, es bereitet schon vielen Kammerversammlungen Mühe, durch die Auswahl der Delegierten ein entsprechendes Beschlussgremium zu bilden. Das würde die Aufgabe dieses Vorstands sicherlich überfordern.

Ich darf Sie daran erinnern, dass die Bundesärztekammer die Arbeitsgemeinschaft der Länderkammern ist. Das heißt, Sie haben in den Länderkammern dafür zu sorgen, dass die entsprechenden Probleme der einzelnen Arztgruppen vertreten werden. Dazu sind Ihre Präsidenten in diesem Gremium verantwortlich.

(Beifall)

Kein Entscheidungsgremium und kein Beratungsgremium – der Vorstand ist in erster Linie ein Beratungsgremium; das können Sie in der Satzung nachlesen –

wird dadurch effizienter, dass man es zahlenmäßig erweitert. Das ist der falsche Weg.

(Beifall)

Die Probleme müssen in den Kammern gelöst werden. Anschließend muss das über die Präsidenten in den Vorstand getragen werden. Dann sollte darüber diskutiert werden.

Ein anderer Gesichtspunkt scheint mir auch noch wesentlich. Die Hausärzte stellen eine sehr große Gruppe von Ärzten dar. Es ist problematisch, hier von Minderheiten zu sprechen. Was sollen denn erst diejenigen Gruppen sagen, die wirklich schlecht vertreten sind, beispielsweise die Kinderärzte?

(Beifall)

Das ist wirklich der falsche Weg. Versuchen Sie nicht, diesen Weg zu beschreiten.

Ein letztes Argument: Die Satzung soll – das ist bereits gesagt worden – über Jahre und Jahrzehnte Bestand haben. Bei dieser wechselvollen politischen Landschaft wäre eine Satzungsänderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt wohl nicht sehr hilfreich. Ich glaube, wir sollten sehr konservativ bleiben und sollten die Satzung so lassen, wie sie ist.

Danke.

(Beifall)

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

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es ist schon ein gewisses Schicksal, wenn man sich in eine Rednerliste eintragen lässt und feststellen muss, dass der Vorredner eigentlich schon genau das gesagt hat, was man selbst ausführen wollte. Ich bleibe hoffentlich dennoch nicht ganz redundant, weil ich zu den Anträgen nicht materiell Stellung nehmen will, sondern aus der Sicht eines Mitglieds des Bundesärztekammervorstands etwas zum Selbstverständnis dieses Vorstands sagen möchte. Die Aussage „Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen“ ist wohl der Grund dafür, dass nach außen hin der Eindruck vermittelt wird: old men or women sitting around the table. So ist es natürlich nicht.

Der Vorstand der Bundesärztekammer ist kein Arbeitsgremium, er ist ein Entscheidungsgremium. Entschieden wird über das, was die jeweiligen Arbeits- und Beratungsgremien der Bundesärztekammer dem Vorstand vorschlagen.

Das Äußerste an Aufmüpfigkeit, was ich in den fünf Jahren, die ich jetzt im Vorstand tätig bin, im Umgang mit den Beratungsergebnissen erlebt habe, ist, dass man einen Beratungsgegenstand noch einmal zurückgibt, weil er noch nicht genügend ausgefeilt ist. Ich habe aber noch nicht erlebt, dass er abgelehnt wird. Es ist also entscheidend, sich in die Arbeitsgremien einzubringen, wenn man seinen Einfluss im Sinne der jeweiligen Gruppierung einbringen will.

Der Vorstand der Bundesärztekammer, zusammengesetzt aus den 17 Präsidenten der Landesärztekammern, hat im Grunde genommen die eine wichtige Aufgabe: das, was vom Vorstand beschlossen wurde, in die Landesärztekammern zu tragen und dort durch die Kammerversammlungen möglichst einheitlich beschließen zu lassen. In unserem föderalen System ist der Beschluss nur auf der Landesebene gültig.

Diese Koordinationsfunktion wird ganz gut erfüllt. Ich möchte ebenso, wie Herr Schimanke es gesagt hat, zu bedenken geben, ob durch eine personelle Aufstockung eines Gremiums dessen Entscheidungsfindung wirklich entscheidend verbessert wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Bartmann. – Der nächste Redner ist Herr Kühn aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Kühn, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Mir sind zwei Dinge aus dem Vorstandsantrag nicht klar. Es geht hier um zwei Ärztinnen/Ärzte aus den Reihen der Hausärzte. Herr Schirmer hat von Hausärzten gesprochen. Dieser Begriff „Hausärzte“ umfasst die Praktischen Ärzte, die Ärzte für Allgemeinmedizin und die Ärzte für Innere und Allgemeinmedizin, die es in fünf Landesärztekammern nicht gibt, wie wir heute gelernt haben, die Pädiater und die hausärztlichen Internisten. Herr Kötzle hat von Allgemeinärzten gesprochen und lässt die Vertreter der beiden letztgenannten Gruppen weg. Ich denke, das muss präzisiert werden, damit wir wissen, worüber wir abstimmen.

Die zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte gibt es bisher schon, nämlich Frau Dr. Bühren und Herrn Henke. Die Frage ist: Wenn der Vorschlag des Vorstands so angenommen wird, können dann für die Position der zwei weiteren Ärztin-

nen/Ärzte auch Hausärzte kandidieren oder können sie nicht kandidieren? Für die Position des Präsidenten und der Vizepräsidenten können sie zusätzlich kandidieren; das ist klar. Gibt es für die Position der zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte ein Ausschlusskriterium oder nicht? Auch das sollte definiert werden.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das werden wir noch erklären. – Wir fahren aber zunächst in der Rednerliste fort. Der nächste Redner ist Herr Professor Mau aus Berlin.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe in den letzten 16 Jahren gelernt, dass es einen absoluten Gegensatz zu demokratischen Wahlen gibt: die Quotierung. Es gibt auch noch Steigerungsmöglichkeiten: Quoten Ossi, Quoten Wessi und Frau und – das wäre das Schönste – Quoten Ossi und Hausarzt und Frau. Darin liegt eine verdeckte Diskriminierung.

(Beifall)

Ich kann überhaupt nicht verstehen, warum wir die weitaus größte Zahl von Ärzten in der Bundesrepublik mit einem derartigen Minderheitenschutz versehen und so tun, als müssten sie vor dem Aussterben bewahrt werden.

(Beifall)

Der Umstand, dass der Vorstand der Bundesärztekammer die Verteilung der Facharztgruppen in der Bundesrepublik nicht proportional abbilden kann, liegt schon ganz klar darin begründet, dass – das hat mein Vorredner bereits ausgeführt – es sich hier um ein Arbeits- und Entscheidungsgremium handelt und nicht um ein Wahlgremium, das die Verhältnisse proportional abbilden müsste.

Ich fände es unendlich weise, wenn der Vorstand diesen Vorschlag zurückzieht. Ich glaube, er würde damit der Meinung der meisten entsprechen.

(Beifall)

Sollte er sich dazu nicht durchringen können, müsste ich Sie bitten, diesen Vorschlag abzulehnen. Wer die jüngere Geschichte der Bundesärztekammer verfolgt hat, hat gemerkt, dass diese Quotierungen von den Ärzten und von den Landesärztekammern durchaus nicht goutiert werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Mau. – Meine Damen und Herren, damit keine Verwechslungen entstehen: Wir haben diesen Antrag eingebracht – ich glaube, Herr Schirmer hat es vorhin gesagt –, weil es den Wunsch des Hausärzteverbandes gegeben hat, das auf einem Ärztetag zu diskutieren und in diese Richtung eine Entscheidung zu fällen. Es muss ja irgendjemanden geben, der die Möglichkeit eröffnet, dass das auf dem Ärztetag ein Tagesordnungspunkt ist. Die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages wird durch den Vorstand der Bundesärztekammer festgelegt. Sie können zu Beginn des Ärztetages diese Tagesordnung verändern und um weitere Punkte ergänzen, wenn Sie das möchten.

Wir haben aber in diesem Fall gesagt: Wenn der Wunsch besteht, dass dieses Thema diskutiert wird, werden wir als Vorstand die Möglichkeit eröffnen, über das Thema zu diskutieren. Wir haben uns selber im Vorstand aber keine Meinung gebildet.

(Beifall)

Es ist nicht etwa so, dass wir in Trauer verfallen, wenn mit dem Antrag nicht so umgegangen wird, wie er hier formuliert ist. Das ist die reine Eröffnung der Diskussion über diese Thematik, damit Sie als Delegierte des Deutschen Ärztetages entscheiden können, wie Sie mit diesem Thema umgehen wollen. Das ist also nicht etwa mit Sieg und Niederlage verbunden.

Wir möchten das auch deswegen nicht zurückziehen, weil Sie das entscheiden mögen. Sie mögen das entscheiden, nicht wir als Vorstand, denn es handelt sich zweifellos um ein sehr heikles Thema. Das spüren Sie selber. Wenn das durch die demokratische Abstimmung des Deutschen Ärztetages in dieser oder jener Form entschieden ist, wird es jeder akzeptieren. Dann wird es keine politische Auseinandersetzung darüber geben, ob hier irgendjemand manipuliert hat oder nicht. Das ist von uns nicht gewünscht. Wir haben die Möglichkeit eröffnet, dass das Thema auf dem Deutschen Ärztetag diskutiert und entschieden wird. Das wünschen wir uns heute bei diesem Tagesordnungspunkt, den wir im Moment diskutieren.

Das möchte ich deutlich machen, damit wir keinem Irrtum unterliegen.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Dr. Friebel.

Dr. Friebel, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident Hoppe, ich freue mich, dass Sie klargestellt haben, wie die Intentionen waren, diesen Antrag überhaupt zu formulieren. Das Ergebnis ist wirklich offen. Wir haben lediglich

einen Vorschlag gemacht. Ich erinnere an das, was Herr Schimanke und Herr Bartmann gesagt haben. Was ist der Vorstand, wie bewerten wir eigentlich unsere Wahlen zu den Ärztekammern, wenn wir das alles infrage stellen? Das ist ein merkwürdiges Verhalten.

Es wurde bereits ausgeführt, dass die Bundesärztekammer eine Arbeitsgemeinschaft ist. Diese Arbeitsgemeinschaft wird nun einmal von den Präsidenten repräsentiert. Wenn wir das alles aufweichen, könnte man eines Tages vielleicht die Frage stellen, ob die Präsidenten denn überhaupt noch vertreten sein müssen. Dann ist es vielleicht nur noch eine Vertretung von Interessen. Das kann nicht sein.

(Beifall)

Ich denke, wir können einer Erweiterung nicht zustimmen. Sie brächte mehr Bürokratie mit sich und natürlich auch die Notwendigkeit einer ausgeprägten friedlichen Moderation. Das allerdings kann unser Präsident hervorragend. Den Umgang mit den gerade artikulierten Schmerzen könnten wir vielleicht dadurch verbessern, dass wir auch die Gruppe der Anästhesisten verstärken. Dann wird es uns leichter.

Also, meine Damen und Herren: Lehnen Sie das ab, belassen Sie es bei der Satzung, wie sie ist!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Friebel. – Als nächster Redner Herr Kollege Merchel aus Westfalen-Lippe.

Merchel, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Der letzte Satz von Herrn Friebel ist völlig richtig: Wir sollten die Satzung so lassen, wie sie ist, damit diese Arbeitsgemeinschaft der Präsidenten der Landesärztekammern vernünftig arbeiten kann. Ein Verfahren wie das vorgeschlagene, dass die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin vorher Kandidaten auswählt und wir aus der vorgeschlagenen Liste Kandidaten herauspicken können, ist völlig undemokratisch und würde den Deutschen Ärztetag entwürdigen. Ein solches Verfahren geht überhaupt nicht!

(Beifall)

Wenn überhaupt, dann müssen Kandidaten von uns vorgeschlagen werden können, nicht nach irgendeiner Vorauswahl.

Es gibt ja bereits jetzt zwei weitere Ärztinnen/Ärzte im Vorstand. Auch der Präsident und die Vizepräsidenten können so gewählt werden, auch wenn eben gesagt wurde, es sind meistens Präsidenten ihrer Landesärztekammer. Das ist aber nicht satzungsgemäß vorgeschrieben. Wir könnten auch andere wählen. Theoretisch haben die Delegierten heute bereits fünf Positionen, die sie unter dem Gesichtspunkt besetzen können, wer dort repräsentiert werden soll.

In Wirklichkeit sind die beiden zusätzlichen Positionen, die wir haben, eigentlich die Verhandlungsmasse für diesen Vorstand. Ich denke, bei den letzten Wahlen haben wir das auch ein bisschen gesehen. Was bei Regierungen Koalitionsabsprachen sind, sind für uns diese beiden Extraposten, bei denen es ein wenig nach dem Motto geht: Gibst du mir, gebe ich dir. Man kann darüber reden, ob man das heute noch braucht. Man könnte es eher abschaffen als so belassen. Aber eine Erweiterung des Vorstands sollte auf keinen Fall erfolgen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Herr Kollege Rütz aus Nordrhein hat den Geschäftsordnungsantrag auf Schluss der Debatte gestellt. Möchten Sie das begründen, Herr Rütz? – Bitte schön.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nachdem Herr Schirmer zu Beginn die Alternativen ganz transparent dargestellt hat und nach den Erläuterungen durch den Präsidenten der Bundesärztekammer glaube ich, dass eine weitere Debatte mit mehrfach auftretenden Debattenteilnehmern nicht zur Erhellung der Entscheidungsfindung der Delegierten beitragen wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Gibt es eine Gegenrede? – Bitte schön, Herr Dr. Conrad aus Hessen.

Dr. Conrad, Hessen: Dieser Ärztetag hat sich gestern intensiv auch mit vielen Fragen aus der Psychiatrie beschäftigt. Wir haben jetzt das Problem, dass im Prinzip eine Diskussion über diesen Vorstand entbrannt ist. Das würde jetzt ab-

gewürgt. Ich meine, man sollte zumindest noch die Rednerliste abwickeln, damit die entsprechenden Positionen klar werden.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Wir stimmen über den Antrag auf Schluss der Debatte ab. Wer ist für den Antrag auf Schluss der Debatte? – Wer stimmt dagegen? – Bitte zählen. Ich frage also noch einmal: Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist gegen Schluss der Debatte? – Damit ist Schluss der Debatte mit 115 : 98 Stimmen beschlossen.

(Beifall)

Ich frage auch noch nach Enthaltungen. – Einige Enthaltungen.

Jetzt hat sich noch Herr Calles zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich freue mich immer, in einem demokratischen Land zu leben. Nur: Wenn der Antrag 1 e schon auf dem Tisch liegt und mein Antrag 1 c noch nicht umgedruckt und verteilt ist, halte ich es für nicht ganz demokratisch, wenn wir jetzt in die Abstimmung eintreten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Der Antrag 1 c ist noch nicht ausgeteilt? – Oje. Dann machen wir eine Pause, bis der Antrag 1 c verteilt ist. Dann wird uns Herr Schirmer erklären, wie die Abstimmung durchgeführt wird. Dann stimmen wir über die Inhalte ab. Entfernen Sie sich bitte nicht zu weit. In dem Moment, da der Antrag 1 c verteilt ist, werden wir Sie wieder auf die Plätze bitten, damit wir abstimmen können. Zuvor müssen Sie den Antrag ja auch noch lesen können. Ich hoffe, dass das in zehn Minuten der Fall ist.

Ich unterbreche die Beratungen bis 10.35 Uhr.

(Unterbrechung)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Wir setzen unsere Beratungen fort. Herr Rechtsanwalt Schirmer wird uns das vorliegende Antragskonvolut erläutern und uns erklären, in welcher Reihenfolge wir abstimmen müssen, damit wir vom weitestgehenden Antrag zum am wenigsten weitgehenden Antrag voranschreiten.

Haben Sie alle den Antrag 1 c auf Ihren Plätzen gefunden? Hat jemand nicht den Antrag 1 c, der eben von Herrn Calles angemahnt wurde? – Es meldet sich niemand.

Wichtig ist auch, dass wir beachten, dass wir eine satzungsändernde Mehrheit brauchen, und zwar eine Zweidrittelmehrheit. Das Quorum beträgt 167. Diese zwei Drittel beziehen sich nicht auf die Zahl derjenigen, die im Raum sind, sondern auf die Gesamtzahl der Delegierten, also auf 250. Deshalb beträgt die Zweidrittelmehrheit 167. Wenn nur noch 167 Delegierte im Raum wären, wären wir nach wie vor beschlussfähig, aber eine Satzungsänderung wäre dann wohl etwas schwierig. Wenn dann nur einer dagegen wäre, wäre eine Satzungsänderung nicht möglich. Hier sind aber mehr als 167 Delegierte anwesend.

Herr Schirmer erklärt uns jetzt, wie wir diesen Tagesordnungspunkt bewältigen und wie die Abstimmung vonstatten gehen muss. Bitte, Herr Rechtsanwalt Schirmer.

Schirmer, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe mit dem Präsidenten besprochen, dass es am zweckmäßigsten wäre, wenn zunächst über vier Modelle im Grundsatz abgestimmt wird und Binnenänderungsanträge vielleicht nur dann, wenn eines der Modelle eine satzungsändernde Mehrheit erhalten hat, sodass man dann die redaktionellen Änderungsanträge aufruft und dieses Modell, für das sich die Versammlung entschieden hat, möglicherweise noch einmal ändert.

Ich darf zunächst Folgendes anmerken. Es gibt den Antrag V-2:

> *Die Mitglieder der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin und die Mitglieder der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sind „geborene“ Mitglieder des Vorstands der Ärztekammer.*

(Zurufe)

Unbeschadet der politischen Klugheit, die hinter diesem Antrag stecken mag, ist er rechtlich unzulässig,

(Beifall)

und zwar deswegen, weil die Struktur der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft, deren Mitglieder ja die Landesärztekammern sind, die im Vorstand durch die Präsidenten vertreten sind, in der Weise verändert würde, dass die Präsidenten der Landesärztekammern einer strukturellen Minderheit angehören würden, wenn sie Entscheidungen treffen müssten. Deswegen ist dies schon aus Gründen der inneren Verfassung der Arbeitsgemeinschaft rechtlich unzu-

lässig, auch wenn man sich ansonsten Gedanken darüber machen mag, was der Antrag bezweckt.

Ich nenne jetzt die Reihenfolge, in der Sie sich der Grundstruktur nach mit den einzelnen Anträgen befassen müssen. Im Antrag V-1 f wird vorgeschlagen, dass die Bestimmung, dass zwei weitere Ärztinnen/Ärzte zum Vorstand gehören, gestrichen werden soll, dass es nur noch Präsident, Vizepräsidenten und Vorstandsmitglieder kraft Amtes geben soll. Die heutige Struktur soll also abgeschafft werden.

Nach Antrag V-1 a in Verbindung mit Antrag V-1 d sollen neben den heute vorhandenen zwei Vertretern gemäß der Wahl des Ärztetages zwei – vereinfacht gesagt – hausärztlich tätige Vertreter und zusätzlich zwei fachärztlich tätige Vertreter in den Vorstand kommen, insgesamt also sechs Personen. Das ist das weitestgehende Modell einer Veränderung der jetzigen Vorstandsstruktur durch Hinzufügung weiterer Vertreter.

Dann gibt es das Modell nach dem Antrag V-1 c von Herrn Dr. Calles, den er Ihnen hier auch vorgetragen hat, der Ihnen vorhin ausgeteilt worden ist. Dieser Antrag liest sich etwas kompliziert, dürfte sich aber letztlich handhaben lassen. Es geht um ein, wie ich es nennen möchte, Proporzmodell, das von Amtsperiode zu Amtsperiode die Repräsentanz der drei unterschiedlichen Versorgungsbereiche, die hier beschrieben werden – stationäre Versorgung, ambulante fachärztliche Versorgung und hausärztliche Versorgung –, in ihrer inneren Verteilungsgerechtigkeit mit Blick auf die Funktionen der Präsidenten der Landesärztekammern abbildet und bei einer Unterrepräsentanz eine entsprechende Zuwahl von drei weiteren Ärztinnen/Ärzten in den Vorstand vorsieht. Das ist das dritte Modell mit Variantenvertretungen. Das ist von Amtsperiode zu Amtsperiode möglicherweise unterschiedlich, weil ja auch von Amtsperiode zu Amtsperiode die Präsidenten der Landesärztekammern wechseln und möglicherweise auch eine neue Präsidentin oder ein neuer Präsident in den Vorstand kommt, die von unterschiedlicher funktionaler Herkunft sind.

Dann gibt es das Modell, das, wie hier mehrfach gesagt wurde, nicht das Vorstandsmodell ist, sondern im Grunde genommen das Modell der Hausärzte. Das betrifft die Zuwahl von zwei weiteren Ärztinnen/Ärzten neben dem Bestand von zwei weiteren Ärztinnen/Ärzten aus dem Bereich der Hausärzte. Hierzu gibt es Änderungsanträge, die man vielleicht diskutieren sollte, wenn Sie sich überhaupt erst einmal für die einzelnen Grundmodelle entschieden haben.

Herr Präsident, ich schlage vor, dass Sie zunächst über den Antrag V-1 f abstimmen lassen, also über die Abschaffung aller Vertretungen außerhalb der amtlichen Vertretungen und Präsident und Vizepräsidenten. Dann sollte über den Antrag V-1 a abgestimmt werden. Das ist das Erweiterungsmodell, und zwar Hausarzt und Facharzt. Dann käme der Antrag V-1 c, das, salopp gespro-

chen – Herr Calles möge es mir verzeihen –, Proporzmodell. Schließlich wäre über den Antrag V-1, das Erweiterungsmodell Hausarzt, abzustimmen.

Falls Sie sich für das eine oder andere entscheiden, brauchen wir jeweils eine Mehrheit von mindestens 167 Stimmen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Rechtsanwalt Schirmer. Ich glaube, jetzt ist es völlig klar.

Zunächst aber die Frage an Herrn Thierse, ob er seinen Antrag ernst gemeint hat oder ob er uns nur ein bisschen durcheinander bringen wollte. Auf den ersten Blick habe ich gedacht, er macht einen Spaß.

Herr Thierse wird uns jetzt kurz sagen, warum er den Antrag gestellt hat. Bitte schön.

Dr. Thierse, Berlin: Der Antrag sollte klar machen, worüber wir hier reden und in welche Dimensionen wir geraten, wenn wir das so machen. Ich bin gern mit Nichtbefassung einverstanden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wenn der Antragsteller nicht möchte, dass man sich mit seinem Antrag befasst, dann kann man das auch so verstehen, dass er den Antrag zurückzieht.

(Beifall)

Der Antrag **V-2** ist also **zurückgezogen**.

Jetzt liegt eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung von Herrn Kollegen Loesch aus Brandenburg vor. Bitte schön.

Dr. Loesch, Brandenburg: Ich denke, eine Option ist vergessen worden, nämlich jene, dass der Ärztetag so votiert, dass alles bleibt, wie es ist. Diesen Vorschlag möchte ich machen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Dazu gibt es keinen Antrag. Das geht einfach dadurch, dass, wenn sich der Ärztetag nicht für etwas Neues entscheidet, alles bleibt, wie es ist.

(Beifall)

Wir kommen zunächst zum Antrag **V-1 f**, die beiden Plätze „zwei weitere Ärztinnen und Ärzte“ nach § 5 c aus der Satzung zu streichen. Dann wären bei der nächsten Wahl diese beiden Plätze weg. Wer stimmt dem zu? – Wer stimmt dagegen? – Das ist ganz klar die Mehrheit. 167 Stimmen dafür sind nicht zustande gekommen. Wer möchte sich enthalten? – Dann ist der Antrag **abgelehnt**.

Dann kommen wir zum Antrag **V-1 a**. Das ist das Modell, das Herr Schirmer Hausarzt/Facharzt-Erweiterungsmodell genannt hat. Antragsteller ist Herr Stagge. Es sollen jeweils zwei niedergelassene hausärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte und zwei niedergelassene fachärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt werden können. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Auch hier sind keine 167 Stimmen dafür zustande gekommen. Dann ist auch dieser Antrag **abgelehnt**.

Wir kommen zum Antrag **V-1 c** von Herrn Calles. Hier geht es um das Proporzmodell, wie Herr Schirmer es genannt hat. Es geht um drei zusätzliche Mitglieder des Vorstands, die jeweils so auszusuchen sind, wie sich die Präsidentschaft gestaltet, um eventuelle Mängel auszugleichen; so könnte man das in etwa formulieren. Wer möchte den Antrag 1 c befürworten? – Wer stimmt dagegen? – Auch dieser Antrag ist **abgelehnt**. Nach Enthaltungen brauche ich nicht mehr zu fragen.

Dann kommen wir zu dem Antrag, der die beiden hausärztlichen Vertreter ergänzend vorsieht. Falls das angenommen wird, werden wir fein ziselieren, welche Gruppierungen das sind, entsprechend den Ergänzungsanträgen, die dazu eingebracht worden sind.

(Dr. Zollner, Baden-Württemberg: Ich habe einen Änderungsantrag gestellt!)

– Ich weiß. Wir stimmen zunächst über den Grundsatz ab. Wenn das angenommen werden sollte, feilen wir den Beschluss, indem wir die Änderungsanträge abstimmen. Doch zunächst einmal müssen wir wissen, ob wir das überhaupt wollen. Wenn das gewollt sein sollte, wird das Weitere folgen.

Wir kommen also zur Abstimmung über den Antrag **V-1**. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Das sind nicht 167 Stimmen. Wer ist dagegen? – Das ist sogar die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt**. Das ganze Modell ist nicht angenommen.

(Beifall)

Dann brauchen wir auch keine Feinziselierung.

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt V bewältigt. Ich bedanke mich sehr herzlich bei Herrn Rechtsanwalt Schirmer, dass er uns geholfen hat, die Situation klar zu erkennen und entsprechend abzustimmen.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir kommen zu **Tagesordnungspunkt VI:**

Änderung des § 16 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

Auch diese Materie wird uns von Herrn Rechtsanwalt Schirmer vorgetragen. Bitte schön.

Schirmer, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Ärztetag des vergangenen Jahres hat den Beschluss gefasst – hier ist die Ausgangssituation anders als beim vorigen Tagesordnungspunkt –, dass für die geheime Abstimmung bei Beschlussfassungen, die Sie nach § 16 der Geschäftsordnung vornehmen können, das Quorum abgesenkt wird. Nach der geltenden Regelung muss die Mehrheit der Versammlung entscheiden, ob eine geheime oder eine namentliche Abstimmung durchgeführt wird. Die seinerzeitigen Antragsteller waren der Meinung, dass dies eine zu hohe Hürde sei, und haben den Deutschen Ärztetag bewogen, einen Auftrag an den Vorstand zu geben, dass das Quorum auf mindestens ein Drittel der Versammlung abgesenkt wird. Das finden Sie im Antrag VI-1. Sie können dort auch die Geschichte dieses Antrags nachlesen. Dort finden Sie auf Seite 2 auch § 16 der Geschäftsordnung zitiert. Es gibt aber auch eine ausgeteilte Synopse.

Zu diesem Antrag liegt ein Änderungsantrag VI-1 a vor, über den zuerst abgestimmt werden muss. Es soll eine zusätzliche Regelung eingefügt werden:

> *Auf Antrag von mindestens 10 Abgeordneten muss die Abstimmung schriftlich geheim durchgeführt werden.*

Es reichen also zehn Delegierte aus, um eine geheime Abstimmung durchzuführen. Juristisch kann man dazu nichts sagen. Das ist eine Sache der inneren Befindlichkeit der Delegierten, welche Hürde sie sich vorstellen oder auch nicht überwinden möchten, wenn sie einen Antrag auf geheime Abstimmung stellen.

Herr Präsident, ich bitte Sie, zunächst über den Antrag 1 a und dann über den Antrag 1 abstimmen zu lassen. Auch die Geschäftsordnung kann nur mit einer Zweidrittelmehrheit geändert werden.

Damit möchte ich es bewenden lassen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Donnerwetter, strenge Sitten! Herzlichen Dank, Herr Schirmer, für die Präsentation. Dann wissen wir ja, was wir zu tun haben. – Zu diesem Themenkomplex hat zunächst Herr Mayer aus Bayern das Wort. Bitte schön.

Dr. Mayer, Bayern: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte den Antragsteller fragen, ob er nicht möchte, dass seinem Antrag dasselbe Schicksal widerfährt wie dem Antrag von Herrn Thierse. Ich meine, wir wollen doch hier keinen immerwährenden Reichstag haben. Zehn Leute findet man für irgendeinen Antrag – ich möchte nicht sagen: Unsinn – immer. Deswegen stelle ich den Antrag auf Nichtbefassung mit dem Antrag 1 a.

Vielen Dank.

(Widerspruch – Zuruf: Pfui!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Mayer. Der Antrag ist angekommen. – Jetzt hören wir, was uns Herr Möhrle aus Hessen zu sagen hat. Bitte schön.

Dr. Möhrle, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Beide Anträge greifen willkürlich ein gewisses Quorum heraus, um uns eine Pseudodemokratisierung vorzuspiegeln. Wenn wir wirklich demokratisch handeln wollen, müsste eigentlich der Antrag eines einzelnen Delegierten reichen, um eine schriftliche geheime Abstimmung herbeizuführen.

(Beifall)

Eigentlich sollte jeder von uns in der Lage sein, seine Meinung, die er wirklich vertritt, auch öffentlich zu bekunden. Jede schriftliche geheime Abstimmung kann als Deckung gegenüber dem eigenen Verband oder gegenüber den eigenen Kollegen dienen. Das halte ich nicht für gut. Wir sind hier ein Gremium, das offen diskutieren und auch offen abstimmen soll. Deshalb bitte ich Sie, beide Anträge abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Möhrle. Ehrlich gesagt, deswegen bin ich auch gegen elektronische Abstimmungen. Die mag ich auch nicht, wenn man so vor seinem Kästchen sitzt. In manchen Gremien gibt es

das. Ich will diese Diskussion hier natürlich nicht eröffnen. Das ist eine ähnliche Empfindung, wie sie Alfred Möhrle gerade dargestellt hat.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Müller aus Westfalen-Lippe.

Müller, Westfalen-Lippe: Ich möchte den Antrag VI-1 a begründen. Erstens entspricht er demokratischen Gepflogenheiten in unserer Republik, auch in den höchsten Gremien. Es gibt beispielsweise auch im Bundestag ein entsprechend niedriges Quorum für eine geheime Abstimmung. Es liegt dort, glaube ich, bei 5 Prozent. Das entspricht – bezogen auf unsere Verhältnisse – ungefähr den zehn Antragstellern, wie ich es hier vorgeschlagen habe.

Es muss möglich sein, auch einmal eine geheime Abstimmung zu erzwingen, wenn die Diskussion so geführt wird, dass Abgeordnete hinsichtlich einer gewissen Meinungsäußerung unter Druck gesetzt werden. Das hat es ja alles schon einmal gegeben. Um diese Möglichkeit von vornherein auszuschließen, brauchen wir demokratische Spielregeln, die es immer erlauben, eine mehrheitliche Meinungsbildung zu erreichen. Deshalb bin ich der Meinung, wir sollten so beschließen.

Für die namentliche Abstimmung kann man es bei der Mehrheit von einem Drittel lassen. Wenn man die Hürde nicht so hoch legt, kann man dieses Gremium lahm legen. Das darf natürlich auch nicht sein.

Deswegen bitte ich Sie, den Antrag 1 a unbedingt anzunehmen, also auch gegen die Nichtbefassung zu stimmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Müller. – Herr Schüller hat seine Wortmeldung zurückgezogen. Deshalb hat jetzt Frau Gitter aus Bremen das Wort.

Gitter, Bremen: Wenn wir einen Antrag stellen, brauchen wir immer zehn Unterschriften. Dann wird über diesen Antrag abgestimmt. Nach dem Antrag 1 a ist, wenn ein Antrag gestellt wird, dies auch schon das Ergebnis. Das möchte ich dann doch nicht haben. Der Antrag zur Geschäftsordnung, der jetzt vorliegt, bedeutet: auf Beschluss. Dann ist das Quorum mindestens ein Drittel. Was Herr Müller beantragt, bedeutet, dass zehn Leute einen Antrag stellen können. Aber

ich möchte das Recht haben, darüber zu beschließen. Über dieses Quorum müssen wir heute beschließen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Gitter. – Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Die Aussprache ist damit beendet.

Ich bitte jetzt Herrn Schirmer um ein Schlusswort.

Schirmer, Referent: Ich muss zunächst etwas korrigieren. Die Mehrheit für eine Änderung der Geschäftsordnung ist die einfache Mehrheit.

Ich habe es recherchiert: Im Bundestag gibt es offene Abstimmungen, Abstimmungen mit dem berühmten Hammelsprungverfahren und namentliche Abstimmungen. Sie können im Bundestagsprotokoll nachlesen: Wenn über schwerwiegende Angelegenheiten entschieden wird, wird eine namentliche Abstimmung beantragt, damit man weiß, wie jeder Abgeordnete abgestimmt hat. Eine geheime Abstimmung gibt es nur bei Wahlen.

Der Ärztetag kennt die namentliche Abstimmung – das ist meines Wissens noch nie praktiziert worden – und die geheime Abstimmung. Sie sollten wissen: Der Vergleich mit dem Bundestag ist nicht so zwingend, so weit es die geheime Abstimmung angeht. Diese gibt es im Bundestag nur bei den Wahlen, beispielsweise bei der Wahl des Bundeskanzlers oder des Bundestagspräsidenten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung. Wir stimmen zunächst über den Antrag auf Nichtbefassung mit dem Antrag **VI-1 a** ab. Wer möchte sich mit diesem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich mit diesem Antrag doch befassen? – Das ist die Mehrheit. Dann befassen wir uns damit. Es geht darum, in § 16 den zweiten Satz wie folgt zu ändern:

> *Auf Beschluss mindestens eines Drittels der Versammlung kann sie namentlich durch Aufruf der Abgeordneten erfolgen.*

Als Satz 3 soll neu eingefügt werden:

> *Auf Antrag von mindestens 10 Abgeordneten muss die Abstimmung schriftlich geheim durchgeführt werden.*

Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Das ist die Mehrheit. Damit ist der Antrag **abgelehnt**.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag **VI-1** in unveränderter Fassung. Wer möchte dem Antrag 1 zustimmen, die Geschäftsordnung entsprechend zu ändern? – Wer stimmt dagegen? – Dann ist auch dieser Antrag **abgelehnt**. Wir lassen die Geschäftsordnung so, wie sie ist. Wir haben es ja auch immer hinbekommen, ohne dass wir die Geschäftsordnung geändert haben.

Noch einmal herzlichen Dank an Herrn Schirmer für die Präsentation und die Hilfe bei den Tagesordnungspunkten V und VI.

(Beifall)

Damit kämen wir zu Tagesordnungspunkt VII. Dort sind zwei Eingangsreferate vorgesehen, die als Einführungen gedacht sind. Herr Professor Scriba ist im Moment noch nicht anwesend. Nun gibt es zwei Möglichkeiten: Wir können den Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ verschieben und warten, bis Herr Scriba eingetroffen ist. Bis dahin kümmern wir uns um Finanzangelegenheiten. Das sind die dann folgenden Tagesordnungspunkte.

(Beifall)

Die andere Möglichkeit besteht darin, dass ich Ihnen kurz etwas zu den individuellen Gesundheitsleistungen sage und wir holen das Referat von Herrn Professor Scriba später nach. Es gibt unter den Anträgen, die zum Tätigkeitsbericht gestellt worden sind, keinen Antrag, der Auswirkungen auf die Entlastung des Vorstands haben könnte. Es ist also in dem Sinne nicht brisant, dass wir den Tätigkeitsbericht abgehandelt haben müssen, bevor wir den Vorstand entlasten können oder auch nicht. Insofern könnten wir den Tätigkeitsbericht auf einen späteren Zeitpunkt verlegen und erst die Regularien abhandeln. Dann kann der Tätigkeitsbericht zum Schluss aufgerufen werden, wie wir das ja schon oft gemacht haben.

Wer stimmt dem zu, dass wir zunächst die Regularien behandeln? – Wer stimmt dagegen? – Das Erste war deutlich die Mehrheit.

Wir kommen damit zu **Tagesordnungspunkt VIII:**

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005)

Es geht zunächst um den Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2004/2005 und dann um den Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prü-

fung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2004/2005. Zu den Finanztagesordnungspunkten gebe ich folgende Hinweise:

Die Finanzkommission hat durch einen Grundsatzbeschluss im Jahre 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 VIII – X „Finanzen“ öffentlich zu verhandeln.

Gibt es ein Gegenvotum? – Das ist nicht der Fall. Dann gehe ich davon aus, dass Sie damit einverstanden sind.

Wir können damit in den Tagesordnungspunkt VIII eintreten. Zunächst bitte Herr Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Als Beratungsunterlage zu diesem Tagesordnungspunkt liegt Ihnen der schriftliche Finanzbericht für das Geschäftsjahr 2004/2005 in Form des Prüfberichts vor, den der Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster erstellt hat. Zunächst zu den Eckdaten: Die Bilanzsumme zum 30. Juni 2005 – Sie wissen, unser Haushaltsjahr weicht vom Kalenderjahr ab und endet zur Jahresmitte – beläuft sich auf 46 310 180,16 Euro. Sie fällt im Vergleich zum Vorjahreswert nur unwesentlich, nämlich um rund 110 000 Euro geringer aus.

Die Jahresrechnung schließt – darauf sind wir stolz – mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 953 317,15 Euro ab. Ich bin sehr froh, hier die Aufgabe zu haben, Ihnen zu erläutern, warum Etatansätze nicht in vollem Umfang ausgeschöpft werden mussten. Es fiele mir wesentlich schwerer, das Umgekehrte zu erläutern.

Die Gesamthöhe der Aufwendungen beträgt 16 269 930,48 Euro einschließlich der Zuweisungen zu Rücklagen in Höhe von 2 152 075 Euro.

Die Position Gehälter ist um rund 470 000 Euro unterschritten. Zu Beginn des Geschäftsjahres bestanden noch erhebliche Vakanzen im Zusammenhang mit dem Umzug der Geschäftsstelle nach Berlin. Wir sind ja exakt zu Beginn des Haushaltsjahres, über das ich Ihnen jetzt berichte, nämlich zum 1. Juli 2004, nach Berlin umgezogen. Das war unser Umzugsstichtag. Ferner fielen die Aufwendungen für Pensionsrückstellungen um rund 160 000 Euro geringer aus wegen Personalentwicklungen in diesem Bereich.

Die Veranstaltung des Deutschen Ärztetages und Vorbereitungskosten für folgende Ärztetage liegen um rund 142 000 Euro über dem Voranschlag. Nicht berücksichtigt sind dabei ärztetagsbedingte Erträge in Höhe von rund 43 000 Euro. Schon für den laufenden Etat musste diese Etatposition angepasst werden.

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde nicht zuletzt wegen der Aktivitäten des Bündnisses Gesundheit und der Verstärkung von Informationsdiensten um rund 22 000 Euro überschritten.

Die Reisekosten Geschäftsführung waren um rund 23 000 Euro überschritten. Wir haben diese Entwicklung im laufenden Geschäftsjahr korrigieren können.

Die Aufwendungen für Mieten, Betriebskosten und Einrichtungsunterhalt beliefen sich auf rund 417 000 Euro, bei einem Voranschlag von 290 000 Euro. Zum Vergleich: Die gleichen Aufwendungen beliefen sich im vorangegangenen Geschäftsjahr für die Kölner Immobilie auf rund 593 000 Euro. Zum Zeitpunkt der Etatplanung für 2004/2005 konnten die Betriebskosten des neuen Gebäudes in Berlin naturgemäß nur geschätzt werden.

Die Position Sitzungsaufwendungen, Internationale Zusammenarbeit ist zum Voranschlag um rund 37 000 Euro überschritten. Dies hängt mit den Aktivitäten zusammen, die nach dem Umzug in Berlin verstärkt stattfanden, aber auch mit den zunehmenden Kontakten nach Mittel- und Osteuropa. Diese Kontakte sind allein schon deshalb wichtig, um dort die Freiberuflichkeit des Arztberufs und das System der ärztlichen Selbstverwaltung zu propagieren. Diese Arbeiten werden sich, strategisch gesehen, für uns als unschätzbar wertvoll in einem erweiterten Europa erweisen. Ich möchte an den eindrucksvollen Vortrag erinnern, den wir gestern zum Tagesordnungspunkt III über die Situation in Rumänien gehört haben.

Die Abschreibungen liegen bei rund 1 125 000 Euro mit einem Betrag von rund 178 000 Euro über dem Voranschlag. Dies liegt zu einem guten Teil daran, dass geplante Erstinvestitionen für das neue Gebäude unterhalb der Preisgrenze für mehrjährig abzuschreibende Gegenstände realisiert werden konnten. Dieser günstige Einkauf führt nun allerdings zu einer sofortigen Vollabschreibung mit entsprechender Auswirkung auf die Etatposition.

Die Abschreibungen auf das Gebäude und die Erstausstattung wurden durch die Verwendung entsprechender zweckgebundener Rücklagen in Höhe von insgesamt rund 989 000 Euro finanziert.

Die Aufwendungen für die Sitzverlegung – einschließlich Sozialplanaufwendungen – in Höhe von insgesamt gerundet 1 581 000 Euro werden ebenfalls aus der dafür eingerichteten Rücklage entnommen.

Eine Vielzahl von Etatpositionen ist neben dem schon genannten Personalkostenbereich teils deutlich unterschritten worden. Ich nenne die wesentlichen kursorisch:

- Arzneimittelkommission um rund 77 000 Euro
- Wissenschaftlicher Beirat um rund 12 000 Euro
- Berliner und Brüsseler Büro um rund 61 000 Euro
- Projekte Qualitätssicherung um rund 160 000 Euro, insbesondere wegen des weggefallenen Beitrags zum Koordinierungsausschuss
- Reisekosten Vorstand und Ausschüsse um rund 21 000 Euro
- Telekommunikationskosten um rund 30 000 Euro
- Reinigungskosten um rund 20 000 Euro
- Kopierkosten um nicht weniger als 59 000 Euro wegen neuer Verträge

Noch ein Wort zu den Erträgen. Die Erträge aus Fortbildungsveranstaltungen liegen um rund 35 000 Euro unter dem Voranschlag. Der Würzburger Kongress konnte wegen unseres Umzugs nicht stattfinden. Die Zinserträge liegen um rund 243 000 Euro über der Kalkulation. Insbesondere haben wir die zusätzliche Liquidität im Zusammenhang mit Bauratenzahlungen, Erstausstattung und Gebäudeabschreibungsrücklage fristenoptimal angelegt.

Die Gewinnausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags für dessen Geschäftsjahr 2003 lag mit rund 2,1 Millionen Euro zwar mit rund 1,1 Millionen Euro unter dem Vorjahresergebnis, aber immer noch deutlich über dem langfristigen Durchschnitt. Wir wussten, dass diese Gewinnhöhe nicht zu halten war.

Letztmalig ist der Gewinn pauschal in den Voranschlag eingestellt worden. Schon mit dem laufenden Geschäftsjahr werden es immer 75 Prozent des Vorjahresgewinns sein.

Nach Beschlüssen von Vorstand und Finanzkommission wurden aus der Gewinnausschüttung 1,2 Millionen Euro für Personal- und Sachaufwendungen des Projektbüros Elektronischer Arztausweis vorgesehen und rund 902 000 Euro der Betriebsmittelrücklage zugeführt.

Meine Damen und Herren, der Revisionsbericht enthält weitere Details zur Jahresrechnung, auf die ich mich beziehen darf.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Fuchs.

Wir dürfen jetzt das Referat des Vorsitzenden unserer Finanzkommission, Herrn Dr. Koch aus Pleidelsheim, den ich hiermit herzlich willkommen heiße, hören. Wir sind gespannt auf Ihren Vortrag, Herr Koch. Bitte schön.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Jahresrechnung des am 30. Juni 2005 beendeten Geschäftsjahres 2004/2005 ist von der Finanzkommission und von ihrer Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung beraten worden. Grundlage war der auch Ihnen vorliegende Prüfbericht des Revisionsverbands ärztlicher Organisationen e. V., Münster, der von der Finanzkommission mit der Prüfung der Jahresrechnung beauftragt worden war.

Der Revisionsverband hat gemeinsam mit der kooperierenden Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs Partner, Düsseldorf, den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt. In Zusammenhang mit diesem Vermerk ist auch die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung bestätigt worden. Den Erfordernissen aus Satzung und Haushalts- und Kassenordnung an die Haushaltsführung der Bundesärztekammer ist damit in vollem Umfang entsprochen worden.

Erfreulich ist auch, dass das Geschäftsjahr mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 953 317,15 Euro abschließt. Sie haben den Ausführungen des Hauptgeschäftsführers die Gründe entnommen. Die wesentlichen Punkte, die hierzu beigetragen haben, waren die Personalaufwendungen wegen Stellenvakanzen in der Umzugsphase, die Pensionsrückstellungen und der Entfall des Beitrags zum Koordinierungsausschuss. Zur Vermeidung von Wiederholungen beziehe ich mich auf die Zahlenangaben von Professor Fuchs auch hinsichtlich der anderen angesprochenen Etatpositionen.

