Stenografischer Wortbericht

110. Deutscher Ärztetag

15. bis 18. Mai 2007

Münster

Impressum

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

Stenograf:
Rüdiger Weber

© Bundesärztekammer 2007

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

Inhalt

I Eröffnungsveranstaltung 7

Begrüßung: Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theodor Windhorst 7

Grußwort: Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann 15

Grußwort: Oberbürgermeister der Stadt Münster, Dr. Berthold Tillmann 20

Totenehrung 23

Verleihung des Forschungspreises zur Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus 25

Verleihung der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft 30

Grußwort: Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, MdB 56

Referat: Präsident der Bundesärztekammer, Präsident des Deutschen Ärztetages und der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe 70

II Arbeitstagungen des Plenums 90

1. Tag, Dienstag, 15. Mai, 2007, Nachmittagssitzung 90

2. Tag, Mittwoch, 16. Mai 2007, Vormittagssitzung 133

2. Tag, Mittwoch, 16. Mai 2007, Nachmittagssitzung 200

3. Tag, Donnerstag, 17. Mai 2007, Vormittagssitzung 283

3. Tag, Donnerstag, 17. Mai 2007, Nachmittagssitzung 323

4. Tag, Freitag, 18. Mai 2007, Vormittagssitzung 387

Eröffnungsveranstaltung

Dienstag, 15. Mai 2007, 10.00 Uhr
Halle Münsterland

(Musikalische Einleitung: 6-Zylinder, Musik zum Hinsehen:
Fanfare (Tilmann Susato/Anonymus; For the Longest Time (Billy Joel))

Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe: Verehrte Damen und Herren! Deutscher Ärztetag in Münster – zu Beginn einmal etwas anders. Ich hoffe, es hat Ihnen gefallen.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich darf Sie ganz herzlich willkommen heißen im schönen Münster, einer Stadt mit Flair, Tradition, Geschichte – auch Kneipengeschichte –, mit einer sehr harmonischen Mischung aus Bodenständigkeit und Weltoffenheit. Könnte man diese Hauptstadt Westfalens vielleicht auch – die Düsseldorfer mögen es mir verzeihen – als Landeshauptstadt bezeichnen? Nein, keine Angst, das wäre geradezu vermessen.

Machen Sie sich selbst ein Bild, erleben Sie Münster als Stadt mit vielen Facetten: Domstadt, Universitätsstadt, Stadt des Westfälischen Friedens – wobei die Betonung auf „Frieden“ liegt – und Sitz der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, als deren Präsident ich Sie im Namen aller Ärztinnen und Ärzte im Landesteil Westfalen-Lippe begrüße und Sie zum 110. Deutschen Ärztetag in Münster herzlich willkommen heiße.

(Beifall)

Es ist mir eine besondere Freude, eine der nervenstärksten Ministerinnen der Bundesrepublik zu begrüßen, die seit 2001 ununterbrochen die Geschicke der Gesundheitspolitik verantwortet: Europas dienstälteste – dienstälteste! – Gesundheitsministerin, die Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Sehr herzlich begrüße ich den einzigen Minister, der zwei Ärztekammerpräsidenten beaufsichtigen darf: Ich begrüße den nordrhein-westfälischen Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Karl-Josef Laumann.

(Beifall)

Ebenso heiße ich unseren Gastgeber hier in Münster, Herrn Oberbürgermeister Dr. Berthold Tillmann, ganz herzlich willkommen.

(Beifall)

Zahlreiche Bundestagsabgeordnete haben sich auf den Weg zu uns gemacht; einzelne sind bereits angekommen, andere noch nicht. Allen voran möchte ich den stellvertretenden Vorsitzenden der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Herrn Wolfgang Zöller, ganz herzlich begrüßen, der noch nicht da ist; er ist aber auf dem Weg. Darüber hinaus sind von der CDU/CSU folgende Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages anwesend: Herr Dr. Hans-Georg Faust, Herr Jens Spahn – mit Heimspiel hier in Münster –, Herr Hubert Hüppe und Frau Beatrix Philipp. Von der FDP begrüße ich in seiner Heimatstadt Herrn Daniel Bahr, den gesundheitspolitischen Sprecher der FDP im Deutschen Bundestag und die maßgebliche Stimme der gesundheitspolitischen Opposition auch auf unserem außerordentlichen Deutschen Ärztetag im Oktober 2006 in Berlin.

(Beifall)

Natürlich begrüße ich von der FDP Herrn Dr. Konrad Schily.

Ich begrüße sehr herzlich drei weitere Bundestagsabgeordnete, die Münster und Umgebung in Berlin vertreten: Herrn Ruprecht Polenz von der CDU, Herrn Karl Schiewerling von der CDU und Herrn Christoph Strässer von der SPD.

(Beifall)

Besonders herzlich begrüße ich den Ehrenpräsidenten des 110. Deutschen Ärztetages, den Ehrenpräsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe und meinen Vorgänger im Amt, Herrn Professor Dr. Ingo Flenker.

(Beifall)

Ich begrüße – was wäre der Deutsche Ärztetag ohne ihn? – Herrn Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.

(Lebhafter Beifall)

Es ist gut für die deutsche Ärzteschaft, diesen Präsidenten zu haben, der ohne Aufgeregtheit, aber klar und deutlich die Sorgen der Ärzte und die Nöte der Patienten zu artikulieren weiß.

(Beifall)

Ich begrüße den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Karsten Vilmar, Zeitzeuge des Deutschen Ärztetages 1982 in Münster.

(Beifall)

Es ist mir eine besondere Freude, Herrn Professor Dr. Hans Joachim Sewering zu begrüßen, Ehrenmitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Zeitzeuge der Deutschen Ärztetage 1956 und 1982 in Münster, also vor 50 und vor 25 Jahren.

(Beifall)

Zudem begrüße ich die anwesenden Präsidenten und Vertreter der Heilberufskammern, der ärztlichen Berufsverbände, der Universitäten, der Medizinischen Fakultäten. Ich erwähne namentlich für alle Herrn Professor Dr. Albrecht Encke.

(Beifall)

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

(Beifall)

den Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungseinrichtungen, Herrn Dr. Ulrich Kirchhoff, und den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Andreas Köhler und Herrn Ulrich Weigeldt.

(Beifall)

Ich freue mich, Herrn Dr. Rainer Hess, den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, begrüßen zu dürfen

(Beifall)

und von den Verbänden Herrn Dr. Kuno Winn, den Vorsitzenden des Hartmannbundes, Herrn Dr. Klaus Bittmann, den Vorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes, und natürlich Herrn Dr. Frank Ulrich Montgomery, den Vorsitzenden des Marburger Bundes, allen bekannt.

(Beifall)

Wegen der besonderen Themenlage begrüße ich herzlich den Vorsitzenden des BDA, Herrn Rainer Kötzle,

(Beifall)

und den Vorsitzenden des BDI, Herrn Dr. Wolfgang Wesiack.

(Beifall)

Aus dem Ausland sind wieder eine Vielzahl von Vertretern ärztlicher Verbände und Kammern zu uns gekommen. Stellvertretend für alle begrüße ich Herrn Dr. William Plested, den Präsidenten der American Medical Association. You are very welcome!

(Beifall)

Von der WHO begrüße ich den Beauftragten des Regionalbüros Europa, Herrn Dr. Gerald Rockenschaub.

(Beifall)

Die Welt schaut auf Münster: Ich begrüße Frau Dr. Waltraud Diekhaus, die Generalsekretärin des Weltärztinnenbundes.

(Beifall)

Aus Rumänien begrüße ich Herrn Dr. Francisc Jeszenszky, den Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft.

(Beifall)

Pars pro toto: Ich begrüße die anwesenden Träger der Paracelsus-Medaille und schließlich alle Delegierten, Medienvertreter und Gäste des Deutschen Ärztetages bei uns in Münster. Schön, dass Sie hier sind. Ohne Sie wäre alles nichts. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben eben einen fantastischen musikalischen Auftakt dieses Ärztetages erleben dürfen: die 6-Zylinder. Sie stehen für Vokalkunst in höchster Perfektion, verbunden mit ein wenig Witz und einer kleinen Dosis Humor. Sie sind zudem natürlich Münsteraner Urgestein. Das wollten wir hier nicht verbergen. Diese A-cappella-Gruppe ist 1983 in dieser Stadt gegründet worden. Sie wird uns mit ihrer „Musik zum Hinsehen“ begleiten und begeistern. Ich bin mir ganz sicher: Die 6-Zylinder werden in jeder Hinsicht den richtigen Ton treffen und keine Klimakatastrophe auslösen. Ich bitte noch einmal um einen herzlichen Applaus für die Musiker.

(Beifall)

Dann noch eine Herzensbitte: Spenden Sie bitte bereitwillig und reichlich für den Verein „Herzenswünsche“. Mit Ihrer finanziellen Hilfe erfüllt er kranken Kin-

dern auch einmal außerordentliche Wünsche. Spendenboxen sind im Plenarsaal aufgestellt. Ich bedanke mich für die tatkräftige Unterstützung seitens der Bundesärztekammer. Ich empfehle diese wohltätige Einrichtung Ihrer kleinen Gabe.

(Beifall)

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! In Münster trafen sich bereits vier Deutsche Ärztetage. Der letzte Deutsche Ärztetag hier in Münster, der 85. Deutsche Ärztetag, fand 1982 statt. Das ist nun 25 Jahre her. Erinnern Sie sich bitte ganz kurz mit mir: 1982 sprach man noch nicht vom Internet, von E-Mails, E-Health und E-Card. Heute gehört das Notebook zum Standardrepertoire. Unglaubliche Datenmengen – jedenfalls für mich als Chirurg – passen auf einen USB-Stick. Damals war der Commodore 64 das Maß aller Dinge.

1982 reichte ein Telefon mit Schnur, und man hätte jeden für verrückt erklärt, der gesagt hätte: Im Jahre 2007 läuft jeder mit einem Mobiltelefon in der Tasche herum. 1982 waren wir noch sieben Jahre vom Fall der Berliner Mauer entfernt, hätten von einer Überwindung dieser deutschen Teilung in nur wenigen Jahren nie zu träumen gewagt. Heute empfinden wir es als das Normalste der Welt, quer durch Deutschland von Rostock, Berlin, Magdeburg nach Jena oder Dresden zu fahren, ganz ohne innerdeutsche Grenze. Was für ein Geschenk!