Der Geschäftsführer des Revisionsverbands hat in der Sitzung der Finanzkommission umfangreich über die wirtschaftliche Lage der Bundesärztekammer und die entsprechenden Kennzahlen referiert und in einem Zehnjahresvergleich dargelegt. Auch nach dem erfolgten Umzug und den noch erfolgenden Abwicklungen von Bauvorhaben und Sozialplan ist die Situation absolut zufrieden stellend und Risiken sind nicht erkennbar.

Wie im Vorjahr wurden im Vorfeld der Sitzung der Finanzkommission von Mitgliedern umfänglich schriftliche Fragen an die Geschäftsführung gestellt, auch vorab schriftlich beantwortet. Diese wurden in der Sitzung vertieft und ergänzt.

Die Finanzkommission hat der vorgelegten Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2004/2005 einstimmig zugestimmt. Ich bitte Sie, diesem Votum zu folgen.

Lassen Sie mich auftragsgemäß über weitere Beratungspunkte der Finanzkommission und deren Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung berichten.

Zunächst eine Personalie. Der bisherige stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission, Herr Dr. Hansen aus Nordrhein, konnte dieses Amt nicht mehr ausführen, da er hauptamtliches KV-Vorstandsmitglied wurde. Ich freue mich, dass Herr Kollege Köhler, Vertreter der Ärztekammer Schleswig-Holstein in der Finanzkommission, einstimmig zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt wurde. Auch an dieser Stelle, lieber Herr Kollege Köhler, nochmals herzlichen Dank dafür, dass Sie kandidiert haben. Ich freue mich auf eine gedeihliche Zusammenarbeit.

(Beifall)

Die Geschäftsführung hat der Finanzkommission ein Zwischenergebnis zur Prüfung des Ausstiegs aus dem Versorgungssystem VBL gegeben. Mit der VBL wird bisher die Zusatzversorgung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle geregelt. Aufgrund der hierfür stetig steigenden Kosten und der ungewissen Zukunft dieser Versorgungseinrichtung wurde dieser Bericht zustimmend zur Kenntnis genommen und die Geschäftsführung ermuntert, weiter auf einen Ausstieg hinzuarbeiten.

Ein weiteres Thema waren die Sonderzahlungen an Beschäftigte zu Betriebsjubiläen und sonstigen Anlässen. Hier hatte die Arbeitsgruppe bereits einen Vorschlag über eine Revision gemacht. Auf Initiative der Finanzkommission wird dieses Thema nochmals behandelt werden.

Des Weiteren ist in der Arbeitsgruppe das Thema Pensionsrückstellungen behandelt worden. Die Rückstellungen für diese Altzusagen – bereits seit 1997 erfolgen keine Direktzusagen zur betrieblichen Altersversorgung mehr – sind auf einen realistischeren Rechnungszins von 4 Prozent statt 6 Prozent umgestellt worden. Dies entspricht den neuen Heubeck-Tabellen. Ferner soll bei den Pensionsrückstellungen die so genannte sozioökonomische Komponente berücksichtigt werden. Das bedeutet die Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenserwartung von Angestellten und Arbeitern.

An dieser Stelle schließt sich mein Bericht zum Jahresabschluss 2004/2005 wieder, nämlich mit der Verwendung der nicht verbrauchten Mittel dieses Geschäftsjahres. Auf Vorschlag der Finanzkommission hat der Vorstand beschlossen, den Pensionsrückstellungen entsprechend den vorgenannten Ausführungen einen Betrag von 827 317,15 Euro zuzuführen. Des Weiteren werden 50 000 Euro zum Aufbau einer Instandhaltungsrücklage verwendet. Diese dient nach Ablauf der Gewährleistungsfristen für das neue Gebäude dazu, größere, nicht planbare Reparaturen finanzieren zu können. Weiter werden 76 000 Euro in das Geschäftsjahr 2006/2007 vorgetragen.

Meine Damen und Herren, erlauben Sie mir an dieser Stelle meinen herzlichen Dank an die Geschäftsführung des Deutschen Ärzte-Verlags, an die Herren Führer und Weber, für ihre geleistete Arbeit.

(Beifall)

Sie erwirtschaften in einer äußerst schwierigen Zeit ein deutliches Ergebnis, an dem wir, wie Sie soeben vernommen haben, teilhaben. Herzlichen Dank für Ihre Arbeit!

Bei Ihnen darf ich mich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Dr. Koch. Wir schließen uns aus wohlerwogenen Gründen dem Dank an die Herren Führer und Weber an.

Ich bitte jetzt die Abstimmungsberechtigten, ihre Stimmkarten in Empfang zu nehmen, sofern sie sie noch nicht erhalten haben. Sie kennen ja das Abstimmungsverfahren.

§ 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 § 10 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage 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“. Enthaltungen gibt es nicht.

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.

Bevor wir aber zur Abstimmung kommen, findet eine Diskussion über den Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2004/2005 statt. Gibt es Wortmeldungen zu diesem Tagesordnungspunkt? – Das ist nicht der Fall. Wir kommen damit zur Abstimmung über den Antrag **VIII-1**, der lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster.*
>
> *Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005) wird gebilligt.*

Ich frage jetzt die einzelnen Kammern ab. Dann wird registriert, wie abgestimmt wird. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Berlin? – Grün. Brandenburg? – Grün. Bremen? – Grün. Hamburg? – Grün. Hessen? – Grün. Mecklenburg-Vorpommern? – Grün. Niedersachsen? – Grün. Rheinland-Pfalz? – Grün. Saarland? – Grün. Sachsen? – Grün. Sachsen-Anhalt? – Grün. Schleswig-Holstein? – Grün. Thüringen? – Grün. Westfalen-Lippe? – Grün.

(Zuruf)

– Entschuldigung, ich habe Nordrhein vergessen. Da wusste ich schon, wie abgestimmt wird; das ist das Problem. Bitte noch Nordrhein der Vollständigkeit halber. – Grün. Vielen Dank, Herr Stagge.

Damit ist das einstimmig **angenommen**. Der Jahresabschluss ist einstimmig gebilligt. Damit haben wir den Tagesordnungspunkt VIII erledigt.

Wir kommen nunmehr zu **Tagesordnungspunkt IX:**

Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005)

Soll dazu eine Aussprache stattfinden? – Das ist nicht der Fall. Auf Antrag **IX-1** wird die Entlastung des Vorstands beantragt. Auch hier frage ich die einzelnen Landesärztekammern ab. Baden-Württemberg? – Grün. Bayern? – Grün. Ber-

lin? – 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.

Der Antrag ist einstimmig **angenommen**. Ich bedanke mich namens des Vorstands und auch der Hauptgeschäftsführung für die einstimmige Entlastung für das Geschäftsjahr 2004/2005.

(Beifall)

Wir kommen nunmehr zu **Tagesordnungspunkt X:**

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007)

Es gibt einen Bericht der Geschäftsführung und einen Bericht über die Beratungen der Finanzkommission. Als Ersten rufe ich Herrn Professor Fuchs als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer auf. Bitte schön.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Vorstand stellt Ihnen den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2006/2007 vor, das am 1. Juli 2006 beginnt und am 30. Juni 2007 endet. Hierbei ist die Finanzkommission entsprechend ihrem Satzungsauftrag beteiligt worden.

Der Haushaltsvoranschlag liegt Ihnen in gedruckter Form vor. Zur Orientierung: Das ist der auf hellblauem Papier gedruckte Teil der Finanzunterlagen.

Das Volumen des Voranschlags beläuft sich auf 15 777 000 Euro. Die Steigerungsrate der Beiträge der Landesärztekammern beträgt 0 Prozent. Bevor ich auf diese doch recht ungewöhnliche Zahl eingehe, stelle ich Ihnen zunächst die Details des Haushaltsentwurfs, insbesondere im Vergleich zu den Vorjahren, dar.

Zu den Personalaufwendungen: Für den Bereich des Präsidenten wird beantragt, die vorhandene Referentenstelle von 0,5 auf Vollzeit zu erhöhen. Als Kompensation wird eine vorhandene Sachbearbeiterstelle aufgegeben. Damit wird den erhöhten inhaltlichen Anforderungen an diese Stelle Rechnung getragen. Finanziell ist diese Regelung für den Haushalt um 13 000 Euro günstiger.

Für externes Personal, mit dem im Wesentlichen der Gebäudebetrieb durchgeführt wird, sollen aufgrund der Erfahrungen nach dem ersten Jahr in Berlin 7 000 Euro mehr eingeplant werden.

Der Vorstand hat beschlossen, das Brüsseler Büro künftig allein von der Bundesärztekammer zu führen, während das bisherige ebenfalls gemeinsam mit der KBV betriebene Berliner Regierungsbüro allein von der KBV fortgeführt wird. Für die Übernahme der Berliner Tätigkeit ist eine Referentenstelle vorgesehen. Das Brüsseler Büro wird wahrscheinlich als eine Gesellschaft belgischen Rechts betrieben, sodass dort Sachkosten anfallen. Dafür entfällt der Bundesärztekammeranteil am Berliner Regierungsbüro.

In Zahlen heißt dies: Statt bisher 266 000 Euro für das Berliner und das Brüsseler Büro fallen für das Brüsseler Büro allein 130 000 Euro Aufwendungen an sowie die Referentenstelle – Stichwort: Regierungskontakte, unter Personalkosten aufgeführt – in Höhe von 75 000 Euro. Die neue organisatorische Regelung entlastet unseren Haushalt also um 61 000 Euro.

Weiter zu den satzungsgemäßen Aufwendungen. Die Etatposition Presse- und Öffentlichkeitsarbeit soll um 22 000 Euro erhöht werden. Insbesondere wegen der neu eingerichteten Informationsdienste, vom elektronischen Pressespiegel bis zu IT-Kompakt, reicht der Etatansatz gegenwärtig nicht aus.

Die Etatposition Arzneimittelkommission und Beitrag zum Arzneimittel-Informationsdienst kann in diesem Jahr reduziert werden. Durch nicht verbrauchte Mittel beim Arzneimittel-Informationsdienst kann der Beitrag der Bundesärztekammer voraussichtlich einmalig um 83 000 Euro gesenkt werden. Da die Beitragsreduzierung wegen der verschobenen Geschäftsjahre von Arzneimittel-Informationsdienst und Bundesärztekammer auch in unserem laufenden Geschäftsjahr noch anfällt, wird dieser anteilige Betrag als Ertrag für den Haushalt 2006/2007 vorgetragen.

Der Beitrag zum Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte steigt entsprechend einem Stufenplan um 7 000 Euro.

Bei Position 22 sehen Sie den Rückgang der Aufwandsposition Projekte Qualitätssicherung auf 50 000 Euro. Im Wesentlichen liegt dies am Entfall des Beitrags der Bundesärztekammer zum Koordinierungsausschuss, der in den Gemeinsamen Bundesausschuss übergeleitet wurde, in dem die Bundesärztekammer ja kein Mitglied ist.

Zu den Verwaltungskosten: Bei den Verwaltungskosten wird die Anhebung der Grenze möglicher Hotelkosten von 100 auf 120 Euro je Übernachtung beantragt. Entsprechend müssen 4 000 bzw. 8 000 Euro bei den beiden Reisekostenpositionen zusätzlich eingeplant werden.

Die Position Drucksachen soll um 6 800 Euro wegen zusätzlicher Standarderzeugnisse – wie den Revisionsbericht – angehoben werden.

Die Aufwendungen für die Bewirtschaftungskosten des Gebäudes mussten um 70 000 Euro angepasst werden. Insgesamt umfasst diese Position weitere Aufwendungen wie den Einrichtungsunterhalt.

Zu den sonstigen Aufwendungen: Die einzelnen Abschreibungspositionen wurden entsprechend der Anschaffungsplanung angepasst. Es zeichnet sich eine Verschiebung zu sofort abschreibungsfähigen so genannten geringwertigen Wirtschaftsgütern ab. Die Details sehen Sie aus der Anlage Investitionsplanung.

Die Sozialplanaufwendungen, die durch Rücklagenentnahme finanziert werden, wurden auf 750 000 Euro zurückgenommen. Dies hat keine Auswirkungen auf die Beitragsentwicklung, da die zweckgebundene Rücklage in den Vorjahren aufgebaut wurde.

Nun noch kurz zu den Erträgen: Die Erträge aus Fortbildungsveranstaltungen werden um 20 000 Euro niedriger eingeplant. Die verstärkt stattfindenden Veranstaltungen für Multiplikatoren führen zu insgesamt geringeren Einnahmen.

Die sonstigen Erträge fallen geringer aus, da die Weiterbelastung einer Stelle an das „Deutsche Ärzteblatt“ weggefallen ist.

Den Vortrag von 76 000 Euro infolge geringerer Beiträge an den Arzneimittel-Informationsdienst hatte ich bereits erläutert.

Aber besonders hinweisen möchte ich auf die um nicht weniger als 250 000 Euro geringer anfallenden Erträge aus dem Verlagsgewinn. Sie wissen, dass beschlossen wurde, jeweils 75 Prozent der Verlagsausschüttung des Vorjahres einzustellen. Dies führt diesmal zwangsläufig zu einer geringeren Einstellung.

In dem von der Finanzkommission beratenen Entwurf endete der Haushaltsvoranschlag mit einer Steigerung der Umlagenleistung der Landesärztekammern von 1,89 Prozent. Nach einer teilweise kontroversen Diskussion war bestimmt worden, dass die Differenz zu einer Nullsteigerung der Umlage aus der Betriebsmittelrücklage beglichen werden soll. Argumentiert wurde, dass nicht verbrauchte Mittel, die sich auch aus einer höheren Gewinnausschüttung des Ärzte-Verlags als die eingestellten 75 Prozent des Vorjahresergebnisses ergeben, erwartet werden.

Meine Damen und Herren, es bleibt festzuhalten, dass die Steigerungsrate Null in erster Linie ein politisches Ergebnis, geleitet durch die gegenwärtige Situation der Ärzteschaft, ist.

Die Geschäftsstelle erfüllt Aufgaben, die der Vorstand, aber auch Sie – der Deutsche Ärztetag – uns vorgeben. Wir gehen dabei sparsam und effizient vor. Aber mit Nullsteigerungen wird so etwas in den kommenden Jahren nicht regelmäßig zu verwirklichen sein. Auch in diesem Voranschlag war es nur durch

einen Rückgriff auf die Betriebsmittelrücklage möglich. Das kann nicht der Standard werden; das darf ich Ihnen so sagen.

Meine Damen und Herren, im Übrigen darf ich auf das schriftliche Zahlenwerk zum Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2005/2006 verweisen.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Fuchs, für Ihren Bericht. – Wie eben auch hören wir jetzt den Herrn Vorsitzenden der Finanzkommission. Danach werden wir diskutieren und abstimmen. Bitte, Herr Dr. Koch.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Bis der Vorstand Ihnen den Haushaltsplan vorlegt, erfolgen eine ganze Reihe von Beratungsrunden. Nach einer internen Vorberatung im Geschäftsführungskreis, an der auch der Präsident, der Finanzbeauftragte des Vorstands und ich teilnehmen, wird der erste Entwurf in der Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung behandelt. Es folgen zwei Beratungen im Vorstand und eine weitere Sitzung der Arbeitsgruppe, bevor der Entwurf schließlich der Finanzkommission vorgelegt wird. Mit diesem Votum stellt der Vorstand den Entwurf in einer weiteren Sitzung endgültig auf.

Sie erkennen daraus die Sorgfalt, mit der sich die Verantwortungsträger der Aufgabe stellen, eine effiziente Haushaltsplanung voranzutreiben. Hierbei findet die Entwicklung des allgemeinen wirtschaftspolitischen Umfelds ebenso Berücksichtigung wie die aktuelle Situation der Ärztinnen und Ärzte.

Die einzelnen Änderungen zum Vorjahr hat Herr Professor Fuchs soeben ausgeführt. Ich möchte Ihnen eine Wiederholung ersparen und gleich auf den wesentlichen Teil der Beratungen der Finanzkommission zu sprechen kommen. Es entspann sich hier bezüglich der Ertragsseite eine längere Diskussion, die vom Verlagsgewinn ausgelöst wurde, der – Herr Professor Fuchs hat es erwähnt – um 250 000 Euro geringer eingestellt werden musste. Letztendlich wurde aber die Frage aufgeworfen, welche Steigerungsrate in den Gremien der Landesärztekammern zu vermitteln ist bzw. was in der gegenwärtigen schwierigen Situation ins Bild passt.

Per Abstimmung bestimmte man einen Steigerungssatz von 0 Prozent. Innerhalb dieser Budgetierung wurde der Haushalt dadurch ausgeglichen, dass die Differenz der Betriebsmittelrücklage entnommen wird – dies geleitet von der

Wahrscheinlichkeit, dass die tatsächliche Gewinnausschüttung höher sein wird als der in den Haushalt eingestellte Gewinnbetrag, sodass hiermit die Betriebsmittelrücklage wieder aufgefüllt werden könnte.

Dem so aufgestellten Haushaltsvoranschlag hat die Finanzkommission einstimmig zugestimmt.

Meine Damen und Herren, im April hat die Arbeitsgruppe Mittelfristige Finanzplanung ein Modell beraten, wonach gegebenenfalls anfallende Differenzen der Etatposition „Ertrag Deutscher Ärzte-Verlag“ im Vergleich zum Vorjahr aus der Betriebsmittelrücklage gegenfinanziert werden. Entsprechend anfallende nicht verbrauchte Mittel, die insbesondere anfallen werden, weil nur 75 Prozent des Vorjahresgewinns des Verlags eingestellt werden, sollen dann aber auch konsequenterweise wieder in die Betriebsmittelrücklage eingestellt werden.

Diese Vorgehensweise ist in den anderen Gremien und im Vorstand noch nicht besprochen. Aber hiermit würde der Sprengstoff eliminiert werden können, der sich bei einer rückläufigen Gewinnausschüttung ergibt.

Natürlich: Sollte es sich nicht mehr um Gewinnschwankungen, sondern um eine strukturelle Gewinnabsenkung handeln, müsste mittelfristig eine Anpassung erfolgen, die dann auch beitragswirksam sein kann. Darauf möchte ich ganz ausdrücklich hinweisen.

Nach ausführlichen Beratungen der Einzelpositionen, die teilweise auch schriftlich gestellt und ausführlich vorab schriftlich beantwortet wurden, wurde dem Haushaltsvoranschlag zugestimmt.

Somit wird Ihnen ein intensiv abgestimmter Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2006/2007 mit einem Volumen von 15 777 000 Euro vorgelegt.

Ich darf Sie um Zustimmung zu diesem Haushaltsvoranschlag bitten.

Bevor ich schließe, erlauben Sie mir, meine Damen und Herren, dass ich – wie in jedem Jahr; es wird immer herzlicher – meinen Dank ausspreche, und zwar zum einen an die Mitglieder der Kommission Mittelfristige Finanzplanung, die mich als Arzt in betriebswirtschaftlicher Hinsicht sehr unterstützen, denn ein Betriebswirt oder ein Volkswirt denkt zunächst einmal anders als ein normaler Mediziner. Ich bin den Herren und Frau Schmidt außerordentlich dankbar, dass sie immer Geduld aufbringen, bis ich die einzelnen Schritte nachvollziehen kann. Wir kommen immer zu einem erträglichen Ergebnis. Dafür bin ich ihnen ganz herzlich dankbar. Zum anderen gilt mein Dank der Geschäftsführung unserer Kammer, insbesondere Herrn Raabe mit seinen Mitstreitern im Dezernat VII. Herr Raabe, die Unterstützung Ihrerseits kann einfach nicht besser sein. Auch dafür herzlichen Dank.

Meine Damen und Herren, bei Ihnen bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Dr. Koch. Wir bedanken uns bei allen, die an dem von Herrn Dr. Koch geschilderten Marathon teilgenommen haben. Es ist wirklich ein sehr komplexer Vorgang mit vielen Beratungen. Jeder Haushalt ist sehr subtil vorbereitet.

Ich unterstütze ganz besonders, dass wir nicht in einer Situation sind, dass wir über Jahre Nullrunden fahren können. Das würde die Bundesärztekammer sukzessive schwächen. Dann ginge es uns so ähnlich wie den Krankenhäusern in Deutschland, die ja aus dem staatlichen Säckel zumindest so viel Geld bekommen sollen, dass sie sich wenigstens auf dem Istzustand halten können, was aber längst nicht mehr der Fall ist, sodass sie sukzessive verfallen. Das wollen wir der Bundesärztekammer nicht antun. Ich hoffe, jeder versteht, was ich meine.

Wir kommen zur Aussprache. Der erste Redner ist Herr Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Professor Fuchs hat hinsichtlich der Nullerhöhung von einer Premiere gesprochen. Das muss sicherlich lobend registriert werden. Das ist gewiss das Ergebnis von früheren Haushalten, die aufgrund des Umzugs höher angesetzt waren, sodass man jetzt etwas zurückfallen konnte. Dass man die Chance ergriffen hat, es jetzt bei dem Haushaltsansatz zu belassen, ist ausgesprochen positiv. Deshalb ist die Abstimmung ja auch stressfrei verlaufen; alle haben zugestimmt. Das ist in den vergangenen Jahren nicht immer der Fall gewesen. An dieser Stelle kann man also Dank sagen, was ich hiermit auch tue.

Ich darf trotzdem auf Folgendes hinweisen. Ich vermisse folgende Bemerkung, die diesen See der Freudentränen etwas trüben könnte. Wir haben eine Mehrwertsteuererhöhung zu erwarten. Wenn diese greift, wird man nicht alles als Vorsteuer abwälzen können. Meine Frage lautet: Inwieweit ist das berücksichtigt? Inwieweit kann das den Haushaltsvoranschlag in Schwierigkeiten bringen?

Gestatten Sie mir an dieser Stelle eine zweite Bemerkung, die ich schon ein paar Mal gemacht habe. Ich wünsche dem Marburger Bund bei seinem Tarifvertragsabschluss wirklich alles Gute, dass er einen Abschluss erreicht, der Ost und West gleichermaßen berücksichtigt. Ich meine, das sollte auch bei einer Neuordnung der Honorare für die kassenärztlichen Leistungen geschehen. Dann wäre es Ihre Aufgabe, daran zu denken, dass der 10-prozentige Abschlag

für die Ostkammern aufgehoben werden kann, damit wir auch diesbezüglich zu einer einheitlichen Verfahrensweise kommen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Holzborn. – Direkt dazu Herr Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Holzborn, vielen Dank. Ein Dank aus Ihrem Munde zu diesem Etatansatz tut besonders gut, wenn ich das so sagen darf.

Was die Mehrwertsteuererhöhung anlangt, kann ich Ihnen nur sagen, dass wir die Wirkungen einer Umsatzsteuererhöhung mit einkalkuliert haben. Insofern kann ich Sie beruhigen, Herr Holzborn. Zu dem Zeitpunkt, als wir den Haushalt aufgestellt haben, konnten und mussten wir mit einer Mehrwertsteuererhöhung rechnen. Das haben wir getan.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Diese Mehrwertsteuererhöhung ist ja mittlerweile vom Kabinett und vom Bundestag beschlossen. Sie kommt also. – Als nächster Redner bitte Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Gebt dem Kaiser, was des Kaisers ist – das sollten wir auch in Zukunft so halten. Ich darf mich recht herzlich für ein Ergebnis bedanken, das natürlich nach unserem Geschmack ist. Herr Professor Fuchs, dass das in Zukunft nicht immer so sein kann, ist uns allen klar. Ich möchte allerdings ganz klar festhalten, dass wir lediglich auf der Ertragsseite umgeschichtet haben. Auf der Aufwandsseite sind keine Veränderungen vorgenommen worden. Insofern weiß ich, dass sich das zukünftig wieder ändern kann. Sollten sich tatsächlich die Gewinne des Deutschen Ärzte-Verlags nach unten verändern, was wir nicht hoffen, müssen wir sicherlich gegensteuern.

Ansonsten sollten die Kosten für die Aufgaben, die satzungsgemäß von der Bundesärztekammer erledigt werden müssen, natürlich von allen Ärzten in Deutschland – wenn es geht: freiwillig – getragen werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Calles.

Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Gibt es den Wunsch seitens der beiden Herren Referenten nach einem Schlusswort? – Nein. Dann kommen wir zur Abstimmung. Sie erfolgt ebenso wie vorhin mit roten und grünen Karten. Der Antrag **X-1** lautet:

> *Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007) in Höhe von Euro 15.777.000,00 wird genehmigt.*

Ich frage jetzt die einzelnen Landesärztekammern 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.

Dann ist auch dieser Antrag einstimmig **angenommen**. Wir bedanken uns als Vorstand, als Geschäftsführung und als Finanzkommission für dieses Votum.

Wir kommen zu **Tagesordnungspunkt XI:**

Wahl des Tagungsortes für den 111. Deutschen Ärztetag 2008

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 26. August 2005 die Geschäftsführung beauftragt, zu prüfen, ob der Deutsche Ärztetag 2008 auf Einladung der baden-württembergischen Landesärztekammer in Ulm stattfinden kann.

Im Ergebnis dieser Prüfung hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Oktober 2005 beschlossen, den Delegierten des 109. Deutschen Ärztetages als Tagungsort für den 111. Deutschen Ärztetag vom 20. bis 23. Mai 2008 Ulm vorzuschlagen.

Möchte die Frau Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg dazu noch etwas berichten? Wir kennen Ulm aus „in Ulm, um Ulm und um Ulm herum“. – Bitte, Frau Wahl.

Dr. Wahl, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir möchten Ihnen jetzt eine filmische Präsentation bieten, um Sie auf Ulm einzustimmen.

Wenn Sie nach dieser wunderschönen Präsentation noch nicht davon überzeugt sind, dass der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm in Baden-Württemberg stattfinden sollte, ist Ihnen nicht mehr zu helfen. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg lädt Sie ganz herzlich zum 111. Deutschen Ärztetag in der

Zeit vom 20. bis zum 23. Mai 2008 nach Ulm ein. Ich bitte Sie um Ihr entsprechendes Votum. Wir laden Sie ein und freuen uns schon auf Sie.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Ich frage zunächst einmal: Gibt es einen anderen Antrag? Möchte uns jemand woandershin locken? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir über den Antrag **XI-1** ab:

> *Als Tagungsort für den 111. Deutschen Ärztetag vom 20. – 23. Mai 2008 wird Ulm bestimmt.*

Wer ist dafür, dass wir im Jahre 2008 nach Ulm gehen? – Wer möchte nicht nach Ulm? – Wer enthält sich? – Eine Enthaltung. Der Antrag ist einstimmig **angenommen**.

Dr. Wahl, Vorstand der Bundesärztekammer: Wer war die Enthaltung?!

(Heiterkeit)

Wir bedanken uns und erwarten Sie in zwei Jahren in Ulm. Bis dahin!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir bedanken uns noch einmal für die Einladung und freuen uns auf den 111. Deutschen Ärztetag. Zuvor findet der 110. Deutsche Ärztetag in Münster statt, woran ich noch einmal erinnern möchte.

Herzlichen Dank und schöne Grüße nach Baden-Württemberg. Die mögen sich schon mal richtig ins Zeug legen.

Nun ist nur noch der Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ abzuhandeln. Alles andere haben wir erledigt. Ich habe den Verdacht, dass wir eventuell bereits heute fertig werden könnten,

(Beifall)

dann den schönen Abend genießen und morgen zu einem Zeitpunkt nach Hause fahren können, da die Rushhour noch nicht so stark ist. Das könnte ja auch Vorteile haben.

Wir kommen zu **Tagesordnungspunkt VII:**

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Wenn Herr Thomas hier wäre, der frühere Vorsitzende des Hartmannbundes, würde er bei Eintritt in den Tagesordnungspunkt VII den Antrag stellen, die entsprechenden Anträge so zu behandeln, dass gefragt wird, ob jemand gegen einen Antrag sprechen möchte; wenn jemand dagegenspricht, hat ein anderer das Recht – in der Regel der Antragsteller –, den Antrag zu verteidigen. Anschließend wird abgestimmt. Dieses Verfahren hat sich bewährt. – Herr Crusius stellt den entsprechenden Antrag. Ich möchte Sie fragen, ob Sie dieses Verfahren auch gut finden. Es gibt unter Tagesordnungspunkt VII ja zwei gesetzte Themen, nämlich die Berichterstattung über die Versorgungsforschung. Herr Professor Scriba ist inzwischen eingetroffen und könnte uns diesen Bericht erstatten. Dann werden wir wahrscheinlich in die Mittagspause eintreten. Nach der Mittagspause berichte ich Ihnen über die individuellen Gesundheitsleistungen. Dann könnten wir die Anträge, die zum Tätigkeitsbericht gestellt wurden, abhandeln.

(Beifall)

Wer stimmt dem Antrag von Herrn Crusius hinsichtlich des Verfahrens – eventuelle Gegenrede, mögliche Verteidigung des Antrags – zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann haben wir das so beschlossen.

Jetzt können wir Herrn Professor Scriba, den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, bitten, uns über den aktuellen Stand des Themas Versorgungsforschung zu berichten. Als wir im vorigen Jahr in Berlin beschlossen haben, Versorgungsforschung zu betreiben, haben wir auch gewünscht, regelmäßig darüber unterrichtet zu werden, was dabei herausgekommen ist, weil es ja auch nicht kostenlos ist.

Herr Professor Scriba, Sie haben das Wort. Bitte sehr.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Verehrter Herr Präsident! Hohes Präsidium! Verehrte Delegierte! Meine Damen und Herren! Zuerst muss ich einer Legendenbildung vorbeugen: Ich habe nicht verschlafen, sondern ich war im Dom – übrigens nicht als Einziger aus diesem Kreise hier, sondern es war noch eine Kollegin anwesend. Wir beide haben stellvertretend für Sie gebetet. Sie konnten es ja dort leider nicht tun.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Aber das hat geholfen! Wir haben wirklich gute Beschlüsse gefasst.

(Heiterkeit – Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Ich freue mich, dass ich diesen Bericht erstmals abgeben kann. Ich werde zunächst über Ziele und Aufgaben sprechen, dann über den wissenschaftlichen Anspruch, über die Anforderungen, die Beschlüsse des Deutschen Ärztetags sowie über das Rahmenkonzept. Zum Schluss werde ich ein Fazit ziehen.

Es gibt eine Menge Definitionen der Versorgungsforschung. Zwei Definitionen, die mir persönlich besonders gut gefallen, lauten:

> *Versorgungsforschung ist … die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.*
>
> *Versorgungsforschung ist … die wissenschaftliche Evaluation der Ergebnisse aller Handelnden im Gesundheitswesen einschließlich der Kranken und wohl auch der Gesunden, wenn Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden.*

Damit komme ich zu den Zielen der Versorgungsforschung. Es geht bei unserem Projekt, von dem ich heute berichte, um eine Allianz zwischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Ärztekammern. Als Ziele möchte ich nennen: erstens die Sichtbarmachung der Bemühungen um Qualität und der erreichten Qualität, zweitens die Verbesserung der Versorgung, wo möglich, durch Eigeninitiative. Der zunehmenden Tendenz zu Fremdbestimmung muss durch Demonstration der eigenen wissenschaftlichen Kompetenz in den Ärztekammern entgegengewirkt werden.

Zu den Aufgaben der Versorgungsforschung: Es geht darum, die Situation der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu beschreiben, zu erklären, zu bewerten, zu gestalten – und zwar auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene – und das, was empfohlen wurde, im Sinne der Wirksamkeitsprüfung zu begleiten.

Welches ist der wissenschaftliche Anspruch einer Versorgungsforschung im Auftrag der Bundesärztekammer und für die Bundesärztekammer? Ich möchte hier etwas ausholen und zunächst daran erinnern, dass Grundlagenforschung der typisch menschlichen Neugier entspricht, zu ergründen, was denn eigentlich die Welt im Innersten zusammenhält. Das ist eine Art von Forschung, die primär nicht nach dem Nutzen fragt. Der Nutzen ist im Falle der Grundlagenforschung,

was mitgenommen wird, wenn es sich ergibt, was aber nicht als Ziel infrage kommt.

Die klinische Forschung hat im Gegensatz dazu die Absicht, die Grundlagen für die diagnostische und die therapeutische Versorgung von Patienten zu verbessern.

Abgesetzt davon stellt die Versorgungsforschung den Versuch dar, zu klären, was von dem theoretisch möglichen Nutzen für den einzelnen Patienten möglich ist, wie viel Prozent bei dem Einzelnen tatsächlich ankommt und wie dieses Ergebnis verbessert werden könnte.

Es ist klar, dass eine Versorgungsforschung, die von der Bundesärztekammer gefordert und gefördert wird, in Gefahr ist, in den Verdacht zu geraten, sie könne nicht ganz neutral sein. Die brutalen Kritiker sagen dann gleich: Das ist ja alles gestochen. Dagegen muss man sich wehren und wappnen. Das tun wir, indem wir zwei Aspekte ganz besonders betonen, nämlich die Aspekte der Qualität und die Aspekte der Solidität. Mit dem Begriff Qualität meine ich, dass wir in transparenter Weise darstellen, wie der Prozess der Themenfindung, der Auswahl der Projekte, der Durchführung der Projekte, der Beurteilung der Qualität der Projekte, der Interpretation der Ergebnisse und der Weitergabe aussieht.

Zum Zweiten holen wir eine möglichst große Zahl anerkannter kompetenter Wissenschaftler, die in der Szene zuhause sind und die einen guten Namen haben, in unser Boot. Mit der Unterstützung wickeln wir das ganze Projekt ab.

Ganz nebenbei gesagt: Die Versorgungsforschung ist bisher akademisch unterbewertet. In den Fakultäten wird ja im Allgemeinen auf der Basis von Drittmitteleinwerbung und Qualitätspunkten nach irgendeinem Bewertungssystem beurteilt. Da findet der wissenschaftliche Versuch, mehr Nutzen für den Patienten zu erzielen, bisher zu wenig Anerkennung. Wir hoffen, dass das Projekt der Bundesärztekammer auch in diesem Punkt hilfreich sein wird.

Nun komme ich zum Inhalt. Ich beginne mit den vorliegenden Beschlüssen Deutscher Ärztetage. Auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag 2003 wurde beschlossen:

> *Die Ärzteschaft ist bereit, sich am Aufbau einer Versorgungsforschung zu beteiligen.*

Auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 wurde beschlossen:

> *Der DÄT bekräftigt den Willen der Ärzteschaft, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.*

2005 haben Sie beschlossen, dass es notwendig ist, die Erfahrungen der Ärzteschaft hinreichend zu berücksichtigen, und dass eine rein ökonomisierende Betrachtungsweise dem ärztlichen Berufsethos zuwider läuft. Sie haben den Willen der Ärzteschaft bekräftigt, sich an dieser Entwicklung mit seriösen wissenschaftlichen Methoden zu beteiligen. Es heißt in dem Beschluss:

> *Das Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung … stellt eine notwendige und realistische Grundlage … dar, die darauf zielt, unter sich verändernden Rahmenbedingungen konkrete Lösungen für eine gute Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen.*

Ferner wurde auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 beschlossen:

> *Durch die Bündelung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverstandes – wobei in der Koordinierungsgruppe Klinik- und Vertragsärzte paritätisch repräsentiert sein müssen – in einem Netzwerk soll die Kompetenz und das Wissen der in Praxis und Wissenschaft tätigen Ärztinnen und Ärzte für eine patientenbezogene Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens zur Verfügung gestellt werden.*

Damit komme ich zu dem bereits angesprochenen Rahmenkonzept, das wir Ihnen vor einem Jahr vorgestellt haben. Ich möchte Ihnen erklären, wie wir es umgesetzt haben. Die Eckpunkte sind: sechs Jahre Gesamtlaufzeit, maximale Förderungssumme 750 000 Euro pro Jahr, ein jährlicher Zwischenbericht auf dem Ärztetag, Begleitung der Einzelprojekte durch „Projektpaten“ und Eingrenzung des Fördergegenstands auf drei Themenfelder.

Das Steuerungsgremium ist die Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV). Es ist, wie bereits erwähnt, paritätisch mit Vertragsärzten und Klinikärzten besetzt. Die AWMF ist mit mehreren Mitgliedern vertreten. Gäste sind die KBV, das ÄZQ, die AKdÄ und das BMBF.

In der ersten Sitzung im August 2005 wurden Entscheidungen getroffen zum Ausschreibungstext – diesen kann man nachlesen –, zum zweistufigen Auswahlverfahren und zur Projektbegleitung. Der Vorstand der Bundesärztekammer ist sowohl bei den Vertragsärzten als auch bei den Klinikärzten in der SKV erheblich vertreten. Die wissenschaftlichen Sachverständigen, die nicht klinisch/praktisch tätig sind, bilden das methodische Rückgrat, das methodische Gewissen des Projekts. Die Gäste sind keineswegs stumme Zeugen, sondern zeichnen sich durch aktive Mitarbeit auch an der wissenschaftlichen Entwicklung des Projekts aus.

Ich erinnere daran, dass wir drei Projektarten beschlossen haben: Einzelprojekte mit Modellcharakter – maximale Förderdauer drei Jahre, maximale Fördersumme 200 000 Euro –, Querschnittsprojekte – maximale Förderdauer zwei Jahre, maximale Fördersumme 50 000 Euro – und Kurzgutachten und Expertisen – maximale Förderdauer ein Jahr, maximale Fördersumme 10 000 Euro. Ein Beispiel für ein solches Kurzgutachten ist die Machbarkeitsstudie zu den Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen/Marburg. Sie erinnern sich: Das war ein Antrag auf dem Deutschen Ärztetag. Leider wurden im Rahmen der Ausschreibungen keine Anträge zur Evaluation der Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen/Marburg eingereicht. Grundsätzlich kann man sagen, dass es methodische Schwierigkeiten gibt, die gleichzeitigen Effekte der Einführung der DRGs, der Fusionierung der beiden Standorte und der Privatisierung voneinander zu trennen. Deswegen haben wir beschlossen, zunächst einmal eine Machbarkeitsstudie als Typ-III-Projekt in Auftrag zu geben. Sie läuft inzwischen. Wir hoffen, dass wir auf diese Weise Informationen erhalten, ob diese Art von Studie durchgeführt werden kann. Wenn ja, dann müssen wir uns über die Umsetzung klar werden.

Ich komme jetzt zu den Typ-I-Projekten. Es wurden drei Themenfelder beschlossen und auf dem vorjährigen Ärztetag vorgetragen. Der Fördergegenstand wurde eingegrenzt: erstens die Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag, zweitens die Folgen der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit, drittens der Einfluss der maßgeblichen arztseitigen Faktoren – beispielsweise Berufszufriedenheit, nicht monetäre neben monetären Leistungsanreizen – auf die Versorgung, zusammengefasst unter dem Begriff „Physician Factor“.

In der Ausschreibung vom September 2005 sind die spezifischen Anliegen des 108. Deutschen Ärztetages berücksichtigt worden, insbesondere die Hervorhebung der Intentionen des Leitantrags zu Krankheit und Armut und die Folgen der Privatisierung. Leider haben wir dazu nicht viel an Material erhalten.

Nach welchen Kriterien wurden die Typ-I-Projekte ausgewählt? Ich nenne zunächst die Frage: Was bedeutet das Ganze für das Versorgungsgeschehen überhaupt? Ferner: Sind Patientenorientierung und ärztliche Perspektiven gewährleistet? Natürlich spielt die Frage, ob es sich um einen originellen Beitrag handelt, eine Rolle. Der wissenschaftliche Ansatz ist wichtig, ebenso die Frage, ob die Ergebnisse in einen größeren Rahmen transferiert werden können. Wichtig sind auch die Vorleistungen der Antragsteller sowie Interdisziplinarität und Kooperation.

Ich komme damit zu der Frage: Was haben wir für die Auswahl der Projekte getan? Ich erinnere daran, dass es sich um ein zweistufiges Auswahlverfahren handelt. Zunächst wurden Skizzen angefordert, die im September 2005 ausge-

schrieben wurden. Wir haben sage und schreibe 171 Projektskizzen erhalten. Das war erheblich mehr, als irgendjemand zu träumen gewagt hatte. Diese 171 Projektskizzen wurden jeweils von vier Gutachtern schriftlich bewertet. In einer zweitägigen Sitzung der SKV wurden nach sehr gründlicher Diskussion aller Projektskizzen insgesamt 36 Antragsteller ausgewählt. Sechs Antragsteller erhielten die Auflage, ihren Projektantrag mit einem der anderen Antragsteller zu verbinden. Insgesamt wurden 33 ausführliche Anträge angefordert.

In der zweiten Phase erfolgte die Auswahl der Projektanträge. Die ausführlichen Anträge mussten bis zum 19. Januar 2006 bei uns sein. Die 33 ausführlichen Projektanträge wurden jeweils von sechs Gutachtern schriftlich bewertet. Die Auswahl erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats und dem Vorstand der Bundesärztekammer. In einer zweitägigen Sitzung der SKV wurden insgesamt 19 Projekte zur Förderung vorgeschlagen. Seit April 2006 werden mit insgesamt 19 potenziellen Projektnehmern Verhandlungen geführt und Förderverträge geschlossen.

Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass alle diese Schritte in enger Zuarbeit zum Vorstand der Bundesärztekammer durchgeführt wurden. Das betrifft sowohl die Besetzung der SKV als auch den Zeitplan, die Ausschreibung, die Auswahlentscheidung „Projektskizzen“ und die Auswahlentscheidung „Förderanträge“.

Von den 171 Projektskizzen stammte knapp die Hälfte aus dem Themenfeld: Implementierung von Leitlinien. 30 Prozent stammten aus dem Themenfeld: Einfluss der Ökonomisierung, 21 Prozent stammten aus dem Themenfeld: Physician Factor.

Nach der Zusammenführung zu Projektanträgen hat sich das Gewicht etwas verschoben. Knapp 40 Prozent bezogen sich auf die Implementierung von Leitlinien und jeweils rund 30 Prozent auf den Einfluss der Ökonomisierung und den Physician Factor.

Von den Projekten, die tatsächlich gefördert werden, stammt knapp die Hälfte aus dem Themenfeld: Implementierung von Leitlinien. Jeweils gut ein Viertel stammten aus den Themenfeldern: Einfluss der Ökonomisierung und: Physician Factor.

Ich finde Folgendes höchst interessant und sehr erfreulich. Knapp die Hälfte der zur Förderung empfohlenen 19 Projekte haben einen Bezug zum ambulanten Sektor. Nur 11 Prozent – zwei Projekte – hatten ein Thema mit Bezug zum stationären Sektor. 42 Prozent hatten ein Thema mit Bezug sowohl zum ambulanten als auch zum stationären Sektor. Ich persönlich halte es für das erfreulichste Ergebnis, dass sowohl unter denen, die Skizzen eingereicht haben, als auch unter denen, die gefördert werden, eine ganze Menge sind – es ist sogar die Mehrzahl –, die bisher in der Szene nicht aufgetaucht sind. Das BMFT sagt uns:

Die kennen wir ja gar nicht. Das bedeutet im Klartext: Wir haben ein Potenzial von zukünftigen und jetzt aktiven Forschern erschlossen, die sich bisher nicht getraut haben oder sich durch Förderinstrumente nicht angesprochen gefühlt haben, die aber zukünftig ihre Fähigkeiten, Daten auszuwerten und zu beurteilen, mit einbringen werden. Das halte ich für einen ganz großen Erfolg dieser Aktivität des Deutschen Ärztetages bzw. des Vorstands der Bundesärztekammer.

Kurz zur Finanzplanung. Das Gesamtbudget beträgt für drei Jahre 2,25 Millionen Euro. 1,6 Millionen Euro entfallen auf Typ-I-Projekte, 300 000 Euro auf Typ-II- und Typ-III-Projekte. Hinzu kommen die üblichen technischen Kosten.

Kurz einige Inhalte der Projektanträge hinsichtlich der Leitlinienimplementierung: Prävention von MRSA, chronisches Vorhofflimmern, interdisziplinäre Tumortherapie beim kolorektalen Karzinom, Nationale Versorgungsleitlinie Asthma, ambulant erworbene Pneumonie – das ist das Kompetenznetz CAPNETZ – usw.

Die Inhalte der Projektanträge hinsichtlich der Ökonomisierung waren im Wesentlichen: Anforderungen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung im Flächenland, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes, Neonatalerhebung, die Wahrnehmung und Bewertung von Leistungsbegrenzungen – sprich: Rationierungen – und Leistungsangeboten sowie die Einschluss- und Prozessqualität im DMP Diabetes Typ 2.

Die wesentlichen Inhalte der Projektanträge hinsichtlich des Physician Factors sind: Analyse der Anreize für die Niederlassung, Längsschnittuntersuchung zur Karriere- und Lebensplanung von Medizinstudenten usw.

Wenn Sie es wünschen, kann ich die einzelnen Punkte noch näher erläutern.

Man muss sich natürlich fragen: Werden die Ziele der Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer erreicht? Ich denke, hinsichtlich der Impulssetzung zur Förderung der Versorgungsforschung unter Berücksichtigung der spezifischen ärztlichen Perspektive kann man diese Frage bejahen. Dasselbe gilt für die Förderung von Einzelprojekten mit Modellcharakter. Arbeiten müssen wir noch an der Bildung eines Netzwerks und an einer erkennbaren Zeichensetzung. Das muss erst noch entstehen.