(Beifall)

Herr Gadamer hat einmal gesagt: Zukunft braucht Herkunft. Im Rückblick, meine sehr verehrten Damen und Herren, erkennt man den Wandel der Zeit und die oft kaum fassbaren Veränderungen. Wie hat sich die Welt des Gesundheitswesens, wie haben sich die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in den letzten 25 Jahren verändert! Ich möchte Sie hier in der Halle Münsterland kurz auf eine kleine Zeitreise mitnehmen. Schauen wir uns doch einmal auf dem Deutschen Ärztetag 1982 in Münster um, der im Übrigen ein gesellschaftliches Ereignis ersten Ranges war, dem die Politik – wie heute – höchste Aufmerksamkeit und Beachtung schenkte.

Vieles von damals kommt einem so vertraut vor; es könnte morgen in der Zeitung stehen. So appellierte seinerzeit der Deutsche Ärztetag an den Gesetzgeber – ich zitiere aus dem Beschlussprotokoll –

> *weitere Eingriffe in das gegliederte System der Krankenversicherung und in die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zu unterlassen. Die gesetzlichen Neure-*

gelungen der letzten fünf Jahre haben die Chancen für die Erhaltung von Qualität und Humanität nicht verbessert.

Wie wahr!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, es begann mit den sogenannten K-Gesetzen – nichts Unanständiges –, den Kostendämpfungsgesetzen. Sie reihen sich bis heute in einer nicht enden wollenden Interventionsspirale gesetzgeberischer Eingriffe aneinander.

Ich kann nicht behaupten – vielleicht können wir in einer ruhigen Stunde einmal darüber diskutieren –, dass wir bei der Lösung der wirklichen Probleme des Gesundheitswesens – der Einnahmenschwäche, der Auswirkungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts – wesentlich weitergekommen sind.

(Beifall)

Meiner Meinung nach ist das Gegenteil der Fall: Wir erleben einen wachsenden Trend von Dirigismus im Gesundheitswesen, wir erleben die immer weiter fortschreitende Einengung ärztlicher Freiberuflichkeit und Entscheidungsfreiheit bei gleichbleibend hohem Verantwortungsgrad.

Ärztliche Schweigepflicht und Probleme des Datenschutzes standen natürlich auch 1982 in Münster im Mittelpunkt der Beratungen, wie in vielen Dingen heute auch. Der damalige nordrhein-westfälische Ministerpräsident Johannes Rau meinte in seiner Grußansprache, der Datenschutz sei nötig, damit der Mensch vor dem ewigen Gedächtnis des Computers geschützt sei. Zwei Jahre vor 1984 – erinnern Sie sich an den Roman von George Orwell? – sei die Gefahr evident, dass wir dem technologischen Fortschritt ohne Rückzugschance ausgeliefert seien, meinte Rau damals.

Eigentlich gilt diese Aussage unverändert. Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, der Kollege Computer gehört heute zum täglichen ärztlichen Handwerkszeug. Er ist da; wir müssen lernen, mit ihm umzugehen. Die Gefahr ist virulent, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zusätzlich durch politisch gewollte sicherheitspolitische Lauschangriffe ausgehöhlt werden kann. Dass wir den gläsernen Arzt und den gläsernen Patienten bekommen, wäre vielleicht möglich, wenn wir diese Entwicklung nicht doch noch, vernünftig diskutierend, abbiegen können.

Eine weitere Gefahr besteht in dem überbordenden Dokumentationsaufwand. In einer Entschließung des Deutschen Ärztetages 1982 wurde beispielsweise für das Krankenhaus gefordert, dass die Datenverarbeitung Valenzen für die Arzt-

Patient-Beziehung freisetzen müsse; anderenfalls sei der personelle und materielle Aufwand für das moderne Dokumentationsverfahren nicht zu vertreten. So damals Johannes Rau.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, jeder Arzt, der sich heute mit DMPs, DRGs, ICDs, OPS und sonstigen Dokumentationsarbeiten herumschlagen muss, wird über diese 25 Jahre alte Zielvorstellung seiner damaligen Kolleginnen und Kollegen eigentlich nur müde lächeln. Denn wir wissen: Es kam anders. Ärztliches Handeln ist mit einem gigantischen Bürokratieaufwand durch Dokumentations- und Formularwesen belastet worden. Für die Ärzte in Klinik und Praxis ist der anhaltende Trend zur Überregulierung, zur Überreglementierung, zur Überbürokratisierung im Gesundheitswesen eine Zumutung. Beispiel: 580 Seiten Gesetzestext sind schon eine Zumutung!

(Beifall)

Es ist aber mehr: Es ist ein Zeitraub zulasten der Patientinnen und Patienten. Denen schulden wir unsere Zuwendung, nicht der Bürokratie.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wenn ich die letzten 25 Jahre Revue passieren lasse und frage, was sich denn in der Patientenversorgung und im Gesundheitswesen noch verändert hat, denke ich zuerst und vor allem an den Paradigmenwechsel, der das Arztbild und unser Selbstverständnis als Ärzte betrifft. Beides hat sich meiner Meinung nach radikal verändert, und zwar meiner Auffassung nach nicht zum Guten. Heute dominiert die Ökonomie das ärztliche Handeln. Unser ganzheitlicher Blick auf den Patienten wird durch eine streng unter Ablauf- und Effizienzgesichtspunkten organisierte Erbringung von Gesundheitsleistungen verstellt. Die Schematisierung unserer Arbeit engt uns und die vertrauensvolle individuelle Beziehung zu den Patienten heftig ein. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen empfinden nahezu keinerlei Handlungsfreiheit mehr, sondern fühlen sich durch ökonomische Vorgaben immer stärker in Listen- und Billigmedizin gedrängt. Sie fühlen sich als Sparkommissare der Republik.

(Beifall)

Krankenhäuser – das waren früher einmal soziale Einrichtungen mit Patienten, mit der Aufgabe der Krankenbehandlung, der Krankenpflege. Heute sind sie meiner Meinung nach zu Unternehmen im Wettbewerb mutiert. Man könnte es auch drastisch formulieren: Sie sind Gesundheitsfabriken mit Kunden und Garantieverpflichtung. Manchmal frage ich mich als Krankenhausarzt: Welche

Funktionen haben Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern überhaupt noch, außer als Angestellte zu funktionieren?

(Beifall)

Man könnte manchmal einen Albtraum haben: Der Arzt als Helfer und Heiler wird zum Verwalter und Verteiler.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir erleben eine fortschreitende Entwertung des Arztberufs und eine fortschreitende Aushöhlung unserer Stellung als Ärzte im Gesundheitswesen. Ökonomie und Management erhalten einen immer größeren Stellenwert, und der Begriff „ärztliche Kompetenz“, „ärztliche Kunst“ wird immer mehr in die Bedeutungslosigkeit gedrängt.

(Beifall)

Die Ärzteproteste im vergangenen Jahr haben der Öffentlichkeit gezeigt: Wir fordern mehr Wertschätzung für unsere Ärzte und unsere Arbeit. Wir fordern bessere Rahmenbedingungen und die Anerkennung unserer Rolle als Leistungsträger im Gesundheitswesen. Wir sind keine Kostentreiber.

(Beifall)

Bei aller notwendigen ökonomischen Verantwortung, die wir natürlich haben: Wir wollen wieder vorrangig unseren ärztlichen Auftrag zur Patientenversorgung wahrnehmen können. Wir lehnen den aufgezwungenen Paradigmenwechsel ab!

(Beifall)

Aber: Wir haben den Deutschen Ärztetag, und die stärkste Waffe der deutschen Ärzteschaft ist ihre Stimme. Und diese wird sie auch in Münster erheben, um dies einzufordern.

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich freue mich auf diesen Ärztetag in Münster. Ich freue mich auch darauf, dass ich ihn mit meiner Kammer und meinem Vorstand ausrichten darf. Ich freue mich auf die lebendige Diskussion und auf zukunftsweisende Ergebnisse. Nehmen wir auch, wenn es sein muss, gern die Politik an die Hand, um ihr zu zeigen, wo es unserer Meinung nach langgeht.

(Beifall)

Vor allem aber hoffe ich, dass auch Sie, wie es damals vor 25 Jahren Herr Kollege Vilmar festgestellt hat, am Schluss dieses Ärztetages sagen werden: Münster war ein prächtiger Gastgeber. Genießen Sie die Zeit in Münster, denn Lust und Lebensfreude sind nichts Unanständiges. Denken Sie an die Worte

des Schweizer Politologen und Gesundheitsökonomen Gerd Kocher: Wer am Ende seines Lebens noch Gesundheit übrig hat, hat falsch gelebt und viel verpasst.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Lebhafter Beifall)

Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrte Frau Bundesministerin Schmidt! Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister Tillmann! Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Windhorst! Meine Damen und Herren! Zunächst einmal möchte ich Sie alle ganz herzlich im Namen der Landesregierung von Nordrhein-Westfalen und unseres Ministerpräsidenten Dr. Jürgen Rüttgers zum 110. Deutschen Ärztetag in Münster begrüßen. Ich habe diese Begrüßung gern übernommen, weil Sie in Münster tagen, und Münster ist bekanntlich die Hauptstadt von Westfalen, meiner Heimat. Ich freue mich auch, dass Sie hier sind, weil Herr Professor Dr. Hoppe aus Nordrhein-Westfalen kommt und mit Ihnen, den Delegierten des Ärztetages, zusammen die Belange der Ärzteschaft in ganz Deutschland vertritt.

Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur Angehörige eines der wichtigsten Heilberufe unseres Gesundheitssystems; sie sind aus meiner Sicht auch Freiberuflerinnen und Freiberufler. Ihrem Gewissen unterworfen, erbringen sie auf der Grundlage ihrer besonderen beruflichen Qualifikation eine eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Dienstleistung im Gesundheitswesen. Wer Verantwortung trägt, ist grundsätzlich zur Leistung bereit. Wer durch Staatsdirigismus entmündigt wird, zieht sich zurück.

(Beifall)

Deshalb müssen die Selbstverantwortung und die Selbstentscheidungskompetenz auch im Gesundheitswesen gestärkt werden, und zwar – aus meiner Sicht – vor allem im Interesse der Patientinnen und Patienten. Wir können nicht die notwendigen Leistungen verweigern, weil vielleicht ein Budget überschritten werden könnte. Hier ist auch die Ärzteschaft gefordert, gegen Begrenzungen Sturm zu laufen, weil sonst Patientinnen und Patienten zu Schaden kommen könnten.

Ich habe in den zwei Jahren, in denen ich im Amt bin, oft erlebt, dass gerade die Briefe aus den Praxen der Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen uns in der Aufsicht darauf aufmerksam gemacht haben, dass das eine oder andere nicht stimmt. Es ist wichtig, dass dieses geschieht, damit wir in Gesprächen mit

der Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch mit den Krankenkassen solche Probleme lösen können.

Die Politik der Landesregierung ist, Freiheit zu lassen, wo es möglich ist, und die Menschen bestmöglich zu versorgen. Deswegen kämpfe ich auch so entschlossen dafür, dass gleiche Leistung auch gleich vergütet wird. Mich ärgert als nordrhein-westfälischer Gesundheitsminister natürlich, dass die Basisfallwerte unserer Krankenhäuser mit die niedrigsten in Deutschland sind und dass die Bundespolitik genauso viel Opfer von uns verlangt wie von anderen, die wesentlich höhere Basisfallwerte haben.

(Beifall)

Man muss die Unterschiedlichkeiten, die im System entstanden sind, bei einer verantwortbaren Politik auch berücksichtigen.

Ich sehe auch nicht ein, dass zurzeit etwa in Westfalen-Lippe durch ein System, bei dem die Ärzte immer mehr Sorge vor Regressen haben, die Versorgung unserer Bevölkerung mit Heilmitteln nicht gewährleistet ist. Auch hier müssen wir zu einem Gespräch kommen, um diese Situation zu verändern.

(Beifall)

Nordrhein-Westfalen ist mit seinen 18 Millionen Menschen ein Gesundheitsstandort mit einem riesigen Potenzial. In unserem Land Nordrhein-Westfalen sind allein 1 Million Arbeitskräfte im Gesundheitswesen tätig. Ich bin ja auch Arbeitsminister: Es ist die einzige Branche, die in den letzten Jahren einen stetigen Aufbau an sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen hatte.

(Beifall)

Um ein Beispiel zu nennen: In der Stadt Essen arbeiten allein 33 000 Menschen im Gesundheitswesen. Das sind allein in Essen mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen, als es in ganz Nordrhein-Westfalen noch Bergleute gibt. Das macht deutlich, wie wichtig diese Branche auch für den Arbeitsmarkt ist. Von 66 000 Ärztinnen und Ärzten arbeiten 33 400 in Krankenhäusern und 26 600 im niedergelassenen Bereich.

Der Gesundheitsmarkt wächst weiter. Wir möchten den Standort Nordrhein-Westfalen mit einer Vielzahl neuer Angebote ausbauen. Wir streben Netzwerke an, die uns im In- und Ausland attraktiv machen, um unsere Bürgerinnen und Bürger erstklassig zu versorgen. Ein tragfähiges ordnungspolitisches Konzept nützt die Dualität von stationärem und niedergelassenem Bereich positiv, macht die Grenzen in den vertretbaren Rahmen durchlässig und stellt die Patientinnen und Patienten in den Vordergrund und nicht das System.

So kann zum Beispiel die Telemedizin, die ein wichtiger moderner Baustein ist, genutzt werden, um beispielsweise die integrierte Versorgung zu erleichtern. Wir in Nordrhein-Westfalen sind auf diesem Gebiet sehr weit vorangekommen.

Ihre Sorgen und Forderungen nehme ich ernst. In Nordrhein-Westfalen haben wir aber den Dialog mit der Ärzteschaft gesucht, und das wird auch so bleiben. Ich denke, in Nordrhein-Westfalen sind wir hinsichtlich der elektronischen Gesundheitskarte weit vorangekommen, und zwar in einem guten Einvernehmen auch mit Ihrem Berufsstand.

Meine Damen und Herren, ich glaube, dass das Bild des Arztes und der Ärztin nicht allein von der Apparatemedizin geprägt sein darf. Ich glaube, dass die menschliche Zuwendung ein ebenso wichtiger Faktor ist.

(Beifall)

Deshalb bin ich auch als nordrhein-westfälischer Gesundheitsminister davon überzeugt, dass der Hausarzt, der seine Familien oft über viele Jahre durch Höhen und Tiefen eines Lebens begleitet, genauso zur medizinischen Versorgung gehört wie die fachärztliche Kompetenz, die, wie ich finde, das Hausärztesystem vernünftig ergänzt.

(Beifall)

Ich will hier auch ganz deutlich sagen: Ich bin der berufsständischen Vertretung in Nordrhein-Westfalen sehr dankbar, dass wir in der letzten Zeit auch über Probleme, die wir etwa in der Nachwuchsgewinnung für Hausärzte haben, vernünftig miteinander reden konnten, um neue Impulse zu setzen, damit auch diese Versorgungsstruktur in unserem Land flächendeckend erhalten bleibt.

Ich glaube, wir müssen uns Gedanken über die Fälle machen, in denen es nach wie vor Probleme in der Versorgung gibt. Beispielsweise fehlen uns in Nordrhein-Westfalen kinder- und jugendpsychiatrische Therapeutinnen und Therapeuten. Wir müssen uns Gedanken darüber machen, wie wir diese Probleme in der Versorgung, deren Umfang anscheinend zunimmt, in Nordrhein-Westfalen flächendeckend besser in den Griff bekommen.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich will heute auch einen anderen Punkt ganz offen ansprechen. Deutschland ist ein ganz moderner medizinischer Standort, Nordrhein-Westfalen natürlich auch. Die Transplantationsmedizin spielt in der Spitzenmedizin eine Riesenrolle. Aber die Wahrheit ist: Zur Transplantationsmedizin gehört auch die Organspende. Hier haben wir – das will ich freimütig zugestehen – in Nordrhein-Westfalen noch etwas Nachholbedarf. Deswegen möchte ich heute den Deutschen Ärztetag nutzen, gerade diejeni-

gen, die in dieser Frage mehr als jeder andere Berufsstand in Deutschland entsprechendes Vertrauen besitzen, zu bitten, dass Sie Ihre Möglichkeiten nutzen, mit den Menschen über diese Frage, die allzu viele von uns ausklammern, zu sprechen, und dort, wo Sie Verantwortung tragen, für die Organspende zu werben und für die Identifizierung von möglichen Organspendern zu sorgen.

Ich glaube, dass die Organspende ein Akt der Nächstenliebe ist. Wer Menschen kennt, die durch ein neues Organ eine ganz andere Lebensqualität gewonnen haben, wer, wie ich, als ich wenige Tage im Amt war, bei einem Besuch in unserer Herzklinik in Bad Oeynhausen zum ersten Mal Menschen mit einem künstlichen Herzen gesehen hat, weiß, wie wichtig diese Frage in der Spitzenmedizin ist und wie eng sie doch auch mit menschlichen Ängsten verbunden ist. Deswegen meine Bitte, dass wir hier gemeinsam aktiv bleiben, um das Thema Organspende in der Bevölkerung wachzuhalten, verbunden mit einem Dank an die vielen Ärztinnen und Ärzte, die sich dieser Frage seit Jahren engagiert stellen.

Ich kann mir vorstellen, dass in der besonderen Situation, dass jemand einen ganz nahen Angehörigen verloren hat, das Führen eines entsprechenden Gesprächs nicht nur eine fachliche, sondern auch eine menschliche Herausforderung für jede Ärztin und für jeden Arzt ist. Dafür mein ganz herzliches Dankeschön.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, in den letzten Jahren ist in Deutschland viel darüber gestritten worden: Wie ist unser Gesundheitsstandort? Zunächst einmal möchte ich sagen, dass das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland – davon bin ich überzeugt – das beste, auf jeden Fall eines der besten auf dieser Erde ist.

(Beifall)

Das ist auch der engagierten Arbeit der Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, insbesondere den Ärztinnen und Ärzten, zu verdanken. Ich finde, die Tatsache, dass jedes Jahr im Sommer Millionen von Menschen, die in Urlaub fahren, eine Versicherung abschließen, damit sie bloß nach Deutschland zurückkommen, wenn sie krank werden, ist das beste Kompliment für unser Gesundheitssystem, das wir uns überhaupt vorstellen können.

(Beifall)

Wenn man so manchen im Fernsehen über unser Gesundheitswesen reden hört, müsste eigentlich genau das Gegenteil gelten: Dann müsste jeder froh sein, wenn es ihn im Ausland erwischt. Das ist die Wahrheit.

Meine Damen und Herren, ich bin auch davon überzeugt: Ein Gesundheitssystem, das dem medizinischen Fortschritt in einer älter werdenden Bevölkerung Rechnung trägt, ist nicht immer mit derselben Summe Geldes zu finanzieren.

(Beifall)

Ich finde, es ist eine ganz spannende Frage: Wie finanzieren wir auf Dauer den medizinischen Fortschritt für alle? Ich bin froh, dass ich in einem Land lebe, in dem über die Parteigrenzen hinweg die Feststellung, dass wir den medizinischen Fortschritt für alle nutzbar machen wollen, unstreitig ist. Ich habe es auf Ärzteversammlungen in Nordrhein-Westfalen oft gesagt: Eine Witwe im Münsterland, die vier oder fünf Kinder erzogen hat, die heute Steuer- und Beitragszahler sind, die vielleicht von einer kleinen Witwenrente leben muss, muss genauso gut versorgt werden, wenn sie krank wird, wie jemand, der in der Wirtschaft Großartiges geleistet hat; denn auch eine Mutter, die vier Kinder erzogen hat, gehört in unserem Land zu den Leistungsträgerinnen.

(Beifall)

Deswegen wollen wir eine gute medizinische Versorgung für alle, unabhängig vom Alter und von der Frage, bei welcher Krankenversicherung man Mitglied ist.

Ich bin fest davon überzeugt: Wenn wir das behalten wollen, müssen wir in den nächsten Jahren die Finanzierung des Gesundheitswesens ein Stück weit von der sozialversicherungspflichtigen Arbeit abkoppeln.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir haben in Deutschland 26,4 Millionen sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze. In Deutschland gibt es 74 Millionen Versicherte in den gesetzlichen Krankenkassen.

In der größten deutschen Stadt, in Berlin, ist die Situation so: Wenn Sie die Kinder, die in Ausbildung sind, nicht mitzählen, sind diejenigen, die von staatlichen Transfersystemen – Pension, Rente und Arbeitslosenversicherung – leben, die Mehrheit. Wir können nicht mit 26,4 Millionen Arbeitsplätzen, also ausschließlich hinsichtlich einer einzigen Form der Beschäftigung, das Geld verdienen, das ein prosperierendes Gesundheitswesen, ein wachsendes Gesundheitssystem braucht.

(Beifall)

Deswegen werden wir die Mangelverwaltung nicht überwinden, solange wir ausschließlich an der Finanzierung über das sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis festhalten.

(Beifall)

Deshalb bin ich persönlich der Meinung, dass man die Gesundheitsreform, die am 1. April in Kraft getreten ist, nicht kleinreden soll. Sie ist mit der Gesundheitsprämie, die die Krankenkassen erheben können, ein erster Schritt, zusätzliche Kosten im Gesundheitssystem außerhalb der sozialversicherungspflichtigen Arbeit zu finanzieren.