Zur langfristigen Finanzierung durch andere Drittmittelgeber – Krankenkassen, Bundesmittel, DFG, Stiftungen – möchte ich bemerken: Ich habe Ihnen vor einem Jahr gesagt, dass ich hoffe, dass eine Lawine der Finanzierung durch andere in Gang gesetzt wird. Es finden in dieser Hinsicht eine ganze Menge Gespräche statt. Ich kann mit gutem Gewissen berichten, dass man an verschiedenen Orten aufgewacht ist und dass das Thema Förderung der Versorgungs-

forschung in anderen Förderebenen sehr wohl angekommen ist und dort durchaus positiv und mit der festen Absicht, etwas umzusetzen, diskutiert wird.

An der Stärkung ärztlicher Positionen in der gemeinsamen Selbstverwaltung muss noch gearbeitet werden. Ein Beitrag, an den ich erinnern muss, ist das Symposium in Mainz im Frühjahr dieses Jahres, das gemeinsam von der Akademie der Wissenschaften und der Literatur in Mainz und der Bundesärztekammer veranstaltet wurde. Es war organisiert von Herrn Fuchs und einigen anderen. Dort wurde mit bis dahin von mir kaum gekannter Offenheit zwischen den verschiedenen Trägern der politischen Entscheidung und auch Beratern der politischen Entscheider diskutiert und manches an wachsendem Verständnis deutlich.

Ein weiteres Ziel ist die Darstellung der Kompetenz der Ärzteschaft durch belastbare Daten und für Optimierungen. Ziel ist es ferner, Möglichkeiten einer kurzfristigen Reaktion auf Fehldarstellungen zur Versorgungssituation reagieren zu können. Das Kurzfristigste, das wir durchführen können, sind die Typ-III-Projekte, durch die in kurzer Zeit eine Skizze, eine Stellungnahme vorbereitet werden kann. Das kann aber immer nur in Zusammenarbeit mit der Exekutive geschehen.

Schließlich möchte ich als Ziel den gegebenenfalls erforderlichen Nachweis von durch Gesetzgebung und Gemeinsamen Bundesausschuss induzierten Fehlentwicklungen in der Patientenversorgung nennen.

Ich habe vorhin ausgeführt, dass das Gestalten und die Erarbeitung von Vorschlägen, wie man es besser machen kann, eindeutig die Bereiche sind, die man wissenschaftliche Beratung der Politik nennen kann. Wir werden darauf achten müssen, wie sich das umsetzt und was das im Ergebnis tatsächlich bringt. Auf dem bereits erwähnten Symposium in Mainz wurde deutlich gemacht, dass die Ergebnisse der Förderinitiative auch im Sinne einer Politikberatung Wirkung entfalten müssen.

Schließlich kommt es darauf an, mit Qualität und Unabhängigkeit der von der Bundesärztekammer geförderten Versorgungsforschung dabei zu helfen, möglicherweise weniger unabhängige wissenschaftliche Beratung in ihre Schranken zu weisen.

Damit komme ich zu meinem Schlusswort. Die „Aussteiger“ unter den Ärzten klagen berechtigterweise unter anderem über einen Vertrauensschwund gegenüber den Ärzten. Auch die Versorgungsforscher verdienen ein gewisses Maß an Vertrauen unter anderem auch im Kreise der Ärzte. Ich würde es begrüßen, wenn eine zustimmende Kenntnisnahme zur Umsetzung des Programms Versorgungsforschung, vor allem auch außerhalb dieses Raumes, auf möglichst breiter Basis bekundet würde. Das käme der Gesamtwirkung der An-

strengung der Ärzte, ihre wissenschaftliche Kompetenz im Bereich der Versorgungsforschung zu demonstrieren, zugute.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Professor Scriba, für die Darstellung des jetzt erreichten Zustands beim Projekt Versorgungsforschung. Ich glaube, wir werden das, genauso wie Sie es sich gewünscht haben, positiv finden. Wir haben auch eine Antrag von Herrn Kaplan vorliegen, der das ein bisschen ergänzt. Wir werden die Aussprache nach der Mittagspause um 14 Uhr beginnen.

Ich habe mich vielleicht missverständlich ausgedrückt: Die beiden gesetzten Punkte zum Tätigkeitsbericht, nämlich die Förderinitiative Versorgungsforschung und die individuellen Gesundheitsleistungen, sollten eigentlich noch nicht unter dem Prinzip Gegenrede und Rede dafür abgehandelt werden, sondern nur die Einzelanträge danach. Die beiden erwähnten Themen sollen noch so behandelt werden, wie das bei den anderen Tagesordnungspunkten auch geschehen ist. So wollte ich das verstanden wissen.

Herr Friebel hat darum gebeten, dass wir bis 17.45 Uhr fertig sein mögen, weil sonst logistische Probleme wegen des heutigen Abends auftauchen. Ich denke, diese Viertelstunde werden wir schon einsparen können.

Wir treten nunmehr in die Mittagspause ein. Wir setzen die Beratungen um 14 Uhr fort.

3. Tag: Donnerstag, 25. Mai 2006
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir setzen unsere Beratungen fort. Zum Thema Versorgungsforschung liegt bisher der Antrag VII-66 von Herrn Kaplan aus Bayern vor. Ferner liegt eine Wortmeldung vor. Ich gehe davon aus, dass Ihr Beifall vorhin prinzipiell die Darstellung von Herrn Professor Scriba zum Thema Versorgungsforschung und die bisher geleistete Arbeit positiv gewürdigt hat, wir diese Arbeit positiv zur Kenntnis nehmen und würdigen und Herrn Professor Scriba bitten, auf diesem Wege und in der bisherigen Art fortzufahren. Dazu liegt zwar kein formeller Antrag vor, aber ich werte Ihren Beifall von vorhin so, dass dies die Meinung des Plenums ist. Ein Antrag in diesem Sinne war ja auch gar nicht vorgesehen.

Die erste Wortmeldung kommt von Herrn Privatdozent Dr. Scholz aus Hessen. Bitte schön.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kollegen und Kolleginnen! Was ich jetzt an den Vortrag über die Versorgungsforschung anhängen möchte, hat vielleicht nicht ganz den angenehmen Charakter wie das Mittagessen. Es gibt einen Punkt, über den ich sehr überrascht bin; zu dem anderen Punkt muss ich sagen, dass ich ziemlich bestürzt bin, was ich darüber zu hören bekommen habe.

Der Punkt, der mich sehr überrascht hat, war die Art der Projekte, die gefördert worden sind. Da haben wir gesehen, dass sich ein Großteil der Antragsteller auf die Implementierung von Leitlinien und wenig auf die Ökonomisierung und auf die Frage, was eigentlich der Arztfaktor bei diesen ganzen Dingen ist, bezogen haben. Hatten wir nicht auf dem vorjährigen Ärztetag diskutiert, dass die Versorgungsforschung, wenn wir dort schon mitspielen wollen, nicht in das hineinstoßen soll, was die anderen sowieso schon tun?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Implementierung von Leitlinien bezahlen die anderen doch schon sowieso. Man sieht es ja auch an der Endauswahl, dass die Zahl dort erheblich geschrumpft ist. Da konkurrieren wir mit den anderen.

Es gibt andere Fragen, die wir mit dem knapp bemessenen Budget und trotzdem mit entsprechender Qualität eher untersuchen sollten: Was passiert, wenn in einem Kreis plötzlich keine Hausärzte oder keine Fachärzte mehr vorhanden sind? Dazu müssen die Leute ein bisschen geschubst und aufgefordert werden, damit sie sich nicht nur in den traditionellen Bereichen bewegen.

Der Punkt, der mich nicht nur überrascht, sondern auch ein wenig bestürzt gemacht hat, betrifft die Privatisierung. Wir sind auf dem vorjährigen Ärztetag bekniet und beknetet worden, das nicht explizit in Form eines Antrags zu fordern. Ich denke, der einmalige Vorgang einer Privatisierung von zwei Universitätskliniken ist in der deutschen Landschaft so gravierend, dass wir verlangen müssen, dass die Bundesärztekammer mit Nachdruck darauf besteht, dass ein solches Projekt untersucht wird. Auch wenn erst vor einem halben Jahr damit begonnen wurde, Anträge zu stellen, kann doch der Vorstand sagen: Das ist so wichtig, dass wir das untersucht haben wollen, da muss jetzt etwas geschehen. Das muss ja nicht von den Häusern selber kommen, sondern das kann ja vielleicht auch jemand von außen sehr gut untersuchen.

Wenn wir jetzt erst eine Machbarkeitsstudie durchführen, ist die Entwicklung bereits abgelaufen. Sie werden nur noch den Status quo untersuchen, welche Auswirkungen es beispielsweise in Marburg hat, wenn es nur noch ein großes privates Haus gibt, ohne Ausweichmöglichkeiten. Mich wundert doch ein wenig, dass man bei der Bundesärztekammer diesem Punkt fast nur noch hinterherschaut mit einer Machbarkeitsstudie. Das kann doch nicht wahr sein! Entweder sagt die Bundesärztekammer, das interessiere sie nicht, so etwas wolle man überhaupt nicht untersucht haben, oder sie erklärt: Das wollen wir. Dann muss das mit mehr Nachdruck und rasch erfolgen. Anderenfalls kann kein Vorher-nachher-Status mehr untersucht werden.

Ich bitte die Bundesärztekammer, zu der Frage Stellung zu nehmen, welche Möglichkeiten sie realistischerweise sieht, nicht nur in Fragen einer Machbarkeitsstudie hier noch etwas zu retten. Seit Januar sind diese Kliniken übernommen und die Umstrukturierungen beginnen. Irgendwann wird man dort auch mit dem Neubau beginnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scholz. – Herr Scriba, ich fände es gut, wenn Sie direkt dazu antworten würden, warum die Entscheidung so gefallen ist. Es ist ja wichtig, dass dokumentiert wird, dass alles seriös abläuft, damit die Akzeptanz groß ist. Bitte schön, Herr Scriba.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Ohne Wiederholung und in aller Kürze: Herr Scholz, zu den Themenfeldern liegt ein Beschluss des vorjährigen Ärztetages vor. Das haben nicht wir bestimmt, sondern der Ärztetag hat beschlossen, dass diese drei Themenfelder untersucht werden sollen. Die Beurteilung der Qualität

hat zunächst ein deutliches Übergewicht der Leitlinien ergeben. Sie werden bemerkt haben, dass wir im Begutachtungsprozess die Gewichte zugunsten der Ökonomisierung und des Arztfaktors verschoben haben. Einen gewissen Bonus bei der Beobachtung haben die von Ihnen gewünschten Projekte ja erhalten. Das Endresultat sieht so aus, wie ich es Ihnen hier vorgestellt habe. Ich denke, wir haben vernünftige Themen sowohl im Hinblick auf die Ökonomisierung als auch im Hinblick auf den Arztfaktor ausgesucht.

Zum Thema Privatisierung: Ich bedauere genauso wie Sie, dass wir den Zustand vorher nicht analysieren können. Das liegt aber ganz einfach daran, dass unser Projekt erst jetzt anläuft. Das liegt auch daran, dass ich zu meinem Entsetzen keine Anträge zum Thema Gießen/Marburg gesehen habe, die beurteilungsfähig gewesen wären. Da war nichts. Aber das kann man kaum dem Steuerungsgremium vorwerfen. Es ist ja nicht so, als forschte die Ständige Kommission Versorgungsforschung selber; das können Sie nicht erwarten. Das wäre eine völlig falsche Betrachtung der Dinge. Das muss schon von den Antragstellern kommen. Wenn da nichts ist, können wir nichts machen.

Ich möchte etwas nachholen, was ich eben vergessen habe: Ich möchte mich sehr herzlich beim Dezernat VI der Bundesärztekammer bedanken. Ich möchte hier die Namen Dr. Schomburg, Dr. Bäsler und Frau Berger nennen, die in hervorragender Weise während des vergangenen Jahres unsere Vorhaben unterstützt haben. Die Arbeit war auf diese Weise gut zu schaffen. Ganz herzlichen Dank. Das wollte ich nicht vergessen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner ist Herr Dr. Kaplan an der Reihe. Er hat auch den Antrag gestellt. Bitte, Herr Dr. Kaplan.

Dr. Kaplan, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich stimme meinem Vorredner zu, dass die Privatisierung unserer Krankenhäuser ein ganz großes Problem darstellt. Dem müssen wir uns entsprechend widmen. Ich sehe insgesamt die Präsentation der Versorgungsforschung nicht negativ, sondern sehr positiv. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Herrn Professor Scriba. Ich bedanke mich auch ganz herzlich bei der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung der Bundesärztekammer für die geleistete Arbeit.

Mir gefällt es sehr gut, welche Versorgungsebenen hier berücksichtigt werden, sowohl bezüglich der Ökonomisierung als auch bezüglich der Leitlinien, nämlich der ambulante und vor allen Dingen der ambulante stationäre Bereich, also die Verzahnung zwischen diesen beiden Bereichen. Dort liegt die Zukunft. Dort lie-

gen auch die Probleme. Diesen Problemen müssen wir uns entsprechend widmen.

Es gibt das IQWiG, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Es befasst sich mit der Qualität und natürlich auch mit der Wirtschaftlichkeit in Diagnostik und Therapie. Wir haben jetzt die von der Bundesärztekammer im Rahmen der Versorgungsforschung beauftragten Projektgruppen, die Analysen erstellen bezüglich der Versorgungsstruktur, der Versorgungsqualität und der Versorgungsdichte. Am 2. Mai 2006 haben sich 26 medizinische Fachgesellschaften in Berlin zum Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung zusammengeschlossen. Das sind alles Einrichtungen, Projektgruppen, Institute, die wir Vertragsärzte mittragen, die wir letztendlich auch finanzieren.

Deshalb muss es natürlich unsere Intention sein, die Ergebnisse beispielsweise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit den Ergebnissen der Versorgungsforschung abzugleichen und dafür zu sorgen, dass wissenschaftlich gefundene Resultate praxisrelevant in die tägliche Praxis umgesetzt werden. Das ist mein Petitum. Ich bitte Sie, Herr Professor Scriba und die gesamte Kommission, dieses Ziel weiterzuverfolgen, damit möglichst viel Effizienz für die Qualität unserer Patientenversorgung, für die wir ja geradestehen, herauskommt.

Ich bitte Sie, meinen Antrag zu unterstützen. Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Stöckle, ebenfalls aus Bayern.

Dr. Stöckle, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Herrn Professor Scriba danken, dass wir in ihm einen so hervorragenden Sachwalter haben, der in so kurzer Zeit mit der ihm zur Seite gestellten Koordinationsgruppe so viele Aussagen machen konnte. Vielleicht gelingt es uns, die zum Teil mangelnde Bereitschaft von Gesellschaften zur Mitwirkung zu erhöhen. Es gab ja eine Ausschreibung, an der jeder teilnehmen konnte. Ich bitte Herrn Professor Scriba, zusammen mit seiner Koordinierungsgruppe zu überprüfen, für welchen Sektor wichtige Anregungen fehlen, um zu entsprechenden Resultaten zu kommen.

Meine Damen und Herren, ich glaube, es ist uns allen ein Anliegen, dass wir im Hinblick auf entsprechende Konsequenzen sowohl für das Krankenhaus als auch für die Praxis Aussagen auf die Fragen bekommen: Wie ist der Status quo

für jeden Schwerpunkt, für jedes Fachgebiet? Wie sieht die Entwicklung unter Berücksichtigung des demographischen Faktors und der Entwicklung der einzelnen Krankheitsbilder aus? Muss die Weiterbildungsordnung nicht entsprechend geändert werden, um in Zukunft genügend Nachwuchs beispielsweise für diabetologische, für rheumatologische Krankheiten oder für die Demenzen, die ständig zunehmen, zu haben?

Warum haben wir der Versorgungsforschung zugestimmt? Doch nur deshalb, weil wir gesehen haben, wie notwendig es ist, dass von ärztlicher Seite aus sachliche Argumente in die politischen Entscheidungen einfließen. Deshalb meine Bitte – ähnlich wie Herr Kaplan es ausgeführt hat –, dass im Hinblick auf wichtige Fragen, die schon in zwei, drei oder fünf Jahren, spätestens in zehn Jahren von eminenter Bedeutung sind, entsprechende Experten und Fachgruppen hinzugezogen werden.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Stöckle. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. – Dann bitte ich Herrn Scriba um sein Schlusswort und um die Beantwortung der aufgeworfenen Fragen.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Herr Kaplan, zum IQWiG würde ich Sie am liebsten bitten, sich die Nr. 40 in der Tischvorlage anzuschauen. Dort ist klar – wenn auch diplomatisch – formuliert, dass unsere Arbeit dazu dienen soll, weniger gute Politikberatung zu ersetzen oder zu korrigieren. Ich glaube, mehr kann man zu diesem Thema nicht sagen.

(Beifall)

Das ist gemeint. Ich möchte berichten, dass auf dem von mir kurz erwähnten Symposium in Mainz eine ganze Reihe von Teilnehmern sich in dieser Zielrichtung durchaus einig waren. Es ist doch festzustellen, dass der wissenschaftliche Diskurs zur Richtigkeit der politischen Beratung in letzter Zeit an Bedeutung gewonnen hat.

Herr Stöckle, Sie haben gesagt, wir sollten Projekte anregen. Das ist natürlich möglich, aber immer nur in gewissen Bereichen. Normalerweise müssen die Projekte für vorgeschlagene Themen kommen. Trotzdem würde ich sagen, wir folgen Ihnen. In dem Flussschema sind unter dem Stichwort Makroebene der Politikberatung solche Fragen mit enthalten. Es ist also nicht so, dass wir in dieser Angelegenheit abstinent sein wollen. Aber das ist etwas anderes als die normale Arbeit, mit der wir es zu tun haben. Immerhin ist die Anregung angekommen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Scriba. Ich sage gelegentlich: Das IQWiG ist einfach von seiner Anlage her – damit will ich niemanden beleidigen, der dort arbeitet – eigentlich ein Institut, das „Institut für finanzierbare Qualität im System der gesetzlichen Krankenversicherung“ heißen müsste.

(Beifall)

Das wäre ganz ehrlich. „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ ist ein euphemistischer Begriff. Man merkt ja bereits jetzt an einigen Entscheidungen, dass die Bezahlbarkeit von gleicher Bedeutung ist wie die medizinische Bedeutung der entsprechenden Entscheidungen über Prozeduren, Medikamente und Techniken.

Wir kommen jetzt zum Antrag **VII-66** von Herrn Kaplan. Ich hoffe, dass Sie den Antrag alle auf dem Tisch liegen haben und ihn lesen konnten. Der Betreff lautet:

> *Nutzung von Synergien von IQWiG, Versorgungsforschung Bundesärztekammer und Deutschem Netzwerk für Versorgungsforschung*

Es ist ja gar nicht zu bestreiten, dass das etwas Positives werden kann.

Haben Sie alle den Antrag 66? Ich verlese ihn, auch wenn er nicht ganz kurz ist. Der Antragstext lautet:

> *Die vom letzten Deutschen Ärztetag beschlossene Investition der Bundesärztekammer in die Versorgungsforschung erfordert, dass die aus der Versorgungsforschung gewonnenen Erkenntnisse mit den Ergebnissen aus der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) abgeglichen werden. Der Deutsche Ärztetag fordert sowohl das IQWiG als auch die von der Bundesärztekammer beauftragten Projektgruppen auf, die aus randomisierten klinischen Studien gewonnenen Ergebnisse auf ihre Relevanz für eine bedarfsgerechte, dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Patientenversorgung zu überprüfen.*
>
> *Eine der wesentlichen Aufgaben der Versorgungsforschung stellt die Analyse der Versorgungsstrukturen, der*

Versorgungsqualität und der Versorgungsdichte dar. Ein wichtiges Kriterium ist hierbei die Feststellung von Versorgungsdefiziten.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen befasst sich mit dem aktuellen Stand von Diagnostik und Therapie und beurteilt die Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im Sinne einer bedarfsgerechten Patientenversorgung ist es notwendig, dass die vom IQWiG in randomisierten Studien überprüften und erstellten Versorgungsempfehlungen auf die im Rahmen der Versorgungsforschung festgestellten Versorgungsdefizite abgestimmt werden. Nur dadurch ist gewährleistet, dass Versorgungsforschung einerseits und Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie andererseits praxisgerecht im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung genutzt werden.

Die mündliche Begründung ist erfolgt. Ich frage Sie: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen**.

Damit haben wir das Teilthema der Versorgungsforschung im Rahmen des Tätigkeitsberichts nach dem Bericht, der Diskussion und der Verabschiedung eines Antrags abgehandelt. Ich bedanke mich noch einmal sehr herzlich bei Herrn Professor Scriba und beim Dezernat VI unter der Leitung von Dr. Schomburg, und wie ich sagen darf, ganz besonders bei Frau Berger für die geleistete Arbeit in diesem einen Jahr. Wir hoffen, dass es so positiv weitergeht und wir hier sozusagen eine Pilotfunktion im deutschen Gesundheitswesen erfüllen. Die Bundesärztekammer hat viele andere aufgeweckt, sich auch um dieses Thema zu kümmern. Das ist gar nicht schädlich. Wir haben hierbei eine wichtige Funktion.

Noch einmal herzlichen Dank an Herrn Scriba und alle anderen Beteiligten. Auf gute Weiterarbeit im kommenden Jahr bis zum nächsten Ärztetag!

(Beifall)

Damit kommen wir zum zweiten Teilthema unter Tagesordnungspunkt VII: Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen. Dazu habe ich ein kleines Einführungsreferat zu halten. Ich bin mit der Frage konfrontiert worden, ob wir als Ärztinnen und Ärzte Patienten, die keine individuellen Gesundheitsleistungen empfangen, sondern sich in der normalen Versorgung befinden, nicht als Individuen betrachten und damit gegenüber denjenigen, die individuelle Gesundheitsleistungen empfangen, negativ erscheinen lassen. Ich habe darauf geantwortet, dass das eine Verkürzung ist, dass es statt „individuelle Gesund-

heitsleistungen“ eigentlich „individuellvertragliche Gesundheitsleistungen“ im Gegensatz zu kollektivvertraglichen Gesundheitsleistungen wie im System der GKV heißen muss. Ich würde mich freuen, wenn sich dieser Ausdruck durchsetzte. Man muss das nicht immer so formulieren, man kann ja „IGeL“ sagen. Aber dabei ist gemeint, dass individuelle Verträge mit den Patientinnen und Patienten geschlossen werden, die natürlich auch ansonsten geschlossen werden, aber dann auf dem Boden eines Kollektivvertrags, während hier wirklich ein individueller Vertrag vorliegt. So sehen es auch die Juristen.

Wie ich weiß, haben einige Kammern schon früh Hinweise für den Umgang mit diesen individuellen Gesundheitsleistungen verfasst und Flyer produziert. Ich will keine Namen nennen, weil ich niemanden vergessen möchte.

Dieses Thema war ab 2002 umstritten, weil manche inhaltlichen Leistungen umstritten waren. Es wurde behauptet, es würden Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen angeboten, die in Wirklichkeit unter die Erstattungspflicht der GKV fallen, und dass damit Missbrauch getrieben werde. Ferner wurde behauptet, der Umgang unserer Kolleginnen und Kollegen, die individuelle Gesundheitsleistungen vorhalten, mit ihren Patientinnen und Patienten sei nicht immer ganz korrekt. In der Kammer Nordrhein ist als häufigster Fall registriert worden, dass sich vor allen Dingen Patientinnen darüber beschweren, dass ihnen in der Praxis bereits am Empfang gesagt wurde: Wenn Sie nicht dieser oder jener individuellen Gesundheitsleistung, die Sie selbst bezahlen müssen, zustimmen, brauchen Sie gar nicht erst in das Ordinationszimmer des Arztes zu gehen, denn dann ist er nicht bereit, Ihre Behandlung oder Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Das wurde also von der Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung abhängig gemacht.

Das geht natürlich nicht, denn die Inanspruchnahme von Ärzten durch Patientinnen und Patienten muss auch ohne die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen prinzipiell gewährleistet sein. Dabei ist klar, dass beide Partner – sowohl Patient als auch Arzt – die Freiheit haben, den individuellen Behandlungsvertrag einzugehen oder auch nicht. Man muss immer wieder darauf hinweisen: Außer in Notfällen sind Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet, Behandlungsverträge einzugehen. Aber das zu konditionieren und von Bar-Transferleistungen abhängig zu machen, geht zu weit. Es gab Beschwerden von Patienten und Krankenkassen, diese Thematik werde überdehnt. Es gab einige nicht unerhebliche Medienauseinandersetzungen. Auch die Politik und hier nicht zuletzt die Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat sich zu diesem Thema geäußert. Das kann man ja alles noch hinnehmen, aber wenn man in den Kammern überprüft, was wahr ist und was nicht, muss man feststellen, dass manche der getroffenen Feststellungen zu weit gehen.

Wie Ihnen sicher bekannt ist, hat es zu diesem Thema auch Literatur gegeben. Im Deutschen Ärzte-Verlag ist ein Buch mit Beiträgen verschiedener Autoren

erschienen, herausgegeben von Frau Renate Hess und Frau Dr. Regina Klakow-Franck von der Bundesärztekammer. Es haben sehr viele andere an diesem Buch mitgewirkt. Es ist im Frühjahr 2005 erschienen.

Wir konnten schon davor die Entwicklung beobachten, dass langsam, aber sicher das Angebot und die Empfehlung von individuellvertraglichen Gesundheitsleistungen gegenüber Patientinnen und Patienten und deren Ausführung ein bisschen – verkürzt gesagt, damit es absolut klar ist – in die Schmuddelecke gebracht wurden. Das hat uns auf den Plan gerufen, in der Bundesärztekammer zu sagen: Wir müssen uns um dieses Thema kümmern.

Wir haben im Jahre 2004 vor dem 108. Deutschen Ärztetag eine Arbeitsgruppe zur Vorbereitung eines Diskussionspapiers für den vorjährigen Berliner Ärztetag eingesetzt. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind Herr Professor Raspe, ein Medizinsoziologe, Frau Dr. Machnik, Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Potthoff, ein Gynäkologe aus Königswinter, der lange Zeit im Vorstand der KV Nordrhein und auch lange im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein war und sich mit diesem Thema besonders intensiv beschäftigt hat. Von juristischer Seite waren aus den Landesärztekammern Frau Hirthammer aus Nordrhein und Herr Dr. Schiller von der Bayerischen Landesärztekammer vertreten, der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Herr Professor Fuchs, Frau Dr. Klakow-Franck, die eben genannte Mitherausgeberin des Buches, und Frau Rechtsanwältin Wollersheim aus der gemeinsamen Rechtsabteilung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer. Ich selbst hatte den Vorsitz dieser Arbeitsgruppe. Wir haben bis zum vorjährigen Ärztetag in Berlin sechsmal getagt und ein Papier verfasst, das sehr umfangreich ist, das wir diesem Ärztetag mit der Bitte ausgehändigt haben, es nicht auf dem Berliner Ärztetag zu diskutieren und etwa zu verabschieden, sondern dieses Papier nur mit nach Hause zu nehmen, es innerhalb der Kammern zu ventilieren und zu diskutieren und sich Gedanken über eine Weiterentwicklung zu machen.

Diese Beratungen auf dem Ärztetag und die anschließenden Beratungen haben dazu geführt, dass weitere Versionen erstellt wurden. Im Juli 2005 haben wir das weiterentwickelte Papier an alle 17 Landesärztekammern mit der Bitte um Stellungnahme versandt. Zwischen August und November 2005 haben neun Landesärztekammern zu diesem Papier Stellung genommen, und zwar Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Die Arbeitsgruppe hat am 22. November 2005 in unveränderter Zusammensetzung die eingetroffenen Stellungnahmen beraten, eingearbeitet und die nächste Version verfasst. Einige Tage später, am 25. November 2005, haben wir alle wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände auf dem Boden der Beratungen dieser Arbeitsgruppe angeschrieben mit der Bitte, aus ihrer Sicht bis

zu drei typische fachlich begründete individuelle Gesundheitsleistungen zu benennen. Bisher sind vier Antworten eingetroffen. Das ist meines Erachtens nicht zu beklagen, weil die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Berufsverbände offensichtlich nicht wollten, dass sich die Vorstände allein oder vielleicht nur einzelne Personen mit diesem Thema beschäftigen und Antworten geben. Man wollte vielleicht auch Abstimmungen zwischen der wissenschaftlichen Gesellschaft und dem Berufsverband der jeweiligen Fachgesellschaft durchführen. Wir rechnen damit, dass noch weitere Antworten eintreffen werden. Die vier Berufsverbände, die geantwortet haben, sind die Berufsverbände der Hals-Nasen-Ohrenärzte, der Gynäkologen, der Augenärzte und der Dermatologen. Die Frauenärzte haben eine Benennung von bis zu drei individuellen Gesundheitsleistungen abgelehnt, weil ihr Katalog viel größer sei. Sie wollten die Intention, bis zu drei individuelle Gesundheitsleistungen zu benennen, nicht akzeptieren. Wir wussten natürlich auch, dass der Katalog viel größer ist. Aber wir wollten gern wissen, welches die drei wichtigsten individuellen Gesundheitsleistungen sind, um zu erkennen, was eine typische individuelle Gesundheitsleistung ist und was möglicherweise umstritten ist. Hier müssen wir halt noch weiter miteinander reden.

Die anderen Angeschriebenen und Antwortenden haben jeweils drei Leistungen benannt. Die anderen Organisationen haben auch Stellung genommen, beispielsweise die Dermatologen und die Gynäkologen.

Weil das Prozedere noch nicht abgeschlossen ist und dieses Papier, das wir weiterentwickelt haben und das eine Liste der drei wichtigsten Leistungen, die wir als Bundesärztekammer gegengecheckt haben, enthalten soll, noch nicht fertig gestellt sein kann, wir andererseits versprochen haben, dass wir hier auf diesem Ärztetag das Thema etwas intensiver vortragen und Ihnen zur Beratung überantworten wollten, haben wir uns gedacht: Wir arbeiten an dem Papier weiter. In diesem Papier stehen zehn Punkte, die einen Kodex darstellen könnten. Diese zehn Punkte sind in dem Ihnen vorgelegten Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer enthalten. Es gibt in diesem Antrag einen beschreibenden Teil und einen Zehn-Punkte-Teil, der Ratschläge für den Umgang mit individuellvertraglichen Gesundheitsleistungen enthält. Diesen Vorstandsantrag finden Sie auf Drucksache VII-1. Er umfasst vier Seiten. Es sind mittlerweile einige Zusatzanträge eingegangen, die darauf abzielen, die Inhalte dieses Papiers zu verändern, zum Teil gravierend zu verändern. Ich nehme an, dass uns dieses Thema etwas länger beschäftigen wird. Die Anträge sind von hoher Intensität. Das Vorstandspapier bekäme einen anderen Charakter, wenn alle Anträge so, wie sie vorgelegt worden sind, akzeptiert würden. Darüber sollten wir jetzt diskutieren. Ich möchte hier gar keine Vorschriften machen.

Ich ziehe mich jetzt wieder auf die Rolle des Moderators zurück und bin gespannt, wie die weitere Diskussion abläuft. Ich hoffe, dass ich ausreichend in die Vorgeschichte und die Begründung des heutigen Papiers eingeführt habe.

Wir beginnen jetzt mit der Aussprache. Als erster Redner hat sich Herr Dr. Rütz von der Ärztekammer Nordrhein auf die Rednerliste setzen lassen. Bitte schön, Herr Dr. Rütz.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Man muss ja sagen: Endlich hat dieses Thema auch den Ärztetag erreicht, nachdem es schon so viele Jahre in der Diskussion war, wie Herr Professor Hoppe Ihnen dargestellt hat. Dieses Papier ist sicherlich ein erster und wichtiger Schritt, diese Wirrungen und Irrungen, die mittlerweile in der IGeL-Szene um sich gegriffen haben, wieder einzufangen.

Die Zeit ist allerdings über den Begriff „IGeL“ hinweggegangen. Wir haben eben gehört, dass „individuellvertragliche Vereinbarungen“ ein besserer Begriff wäre als „individuelle Gesundheitsleistungen“. Ich denke, an der Begrifflichkeit sollten wir noch etwas feilen. Nach Auffassung der Antragsteller des Änderungsantrags sind die IGeL-Leistungen eigentlich der Ausdruck einer souveränen Arzt-Patient-Beziehung im Gegensatz zur teilentmündigten Arzt-Patient-Beziehung im Bereich der GKV. Ich komme gleich noch auf den Begriff der souveränen Arzt-Patient-Beziehung zurück.

Ich möchte Ihnen zuvor an einem plastischen Beispiel zu verdeutlichen versuchen, was man unter IGeL-Leistungen versteht. Ich möchte Sie an ein Urteil des Bonner Landgerichts erinnern, das schon etliche Jahre alt ist, das aber damals maßgebliche Standesvertreter dazu gebracht hat, über dieses Thema intensiv nachzudenken, insbesondere auch was die Abgrenzung von Leistungen oder Nichtleistungen der GKV angeht. Die PSA-Bestimmung ist ohne Zweifel eine Leistung, die von der GKV bezahlt wird. Die Bestimmung der PSA ist zweifellos keine Vorsorgeleistung. Sie wird erst dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sich ein suspekter rektaldigitaler Tastbefund ergibt. Jetzt zu dem vor dem Bonner Landgericht verhandelten Fall. Es geht um einen Urologen, den ich persönlich kenne. Ein Patient, GKV-versichert, erschien zur Vorsorgeuntersuchung. Er wurde nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht. Es wurde kein suspekter Tastbefund erhoben. Daraufhin wurde auch keine Bestimmung des PSA veranlasst. Der Urologe sagte dem Patienten: Es ist alles in Ordnung, Sie können wieder nach Hause gehen.

Zwei Jahre später meldete sich dieser Patient wieder bei dem Urologen – ob persönlich oder in Person seines Anwalts, weiß ich nicht –, weil in der Zwischenzeit bei dem Patienten ein metastasierendes Prostatakarzinom festgestellt worden war. Dieser Patient hat den Kollegen verklagt. Er warf ihm man-

gelnde Sorgfaltspflicht vor. Das Verfahren wurde vor dem Bonner Landgericht verhandelt.

In der Verhandlung fragte der Richter den behandelnden Urologen, was er denn gemacht habe. Der Kollege hat den Fall geschildert: Ich habe die Vorsorgeuntersuchung durchgeführt, so wie es nach den Buchstaben des SGB V erforderlich ist, habe den Tastbefund als nicht suspekt befundet und habe auch keine PSA-Bestimmung durchgeführt.

Der Richter fragte: Ist das denn der Stand der medizinischen Wissenschaft Ihrer Fachgesellschaft? Woraufhin der Urologe wahrheitsgemäß antwortete: Nein, der wissenschaftliche Stand ist, dass man auch bei nicht suspektem Tastbefund, aber bei der Fragestellung Vorsorgeuntersuchung die Bestimmung einer PSA durchführen sollte. Auf die Frage des Richters, warum er es nicht gemacht habe, sagte der Kollege: Das ist ein GKV-Patient, da wird das nicht honoriert.

Dann stellte der Richter fest: Auch wenn im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung die Bestimmung des PSA keine Vorsorgeleistung ist, hätten Sie zumindest den Patienten darauf hinweisen müssen, dass dies nicht mehr dem Stand der Wissenschaft entspricht, damit der Patient hätte entscheiden können, ob die Untersuchung durchgeführt werden sollte oder nicht. Dann hätte der Patient unter dem Ergebnis zu leiden gehabt oder auch nicht.

Dieser Kollege ist verurteilt worden. Hier herrscht ein ganz schwieriges Spannungsfeld zwischen informierten Patienten, den medizinischen Möglichkeiten, die wir mittlerweile haben, und unserem Praxisalltag. Dieses Spannungsverhältnis durchzieht auch die Änderungsanträge, die wir zu diesem, wie Herr Hoppe es genannt hat, Kodex gestellt haben. Darauf möchte ich vor dem Hintergrund der eben geschilderten Überlegungen kurz eingehen.

Im Vorstandsantrag heißt es auf Seite 3 unter Nr. 2 „Zulässige Leistungen“:

> *Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss sich beziehen auf Leistungen, die entweder erforderlich oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert … sind.*

Wir sind der Meinung, man sollte den Begriff „erforderlich“ durch den Begriff „notwendig“ ersetzen. Das ist zwar sprachlich und auch juristisch dasselbe, aber es ist GKV-Jargon. Wir empfehlen, diese Änderung vorzunehmen, damit klar wird, dass die gesetzliche Krankenversicherung kein Monopol auf die Durchführung notwendiger medizinischer Leistungen hat.

Ferner heißt es unter derselben Nummer:

> *Es darf sich nicht um gewerbliche Dienstleistungen handeln.*

Ich glaube, anhand des geschilderten Beispiels, was individuelle Gesundheitsleistungen sein können oder sein sollen, ist klar, dass es sich auf keinen Fall um gewerbliche Leistungen handelt. Auf die steuerlichen Aspekte möchte ich überhaupt nicht eingehen.

Eine weitere Änderung schlagen wir in Nr. 5 „Aufklärung“ vor. Die Kollegen, die aus dem Praxisalltag kommen, wissen, wie es dort zugeht. Es sollte auf jeden Fall nicht dazu kommen, dass die Aufklärung eines Patienten bei der Durchführung einer individuellvertraglichen Gesundheitsleistung zu einer Doktorarbeit wird, weder für den Arzt noch für den Patienten. Es kann nicht sein, dass die Aufklärung mit seitenlangen Broschüren oder langen Gesprächen die sinnvolle Ergänzung der medizinischen Untersuchung und Behandlung verhindert, weil der Patient sagt: Das verstehe ich sowieso nicht. Deshalb wollen wir die Formulierung

> *Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind …*

entfernt haben. Die Aufklärung würde ja schon damit beginnen, dass ich dem Patienten erklären muss, was der Gemeinsame Bundesausschuss ist. Ich finde, es ist nicht erforderlich, dass wir ausdrücklich begründen müssen, warum der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmte Leistungen nicht in die GKV übernommen hat. Manchmal sind es ja auch Gründe, die man gar nicht so richtig nachvollziehen kann.

Der folgende Text

> *oder die aus ärztlicher Sicht nicht als empfehlenswert oder sinnvoll zu betrachten sind*

sollte ebenfalls gestrichen werden. Das gehört nicht dorthin. Wir sollten niemanden auf die Idee bringen, dass wir überhaupt Sinnloses oder ärztlich nicht Vertretbares empfehlen.

Damit komme ich zur Nr. 6 „Angemessene Informations- und Bedenkzeit“. Ich bin sehr dafür, dass sich die Patienten eine zweite Meinung einholen. Das gehört heute zum informierten Patienten dazu. Ich bin sehr dafür, dass das im Antragstext stehen bleibt. Es heißt in Nr. 6 auch:

> *Ebenfalls sollten sie darüber informiert werden, dass sie leistungsrechtliche Fragen ggf. mit ihrer Krankenkasse oder mit Dritten klären können.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich finde, das gehört dort überhaupt nicht hin.

(Beifall)

In diesem Zusammenhang komme ich auf die Frage zurück, was ich unter einer souveränen Arzt-Patient-Beziehung verstehe. Es geht doch nicht an, dass ein Patient, der sich uninformiert fühlt, zu Mami und Papi läuft und sagt: Erkläre mir das mal! Es ist richtig, dass sich der Patient informiert. Das geschieht heutzutage sehr viel intensiver als früher, insbesondere auch bei jüngeren Jahrgängen.

Wesentlich ist auch, dass er sich den Arzt seines Vertrauens aussucht, den er mit seinem Anliegen aufsucht. Schließlich entscheidet der Patient nach Abschluss der Untersuchung oder der Behandlung, ob das Vertrauen in den Arzt gerechtfertigt war, was die Indikationsstellung, die Durchführung und auch die Honorierung angeht. Ich finde, das gehört zu einer souveränen Arzt-Patient-Beziehung. Der Ausgangspunkt aller Überlegungen ist: Das ist die Grundlage für marktwirtschaftliche Strukturen im Gesundheitswesen, über die man redet, nicht abzocken, abkassieren.

Um die Ausführungen von Herrn Professor Hoppe in seinem Referat während der Eröffnungsveranstaltung zu wiederholen: souveräne Arzt-Patient-Beziehung, der Patient ist informiert, er sucht sich den Arzt seines Vertrauens aus und beurteilt dessen Tätigkeit auch anhand seiner Rechnung.

Unter Nr. 6 heißt es weiter:

> *In jedem Falle muss vor Abschluss des Behandlungsvertrages eine der Leistung angemessene Bedenkzeit gewährt werden.*

Wir schlagen vor, die Worte „in jedem Falle“ zu streichen und es dabei zu belassen, dass dem Patienten eine angemessene Bedenkzeit gewährt werden muss. Es gibt ja Leistungen, die kaum das Portemonnaie des Patienten überfordern. Es gibt sicherlich auch Leistungen oder Therapien, die angemessen und teurer sind. Da sollte die Bedenkzeit durchaus länger sein. Die Formulierung „in jedem Falle“ ist, glaube ich, für den Alltag ein bisschen überzogen.

Nr. 7 „Schriftlicher Behandlungsvertrag“ ist okay.

Damit bin ich bei Nr. 8 „Koppelung mit sonstigen Behandlungen“. Ich weiß, dass es Änderungsanträge gibt, das zu streichen. Dagegen hätte ich nichts. Auf jeden Fall sind wir dagegen, dass formuliert wird:

> *Von Ausnahmen abgesehen sollten individuelle Gesundheitsleistungen nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zulasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.*

Das ist im Grunde genommen richtig, aber die Wirklichkeit ist doch eine andere. Der Patient sucht doch nicht mehrfach die Praxis auf, um die eine individuelle Gesundheitsleistung und dann die GKV-Leistung und wieder eine IGeL-Leistung und dann die GKV-Leistung in Anspruch zu nehmen, sondern das geschieht doch in aller Regel in einem einzigen Vorgang, indem der Arzt sagt: Wir haben noch die Möglichkeit, Ihnen folgende Ergänzungen zu dem, was Sie eigentlich möchten, anzubieten.

Von daher schlage ich vor, dass Sie entweder die Änderung, die wir Ihnen vorschlagen, akzeptieren, nämlich

> *Individuelle Gesundheitsleistungen sollten möglichst nicht mit Behandlungsmaßnahmen zulasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden*

oder dem Antrag zustimmen, diesen Passus zu streichen.

Die Einhaltung der Gebietsgrenzen war in der letzten Stunde ebenfalls ein Diskussionsgegenstand unter den Delegierten. Natürlich sollten sich die Kollegen an die Grenzen des Fachgebiets halten, obwohl es nicht zwingend erforderlich ist. Wir halten es schon für vernünftig, dass der Schuster bei seinem Leisten bleibt und nicht der Hals-Nasen-Ohrenarzt anfängt, unterhalb der Gürtellinie Leistungen durchzuführen – vielleicht auch umgekehrt.

Nr. 9 trägt die Überschrift „Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualitätsstandards“. Herr Josten, der dem einen oder anderen von Ihnen bekannt ist, kam mit geschwollenem Hals auf mich zu und sagte: Was soll das denn? Wie kommen wir dazu, plötzlich von Standards zu sprechen? Unser Vorschlag lautet, dass es heißt: „Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität“.

Der letzte Satz von Nr. 9 lautet:

> *Qualitätsanforderungen der GKV sind zu beachten, wenn sie zugleich dem medizinischen Standard entsprechen.*

Ich frage mich: Wenn sie es nicht tun, was machen wir denn dann? Ich schlage vor, diesen Satz zu streichen.

Damit bin ich mit der Begründung unserer Änderungsanträge zu Ende und hoffe, dass wir zur Verabschiedung eines Papiers kommen und dass viele unserer Änderungsanträge von Ihnen akzeptiert werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt hat sich Herr Mayer zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dr. Mayer, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn ich es recht in Erinnerung habe, ist als Sitzungsende für heute etwa 17.45 Uhr vorgesehen. Es liegen über 70 Anträge vor. Wenn wir nicht wollen, dass die Mehrzahl dieser Anträge an den Vorstand überwiesen wird, müssen wir mit der Redezeit ökonomisch umgehen. Deswegen stelle ich den Geschäftsordnungsantrag, die Redezeit auf drei Minuten zu begrenzen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Wir müssen nicht heute fertig werden, wir können auch morgen weitermachen. Das ist nicht das Problem. Allerdings sollten wir für heute die Sitzung um 17.45 Uhr beenden. Wenn wir nicht fertig sind, können wir morgen in aller Ruhe fortfahren. Der Saal ist sogar bis Samstag angemietet. Das Handballspiel zwischen Magdeburg und THW Kiel ist von Samstag 15 Uhr auf Samstag 20 Uhr verlegt worden, damit wir uns mit dem Auszug aus diesem Hause nicht hetzen müssen. So weit geht das sogar.

Das möchte ich sagen, damit kein Missverständnis entsteht. Als vorhin alles so schnell voranschritt, war das meine Vermutung. Aber jetzt ist es ein sehr kompliziertes Thema geworden, was ich gut verstehen kann.

Der nächste Redner ist Herr Handrock aus Berlin. Bitte schön.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich bin sehr dankbar für die Ausführungen meines Vorredners. Wir haben unabhängig voneinander Änderungsanträge gestellt. Viele meiner Änderungswünsche finden sich bereits in dem Antrag des Kollegen Rütz.