Es liegt jetzt sehr daran, wie wir die Prämie begreifen. Begreifen wir sie als eine Strafprämie, damit die Spirale immer mehr budgetierend nach unten geht, oder begreifen wir sie als eine Gestaltungsprämie, um in Deutschland zusätzliche Akzente im Gesundheitssystem zu setzen? Ich finde, darauf kommt es in den nächsten Wochen und Monaten an.

Wir werden sehen, wie sich dies in der politischen Debatte unseres Landes weiterentwickelt. Wenn diejenigen, die ich in der Politik besonders mag, die Mehrheit behalten, wird die Prämie weiter ausgebaut. Wenn diejenigen, die ich in der Politik nicht so gerne mag, die Mehrheit erhalten, wird der Weg in die Bürgerversicherung gehen. Entscheiden Sie diesen Weg bitte aktiv mit.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Ärztetag hier in Münster.

(Beifall)

Dr. Berthold Tillmann, Oberbürgermeister der Stadt Münster: Sehr verehrte Frau Ministerin Schmidt! Sehr geehrter Herr Minister Laumann! Meine Damen und Herren Abgeordneten! Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Lieber Herr Dr. Windhorst! Verehrte Delegierte! Meine Damen und Herren Gäste! Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie im Namen der Stadt Münster recht herzlich zum 110. Deutschen Ärztetag hier in der Halle Münsterland. Was bleibt mir nach Ihrem fulminanten Einführungsvortrag, Herr Dr. Windhorst, und nach Ihrem sehr persönlichen gesundheitspolitischen und gesellschaftspolitischen Credo, Herr Minister, noch zu sagen? – Nicht mehr viel. Deswegen mache ich es kurz.

Sie, Herr Dr. Windhorst, haben es schon gesagt: Dieser traditionsreiche Kongress der deutschen Ärzte findet bereits zum vierten Mal nach 1907, 1956 und 1982 hier bei uns in Münster statt. Das ist eine Ehre für Münster, aber auch ein Ansporn für die Münsteraner, unsere Stadt in der Tat als gute Gastgeberstadt zu präsentieren.

Münster bietet – viele von Ihnen wissen das sicherlich; wenn nicht, sollten Sie mir das einfach glauben, meine Damen und Herren – wie kaum eine andere Stadt hervorragende Rahmenbedingungen für die Ausrichtung des Deutschen Ärztetages, wenn man Dichte, Konzentration, Profil und Qualität medizinischer Einrichtungen und Angebote oder auch gesundheitsorientierter Strukturen vor Ort zum Maßstab nimmt. So ist Münster beispielsweise Sitz des nordrhein-westfälischen Krebsregisters, eines Brustzentrums, aber auch Sitz der Ärztekammer und der Apothekerkammer Westfalen-Lippe. Münster ist eine Stadt, in der sehr viele – und vor allem auch hoch angesehene – Allgemein- und Fachärzte aller Disziplinen praktizieren, lehren oder forschen.

Münster ist Sitz einer der größten Universitätskliniken Deutschlands sowie weiterer Fachkliniken, die die Gesundheitsversorgung eines großen Teils der Bevölkerung der gesamten Region und darüber hinaus – von der Nordsee bis nach Hessen – sicherstellen.

Nicht ohne Grund versteht sich Münster selbst darüber hinaus auch als Gesundheitsstadt. Sie ist Sitz des deutschen Sekretariats des „Healthy Cities-Netzwerkes“. Sie hat sogar ein eigenes kommunales Gesundheitshaus, unter dessen Dach Initiativen und Verbände aus dem gesamten Gesundheitsbereich konzentriert sind, und sie versucht, insbesondere im Bereich Präventionsmedizin, Wellness, Life Sciences nicht nur wissenschaftlich und gesundheitspolitisch, sondern auch ökologisch und ökonomisch in der Umweltmedizin wie auch in der Wirtschaftsförderung einen besonderen Schwerpunkt zu setzen. Nahezu alle Münsteranerinnen und Münsteraner messen daher der gesamten Palette der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in unserer Stadt eine besonders profilbildende Bedeutung zu.

Der Gewinn des internationalen LivCom Awards 2004 als „lebenswerteste Stadt der Welt“ sei dabei nur am Rande erwähnt.

Meine Damen und Herren, soweit meine berufs- und positionsbedingte, hoffentlich einigermaßen überzeugende – zumindest aber marketingtaugliche – „Hommage“ an die Stadt Münster als besonders profilierter „Gesundheitsstandort“.

Natürlich – wie sollte es auch anders sein, meine Damen und Herren – ist Münster auf der anderen Seite keine „gesundheitspolitische Insel der Seligen“. Selbstverständlich – vielleicht auch gerade wegen der großen Quantität und Qualität medizinischer Praxen, Einrichtungen und Dienste – war und ist Münster auch besonders anfällig für alle gesundheitspolitischen Schwankungen und Konsolidierungsversuche, bis hin zu dem auch bei uns seismologisch registrierbaren „Erdbeben“, das die „Richter-Skala“ der gesundheitspolitischen Konfliktlage rund um den Reizbegriff der „Gesundheitsreform“ auch hier vor Ort kräftig strapaziert hat.

Konkret gesprochen: Auch hier bei uns in Münster gab es die bekannten reformbedingten Diskussionen, Demonstrationen und Aktionen der Ärzteschaft und des medizinischen Personals. Auch hier bei uns in Münster gab und gibt es nach wie vor die großen Sorgenfalten aller im Bereich von Gesundheit arbeitenden und dienstleistenden Berufsgruppen rund um die Medizin und ihre flankierenden Angebote. Auch bei uns in Münster gab und gibt es weiterhin Fragen zum Niveau, zur Qualität und vor allen Dingen zu den Kosten des Gesundheitswesens – und zwar sowohl auf der Patientenseite als auch aufseiten der Ärzteschaft, bis hin zu den Dritten im Bunde, den Krankenkassen und Versicherungen.

Einher gingen und gehen diese nach wie vor bestehenden Irritationen mit parallelen, strukturellen Optionen unserer Krankenhäuser – glücklicherweise haben wir kein kommunales Krankenhaus – bis hin vor allem zur Frage der zukünftigen Rahmenbedingungen unserer so hoch renommierten und weit ausstrahlenden Universitätskliniken. Auch – wie sollte es anders sein – unsere eigenen kommunalen Leistungen etwa im Bereich Krankenkosten in der Sozialhilfe, der Pflege oder der Seniorenpolitik bleiben und blieben davon nicht verschont.

Meine Damen und Herren, nun sind die wesentlichen Eckpunkte der Gesundheitsreform nach langer Debatte politisch entschieden; perspektivisch gelöst, problem- und vor allem konfliktfrei gelöst sind sie in der Praxis des Gesundheitswesens damit ehrlicherweise noch nicht. Das wissen wir alle.

(Beifall)

Ich sage es ganz offen: Daher bin ich heute Morgen auch außerordentlich froh darüber, dass ich – bei aller Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für alle Belange und Facetten der örtlichen Gemeinschaft hier in Münster – nicht fachlich zuständig und in entsprechender Erklärungspflicht bin für dieses große Mammutwerk der nach wie vor schwelenden Quo-vadis-Frage für das deutsche Gesundheitswesen. Diese Fragen waren, sind und bleiben Diskussions- und Konfliktstoff – da braucht man kein Prophet zu sein – für Sie, die Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft, für die Träger der Sozial- und Gesundheitsversicherungssysteme und andererseits für die Politik auf Landes- und insbesondere auf Bundesebene. Daher beneide ich die Gesundheitspolitiker nicht, Frau Ministerin, Herr Minister.

Auch dazu dient der öffentliche Diskurs, den Sie heute, morgen und in den nächsten Tagen hier in Münster führen und mit dem Sie auch über die Medien die Gesellschaft weiterhin sensibilisieren wollen.

Meine Damen und Herren, jenseits des systembedingten Diskussionsschwerpunkts rund um die Fragen der Gesundheitsreform in Deutschland gibt es natürlich auch eine Reihe anderer Fragen, die eine hohe medizinische, aber auch

gesellschaftliche Aktualität genießen und die Sie auch als Vertreter der deutschen Ärzteschaft – wie ich finde: zu Recht – nicht aussparen wollen: Fragen – und vor allem auch Grenzfragen – der medizinischen Ethik, der damit verbundenen Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Verantwortung, Fragen von Legalität und Legitimität bis hin auch zu den für die medizinische Forschung so wesentlichen Fragen etwa der Stammzellenforschung oder der Transplantationsmedizin.

Äußerst erfreulich ist aus meiner Sicht der von Ihnen in diesem Jahr besonders hervorgehobene Kongressschwerpunkt der Kindergesundheit in all ihren medizinischen, pflegerischen, sozialen und gesellschaftlichen, leider punktuell auch forensischen Dimensionen.

Meine Damen und Herren, für all diese Diskussionen, Debatten, Positionsbestimmungen und Einmischungen wünsche ich Ihnen eine gute und glückliche Hand. Ich wünsche Ihnen allen, dass der diesjährige 110. Deutsche Ärztetag hier in Münster ein Erfolg wird.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie gehört werden, und ich wünsche Ihnen und allen Verantwortlichen in der Politik, dass die objektiv vorhandenen Systemprobleme, Versorgungs- und Behandlungsnotwendigkeiten und die damit zunehmend deutlicher werdenden Finanzierungsgrenzen einer vernünftigen und vor allem nachhaltig wirkenden Lösung zugeführt werden.

Ich freue mich über Ihre Entscheidung, diesen Ärztetag hier in Münster durchzuführen. Ich hoffe, dass Sie trotz aller Debatten auch unsere schöne Stadt genießen können.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

(Musikalisches Intermezzo: Kiss from a Rose; Seal)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Meine Damen und Herren! Der Deutsche Ärztetag gedenkt in jedem Jahr derjenigen Ärztinnen und Ärzte und Mitglieder von Organisationen, die der Ärzteschaft nahestehen, die seit dem vergangenen Deutschen Ärztetag verstorben sind.