Es gibt im Grunde nur zwei Additiva. Es gibt eine Differenz in der Auffassung über eine Formulierung hinsichtlich zulässiger Leistungen. Da bin ich der Meinung, dass die Begrifflichkeit „erforderlich“ oder „nützlich“ hinderlich sein könnte, wenn es darum geht, die Abgrenzung zur GKV vorzunehmen. Deswegen

habe ich vorgeschlagen, diese Formulierung vollständig zu streichen, sodass letztendlich nur „empfehlenswert“, „sinnvoll“ und „vertretbar“ übrig bleibt.

Die Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualitätsstandards ist an sich in unserer Berufsordnung schon geregelt. Ich frage mich, inwieweit das in dieses Positionspapier zu ärztlichen Zusatzleistungen – ich glaube, diese Formulierung ist besser – hineingehört. Ich denke, es ist ausreichend, wenn wir den Passus Nr. 9 vollständig streichen.

Aus Zeitgründen beschränke ich mich auf diese Ausführungen und bitte um Zustimmung zu meinen Anträgen.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Handrock. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Clever aus Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte Änderungsanträge zu diesem Kodex formulieren. Ich finde es grundsätzlich wichtig, dass wir vom Ärztetag aus diesen Kodex heute nicht nur behandeln, sondern im Wesentlichen positiv abstimmen. Der Herr Präsident hat die Vorarbeiten bereits genannt.

An einzelnen Stellen sollten wir allerdings Veränderungen vornehmen. Ich möchte es bei zwei Punkten belassen. Im Vorstandsantrag sollte auf Seite 2 der letzte Satz des zweiten Abschnitts gestrichen werden. So, wie es jetzt dort steht, führt es nicht zur Klärung. Wenn wir die Worte „ohne Indikation“ durch die Worte „auf Wunsch des Patienten“ ersetzen, ist eine größere Klarheit gegeben.

Meiner Meinung nach deckt sich Nr. 4 auf Seite 3 des Vorstandsantrags mit Nr. 1. Wir könnten Nr. 4 also einfach streichen und die Überschrift „Seriöse Beratung“ der Überschrift zu Nr. 1 hinzufügen, sodass sie lautet: „Sachliche Information und seriöse Beratung“.

Ich halte Nr. 8 „Koppelung mit sonstigen Behandlungen“ nicht nur für überflüssig, sondern sogar für falsch, weil es oft so ist, dass wir IGeL-Leistungen und normale GKV-Leistungen, wenn ich das einmal so sagen darf, nicht voneinander trennen können. Ich nenne folgendes Beispiel: Die Toxoplasmose-Blutabnahme bei einer Schwangeren kann man nicht separieren. Da müsste die Schwangere zu den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen noch einmal einbestellt werden. Das ist eindeutig eine IGeL-Leistung. Hier hat es auch noch nie Anfeindungen gegeben. Ich meine also, Nr. 8 kann gestrichen werden, ohne dass damit der Gesamtkodex verwässert wird.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Wenn ich hinzufügen darf: Dort steht ja, dass Ausnahmen durchaus denkbar sind. Was damit intendiert ist, ist zum einen die Bedenkzeit und zum anderen die Koppelung. Die konditionale Koppelung soll nicht vorkommen.

Das Wort hat jetzt Frau Professor Braun aus Berlin. Bitte schön.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas Allgemeines sagen. Das fällt mir nach meinen Vorrednern etwas leicht. Ich bin in großer Sorge über die Entwicklung unseres Berufsstands im Zusammenhang mit der Entwicklung und Verbreitung der IGeLeien. Als Hausärzte bekommen wir häufig das Feedback unserer Patienten über die verschiedentlichsten Handlungsweisen unserer Kollegen mit. Eine Patientin meinte kürzlich, dass sie bei einem Facharzt das Gefühl hatte, als befände sie sich in einer Werbeveranstaltung.

Wie können wir uns auf der einen Seite zur Qualitätssicherung und zur evidenzbasierten Medizin bekennen, wenn wir auf der anderen Seite von unseren Patienten Geld für Bachblütentherapie und Magnetfeldbehandlung verlangen? Einige Tätigkeiten gibt es bestimmt, ohne Zweifel, aber seien wir bitte streng und im besten Sinne ärztlich. Fragen wir uns, ob wir selbst für die jeweilige Diagnostik und Therapie Geld zu bezahlen bereit wären.

Die größte Schwierigkeit besteht meines Erachtens darin, meine Damen und Herren, dass wir eine Zwei- und Dreiklassenmedizin befördern, bei der Patienten schneller Termine bekommen und ebenso wie Privatpatienten hofiert werden, wenn sie zu IGeL-Zahlern werden. Ich bin der festen Überzeugung, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass IGeLn auf die Dauer und im größeren Umfang die ärztliche Haltung schwerwiegend ungünstig beeinflusst.

(Beifall)

So wichtige ärztliche Eigenschaften wie Barmherzigkeit, Demut und auch das immerwährende Fragen nach dem Sinn und der Richtigkeit des täglichen Tuns könnten weniger wichtig werden. Dass letztendlich die finanziellen Schwierigkeiten, in die wir durch die Veränderungen im Gesundheitswesen gekommen sind, einen Teil von uns zum IGeLn bewegen, nehme ich den Politikern natürlich am meisten übel. Dennoch: Behalten wir unseren Berufsstand im Auge! Wir sind Ärzte und keine Kaufleute; unsere Patienten sind Patienten und keine

Kunden. Denken wir auch und vor allem an die kommenden Ärztegenerationen. Wir sind mitverantwortlich dafür, dass die jungen Kollegen lernen, wissenschaftlich begründete Diagnostik und Therapie konsequent durchzuführen. Seien wir in diesem Sinne Vorbilder und – das verspreche ich Ihnen – Sie werden weiter Freude an Ihrem Beruf behalten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Professor Braun. – Als nächster Redner Herr Kollege Hoffert, ebenfalls aus Berlin. Bitte schön.

Dr. Hoffert, Berlin: Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich darf an das anknüpfen, was meine Vorrednerin gesagt hat. Es bleibt auch nach der Klarstellung der Bundesärztekammer der schale Beigeschmack, dass IGeLn nicht der Versorgung der Patienten, sondern der Versorgung der Ärzte dient.

(Beifall)

Unsere Berufsordnung gebietet aber, alle Patienten unabhängig von ihrer sozialen Stellung zu behandeln. Wenn also IGeL-Leistungen aus unserer ärztlichen Sicht erforderlich sind, dann müssen sie auch denen zukommen, die das nicht bezahlen können. Sie müssen also IGeL-Leistungen auch bei denen durchführen, die nicht das Geld dafür haben.

Konkret: Wenn Sie meinen, dass die Glaukomvorsorge erforderlich ist, dann müssen Sie diese allen Patienten zukommen lassen.

Ich darf Ihnen sagen: Hausärzte IGeLn in der Regel nicht. Ich halte das für berufsunwürdig.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Hoffert. – Als nächster Redner Herr Kollege Merz aus dem Saarland. Bitte schön.

Dr. Merz, Saarland: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Auch ich habe die Bedenken der Vorredner. Aber der Zug rollt. Ich denke, hier gilt es, einen

Fahrplan aufzustellen. Allem, was von den Vorrednern ausgeführt wurde, kann ich mich anschließen.

Ich spreche zu meinem Antrag 1 e. Es geht um die Aufzählung der IGeL-Leistungen. Im letzten Abschnitt auf Seite 1 sollte unter Punkt 2 nach den Worten „außerhalb des GKV-Systems“ ergänzt werden:

auch solche, die noch nicht von der GKV anerkannt sind

Ferner bitte ich in meinem Antrag um eine Ergänzung im ersten Satz des Abschnitts II auf Seite 2. Es gibt eben auch Verfahren, die noch nicht genehmigt sind. Wenn wir die Chance haben, einen Fahrplan zu erstellen, sollte man eine akribische Darstellung vornehmen. Deswegen mein Antrag, das noch hinzuzufügen. Das ist sicherlich nicht allzu viel und verändert auch die Gesamtrichtung nicht.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Merz. – Als nächster Redner Herr König aus Hessen. Bitte schön.

Dr. König, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist keine Glaubensfrage, IGeL-Leistungen zu erbringen. So wurde es vorhin aber dargestellt. Im Fachgebiet der Gynäkologie ist es zwingend erforderlich, IGeL-Leistungen zu erbringen. Ich denke da an die Nackentransparenzmessung. Wenn sie nicht angeboten und nicht durchgeführt wird, hat dies juristische Folgen. Wir sparen damit Amniozentesen ein und weitere pränatale Diagnostik. Es gibt einen ganzen Katalog von IGeL-Leistungen, die wir anbieten müssen. Ich denke an die Schwangerschaft und an den OGTT, den wir seit Jahren für die Mutterschaftsrichtlinien fordern, bisher allerdings ohne Erfolg. 6 bis 8 Prozent der Schwangeren bekommen einen Gestationsdiabetes. Nur 10 Prozent der Gestationsdiabetiker haben einen positiven Urinzucker, der dort als Test für die Schwangerschaft gilt. Wir bringen also die bessere Leistung, wir bieten der Patientin das an. Das müssen wir auch tun.

Herr Präsident, wir haben unsere Hausaufgaben gemacht. Wir haben Ihnen das dezidiert mitgeteilt. Wir haben uns nur geweigert, drei Leistungen explizit herauszustellen. Sie wissen, wie gefährlich es ist, wenn etwas Schriftliches existiert, weil dies dann als Maßstab genommen wird. Wir haben einen Riesenkatalog.

Es sind keine Leistungen, die nicht qualitätsgesichert sind. Für die Nackentransparenzmessung müssen die Kollegen alljährlich eine Qualitätssicherung

durchführen. Wir werden überprüft und führen Selbstüberprüfungen durch. Anderenfalls bekommen wir keine Genehmigung mehr, unsere Daten zum Labor zu schicken und dort auswerten zu lassen.

Wir wenden uns gegen die Koppelung mit den sonstigen Behandlungen. Der Kollege Clever hat es vorhin schon gesagt: Die Patientin, die zur Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung kommt, schicke ich doch nicht weg und sage: Kommen Sie morgen wieder, dann machen wir die zweite Blutuntersuchung. Wenn ich die Spirale im Rahmen der Kontrazeption kontrolliere und den Ultraschall mache, ist bei diesem Ultraschall auch nicht zu verlangen, dass die Patientin am nächsten Tag oder eine Woche später erneut kommt. Das wird gleich mit durchgeführt.

Wir fordern also, diese Koppelung mit den sonstigen Behandlungen anders zu formulieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das wird Ihnen niemand verwehren. Das ist einfach logisch und normal. Alles andere wäre ja eine Beschädigung des Patienten bzw. der Patientin. Ich glaube, dagegen hat niemand etwas.

Ich sage ganz offen: Die Gynäkologie und Geburtshilfe ist ein Fach, das sich mittlerweile so entwickelt hat, dass man sogar sagen würde: bis zu drei in der Gynäkologie und bis zu drei in der Geburtshilfe bzw. in der Schwangerschaftsvorsorge. Das wäre ein Angebot, über das Sie nachdenken könnten. Es geht nur darum, die Qualität dieser Leistungen sozusagen als Exempel darzustellen. Das ist ja kein abschließender Katalog; das weiß jeder. Wäre dies der Fall, bewegten wir uns in ganz anderen Dimensionen. Auch das ist mir bekannt. Ich kenne aber auch Fächer, in denen es nur eine IGeL-Leistung gibt. Deswegen meine ich, dass dieser Weg, den wir konsentiert hatten, doch ein vernünftiger ist.

Als nächster Redner Herr Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt den Antrag 28 mit dem Ruf nach Positivleistungen. In diesem Antrag 28 steht als Begründung – ich darf zitieren –:

Die Ärzte kommen vermehrt in Erklärungsnotstand gegenüber den Patienten über die Notwendigkeit der Individuellen Gesundheitsleistungen …

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie mit IGeL-Leistungen in Erklärungsnotstand geraten, dann rufen Sie bitte nicht nach der Bundesärztekammer, sondern dann lassen Sie diese IGeL-Leistungen sein.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bolay. – Jetzt bitte Frau Dr. Borelli aus Bayern.

Dr. Borelli, Bayern: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich wollte hier eigentlich gar nicht eine Grundsatzrede halten, ob IGeL-Leistungen gut oder schlecht sind. Aber ein wenig fühle ich mich doch dazu berufen, nachdem Frau Professor Braun so betont hat, welche hehren Ziele unser ärztlicher Berufsstand hat, als wollten wir alle Mutter Teresa werden. Ich glaube, das ist zumindest bei einem Teil der Ärzte nicht der Fall. Ich denke, das ist auch in Ordnung so. Wir sind Ärzte, die Praxen und die Kliniken müssen funktionieren, wir wollen unseren Patienten eine optimale Versorgung gewährleisten. Aber es gibt Leistungen, die einfach nicht Inhalt des GKV-Leistungskatalogs sind. Es dauert eine gewisse Zeit, bis die Beurteilung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt ist. In dieser Zeit kann man es den Patienten eigentlich nicht anders anbieten denn als IGeL-Leistung.

Es gibt eben, wie das in dem Vorstandsantrag sehr gut formuliert ist, Leistungen, die wir den Patienten anbieten können, die nicht bezahlt werden und trotzdem sinnvoll sind. Es gibt äußerst empfehlenswerte Leistungen, die außerhalb des GKV-Systems sind. Es gibt initiativ vom Patienten gewünschte Leistungen, die wir für ärztlich vertretbar halten. Es ist im Vorstandsantrag wirklich gut formuliert, um was es sich bei den IGeL-Leistungen handelt. Das sollte nicht alles in die Schmuddelecke zurückgedrängt werden: IGeLn ist böse und bäh! Das stimmt nicht.

(Beifall)

Ich finde, in einer Zeit wie der heutigen, da das Aussehen des Menschen eine große Rolle spielt, woran nicht die Ärzte schuld sind, sondern beispielsweise das Fernsehen, ist es völlig verständlich, dass Patientinnen und Patienten ihr Aussehen verbessern wollen. Dafür gibt es Botox- und Laserbehandlungen und

vieles andere mehr. Es handelt sich hier um ein gesellschaftliches Problem, das wir auf dem Ärztetag nicht werden lösen können.

Ich finde, wir sollten als Ärzte nur solche Leistungen anbieten, die wir für ärztlich vertretbar halten. Das muss auch nicht jeder Kollege tun. Wichtig ist aber auch: Wenn wir es nicht tun, tun es andere. Ich habe den Antrag VII-25 gestellt. Die Ärzte müssen einen Laserschutzkurs absolvieren. Für Kosmetikerinnen und Heilpraktiker gibt es keinerlei gesetzliche Regelungen, wer lasern darf und wer nicht. Ich bin der Meinung, dass diese Lücke im Gesetz geschlossen werden muss. Wir Ärzte müssen uns qualifizieren, um Laser und Blitzlampen bedienen zu dürfen, andere Berufsgruppen schon lange. Deswegen bitte ich Sie, den Antrag 25, der dies fordert, zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Hesse aus Bayern. Bitte schön.

Hesse, Bayern: Ich möchte kurz zum Antrag 28 Stellung nehmen. Ich bin selber Klinikarzt, habe also mit dem Haifischbecken der IGeL-Leistungen gar nichts zu tun. Das, was Herr Rütz gesagt hat, waren sehr eindrucksvolle Einwände. Ich habe sehr aufmerksam zugehört. Eines hat mir nicht so gut gefallen, nämlich seine Aussage, über eine missbräuchliche Anwendung der IGeL-Leistungen sollte man erst gar nicht diskutieren.

Ich möchte das hier schon diskutiert haben. Wir müssen selbstkritisch mit solchen Dingen umgehen. Verdecken und vertuschen irgendwelcher Dinge hat überhaupt keinen Sinn. Das ist heutzutage nicht mehr zeitgemäß. Man sollte auch Selbstkritik üben können.

Frau Professor Braun hat gesagt: Es gibt eine Entwicklung, die wir zu registrieren haben, aber wir müssen uns nicht aus lauter Ethik mit dieser Entwicklung auseinander setzen. Das geht in die Richtung dessen, was Herr Professor Hoppe bei der Eröffnungsveranstaltung gesagt hat, nämlich dass wir uns an dem ethischen Nasenring durch die Arena ziehen lassen. Das sollten wir bei den individuellen Gesundheitsleistungen nicht mit uns machen lassen.

Es gibt offenkundig Leistungen, die sinnvoll und notwendig sind, bei denen die Patienten auch zahlen wollen. Diese Leistungen sollen auch angeboten werden.

Zum Erklärungsnotstand meine ich: Das ist ein bisschen missverständlich ausgedrückt. Es ist vielen Patienten oft nicht ganz klar – auch meiner Frau nicht, die keine Ärztin ist –, warum man für die eine Leistung zahlen muss, während für die andere Leistung die Krankenkasse aufkommt. Dem kann man durch eine einfache Erklärung begegnen. Deshalb die Anregung einer Positivliste. Eine Positivliste bedeutet ja nicht, dass alles, was dort nicht aufgeführt ist, negativ zu bewerten ist, sondern dass sich die Patienten darauf verlassen können, dass sie, wenn sie zum Arzt gehen und solche Leistungen angeboten bekommen, keiner Abzocke unterliegen, sondern dass dies tatsächlich zu ihrem Besten wäre. So möchte ich das verstanden wissen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächste Rednerin Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte insbesondere Frau Professor Braun an das erinnern, was Herr Rütz hier ausgeführt hat. Er hat einen Fall geschildert, in dem das Unterlassen des Anbietens der IGeL-Leistung dem Kollegen zum Verhängnis wurde. Daran wird das Dilemma deutlich, was die Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung heutzutage bedeutet. Hier wird der Spagat deutlich zwischen dem, was im GKV-Katalog, den es eigentlich gar nicht gibt, notwendig und wirtschaftlich ist, und dem, was wir haftungsrechtlich leisten sollen und müssen. Von den Gerichten wird eine optimale Versorgung angemahnt. Das enthält der GKV-Katalog nicht in jedem Fall. Dagegen gehen wir beispielsweise mit unseren Plakaten auf die Straße und prangern das an. Aber hier sind wir sehr verhalten und erklären: Wir wollen keine Kaufleute sein, das alles ist in Ordnung, wir wollen Barmherzigkeit üben.

Das GKV-System ist so beschränkt, dass die Patienten einen Anspruch darauf haben, dass wir sie über das aufklären, was es notwendigerweise noch gibt.

(Beifall)

Ich gehöre zur Gruppe der Neurologen und Psychiater, die überhaupt nicht in dem Verdacht steht, besonders mit IGeL-Leistungen verbunden zu sein. In meinem Bereich gibt es kaum IGeL-Leistungen. Einige allerdings gibt es doch. Ich möchte umgekehrt formulieren: Es bedarf des Mutes, dem Patienten gegenüber zu erklären: Wir haben erst neulich ein EEG bei Ihnen gemacht, mit

dem wir bei Ihren Kopfschmerzen ausgeschlossen haben, dass bestimmte Veränderungen pathologischer Art vorliegen. Wenn Sie nach vier Wochen wieder auftauchen, meine ich, dass das EEG im GKV-Katalog nicht enthalten ist. Wenn Sie es dennoch zu Ihrer Beruhigung haben möchten – ein EEG hat noch nie geschadet –, dann kann ich das machen, aber dann müssen Sie es selber bezahlen. Ich meine aber, das es nicht unbedingt notwendig ist.

Es kann gut sein, dass ich diesen Patienten verliere, weil er zu einem anderen Arzt geht, der erklärt: Wunderbar, wir machen ein weiteres EEG. Wir müssen über das aufklären, was notwendig und sinnvoll ist. Wir müssen auch auf das hinweisen, was überflüssig ist. Wenn der Patient es dennoch haben will, soll er es eben bezahlen. Für diesen Mehraufwand, für den ich nicht meine Budgetpunkte einsetzen möchte, möchte ich Geld erhalten. So sehe ich das.

(Beifall)

Wir müssen gewisse ärztliche Haltungen im Zusammenhang mit den IGeL-Leistungen festlegen. Ich meine, der vorgelegte Text ist gut. Die vorgeschlagenen Änderungen sind meines Erachtens nicht wesentlich. Wir brauchen sicherlich Regeln, damit der Missbrauch von uns nicht billigend in Kauf genommen wird.

Im Prinzip ist jeder Arzt dafür verantwortlich, wie er mit seinem Patienten in punkto IGeL-Leistungen umgeht. Ich denke, auf Dauer werden es die Patienten den Arzt spüren lassen, wenn er damit unverantwortlich umgeht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner Herr Professor Bertram aus Nordrhein. Bitte schön.

Prof. Dr. Bertram, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben von Frau Professor Braun gehört, dass Patienten, die IGeL-Leistungen angeboten bekommen, dadurch zu Patienten zweiter oder dritter Klasse würden. Das sehe ich nicht so. Ich finde es extrem unärztlich, Patienten Leistungen, die ärztlich notwendig sind, vorzuenthalten. Ich bin Augenarzt; die Augenärzte sind neben den Gynäkologen wahrscheinlich das Fach mit den meisten IGeL-Leistungen. Das liegt nicht daran, dass die Augenärzte so geldgierig sind, sondern daran, dass es in unserem Fach rasante Fortschritte gibt und nicht alle neuen Leistungen in den Katalog der GKV aufgenommen werden oder jedenfalls nur nach einer sehr langen Verzögerung. Es handelt sich zum

Teil um teure apparative Leistungen, die man nicht finanzieren kann, wenn man sie dem Patienten nicht in Rechnung stellt. Ich kann nicht 30 000 Euro, 40 000 Euro, 50 000 Euro, 60 000 Euro als Arzt aus der Portokasse bezahlen. Es gibt nur die Möglichkeit, dem Patienten diese Leistungen vorzuenthalten oder einen derartigen Apparat zu kaufen – eventuell mit mehreren Kollegen zusammen – und dem Patienten diese Leistungen anzubieten. Sozial Bedürftigen kann ich solche Leistungen auch einmal kostenlos anbieten, aber nicht allen.

Wir haben vom Berufsverband und von der wissenschaftlichen Gesellschaft der Augenärzte her die IGeL-Leistungen evaluiert. Wir haben nur solche Leistungen in den entsprechenden Katalog aufgenommen, die die wissenschaftliche Gesellschaft für sinnvoll erachtet. Das sind über zehn medizinisch notwendige Leistungen. Enthalten ist unter anderem eine fotodynamische Therapie bei Myopen. Das Medikament ist seit 2001 zugelassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach vierjähriger Beratung im Januar beschlossen, das in den Katalog der GKV aufzunehmen. Im Moment beschäftigt man sich mit der Ziffernänderung; das dauert wiederum Monate. Sollen wir den Patienten fünf Jahre lang diese Behandlung vorenthalten?

Dasselbe gibt es bei Medikamenten für Spritzen in den Glaskörper. Das erste Medikament, das auf den Markt gekommen ist, kostet über 800 Euro. Ehe der Gemeinsame Ausschuss dies zulässt, wollen wir Augenärzte den Patienten das anbieten. Das halte ich nicht für unärztlich.

(Beifall)

In Kritik geraten ist auch das Glaukom-Screening. International wird von den Augenärzten das Glaukom-Screening durchgeführt. Es gilt nur nicht als präventive Leistung im Leistungskatalog. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat es im Januar dieses Jahres abgelehnt. Ein paar Tage später hat die wissenschaftliche Gesellschaft unter Einbeziehung aller Experten eine Stellungnahme veröffentlicht, wonach die Augenärzte verpflichtet sind, das den Patienten anzubieten. Das gilt für Patienten ab 40 Jahren und für ein Intervall von zwei Jahren. So sieht die Realität aus. Der Arzt bekommt haftungsrechtlich gesehen riesige Probleme, wenn er das nicht anbietet.

Dieses Thema erreicht auch zunehmend unsere Kliniker, weil sie ständig mehr ambulante Leistungen durchführen und weil die Leistungen mittlerweile so teuer sind, dass auch die Kliniken sie nicht mehr kostenlos erbringen.

Ich bitte Sie also, dem Papier zuzustimmen und unseren Änderungsanträgen zu folgen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bertram. – Als nächste Rednerin Frau Kollegin Mieke aus Hessen. Bitte schön.

Dr. Mieke, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Frau Professor Braun sagte: IGeLn ist unethisch. Ich behaupte: Nicht-IGeLn ist unethisch. Wenn ich in der Allgemeinarztpraxis alle zwei Jahre einen Check-up durchführe, bei dem ich lediglich die Blutzucker- und die Cholesterinwerte prüfe, ist es unethisch, den Patienten nicht darauf hinzuweisen, welche Laborwerte noch existieren. Ich möchte allen anwesenden Klinikern sagen, dass wir im niedergelassenen Bereich bereits seit langem ein Laborbudget haben, das heißt, die Vielfachanalyse gibt es nicht.

Ich als Ärztin fühle mich nicht nur für das verantwortlich, was ich tue, sondern auch für das, was ich nicht tue.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Mieke. – Jetzt bitte Herr Kollege Peters aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Liebe Delegierte! Ich möchte aus den Aussagen von Frau Professor Braun eine Aussage herauskristallisieren, die für mich ein kleines bisschen die Dimension eines kategorischen Imperativs hat. Wenn ich als Kinderarzt einem Kind therapeutisch oder diagnostisch etwas empfehle, dann tue ich das grundsätzlich so, als handelte es sich um mein eigenes Kind. Ich verordne nur diejenigen Maßnahmen, die ich meinem eigenen Kind zukommen lasse, nicht mehr, selbst wenn es möglich wäre, über die GKV oder die PKV mehr abzurechnen. Lown hat einmal von den profitinduzierten Indikationen gesprochen. Davon müssen wir weg. Wir wissen, dass es dieses Phänomen durchaus gibt.

Vorhin wurde ein Beispiel aus der Urologie angeführt. Wenn das von der GKV nicht abgedeckt wird, kann man den Patienten darauf hinweisen und eine entsprechende Empfehlung geben. Diese Maßnahmen, die es in der Augenheilkunde offenkundig vielfältig gibt, sind eine Zwischenstation. Wir als Ärzte müssen uns darum kümmern, dass solche Leistungen, die medizinisch sinnvoll sind, nach Möglichkeit bald von der GKV übernommen werden, damit wir eine Versorgung anbieten können, die allen Patienten solidarisch zugute kommen kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Peters. – Jetzt Herr Kollege Veelken aus Berlin. Bitte schön.

Veelken, Berlin: Herr Professor Bertram, ich habe Ihren Ausführungen sehr genau zugehört. Ich fand das sehr eindrucksvoll, weil man so erfahren hat, was es in der Augenheilkunde an neuen Entwicklungen gibt und dass das IGeLn aus vielerlei Gründen unbedingt notwendig ist. Das hört sich sehr plausibel an. Aber sollten wir es nicht als das benennen, was es ist, nämlich die Einführung der Rationierung in der ambulanten Medizin? Das Argument gilt genauso in Richtung der Kollegin Mieke, die erklärt hat: Es ist unethisch, nicht zu IGeLn. Wie schwierig eine solche Argumentationsbasis ist, registrieren Sie spätestens in dem Moment, da Sie einen Patienten vor sich haben, von dem Sie glauben, Sie sollten ihm unbedingt die IGeL-Leistungen zugute kommen lassen, die er aber nicht bezahlen kann. Was machen Sie mit diesem Patienten? Bekommt er die IGeL-Leistung vielleicht doch?

Eigentlich sollte man die Energie darauf richten, dass diese Leistungen in den GKV-Katalog aufgenommen werden. Das hört sich ein bisschen naiv an; ich sehe ein, dass es schwierig ist.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Veelken. Es ist überhaupt keine Frage, dass das Ziel sein muss, das zu definieren, was aus medizinischer Sicht notwendig ist. Das ist ja das Problem, dass heutzutage nicht nur die medizinische Sicht bestimmt, was notwendig, ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig ist, sondern dass die Aspekte der Finanzierbarkeit mittlerweile eine gleichwertige Rolle spielen und in nicht seltenen Fällen die medizinische Sicht durch die ökonomische Sicht so kompensiert wird, dass die medizinische Sicht untergeht. Das ist es, was wir beklagen und was auch zu der Unsicherheit geführt hat, die wir bei der Frage der individuellvertraglichen Gesundheitsleistungen erleben. Das ist ja unser permanenter Kampf. Das Problem ist, das in Ordnung zu halten, damit wir uns keine Blöße geben. Dass sich niemand der hier Anwesenden unethisch verhält, ist mir völlig klar. Aber es gibt ja noch mehr Kolleginnen und Kollegen. Mittlerweile sind wir zu 400 000. Denen müssen wir

etwas an die Hand geben, damit sie sich so verhalten, wie wir meinen, dass es richtig ist. Deshalb ist es schon wichtig, dass wir das genau formulieren.

(Beifall)

Frau Professor Braun hat sich noch einmal zu Wort gemeldet. Bitte schön.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich noch einmal zu Wort gemeldet, weil ich das Gefühl habe, von einigen von Ihnen an die Wand gestellt zu werden. Ich denke, Sie haben nicht richtig zugehört. Ich habe nicht gesagt, dass alles IGeLn unethisch sei. Es gibt Auswüchse. Wir tun uns keinen Gefallen, wenn wir so tun, als sei alles richtig und gut. Die Allgemeinärzte – ich bin auch Allgemeinärztin – erleben es, dass viele Patientinnen und Patienten verunsichert sind. Die 85-jährige Frau, die vom Orthopäden kommt, fragt: Soll ich mir die 300 Euro oder 400 Euro teure Injektion machen lassen oder nicht? Wenn ich das nicht machen lasse, stehe ich bei ihm vielleicht nicht mehr gut da.

Meine Damen und Herren, es gibt nicht nur souveräne Arzt-Patient-Verhältnisse. Es gibt bei den Menschen, die wir betreuen, große Unsicherheiten, wenn es um IGeLn geht. Ich denke, wir tun gut daran, kritisch an die Sachverhalte heranzugehen und uns nicht zu beweihräuchern, als könnten wir nichts falsch machen. In diese Richtung wollte ich den Blick lenken und nicht etwas darstellen, was nicht mehr machbar ist. Ich bitte Sie, mich in diesem Sinne zu verstehen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt Herr Kollege Pilz aus Bayern. Bitte schön.

Dr. Pilz, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bin Dermatologe und IGeLe zu einem großen Teil. Ich möchte mich an die Klinikärzte wenden, die mit dieser Thematik vielleicht nicht unbedingt so sehr befasst sind. Wir niedergelassenen Fachärzte – das gilt natürlich auch für die Hausärzte – haben sehr Ihre Streikmaßnahmen unterstützt. Ich möchte bitten, dass ein gewisses Verständnis für die Notwendigkeit und die Berechtigung von individuellen Gesundheitsleistungen aufgebracht wird. Ich bitte, dass Sie den Antrag, der sehr gut formuliert ist, wenngleich ich mir einige Änderungen wünschen würde, unterstützen.

Ich bitte darum, bei dem anderen nicht immer gleich irgendwelche unhehren, unedlen oder schlechten Ziele zu unterstellen. Es gibt immer schwarze Schafe. Ich glaube, selbst wenn wir die IGeL-Leistungen vollkommen abschaffen würden, gäbe es diese schwarzen Schafe weiterhin. Dann gäbe es eben andere Möglichkeiten. Daher sollte das in eine geregelte Bahn geführt werden. Ich bitte Sie, dem Antrag zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pilz.

Ich habe niemanden mehr auf der Wortmeldeliste stehen. Meldet sich noch jemand zu Wort? – Das ist nicht der Fall. Damit kann ich die Aussprache beenden. Wir können in die Abstimmung eintreten, die nicht unkompliziert ist. Wir gehen am besten kapitelweise vor. Wenn es sich um eine Änderung handelt, werden wir sagen, in welchem Änderungsantrag sie niedergelegt ist und welches der Inhalt ist, wie der geänderte Text aussehen würde. Wenn wir die einzelnen Änderungsanträge hintereinander abstimmen, wird es dadurch ein Problem geben, dass manche Änderungsanträge identisch sind und übereinander passen, andere wiederum nicht. Wir werden uns also langsam, aber sicher durch dieses Papier robben. Wir werden das schon schaffen.

Das erste Kapitel trägt den Titel „Hintergrund“. Dazu gibt es den Änderungsantrag **VII-1 f**. Es geht in diesem Antrag zunächst um den ersten Absatz des Antrags VII-1. Zum ersten Satz dieses Absatzes möchte ich sagen, dass es diesen Leistungskatalog bisher nicht gab. Dieser Leistungskatalog ist im Entstehen. Es ist die ausdrückliche Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, sukzessive einen Leistungskatalog zu entwickeln. Insofern wird es ihn geben. Der Begriff „Leistungskatalog in der GKV“ ist mittlerweile Allgemeingut. Früher haben wir gesagt „Erstattungspflicht“ oder „Erstattungsrecht“ oder „Leistungsumfang“. Ich glaube, der Ausdruck ist nicht falsch. Der Wunsch der Antragsteller des Antrags 1 f geht dahin, den gesamten ersten Absatz des Antrags 1 zu streichen. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Einige. Wer möchte dem Antrag nicht zustimmen und damit den ersten Absatz bestehen lassen? – Das ist die deutliche Mehrheit. Der erste Absatz bleibt also bestehen.

Ferner soll der erste Satz des zweiten Absatzes, der jetzt lautet

> *Patientinnen und Patienten äußern jedoch den Wunsch nach der bestmöglichen Versorgung, auch so weit diese über den Leistungsumfang der GKV hinausgeht*

geändert werden in:

Patientinnen und Patienten erwarten die bestmögliche Versorgung, auch so weit diese über den Leistungsumfang der GKV hinausgeht.

Das bedeutet, dass dabei keine besondere Aktivität entfaltet wird, sondern dass von vornherein unterstellt wird, dass die Patientinnen und Patienten so etwas verlangen, nach dem Motto, wenn sie wüssten, um was es geht, würden sie es auch verlangen. Wer möchte der vorgeschlagenen Änderung zustimmen? – Wer möchte den bestehenden Text unverändert lassen? – Das ist die Mehrheit. Dann bleibt der Text unverändert.

Ferner wird im Antrag 1 f gefordert, die Reihenfolge der Nummerierungen am Ende der ersten Seite umzudrehen, sodass die bisherige Nr. 3 zur neuen Nr. 1 wird und die bisherige Nr. 1 zu Nr. 3. Die Begründung wurde vorhin mündlich gegeben. Wer möchte dem Antrag zustimmen, die Reihenfolge so zu ändern? – Einige. Wer stimmt dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Damit bleibt die Reihenfolge der Nummerierung unverändert.

Der Antrag **VII-1 e** wünscht, dass Nr. 2 auf Seite 1 des Antrags 1 lautet:

2. ärztlich empfehlenswerte Leistungen außerhalb des GKV-Systems, auch solche, die noch nicht von der GKV anerkannt sind

Wer ist dafür, dass wir den Text entsprechend ergänzen? – Wer möchte dem nicht zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Dann bleibt der Text unverändert.

Wir kommen damit zur zweiten Seite des Antrags 1, und zwar zunächst zu Kapitel II: Verhältnis zu GKV-Leistungen. Auch hier soll nach den Worten „ausgeschlossen sind“ eingefügt werden:

oder noch nicht anerkannt sind

Wer stimmt dieser Ergänzung zu? – Wer möchte dem nicht zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Dann geschieht das nicht.

Zum letzten Satz des Kapitels II wünscht der Änderungsantrag **VII-1 c**, dass die Worte

wenn ohne Indikation eine Diagnostik gewünscht wird, die auch nicht als Präventionsleistung zum Leistungsumfang der GKV zählt

ersetzt werden durch:

wenn auf Wunsch des Patienten eine Diagnostik gewünscht wird

Falls der Änderung an sich zugestimmt wird, müssten wir den Text „wenn auf Wunsch … gewünscht wird“ redaktionell verbessern. Wer möchte der gewünschten Änderung zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann wird das nicht geschehen.

Damit kommen wir zum Kapitel III: Definition. Hier wird im Antrag **VII-1 f** beantragt, dieses gesamte Kapitel zu streichen. Das ist wohl klar. Wer möchte dem Antrag zustimmen, Kapitel III zu streichen? – Wer möchte das nicht? – Dann bleibt der Text erhalten.

Damit kommen wir zur Seite 3 des Antrags VII-1**.** Gemäß Antrag **VII-1 c** soll die Überschrift von Nr. 1 lauten: „Sachliche Information und seriöse Beratung“. Die Nr. 4 soll gestrichen werden. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Dann geschieht das nicht.

Zu Nr. 2 „Zulässige Leistungen“ liegt der Änderungsantrag **VII-1 b** vor. Danach sollen im ersten Satz die Worte „entweder erforderlich oder“ gestrichen werden, sodass dieser Satz dann lautet:

> *Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss sich beziehen auf Leistungen, die aus ärztlicher Sicht empfehlenswert bzw. sinnvoll, zumindest aber vertretbar sind.*

Sollten Sie dem Streichungswunsch nicht entsprechen, gibt es den Änderungsantrag, das Wort „erforderlich“ durch das Wort „notwendig“ zu ersetzen. Aber zunächst einmal frage ich: Wer möchte die Worte „entweder erforderlich oder“ streichen? – Wer möchte das nicht? – Dann werden diese Worte nicht gestrichen.

Damit kommt der Antrag **VII-1 a** zum Zuge, das Wort „erforderlich“ durch das Wort „notwendig“ zu ersetzen, weil die Formulierung im SGB V entsprechend lautet. Wer stimmt dem zu? – Wer ist dafür, das Wort „erforderlich“ beizubehalten? – Dann ist das Wort „erforderlich“ durch das Wort „notwendig“ ersetzt. Wir wenden also auch da die Not.

Wir kehren zum Antrag **VII-1 b** zurück. Danach soll in Nr. 2 der letzte Satz gestrichen werden, der lautet:

> *Es darf sich nicht um gewerbliche Dienstleistungen handeln.*

Wer möchte der Streichung zustimmen? – Wer möchte den Satz bestehen lassen? – Dann bleibt der Satz bestehen.

Damit kommen wir zu Nr. 5: Aufklärung. Entsprechend den Anträgen **VII-1 a** und **VII-1 b** soll der dritte Satz gestrichen werden, der lautet:

> *Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind oder die aus ärztlicher Sicht nicht als empfehlenswert oder sinnvoll zu betrachten sind.*

Das ist eine besondere Aufklärung, bei der man auch sagen muss, warum der Gemeinsame Bundesausschuss das nicht als GKV-Leistung anerkennt. Die Begründung könnte durchaus auch lauten: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das aus Kostengründen gestrichen. Das kommt ja vor, obwohl es vielleicht medizinisch doch in diesem oder jenem Fall indiziert sein kann. Wer möchte diesen Satz streichen? – Wer möchte den Satz bestehen lassen? – Das ist die Mehrheit. Der Satz bleibt bestehen.

Damit kommen wir zu Nr. 6: Angemessene Informations- und Bedenkzeit. Der erste Satz ist unumstritten:

> *Das Recht der Patientinnen und Patienten, eine zweite Meinung einzuholen, muss nicht nur respektiert werden, ggf. sollten sie sogar aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.*

Umstritten ist der zweite Satz:

> *Ebenfalls sollten sie darüber informiert werden, dass sie leistungsrechtliche Fragen ggf. mit ihrer Krankenkasse oder mit Dritten klären können.*

Es ist beantragt, diesen Satz zu streichen. Wer möchte diesen Satz streichen? – Das sind einige. Wer möchte das nicht? – Das ist doch die Mehrheit. Der Satz bleibt erhalten.

Der dritte Satz lautet:

> *In jedem Falle muss vor Abschluss des Behandlungsvertrages eine der Leistung angemessene Bedenkzeit gewährt werden.*

Gemäß Antrag **VII-1 a** soll es statt „in jedem Falle“ heißen: „Dem Patienten“. Gemeint ist natürlich auch die Patientin.

Wer möchte diese Änderung befürworten? – Wer möchte das nicht? – Noch einmal bitte: Wer möchte statt „In jedem Falle“ die Formulierung: „Dem Patienten“ schreiben? – Wer ist dafür, dass „In jedem Falle“ bestehen bleibt? – Das müssen wir zählen. Materiell ist es zwar nicht so bedeutsam, aber „Fälle“ und „Patienten“ ist ja auch ein Unterschied. Ich frage also noch einmal: Wer ist dafür, die Worte „In jedem Falle“ durch die Worte „Dem Patienten“ zu ersetzen? –

Wer möchte die Worte „In jedem Falle“ bestehen lassen? – Enthaltungen? – Dann ist mit 112 : 80 Stimmen entschieden, dass es „Dem Patienten“ heißt.

(Beifall)

Eine Auseinandersetzung entwickelt manchmal eine größere Motivationskraft, sich an der Abstimmung zu beteiligen.

Nr. 7 ist nicht umstritten.

Damit kommen wir zu Nr. 8: Koppelung mit sonstigen Behandlungen. Der Text lautet:

> *Von Ausnahmen abgesehen sollten individuelle Gesundheitsleistungen nicht im Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.*

Dass eine Blutabnahme nur einmal durchgeführt und nicht dreimal hintereinander gepiekt wird, ist ja klar. Hier sind diese konditionierenden Leistungen gemeint, von denen ich am Anfang gesprochen habe, dass man etwa sagt: Nur dann, wenn Sie bereit sind, eine Ultraschalluntersuchung durchführen zu lassen, die nicht im Katalog enthalten ist, und wenn Sie die entsprechenden Kopeken auf den Tisch legen, kann es mit der Behandlung losgehen. Das ist hier gemeint. Es gibt den Antrag, Nr. 8 völlig zu streichen. Das ist der weitestgehende Antrag. Wer möchte Nr. 8 streichen? – Wer möchte den Text bestehen lassen? – Das ist wohl klar die Mehrheit.

Ferner gibt es den Antrag, folgendermaßen zu formulieren:

> *Individuelle Gesundheitsleistungen sollten möglichst nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.*

So lautet der Antrag **VII-1 a**. Ich weiß nicht, was der Begriff „möglichst“ materiell bedeutet. Was sagen die Juristen? – Die Empfehlung ist die gleiche. Es besteht im juristischen Sinne kein nennenswerter Unterschied. Wer ist für die Einfügung von „möglichst“ und für die Streichung von „grundsätzlich“? – Wer möchte den Text unverändert lassen? – Das ist die Mehrheit. Dann bleibt der Text so, wie er dort steht.

Wir kommen nun zu Nr. 9. Ich bin jetzt einmal so mutig und schätze meine lieben Kolleginnen und Kollegen vom Vorstand als damit einverstanden ein, dass wir in der Überschrift statt des Wortes „Qualitätsstandards“ auch das Wort „Qualität“ akzeptieren. Das Wort „Standard“ hat ja immer seine Tücken. Ich glaube, das ist etwas, was wir übernehmen. Darüber brauchen wir nicht abzu-

stimmen. – Alle nicken hier; wunderbar. Die Überschrift von Nr. 9 lautet also: Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität. Der Text von Nr. 9 lautet:

> *Ärztinnen und Ärzte müssen die Grenzen ihres jeweiligen Fachgebiets auch bei Erbringen individueller Gesundheitsleistungen beachten. Qualitätsanforderungen der GKV sind zu beachten, wenn sie zugleich dem medizinischen Standard entsprechen.*

Es gibt den Antrag, das ganz zu streichen. Falls Sie diesen Antrag, den gesamten Text zu streichen, nicht befürworten, gibt es den Antrag, den zweiten Satz zu streichen. Zunächst einmal frage ich: Wer möchte Nr. 9 „Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität“ ganz streichen? – Einige. Wer möchte ihn bestehen lassen? – Dann bleibt der Text unverändert.

Es gibt den Antrag, den zweiten Satz zu streichen:

> *Qualitätsanforderungen der GKV sind zu beachten, wenn sie zugleich dem medizinischen Standard entsprechen.*

Wer möchte der Streichung dieses Satzes zustimmen? – Wer möchte den Satz so stehen lassen? – Das ist die klare Mehrheit.

Damit haben wir über alle Änderungsanträge abgestimmt. Wir können den Antrag **VII-1** in der etwas veränderten Form zur Abstimmung stellen. Wer möchte dem so geänderten Antrag VII-1 zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen**. Ich bedanke mich sehr, sehr herzlich auch im Namen der Arbeitsgruppe.

(Beifall)

Wir werden auf der Basis dieses Beschlusses weiter an dem etwas ausführlicheren Papier arbeiten, das Ihnen dann zugeht. Wir bitten die wissenschaftlichen Gesellschaften und die Berufsverbände, uns dabei nach wie vor intensiv zu helfen.

Jetzt müssen wir noch über zwei Anträge abstimmen, die zu diesem Komplex vorliegen. Zum einen geht es um den Antrag **VII-25** von Frau Dr. Borelli und anderen. Es geht um die Anwendung von Laser- und Blitzlampengeräten durch Personen, die sich dafür keine besonderen Kenntnisse und Fertigkeiten angeeignet haben. Diese Anwendung soll im Medizinproduktegesetz, im Heilpraktikergesetz und im Verbraucherschutzgesetz eindeutig geregelt werden. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-28** von Herrn Dr. Hesse, Frau Dr. Borelli und anderen:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, eine Liste von den Leistungen zu erarbeiten, deren präventive und kurative Relevanz mit einem hohen Maß an Evidenz nachgewiesen sind und die nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss beurteilt wurden.*

Das hat erhebliche finanzielle Konsequenzen. Deswegen machen wir es im Allgemeinen so, dass wir derartige Anträge erst einmal an den Vorstand überweisen und zusehen, wie man das möglichst preisgünstig umsetzen kann. Der Wunsch als solcher ist sehr interessant und sehr befürwortenswert. Eine Positivliste außerhalb des GKV-Katalogs zu erstellen, ist schon ein Brocken an Arbeit.

Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung für diesen Antrag VII-28. Wer möchte den Antrag 28 an den Vorstand überweisen? – Das ist die große Mehrheit. Wer möchte das nicht? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Dann ist dieser Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Damit ist das Thema IGeL erledigt. Damit haben wir die beiden gesetzten Themen der Diskussion zum Tätigkeitsbericht bewältigt. Vielen Dank.

Jetzt gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung, und zwar auf eine zweite Lesung zum Abstimmungsverfahren. Dazu bitte Herr Kunze.

Prof. Dr. Kunze, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Sie haben eben sogar ausgezählt, als es um die Frage ging, ob diese oder jene Formulierung gewählt werden soll. Aber jetzt wollen Sie dazu übergehen, ganz wichtige politische Anträge nicht zu diskutieren. Denn wenn Sie an dem Verfahren festhalten, das Ihnen der Präsident heute Morgen vorgeschlagen hat, bedeutet das, dass Sie zu Anträgen nicht sprechen können. Nur wenn zuvor jemand gegen einen Antrag gesprochen hat, ist es dem Antragsteller erlaubt, den Antrag zu verteidigen. Sie selbst aber, der Deutsche Ärztetag, können nicht zu Anträgen Stellung nehmen. Das halte ich bei diesem Tagesordnungspunkt für ein völlig unakzeptables Verfahren. Es steht morgen in der Zeitung, dass erstens der Deutsche Ärztetag um einen Tag verkürzt wurde und dass zweitens in einem wichtigen Punkt ein Redeverbot erlassen wurde.

Das kann es nicht sein. Lehnen Sie dieses Verfahren bitte ab und bleiben Sie bei dem bisherigen Abstimmungsverfahren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Herr Kunze, nur damit es keine Verwechslung gibt: Ich habe das nicht vorgeschlagen, sondern ich habe ganz trocken das berichtet, was ich von früheren Ärztetagen zum Thema Tätigkeitsbericht her kenne. Dann ist daraus ein Antrag geworden, der mit Mehrheit angenommen wurde. Es ist überhaupt kein Problem, das noch einmal zu diskutieren.

Möchte jemand von Ihnen dazu noch Stellung nehmen? – Bitte schön, Herr Nick aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Ich bin dafür, in der von den Antragstellern begründeten Weise zu verfahren. Herr Professor Kunze, Sie sind auch schon so viele Jahre auf dem Deutschen Ärztetag dabei, dass Sie wissen, dass das kein Novum ist, sondern dass wir diese Art der Auseinandersetzung auch aus Zeit- und Rationalisierungsgründen seit vielen Jahren haben durchführen müssen.

(Zurufe)

Wir werden nicht die Zeit haben, alle 84 oder 86 Anträge, die hier noch vorliegen, in der von Ihnen geforderten Weise zu diskutieren. Es wird so kommen, dass wir vielleicht zehn oder 15 Anträge exzessiv diskutieren und die restlichen Anträge, die möglicherweise für die Antragsteller dieselbe Bedeutung haben, werden dann hinten runtergebügelt.

Es bedeutet eine Gleichbehandlung der Anträge, wenn alle vorgelegten Anträge in gleicher Weise behandelt werden. Ich schätze die Delegierten für so fähig ein, dass sie die Anträge lesen können, dass sie sich eine Meinung dafür und eine Meinung dagegen anhören können und dann in der Lage sind, ihre Meinung durch Abstimmung kundzutun.

Ich beantrage also, bei dem Beschluss des Ärztetages zu bleiben und dem Antrag von Herrn Kunze nicht zu entsprechen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu hat sich Herr Crusius gemeldet. Bitte schön.

Vizepräsident Dr. Crusius: Ich modifiziere meinen heute Vormittag gestellten Antrag, und zwar in der Richtung, dass nicht nur dann jemand für einen Antrag sprechen kann, wenn bereits jemand gegen den Antrag gesprochen hat, son-

dern dass einer dafür und einer dagegenspricht, wobei die Redezeit auf zwei Minuten begrenzt ist.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Ich frage zunächst: Wer möchte zu diesem Thema eine zweite Lesung durchführen? Das Quorum beträgt ein Drittel. – Das ist kein Drittel. Damit kommt die zweite Lesung gar nicht zustande.

(Zurufe: Auszählen!)

– Es sind weniger als zehn.

(Widerspruch)

Ab zehn fange ich an zu zählen.

Gut, wir zählen aus. Vielleicht waren die Hände schon wieder unten, als ich intensiver hingeschaut habe. Ich frage also noch einmal: Wer möchte eine zweite Lesung zum Thema Verfahren? – Wer ist gegen die zweite Lesung? – 101 sind für eine zweite Lesung, 100 sind dagegen. Wir führen also eine zweite Lesung durch.

Es gibt den Antrag von Herrn Kunze, Diskussion und Abstimmungen so wie bisher zu praktizieren. Wenn dieser Antrag nicht angenommen werden sollte, stimmen wir über den Antrag von Herrn Crusius ab, dass einer dafür, einer dagegenspricht. Wer möchte jeden einzelnen Antrag offen diskutieren, wie wir das eben bei IGeL getan haben? – Wer ist nicht dafür? – Das ist die Mehrheit.

Damit kommen wir zu dem Antrag von Herrn Crusius, dass bei jedem Antrag einer dafür, einer dagegensprechen kann. Es ist nicht so, dass einer dafür und einer dagegensprechen muss, sondern das ist nur eine Möglichkeit. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Das ist eine satte Mehrheit. Damit haben wir uns etwas in Richtung von Herrn Kunze bewegt, aber nicht komplett. Wer ist dagegen, dass wir das so machen? – Wer enthält sich?

(Zurufe)

– Redezeitbegrenzung auf zwei Minuten?

(Erneute Zurufe)

– Drei Minuten, gut. Der weitergehende Antrag ist aber der Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten. Wer möchte zwei Minuten? – Wer möchte drei Minuten? – Das Erste war die Mehrheit. Wir fangen an und schauen einmal, wie das klappt. Es muss sich nicht immer jemand melden. Wenn Sie mit

dem Antrag zufrieden sind und niemand dagegen ist, können wir auch sofort abstimmen.

Wir kommen zunächst zum Thema Patientenrechte. Dabei geht es um die Anträge 2, 9, 11, 12, 34, 48, 78 und 81.

Wir beginnen mit dem Antrag **VII-2**. Der Betreff lautet:

> *Gegen die Aushöhlung von Patientenrechten – Für Erhalt der Autonomie in der Patient-Arzt-Beziehung*

Es geht um ein Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, das akut in der Pipeline ist. Es geht um Eingriffe in die privaten Krankenversicherungen und in das Patient-Arzt-Verhältnis, die wir mit Entschiedenheit ablehnen. Das sind die entscheidenden Aussagen. Gibt es dazu Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag VII-2 zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-9**. Es geht um Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Dieser Antrag stammt vom Vorstand. Dem Antrag beigefügt ist die Kopie einer Veröffentlichung aus dem „Deutschen Ärzteblatt“. Es handelt sich um die Bekanntmachung einer Empfehlung des Vorstands der Bundesärztekammer. Es geht um Heft 5 vom 3. Februar 2006. Wer möchte dazu sprechen? – Niemand. Wer möchte dem Antrag 9 zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-11**. Der Betreff lautet:

> *Unzureichende medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*

Ich nehme an, dass Sie den Antrag schon zur Kenntnis genommen haben. Es geht um solche Menschen, die sich vielleicht auch schon etwas länger bei uns aufhalten und gesundheitlich schlecht versorgt werden. Wir haben da Probleme mit der Meldepflicht, mit der Schweigepflicht, mit der Überlegung, dass Ärzte diese Menschen melden sollen. Das ist ein ganz schwieriges Kapitel. Ich bin in meiner Funktion als Menschenrechtsbeauftragter des Vorstands der Bundesärztekammer ebenso wie Frau Goesmann auf entsprechenden Tagungen und bei entsprechenden Anhörungen. Das ist ein sehr wichtiges Thema. Insbesondere die Fraktion der Grünen hat sich intensiv darum gekümmert und bereits in der vorhergehenden Legislaturperiode einen entsprechenden Gesetzentwurf in den Deutschen Bundestag eingebracht. Es ist gut, wenn wir hierzu unsere Meinung äußern. Sie ist nach vielen Beratungen in diesem Antrag zusammengefasst worden.

Wer möchte dem Antrag VII-11 zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen**. Vielen Dank.

Wir kommen nunmehr zum Antrag **VII-12**. Bei diesem Antrag geht es um die Vergabe von Brechmitteln. Dazu haben wir uns schon einmal geäußert. Wir weisen darauf hin, dass es sich hier um eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung handeln kann und das deshalb aus ärztlicher Sicht eine bedenkliche Angelegenheit ist.

Dazu hat sich Herr Holzborn aus der Ärztekammer Nordrhein zu Wort gemeldet. Bitte.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Im Prinzip ist dem Antrag zuzustimmen. Ich vermisse allerdings aus ärztlicher Sicht Folgendes. Drogendealer sind auch eine Gefahr für diejenigen, die sie mit Drogen versorgen. Hier wird der Eindruck erweckt, als gehe es um eine Gruppe von Menschen, die man besonders schützen müsse. Das ist sicherlich nicht der Fall. Was die im Sinne haben, ist sicherlich nicht die Absicht, die wir als Ärzte haben.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Aber an Leib und Leben schädigen darf man sie auch nicht.

(Beifall)

Das ist unser Dilemma, das wir haben; das ist allen klar. Da muss man andere Methoden finden.

Möchte sich noch jemand zu diesem Antrag äußern? – Das ist nicht der Fall. Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag 12. Wer möchte dem Antrag VII-12 zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Gegenstimmen, einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen**.

Nun kommt der Antrag **VII-34** von Frau Dr. Schulenberg. Es geht noch einmal um die Genitalverstümmelung:

> *Die Bundesärztekammer spricht sich dagegen aus, dass Töchter von Migrantinnen bei der Schuleingangsuntersuchung speziell hinsichtlich einer durchgeführten FGM untersucht werden.*

Als Begründung wird angeführt:

> *Um den Straftatbestand einer in Deutschland oder während des Aufenthalts in Deutschland durchgeführten FGM bei Töchtern von Asylbewerberfamilien aufzudecken, planen einige Landesregierungen ein Gesetz, das eine Untersuchung dieser Mädchen zu diesem Zweck zulassen soll. Dieses bedeutet eine Diskriminierung und kann nur zur Folge haben, dass diese Mädchen nicht mehr zur Schuleingangsuntersuchung gelangen.*

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand zu diesem Antrag sprechen? – Bitte, Frau Schulenberg.

Dr. Schulenberg, Baden-Württemberg: Ich habe nichts gegen eine Vorstandsüberweisung. Ich halte das Problem aber für so gravierend, dass wir eine Stellungnahme abgeben könnten. Manche Länder planen eben ein solches Gesetz. Ich denke, es geht nicht an, dass wir uns quasi zu Helfershelfern bei solchen Maßnahmen machen lassen und die Kinder diskriminieren, die sowieso schon ein schreckliches Schicksal hinter sich haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Möchte sich jemand dagegen äußern? – Das ist nicht der Fall. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung geht vor. Wer möchte diesen Antrag 34 von Frau Dr. Schulenberg an den Vorstand überweisen? – Wer stimmt dagegen? – Zahlreiche, aber nicht genug. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-48**:

> *Die verantwortlichen Legislativ- und Exekutivorgane werden aufgefordert, durch angemessene Regelungen dazu beizutragen, dass inhumane Praktiken bei der Abschiebung verhindert werden.*

Möchte jemand zu diesem Antrag sprechen? – Weder so noch so. Dann stimmen wir über den Antrag 48 ab. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**. Darüber freue ich mich. Wer viel fliegt, vor allen Dingen ins Ausland, erlebt das manchmal mit. Das ist manchmal tatsächlich gruselig.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-78**. Der Antragstext lautet:

> *Um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen, dürfen Kindern ohne deutschen Pass (z. B. von Migranten und Asylsuchenden) keine schlechteren Lebensbedingungen als Kindern mit deutschem Pass zugemutet werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention zurückzunehmen.*

Möchte jemand den Antrag verteidigen oder begründen? – Bitte, Frau Schulenberg.

Dr. Schulenberg, Baden-Württemberg: Ich denke, in dem Antrag ist eigentlich alles erklärt. Es gibt einen Vorbehalt, der diesen Kindern von Asylanten und Asylbewerbern bestimmte Rechte beschneidet. Die gesundheitlichen Folgen und Traumatisierungen der Kinder, die in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht sind, die nachts von Polizeieinsätzen verfolgt werden, die von ihren Familien getrennt werden, sind immens. Ich denke, wir als gastgebendes Land tragen da eine große Verantwortung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Schulenberg, für die Erklärung. – Gibt es eine Gegenrede?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung vorgeschlagen. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Die Gremien werden darüber beraten. Wir werden das vom Vorstand aus abschließend behandeln und Ihnen vielleicht wieder vortragen. Zumindest im Tätigkeitsbericht wird mitgeteilt, welches Schicksal der Thematik beschieden gewesen ist.

Wir kommen zum Antrag **VII-81** von Frau Dr. Fick aus Bayern:

> *Die mündigen Bürger und Patienten haben das Recht auf Einsicht in ihre Patientenunterlagen. Im Sinne einer zu stärkenden Patientenautonomie soll dieser mündige Patient dann auch seine Unterlagen (Arztbriefe, Röntgenbilder usw.) für sich verwalten und verwahren, um sie im Ernstfall einer Erkrankung oder eines Unfalls aktuell zur Verfügung zu haben. Das Original soll an den weiterbehandelnden Arzt gehen, die Kopie an den betroffenen Patienten.*

Als Begründung heißt es:

Antrag spricht für sich.

Möchte jemand dazu sprechen? – Bitte, Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Hier wird gefordert, unter anderem Arztbriefe nicht nur an den weiterbehandelnden Arzt, sondern grundsätzlich in Kopie an den Patienten zu senden. Abgesehen von der Tatsache, dass hier der Bürokratie nicht der Umweg gewiesen wird, sondern für uns in der Praxis bürokratische Hemmnisse und finanzielle Auswirkungen entstehen, muss ich sagen: Ich kenne einige Patienten, die intellektuell nicht unbedingt in der Lage sind, alles, was in einem solchen Brief steht, entsprechend zu verarbeiten, sodass möglicherweise mehr Schaden als Nutzen entsteht. Deshalb bitte ich Sie, diesen Antrag abzulehnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es eine Gegenrede? Das ist nicht der Fall.

(Zuruf)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Einige. Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Einige. Wer möchte den Antrag ablehnen? – Das ist die Mehrheit. Dann ist der Antrag **abgelehnt**.

Damit kommen wir zum Thema Disease-Management-Programme. Dazu liegt der Antrag **VII-3** des Vorstands vor:

Nachdem Mitte 2002 die ersten Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V in Kraft getreten waren, liegen mittlerweile höchst unterschiedliche Einschätzungen zum Erfolg der DMPs vor. Von Politik und Vertragsbeteiligten wurde eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patienten gelobt und ungeachtet der Ermangelung valider Vergleichsdaten und Langzeitergebnisse auch als nunmehr ausreichend bewiesen deklariert.

Diesen optimistischen Einschätzungen standen und stehen jedoch viele kritische Erfahrungen gegenüber …

Dann kommt die ganze Skala der berechtigten kritischen Bemerkungen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Evaluation von Disease-Management-Programmen vorzunehmen, bedeutet nichts anderes, als eine politische Entscheidung durch Bauchwissenschaft oder Pseudowissenschaft zu bestätigen. Deswegen stellen wir diesen Antrag.

Ich frage, ob jemand dazu sprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag bei einzelnen Enthaltungen **angenommen**.

Damit kommen wir zum Themenbereich Pflege. Dazu liegen die Anträge 4 und 39 vor. Wir kommen zunächst zum Antrag **VII-4**:

> *Anlässlich eines der kommenden Deutschen Ärztetage wird ein Tagesordnungspunkt das Thema: „Sicherung einer umfassenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen – Bestandsaufnahme und Verbesserung ihrer Betreuungssituation in medizinischer, pflegerischer und sozialer Hinsicht“ behandeln.*
>
> *Angesichts der stetig steigenden Zahl zu pflegender alter, schwer kranker und dementer Patientinnen und Patienten soll dieser Tagesordnungspunkt zeitnah aufgegriffen werden.*

In dem Antrag 39 von Herrn Albrecht, den wir gleich behandeln werden, ist die Tendenz ähnlich, sodass wir die beiden Anträge ruhig nebeneinander abstimmen können.

Wer möchte sich zum Antrag 4 äußern? – Niemand. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Der Antrag **VII-39** von Herrn Kollegen Albrecht aus Berlin geht in dieselbe Richtung. Ich glaube, wir können diesen Antrag genauso annehmen wie den Antrag 4. Wer möchte sich dazu äußern? – Bitte, Frau Jordan aus Berlin.

Dr. Jordan, Berlin: Ich möchte etwas zur Unterstützung dieses Antrags sagen, der im Ausschuss für Menschenrechte der Ärztekammer Berlin erarbeitet worden ist. Zurzeit gibt es etwa 2 Millionen pflegebedürftige und alte Menschen. Das sind unsere Patienten, bei denen wir durch die Pflege und bessere Unterkunftsmöglichkeiten präventive Leistungen erbringen. Diese Menschen haben keine Lobby. Sie können auch nicht für sich selbst eintreten, weil sie dazu meistens nicht mehr in der Lage sind.

Es ist deshalb zu fordern, mehr Transparenz in der Pflege zu schaffen und entsprechende Kontrollen einzuführen. Ich denke, ein Abbau der Bürokratie ist ein ganz wichtiger Faktor, denn die Bürokratie hindert die Pflegenden daran, mit diesen Menschen zu arbeiten und sie zu beschäftigen.

Ebenso wichtig ist der Ausbau von Beratungs- und Beschwerdestellen, wie das in München erfolgt ist, damit sich sowohl die Angehörigen als auch die Betroffenen selbst dort melden können. Erwähnen möchte ich auch die Stärkung der Rechtsposition dieser Patienten durch die Einbeziehung in das Antidiskriminierungsgesetz. Zu nennen ist auch die Förderung von alternativen Wohn- und Betreuungsangeboten ohne Krankenhausstil.

Der Ausschuss für Menschenrechte der Ärztekammer Berlin fordert deshalb den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bei den Verantwortlichen dafür zu sorgen, dass die Rechte dieser Patientengruppe anerkannt werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Eine Gegenrede ist nicht gewünscht. Dann können wir abstimmen. Wer möchte dem Antrag VII-39 zustimmen? – Sehr viele. Wer stimmt dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen**.

Wir kommen damit zum Thema Ärztestreik. Hier geht es um die Anträge 72, 74 und 60 neu.

Ich rufe zunächst den Antrag **VII-72** auf:

> *Der Deutsche Ärztetag solidarisiert sich mit den streikenden Universitätsärzten und wendet sich gegen die streikablehnende Haltung der Finanzministerien der Länder, ärztlichen Direktorate und Personaldezernate der Kliniken.*

Ist eine Begründung nötig? – Bitte, Herr Crusius.

Vizepräsident Dr. Crusius: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie nur von einem Schreiben der Universität Rostock von gestern in Kenntnis setzen:

> *Information zur Tarifeinigung im öffentlichen Dienst*
>
> *Mit dem Potsdamer Abschluss am 19.05. hat die TdL und die Gewerkschaft ver.di die schweren Tarifauseinander-*

setzungen beendet. Das Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern hat mit heutigem Datum

– das war gestern –

darauf verwiesen, dass für die Beschäftigten des Landes und damit auch für die Ärzte des Universitätsklinikums sofortige Tarifbindung besteht, da diese wie am Uniklinikum Greifswald auch Arbeitsverträge mit dem Land haben. Damit ist ein Streikgrund für das ärztliche Personal nicht mehr erkennbar.

Wir sind anderer Auffassung; das wissen Sie. In dem Antrag von Herrn Montgomery, der anschließend behandelt wird, wird das näher begründet. Ich bitte um diese Solidaritätsbekundung mit den streikenden Ärzten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Gibt es etwa eine Gegenrede? – Nein. Wer stimmt dem Antrag 72 zu? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen**.

Wir kommen jetzt zum Antrag **VII-74**. Ich hoffe, Sie haben den Antrag vorliegen; mir wurde gesagt, dass er verteilt ist. Der Antrag lautet:

Der 109. Deutsche Ärztetag stellt fest: Der Marburger Bund ist die einzig legitimierte Gewerkschaft der Krankenhausärztinnen und -ärzte. Dies belegt die Stellungnahme des renommierten Arbeitsrechtlers Prof. Löwisch, Freiburg …

Ich glaube, das Folgende kann ich nicht alles vorlesen. Sie werden das sicher genauso sehen.

Gibt es Wortmeldungen? – Herr Dr. Montgomery.

Dr. Montgomery, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will es kurz machen. Wir erleben eine weitere Posse des Tarifgeschäfts. Die Arbeitgeber haben bei dem renommierten Arbeitsrechtler Löwisch eine kurze Stellungnahme in Auftrag gegeben, um die Position von Herrn Möllring zu unterstützen, dass wir in der Friedenspflicht seien, weil er mit ver.di einen Tarifvertrag abgeschlossen habe, der die Ärzte mit beinhalte. Dieses Petitum der Ar-

beitgeber ist völlig nach hinten losgegangen, weil dieser Gutachter schon in seinem ersten Satz urteilt:

> *Die von der Tarifgemeinschaft deutscher Länder vertretene Auffassung, eine Fortsetzung des Ärztestreiks durch den Marburger Bund sei wegen des mit ver.di geschlossenen Tarifvertrages für den gesamten öffentlichen Dienst der Länder unzulässig, ist falsch.*

(Beifall)

Diese gutachterliche Stellungnahme ist eine einzige Ohrfeige für die Arbeitgeber. Ich wollte sie Ihnen zur Kenntnis bringen. Wir haben den Weg des Antrags gewählt, weil wir so dieses Eigentor, das die Arbeitgeber geschossen haben, über das „Deutsche Ärzteblatt“ denjenigen Ärzten mitteilen können, die sich vielleicht von Schreiben, wie Andreas Crusius eines zitiert hat, haben beeindrucken lassen.

Mir ist es sehr wichtig, dass wir sagen: Wir wollen uns emanzipieren von anderen Gewerkschaften. Wir brauchen *eine* Gewerkschaft für Ärzte, die für diese die Tarife aushandelt. Das ist der Marburger Bund.

Vielen Dank für Ihre Zustimmung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank und Gratulation, dass die Arbeitgeber die Kosten übernommen haben! So ein Gutachten gibt es ja nicht umsonst.

(Heiterkeit – Beifall)

Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einstimmig **angenommen**. Herzlichen Glückwunsch!

Wir fahren mit dem Antrag **VII-87** von Herrn Dr. Lindhorst und weiteren Antragstellern fort:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber auf, Repressalien gegen Streik vorbereitende und/oder streikende Ärzte zu unterlassen. Nachgeordnete und leitende Ärzte werden unter Druck gesetzt durch Bedrohung mit Kündigung, Nichtvertragsverlängerung etc. (z. B. Ulm, Heidelberg, Tübingen, Freiburg, Aachen).*

Gleichzeitig verurteilt der 109. Deutsche Ärztetag das Verhalten von leitenden und auch nachgeordneten Ärzten, die Streiks zu unterlaufen. Sie zeigen, dass sie ihren persönlichen Vorteil wichtiger als das Wohl der Berufsgruppe ansehen.

Der 109. Deutsche Ärztetag erinnert die ärztlichen Direktoren daran, dass sie der Berufsgruppe der Ärzte angehören. Sie sollten sich deshalb aktiv unterstützend zeigen, statt Streik niederzuschlagen.

(Beifall)

Gibt es dazu eine Wortmeldung? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-60 neu** von Herrn Dr. Schulze und anderen:

Der 109. Deutsche Ärztetag ruft zur finanziellen Unterstützung in Not geratener Krankenhausärzte auf. Der Marburger Bund hat hierzu ein Spendenkonto eingerichtet. Spendenbescheinigungen können nicht erstellt werden.

Im Umdruck steht, dass Spendenbescheinigungen erstellt werden können. Bitte korrigieren Sie: Spendenbescheinigungen können nicht erstellt werden. Das ist nicht schön, aber ein kleiner Unterschied. – Dazu bitte Herr Montgomery.

Dr. Montgomery, Hamburg: Das ist ein redaktioneller Fehler, für den ausschließlich ich die Schuld trage. Ich will Sie darauf hinweisen, dass es nach dem Stiftungszweck leider keine Möglichkeit gibt, Menschen, die sich durch Streik selbst in Not gebracht haben – so die offizielle rechtliche Sichtweise –, aus einer Stiftung zu unterstützen. Wir können keine Spendenbescheinigungen ausstellen, aber wir können den Geldtransfer abwickeln. Der tiefere Sinn dieses Antrags ist, dass wir Ihnen die Kontonummer zur Kenntnis bringen möchten. Es muss heißen:

Spendenbescheinigungen können nicht erstellt werden.

Wir wollen bei niemandem den Eindruck erwecken, er könne damit eine steuerlich abzugsfähige Quittung von uns erhalten.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Das ist ein Unterschied beispielsweise zur Kirchensteuer.

(Heiterkeit – Beifall)

Trotzdem wird es welche geben, die das tun – ganz viele, so hoffe ich.

Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen**.

Wir kommen zur Thematik Pandemie/Katastrophenschutz. Dabei geht es um die Anträge 67, 5, 8 nebst 8 a und 27. Wir können die Anträge **VII-5** und **VII-67** zusammen behandeln, weil der Antrag 67 vorsieht, dass der Antrag 5 an den Vorstand überwiesen wird, wenn ich das richtig verstehe. Herr Professor Fuchs wird sich dazu äußern, weil er für die Bundesärztekammer die ganze Pandemiediskussion mit den Ländern und dem Bund miterlebt und mitgestaltet hat. Bitte schön.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass der Vorstand den Antrag 5 vorbereitet hatte, wobei dieser Antrag in seinem Grundtenor an die Politik und an die Öffentlichkeit adressiert ist.

Nun gibt es den Antrag 67 mit der Bitte um Rücküberweisung an den Vorstand und Einarbeitung der Petita, die dort von 1 bis 5 aufgeführt sind. Ich darf kursorisch dazu sagen, dass diese Punktationen von 1 bis 5 eher innerärztlich adressiert sind, gleichwohl aber Redundanzen zu dem Inhalt des Antrags 5 darstellen. Es wäre also nicht gut, wenn Sie den Vorstandsantrag an den Vorstand zurücküberweisen würden. Ich denke, wir sind als Bundesärztekammer sowieso gehalten, die Position des Antrags 67 zu verfolgen. Wir werden das unterstützen. Die Rücküberweisung an den Vorstand würde uns letztlich in der politischen Auseinandersetzung, die wir zurzeit führen müssen, schaden.

Ich schlage vor, den Antrag 67 nicht so zu verabschieden, wie es jetzt hier vorgeschlagen wird: Rücküberweisung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fuchs. – Jetzt darf jemand für den Antrag sprechen. Wer tut das? – Bitte, Herr Dr. Schüller aus Nordrhein.

Dr. Schüller, Nordrhein: Wir möchten, dass das als Ergänzung zum Vorstandsantrag angesehen wird, keine Rücküberweisung. Dadurch gibt es zwar Redundanzen, aber insgesamt führt es dazu, dass beide Anliegen berücksichtigt werden. Ich denke, das ist vernünftig so.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Es gibt ja auch Leute, die müssen etwas zweimal lesen; das ist also nicht das Problem. Wenn es ein Ergänzungsantrag ist, dann bekommt das, glaube ich, ein neues Gesicht.

Wenn keine weiteren Wortmeldungen vorliegen, auch nicht zur Geschäftsordnung, stimmen wir darüber ab, ob Sie dem Antrag 67 neu nicht mehr als Überweisungsantrag, sondern als Ergänzungsantrag zum Antrag 5 zustimmen. Wer ist dafür, dass der Antrag 67 befürwortet wird? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen**.

Wer möchte dem Konglomerat von Antrag 5 und Antrag 67 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch das **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag 8 nebst Antrag 8 a. Wir behandeln zunächst den Antrag **VII-8 a**. Danach soll im Antrag VII-8 im dritten Absatz als dritter Satz eingefügt werden:

> *Die Diagnosis Related Groups führen zu Personal- und Bettenabbau in den vorhandenen Krankenhäusern und zur Schließung von Krankenhäusern. Sie sichern nicht die Finanzierung von Vorhaltekosten für Großschadensfälle und Katastrophen. Die Reservelazarett-Organisation der Bundeswehr ist weitgehend aufgelöst, Gleiches gilt für die Vorsorge im Zivilschutz.*

Das ist also die Daseinsvorsorgeproblematik. Dieser Antrag stammt von Herrn Dr. Josten und anderen; ein sehr vernünftiger Antrag, wenn ich mir das zu sagen erlauben darf.

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 8 a zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wer stimmt dem so ergänzten Antrag **VII-8** zur Katastrophenvorsorge zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-27**:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erstellen, damit die zuständigen Ministerien der Länder die Kosten für die Umsetzung der Pandemiepläne und die Behandlung der Patienten übernehmen. Der ärztliche Sachverstand ist bei der Pandemieplanung unabdingbar. In Zeiten gedeckelter Budgets müssen die Kosten für die Prävention einer Pandemie und die Behandlung der Patienten im Rahmen einer Pandemie vom Staat übernommen werden.

Gibt es eine Wortmeldung? – Herr Henke, bitte.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Ich bitte darum, dass man die Worte „die zuständigen Ministerien der Länder“ durch die Worte „der Staat“ ersetzt. Ich kann nicht verstehen, wenn man sagt, das sei ein nationales und gesamtstaatliches Anliegen, und wenn man weiß, dass die Steuerhoheit durch den Bund ausgeübt wird, warum man nicht das Konnexitätsprinzip gelten lässt. Wenn das schon so ist, dann muss man natürlich den Ländern, die am Topf des Bundes hängen, weil die Steuergesetzgebung vom Bund aus erfolgt, die Mittel zur Verfügung stellen, aus denen sie das finanzieren sollen. Anderenfalls bedeutet das im Kern nur, dass man, wie wir das ja in anderen Bereichen auch erleben, mit einer neuen Aufgabe konfrontiert wird – das haben wir bei den gesetzlichen Krankenkassen häufig kritisiert –, für die es keine Finanzmittel gibt.

Wir brauchen das hier nicht auszudiskutieren, wo es dann am Ende landet. Wenn man von den zuständigen Ministerien der Länder spricht, müsste man zumindest einfügen: gegen Kostenerstattung. Aber wenn man sagt „der Staat“, dann ist es, glaube ich, auch klar. Dieser muss das dann regeln.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das sind wir dann alle. Das wäre wahrscheinlich eine gute Formulierung.

Jetzt hat noch jemand das Recht, für den Antrag zu sprechen. – Bitte, Herr Dr. Hesse aus Bayern.

Dr. Hesse, Bayern: Natürlich werden wir diese Formulierung gern ändern. Auf der anderen Seite habe ich mich belehren lassen müssen, dass für die Kosten derzeit die zuständigen Ministerien der Länder aufkommen müssen. Deshalb diese Formulierung. Ich habe nichts dagegen, wenn man auf Antrag von Herrn

Henke sagt: die zuständigen Bundes- und Landesbehörden. Das ist kein Problem.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Dann frage ich zunächst: Wer möchte dem Antrag von Herrn Henke zustimmen, statt „die zuständigen Ministerien der Länder“ zu schreiben: „der Staat“? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist das so geändert.

Wer möchte dem so geänderten Antrag 27 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**.

Damit kommen wir zum Thema Telematik. Dabei geht es um die Anträge 6, 6 a und 6 b. Ich rufe zunächst den Antrag **VII-6 b** auf. Danach soll auf Seite 1 im Antrag 6 im fünften Spiegelstrich folgender Satz ergänzt werden:

> *Bei der wissenschaftlichen Evaluation muss auch untersucht werden, in welchem Maße die Arzt-Patienten-Beziehung durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte beeinflusst wird.*

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Bitte, Frau Groß aus Nordrhein.

Dr. Groß, Nordrhein: Ich möchte nur der Gefahr vorbeugen, dass die Arzt-Patient-Beziehung wieder unter den Tisch fällt, wie es bei der Vorbereitung der elektronischen Gesundheitskarte zum großen Teil geschehen ist. Deshalb möchte ich diese Ergänzung haben.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 6 b zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-6 a**. Danach soll auf Seite 2 des Antrags 6 unter dem bestehenden Spiegelstrich ein weiterer Spiegelstrich eingefügt werden. Ich muss Frau Gitter fragen: Soll das wirklich auf Seite 2 geschehen? Wenn die Seite 1 länger wäre, würde das dann noch unten drunter hingehören? Das würde mehr Sinn machen. – Unsere Profis hier sagen, es soll nach dem dritten Spiegelstrich auf Seite 2 eingefügt werden:

Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist dringlich geboten. Bislang ist der vom BMG behauptete Nutzen gegenüber den Kosten noch nicht nachgewiesen …

Gibt es dazu eine Wortmeldung? – Bitte, Herr Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte nur informativ dazu sagen: Diese Kosten-Nutzen-Analyse läuft ja. Unter Aufsicht der gematik ist die Unternehmensberatung Booz Allen Hamilton seit Januar damit befasst. Die ersten Zwischenergebnisse werden für die kommende Zeit erwartet. Die Forderung geht völlig in Ordnung. Ich wollte Sie nur darauf aufmerksam machen: Das läuft schon.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt kann noch jemand dagegensprechen. – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 6 a annehmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wer möchte dem so geänderten Antrag **VII-6** zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag 6 **in der geänderten Fassung angenommen**.

Dr. Rütz, Nordrhein: Vielleicht bin ich ein bisschen pingelig. Eigentlich dürfte man zu jedem Antrag sprechen, aber der Antrag 6 ist nicht aufgerufen worden. Er ist allerdings schon abgestimmt worden. Ich habe auch nur eine Frage dazu. In den beiden Spiegelstrichen auf Seite 2 wird einmal von einer Ablehnung und einmal von einer klaren Absage gesprochen, wenn bestimmte Bedingungen nicht eingehalten werden. Mir wäre es viel leichter gefallen, diesem Antrag zuzustimmen, wenn ich denn wüsste, was sich die Bundesärztekammer über ein „Nein danke, das wollen wir nicht!“ hinaus vorgestellt hat, wie man gewisse Mechanismen, Techniken oder auch Abfragemodalitäten verhindern kann, die wir eigentlich nicht wollen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist unser Bier; das müssen wir schaffen. Sehe ich das so richtig? Wir haben uns die Meinung gebildet und wie wir das machen, ist eine Angelegenheit der Operationalisierung und der ständigen Kämpfe, die wir zu führen haben. Ich glaube, so muss man es zunächst einmal erklären. Wenn wir im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein wieder zusammentreffen, werde ich über das Ergebnis dieser Auseinandersetzung berichten, so gut ich das kann. Einverstanden? – Okay.

Damit kommen wir zum Themenkomplex Prävention/Impfen. Dazu gibt es eine Menge Anträge, wie Sie sie auf der Leinwand hinter mir aufgeführt sehen. Wir kommen zunächst zum Antrag **VII-62** von Herrn Dr. Bolay, Herrn Professor Kunze und Herrn Dr. Voigt:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, dem Beispiel anderer Länder der Europäischen Union zu folgen und durch geeignete gesetzliche Maßnahmen sowohl den Nichtraucherschutz zu verbessern als auch dem frühen Einstiegsalter in den Nikotinkonsum entgegenzuwirken …*

Das ist eine klare Sache. Wer möchte für den Antrag sprechen? – Bitte schön, Herr Bolay.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Mit Erlaubnis, Herr Präsident, möchte ich den Antrag begründen und in einigen Punkten ergänzen.

(Widerspruch)

Das sollte eigentlich ein Selbstläufer sein.

(Beifall)

Lassen Sie mich noch eines sagen, was nicht in dem Antrag steht: Rauchen schadet auch der nächsten Generation. Das haben wir bewusst nicht in den Antragstext geschrieben, denn wir wollten ein Moralisieren vermeiden. Rauchende junge Eltern – ich sage das ohne Vorwurf – bedeuten ein Gesundheitsrisiko für ihre Kinder.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Richtig!

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Wenn wir uns bei der Verwahrlosung und der emotionalen und sozialen Vernachlässigung von Kindern einmischen, müssen wir uns auch hier einmischen.

Vielen Dank, dass Sie dem zustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Ich könnte Ihnen noch einige Beispiele aus der Plazentapathologie liefern, wie Plazenten von rauchenden Schwangeren aussehen. Die können Sie mühelos erkennen.

Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-7** mit dem Betreff:

Schutz vor Passivrauch in öffentlichen Gebäuden

Wir machen es Italien nach. Dort hält man es tatsächlich durch, dass in öffentlichen Gebäuden nicht geraucht wird.

Ich glaube, ich muss den Antrag nicht vorlesen. Gibt es Wortmeldungen dazu? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 7 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-10** mit dem Betreff:

Gesundheitsförderung an Schulen

Dafür gibt es Vorbilder; das haben wir neulich im Vorstand diskutiert. Gibt es dazu eine Wortmeldung? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag VII-10 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Dann ist der Antrag, glaube ich, einstimmig **angenommen**.

Jetzt kommen wir zum Antrag **VII-31** von Frau Dr. Schulenberg aus Baden-Württemberg. Der Antragstext lautet:

> *Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern möge darauf einwirken, dass bundesweit die Schuleingangsuntersuchung durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt wird.*

Gibt es dazu eine Wortmeldung? – Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-41** von Professor Schulze aus Sachsen. Er möchte zu seinem Antrag sprechen. Bitte schön.

Prof. Dr. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der Antrag ist eigentlich ein Selbstgänger. Die Fülle der Anträge zeigt, dass die Ärzte ihre Hausarbeiten gemacht haben, dass sie Druck machen, dass sie einfach erwarten, dass die vierte Säule im System nun endlich kommt, dass sie ordentlich finanziert wird und dass die ärztliche Kompetenz in diese Präventivaktivitäten einbezogen wird. Mein Antrag zielt darauf ab, dass

wir vom Ärztetag aus ein kräftiges Signal in Richtung Koalition geben, dass wir das erwarten, dass wir das brauchen und dass wir Beiträge dazu zu liefern haben.

Ich weise auf ein sehr gutes Präventionsbuch hin, das von der Truppe Ollenschläger, Schauder, Berthold getragen wird, ein Vielmännerbuch, das die ärztliche Prävention in ausgezeichneter Weise darstellt. Ich will keine Schleichwerbung machen, aber den Hinweis geben, dass dort etwas Gültiges vorgestellt wird, was die ärztliche Intention zur Prävention angeht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Frau Dr. Goesmann hat das Buch auch mit Artikeln bestückt. Es ist also ein Vieldamen- und ein Vielmännerbuch.

(Beifall)

Eine Gegenrede gibt es nicht. Wer stimmt dem Antrag VII-41 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-13**:

> *Die Bundesärztekammer, insbesondere die Ständige Konferenz Prävention, möge sich gerade jetzt im Vorfeld des Gesetzentwurfes dafür einsetzen, dass in einem Präventionsgesetz der Ärzteschaft eine zentrale Aufgabe zukommt …*

Wie wahr, wie wahr!

Gibt es eine Wortmeldung? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Antrag mit ganz großer Mehrheit **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-42** hinsichtlich der Prävention bei Kindern. Der Antrag stammt von Herrn Bodendieck und lautet:

> *Die Landes- und Bundesregierungen sollen Maßnahmen entwickeln, um Kindern sozial schwacher Familien die Teilnahme an kostenpflichtigen schulischen oder außerschulischen Arbeits- und Sportgemeinschaften zu ermöglichen.*

Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Dann kommen wir zum Antrag **VII-77**. Der Betreff lautet:

> *Prävention von Misshandlung, Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen*

Ich hoffe, der Antrag liegt Ihnen vor. Gibt es Wortmeldungen? – Bitte, Frau Dr. Schulenberg aus Baden-Württemberg.

Dr. Schulenberg, Baden-Württemberg: Ich bitte, den letzten Absatz zu streichen. Ich habe den Antrag 85 gestellt, der noch nicht umgedruckt ist. Mein Anliegen ist ein Erfassungssystem für Kinder mit Unfällen, damit man Misshandlungen bundesweit nachvollziehen kann, um weiteren Misshandlungen vorzubeugen und die Familien einer Therapie zuzuführen. Ich denke, wenn es für alle Beteiligten selbstverständlich ist, dass jeder Unfall gemeldet wird, ist es auch keine Desavouierung für die Familie und kann das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Familie nicht stören.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Schulenberg. Wir stimmen über den Antrag 85 anschließend ab. Ich verlese den Text, falls der Antrag bis dahin noch nicht verteilt sein sollte. Sie möchten also, dass im Antrag 77 der letzte Absatz gestrichen wird:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt eine regelhafte Meldung durchgeführter Kindervorsorgeuntersuchungen durch Ärzte ab, da diese einen erheblichen Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Familie bedeutet.*

Das möchten Sie gestrichen haben? Ist das Ihr Antrag? – Gut.

Dazu jetzt bitte Herr Bolay.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu beiden Anträgen Stellung nehmen. Zum einen möchte ich Sie bitten, dem Antrag 77 zu folgen und eine regelhafte Meldung der Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte an irgendwelche Behörden glatt abzulehnen. Das ist nicht unsere Aufgabe und kann auch nicht unsere Aufgabe werden.

(Beifall)

Ich darf gleich zu Ihrem Antrag 85 Stellung nehmen, Frau Schulenberg: Ein solcher Antrag hinsichtlich eines Meldesystems für Unfälle würde dazu führen, dass wir eine Liste von Kindern mit Hyperaktivitätsproblemen und von Kindern mit Koordinationsstörungen haben. Vielleicht sind auch noch Kinder mit Unfällen dabei. Ich möchte mich sehr dagegen aussprechen, ein Meldesystem zu etablieren, bei dem wir alle Unfälle von Kindern weitermelden müssen. Das kann ich mir beim besten Willen nicht vorstellen. Ich bitte Sie, den Antrag zumindest an den Vorstand zu überweisen. Besser wäre es, diesen Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank.

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag 77. Da gibt es den Änderungsantrag, den letzten Absatz zu streichen, der lautet:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt eine regelhafte Meldung durchgeführter Kindervorsorgeuntersuchungen durch Ärzte ab, da diese einen erheblichen Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Familie bedeutet.*

Wer möchte diesen Passus streichen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann bleibt der Antrag unverändert. Wir stimmen also über den unveränderten Antrag 77 ab. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-85**. Frau Schulenberg hat das Recht, dazu zu sprechen. Eben hat sie ja zum Antrag 77 gesprochen. Bitte schön.

Dr. Schulenberg, Baden-Württemberg: Ich habe auch hier kein Problem mit einer Vorstandsüberweisung. Diese Meldepflicht gibt es in anderen Ländern, beispielsweise in den USA und in Großbritannien. Für die Familien dort ist es ganz selbstverständlich, dass ein Unfall erfasst wird. Es wäre vielleicht eine Aufgabe des Vorstands, ein Erfassungssystem zu erarbeiten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Möchte jemand dagegensprechen? – Bitte, Herr Lindhorst.

Dr. Lindhorst, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie müssen wissen, zu welchen Exzessen das in den USA geführt hat. Da klagt die Nachbarfamilie vor Gericht, dass das Jugendamt in einer Art und Weise eingreift, dass letzten Endes Familienschicksale äußerst negativ beeinflusst werden. Wir müssen sehr vorsichtig sein, ein solches Melderegister einzuführen.

(Beifall)

Ich kann das sehr gut verstehen. Ich unterstütze logischerweise, dass wir gegen Kindesmisshandlungen sind. Aber das über ein zentrales Melderegister zu lösen, das kann ein Desaster werden. Ein bisschen Liberalität muss es meines Erachtens trotz allem in unserem Lande noch geben.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Wenn ich es richtig sehe, möchte nun Frau Gitter aus Bremen den Antrag auf Vorstandsüberweisung stellen. Bitte schön.