(Die Anwesenden erheben sich)

Stellvertretend für alle seien genannt: Professor Dr. med. habil. Eggert Beleites aus Jena, Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, langjähriger Direktor der Hals-Nasen-Ohren-

Klinik der Universität Jena, Träger des Bundesverdienstkreuzes, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft; Professor Dr. med. Gerd Biermann aus Brixen/Italien, Kinderarzt und Psychoanalytiker, Mitbegründer und erster Leiter des Instituts für Psychohygiene in Brühl bei Köln, Gründer der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in München; Dr. med. habil. Heinz Brandt aus Torgau, Facharzt für Allgemeinmedizin, Gründungsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer und Alterspräsident der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer, Träger des Großen Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland, Träger der Hermann-Eberhard-Friedrich-Richter-Medaille der Sächsischen Landesärztekammer; Professor Dr. rer. pol. h. c. J. F. Volrad Deneke aus Bonn-Bad Godesberg, langjähriger Präsident und Ehrenpräsident des Bundesverbands der Freien Berufe, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Träger des Großen Verdienstkreuzes mit Stern und Schulterband des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft; Professor Dr. med. Matthias Heinrich Hackenbroch aus Bonn-Bad Godesberg, ehemaliger Direktor der Klinik für Orthopädie der Universität zu Köln, Vorstandsmitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer; Professor Dr. med. Fritz Hartmann aus Hannover, Internist, Gründungsrektor der Medizinischen Hochschule Hannover, herausragender Reformer der ärztlichen Ausbildung; Dr. rer. nat. Ferdinand Klinkhammer aus Köln, langjähriger Geschäftsführer des Deutschen Ärzte-Verlags, ehemaliges Vorstandsmitglied des Vereins der Zeitschriftenverlage in Nordrhein-Westfalen, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft; Professor Dr. med. Klaus Knorpp aus Gießen, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Gießen, und Studiendekan, langjähriger Delegierter der Landesärztekammer Hessen, Träger der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber und langjähriges Mitglied des Ausschusses „Ausbildung zum Arzt/Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer; Dr. med. Paul Erwin Odenbach aus Köln, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, davor Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein und 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, Träger zahlreicher internationaler und nationaler Auszeichnungen, unter anderem des Bundesverdienstkreuzes Erster Klasse und der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft; Professor Dr. med. Dietrich Remy aus Bremen, ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik I des Zentral-Krankenhauses Bremen-Mitte, Mitglied des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer und Mitglied des Vorstands des Berufsverbands Deutscher Internisten; Professor Dr. med. Josef Stockhausen aus Köln, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer;

Professor Dr. med. Dr. h. c. Friedrich Vogel aus Heidelberg, ehemaliger Direktor des Instituts für Humangenetik der Universität Heidelberg, international wohl bekanntester deutscher Humangenetiker in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts; Professor Dr. med. Dr. phil. Rolf Winau aus Berlin, Medizinhistoriker und Ethiker, ehemaliger Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Charité, Gründungsdirektor des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften.

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

(Musikalisches Intermezzo: Find the Coast of Freedom;
Crosby/Stills/Nash/Young)

Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit: Meine Damen und Herren! Die nun Auszuzeichnenden sind Träger des Forschungspreises für wissenschaftliche Arbeiten zur Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus. Der Preis in der Kategorie „Arbeiten zur Institutionengeschichte“ wird an Ralf Forsbach für seine Arbeit „Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im ‚Dritten Reich’“ verliehen. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Es gibt eine Urkunde und einen Geldpreis in Höhe von 3 000 Euro.

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Der Preis in der Kategorie „Arbeiten zu Einzelschicksalen“ wird an Herrn Lorenz Peter Johannsen für die Arbeit „Kinderarzt Karl Leven. Lebensspuren – Todesspur“ verliehen. Das macht mir besonders viel Spaß, weil Herr Johannsen, ohne dass ich dies wusste – ich habe auch keinen Einfluss genommen –, mein Konfrater als Chefarzt der Kinderklinik unseres Krankenhauses gewesen ist und jetzt auch im Ruhestand ist.

(Beifall)

Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Der Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus in der Kategorie „Innovation/Originalität“ wird an Herrn Winfried Süß für die Arbeit „Der ‚Volkskörper’ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse

und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939 – 1945“ verliehen. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit: Der Preis in der Kategorie „Studentische Arbeit – Didaktik“ wird an Frau Beatrice Moreno und andere für die Arbeit „Tele-Tutor Medizin im Nationalsozialismus“ verliehen. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Der Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus in der Kategorie „Studentische Arbeit – Forschung“ wird an Herrn Sven Eppinger für die Arbeit „Das Schicksal der jüdischen Dermatologen Deutschlands in der Zeit des Nationalsozialismus“ verliehen. Herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit: Vielen Dank für Ihr Engagement und noch einmal herzlichen Glückwunsch!

Ich bin sehr froh, dass wir heute auf dem 110. Deutschen Ärztetag den von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesgesundheitsministerium finanzierten Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus verleihen können. Mehr als 50 Arbeiten sind nach der Ausschreibung bei der Jury eingegangen. Das zeigt, dass das Thema „Ärzte im Nationalsozialismus“ nicht abgeschlossen ist. Es beschäftigt auch heute, es beschäftigt wieder, und es beschäftigt auch viele Jüngere, was man an den eingereichten Arbeiten sehen kann.

Meine Damen und Herren, ganz offenkundig gibt es noch Defizite, was die Erhellung der Rolle und der Einstellung der Ärzte im Nationalsozialismus, in einer Zeit, in der auch Ärzte ungeheure Schuld auf sich geladen haben, angeht. Ganz offenkundig gibt es ebenfalls Defizite bei der Frage, was den Ärztinnen und Ärzten geschehen ist, nachdem sie den braunen Rock wieder ausgezogen hatten. Als beispielhaft will ich hier die Initiative der Berliner Ärzteschaft nennen, die vor sechs Jahren begonnen hat, die eigene Geschichte auszuleuchten, zu untersuchen, was aus den jüdischen Kolleginnen und Kollegen geworden ist, nachdem

die Nazis die Staatsmacht an sich gerissen hatten. Auch in Hamburg ist eine beispielhafte Initiative ergriffen worden.

Es gibt eine ganze Reihe solcher Projekte in Deutschland, manchmal ganz unspektakulär, aber allen Initiatoren sind wir zu Dank verpflichtet, denn sie geben Vorbilder ab, und sie handeln nach der Einsicht, dass Erinnerung, Wissen und das eigene Ethos der beste Schutz vor politischer Verführung, vor falschen Verbündeten oder vor Verrat an der eigenen Sache sind.

Meine Damen und Herren, zu Beginn der nationalsozialistischen Unrechtsherrschaft im Jahre 1933 gab es in Deutschland von insgesamt rund 90 000 Ärzten 8 000 bis 9 000 jüdische Ärzte. 1938 gab es in Deutschland allerdings nur noch 3 000 jüdische Ärzte. Viele waren emigriert, verjagt, aus dem Land geflohen. Jüdische Ärzte, die sich zu halten versuchten, mussten unendliche Repressionen über sich ergehen lassen. Im September 1938 erloschen noch vor dem Pogrom per Gesetz alle Approbationen jüdischer Ärzte in Deutschland. Damit wurden sie faktisch mit einem Berufsverbot belegt. Das war leider in vielen Fällen noch das Geringste, das Menschen jüdischen Glaubens angetan wurde. Wir wissen bis heute nicht genau, wie viele der jüdischen Ärzte und ihrer Angehörigen in den Jahren bis 1945 in den KZs ermordet oder in den Selbstmord getrieben wurden. Den wenigsten gelang noch nach 1938 die Flucht, ihres Besitzes beraubt, gedemütigt, entwurzelt.

Ärzte waren zur Nazizeit Opfer. Zur historischen Wahrheit, die in Deutschland lange – zu lange – verdrängt wurde, gehört auch, dass Ärzte auch Täter waren. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten traten gut die Hälfte aller Ärzte und Medizinstudenten in die NSDAP ein. In keiner anderen Berufsgruppe gab es eine solch hohe Zahl Unterstützer des nationalsozialistischen Regimes. Die beiden größten Berufsgruppen, der Hartmannbund und der Deutsche Ärztevereinsbund, gingen ein direktes Bündnis mit dem Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund ein. Der damalige Leiter des Hartmannbunds, Alfons Stauder, sandte am 22. März 1933 folgendes Telegramm an Hitler – ich zitiere aus Norbert Freis Buch „Hitlers Eliten nach 1945“ –:

> *Die ärztlichen Spitzenverbände begrüßen freudigst den entschlossenen Willen der Reichsregierung der nationalen Erhebung, eine wahre Volksgemeinschaft aller Stände, Berufe und Klassen aufzubauen.*

Er gelobte „treueste Pflichterfüllung als Diener der Volksgesundheit“.

Schon bald nach dem Machtantritt der Nazis rollten dann die berüchtigten „grauen Busse“ durchs Land, in welchen als lebensunwert bezeichnete Menschen zu ihren Vernichtungsorten gebracht wurden.

Es ist leider nicht der Ärzteschaft zu verdanken, dass diese verschleiernd „Euthanasie“ genannte Mordaktion in der Bundesrepublik aufgearbeitet worden ist. Gedrängt haben vor allem die Angehörigen, die nicht mit diesem fortdauernden Unrecht leben wollten. Während die Angehörigen litten und die aus dem Exil zurückgekehrten jüdischen Ärztinnen und Ärzte Schwierigkeiten hatten, ihre Zulassung wiederzuerhalten, erhielt der erwähnte Hartmannbund-Funktionär Stauder 1954 das Große Verdienstkreuz wegen seiner besonderen Verdienste um die Volksgesundheit.

Meine Damen und Herren, Ärzte schickten unter dem Hakenkreuz Menschen in die Euthanasiehäuser. Ärzte unter dem Hakenkreuz unternahmen in Konzentrationslagern entsetzliche Versuche an Menschen. Ärzte unter dem Hakenkreuz waren Teil des mörderisch funktionierenden NS-Apparats. Sie demütigten und töteten mit der Unterschrift, und manche schauten einfach weg.

Aber Gott sei Dank gab es auch andere Ärzte, Ärzte, die unter der Terrorherrschaft der Nationalsozialisten ihre Mitbürger schützten, die jüdische Bürger retteten, die auch ihre Kolleginnen und Kollegen schützten. Auch daran zu erinnern, ist unsere gemeinsame Aufgabe.

Meine Damen und Herren, die wirkungsvollste Ethik unserer westlichen Kultur, die unbedingte Pflicht, zu helfen, also die ärztliche Ethik, wurde von den Tätern während der NS-Zeit mit Füßen getreten, ins Gegenteil verkehrt und mit Hohn überschüttet. Aus heutiger Sicht ist es geradezu unverständlich, warum ehemalige verbrecherische Ärzte geschont wurden, nachdem der Zweite Weltkrieg zu Ende gegangen war. War es Korpsgeist? War es Verdrängung? Denken Sie bitte daran, dass zum Beispiel Alexander Mitscherlichs Medizinerkarriere zu Ende war, bevor sie richtig begonnen hatte. Er hatte nämlich den Nürnberger Prozess gegen 23 NS-Ärzte im Auftrag der deutschen Ärzte einfach und wahrhaftig begleitet. Erst 1960 konnte seine Ausarbeitung als Taschenbuch mit einer Auflage von fast 120 000 Exemplaren einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Meine Damen und Herren, die Ärzteschaft hat in den letzten Jahren Konsequenzen gezogen. Die Tabus aus der Nazizeit gelten nicht mehr. Die Arbeit zwischen Forschung und Erinnerung hat eingesetzt. Wir sollten diese Arbeit behüten und weiter fördern.