Dr. Gitter, Bremen: Ich möchte diesen Antrag auf Vorstandsüberweisung begründen. Das Anliegen des Antrags, systematisch zu erfassen, wie hoch die Misshandlungs- und Missbrauchsziffer in unserem Lande ist, ist grundsätzlich sinnvoll, weil wir nur so besser präventiv tätig werden können. Das Ziel wird aber durch diesen Antrag leider nicht erreicht. Wir können das Ziel nicht durch ein Sammeln von Daten über kindliche Unfälle erreichen. Wir sollten uns dieser Idee annehmen, denn sie ist sehr wichtig. Deswegen bitte ich Sie um Vorstandsüberweisung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Ich frage: Wer möchte dem Antrag auf Vorstandsüberweisung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen nunmehr zum Antrag **VII-49** von Herrn Professor Leupold. – Herr Henke möchte sich gegen diesen Antrag aussprechen und möchte dies auch begründen. Bitte schön.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Wir kommen jetzt zu einer ganzen Reihe von Anträgen, die sich mit den Themen Impfen, Impfungsrate, insbesondere Impfungsrate bei Masern, befassen. Wir haben aufgrund des Masernausbruchs in Nordrhein-Westfalen für die nächste Sitzung der Ständigen Konferenz „Prävention“, die für den 9. Juni geplant ist, vorgesehen, dass wir dort das Thema Masernprävention diskutieren. Ich will Sie nicht davon abhalten, sich zu den vielen verschiedenen Anträgen eine Meinung zu bilden.

Die Absicht des Antrags VII-49 besteht darin, die Masernimpfung zu einer Pflichtimpfung zu machen. Das würde dem Prinzip des informierten Einverständnisses als Voraussetzung dafür, dass wir ärztliche Maßnahmen durchführen, widersprechen. Das kann man tun, aber das würde eine gravierende und deutliche Änderung unserer bisherigen Politik bedeuten, weil wir bis dato jedenfalls immer als Gesamtärzteschaft die Auffassung vertreten haben, dass auch Impfungen an das informierte Einverständnis gebunden sind.

Ich erinnere Sie an das, was wir zu der Frage erklärt haben, ob man Pflichtimpfungen für das Medizinalpersonal einführen soll, wenn es um die Hepatitis B geht. Wir haben auch dort immer argumentiert, dass es auf das informierte Einverständnis des einzelnen Betroffenen ankommt, dass wir auch für Ärztinnen und Ärzte und das Krankenpflegepersonal nicht dulden wollen, dass sie mit der Übernahme einer Stelle im Krankenhaus oder einer operativen Funktion automatisch dulden müssen, gegen Hepatitis B geimpft zu werden.

Ich glaube, es ist auch noch nicht so, dass alle Möglichkeiten der Impfprävention und der Intensivierung so ausgeschöpft sind, dass man zu dieser Ultima Ratio greifen müsste.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt darf jemand für den Antrag sprechen. – Bitte sehr, Herr Mau.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn diese Rede vor etwa 200 Jahren von Edward Jenner gehalten worden wäre, hätten wir heute in Deutschland noch die Pocken. Es gibt keine Impfung, die keine Komplikationen hervorruft. Aber es gibt kaum eine medizinische Maßnahme, bei der die Relation zwischen Risiko und Nutzen so präzise und so erfahrungsreich formuliert ist, wie bei der Impfung. In der Bundesrepublik leben wir zurzeit impfmäßig gesehen ziemlich im Mittelalter.

(Beifall)

Wir müssen uns selbst, unsere Kinder und die Nachbarkinder, kurzum: die Gesellschaft vor Erkrankungen schützen. Es kann doch nicht sein, dass wir eine Maßnahme, deren medizinische Wirksamkeit, deren Auswirkungen, deren Folgen, deren Komplikationsdichte seit ewigen Zeiten bekannt sind, in der Bundesrepublik, in Mitteleuropa im Gegensatz zu allen anderen Ländern rings um uns herum so behandeln, als sei es ein Sakrileg, ein Kind zu impfen.

Wenn wir so vorgehen, müssten Sie Ihrem Arzt sagen, Herr Henke: Ich muss zwar operiert werden, aber die Narkose ist komplikationsreich. Die Komplikationsrate bei einer Narkose ist höher als die bei einer Impfung. Das ist bewiesen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt hat einer dafür, einer dagegengesprochen. – Nun gibt es einen Geschäftsordnungsantrag. Bitte schön.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Werte Kolleginnen und Kollegen! Die Komplexität des Themas ist unbestritten. Ich möchte den Antrag auf Vorstandsüberweisung stellen.

(Widerspruch)

Wir haben dafür Gremien wie die STIKO. Es gibt demnächst einen Kinderheilkundekongress mit dem Schwerpunktthema Prävention.

Wir behandeln momentan Themen, die wirklich drängend sind. Wir haben ja vor, einen der nächsten beiden Ärztetage dem Thema Kind zu widmen. Das halte ich für genauso vorrangig wie die Behandlung mit den psychisch Kranken. Wir sollten die Schwächsten der Gesellschaft hier auf dem Deutschen Ärztetag einmal in den Fokus nehmen, zumal es ja immer weniger werden.

(Beifall)

Herr Hoppe, Sie werden auf dem Kinderheilkundekongress wahrscheinlich zusammen mit der Bundesgesundheitsministerin auf dem Podium sitzen. Vielleicht ist auch die Familienministerin anwesend. Auch dort kann man Botschaften loswerden. Ich glaube, die Sache ist so komplex, dass wir das so hier nicht regeln können.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Peters. – Eine Gegenrede von Herrn Crusius. Bitte schön.

Vizepräsident Dr. Crusius: Meine Damen und Herren! Wir haben vorige Woche gerufen: Wir sind die Ärzte! Wir haben den Sachverstand. Wenn wir nach außen das Zeichen geben, dass die deutsche Ärzteschaft gegen die Masernimpfung ist oder sich nicht darüber einig ist, was wissenschaftlich eben von Harald Mau beschrieben wurde, dann ist das nicht gut.

(Beifall)

Wenn man dann die IGeL-Diskussion dagegenhält, ist das etwas, was überhaupt nicht ankommt. Insofern bitte ich Sie, gegen die Vorstandsüberweisung zu votieren und für den Antrag zu stimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Bevor wir zur Abstimmung über den Antrag 49 kommen, gibt es jetzt noch einen Antrag zur Geschäftsordnung.

(Zuruf)

– Ich glaube, die Meinung hier hat sich verfestigt: Wenn man sich nicht sicher ist, dass man die richtige Meinung hat, kann man es wirklich an den Vorstand überweisen, dann kommt es ja auch wieder zurück und wird erneut diskutiert. Wer sicher ist, dass er dazu eine gefestigte Meinung hat, kann auch abstimmen. Wir denken doch nicht das erste Mal über das Impfen nach.

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag 49. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die Mehrheit. Ich frage also: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **angenommen**.

(Beifall)

Jetzt ist auch Herr Lipp zufrieden, oder?

Wir kommen nun zum Antrag **VII-50 neu** von Herrn Professor Leupold:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern auf, zu prüfen, ob gegen Ärzte, die sich explizit und wiederholt*

gegen empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 (3) IfSG aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoßen.

Das ist ein Auftrag an die Berufsordnungsgremien. So muss man das wohl verstehen. Gibt es dazu eine Wortmeldung?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Wortmeldung zum Inhalt, dafür oder dagegen? – Herr Henke möchte sich inhaltlich dazu äußern. Bitte schön.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Damen und Herren! Das ist doch jetzt die notwendige Logik aus dem Beschluss, den Sie gerade gefasst haben.

(Beifall)

Sie haben uns gerade belehrt, dass unsere bisherige Haltung, nämlich zu sagen, auch eine Impfung erfordert das informierte Einverständnis, nicht gilt. Sie haben erklärt: Wir, die deutsche Ärzteschaft, sind der Meinung – das werden wir ab sofort so vertreten –, dass es diese Freiheit der Bürger, darüber zu entscheiden, nicht geben darf. Sie wollen, dass der Staat anordnet, dass Pflichtimpfungen durchzuführen sind. Ungeachtet der Frage wie das zu finanzieren und zu organisieren ist, ist das eine eindeutige Botschaft.

Dann können Sie an dieser Stelle doch nicht kommen und sagen: Wir halten es für gerechtfertigt, dass der Staat, der über weniger Sachkunde verfügt als wir, einen solchen Eingriff in die Grundrechte der Bürger hinsichtlich der Selbstbestimmung beschließt, um anschließend zu erklären: Den Ärzten lassen wir aber die Freiheit, wie sie dazu votieren. Auf der Beratungsebene hinsichtlich der Patienten lassen wir ihnen die Freiheit, aber den Staat wollen wir verpflichten. Das wäre total widersprüchlich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das ist also ein Antrag gegen die Vorstandsüberweisung. – Möchte jemand für die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte schön, Herr Nick.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Ich widerspreche Ihnen ungern, aber nehmen Sie bitte zur Kenntnis, dass es schon ein gradueller Unterschied ist, ob ich die Ärzte zu einer bestimmten Therapie verpflichte und sie, wenn sie das nicht einhalten, berufsrechtlich verfolge, oder ob ich als Gesetzgeber klare Prämissen vorgebe und erkläre: Es besteht für Masern eine Impfpflicht und jeder Arzt, der dies nicht tut, wird strafrechtlich verfolgt. Das ist doch ein weites Feld. Ich denke, man muss die Sache ein bisschen differenzierter betrachten.

Da das so kompliziert ist, würde ich dem Antrag, wie er gestellt ist, nicht entsprechen wollen, sondern diese schwierige Materie in der Tat lieber an den Vorstand überweisen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Ich frage also: Wer möchte den Antrag 50 neu an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Ich frage also: Wer möchte dem Antrag 50 neu zustimmen? – Wer ist dagegen? – Weniger. Dann ist der Antrag **angenommen**.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-51**, ebenfalls von Herrn Professor Leupold:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Länderministerien auf, die notwendigen Rechtsbestimmungen zu erlassen, dass in Gemeinschaftseinrichtungen … nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die einen vollständigen Impfstatus … vorweisen können …*

Das gibt es ja auch in einigen Ländern. – Gibt es dazu eine Diskussion? – Bitte, Herr Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Ich möchte gegen diesen Begriff des informed consent angehen und den Antrag unterstützen. Wie wollen Sie von einem zwei- und dreijährigen Kind einen informed consent erwarten? Wir müssen ganz klar feststellen, dass ein Kind nicht das persönliche Eigentum von Eltern ist und auch nicht das Objekt irgendwelcher Planvorstellungen oder illustren Vorstellungen von Eltern, sondern dass eine gemeingesellschaftliche Verantwortung für die Kinder existiert, die nicht für sich selber sprechen können. Sie müssen letzten Endes den Schaden aushalten und ertragen, der ihnen durch eine eventuell unterlassene Impfung zugefügt wird.

Es wird gern auch Folgendes vergessen: Bei der Tuberkulose ist es überhaupt kein Problem, wenn sich jemand der Therapie entzieht, ihn über Zwangsmaßnahmen irgendwo unterzubringen und zu therapieren. Es ist ohne weiteres möglich, dass mein Kind, das vielleicht immunschwach ist und die eine oder andere Impfung nicht über sich ergehen lassen kann, mit Kindern konfrontiert

wird, die aus falschen Liberalitätsvorstellungen heraus nicht geimpft wurden. Deswegen bin ich durchaus für eine Pflichtimpfung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt bitte Frau Friedländer.

Dr. Friedländer, Nordrhein: Auch wenn heute Vatertag ist, möchte ich mich gern als Mutter melden. Herr Präsident, ich möchte dagegensprechen, weil ich es inzwischen unerträglich finde, dass man nicht mehr glaubt, dass Eltern ihre Kinder erziehen können, dass sie Fürsorge für sie walten lassen und dergleichen.

(Beifall)

Ich meine, dass der Staat nicht überall eingreifen muss. Ich bin der Meinung, dass Eltern das sehr wohl können und die Möglichkeit haben sollen und dies natürlich positiv beeinflusst werden soll.

Ich habe sehr viel Vertrauen in Eltern, und zwar unabhängig vom Bildungsstatus. Deswegen bin ich dagegen, dass man Pflichtimpfungen in irgendwelchen Gemeinschaftseinrichtungen und dergleichen fordert. Wir als Ärzte müssen die Eltern überzeugen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag VII-51. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

(Beifall)

Wir kommen zum Antrag **VII-52**:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Bundes- und Länderministerien auf, eine Impfmeldepflicht einzuführen.*

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Bitte, Herr Bolay.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich wurde vom Befürworter dieses Antrags gebeten, erst einmal meine Einwände gegen diesen Antrag vorzubringen. Als Kinder- und Jugendarzt impfe ich täglich. Ich tue das aus voller Überzeugung. Ich möchte gern auch künftig meine Energie darauf verwenden, Eltern von der Notwendigkeit der Impfung zu überzeugen. Wenn wir Gesellschaft, Politik und Medien davon überzeugen können, mit an diesem Strang zu ziehen, den wir mit den vorangegangenen Anträgen beschlossen haben, wird sich die Durchimpfungsrate sicherlich verbessern lassen.

Wir brauchen keine Impflisten, wir brauchen keine Listen, die den Mangel verwalten. Entsprechende Statistiken können bereits aus den Abrechnungszahlen der KV generiert werden. Sie stehen dort zur Verfügung.

Ich möchte Sie daher bitten, diesen Antrag vielleicht an eine Kommission zum Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen zu überweisen. Besser wäre es, diesen Antrag abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Bolay. – Jetzt bitte Herr Mau aus Berlin.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Diejenigen, die den Vorschlag machen, diesen Antrag in eine Kommission zum Abbau der Bürokratie zu delegieren, sind bestimmt nicht mit der Behandlung geimpfter bzw. nicht geimpfter Kinder und deren Eltern befasst. Die Impfpflicht stellt eine Sicherheit erstens für den Patienten und zweitens für die Gemeinschaft insgesamt, in der die Kinder leben, dar, ganz egal, ob es eine Klasse oder eine Kindergartengruppe oder Geschwisterkinder sind. Sie stellt zum Dritten eine Sicherheit für den Arzt dar. Viertens dient sie den Eltern. Ich beschäftige mich seit mehr als 40 Jahren mit den Eltern kranker Kinder. Mein Vertrauen in die Mündigkeit von Eltern ist begrenzt. Ich könnte jetzt fünf von Ihnen heraussuchen, die Kinder haben, und keiner könnte mir sagen, wann seine Kinder geimpft worden sind. Das übersteigt einfach das Erinnerungsvermögen. Das ist ja auch nicht etwas, was die Familie so belastet. Der Aufwand hierfür ist minimal.

Ich komme aus einem Land, in dem ich diesen staatlich verordneten Impfterror 40 Jahre lang erlebt habe. Ich habe es 25 Jahre lang als Arzt mitgemacht. Der Aufwand ist wirklich minimal, aber der Nutzen ist extrem hoch.

Wir sollten uns deshalb nicht unter Berufung auf irgendwelche ominösen Freiheitswerte verwehren. Es fördert den Nutzen der Kinder.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mau. – Jetzt können wir über den Antrag abstimmen. Wer möchte dem Antrag zur Impfmeldepflicht zustimmen? – Wer möchte den Antrag ablehnen? – Das müssen wir zählen. Die Beteiligung ist nicht sehr groß und die Verteilung der Stimmen ist ungefähr ausgeglichen. Ich frage also noch einmal: Wer will dem Antrag, eine Impfmeldepflicht einzuführen, zustimmen? – Wer ist gegen den Antrag 52? – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit 106 : 91 Stimmen **abgelehnt**.

Wir kommen damit zum Antrag **VII-53**. Es geht um eine höhere Durchimpfungsrate. Der Antrag lautet:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Ministerien der Bundesländer auf, eine vollständig erfolgte Durchimpfung von Säuglingen und Kleinkindern – entsprechend den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) – zur Voraussetzung für die Aufnahme in überwiegend staatlichen finanzierten Kinderkrippen und Kindergärten zu machen und diese in dem künftigen Präventionsgesetz auch gesetzlich zu verankern.*

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Herr Professor Kunze.

Prof. Dr. Kunze, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Nachdem Sie den vorhergehenden Antrag zur Masernpflichtimpfung positiv beschieden haben, dürfte es Ihnen nicht schwer fallen, auch diesen Antrag positiv zu bescheiden. Ich erinnere daran, dass die Ministerin in ihrer Rede bei der Ärzteschaft angemahnt hat, wir müssten alles unternehmen, die Durchimpfungsrate zu erhöhen. Hier haben wir jetzt als deutsche Ärzteschaft die Möglichkeit, die Durchimpfungsrate zu erhöhen. Das bedeutet nicht eine Pflichtimpfung; das möchte ich ganz klar betonen. Das gilt nur für die Aufnahme in überwiegend staatlich finanzierten Kinderkrippen und Kindergärten. Wenn jemand das wirklich nicht will, dann kann er das Kind in private Betreuungseinrichtungen geben. Aber in den staatlich finanzierten Kinderkrippen und Kindergärten müssen wir es fordern. Es ist überhaupt nicht einzusehen, dass einige private Schulen massiv gegen die Impfung auftreten, aber staatliche Unterstützung erhalten. Das muss aufhören. Deswegen bitte ich Sie um Zustimmung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Möchte jemand dagegensprechen? – Niemand. Wer möchte dem Antrag 53 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Damit kommen wir zum Themenkomplex Arzneimittel. Dazu liegen die Anträge 14, 16 und 20 vor.

Herr Dreyer hat sich zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dreyer, Nordrhein: Aufgrund der doch etwas widersprüchlichen Abstimmungen zum Thema Impfung bin ich der Meinung, wir sollten zu diesem Komplex Prävention und Impfung entweder eine zweite Lesung durchführen oder die Anträge an den Vorstand überweisen, um ein einheitliches Bild nach außen zu geben und um die Komplexität dieses gesamten Pakets deutlich zu machen. Wir haben den MNR-Impfstoff und dann sollen wir einen Monoimpfstoff für Masern benutzen, nur weil es eine Impfpflicht für Masern gibt?

Ich wiederhole: Das ist ein so sensibles Thema, dass wir entweder eine zweite Lesung mit entsprechender Diskussion durchführen oder wegen der Komplexität der Materie die Anträge an den Vorstand überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu möchte Herr Windhorst vom Vorstand der Bundesärztekammer sprechen. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Bei aller Wertschätzung für Herrn Dreyer in anderen Bereichen kann ich Sie nur bitten, dem nicht zuzustimmen. Das sage ich nicht wegen der Zeitprobleme. Wir werden die Thematik Prävention und Kinder auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage gesondert behandeln. Dann haben wir die Möglichkeit, die Thematik in ihrer ganzen Komplexität zu behandeln. Insofern bitte ich Sie, lassen Sie uns jetzt weiterarbeiten.

(Beifall – Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. Ich interpretiere das, was Herr Dreyer eben vorgetragen hat, als Antrag auf eine zweite Lesung, damit wir eine

erneute Abstimmung durchführen können. Das muss formal so ablaufen. Ich frage Sie: Wer möchte eine zweite Lesung zum Thema Prävention/Impfen? – Wer ist dagegen? – Das ist eine Riesenmehrheit. Das Erste war niemals ein Drittel. Darüber sind wir uns hier oben einig. Das haben eine ganze Menge von Augen gesehen.

Wir kommen jetzt also zum Themenkomplex Arzneimittel mit den Anträgen 14, 16 und 20. Ich rufe zunächst den Antrag **VII-14** von Herrn Heinz aus Rheinland-Pfalz auf:

> *Der Ärztetag fordert vom Gesetzgeber die Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen für eine Transparenz bei der Kalkulation von Medikamentenpreisen, insbesondere im Bereich der Generika …*

In der Begründung wird aufgezählt, wie das heute so läuft, wie alles aus einem Topf genommen wird, unterschiedlich eingefärbt und dann unterschiedlich teuer verkauft wird. So habe ich das verstanden.

Jetzt bitte Herr Möhrle zur Geschäftsordnung.

Dr. Möhrle, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es liegen uns drei Anträge vor, die sich mit dem Thema Arzneimittel befassen. Der erste Antrag, der jetzt aufgerufen ist, geht von den Kosten aus. Der zweite Antrag befasst sich mit einer Datenbank. Der dritte Antrag ist noch komplexer.

Ich muss Ihnen sagen: Ich fühle mich angesichts fehlender objektivierbarer Unterlagen nicht imstande, hier ein Urteil abzugeben. Die Sachverhalte bei der Arzneimittelherstellung und bei der Arzneimittelanwendung sind ja viel komplexer, als es in diesen drei Anträgen zum Ausdruck kommt. Beispielsweise wird das Thema Galenik überhaupt nicht angesprochen.

Deshalb schlage ich Ihnen vor, die Anträge 14, 16 und 20 en bloc an den Vorstand zu überweisen, der sich detailliert damit befassen soll.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Spricht jemand gegen diesen Antrag? – Bitte, Herr Holzborn.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche mich sehr gegen diesen Vorschlag aus. Endlich wird hier der Versuch unternommen, Licht in die Kalkulation der Pharmaindustrie zu bringen, die nämlich zum Himmel stinkt.

(Beifall)

In Zeiten, da Gerichte die Stromversorger und die Gasversorger zwingen, ihre geheimen Kalkulationen offen zu legen, können wir in diesem Bereich, der ja auch der Versorgung der Öffentlichkeit dient und bei dem der Kunde wenig Einfluss auf die Preise hat, weil er ja nicht ausweichen kann, verlangen, dass die Industrie etwas vorlegt. Wir sehen ja, dass die Preise im Ausland viel niedriger sind und dennoch Gewinne erzielt werden.

Ich bin der Meinung, gerade der Antrag 14, der jetzt hier aufgerufen worden ist, muss positiv beschieden werden, um ein Zeichen zu setzen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Holzborn. – Wir stimmen über den Antrag ab, ob wir die drei Anträge, wie von Herrn Möhrle gefordert, en bloc an den Vorstand überweisen. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Zweite ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist die Vorstandsüberweisung nicht beschlossen.

Damit kommen wir zum Antrag 14. Ich frage, ob es dazu eine Wortmeldung gibt? – Bitte, Herr Heinz aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Heinz, Rheinland-Pfalz: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz für meinen Antrag sprechen. Ein Kollege hat mich gefragt: Wollen Sie Gängelei oder Markt und Transparenz? Natürlich will ich Markt und Transparenz und keine Gängelei. Der Antrag kommt dadurch zustande, dass wir so extrem gegängelt werden, und aus der Wut heraus, dass wir, wenn wir ein teures Präparat verordnen, für die Konsultation 1,27 Euro bekommen, während wir gleichzeitig wissen, dass andere über unsere Arbeit einen Riesengewinn einfahren. Es ist völlig klar, dass wir das Grundgesetz nicht ändern können. Ich möchte aber, dass von hier aus ein Signal ausgeht, dass wir uns ganz schlecht behandelt fühlen. Ich möchte, dass Öffentlichkeit für dieses Thema entsteht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Spricht jemand dagegen? – Bitte sehr.

Prof. Dr. Paravicini, Westfalen-Lippe: Herr Heinz, ich finde den Antrag im Wesentlichen in Ordnung. Nur in einem Punkt kann ich ihn noch nicht nachvollziehen. Sie müssen uns unbedingt sagen, welches Ihres sichere Quelle für diesen Rohstoff Omeprazol ist.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sonst können Sie nicht zustimmen? Das ist der entscheidende Punkt? Sonst wäre es ja keine Gegenrede gewesen.

Dann frage ich jetzt: Wer möchte dem Antrag 14 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

(Beifall)

Herr Heinz sagt die sichere Quelle jemandem einmal ins Ohr.

Wir kommen zum Antrag **VII-16**. Ich darf hier von vornherein sagen, dass dieser Antrag hoch finanzwirksam für die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist. In solchen Fällen haben wir die Angewohnheit, darum zu bitten, dass Sie das an den Vorstand überweisen, damit wir erst einmal schauen, wie teuer das ist und wie man es am besten hinbekommt, damit wir nicht etwas realisieren müssen, was wir überhaupt nicht bezahlen können. Die Landesärztekammern sind so schrecklich traurig, wenn wir die Beiträge erhöhen müssen. Sie verstehen, was ich meine.

Wer möchte zu dem Antrag sprechen? – Bitte, Herr Heinz.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Trotzdem darf jemand zu dem Antrag sprechen.

Dr. Heinz, Rheinland-Pfalz. Dann spreche ich gegen die Vorstandsüberweisung. Ich möchte ganz vehement der Ansicht widersprechen, dass das finanzintensiv ist. Es ist ja im Grunde genommen eine ganz einfache Geschichte, die jeder von uns machen könnte. Wir haben in unserer Praxis eine dicke Gelbe Liste und eine dicke Rote Liste. Wir könnten eine entsprechende Liste mit zwei Leuten innerhalb von 14 Tagen erstellen. Sie braucht nur 300 Substanzen zu enthalten. Das ist überhaupt kein Problem.

Wichtig ist nur, dass dies eine Liste wäre, auf die sich alle Ärzte geeinigt haben. Wir können sie Weiße Liste nennen. Wir haben dann tatsächlich die Möglichkeit, Verordnungen ohne Preise zu tätigen. Damit hätten wir die Verantwortung vom Halse, die man uns angehängt hat. Ich sehe diesen großen Finanzbedarf für eine solche Liste nicht.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Es kommt natürlich auf die Wertigkeit dieser Liste an. Wir sind ja immerhin als Arbeitsgemeinschaft eine Vertretung von Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die KBV ist direkt eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Es handelte sich ja nicht um eine private Liste, die man zusammenstellen kann, in der steht: Für Fehler sind wir nicht verantwortlich. Wir übernähmen hier auch eine Verantwortung. Insofern hat das eine andere Dimension. Es wäre besser, wenn wir darüber noch einmal kräftig nachdenken würden.

Die Vorstandsüberweisung ist beantragt. Ich frage zunächst einmal: Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir haben die Möglichkeit, uns gründlich Gedanken darüber zu machen. Das Anliegen selber ist ja ein gutes.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-20** von Herrn Munte.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand für den Antrag 20 sprechen? – Das ist nicht der Fall. Herr Windhorst hat Vorstandsüberweisung beantragt und möchte dazu sprechen. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte das kurz begründen. Lieber Axel, dieses Problem ist sehr komplex. Die KBV hat schon signalisiert, eine Positivliste in Kombination mit Festbetragsregelungen anzudenken. Das ist die eine Ebene. Die zweite Ebene ist, dass wir die Versorgungsforschung als ein Instrument der Gesundheitsentwicklung ansehen und nicht unter dem Damoklesschwert des IQWiG oder der Ökonomie schon gleich im Vorfeld einengen lassen. Deshalb finde ich es ganz gut, wenn wir das noch einmal neu überlegen und das IQWiG vielleicht herausnehmen und das Diktat der Ökonomie etwas abschwächen, um die Versorgungsforschung, wie sie Herr Scriba heute Vormittag dargestellt hat, erst einmal anwenden zu können.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das war die Begründung für die Vorstandsüberweisung. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag 20 dem Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Damit kommen wir zum Themenkomplex Krankenhaus. Dazu gehört als erster Antrag der Antrag **VII-17** von Herrn Albrecht aus Berlin. Ich frage, ob dazu jemand sprechen möchte. – Bitte schön.

Dr. Köhne, Nordrhein: Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Das Anliegen von Herrn Albrecht ist wichtig und richtig. Die Idee ist gut, der Antrag aber leider nicht. Die gesetzlichen Voraussetzungen, die Fortbildung vom Arbeitgeber finanzieren zu lassen, sind bereits gegeben. Er darf seine Arbeitnehmer entsprechend freistellen. Wenn ich als Geschäftsführer diesen Antrag lesen würde, würde ich sagen: Solange das nicht in den DRGs enthalten ist, muss ich die Fortbildung nicht finanzieren. Das könnte als Freibrief interpretiert werden. Es ist sicher nicht so gemeint.

Die Idee ist gut und wichtig. Wir sollten das im Vorstand der Bundesärztekammer besprechen. Deshalb beantrage ich Vorstandsüberweisung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, das hohe Haus kann diesen Antrag positiv bescheiden, und zwar nicht nur deshalb, weil die Hauptversammlung des Marburger Bundes dies bereits getan hat, sondern weil es dazu einen Präzedenzfall gibt. Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat mich darauf hingewiesen, dass im Bereich der Krankenschwestern in den 80er-Jahren ein Passus eingefügt wurde, als dort neue Anforderungen auf die Krankenschwestern übertragen wurden, die Krankenkassen per Gesetz in die Pflicht zu nehmen, dies dann auch zu finanzieren.

Es gibt also einen Präzedenzfall, es gibt ein Gesetz und es gibt einen schönen Auftrag. Diesen Auftrag sollten wir dorthin spielen, wohin er gehört.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Dann frage ich zunächst einmal: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? Das hat Herr Köhne beantragt.

(Zuruf)

– Das war eine Gegenrede gegen die Vorstandsüberweisung und zugleich eine positive Einlassung gegenüber dem Antrag – so habe ich das verstanden –, während Herr Köhne den Antrag von der Idee her auch gut fand, allerdings so, wie er hier vorliegt, ablehnungsbedürftig. Er möchte den Antrag aber nicht ablehnen, sondern an den Vorstand überweisen, damit dieser etwas Gutes daraus macht. So ungefähr muss man das Ganze verstehen.

Wer möchte den Antrag 17 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Dann stimmen wir hier über den Antrag 17 ab. Wer ist für den Antrag 17? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-71** von Herrn Veelken und Frau Dr. Lutz aus Berlin:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in geeigneter Form darzustellen, inwieweit bei der Kalkulation der DRG durch das INeK ärztliche Personalkosten aufgrund nicht bezahlter oder anderweitig ausgeglichener Überstunden bei weitem zu tief kalkuliert wurden.*

Das nennt man manchmal Selbstgänger. Gibt es die Notwendigkeit, das zu begründen? – Nicht. Gegenrede? – Auch nicht. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Wir kommen damit zum Antrag **VII-26** von denselben Antragstellern:

> *Mit großer Sorge registriert der 109. Deutsche Ärztetag, dass durch die Einführung der DRG die Weiterbildung im Krankenhaus akut gefährdet ist …*

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 26 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-29**, ebenfalls von denselben Antragstellern:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Tarifparteien auf, klare Regelungen zur Erfassung von Arbeitszeit im Krankenhaus zu treffen und flächendeckend elektronische Zeiterfassungssysteme einzuführen.*

Der Nachteil ist bloß: Wenn man sich elektronisch abgemeldet hat, kann man immer noch da bleiben. Das gibt es ja. Trotzdem ist das natürlich eine Idee für sich.

Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist klar **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-36** hinsichtlich des familienfreundlichen Krankenhauses:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die deutschen Krankenhäuser auf, sich aktiv an der von Marburger Bund und berufundfamiliegGmbH initiierten Kampagne für ein „Familienfreundliches Krankenhaus“ zu beteiligen …*

Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist klar **angenommen**.

Weiter geht es mit dem Antrag **VII-40** von Frau Haus zu flachen Hierarchien im Krankenhaus:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert eine Neustrukturierung des veralteten deutschen Kliniksystems hin zu flexiblen und selbstständigen Teameinheiten und Installierung einer zweistufigen Hierarchie mit individueller Eigenverantwortlichkeit der Leiter.*

Das ist Westerland auf Modern.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte jetzt entscheiden? – Das ist die Mehrheit. Ich frage also: Wer ist für den Antrag? – Das ist die klare Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Wir kommen nunmehr zum Antrag **VII-63**:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, in geeigneter Weise darauf hinzuwirken, dass das Problem der ärztlichen Mitarbeiterbeteiligung an den Honoraren aus der Behandlung von Privatpatienten unter den Bedingungen der neuen Chefarztverträge und der W-Besoldung der klinischen Abteilungsleiter an den Universitätskliniken bei den Klinikleitungen mit Nachdruck*

thematisiert und einer einheitlichen transparenten Lösung zugeführt wird.

Im ausgedruckten Text heißt es statt „Klinikleitungen“ fälschlicherweise „Klinikleistungen“.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand inhaltlich dazu sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen, den Antrag zu überweisen? – Noch einmal bitte: Wer ist dafür, dass der Antrag überwiesen wird? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wir stimmen also hier über den Antrag 63 ab. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist bei zahlreichen Gegenstimmen klar **angenommen**.

Der nächste Themenkomplex ist das Berufsrecht. Dazu liegen die Anträge 18 und 24 vor. Ich rufe zunächst den Antrag **VII-18** auf:

Der Deutsche Ärztetag appelliert nachdrücklich an die Delegiertenversammlungen der Landesärztekammern, die Regelungen der (Muster-)Berufsordnung und (Muster-)Weiterbildungsordnung zeitnah und möglichst inhaltsgleich in den einzelnen Landesärztekammern in Satzungsrecht umzusetzen.

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Es ist Nichtbefassung beantragt. Möchte jemand inhaltlich zu diesem Antrag sprechen oder sich zu der Nichtbefassung äußern? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir gleich darüber ab, ob wir uns mit dem Antrag im Sinne einer Abstimmung nicht befassen wollen. – Bitte, Herr Lindhorst.

Dr. Lindhorst, Hessen: Meine Damen und Herren! Ich verstehe das Interesse daran, in Deutschland in den einzelnen Bundesländern eine mehr oder minder inhaltsgleiche Weiterbildungsordnung haben zu wollen. Das ist gar keine Frage. Ich habe aber große Schwierigkeiten mit der Begründung des Antrags. Hier wird dem, der dieses Gesetz gegen uns und gegen die Kompetenzen unserer Kammer ändert, indirekt Vorschub geleistet. Wenn Sie dem Antrag schon zustimmen wollen – wogegen ich mich ausspreche –, dann sollte bitte die Begründung gestrichen werden. Das öffentlich so zu diskutieren, halte ich für genau den falschen Weg.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Die Begründung wird aber nie veröffentlicht. Beschlussgut ist nur der eigentliche Antrag. Die Begründung ist nur für uns hier.

Es gibt den Antrag auf Nichtbefassung mit diesem Antrag. Wer möchte dem zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen. Wir werden also über diesen Antrag nicht abstimmen, sondern in den Papierkorb tun.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-24** von Herrn Munte:

> *Kooperationen (fachgruppen-, versorgungsebenen-, sektorenübergreifend) sind die Versorgungsmodelle der Zukunft und sollten vonseiten der Politik, der Spitzenverbände, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer entsprechend gefördert werden (z. B. durch finanzielle Anreize).*

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Bitte, Herr Calles.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Sichtweise ist nicht ganz falsch, aber ich denke, man könnte dem Antrag zustimmen, wenn er lauten würde: Kooperationen sollten vonseiten der Politik, der Spitzenverbände, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend gefördert werden, beispielsweise durch finanzielle Anreize, und werden vonseiten der Bundesärztekammer ideell unterstützt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Gibt es eine weitere Wortmeldung?

(Zurufe: Vorstandsüberweisung! Nichtbefassung!)

– Es gibt den Antrag auf Nichtbefassung, den Antrag auf Vorstandsüberweisung, einen Änderungsantrag und schließlich den Antrag auf Verabschiedung. Ich frage zunächst: Wer möchte sich mit dem Antrag abstimmungsmäßig nicht befassen? – Wer möchte sich doch damit befassen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Gleich ist es 17.45 Uhr. Die eine Möglichkeit ist, dass wir die Sitzung für heute beschließen und uns morgen früh wiedertreffen.

(Beifall)

– Ich würde mich auch darauf freuen. Wir können aber auch den Rest der Anträge an den Vorstand überweisen. Das ist nicht so elegant.

Dann treffen wir uns morgen früh um 9 Uhr wieder.

(Zurufe: 10 Uhr!)

– Ich höre, dass der Antrag gestellt wird, dass wir uns morgen um 10 Uhr wiedertreffen.

(Beifall)

Wer stimmt dem Antrag zu, dass wir uns morgen um 10 Uhr wiedertreffen? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir wohl zählen.

Ich frage zunächst einmal Folgendes: Wer ist überhaupt dafür, dass wir uns morgen wiedertreffen und für heute Schluss machen? Wer meint, dass dies das Richtige ist? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Wir treffen uns also morgen wieder.

Jetzt stellt sich die Frage, ob wir uns um 10 Uhr oder um 9 Uhr treffen. Der weitergehende Antrag ist derjenige, dass wir uns erst um 10 Uhr treffen; 9 Uhr steht sowieso im Programm. 10 Uhr ist der weitergehende Antrag, weil es später ist; das ist gar keine Frage.

(Zurufe)

– Kompromiss: 9.30 Uhr.

(Beifall)

Wer ist für 9.30 Uhr? – Wer ist gegen 9.30 Uhr? – Das Erste war die klare Mehrheit. Wir treffen uns morgen also um 9.30 Uhr wieder. Sie können auch schon um 9 Uhr kommen und sich intensiv mit den Anträgen beschäftigen. Dann ist die Zeit zwischen 9.30 Uhr und dem Schluss des Ärztetages nicht mehr so lang.

Schön, dass wir uns jetzt zu dem Abend begeben können, zu dem uns Herr Friebel einlädt. Ich bin ganz sicher, dass wir dort viel Freude haben werden.

Bis morgen um 9.30 Uhr!

4. Tag: Freitag, 26. Mai 2006
Nur Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne die Sitzung des letzten Tages unseres diesjährigen Ärztetages. Ich bedanke mich zunächst einmal sehr, sehr herzlich – ich glaube, in Ihrer aller Namen – bei Henning Friebel und seinem Team für die gestrige Abendveranstaltung.

(Beifall)

Es war ein großes Erlebnis. Wer sieht schon zwölf Pferde von diesem Kaliber zusammen und dann auch noch bei diesem Versuch! Ich glaube, der Jahrtausendturm ist eine Reise wert. Ich bin ganz sicher, dass nicht wenige Eltern mit ihren Kindern und Großeltern mit ihren Enkelkindern wieder hierher kommen, um einen Tag in diesem Turm zu verbringen, um anhand von Bildern und Experimenten vieles zeigen zu können, was die Schule heute nicht mehr bietet. Das ist eine große Leistung derjenigen, die diesen Turm gebaut haben. Wir sind sehr froh, dass wir wissen, dass es ihn gibt.

Wir bedanken uns außerdem natürlich für die großzügige lukullische Betreuung während des gestrigen Abends. Wir hatten alle viel Freude daran. Selbst das Wetter hat uns kein Jota von dieser Freude genommen; das muss man einfach so sagen. Noch einmal herzlichen Dank, lieber Henning!

(Beifall)

Herr Friebel möchte sich dazu äußern. Bitte schön.

Dr. Friebel, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Bezeugung, dass es Ihnen gefallen hat. Das alles geht aber nur, wenn man eine starke Mannschaft hinter sich weiß, die die Organisation und die vielen, vielen Arbeiten, die dazugehören, bewältigt. Das gilt natürlich auch für den gesamten Ärztetag. Ich bedanke mich bei allen Helfern, insbesondere bei meiner Kaufmännischen Geschäftsführerin Frau Schmidt, die mit enormer Akribie alles mit vorbereitet hat.

Wir werden Ihren Dank an die vielen, vielen Helfer weiterleiten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Nochmals vielen Dank, auch an diejenigen, die Herr Friebel gerade genannt hat.

Wir setzen unsere Beratungen fort. Wenn es keine sonstigen Wünsche gibt, behandeln wir die zum Tätigkeitsbericht gestellten Anträge weiter.

Der nächste Themenkomplex betrifft die Qualitätssicherung. Dazu liegt der Antrag **VII-22** von Herrn Munte aus Bayern vor. Herr Jonitz möchte sich dazu äußern. Er ist sozusagen der Qualitätssicherungsbeauftragte des Vorstands der Bundesärztekammer. Er leitet die entsprechenden Gremien. Bitte schön, Herr Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zu den Anträgen 19 und 22. Nach Rücksprache mit dem Antragsteller bitte ich um Vorstandsüberweisung. Das Anliegen ist berechtigt. Gleichwohl würden wir, wenn wir es so beschließen, wie es dort steht, Gefahr laufen, dass wir Sozialrecht vor Berufsrecht stellen und flächendeckend alles mit den Verfahren überziehen, unter denen wir in der Praxis gelegentlich zu leiden haben. Deshalb bitte ich um Vorstandsüberweisung. Wir gehen sachgerecht damit um.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Gibt es jemanden, der für den Antrag oder gegen die Idee der Vorstandsüberweisung sprechen will? – Das ist nicht der Fall. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung geht vor. Wer möchte den Antrag 22 an den Vorstand überweisen? – Das scheint die Mehrheit zu sein. Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Wir kommen zum Themenkomplex GKV. Dazu gibt es eine ganze Reihe von Anträgen. Wir beginnen mit dem Antrag **VII-19** von Herrn Munte:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Möglichkeit zu schaffen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den örtlich zuständigen Heilberufe-Kammern auch Informationen darüber weitergeben können, dass einzelne Ärzte für die Erbringung bestimmter einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe nicht qualifiziert sind.*

Herr Jonitz hat bereits Vorstandsüberweisung beantragt. Der Antrag bedeutet, dass man auch auf diesem Wege versuchen will, denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die nicht im GKV-System Leistungen erbringen dürfen, zu verbieten, dass sie die Leistungen bei nicht versicherungspflichtigen Patienten, den so genannten Privatpatienten oder Selbstzahlern, erbringen. Sie kennen ja die Kritik, dass man sagt: Bei der Kasse darf er es nicht, aber bei Privatpatienten doch. Das steckt wohl hinter diesem Antrag.

Das ist insofern etwas bedenklich, als sich die privaten Krankenversicherungen zunehmend wie die GKV verhalten und bei ihren Auseinandersetzungen mit den Kammern und auch mit Ärztinnen und Ärzten immer darauf schielen, was der Gemeinsame Bundesausschuss als zulässig ansieht, was im GKV-System zugelassen ist. Sie richten sich danach bei Auseinandersetzungen mit PKV-Patienten. Sie verstehen nicht, dass das eine völlig andere Dimension, eine ganz andere Ebene ist, dass es sich hier um einen individuellen Behandlungsvertrag handelt und nicht etwa um ein im Kollektivvertragssystem stattfindendes Ereignis. Wir müssen hier eher der PKV beibringen, dass sie sich selbst umbringt, wenn sie so weitermacht und sich der GKV so sehr annähert, dass die Politik zum Schluss keinen Unterschied mehr sieht und entsprechende politische Konsequenzen ziehen kann.

(Beifall)

Das ist der Gesamtzusammenhang.

Herr Jonitz hat Vorstandsüberweisung zu dieser komplizierten Materie beantragt. Möchte sich jemand Ihrerseits äußern? – Bitte, Herr Rütz aus Nordrhein.

Dr. Rütz, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal finde ich es erstaunlich, dass der Antragsteller bei einem so schwerwiegenden Antrag den Ärztetag schon verlassen hat. Aber das ist nur eine persönliche Anmerkung. Ich möchte den Antrag auf Nichtbefassung stellen, weil hier die GKV in unser System der freien Ärzteschaft hineingetragen werden soll. Deswegen glaube ich, dass wir besser beraten sind, uns mit diesem Thema nicht zu befassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das ist ein noch weitergehender Antrag. – Gibt es eine weitere Wortmeldung, etwa auch zur Frage der Nichtbefassung? – Bitte, Herr Pommer.

Dr. Pommer, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte gegen die Nichtbefassung sprechen. Es hat sich in Deutschland eingebürgert, dass Leute, die beispielsweise bei der Koloskopie durch die Prüfung gefallen sind und zum Teil auch instrumentell nicht in der Lage sind, diese Dinge zu tun, im Bereich der privatärztlichen Tätigkeit so etwas abrechnen. München ist ein sehr gutes Beispiel dafür. Wahrscheinlich hat Herr Munte auch deshalb diesen Antrag gestellt. Ich halte nur die Begründung für gut. Ich meine, was er im ersten Absatz schreibt, ist falsch. Deshalb müsste man sich mit der Sache beschäftigen, vielleicht über die Berufsordnung, damit man diesen Missstand beseitigen kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pommer. Das war ein Plädoyer, die Nichtbefassung abzulehnen und stattdessen die Vorstandsüberweisung zu befürworten. So habe ich das verstanden.

Ich frage zunächst einmal: Wer möchte sich mit dem Antrag im Sinne einer Abstimmung überhaupt nicht befassen? – Wer möchte sich damit befassen? – Das ist die Mehrheit. Ich frage also: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte das nicht? – Dann ist der Antrag mit den Anmerkungen, die wir hier dazu gehört haben, **an den Vorstand überwiesen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-23**. Es geht um den Erhalt der privaten Krankenversicherung. Dazu haben wir einen Brief an die Frau Bundeskanzlerin geschrieben. Herr Dr. Munte bittet darum, der Ärztetag möge das unterstützen. – Gibt es dazu Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-30** mit dem Betreff:

> *Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems in Deutschland*

Dieser Antrag hat eine, wie ich sagen darf, starke inhaltliche Ausprägung. Er bedeutet eine Art Präjudizierung der Überlegungen, wie wir mit diesem Thema zukünftig weiter umgehen sollen. Er ist mit richtiger Politik, wie man so schön sagt, gespickt, auch mit sozialpolitischen Aspekten. – Herr Gadomski hat sich dazu zu Wort gemeldet. Bitte schön.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es geht in diesem Antrag besonders um die Ziffer 3. Deren Realisierung würde die Aufhebung der Friedensgrenze zwischen PKV und GKV bedeuten. Das Ziel ist, dass alle in der GKV versichert sind. Das wäre die Bürgerversicherung. Das sollten Sie wissen.

Ferner geht es besonders um die Ziffer 6. Die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben, würde weniger Versicherte für die PKV bedeuten. Die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde dasselbe bedeuten wie die Ziffer 3, nämlich die Bürgerversicherung. Bei einer Aufhebung der PKV als Vollversicherung stünde sie nur noch als Zusatzversicherung zur Verfügung.

Die beiden genannten Ziffern stehen im Widerspruch zum Antrag des Vorstands, der sich für den Erhalt der PKV ausgesprochen hat und für den Erhalt des gegliederten Versicherungssystems. Der Antrag würde also der politischen Linie der Bundesärztekammer widersprechen, die sich eindeutig für den Erhalt der PKV ausgesprochen hat.

Aus diesem Grunde bitte ich um Überweisung an den Vorstand.

(Zurufe: Nichtbefassung!)

– Umso besser.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Bisher haben wir den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Einige Rufe aus dem Plenum sind auch laut geworden, aber das müsste ein konkreter Antrag werden.

Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag. Bitte schön.

(Zuruf: Antrag auf Nichtbefassung!)

– Aus dem Plenum ist der Antrag auf Nichtbefassung gestellt worden. Gibt es Wortmeldungen gegen die Nichtbefassung? – Bitte schön.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche gegen die Nichtbefassung, und zwar aus folgenden Gründen. Dieser Antrag ist inhaltlich dem entgegengesetzt, was Dr. Montgomery beantragt hat und was unter Tagesordnungspunkt I behandelt und diskutiert worden ist. Der Antrag ist aber vom Gegenstand her identisch damit. Dennoch wurde dieser Antrag unter dem Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht einsortiert, wo er praktisch nicht mehr diskutiert werden kann. Damit müssen wir leben.

Ich mache Sie auf Folgendes aufmerksam: Dieser Ärztetag versteht sich als ein Parlament der deutschen Ärzteschaft, als ein demokratisches Gremium. Demokratie lebt davon, dass Mehrheiten entscheiden. Dies wird hier exakt und akkurat durchgeführt, unter anderem auch durch Auszählung. Demokratie hat aber noch einen zweiten Aspekt, einen Aspekt, den man nicht auszählen kann, der aber genauso dazugehört. Es geht darum, wie die Mehrheit mit einer Minderheit umgeht. Das ist etwas, was man als Fairness und als demokratischen Stil bezeichnen kann.

Die Tatsache, dass sich die Mehrheit gar nicht erst mit einer abweichenden Meinung von Minderheiten befassen will, halte ich für einen ausgesprochen schlechten demokratischen Stil.

(Widerspruch)

Deshalb bitte ich Sie, diesen Antrag zu behandeln. Da wir den Antrag von Herrn Montgomery an den Vorstand überwiesen haben, wäre ich damit einverstanden, auch diesen Antrag zur weiteren Beratung an den Vorstand zu überweisen, damit dieser in seiner Weisheit weitere Überlegungen anstellen kann.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pickerodt. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Bitte.

Ruebsam-Simon, Baden-Württemberg: Ich möchte den Antrag auf Nichtbefassung kurz begründen. Manche werden sich vielleicht erinnern, dass ich auf dem Ärztetag in Cottbus den Vorstand gebeten habe, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die das Thema „Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland“ vorbereitet. Innerhalb dieses Tagesordnungspunkts sollten Gesundheitsökonomen, Vertreter von Public Health, Betriebswirte und Ethiker sprechen. Dieser Antrag ist damals an den Vorstand überwiesen worden. Ich halte die Behandlung dieses Themas für absolut notwendig.

Falls wir im Herbst einen politischen Ärztetag durchführen sollten, geht meine Bitte dahin, diesen Punkt auf die Tagesordnung zu setzen, damit sich die Delegierten qualifiziert zu Reformkonzepten äußern können. Über diesen Weg die Bürgerversicherung, die einen Weg darstellt, über den man diskutieren kann, über den Tätigkeitsbericht hier als offizielle Verabschiedung durchzubringen, halte ich für falsch. Deshalb bitte ich um Nichtbefassung. Das hat nichts mit

Demokratie zu tun. Wir sollten eine geordnete Diskussion führen können. Das sollten wir später tun.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Wir können damit zur Abstimmung kommen. Wer möchte zunächst auf Nichtbefassung plädieren? – Wer ist gegen Nichtbefassung? – Das ist die Mehrheit. Nunmehr frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Er dient als Ergänzung zum Antrag I-5, den wir auch so behandelt haben. Er bereichert damit unsere Stoffsammlung für die weitere Diskussion zu diesem wichtigen Thema.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-15** von Herrn Kollegen Heinz aus Rheinland-Pfalz:

> *Der Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, unter Beibehaltung der bestehenden Zuzahlungsbefreiungsregelungen, die pauschale Beteiligung der Patienten an den Medikamentenkosten in eine prozentuale Lösung umzuändern.*

Möchte sich jemand zu diesem Thema äußern? – Ich sehe niemanden. Dann stimmen wir darüber ab. Wer ist für den Antrag 15? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit? Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **abgelehnt**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-21** von Herrn Dr. Munte:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Rechtsgrundlagen für die Erstellung einer Positivliste wieder herzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die Arbeiten zur Erstellung einer Positivliste wieder aufgenommen und unter Einbeziehung der Bewertungen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu einem dauerhaften Abschluss gebracht werden.*

Die Erstellung einer Positivliste haben wir schon 1992 auf dem Ärztetag im Kölner Gürzenich beschlossen. Nicht alle von Ihnen werden dabei gewesen sein; aber ich kann mich noch sehr gut daran erinnern.

Dieser Antrag stellt eine neue Qualität dar, weil das IQWiG mit einbezogen ist, das es 1992 noch nicht gab.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Wie das IQWiG eingeschätzt wird, haben wir ja gestern besprochen, zumindest zwischen zwei Gedankenstrichen, als Herr Professor Scriba über die Versorgungsforschung gesprochen hat.

Herr Schirmer macht mich gerade darauf aufmerksam, dass an sich der Antrag **VII-33** ebenfalls zu dieser Thematik gehört. Dieser Antrag lautet:

> *Angesichts der Tatsache, dass im deutschen Gesundheitswesen mehr Geld für Medikamente als für ärztliche Leistungen ausgegeben wird, fordert der 109. Deutsche Ärztetag die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und lehnt eine Bonus-Malus-Regelung ab.*

Bei dem Antrag von Herrn Munte ist das IQWiG mit einer wichtigen Funktion zusätzlich zum Thema Positivliste dabei. Das IQWiG ist eine Einrichtung, die speziell auf das GKV-System kapriziert ist, wie wir wissen, und für Wirtschaftlichkeit genauso zu sorgen hat wie für gute Medizin, was ja nicht immer leicht ist.

Möchte sich jemand von Ihnen zum Antrag 21 zu Wort melden? – Bitte, Herr Kollege Schüller aus Nordrhein.

Dr. Schüller, Nordrhein: Verehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas Grundsätzliches zur Positivliste sagen. Dieser Antrag kommt mir da hochgradig gelegen. Wir reden die ganze Zeit vom freien Arztberuf. Mir fällt auf, dass wir gleichzeitig von der Politik verlangen, unsere Freiheit einzuschränken.

(Beifall)

Eine Positivliste ist eigentlich eine extreme Einschränkung unserer Therapiefreiheit. Ich muss ganz ehrlich sagen: Ich kann gar nicht verstehen, warum ein freier Beruf wie die Ärzteschaft, die eigentlich selber am besten weiß, was für den Patienten positiv oder nicht positiv ist, sich von anderen Leuten außerhalb ihres Faches vorschreiben lassen will, was sie verordnen darf bzw. soll oder nicht. Das ist für mich völlig unverständlich. Es ist eine merkwürdige Einstellung eines freien Berufs, sich mit der Bitte an die Politik zu wenden, seine Freiheit einzuschränken.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Schüller. – Jetzt bitte Herr Veelken aus Berlin.

Veelken, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Aus gutem Grund sind wir alle gegen eine Bonus-Malus-Regelung. Selbst der klinisch tätige Arzt hat verstanden, warum es verheerend wäre, wenn der verordnende Arzt verantwortlich sein soll und hinterher finanziell für sein Verordnungsverhalten bestraft wird. Wir sind mit Recht alle dagegen.

Wir werden aber gefragt, welche Alternativen wir denn haben. Frau Schmidt hat in ihrer Rede im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung gesagt, wir sollten selber Vorschläge machen. Wir haben immer das Gefühl, dass unsere Vorschläge nicht besonders ernst genommen werden. Aber hier geht es um eine Steilvorlage. Wenn wir auf der einen Seite gegen eine Bonus-Malus-Regelung sind, weil so das Risiko auf den verordnenden Arzt heruntergebrochen und individualisiert wird, würde auf der anderen Seite die Einführung einer Positivliste, die in der Tendenz etwas Ähnliches erreicht, das Risiko vom individuell verordnenden Arzt wegverlagern. Er könnte dafür nicht mehr bluten und auch nicht verantwortlich gemacht werden. Dann ist es doch letztlich eine Steilvorlage, dass man sich auf dem Ärztetag wieder für die Einführung der Positivliste als Alternative zur Bonus-Malus-Regelung ausspricht.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt hat sich Herr Windhorst zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist wieder die alte Mär. Ich bin selbst im Kuratorium des IQWiG. Ich kann Ihnen sagen: Das ist lediglich ein Instrument, das man gezielt einsetzen muss. Das IQWiG ist keine Allzweckwaffe. Ich habe hier in dieser Diskussion nichts gegen die Positivliste, aber die Verquickung von Positivliste und IQWiG bedeutet für mich die Verminderung des Qualitätsstandards. Ich denke, das IQWiG führt zwar den Begriff „Qualität“ in seinem Namen, aber dort wird Wirtschaftlichkeit gepredigt. Wir brauchen bei der Arzneimittelversorgung Hilfen, aber im Moment nicht das staatliche Reglementierungsinstrument IQWiG. Deshalb bitte ich, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen oder ihn abzulehnen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das war ein Geschäftsordnungsantrag auf Vorstandsüberweisung. – Wenn sich jetzt noch jemand zu Wort meldet, müsste er gegen die Vorstandsüberweisung votieren. Das ist das Einzige, was noch möglich ist. Alle anderen Möglichkeiten der Wortmeldung sind ausgereizt. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung votieren und das begründen? – Bitte, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu den beiden Anträgen 21 und 33 einen Antrag zum Abstimmungsverfahren einbringen. Ich möchte, dass wir die Halbsätze so abstimmen können, dass wir die Aussage der beiden Anträge, nämlich dass wir für eine Positivliste sind, abstimmen können, aber in dem einen Antrag den IQWiG-Aspekt ablehnen oder überweisen können. Bei dem anderen Antrag sollte der Hinweis, dass mehr Geld für Medikamente als für ärztliche Leistungen ausgegeben wird, gestrichen werden. In der Begründung steht im ersten Teil, dass mehr Geld für Medikamente als für ärztliche Leistungen ausgegeben wird. Wir haben zu Beginn des Ärztetages über die Zahlenspielereien, die dahinterstecken, diskutiert. Die wahre Begründung ist doch, dass wir aus der Beschuldigung herauswollen, als würden wir wahllos aus dem Wust von Arzneimitteln verordnen. Wir möchten eine Handreichung haben, was denn als wirtschaftlich und zweckmäßig angesehen wird, damit wir aus dieser Diskussion herauskommen. Die finanzielle Seite muss davon unabhängig gesehen werden.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das war der Antrag, diejenigen Teile, die sich nicht mit der Befürwortung der Positivliste beschäftigen, aus beiden Anträgen zu streichen und bei beiden Anträgen die Einführung einer Positivliste zu befürworten, alles andere entfallen zu lassen, sich also nur in Richtung Positivliste zu äußern. Das können wir machen.

Wir kommen zur Abstimmung über den Antrag auf Vorstandsüberweisung für den Antrag 21. Wer stimmt der Überweisung des Antrags 21 an den Vorstand zu? – Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag 21 **an den Vorstand überwiesen**.

Damit kommen wir zum Antrag 33. Auch dazu darf man sich noch äußern, wenn man möchte. Frau Gitter hat den Antrag gestellt, den Antragstext zu kürzen auf:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und lehnt eine Bonus-Malus-Regelung ab.*

Das würde von dem Antrag übrig bleiben, wenn Sie dem Antrag von Frau Gitter zustimmen.

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt. Wenn Sie den Antrag an den Vorstand überweisen, ist es erledigt. Wenn Sie die Vorstandsüberweisung ablehnen, dann bitte ich Sie, darüber abzustimmen, dass nur der Satz übrig bleibt:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und lehnt eine Bonus-Malus-Regelung ab.*

Das ist sozusagen der Änderungsantrag 33 a. Wenn Sie diesen Antrag befürworten, bleibt dieser Satz übrig. Wenn Sie das nicht befürworten, dann stimmen wir über den gesamten Antrag von Herrn Pickerodt, wie er vorliegt, ab.

Jetzt gibt es eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Bitte, Herr Pickerodt.

Dr. Pickerodt, Berlin: Ich spreche gegen die Vorstandsüberweisung. Ich kann den Antrag von Frau Gitter übernehmen, wenn auch schweren Herzens. Ich halte es für ein notwendiges Signal dieses Ärztetages, dass er die Beschlüsse von 1992 noch einmal bekräftigt, unsere Meinung wiederholt und deutlich zum Ausdruck bringt, dass wir gegen eine Bonus-Malus-Regelung und für eine Positivliste sind.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sehr gut. Das finde ich richtig klug, wie ich nebenbei sagen darf.

(Heiterkeit)

Der Antrag 33 ist so geändert, wie Frau Gitter es vorgeschlagen hat, weil Herr Pickerodt das übernommen hat. Da er der Antragsteller ist, brauchen wir darüber gar nicht abzustimmen. Wer möchte den Antrag unter diesen Bedingungen an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Ich frage also: Wer möchte den Antrag in dieser Form befürworten? – Das sind ganz viele. Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**. Damit haben wir die Positivliste gefordert und die Beschlüsse von 1992 bestätigt. Ich glaube, das ist sehr gut, auch was die Kontinuität unserer Beschlusslage angeht. Vielen Dank.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-38**:

> *Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Gesetzesinitiative zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) zu bewirken. Dabei soll der § 73 (1) derart geändert werden, dass der Satz „Im Bereich der Medizin gehören zu den wissenschaftlichen Dienstleistungen auch Tätigkeiten in Krankenversorgung“ ersatzlos gestrichen wird. Beim 110. Deutschen Ärztetag wird über den Stand der Umsetzung berichtet.*

Möchte jemand dazu sprechen und uns das noch erläutern? – Das ist nicht der Fall. Ich verstehe den Antrag so, dass die Krankenversorgung nicht mehr zur wissenschaftlichen Arbeit gerechnet wird, sodass man nicht mehr in die Krankenversorgung abgeschoben werden kann, dort Kärrnerarbeit leistet und anschließend erklärt wird: Das war Wissenschaft und damit kannst du dich jetzt habilitieren. So ungefähr muss man das wohl verstehen. Die Antragsteller wollen nicht, dass das so geschieht.

Gibt es Wortmeldungen? – Keine Wortmeldung.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Darüber stimmen wir zuerst ab. Wer ist für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Wir werden den Antrag an unseren Ausschuss „Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten“ unter Vorsitz von Herrn Professor Schulze weiterleiten, der sich Gedanken darüber macht. Darüber wird dann auf dem nächsten Ärztetag berichtet. Das geschieht auch, wenn der Antrag nicht angenommen wird; das tun wir trotzdem.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-44** von Herrn Dr. Lipp aus Sachsen.

Der Deutsche Ärztetag lehnt weitere Aufnahmen von Leistungen in den GKV-Katalog ohne finanziellen Ausgleich ab.

Herr Windhorst möchte sich zur Geschäftsordnung melden. Bitte.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte nicht nerven. Alles, was in dem Antrag steht, ist richtig. Wir müssen uns dagegen wehren, in Sippenhaft genommen zu werden, wenn es um die Bezahlung von neuen Leistungen geht. Das wollen wir nicht; das ist völlig klar. Es wäre meiner Meinung nach aber schlecht, wenn wir die Initiatoren einer Rationierungsmedizin wären. Das fände ich schlecht.

(Beifall)

Da der Antrag aber grundsätzlich nicht schlecht ist, möchte ich ihn an den Vorstand überwiesen wissen, damit er nicht abgeschmettert wird, weil er ja doch viel Wahrheit enthält.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu eine Gegenrede. Bitte schön, Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Ich bitte Sie, über den Antrag abzustimmen und ihn nicht an den Vorstand zu überweisen oder ihn abzulehnen. Der Antrag tangiert im Universum der ganzen Abrechnungsproblematik und Finanzierungsproblematik die Anträge, die wir zur Genüge hier positiv beschieden haben, zum Beispiel gestern den Antrag 1 c. Eben wurde ja auch gesagt, dass der Antrag im Kern richtig ist.

Nun sagen Herr Windhorst und viele andere, das sei der Aufruf zur Rationierung. Das ist nicht der Fall. Wir haben ja die Rationierung bereits. 30 Prozent der Leistungen werden nicht bezahlt.

(Beifall)

Das ist, liebe Kolleginnen und Kollegen gerade aus dem stationären Sektor, eine stille Rationierung, die uns Ärzten aufgedrückt wird. Wir geben den Patienten bestimmte Dinge nicht, weil wir sie nicht geben können oder die Patienten

bekommen eben keine Termine. Dann warten sie ein halbes Jahr oder ein Dreivierteljahr. Das ist eine indirekte Rationierung, die Sie spüren, weil Ihre Ambulanzen volllaufen.

Mit dem jetzigen Verfahren haben wir die Last der Rationierung. Wenn Sie meinem Antrag stattgeben, sagen wir: Das, was jetzt vorhanden ist, tun wir, aber jede neue Leistung, die kein Geld bringt, erbringen wir nicht. Damit haben wir die Rationierung auf diejenigen zurücküberwälzt, die es angeht, nämlich den Gesetzgeber und die Krankenkassen. Es ist für uns niedergelassenen Ärzte eine unerträgliche Last, diese Rationierung selber aushalten zu müssen.

(Beifall)

Mit diesem Antrag können wir es umkehren. Es ändert sich nichts. Wenn ich diesen Packen an Leistungen nehme und es kommt etwas Neues hinzu, dann wird die Rationierungspotenz der jetzigen Leistungen nur noch verstärkt, weil das Geld weniger wird. Für den Patienten ist es letztendlich kein großer Unterschied.

Sie können die Position der KBV stärken, wenn Sie dem Antrag zustimmen. Wir haben in der Republik bereits eine Rationierung. Sie ist doch nicht wegzureden. Aber es kann doch nicht sein, dass wir die Rationierung auf unserem Buckel aushalten müssen. Das soll der Antrag ändern. Ich bitte Sie, dem Antrag zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wir stimmen jetzt ab. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Ich frage also: Wer möchte den Antrag befürworten? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte das nicht? – Einige. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-46**, der ebenfalls von Herrn Dr. Lipp stammt:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich die durch die Hartz-IV-Gesetze induzierten finanziellen Verluste durch geeignete Regelungen auszugleichen.*

Herr Schirmer sagt, dass es angesichts der Begründung, die ja nicht veröffentlicht wird, nützlich wäre, wenn aus der Begründung hinter den Worten „finanziellen Verluste“ ergänzt würde: „in der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“. Damit ist klar, wo diese Verluste aufgeschlagen sind, denn finanzielle Verluste haben natürlich auch diejenigen, die Hartz-IV-

Empfänger sind. Wenn Herr Lipp damit einverstanden ist, weil er das ja auch meint, wie aus der Begründung hervorgeht, schlage ich vor, dass der geänderte Text lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich die durch die Hartz-IV-Gesetze induzierten finanziellen Verluste in der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch geeignete Regelungen auszugleichen.*

Die Frage ist, ob das die Bundesregierung allein tun kann. Vielleicht sollte man statt „die Bundesregierung“ schreiben: „den Gesetzgeber“. Das muss ja durch eine gesetzliche Maßnahme verändert werden. Ich nehme an, Herr Lipp ist einverstanden.

(Dr. Lipp, Sachsen: Ja!)

Anderenfalls sagt die Bundesregierung: Wir haben unser Bestes gegeben, aber das Parlament hat uns nicht unterstützt.

Wer möchte dem Antrag in dieser modifizierten Form zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**.

Wir kommen zum Antrag **VII-55**:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das geplante Vertragsarztänderungsgesetz im Hinblick auf seine Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und Möglichkeit der Berufsausübung für Frauen zu überprüfen.*

Zu diesem Antrag hat sich Frau Vizepräsident Goesmann gemeldet. Bitte schön.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte formal gegen den Antrag sprechen. Soweit ich mich erinnern kann, ist bei neuen Gesetzesvorlagen eine Folgenabschätzung vorgeschrieben. Ich meine, ich habe beim Vertragsarztänderungsgesetz eine solche Folgenabschätzung auch hinsichtlich von Gleichstellungsproblemen gelesen. Wenn ich es recht in Erinnerung habe, deckte sich das mit meinen Einschätzungen, wie sich dieses Gesetz auf die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen auswirken wird. Es war dort eine relativ positive Einschätzung zu lesen.

Ich würde das insofern unterstützen, als sich dort folgende positive Regelungen finden: Vertragsarztsitze sind in Zukunft teilbar. Das haben wir bereits relativ

häufig gefordert. Das wird jetzt umgesetzt. Angestellte Tätigkeit ist in größerem Umfang möglich. Ob das gut für uns ist, ist die Frage. Kolleginnen, die das tun möchten, können das in verstärktem Maße nutzen. Ferner kann man die Arbeit teilen: Man kann halb im Krankenhaus arbeiten und halb einen Vertragsarztsitz besetzen. Das könnte auch eine Erleichterung für die Arbeit von Ärztinnen bedeuten.

Insofern hat der Gesetzgeber eine solche Folgenabschätzung vorgenommen. Gleichwohl unterstütze ich natürlich immer wieder, dass alle geplanten Änderungen im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Kolleginnen geprüft werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Goesmann. – Zur Geschäftsordnung jetzt bitte Herr Professor Kunze.

Prof. Dr. Kunze, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich stelle den geschäftsordnungsmäßigen Antrag auf Vorstandsüberweisung, weil ich der Auffassung bin, dass sich der Vorstand zu dem gesamten Gesetzentwurf äußern muss. Er darf nicht nur diesen Aspekt berücksichtigen. Wenn Sie den Antrag annähmen, wäre das praktisch eine Zustimmung zum Gesetzentwurf, nur mit der Einschränkung, dass die Auswirkungen auf die Kolleginnen überprüft werden sollten. Das kann es doch nicht sein. Ich bitte Sie um Vorstandsüberweisung, damit sich der Vorstand zum gesamten Entwurfstext äußern kann.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. In der „Magdeburger Volksstimme“ ist sogar eine Tabelle, farblich hinterlegt, zu finden, in der alle vorgesehenen Änderungen aufgeführt sind. Das ist also nicht mehr nur im Referentenstadium, sondern es ist ein richtiger Kabinettsentwurf, der die Gesetzgebungsmaschinerie durchlaufen wird. Wir werden unsere Stellungnahme, die auch gegenüber dem Parlament erfolgen wird, daraufhin überprüfen, ob dieser Aspekt berücksichtigt ist. Das geschieht bei einer Überweisung genauso wie bei einer Annahme des Antrags.

Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung für den Antrag 55. Wer möchte dem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Wir diskutieren das

im Vorstand und natürlich auch bei allfälligen Stellungnahmen gegenüber dem Parlament und dem Bundesrat.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-56**:

> *Der Deutsche Ärztetag bekennt sich zu einer kostensparenden synergistischen gegliederten Versorgung ambulant/stationär.*
>
> *Er fordert die zuständigen Selbstverwaltungsgremien auf, zur Optimierung dieses Spezifikums des deutschen Gesundheitswesens Regelungen zur Lösung der Schnittstellenproblematik zu schaffen. Insbesondere muss die Schnittstelle zwischen niedergelassenen Hausärzten und den „Versorgungsfachärzten", die eine flächendeckende fachärztliche Versorgung anbieten, geklärt werden. Ebenso ist die Schnittstelle zwischen den hoch spezialisierten ambulant tätigen Fachärzten und den Fachärzten am Krankenhaus klar zu definieren.*

Dieser Antrag stammt von Herrn Dr. Munte. „Schnittstelle" ist der moderne Ausdruck für Überlappungen und stammt aus der Computersprache.

Wer möchte sich zu dem Antrag äußern?

(Dr. Schüller, Nordrhein: Nichtbefassung!)

– Dr. Schüller stellt den Antrag auf Nichtbefassung.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird auch Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand zum Antrag inhaltlich sprechen, dafür oder dagegen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich zunächst: Wer möchte sich mit dem Antrag nicht befassen? – Zahlreiche, aber wahrscheinlich nicht genug. Wer ist dagegen, dass wir uns mit dem Antrag nicht befassen? – Das ist die Mehrheit.

(Zuruf)

– Das sind Blöcke. Ihr könnt das dahinten nicht sehen.

(Heiterkeit)

Es sind in diesem Fall Blöcke. Nordrhein hat geschlossen dafür gestimmt, sich mit dem Antrag nicht zu befassen. Aber der Rest war groß genug, um Nordrhein zu überstimmen. Das ist nun einmal so.

Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Ganz viele. Wer ist dagegen? – Viel weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Nunmehr rufe ich den Antrag **VII-58** auf:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, ihre Landesregierungen zu ersuchen – so weit nicht bereits erfolgt –, unverzüglich die abstrakte Normenkontrollklage gegen das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) zu betreiben, das zum 01.05.2006 in Kraft gesetzt wurde. Die Überprüfung auf Verfassungsmäßigkeit erscheint vor einer Anwendung dieses Gesetzes insbesondere bezüglich der im Gesetz enthaltenen Bonus-Malus-Regelung notwendig.*

Ein schöner Antrag, der auch gut formuliert ist, wie ich finde.

Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Auch keine Anträge zur Geschäftsordnung? – Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit riesiger Mehrheit **angenommen**.

Ich rufe den Antrag **VII-59 neu** von Herrn Thierse auf:

> *Die im GKV-Leistungskatalog enthaltenen ärztlichen Leistungen sollen angemessen und mit einem festen Eurobetrag honoriert werden.*

Gibt es Gegenwehr? – Das ist nicht der Fall. Keine Geschäftsordnungsdebatte? – Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 59 neu zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen**.

Ich rufe nun den Antrag **VII-68** von Herrn Professor Schulze auf:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, an ihre gesundheitspolitischen Entscheidungen einen ähnlichen Maßstab anzulegen wie an eine evidence based medicine (EBM). Bevor künftige „Innovationen“ zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden, müssen belastbare Daten aus Pilotversuchen vorgelegt werden, denn Versuch und Irrtum auf Kosten von Ärzten und Patienten führen zu einem Absinken der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland.*

(Beifall)

Das ist ein Volltreffer.

Wer möchte zu diesem Antrag etwas sagen? – Niemand. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Ist etwa jemand dagegen? – Das ist nicht der Fall. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag einstimmig **angenommen**. Herzlichen Glückwunsch, Jan Schulze! Das ist eine gute Sache.

(Beifall)

Ich rufe nunmehr den Antrag **VII-75** auf:

> *Der Deutsche Ärztetag wiederholt seinen Beschluss aus Vorjahren zur Arzneimittelverordnung:*
>
> *Wer indikationsgerecht in adäquater Dosierung wirksame Medikamente verordnet, darf dafür nicht durch politische Beschränkungen und Strafandrohungen (auch Regresse) bedroht und bestraft werden.*

Gibt es dazu eine Wortmeldung? – Das ist nicht der Fall. Keine Geschäftsordnungsanmerkung? – Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 75 von Herrn Dr. Streibl aus Baden-Württemberg zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen**.

Wir kommen damit zum nächsten Themenkomplex: Approbation/Weiterbildung. Wir kommen zunächst zum Antrag **VII-35** von Frau Dr. Schulenberg aus Baden-Württemberg. Soll ich den Antrag vorlesen oder haben Sie ihn vor sich? – Muss ich nicht vorlesen. Gut, dann sparen wir Zeit.

Herr Thierse möchte sich zu diesem Antrag äußern. Bitte schön.

Dr. Thierse, Berlin: Ich beantrage Vorstandsüberweisung. Ich möchte dafür zwei Begründungen anführen. Die eine Begründung lautet: Die Weiterbildungsgremien haben nicht überprüft, inwieweit dies nicht sowieso ein integraler Bestandteil der Weiterbildung ist. Die zweite Begründung lautet: Hier wird ein Curriculum gefordert. Unsere Auffassung war eigentlich immer: Die Facharztweiterbildung muss als Nebenprodukt der Arbeit erwerbbar sein und, so weit es irgend möglich ist, nicht mit – auch noch kostenpflichtigen – Kursen belegt sein.

Deshalb bitte ich Sie, den Antrag an den Vorstand zu überweisen, damit sich die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ damit befassen kann.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Gibt es dazu eine weitere Wortmeldung? – Bitte, Frau Dr. Schulenberg.

Dr. Schulenberg, Baden-Württemberg: Ich möchte nur auf Folgendes hinweisen. Wir haben einen Vorstandsantrag, der inhaltlich fast identisch ist, angenommen. Insofern, denke ich, gibt es kein Problem, auch meinen Antrag anzunehmen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das Thema als solches und die Weiterbildungsproblematik sind natürlich miteinander verwandt, aber schon ein bisschen unterschiedlich, was das Prozedere und die sich daraus ableitenden Prozeduren angeht. Ich glaube, das können wir schon unterscheiden.

Es gibt den Antrag auf Überweisung an den Vorstand. Ich frage: Wer möchte dem Überweisungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Der Antrag kommt in die Beratungen der Weiterbildungsgremien.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-43** von Herrn Bodendieck:

> *Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass kurze und ultrakurze Laufzeiten von Arbeitsverträgen interkollegialem ärztlichen Verhalten nach der (Muster-)Berufsordnung widersprechen und eine Weiterbildung entsprechend der (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht gewährleisten.*

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Trotzdem darf diskutiert werden. Gibt es Wortmeldungen? – Bitte, Herr Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Ich finde die Intention des Antrags gut. Dennoch möchte ich Sie bitten, den Antrag abzulehnen, weil die Wirklichkeit in der Klinik so aussieht, dass im Gegensatz zu früher, da der Chefarzt das Heft in der Hand hatte, wie lange die Verträge befristet werden, nun die Befristungen von abstrakten Klinikleitungen oder von Großkonzernen ausgesprochen werden. Es wäre ein ausgesprochener Schuss ins Knie, wenn der Chefarzt, der möglicherweise einen unbefristeten Vertrag für seinen Assistenten will, während die Klinikleitung, repräsentiert durch den Verwaltungsdirektor, den Vertrag nur für ein Jahr will, auch nur für ein Jahr die Weiterbildungsermächtigung bekommt. Ich glaube, da würde man sich selber ins Knie schießen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Hesse. – Jetzt möchte sich der Antragsteller äußern. Bitte schön, Herr Bodendieck.

Bodendieck, Sachsen: Es gibt auch andere Sprecher für diesen Antrag. Trotzdem will ich es selber tun. Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich sehe es nicht ganz so wie Herr Hesse. Im Leitungsgremium einer Klinik sitzt auch der ärztliche Direktor.

(Zuruf: Nein!)

In aller Regel ist es so. Ich möchte ausdrücklich unterstreichen: Der Antrag richtet sich nicht gegen die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, sondern richtet sich auch gegen die Klinikleitung. Die Klinikleitung macht ihre Arbeit mit Kollegen, denen sie Vierteljahresverträge gibt. Das ist gesetzeswidrig. Das kann man der Begründung des Gesetzes entnehmen.

Dem müssen wir ein Ende bereiten. Wir müssen zusammen mit den anderen angenommenen Anträgen aktuelle und prägnante Aussagen treffen, die nach außen hin wirksam sein können.

Aus meiner Sicht bleiben wir im Duktus der Anträge zu Tagesordnungspunkt I. Wir haben unter Tagesordnungspunkt I besprochen, dass es genügend ärztliche Leiter gibt, die im Rahmen der Streikmaßnahmen ihre Kolleginnen und Kollegen zur Ruhe aufgefordert und sogar dazu verpflichtet haben.

Ich bitte Sie, dem Antrag zuzustimmen und im Duktus des Ärztetages weiterhin die Streiks zu unterstützen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Es hat einer dafür, einer dagegengesprochen. Jetzt sind nur noch Wortmeldungen zur Geschäftsordnung möglich. – Bitte, Herr Kühn aus Baden-Württemberg.

Dr. Kühn, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben für heute noch nicht beschlossen, dass nur einer dafür, einer dagegensprechen kann.

(Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das gilt immer für den ganzen Tagesordnungspunkt.

Dr. Kühn, Baden-Württemberg: Wenn die Regelung von gestern weitergilt, ist das in Ordnung. Dann sage ich nichts dazu.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das gilt weiter, weil es immer für den ganzen Tagesordnungspunkt beschlossen wird. Sie können diesen Ärztetagsbeschluss natürlich jederzeit aufheben. – Zur Geschäftsordnung jetzt bitte Herr Köhne aus Nordrhein.

Dr. Köhne, Nordrhein: Ich beantrage Überweisung an den Vorstand. Wenn wir einen solchen Antrag, wie von Herrn Hesse vorgeschlagen, an den Vorstand überweisen, ist das ein Signal, das schlechter kaum sein kann. Dann würde man wirklich den Eindruck erwecken, dass solche ultrakurzen Laufzeiten gerechtfertigt sind. Um einen solchen Eindruck gar nicht erst aufkommen zu lassen, darf man den Antrag auf keinen Fall ablehnen. Mein Kompromissvorschlag lautet: Überweisung an den Vorstand.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Es ist Überweisung an den Vorstand beantragt, damit er den Antrag verfeinert, das Thema sauber abklärt. Ich glaube, inhaltlich sind wir uns alle einig, wie es sein sollte.

Jetzt eine Gegenrede zum Antrag auf Vorstandsüberweisung. Das ist zulässig. Bitte, Herr Lindhorst aus Hessen.

Dr. Lindhorst, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Tatsache ist, dass die Kliniken unterschiedliche Leitungsstrukturen haben. Nichtsdestotrotz: Jede Klinik braucht heutzutage ihren Assistenten. Den bekommt sie außer gegen gutes Geld dann, wenn sie eine gute Weiterbildung bieten kann. Nur noch damit kann heute eine Klinik überhaupt noch Leute bekommen.

Wenn ich dort konsequent eingreife, kann ich damit, egal wie die genaue Klinikstruktur aussieht, den ärztlichen Direktor, der übrigens vom Gesetzgeber für die Erfüllung der Fortbildungspflicht in die Pflicht genommen wird – eine ganz interessante Formulierung, wie wir wissen –, oder den Abteilungsleiter in die Bredouille bringen. Wir bringen ihn nicht, wie es viele gern fehlinterpretieren, als

ärztlichen Kollegen wirklich in die Bredouille, sondern stärken ihm in Wirklichkeit den Rücken, zur Verwaltung zu gehen und zu sagen, wenn er dies will: Ich möchte ihm einen kompletten Facharztweiterbildungsvertrag geben.

Das ist ein Antrag, den wir völlig entspannt unterstützen können, gerade um die Chefärzte, die leitenden Ärzte, die eine Weiterbildung beantragen, zu stärken. Wenn sich allerdings herausstellt, dass sie das missbrauchen – wir wissen durchaus, dass es diese Kollegen gibt –, um ihre Leute in Geiselhaft zu nehmen, dann dürfen wir auch reagieren. Insofern ist es das ideale Instrument, um konsequent einzugreifen.

Deshalb bitte ich darum, dass Sie sich mit dem Antrag befassen und ihn auch annehmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Dann frage ich zunächst: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag befürworten? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte den Antrag ablehnen? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen**.

(Beifall)

Nun kommen wir zum Antrag **VII-37**:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert, bei der Finanzierung der Krankenhausleistungen Zuschläge für die ärztliche Weiterbildung auf der Grundlage der von den Ärztekammern erhobenen Daten zu vereinbaren.*

Dieser Antrag stammt von Frau Dr. Gitter aus Bremen. – Gibt es Wortmeldungswünsche? – Das ist nicht der Fall. Wird eine Geschäftsordnungsdebatte gewünscht? – Auch das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer ist für Antrag 37? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit großer Mehrheit **angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-45**:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, einen Weiterbildungszuschlag in den DRG zu verankern.*

Ist die Bundesregierung zuständig oder der Gesetzgeber? – Der Gesetzgeber. Herr Lipp ist einverstanden, wenn wir das entsprechend ändern; das weiß ich von eben. – Es gibt eine Wortmeldung. Bitte, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist ein bisschen widersprüchlich zu dem, was wir vorhin verabschiedet haben. Dort steht: Zuschläge. In die DRGs genau hinein möchte ich das nicht haben. Es ist eigentlich auch nicht ganz erforderlich, dass wir das verabschieden, wenn wir wirklich Zuschläge meinen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wir wollen, dass genug Geld zur Verfügung steht, damit die Weiterbildung stattfinden kann. Wie das geschieht, ist eine Angelegenheit der einzelnen Verhandlungspartner. Wichtig ist das Grundanliegen, das zum Ausdruck kommen muss.

Wer möchte dem Antrag 45 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit überwiegender Mehrheit **angenommen**.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-47**, ebenfalls von Herrn Dr. Lipp:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert eine bundeseinheitliche Regelung zur Anerkennung der Zugangsberechtigung für das Praktische Jahr.*

Jan Schulze, ich glaube, dazu müssen wir etwas sagen. Ich würde sagen, wenn mich jemand fragen würde: Das ist das Problem mit der Approbationsordnung und der so genannten Experimentierklausel. Dadurch haben die Universitäten das Recht, das Studium unterschiedlich zu gestalten. Bloß: Das Endergebnis muss gleichwertig sein. Aber auf dem Weg dorthin gibt es durchaus Unterschiede, sodass der Wechsel von einer Universität zur anderen heute schwieriger ist als früher, als alles nach Schema F ablief und jede Universität bei der Ausbildung ihrer Studentinnen und Studenten ungefähr an derselben Stelle war. Das ist natürlich ein Mobilitätshindernis, was den Wechsel der Universität anlangt. Das ist einfach so.

Wir haben uns immer dafür ausgesprochen, dass die Universitäten durchaus unterschiedliche Wege beschreiten dürfen und sollen, damit Bewegung in den ganzen Laden kommt und Konkurrenz und Wettbewerb entstehen. Unter anderem auch deshalb ist die Approbationsordnung geändert worden.

Ich glaube, dass die jetzt erhobene Forderung ein bisschen mit diesem Grundanliegen von früher kollidiert, wenn ich das richtig sehe.

Ich frage Herrn Lipp, ob er sich dazu äußern möchte, um mir zu sagen, dass ich das völlig verkehrt sehe. – Es meldet sich Herr Mau. Bitte.

Prof. Dr. Mau, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der hier angesprochene Punkt ist schon durch sehr viele Regelungen kompliziert: durch Hochschulregelungen, durch Länderregelungen, die untereinander nicht kompatibel sind. Wenn wir das jetzt hier aus der Hüfte heraus beschließen, tun wir den Studierenden überhaupt keinen Gefallen. Wir wollen für sie ja nicht durch einen Beschluss, der möglicherweise eine neue Verordnung produziert, eine weitere Hürde aufbauen.

Ich bitte Sie dringend, wegen der schwierigen Materie den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es dazu eine Gegenrede? – Bitte, Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Antrag ist in großer Zahl von den Studenten aus den entsprechenden Gremien selber an uns herangetragen worden. Das haben wir gern aufgenommen. Die Grundintention ist, dass zwar die Studenten eine gewisse Variabilität an den Universitäten haben wollen, sich aber offenbar gleichzeitig bei einem Universitätswechsel behindert fühlen. Ich halte es für klug, den Antrag an den Vorstand zu überweisen, damit er es fein ziseliert ausarbeitet.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dann frage ich: Wer will den Antrag an den Vorstand überweisen? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen**. Der Ausschuss und die Ständige Konferenz unter Führung von Jan Schulze werden das beraten.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-83** von Herrn Dr. Lindhorst:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt die zunehmende Geringschätzung von Aus- und Weiterbildung in der Humanmedizin ab …*

Dazu bitte der Antragsteller, Herr Dr. Lindhorst.

Dr. Lindhorst, Hessen: Ich muss mich entschuldigen; der Antrag ist redaktionell nicht ganz gut gemacht. Der dritte Satz des Antrags sollte lauten:

> *Die Tätigkeit im Praktischen Jahr sollte aufgrund der erbrachten Arbeitsleistung in der Patientenversorgung analog der Tätigkeit der Referendariate von Juristen bzw. Lehramtsstudiengängen vergütet werden.*

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Es gibt eine wunderschöne Vorlage vom Ärztetag 1977 in Saarbrücken. Da haben wir das schon einmal beschlossen. Damals waren Sie noch nicht dabei. Deshalb müssen wir es heute wiederholen, damit es aufgefrischt wird.

(Heiterkeit)

Das war meine erste Rede auf einem Deutschen Ärztetag, am 13. Mai 1977. Das werde ich nicht vergessen.

Wir haben Herrn Lindhorst verstanden, die Tendenz auch. Ich glaube, wir können den Antrag 83 verabschieden. Dann werden wir es in vernünftiges Deutsch bringen; das ist kein Problem.

(Heiterkeit)

Wer möchte den Antrag 83 befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-84**. Die DKG wird ein bisschen ermahnt, sich gedanklich mit der Sache zu beschäftigen. Wer möchte sich dazu äußern? – Niemand. Wer möchte dem Antrag 84 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Dann ist der Antrag **angenommen**.

Dann kommen wir zum Antrag **VII-54** von Herrn Dr. König aus Hessen. Gibt es Arbeitsverträge zum Zweck der Weiterbildung? – Ja, gibt es. Herr Thierse möchte sich dazu äußern. Es ist besser, er tut es, als wenn ich das mache. Bitte schön.

Dr. Thierse, Berlin: Es gibt ein Gesetz zur Begrenzung von Verträgen aufgrund der Weiterbildung. Man könnte diesen Ausdruck durchgehen lassen, obwohl Arbeitsverträge speziell zum Zweck der Weiterbildung in der Regel nicht geschlossen werden. Wir sollten auch verschärft darauf achten, dass so etwas nicht geschieht. Sonst haben wir nachher den AiW, den Arzt in Weiterbildung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Richtig!

Dr. Thierse, Berlin: Der Grund, warum ich mich zu Wort gemeldet habe, ist ein anderer. Wenn wir den Antrag in dieser Form beschließen, bedeutet das, dass wir in Zukunft nur noch an einigen Universitätskliniken und an einigen Großkliniken eine Weiterbildung haben. Das sind dann Verhältnisse, wie sie teilweise in Frankreich herrschen.

Ich bin ein Fan von Verbundbefugnissen. Mit einer Verbundbefugnis ist das Ziel zu erreichen. Aber dann müssen wir diesen Antrag modifizieren, und zwar an zwei Stellen. Im ersten Satz muss das Wort „dürfen“ durch das Wort „sollten“ ersetzt werden. Der zweite Satz muss gestrichen werden. Anderenfalls werden sämtliche kleineren Krankenhäuser aus der Weiterbildung ausgeklinkt. Das geht aber nicht.

(Beifall)

Das widerspricht auch dem Sinn, dass wir den Weiterzubildenden nicht nur eine Spitzenmedizin vermitteln wollen, sondern dass wir ihnen auch zeigen wollen, was sich in der Patientenversorgung an der Basis abspielt.

Der Änderungsantrag lautet also: Das Wort „dürfen“ durch „sollten“ ersetzen und den zweiten Satz streichen.

Danke schön.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Thierse. Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. – Das Wort hat jetzt Herr König als Antragsteller.

Dr. König, Hessen: Ich möchte als Antragsteller Folgendes sagen. Herr Thierse, ich bin mit der Änderung selbstverständlich einverstanden. Es geht mir hier darum, dass nach außen hin in kurzen und knappen Worten vermittelt wird, dass es so nicht weitergeht, dass unser medizinischer Nachwuchs Verträge mit einer Dauer von zwei Monaten bis zwei Jahren erhält, aber nur ganz selten für fünf Jahre. Meine Tochter bekommt in Bochum an der Kinderklinik einen Vertrag nur für zwei Jahre. Als Mann bekäme sie einen solchen Vertrag für fünf Jahre. Das darf es doch nicht geben. Wir müssen ein Signal setzen, dass die Weiterbildung garantiert sein muss, und zwar an der Klinik. Es darf nicht sein, dass man fürchten muss, keine weitere Stelle zu bekommen. Wir sollten hier als

Ärztetag ein klares Signal senden. Die Formulierung überlasse ich Ihnen gern. Es sollte nur einmal ausgesprochen werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt eine Gegenrede zur Vorstandsüberweisung. Bitte, Herr Lindhorst.