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei all denjenigen bedanken, die mit dazu beigetragen haben, dass dies heute möglich ist. Ich möchte Sie auch im Namen der Veranstalter auf eine Abendveranstaltung im „Geschichtsort Villa ten Hompel“ hinweisen. Um 19 Uhr gibt es dort zwei Vorträge: Zum einen spricht Dr. Marc von Miquel über „Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie“; eine Ausstellung der Sozialversicherungsträger in Nordrhein-Westfalen.

Zum Zweiten hält Herr Dr. Gerst einen Vortrag mit dem Titel „Der Stimme des Arztes Geltung verschafft – Das Kassenarztrecht 1955“.

Ich bitte jetzt Herrn Dr. Winfried Süß ans Mikrofon, der noch einige Worte im Namen der Preisträger sagen möchte.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Dr. Süß: Frau Ministerin! Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich habe die große Ehre, mich im Namen aller Preisträger bei Ihnen zu bedanken. Ich tue das ausgesprochen gern. Unser Dank richtet sich zunächst an die Institutionen, die im Herbst 2006 erstmalig den Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus ausgeschrieben haben: das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Wir freuen uns, heute bei Ihnen zu sein; denn ein Preis, das ist eine schöne Sache. Geld ermöglicht Forschung und macht vieles leichter im Universitätsbetrieb der knappen Kassen. Dieser Preis gibt uns ein kleines Stückchen Freiheit. Haben Sie vielen Dank dafür.

Die Juroren haben ein schwieriges Auswahlproblem salomonisch gelöst. Auch dafür vielen Dank. Ihr Urteil verweist auf die große Bandbreite wissenschaftlichen Engagements. Unter den Preisträgern sind Ärzte und Historiker. Ganz unterschiedliche methodische Ansätze wurden prämiert: Biografien, Institutionengeschichte, eine sozialhistorische Studie.

Dass es der Jury darum ging, gerade jüngere Ärzte zur historischen Reflexion ihres Handelns anzuregen, zeigt der Sonderpreis für ein didaktisches Projekt.

Meine Damen und Herren, Preise sind eine wichtige Sache, nicht nur für die Preisträger; denn Preise organisieren Aufmerksamkeit, sie setzen Akzente, sie heben hervor. Darin und nicht in der Preissumme liegt ihre eigentliche Bedeutung.

In den prämierten Studien geht es darum, Täter beim Namen zu nennen, den Opfern ihr Gesicht zurückzugeben und historische Handlungsspielräume auszuloten. Lange hat man sich schwergetan mit dieser Standortbestimmung, gerade auch auf Ärztetagen. Heute ist das anders, und das ist gut so. Kein angenehmes Thema, mit dem wir es hier zu tun haben, aber ein wichtiges; denn die kritische Aufarbeitung der Geschichte der Ärzteschaft in der NS-Zeit bietet auch ein Lehrstück für die Gegenwart. Sie zeigt, wie schutzbedürftig die demokrati-

sche Qualität der politischen Ordnung ist und wie wichtig der kulturelle Wertbezug auf die Idee der Menschen- und Bürgerrechte bleibt.

Sie, meine Damen und Herren, haben diesen Akzent mit Ihrem Preis gesetzt. Dafür gebührt Ihnen unser herzlich empfundener Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Meine Damen und Herren! Wir kommen zur Verleihung der **Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.** Auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer, der auf dem Deutschen Ärztetag zu verkünden ist, werden jährlich mit der Paracelsus-Medaille Ärztinnen und Ärzte ausgezeichnet, die sich durch erfolgreiche berufsständische Arbeit, vorbildliche ärztliche Haltung oder hervorragende wissenschaftliche Leistungen besondere Verdienste um das Ansehen der Ärzteschaft erworben haben.

Der Vorstand der Bundesärztekammer beschloss im Dezember 2006, auf dem 110. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille auszuzeichnen: Frau Dr. med. Ellen Müller-Dethard, Herrn Professor Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen, Herrn Dr. med. Otto Schloßer und Herrn Dr. med. Hans-Jürgen Thomas. Ich bitte die vier auszuzeichnenden Persönlichkeiten auf die Bühne.

(Beifall)

Die Verleihungsurkunden haben folgenden Wortlaut:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde der um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten Ellen Müller-Dethard in Hannover, Dr. med., Fachärztin für Allgemein- und Arbeitsmedizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.*
>
> *Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Ellen Müller-Dethard eine Ärztin, die sich in mehr als 25 Jahren ihres Berufslebens als Fachärztin für Allgemeinmedizin, als Fachärztin für Arbeitsmedizin, als Personal- und Studentenärztin der Medizinischen Hochschule Hannover, als aktive Berufs- und Gesundheitspolitikerin und als Pionierin der Arbeitsmedizin in Krankenhäusern durch ihre langjährige und erfolgreiche Tätigkeit in berufspolitischen Gremien, ihr sachkundiges ehrenamtliches Mitwirken in ärztlichen Berufsverbänden und Körperschaften auf örtlicher,*

regionaler, Landes- und Bundesebene um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, die Aus-, Weiter- und Fortbildung, die Allgemein- und Arbeitsmedizin, die Ausbildungsberatung insbesondere von Arzthelferinnen, die Arbeit der Ärztekammer Niedersachsen, die studentische Ausbildung, das Gesundheitswesen und das Gemeinwohl der Bundesrepublik Deutschland besonders verdient gemacht hat.

Ellen Müller-Dethard, geb. Irmisch, wurde am 21. September 1926 in Berlin, Alt-Moabit, als erstes Kind des Hauptmanns im Reichswehrministerium Kurt Irmisch und seiner Ehefrau Hertha geboren. Ab April 1933 besuchte sie die Grundschule in Hannover und von April 1937 bis 31. Oktober 1944 die Elisabeth-Granier-Schule in Hannover (Städtische Oberschule für Mädchen). Noch während ihrer Gymnasialzeit war sie ein halbes Jahr lang zum Arbeitsdienst verpflichtet worden; das Abitur bestand sie am 31. März 1945. Im Reifezeugnis war vermerkt worden: „Ellen will Ärztin werden." Am 1. Juni 1945 nahm sie ihre Tätigkeit im Pflegedienst des Krankenhauses Vinzenzstift in Hannover auf und absolvierte vom 1. Oktober 1945 bis 30. März 1946 ein Vorsemester vor Aufnahme des Medizinstudiums. Ihr Medizinstudium begann Ellen Müller-Dethard an der Universität Göttingen, wo sie von 1946 bis 1950 Medizin studierte, dieses aber aus familiären Gründen zunächst nicht beendete, weil sie nach Heirat mit dem Facharzt für Innere Medizin Dr. med. Hans-Hermann Müller-Dethard als Assistentin in Hannover eine internistische Praxis mit aufbaute, in der sie 16 Jahre lang aktiv mitarbeitete.

Nach dem frühen Tod des Ehemanns im Jahr 1966 nahm Ellen Müller-Dethard als Mutter von vier kleinen Kindern ihr seinerzeit in Göttingen begonnenes Medizinstudium wieder auf. Trotz widriger existenzieller Umstände – der Dreifachbelastung von Studium, Haushalt und alleinerziehender Mutter – legte sie am 6. Dezember 1967 an der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen ihr Staatsexamen ab. Ihre Medizinalassistentinnenzeit absolvierte sie an mehreren Kliniken in Hannover sowie in einer Facharztpraxis. Bereits knapp ein Jahr nach dem Staatsexamen wurde sie am 8. Januar 1969 an der Frauenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

zum Dr. med. promoviert. Thema der Dissertation: „Ergebnisse der vorzeitigen Geburtseinleitung bei Rh-Erythroblastose“. Doktorvater: Prof. Dr. med. Adalbert Majewski.

Aufbauend auf ihren praktischen Kenntnissen und Erfahrungen, die sie während ihrer Medizinalassistentinnenzeit an der Frauenklinik der MHH im Krankenhaus Oststadt, am Friederikenstift, an der Unfallklinik Friederikenstift und in der Urologiepraxis von Dr. Hasche-Klünder gesammelt hatte, und nachdem sie am 2. Januar 1970 die Approbation als Ärztin erlangt hatte, erhielt sie fast zeitgleich eine Anstellung als Personal- und Studentenärztin an der Medizinischen Hochschule Hannover, wo sie schon bald zur Leitenden Personalärztin ernannt wurde. Sie war damit für die arbeitsmedizinische Versorgung und Arbeitssicherheit der Beschäftigten dieser immer mehr expandierenden Hochschule verantwortlich.

Die wachsende Bedeutung der Arbeitsmedizin auch im Hochschulbetrieb erkannte sie sehr schnell. Ihrem Einsatz und ihrer Zielstrebigkeit ist es zu verdanken, dass die Funktion des Personalarztes ausgebaut und zu einer professionellen Tätigkeit als Arbeitsmediziner erweitert werden musste. Die betriebsmedizinische Versorgung des Personals und die Wahrnehmung der damit verbundenen Aufgaben der Arbeitssicherheit wurden aus dem Nichts durch Ellen Müller-Dethard zu einer vorbildlichen und allseits anerkannten Einrichtung entwickelt. Ellen Müller-Dethard war als Pionierin der Arbeitsmedizin an Krankenhäusern prägend. Hier konnte sie sich mit all ihren Erfahrungen und Fähigkeiten einbringen; sie war im Laufe der Jahre aufgrund ihres beispielgebenden Einsatzes, ihrer tatkräftigen Anteilnahme und ihrer menschlichen Verständnisbereitschaft zu einer Vertrauensperson „par excellence“ geworden.