Dr. Lindhorst, Hessen: Der Antrag von Klaus König ist wirklich sinnhaft. Ich kann in Teilen nachvollziehen, wie Herr Thierse es sehen möchte. Aber das ist ja nicht die Realität, um die es hier geht. Hier geht es schlichtweg darum, dass im Rahmen einer Verbundweiterbildung – das ist etwas, was wir mit der neuen Weiterbildungsordnung fördern wollten – sich Kollegen als Weiterbildungsermächtigte zusammensetzen und das Curriculum verfassen müssen, wie sie ihre Leute durch die Weiterbildung bringen. Das schränkt niemanden ein. Die kleinen Häuser können sich einigen. Der niedergelassene Facharzt – egal ob Allgemeinmediziner oder einem Fach im Besonderen zugehörig – müsste sich mit seinen Kollegen adäquat zusammensetzen.

Das ist, wie wir wissen, im Alltag etwas schwierig. Die Verbundweiterbildung läuft in Deutschland schlecht an. In anderen Ländern funktioniert es. Sie ist realisierbar. Sie ist auch im deutschen System realisierbar. Deshalb sollten wir das jetzt auch umsetzen, wie wir es in der Vergangenheit ja auch festgelegt haben.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Ich verstehe Sie so, dass Sie den Änderungsantrag von Herrn Thierse nicht befürworten, sondern den Antrag so lassen wollen, wie er ist. Ist das richtig?

(Dr. Lindhorst, Hessen: Genau!)

– Gut.

Jetzt haben wir zunächst einmal über den Antrag auf Vorstandsüberweisung abzustimmen. Ich frage: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Das sind ganz viele. Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Er ist damit in das Beratungskonvolut eingegangen, das uns schon bei der nächsten Sitzung beschäftigen wird. Das ist in gut zwei Wochen der Fall.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-57**:

Der Vorstand der Bundesärztekammer soll Sorge dafür tragen, die Weiterbildungszeiten der (Muster-)Weiterbildungsordnung an die europäischen Mindestzeiten anzupassen, unter Wahrung der Qualität …

Jetzt bitte Herr Nick aus Rheinland-Pfalz zur Geschäftsordnung.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich beantrage geschäftsordnungsmäßig Nichtbefassung mit diesem Antrag. Begründung: Wir haben zu Beginn dieses Ärztetages festgelegt, dass wir die Weiterbildungsdebatte in diesem Jahr nicht führen wollen. Wenn wir aber einen solchen Beschluss hier fassen, der die Länge von Weiterbildungsgängen im Abgleich mit Europa für uns festlegt, sind das so einschneidende Festlegungen, dass wir uns an unsere eigene Absprache nicht halten.

Deshalb bitte hier und heute Nichtbefassung mit diesem Antrag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Frau Stüwe, Präsidentin der Landesärztekammer Hessen. Bitte schön.

Dr. Stüwe, Vorstand der Bundesärztekammer: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es geht ja aus dem Antrag bereits hervor, dass der Vorstand der Bundesärztekammer Sorge dafür tragen soll, diese Weiterbildungszeiten zu bearbeiten. Ich denke, Sie sind gut beraten, wenn Sie die Vorstandsüberweisung beschließen. Das kann ich Ihnen nur empfehlen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Es gibt jetzt zwei Geschäftsordnungsanträge, aber auch noch die Möglichkeit zur inhaltlichen Diskussion. – Bitte schön, Herr Dreyer aus Nordrhein.

Dreyer, Nordrhein: Ich möchte gegen den Antrag auf Nichtbefassung sprechen. Im Antrag steht, dass der Vorstand auf dem nächsten Deutschen Ärztetag Vorschläge vorlegen soll. Wenn man den Vorstand bittet, sich damit zu befassen – das sagt ja schon der Antrag, dass sich der Vorstand damit befassen möge –, und wenn der Vorstand dann noch gebeten wird, auf dem nächsten Deutschen

Ärztetag seine Vorschläge vorzutragen, dann führt das vielleicht dazu, dass wir auf dem nächsten Deutschen Ärztetag dieses Thema als Schwerpunktthema auf der Tagesordnung stehen haben. Daher halte ich es für sinnvoll, dem Vorstand vonseiten der Delegierten des Deutschen Ärztetages diesen Auftrag zu erteilen. Dann haben wir es initiiert und dem Vorstand ein bisschen Rückenwind gegeben.

Herzlichen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Dreyer. – Jetzt bitte noch Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte mir erlauben, gegen die Vorstandsüberweisung zu sprechen. Das möchte ich wie folgt begründen: Es ist ein Thema, dessen sich die Ständige Konferenz immer annimmt. Das ist etwas, was wir prüfen, weil dieser Auftrag existiert. Es wird auch nicht besser dadurch, dass es jedes Jahr erneut beantragt wird, noch dazu mit einer zeitlichen Bindung, dass wir jedes Jahr darüber berichten müssen, zu welchen Schlüssen wir kommen. Das bringt uns nicht wirklich weiter.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank.

Wir stimmen zunächst über den Antrag auf Nichtbefassung ab.

(Zuruf)

Wer möchte sich mit diesem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich mit diesem Antrag 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**.

Nunmehr kommt der Antrag **VII-69**:

> *Die gültige Approbationsordnung für Ärzte … sieht Allgemeinmedizin als Wahlfach im Praktischen Jahr vor …, ein Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder … sieht sogar Allgemeinmedizin als Pflichtfach in einem viergeteilten Praktischen Jahr vor …*

Das ist übrigens auch ein Beschluss von uns. Wahrscheinlich war dieser viel wirksamer.

Weiter heißt es in dem Antrag:

Der Ärztetag beauftragt den Vorstand, sich auf allen Ebenen dafür einzusetzen, dass PJ-Plätze in allgemeinmedizinischen Praxen in sinnvollem Umfang eingerichtet und auch bezahlt werden …

Wer möchte sich dazu äußern? – Die Antragstellerin selbst. Bitte sehr, Frau Dr. Dörr aus Niedersachsen.

Dr. Dörr, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, unser Antrag ist selbsterklärend. Es kann einfach nicht sein, dass in Zeiten zunehmender Budgetbelastungen in unseren ambulanten Praxen wir auch noch mit unseren Honoraren herhalten sollen, die Hochschuletats zu entlasten. Für den stationären Teil haben wir mit dem Antrag 83 bereits einen entsprechenden Beschluss gefasst. Ich bitte Sie, unseren Antrag zu unterstützen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es eine Gegenrede zu diesem Antrag? – Gibt es einen geschäftsordnungsmäßigen Antrag?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand diesen Antrag begründen? – Nicht. Ich frage also: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte sich enthalten? – Einzelne. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag positiv bescheiden? – Wer möchte den Antrag ablehnen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen**.

(Beifall)

Damit haben wir den Themenkomplex Approbation/Weiterbildung abgeschlossen. – Jetzt gibt es eine Wortmeldung zur Geschäftsordnung. Bitte, Herr Hesse aus Bayern.

Hesse, Bayern: Obwohl Sie sicher alle froh sind, dass Sie das Thema jetzt vom Acker haben, und obwohl wir befürchten müssen, dass es nicht die Auswirkungen haben wird, die wir uns wünschen, möchte ich eine zweite Lesung des Antrags 43 beantragen, und zwar mit der Bitte um Vorstandsüberweisung.

Ich möchte diesen Antrag präzisieren. Herr Lindhorst wollte ein ganz klares Signal gegen ärztliche Direktoren oder gegen Chefärzte geben, die die Befris-

tung als Steuerungsinstrument verwenden. In diesem Sinne habe ich die Abstimmung als positives Signal empfunden. Die Realitäten in dieser Republik sind aber teilweise schon andere, die Strukturen sind vollkommen andere. Das heißt, die Entscheidung über die Befristung bzw. Nichtbefristung, über die Einstellung oder Nichteinstellung wird nicht von Chefärzten oder ärztlichen Direktoren getroffen, denn diese gibt es dort gar nicht mehr. In vielen Kliniken gibt es in den Führungspositionen keine Ärzte mehr. In unserem Klinikum wird von Verwaltungsdirektoren, von Pflegedirektoren – meistens der Gewerkschaft ver.di angehörend – entschieden, in welcher Abteilung welcher Arzt wie befristet wird. Es gibt zahlreiche Chefärzte, die immer wieder mit Druck und guten Argumenten, die auch in diesem Plenum geteilt werden, sagen: Wir müssen die Qualifikation aufrechterhalten, wir müssen die Attraktivität unserer Klinik bewahren. Sie gehen zur Verwaltung und erklären: Verlängern Sie den Vertrag, machen Sie den Vertrag unbefristet, befristen Sie ihn wenigstens auf die Weiterbildungszeit.

Das geschieht aber nicht, weil der Arzt das Steuerungsinstrument ist. Wir werden erleben, dass es weiterhin solche Befristungen gibt und dass viele Chefärzte ihre Weiterbildungsermächtigung nur noch für ein Jahr oder ein halbes Jahr bekommen. Das finde ich echt „Klasse“.

Ich bitte um zweite Lesung und um Überweisung an den Vorstand.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Haben Sie den Antrag noch vorliegen oder haben Sie ihn schon in den Papierkorb getan? Ich lese den Antrag einmal vor, denn das ist ganz wichtig:

> *Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass kurze und ultrakurze Laufzeiten von Arbeitsverträgen interkollegialem ärztlichen Verhalten nach der (Muster-)Berufsordnung widersprechen und eine Weiterbildung entsprechend der (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht gewährleisten.*
>
> *In zugelassenen Weiterbildungsstätten, welche solche Arbeitsverträge ausstellen, ist die Weiterbildungsbefugnis des weiterbildenden Arztes an die Laufzeit der Arbeitsverträge anzupassen oder zu entziehen.*

Wenn Sie etwas an den Vorstand überweisen, was Sie feststellen, wird es ein Problem. Sie haben den Antrag angenommen, haben das also festgestellt.

(Beifall)

Das ist die bisherige Beschlusslage. Jetzt wird die zweite Lesung beantragt mit dem Ziel, den Antrag an den Vorstand zu überweisen, um festzustellen, ob der Deutsche Ärztetag das eigentlich hätte feststellen müssen. So ungefähr verstehe ich das.

Jetzt bitte Herr Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: Ich spreche mich gegen eine zweite Lesung aus und möchte, dass dieser Beschluss Bestand hat. Meine Begründung lautet: Diese Maßnahme zeitigt tatsächlich Wirkungen. Wir haben in vielen Bundesländern inzwischen die Koppelung, dass wir die Zulassung der Weiterbildungsstätten aussprechen. Selbst dort, wo wir es nicht tun, haben wir darauf einen gewissen Einfluss.

Wenn ich als Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses einen Verwaltungsdirektor anschreibe und ihm erkläre, aus diesem oder jenem Grund sei die Weiterbildungsbefugnis seines Hauses gefährdet, kann ich gar nicht so schnell gucken, wie daraufhin eine Antwort erfolgt, nachdem man sich sehr rigide gezeigt hat.

(Beifall)

Ich denke, hier in diesem Fall wird dasselbe geschehen; denn die Krankenhäuser sind daran interessiert, Weiterbildungsassistenten zu haben. Die lehnen sich nicht lange zurück. Auch die Privaten denken da inzwischen um. Von daher haben wir tatsächlich ein Instrument in der Hand, für unsere jungen Kollegen da etwas zu tun. Lehnen Sie bitte die zweite Lesung ab.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank.

Wir kommen jetzt zur Abstimmung und müssen zählen.

(Zuruf)

– Wir sind beschlussfähig, das sieht man von hier aus.

Ich frage: Wer möchte eine zweite Lesung? – Ich habe den Verdacht, das sind nicht genug. Wer ist gegen eine zweite Lesung? – Das hat sich wohl erledigt. Die zweite Lesung findet nicht statt.

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum nächsten Themenkomplex, der Organspende. Wir kommen zunächst zum Antrag **VII-67 neu**:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, das Verhalten von Mitgliedern der Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer zu überprüfen, die angeblich bewusst gegen das Transplantationsgesetz (TPG) verstoßen haben sollen und damit möglicherweise dem Ansehen und der Reputation der Bundesärztekammer erheblichen Schaden zugefügt haben.*
>
> *Sollte die Überprüfung dazu führen, dass sich die Presseberichte bestätigen, sollen umgehend die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden, zumal der medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) bereits angekündigt haben soll, in ähnlich gelagerten Fällen in gleicher Weise zu verfahren.*

Herr Crusius möchte sich dazu äußern. Bitte.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es gibt nach dem Vertrag entsprechend dem Transplantationsgesetz eine Überwachungskommission. Diese Überwachungskommission befasst sich damit. Sie tagt entsprechend ihrer Satzung nicht öffentlich. Wir haben in einer der vorhergehenden Vorstandssitzungen bereits über diese Themen gesprochen. Sie sind in Bearbeitung. Ich verspreche Ihnen – Herr Professor Hessenauer, Herr Professor Vilmar und ich sitzen in der Ständigen Kommission –: Wir werden stets ein Auge darauf haben. Die Fälle, die in der Presse hochgekommen sind, sind alle in Bearbeitung.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wie sollen wir mit dem Antrag umgehen? Wie ist da die Meinung?

Vizepräsident Dr. Crusius: Wir tun das. Insofern kann man den Antrag auch an den Vorstand überweisen. Aber der Vorstand wird ja direkt aufgefordert. Hier ist alles konjunktivisch formuliert. Insofern ist es keine richtige Tatbestandsdarstellung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt bitte Herr Kollege Deutschmann aus Niedersachsen.

Deutschmann, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In Anknüpfung an das phänomenale Gedächtnis von Herrn Professor Hoppe, der sich an seinen ersten Auftritt vor dem Deutschen Ärztetag erinnert, kann ich sagen: Heute halte ich meine Jungfernrede, obwohl es mein fünfter Deutscher Ärztetag ist.

(Beifall)

Das Anliegen meiner Ausführungen ist, zu verhindern, dass die Bundesärztekammer ihre Unschuld verliert.

Ich möchte vorausschicken, dass ich eindeutig für die Organspende eintrete. Es handelt sich um einen sehr sensiblen Bereich, der anhaltend dem Fokus der Öffentlichkeit ausgesetzt ist und auch vehemente Gegner hat. Damit besteht eine absolute Pflicht zur korrekten Durchführung. Dafür stehe zum Beispiel ich persönlich im Zusammenhang mit der Bestimmung des Hirntodes ein, die ich für eine der sichersten Diagnosen in der Medizin halte, wenn sie denn korrekt, also beispielsweise nach den Richtlinien der Bundesärztekammer, durchgeführt wird.

Der Vorgang, auf den ich mich beziehe, ist in der Begründung meines Antrags ausreichend dargestellt. Ich will aber noch einmal betonen: Diese Situation ist für die Beteiligten nicht überraschend oder unvorbereitet aufgetreten. Bei allem Verständnis für die Familie des Verstorbenen: Der Vorgang ist nicht auf der Grundlage der Gesetze abgearbeitet worden. Sich ersatzweise, wie es geschehen ist, auf den rechtfertigenden Notstand zu berufen, wäre meinem Freund Arne, der sich gerade auf das zweite juristische Staatsexamen vorbereitet, in der Seminararbeit als ungenügend angekreidet worden. Man ändert doch Gesetze nicht, indem man sie einfach übertritt!

Dies passt allerdings zu dem Fall der Crossover-Transplantation vor einigen Jahren, bei der der Transplantationschirurg in die Schweiz ausweichen musste, um eine in Deutschland illegale Operation durchzuführen.

Zu der Anmerkung von Herrn Crusius, dass es sich um viele Konjunktive handelt, muss ich sagen: Sie sehen, dass es sich um einen Antrag „neu“ handelt. Der erste Antrag stieß bei Herrn Schirmer auf Nichtgefallen. Ich habe ihn daraufhin entsprechend geändert.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir bedanken uns für Ihre Rede. Wir haben es jetzt alles verstanden.

(Zuruf Dr. Holzborn, Nordrhein)

– Jetzt gibt es nur noch Wortmeldungen zur Geschäftsordnung.

(Dr. Holzborn, Nordrhein: Einer dafür, einer dagegen!)

– Weil Herr Crusius das erläutert hat? – Okay.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn ich die Kasuistik lese, scheint es sich in diesem Fall um eine sehr spezielle und persönliche Angelegenheit zu handeln. An dieser Stelle die Bundesärztekammer und ihre Gremien vorführen zu wollen, finde ich nicht so gut.

(Beifall)

Ich meine, die Überweisung an den Vorstand ist in Ordnung, aber den Antrag bitte nicht in dieser Form verabschieden.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das war ein Geschäftsordnungsantrag; darüber gibt es gar keine Diskussion. Der war zulässig.

Möchte jemand gegen die Überweisung an den Vorstand sprechen?

(Zuruf: Nichtbefassung!)

– Jetzt gibt es auch den Antrag auf Nichtbefassung. Möchte jemand zur Nichtbefassung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich zunächst einmal: Wer möchte sich mit dem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich mit dem Antrag doch befassen? – Das ist die Mehrheit. Ich frage jetzt also: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Das ist die Mehrheit. Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Das ist die Minderheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Dann wird die Arbeit dort mit der Rückendeckung des Ärztetages fortgesetzt, wie Herr Crusius das eben schon erläutert hat.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-65**, ebenfalls von Herrn Deutschmann und Frau Dr. Correns:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf eine Gesetzesänderung hin-*

zuwirken, die eine gezielte postmortale Organspende an Familienmitglieder möglich macht.

Auch da erläutert Herr Crusius. Bitte schön.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das sind die Lücken, die das Gesetz lässt. Das sind Einzelfälle. Das sind drei bis fünf Fälle im Jahr. Deswegen ist der Antrag vernünftig. Aber die Frage ist, ob wir in Deutschland alles mit einer gesetzlichen Regelung überziehen wollen, auch Einzelfälle, die ansonsten die Kommission, besetzt von Krankenkassen, Bundesärztekammer, Fachgesellschaft, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Juristen, erledigen kann.

Der Antrag ist unschädlich, weil wir das im Rahmen der Gesetzesnovelle sowieso tun.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Gibt es eine juristische Definition dessen, was Familienmitglieder sind? – Gibt es. Okay, dann ist das klar.

Wer möchte den Antrag befürworten?

(Dreyer, Nordrhein: Gegenrede!)

– Bitte, Herr Dreyer.

Dreyer, Nordrhein: Ich halte das für eine schwierige Sache. Wenn man einmal in einem solchen Transplantationszentrum gearbeitet hat, weiß man, wie viel bei Organspenden sowieso schon passiert. Und jetzt soll es noch einen Passus geben, dass es eine gezielte Spende für Familienangehörige geben soll. Teilweise passieren schlimme Sachen, was Lebendspenden angeht. Deswegen finde ich, dass man diesen Antrag ablehnen sollte. Wenn man das nicht tut, sollte die Vorstandsüberweisung das Minimum sein, weil das ein ganz heißes Thema ist.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Es ist der Antrag auf Vorstandsüberweisung gestellt. Ich frage: Wer möchte den Antrag an den Vorstand

überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen**.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-76**:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, für den 110. Deutschen Ärztetag einen eigenen Tagesordnungspunkt „Transplantationsgesetz, Organspende und Organmangel" vorzubereiten.*

Auch dazu bitte Herr Crusius.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das tun wir sehr gern. Ich bitte Sie als den Souverän, die Ziffer 110 dort zu streichen. Wir haben noch acht Themen, die für Deutsche Ärztetage vorbereitet werden müssen. Wir können heute nicht entscheiden, ob es der 110. Deutsche Ärztetag sein wird, zumal das Transplantationsgesetz, wie Sie wissen, im Rahmen der EU-Richtlinie gerade in Überarbeitung ist. Wenn das in diesem Jahr nicht abgeschlossen wird, kann man sich im nächsten Jahr nicht dazu äußern.

Insofern bitte ich Sie, die Festlegung auf den 110. Deutschen Ärztetag zu streichen und uns als Vorstand zu ermächtigen, das zu dem entsprechenden Zeitpunkt zu tun, wenn es möglich ist. Es muss ja möglich sein.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt hat Herr Deutschmann das Wort. Bitte schön.

Deutschmann, Niedersachsen: Ich möchte empfehlen, den Antrag so anzunehmen, wie er vorgelegt wurde. Im nächsten Jahr wird das Transplantationsgesetz zehn Jahre alt. Ich denke, eine Neubewertung dessen, was damals beschlossen worden ist, und sich daraus ergebende Konsequenzen sollten besprochen werden. Vor 14 Tagen ist ein Buch mit dem Titel „Organmangel" erschienen, das den Untertitel trägt: „Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?" Das ist ein wissenschaftlich gehaltenes Buch von acht Autoren, allerdings nur zwei Ärzten. Speziell der Inhalt dieses Buches sollte zeitnah dargestellt werden. Ich meine, das sollte möglichst auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Münster geschehen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Es gibt den Änderungsantrag von Herrn Crusius, die Ziffer 110 zu streichen und stattdessen zu schreiben: „für einen der nächsten Deutschen Ärztetage“. Wer möchte diesem Änderungsantrag zustimmen? – Das sind viele. Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Dann ist das so beschlossen. Wer möchte dem so geänderten Antrag zustimmen? – Sehr viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen**.

Damit kommen wir zum Themenkomplex Sterbebegleitung. Wir kommen zu dem dazu vorliegenden Antrag **VII-70**. Man hat mir aufgeschrieben, ich möge Korrekturen durchgeben. Das ist ein langer Text. Ich hoffe, Sie haben ihn vorliegen, denn es wird ein bisschen viel, ihn ganz vorzulesen. In der sechsten Zeile der vierte Satz soll lauten:

> *Wir Ärztinnen und Ärzte lehnen es kategorisch ab, uns zum Handlanger und Vollstrecker jedweder Forderung nach aktiver Sterbehilfe machen zu lassen.*

Gibt es dazu Diskussionsbeiträge? Möchte sich jemand dazu äußern? – Das ist nicht der Fall. Der Antrag spricht ja auch für sich. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen**. Das erleichtert mir meine Position am 20. September auf dem Deutschen Juristentag, wo ich in Stuttgart eine Podiumsdiskussion mit Juristen überstehen muss, die denken, dass das für uns zur Berufspflicht gemacht werden soll. Ich denke, das wird mit dieser Rückendeckung gelingen. Vielen Dank.

(Beifall)

Dann kommen wir zu dem Punkt Sonstiges. Da rufe ich zunächst den Antrag **VII-32** zum Thema Klinische Forschung auf:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag betont die Notwendigkeit und Wichtigkeit klinischer Forschung. Klinische Forschung ist unverzichtbar, um neue und bessere Behandlungsmethoden und -möglichkeiten zum Wohle der Patienten zu entwickeln.*
>
> *Klinische Forschung muss nach den Grundsätzen von Good Clinical Practice erfolgen und die freiwillig teilnehmenden Probanden möglichst geringen Risiken aussetzen.*

Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag 32? – Wer ist dagegen? – Das Erste war deutlich die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen**.

Ich rufe den Antrag **VII-82** auf:

> *Der Zugang zu Forschungsergebnissen stellt eine der wesentlichsten Grundlagen der ärztlichen Weiter- und Fortbildung dar. Die Bundesärztekammer wird daher beauftragt, eine Initiative bei der Bundesregierung zu starten, die dann die öffentlichen Geldgeber verpflichtet, die Ergebnisse geförderter Forschung in Publikationen öffentlich und frei zugänglich zu machen (im Sinne des Open Access).*

Wer möchte dazu sprechen? – Niemand. Wer stimmt dem Antrag 82 zu? – Viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen**.

Wir kommen nun zum Antrag **VII-61**:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, mit dafür zu sorgen, dass die Besetzung der Notarztdienste weiterhin möglich ist.*

Oje! Da müssen wir im Zweifel selber Notdienst machen! Das werden wir auch noch schaffen.

(Heiterkeit)

Wenn Sie das überweisen würden, würden wir versuchen, alle Möglichkeiten zu finden, dass eine flächendeckende Versorgung außer durch die Präsidentinnen und Präsidenten der Landesärztekammern auch auf weiterem Wege möglich ist.

(Zuruf: Nichtbefassung!)

Möchte jemand dazu sprechen? – Bitte, Herr Michaelis.

Michaelis, Thüringen: Ich möchte gegen den Antrag auf Nichtbefassung sprechen. Mir ist völlig klar, dass man das ins Lächerliche ziehen kann. Wir wissen genau, wie diffizil die Sachlage ist, auch dass die Länder dafür zuständig sind. Das ist alles unstrittig.

Dort steht ja, dass der Vorstand „mit“ dafür sorgen soll, dass die Besetzung der Notarztdienste weiterhin möglich ist. Wenn das eintritt, was der Marburger Bund vielleicht erreichen kann, eine kurzfristige drastische Reduzierung der möglichen ärztlichen Arbeitszeiten, könnte akut ein plötzlicher relativer Ärztemangel in einem sensiblen Bereich auftreten. Dafür sollte sich auf Bundesebene jemand interessieren. Deshalb habe ich diesen Antrag gestellt.

Ich überlasse Ihnen, was Sie mit dem Antrag machen. Sie können ihn auch mit Nichtbefassung abstrafen. Es geht darum, das Problem öffentlich zu machen und die Öffentlichkeit dafür zu sensibilisieren.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Wir haben ja den Ausschuss „Notfall-/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“. Das geeignete Beratungsgremium ist also vorhanden, um diese Arbeit zu diskutieren und zu bewältigen.

Jetzt bitte Herr Dreyer aus Nordrhein.

Dreyer, Nordrhein: Ich spreche mich für die Nichtbefassung mit diesem Antrag aus. Es ist in der Tat so, dass das Notarztwesen in den Landesrettungsdienstgesetzen geregelt wird. Das hat nichts mit Arbeitszeiten zu tun. Wenn Sie die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass Notärzte auch in Gegenden tätig sind, wo man 24 Stunden durchschläft, weil keine Notfälle auftreten, da es der Bevölkerung gut geht, haben wir ein Problem. Deshalb bitte ich dringend, sich mit diesem Antrag nicht zu befassen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Dreyer. – Eine weitere Wortmeldung von Herrn Michaelis.

Michaelis, Thüringen: Ich möchte kurz gegen den Antrag auf Nichtbefassung sprechen. Es geht hier um ein Problem, das einfach nicht wegzudiskutieren ist. Sie können natürlich sagen, formaljuristisch gehe uns das nichts an. Wenn Sie das so machen möchten, dann tun Sie es. Damit erweisen Sie den Kollegen aber keinen Gefallen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Das ist eine schwierige Materie. Der Notfalldienst ist nicht durch das Arbeitszeitgesetz abgedeckt. Darauf macht mich Frau Güntert gerade aufmerksam. Sie ist in der Bundesärztekammer dafür zuständig. Vielleicht ist es das Beste, den Antrag an den Vorstand zu überweisen. Dann gehen die Gremien damit in geeigneter Weise um. Herr Michaelis möchte ja nur das Signal setzen, dass bei unserer notärztlichen Versorgung – „Blaulichtdoktor“ nennt man das; das ist etwas anderes als KV-

Notdienst – nichts einbricht und das weiter funktioniert. Ich glaube, dieses Anliegen sollten wir nicht einfach abwürgen.

(Beifall)

Wer möchte sich mit dem Antrag nicht befassen? – Wer möchte sich mit dem Antrag befassen? – Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**. Der Inhalt des Antrags wird in geeigneter Weise weiter verfolgt.

Nun kommen wir zum Antrag **VII-73**:

> *Der Deutsche Ärztetag bittet die Geschäftsführung, bei künftigen Ärztetagen eine Stromversorgung an den Delegiertenplätzen zu ermöglichen. Wünschenswert wäre auch die Einrichtung eines LAN statt nur einiger Arbeitsplätze im Foyer.*

(Beifall)

Dazu bitte Herr Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist für mich absolut nachvollziehbar, dass dieser Antrag gestellt worden ist. Nur: Er hat hochgradige finanzielle Auswirkungen. Das liegt einfach daran, dass es eine Versammlungsstättenverordnung gibt, wonach der Strom – wie beantragt – von unten kommen muss. Wir müssen also die Halle, in der wir tagen, jeweils mit einem doppelten Boden versehen. Das ist hochgradig kostenwirksam. Wir müssten Bodenplatten mieten oder kaufen, vielleicht für zehn Jahre. Es müsste eine Einrichtung vorgehalten werden, die von drei Sattelschleppern antransportiert werden muss. Der Aufbau würde sich wahrscheinlich um zwei Tage verlängern, der Abbau um einen Tag. Wir haben es durchkalkuliert: Erforderlich wären wahrscheinlich 5 Kilometer Kabel, Verteilerdosen kämen hinzu.

Insofern bitte ich Sie um Verständnis, dass ich meine, dieser Antrag sollte an den Vorstand überwiesen werden. Dann können wir es in Ruhe durchkalkulieren. Wir können Ihnen im nächsten Jahr gern darüber berichten. Es ist wirklich sehr teuer. Wahrscheinlich geht es um einen hohen fünfstelligen Betrag, vielleicht ist die Summe sogar sechsstellig.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Der Hauptgeschäftsführer darf auch Anträge stellen. Er hat den Antrag auf Überweisung an den Vorstand gestellt. Möchte jemand für den Antrag sprechen oder gegen den Überweisungsantrag? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 73 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-79**. Dazu möchte Frau Dr. Bühren sprechen. Sie ist eine der Antragstellerinnen. Bitte schön.

Dr. Bühren, Vorstand der Bundesärztekammer: Dieser Antrag ist kein bloßer Appell. Inzwischen können tatsächlich sehr viele gute Modelle angeboten werden. Eine Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes an über 2 200 Kliniken hat ergeben, dass in Deutschland nur an 7 Prozent der Kliniken Kinderbetreuung angeboten wird. Dort, wo sie nicht angeboten wird, lautet das Argument fast immer: Es ist zu teuer.

Deswegen haben wir veranlasst, dass in Zusammenarbeit zwischen dem Bundesfamilienministerium und der BG-Unfallklinik in Murnau eine Kosten-Nutzen-Analyse erstellt wird. Diese Klinik hat seit 30 Jahren eine Kinderbetreuung von morgens 5.30 Uhr bis abends 21.30 Uhr, und zwar an 365 Tagen im Jahr. Das Angebot gilt für alle Kinder zwischen zwei Monaten und zehn Jahren. Diese Kosten-Nutzen-Analyse hat ergeben, dass sich in Euro beziffern lässt, dass die Klinik ein Plus macht. Es sind auch Faktoren wie Mitarbeiterzufriedenheit, geringere Fluktuation und die Tatsache, dass qualifizierte Intensivschwestern früher zur Arbeit kommen, weil sie ihre Kinder gut betreut wissen, mit einbezogen worden. Dieses Angebot ist ein Riesenwettbewerbsvorteil, sodass man auf diese Weise wertvolle Ärztinnen und Ärzte halten und auch gewinnen kann. Diese Studie kann bei der Klinik heruntergeladen werden, sodass man zum eigenen Klinikvorstand oder zum Verwaltungsdirektor gehen und sagen kann: Wäre das nicht auch für unsere Klinik ein Wettbewerbsvorteil?

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind meines Wissens nur ganz selten Träger von Kliniken.

Dr. Bühren, Vorstand der Bundesärztekammer: Die KV Bayern hat eine eigene Kinderbetreuung eröffnet.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Im Krankenhaus?

Dr. Bühren, Vorstand der Bundesärztekammer: Nein, in der KV.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das haben wir in der Kammer Nordrhein auch. Dann müssen wir die Kammer Nordrhein auch aufführen. Aber so pingelig sind wir nicht.

Ich frage, ob es eine Gegenrede gibt? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag 79? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**.

Der Antrag **VII-80** von Frau Dr. Fick aus Bayern ist **zurückgezogen**.

Den Antrag 85 haben wir bereits behandelt.

Damit kommen wir zum Antrag **VII-86**:

> *Der in Nordrhein-Westfalen seit 16. Dezember 2004 umgesetzte Informations- und Kriterienkatalog für die Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge soll nach den positiven Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen allen Bundesländern zur Umsetzung empfohlen werden. Die Landesärztekammern sollen auf Landesebene dazu initiativ werden.*

Wer möchte dazu sprechen? – Bitte, Frau Kollegin Rothe-Kirchberger.

Dr. Rothe-Kirchberger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf ein ganz anderes Thema lenken, nämlich auf den Informations- und Kriterienkatalog, der ja von der Bundesärztekammer aufgenommen wurde und der sich in Nordrhein-Westfalen als sehr positiv erwiesen hat. Im Tätigkeitsbericht steht, dass auf der Ebene der Innenministerkonferenzen beschlossen wurde, dass eine Umsetzung auch in anderen Ländern erfolgen soll, wenn das Ergebnis positiv ist, um dem unbefriedigenden Zustand, dass ganz verschieden vorgegangen wird, ein Ende zu bereiten. Insofern möchte ich Sie bitten, den Antrag zu unterstützen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Es gibt auch keine Geschäftsordnungsanträge. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 86 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen**.

Wir kommen damit zum Antrag **VII-88**. Das ist ein ganz kurzer Antragstext. Dazu bitte Herr Crusius.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bitte wiederum, die Ziffer 110 zu streichen, damit wir innerhalb der Gruppe der Themen nach Dringlichkeit auswählen können. Das muss ja entsprechend vorbereitet werden.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön.

(Zuruf)

– Herr Bolay ist als Antragsteller einverstanden. Dann streichen wir also die Ziffer 110 und die Ortsangabe „Münster“. Wir sagen stattdessen: einer der nächsten Deutschen Ärztetage. Es ist ja nicht auszuschließen, dass es der 110. Deutsche Ärztetag sein wird.

Wer stimmt dem Antrag 88 mit dieser Änderung zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **in der geänderten Fassung angenommen**.

Nunmehr kommen wir zum Antrag **VII-89** von Professor Hettenbach aus Baden-Württemberg:

> *Der 109. Deutsche Ärztetag beantragt, dass sich einer der nächsten Deutschen Ärztetage (z. B. in Münster) u. a. mit dem Hauptthema „Zur Stellung der Abteilungsleiter, Chefärzte und Ärztlichen Direktoren in Deutschland“ befasst.*

Das ist wirklich interessant. – Gibt es Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen**. Ich glaube, es ist wichtig, dass diese Legenden, die es immer noch gibt, aufgeklärt werden.

Herr Thierse bittet mit einem Geschäftsordnungsantrag um die zweite Lesung zum Antrag **VII-54**. Das ist der Antrag von Herrn König:

Arbeitsverträge zum Zweck der Weiterbildung dürfen nicht kürzer als die vorgeschriebene Weiterbildungszeit begrenzt werden. Arbeitsverträge sind so zu gestalten, dass der/die Arzt/Ärztin die Weiterbildung ohne Ortswechsel abschließen kann.

Diesen Antrag haben wir an den Vorstand überwiesen. Herr Thierse möchte, dass wir durch eine zweite Lesung damit anders umgehen. Bitte schön, Herr Thierse.

Dr. Thierse, Berlin: In der Hektik der Abstimmung ist leider untergegangen, dass Herr König und ich sich inzwischen auf eine gemeinsame Formulierung geeinigt haben. In dieser gemeinsamen Formulierung kommt etwas vor, bei dem uns sehr wichtig ist, dass der Deutsche Ärztetag es beschließt und nicht nur der Vorstand sich damit beschäftigt. Der geänderte Antrag lautet:

Arbeitsverträge für Weiterzubildende sollen nicht kürzer als die vorgeschriebene Weiterbildungszeit begrenzt werden. Verbundbefugnisse sind gegebenenfalls anzustreben.

Das ist eine für die Weiterbildung sehr wichtige Sache. Ich denke, die Wucht des Deutschen Ärztetages würde uns sehr helfen, Verbundbefugnisse durchzusetzen, auch wenn wir sie in der Weiterbildungsordnung bisher nicht so explizit fordern können. Ein Ärztetagsbeschluss würde uns mehr unterstützen, als wenn es an den Vorstand geht.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Es gibt auch Fälle, in denen das schon gang und gäbe ist. Man kann es ja fast kaum noch ohne machen.

Ich frage zunächst einmal: Gibt es eine Gegenrede gegen die Überlegung, eine zweite Lesung durchzuführen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte eine zweite Lesung befürworten? – Das müssen wir sicherheitshalber auszählen. Wer ist gegen eine zweite Lesung? – Damit ist die zweite Lesung beschlossen. Wir führen jetzt die zweite Lesung durch.

Herr Thierse hat den neuen Text bereits verkündet. Wir können auch noch einmal darüber diskutieren, wenn Sie das für wichtig halten.

Einen Geschäftsordnungsantrag gibt es nicht. Der veränderte Text lautet:

Arbeitsverträge für Weiterzubildende sollen nicht kürzer als die vorgeschriebene Weiterbildungszeit begrenzt werden. Verbundbefugnisse sind gegebenenfalls anzustreben.

Ich frage: Wer möchte dem Antrag in dieser Form zustimmen?

(Dreyer, Nordrhein: Vorstandsüberweisung!)

– Herr Dreyer beantragt Vorstandsüberweisung. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Dann frage ich: Wer befürwortet die Vorstandsüberweisung? – Einzelne. Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer möchte dem so formulierten Antrag zustimmen? – Ganz viele. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen**. Das war ein erfolgreiches Unternehmen.

(Beifall)

Herr Nick aus Rheinland-Pfalz wünscht eine persönliche Erklärung. Bitte schön, Herr Nick.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nicht erschrecken, ich habe nur eine kurze positive Mitteilung zu machen, die ich aber aus Geschäftsordnungsgründen in die Form einer persönlichen Erklärung kleide.

Sie haben gestern mit dem Antrag 60 neu als Ärztetag die Unterstützung Not leidender Kolleginnen und Kollegen befürwortet, die durch die Streikaktionen des Marburger Bundes finanziell betroffen sind. Es wurde ein Spendenkonto der Stiftung des Marburger Bundes angegeben.

Ich bin seitens des Deutschen Hausärzteverbandes autorisiert, hier zu verkünden, dass der Deutsche Hausärzteverband diese Kolleginnen und Kollegen mit einem namhaften Betrag – konkret: mit 10 000 Euro – unterstützen wird.

(Lebhafter Beifall)

Wir sehen hierin auch eine wesentliche Unterstützung des Kampfes, den der Marburger Bund für unseren Status als Ärzte in der Gesamtgesellschaft führt. Sie mögen daraus ersehen, dass wir, auch wenn wir bezüglich der Satzungsdiskussion von diesem Ärztetag sehr enttäuscht sind, sehr wohl differenziert denken können und uns weiterhin in der Gesamtsolidarität aller Ärzte sehen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Nun eine persönliche Erklärung von Herrn Kollegen Montgomery.

Dr. Montgomery, Hamburg: Danke!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Nun hat Herr Crusius das Wort.

Vizepräsident Dr. Crusius: Lieber Henning Friebel und Mannschaft! Der gestrige Abend hat uns so hervorragend gefallen, dass spontane Ideen gekommen sind. Liebe Kolleginnen und Kollegen, zwei Mecklenburger Kolleginnen gehen mit zwei großen Büchsen durch die Halle. Ich bitte Sie, etwa zwei bis fünf Euro zu spenden, denn wir wollen uns bei Henning Friebel und seiner Mannschaft und bei unserem Präsidenten, der die Plenarsitzungen in bewährter Weise hervorragend geleitet hat, mit der Band Sax'n Anhalt von gestern Abend bedanken.

(Beifall – Musikalische Darbietung der Band Sax'n Anhalt –
Zurufe: Zugabe!)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich stelle fest, dass zum ersten Mal in der Geschichte Deutscher Ärztetage, so weit ich sie übersehe, nach einer Zugabe gerufen worden ist!

Dr. Friebel, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Andreas, herzlichen Dank für diese Ehre, die uns zuteil wurde. Ich freue mich, dass es Ihnen so gut gefallen hat, und wünsche Ihnen, dass Sie gut nach Hause kommen.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Eine persönliche Erklärung kann man jederzeit abgeben. Andreas Crusius und ein anderer Delegierter aus Mecklenburg-Vorpommern haben das initiiert. Ich habe mir gestern Abend, nachdem die Band gespielt hatte, ein Lied zweimal gewünscht. Ich bin aber nicht ganz zum Zuge gekommen. Die Band holt das jetzt nach. Ich bin hartnäckig; manche kennen mich deshalb. Es ist ein Lied aus Zeiten, als ich ungefähr halb so alt war wie jetzt. Sie denken vielleicht: Jetzt fängt die hier mit ihren Kleinmädchenträumen an. Keine Angst. Es ist ein Lied aus Ostzeiten und heißt:

„Als ich fortging“. Die Band wird es nachher spielen. In diesem Lied gibt es die Zeile „Nichts ist unendlich, so sieh das doch ein“.

Wer, wenn nicht wir, weiß, dass das Leben endlich ist? Das Leben ist auch für uns endlich. Ich denke, wir sollten bei unserer täglichen Arbeit daran denken. Wir geben uns alle unheimlich viel Mühe, vergessen uns aber manchmal selber. Das Feuer brennt nieder, wenn es keiner mehr nährt. Wir haben mit diesem Ärztetag sehr viel Feuer geschürt. Ich denke, wir sollten nicht vergessen, dass wir auch Mensch sind, dass wir gern feiern.

In diesem Sinne habe ich mich unheimlich gefreut, dass der gestrige Abend ein Tanzabend war. Falls es mich beim nächsten Ärztetag noch gibt, würde ich sehr viel Wert darauf legen, dass es wieder so ist.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dann gibt es jetzt dieses Stück als Zugabe, wenn die Band einverstanden ist.

(Beifall)

Vielen Dank an die Band.

Damit sind wir am Ende unserer Tagesordnung angelangt. Wir haben die Musik mit in die Tagesordnung einbezogen. Wir bedanken uns herzlich für die wundervollen Musikstücke.

Wir sind am Ende unserer Plenarsitzungen. Wir bedanken uns herzlich bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Mit der Band haben wir uns bei dir, lieber Henning Friebel, und deiner ganzen Mannschaft bedankt. Sage den Dank bitte an alle in der Kammer Sachsen-Anhalt weiter.

(Beifall)

Wir möchten uns auch noch bei der Stadt Magdeburg bedanken. Sagen Sie den Dank bitte an den Oberbürgermeister weiter.

Wir bedanken uns bei Ihnen, den Damen und Herren Delegierten, für die anstrengende und sehr konstruktive Mitarbeit. Es war ein sehr erfolgreicher Ärztetag.

Wir bedanken uns bei unserem Stenografen, Herrn Rüdiger Weber, für seine mühevolle Arbeit, die sicherstellt, dass die Beratungen und Diskussionen im Wortbericht erscheinen. Herzlichen Dank!

(Beifall)

Vielen Dank an die Geschäftsführung unter der Leitung von Professor Fuchs und an diejenigen, die wir nicht zu Gesicht bekommen, die im Hintergrund arbeiten, die in der Technik und im Schreibbüro tätig sind.

(Beifall)

Ich darf als pars pro toto Frau Becker und Frau Thoms nennen, die hier besonders engagiert sind.

(Beifall)

Um Ihnen wie in den Jahren zuvor einen Überblick über das zu geben, was von den dienstbaren Geistern vor und hinter der Bühne fertig gebracht worden ist: Während des Ärztetages sind 350 000 Blatt Papier bedruckt worden. Es wurden 180 Anträge in einer Druckauflage von je 700 Stück erstellt und verteilt.

Das Beschlussprotokoll von circa 100 Seiten liegt bereits fertig vor. Es wird morgen im Internet veröffentlicht und geht Ihnen am Montag per Post zu.

Alles ist wie immer glänzend organisiert.

Bevor wir Schluss machen, hat Theo Windhorst das Wort. Er ist der Gastgeber des nächsten Ärztetages. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Vielen Dank an Magdeburg, an Präsident Friebel. Dank an die Delegierten, die bis jetzt ausgeharrt haben. Nach dem Deutschen Ärztetag ist vor dem Deutschen Ärztetag. Haben Sie Lust auf die lebenswerteste Stadt der Welt? Haben Sie Lust auf die liebenswerteste Stadt der Welt? Münster ist der Tagungsort für den 110. Deutschen Ärztetag. Wir erwarten Sie, wir freuen uns auf Sie. Wenn Sie Lust haben, sich einstimmen zu lassen: Wir haben sozusagen einen kleinen Appetizer mit Lageplan und Hotelangaben. Wir werden Sie herzlich willkommen heißen. Erleben Sie die Stadt des Fahrrads. Wir garantieren fast gutes Wetter, wir garantieren sicher gute Laune.

Unser Herz gehört Ihnen, den Delegierten des 110. Deutschen Ärztetages. Sie werden nicht enttäuscht sein. Unser Gesellschaftsabend wird den gestrigen Abend, der ein Highlight war, fast nicht toppen können. Erleben Sie am 17. Mai 2007 den Festabend unter dem Motto: Der Kongress tanzt, der Deutsche Ärztetag tobt, die Delegierten sind außer Rand und Band. Herzlich willkommen zum 110. Deutschen Ärztetag vom 15. bis zum 18. Mai 2007 in Münster!

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Theo Windhorst. Damit kehren wir 25 Jahre nach dem letzten Deutschen Ärztetag 1982 in Münster nach dort zurück.

Auf Wiedersehen bis zum 110. Deutschen Ärztetag vom 15. bis 18. Mai 2007 in Münster!

Damit schließe ich den 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg. Ich wünsche Ihnen, dass Sie gesund bleiben und gut nach Hause kommen. Auf Wiedersehen in Münster!

Herzlichen Dank.

(Beifall)