Weitere berufliche Qualifikationen waren für sie mehr als nur eine berufliche Verpflichtung: Am 29. Dezember 1972 erhielt sie nach erfolgreicher Weiterbildung die Anerkennung als Ärztin für Allgemeinmedizin und am 13. Januar 1975 die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“. Am 1. April 1980 erhielt sie die Facharztanerkennung als Ärztin für Arbeitsmedizin. Damit verbunden war die Ermächti-

gung zur Durchführung der Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen nach der Strahlenschutz- und Röntgenschutzverordnung. Ihr Arbeitsfeld erweiterte sich vor allem nach Inkrafttreten des sogenannten Arbeitssicherheitsgesetzes (1974). Die Ermächtigung zur Weiterbildung für das Gebiet Allgemeinmedizin erhielt sie 1980. Als Ärztin für Arbeitsmedizin hat sie viele junge Kolleginnen und Kollegen zu Arbeitsmedizinern weitergebildet. In der Prüfungskommission der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) für das Gebiet Arbeitsmedizin war sie als bewährte und objektive Prüferin anerkannt und regelmäßig eingesetzt. 1976 wurde sie aufgrund ihrer Erfahrungen und Kenntnisse zur Betriebsärztin der Hochschule nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt. Im März 1975 wurde sie zur Vertrauensärztin für die MHH nach Maßgabe der §§ 9 bis 11 des Niedersächsischen Beamtengesetzes bestellt.

Ellen Müller-Dethard war eine der ersten Fachärztinnen für Arbeitsmedizin, der es gelang, auch die Krankenhäuser für den Arbeitsschutz, die Arbeitssicherheit und die betriebsmedizinischen Notwendigkeiten zu gewinnen und zu verpflichten. Mit viel Engagement hat sie in Wort und Schrift dazu beigetragen, die Arbeitsmedizin im Krankenhaus zu fördern. So initiierte sie auch einen Arbeitskreis „Arbeitsmedizin im Krankenhaus“ und wirkte in diesem bei zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen und wissenschaftlichen Kongressen als Referentin mit. Als Leitende Personalärztin der MHH war sie ausgleichend und verstand es, das Spannungsfeld zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen zu überbrücken und Konflikte zu lösen.

Trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung mit leitender arbeitsmedizinischer Verantwortung für mehrere Tausend Angestellte und Hochschullehrer an der MHH war es für sie selbstverständlich, sich frühzeitig und erfolgreich den ebenso aufopferungsvollen Anforderungen in der ärztlichen Selbstverwaltung und den Körperschaften zu stellen. Auch in Verbänden wirkte sie aktiv mit; so war sie Zweite Vorsitzende der Gruppe Hannover im Deutschen Ärztinnenbund e. V. Die wichtigsten Stationen ihres berufspolitischen, ehrenamtlichen Engagements: 1981 bis 1994 Vor-

standsmitglied der Ärztekammer Niedersachsen (Bezirksstelle Hannover); von 1984 bis 1994 Leitung des Referats Arzthelferinnen-Ausbildung auf Bezirksebene, ab 1984 mit verschiedenen Funktionen auf diesem Gebiet auf Landes- und Bundesebene; Delegierte des Deutschen Ärztetages für die Ärztekammer Niedersachsen von 1987 bis 1993 und Beisitzerin im Vorstand der ÄKN von 1990 bis 1994, der damals vom heutigen Ehrenpräsidenten Prof. Dr. med. Heyo Eckel geführt wurde.

Die gleichzeitige Tätigkeit als Personal- und Studentenärztin der Hochschule in Hannover und in den Gremien der Ärztekammer brachte es mit sich, dass Ellen Müller-Dethard zur Botschafterin der guten und fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen der Hochschule und der Ärztekammer wurde. Sie war damals die erste und einzige Ärztin im Vorstand der Ärztekammer Niedersachsen.

Ihr tatkräftiger, unermüdlicher Einsatz, ihre große Verantwortungsbereitschaft und ihr Engagement für die nachrückende Ärztegeneration und ihre Kolleginnen und Kollegen brachten ihr Ehrenämter, Funktionen und Mandate auf regionaler und überregionaler Bühne ein: So war sie Mitglied der Ständigen Konferenz der Bundesärztekammer „Medizinische Fachberufe“ und stellvertretendes Mitglied der Bundesärztekammer-Konferenz „Ärztinnen“. Gefragt waren ihr Einsatz und ihr Rat auch als Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses der Ärztekammer Niedersachsen und als Mitglied des Landesausschusses für Jugendarbeitsschutz beim Niedersächsischen Sozialministerium (Hannover). Außerdem gehörte sie dem Beirat des Präsidiums der Niedersächsischen Akademie für Homöopathie und Naturheilverfahren e. V., Celle, an. Sie war seit 1974 Mitglied des Beirats der Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V. und von 1991 bis 1995 stellvertretende Vorsitzende dieser Gesellschaft. Seit 1. Juli 1985 war sie stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Jugendarbeitsschutz beim Staatlichen Gewerbeaufsichtsamt Hannover. Seit 1986 war sie Mitglied der Expert Advisory Panel on Occupational Health der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Fachgebiet Arbeitsmedizin.

Stets war sie in den Gremien auf Fortschritt und Weiterentwicklung bedacht; sie leistete vor allem in den Berufsbildungsausschüssen der Ärztekammer, insbesondere im Zusammenhang mit dem Referat „Arzthelferinnen-Auszubildende“, Vorbildliches und Bewundernswertes. Ihre hohen fachlichen Qualifikationen führten zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit bei der Lösung der gemeinsamen Probleme der Ärzteschaft und zu einer besseren Verbindung der Ärztekammer mit der Hochschule in Hannover.

Das vielfältige und erfolgreiche Engagement brachte Ellen Müller-Dethard zahlreiche Auszeichnungen ein, darunter das Bundesverdienstkreuz am Bande (1993) und die Verleihung der Ehrenbürgerschaft der Medizinischen Hochschule Hannover (1995). Bereits anlässlich ihres 60. Geburtstags wurde sie in Würdigung ihrer Verdienste um die ärztliche Versorgung und die Förderung des Ansehens des Arztberufs mit der Verleihung der Ehrenplakette der Ärztekammer Niedersachsen geehrt.

Ellen Müller-Dethard hat sich durch ihren unermüdlichen, zielstrebigen Einsatz als Ärztin für Allgemein- und für Arbeitsmedizin, durch ihre Pionierarbeit beim Aufbau des Betriebsärztlichen Dienstes an der Medizinischen Hochschule Hannover, durch ihren professionellen Einsatz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung, durch ihre bleibenden Verdienste bei der Förderung der Arbeitsmedizin im Krankenhaus, als Leiterin des Referats „Arzthelferinnen-Ausbildung“ der Ärztekammer Niedersachsen, als Mitglied von Gremien der ärztlichen Körperschaften um die ärztliche Versorgung, die Förderung der Arbeits- und Betriebsmedizin, den Personal- und Studentenärztlichen Dienst der Medizinischen Hochschule Hannover, das Gesundheitswesen, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

110. Deutscher Ärztetag in Münster, 15. Mai 2007, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdien-

ten Bruno Müller-Oerlinghausen in Berlin, Prof. Dr. med., Facharzt für Klinische Pharmakologie und Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Bruno Müller-Oerlinghausen einen Arzt, Wissenschaftler, Klinischen Psychopharmakologen, Hochschullehrer, engagierten Aus- und Fortbilder, wissenschaftlichen Politikberater und den langjährigen Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, der sich in seiner fast 35 Jahre währenden Tätigkeit als Facharzt für Klinische Pharmakologie und Pharmakologie sowie Toxikologie, als Professor an der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin um die medizinische Versorgung der Patienten, die Pharmakologie, die Ausbildung der Studenten, die Weiter- und Fortbildung, die Wissenschaftspolitik, um die ärztliche Selbstverwaltung und das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland besonders verdient gemacht hat.

Bruno Müller-Oerlinghausen wurde am 17. März 1936 in Berlin als Sohn des Bildhauers Berthold Müller-Oerlinghausen und seiner Ehefrau Emely, geb. Sturm, geboren. Während des Zweiten Weltkriegs und mit Beginn der schweren Angriffe auf Berlin verzog die Familie von Berlin-Charlottenburg nach Kressbronn am Bodensee. Dort besuchte Bruno Müller-Oerlinghausen die Volksschule. 1945 wechselte er zum Humanistischen Gymnasium in Lindau/Bodensee. Einer seiner frühen Mentoren während der Schulzeit war Hellmut Becker, der spätere Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildung und Forschung in Berlin, der sich für einen Wechsel vom Lindauer Gymnasium zum Landeserziehungsheim „Birklehof" in Hinterzarten im Schwarzwald einsetzte. Dort bestand Bruno Müller-Oerlinghausen im Frühjahr 1954 das Abitur. Im gleichen Jahr nahm er an der Universität Göttingen sein Chemiestudium auf, das er jedoch bald zugunsten der Psychologie aufgab. Er interessierte sich während dieser Zeit auch intensiv für philosophische Fragen, einschließlich der modernen Logik. Während seines Studiums an der Universität Göttingen wechselte er an die Medizinische Fakultät, um sein Medizinstudium zu beginnen. Dieses setzte er an den Universitäten München, Frankfurt am Main, Freiburg

und an der Freien Universität Berlin fort, wo er am 19. April 1962 das Staatsexamen erfolgreich ablegte. An der Universität Freiburg hatte er bei dem Psychiater Prof. Dr. med. Albert Derwort seine Dissertation mit dem Thema „Beitrag zum Problem des Exhibitionismus“ begonnen; die Promotion schloss er am 6. Mai 1965 mit dem akademischen Grad Dr. med. ab. Die Approbation als Arzt erhielt er am 31. Dezember 1964.

Bereits während dieser Zeit interessierte er sich sehr für Fragen der Pharmakologie, die später der Schwerpunkt seines akademischen Wirkens und seiner wissenschaftlichen Forschung wurde. Seine Medizinalassistentenzeit begann er 1962 an verschiedenen Krankenhäusern und Kliniken in Berlin, wo er erste Einblicke in die klinische Praxis, den Forschungsbetrieb und die Krankenversorgung erhielt. Praktische Erfahrungen mit dem „Medizinbetrieb“ ließen für ihn eine klinische Laufbahn zunächst undenkbar erscheinen. Bruno Müller-Oerlinghausen entschloss sich zur Aufnahme einer Weiterbildung in der experimentellen Pharmakologie am Pharmakologischen Institut der Universität Göttingen unter Leitung von Prof. Dr. med. Ludwig Lendle. Als wissenschaftlicher Assistent an diesem Institut erwarb Müller-Oerlinghausen von 1964 bis 1969 breite Kenntnisse experimenteller Methoden und praktischer Verfahren.

In der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. med. Arno Hasselblatt forschte er unter anderem über hepatische Entgiftungsvorgänge und deren Beeinflussung durch Diabetes mellitus. Dieser Interessen- und Forschungsschwerpunkt brachte Bruno Müller-Oerlinghausen in engen Kontakt zu dem Göttinger Diabetologen Prof. Dr. med. Werner Creutzfeldt, der auch Korreferent seiner Habilitationsschrift wurde. Er erhielt 1969 die Venia Legendi im Fach Pharmakologie und Toxikologie. Thema der Habilitationsschrift: „Arzneimittelstoffwechsel bei diabetischen Tieren“. Seine Weiterbildung schloss er am 29. September 1971 mit der Anerkennung als Facharzt für Pharmakologie ab. Bereits während seiner Tätigkeit an der Universität Göttingen interessierte er sich für die Arbeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, eines Fachausschusses der Bundesärztekammer, zu deren Vorstandsmitglied damals auch sein „Chef“, Prof. Dr. med. Ludwig Lendle, gehörte.

Nachdem sich seine Bestrebungen, bei der Firma Schering AG, Berlin, eine psychopharmakologische Arbeitsrichtung aufzubauen, zerschlagen hatten, stand der Entschluss von Müller-Oerlinghausen fest, Klinische Pharmakologie auf einem relativ neuen Feld der sich rasch entwickelnden Psychopharmakologie intensiver zu betreiben. Er bewarb sich als wissenschaftlicher Assistent an der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin unter ihrem damaligen Direktor Prof. Dr. med. Hanns Hippius. Seiner Tätigkeit in Berlin ging sein Dienst für die deutsche Entwicklungshilfe voraus. Als Experte war er im Auftrag der Bundesregierung ab 1969 für zwei Jahre in Bangkok (Thailand) wissenschaftlich-praktisch tätig. Er arbeitete an einem staatlichen Forschungsinstitut und baute ein pharmakologisches Labor auf, das sich mit der Untersuchung der traditionell phytotherapeutisch orientierten thailändischen Medizin befasste. Anschließend unterrichtete er und hielt Gastvorlesungen an der Universität von Bangkok.

Nach seiner Rückkehr nach Deutschland (1971) begann er seine berufliche und wissenschaftliche Karriere als Assistent an der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin unter dem neu berufenen Direktor der Klinik, Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen. Mit diesem Wissenschaftler publizierte Bruno Müller-Oerlinghausen vor allem über Probleme der Medizinethik. Während seiner praktisch-psychiatrischen Weiterbildung hatte Müller-Oerlinghausen immer wieder versucht, pharmakologische Ansätze in die ärztlichen Abläufe der Klinik zu integrieren und eine Synthese von pharmakologischem und klinisch-psychiatrischem Denken und Handeln vorzuexerzieren.

1975 wurde er auf eine C-3-Professur für Klinische Psychopharmakologie an der FU Berlin berufen. Damit war der Schwerpunkt seiner weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit in der Behandlung affektiver Erkrankungen, insbesondere von Depressionen, vorgeprägt. Die Berliner Professur war die erste für Klinische Psychopharmakologie in Deutschland. Die von ihm gegründete Forschergruppe hat über ein Vierteljahrhundert weltweit anerkannte und bahnbrechende Entwicklungen vorangetrieben. Die leitende Zielvorstellung von Müller-Oerlinghausen entsprach einem von der Weltgesundheitsorganisation für die Realisierung

von klinischer Pharmakologie vorgeschlagenen Modell, wonach der Klinische Pharmakologe in der Lage sein sollte, auch spezialisiert klinisch tätig zu werden, also klinisch-pharmakologische Forschung und Weiterbildung an einer klinischen Institution zu betreiben.

Bruno Müller-Oerlinghausen baute Laborbereiche auf und übernahm schon bald eine Spezialambulanz für die Langzeitbehandlung depressiver Patienten (Berliner Lithium-Katamnese). Seine jahrzehntelange intensive und erfolgreiche Forschertätigkeit spiegelt sich in mehr als 600 Publikationen, Fachartikeln, Buchbeiträgen und Büchern sowie in von ihm herausgegebenen Sammelwerken wider. Während dieser Zeit hat er sich im nationalen und internationalen Rahmen für moderne Methoden von Studien zur Wirkung von Psychopharmaka am Menschen eingesetzt, Weiter- und Fortbildung praktiziert und zahlreiche klinische Studien und akademische Arbeiten selbst betreut. Bei der forschenden pharmazeutischen Industrie, bei Spitzenorganisationen der Ärzteschaft und deren Körperschaften waren und sind sein Rat und seine praktische Kooperationsbereitschaft hoch geschätzt. Sein wissenschaftlicher Impetus, seine Kreativität und seine außerordentliche Produktivität trugen dazu bei, dass seine Forschungsergebnisse in die Praxis umgesetzt und in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung transferiert wurden.

International bekannt wurde Bruno Müller-Oerlinghausen insbesondere durch seine jahrzehntelange Beschäftigung mit fast sämtlichen Aspekten von Lithium, jenem leichtesten Alkalimetall, dessen biologisch-medizinische Eigenschaften ihn als Pharmakologen und Psychiater stets fasziniert haben. Er beschäftigte sich intensiv mit der klinischen Wirksamkeit, den potenziellen Wirkmechanismen, den Langzeiteffekten und der sicheren Handhabung dieses Elements. Seit 1973 hat er sich in mehr als 170 Fachaufsätzen in wissenschaftlichen Zeitschriften und Buchkapiteln diesem Spezialthema gewidmet. Er hat zusammen mit anderen Wissenschaftlern sowohl das erste deutsche Standardwerk zur Lithiumtherapie in zwei Auflagen herausgegeben als auch kürzlich ein englischsprachiges Werk, das eine seit Jahrzehnten nicht existierende aktuelle Darstellung aller Aspekte der Lithiumtherapie beinhaltet.

Bruno Müller-Oerlinghausen war Mitgründer einer internationalen Forschergruppe „International Group for the Study of Lithium Treated Patients (IGSLI)“, deren Vorsitzender er lange Zeit war. Sein unermüdlicher Einsatz für die Berücksichtigung der von ihm wissenschaftlich untersuchten und inzwischen durch viele andere Autoren bestätigten suizidverhütenden Wirkung einer Lithium-Langzeittherapie wurde durch die American Foundation for Suicide Prevention mit der Verleihung des Research Award 2004 in New York gewürdigt. Während dieser Zeit entstand bereits vor der Wiedervereinigung eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Kooperation mit der neurobiologischen Forschergruppe an der Psychiatrischen Klinik der Charité zu Berlin unter deren damaligem Direktor, Prof. Dr. med. Ralf Uebelhack.

Die Teilgebietsbezeichnung „Klinische Pharmakologie“ wurde ihm 1980, die neu eingeführte Anerkennung als „Facharzt für Klinische Pharmakologie“ 1991 erteilt.

Die große anerkannte wissenschaftliche Reputation Bruno Müller-Oerlinghausens brachte ihm unter anderem die Präsidentschaft der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie der deutschsprachigen Länder (1983 bis 1987) ein; ebenso war er Mitglied internationaler wissenschaftlicher Gremien und Berater der Bundesregierung sowie Vorstandsmitglied des Kompetenznetzes Depression und des von ihm mitgegründeten „Verbundes Klinische Pharmakologie Berlin/Brandenburg“. Er war von 1975 bis 2002 Chefredakteur der Zeitschrift „Pharmacopsychiatry“ und ist seit Jahren Autor des vom Bundesforschungsministerium unterstützten „Arzneiverordnungsreports“.

Neben seinen hauptberuflichen Aufgaben als akademischer Lehrer und Forscher (er wurde im März 2001 pensioniert) hat er sein Wissen und seine Erfahrung auch in Beratungsgremien eingebracht und diese geleitet. So war er von 1985 bis 1995 Vorsitzender der Aufbereitungskommission für den Alt-Arzneimittelmarkt B 3 am seinerzeitigen Bundesgesundheitsamt. Zuständig war die Kommission für die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie und Anästhesiologie. Bereits 1983 ist er zum Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzte-

schaft der Bundesärztekammer berufen worden, deren Vorsitz er von 1994 bis Ende 2006 ununterbrochen, durch drei Wiederwahlen bestätigt, innehatte. Die lange Periode der fundierten und engagierten Arbeit in der Arzneimittelkommission trägt deutlich die Handschrift Müller-Oerlinghausens. In seine Zeit als Vorsitzender der Kommission (ab 1994) fallen die Neuorganisation und Neuausrichtung dieses wissenschaftlichen Beratungsgremiums der Bundesärztekammer. Er sorgte für hart erkämpfte Neuerungen, wie etwa die Herausgabe der inzwischen vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin, zertifizierten Leitlinien und darauf basierenden Patientenbroschüren, aber auch fruchtbringende ärztliche Fortbildungsveranstaltungen.

Besondere Verdienste erwarb sich Bruno Müller-Oerlinghausen auch um das Werk „Arzneiverordnungen“ und das Bulletin „Arzneiverordnung in der Praxis“. Auf seine Initiative gehen viel beachtete, oftmals kritische Memoranden zurück, insbesondere auch zu den sogenannten besonderen Therapierichtungen. Auch bei der Beratung der Novellen zum Arzneimittelgesetz und bei Hearings der Bundesregierung hat sich Müller-Oerlinghausen aktiv und sachkundig eingeschaltet. Für seine besonderen Verdienste um die ärztliche Fortbildung zeichnete ihn die Bundesärztekammer anlässlich seines 70. Geburtstags am 9. März 2006 mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette aus.

Bruno Müller-Oerlinghausen hat sich nach fast 35-jähriger, höchst erfolgreicher beruflicher Tätigkeit an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin als Wissenschaftler und Hochschullehrer, als professioneller Aus-, Weiter- und Fortbilder, als ein Pionier der Klinischen Psychopharmakologie, als Gründer und Leiter von interdisziplinären Forschergruppen, als Experte und wissenschaftlicher Berater sowie als Politikberater und als langjähriger Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft um die ärztliche Versorgung, die pharmakologische Forschung, die akademische Aus- und Weiterbildung, die Wissenschaft, die Politikberatung, die Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

110. Deutscher Ärztetag in Münster, 15. Mai 2007, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdienten Otto Schloßer in Stephanskirchen, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Arbeitsmedizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Otto Schloßer einen Arzt, der sich in 40 Jahren seines aktiven Berufslebens und seines nunmehr 54 Jahre währenden berufspolitischen Engagements als Kommunal- und Gesundheitspolitiker, Sachverständiger in fachärztlichen Gremien und professioneller Fortbilder um die medizinische Versorgung der Patienten, die Weiter- und Fortbildung, die Qualitätssicherung in der Medizin und durch seine langjährige Tätigkeit in berufspolitischen Gremien, vor allem der Ärzteschaft, um die ärztliche Selbstverwaltung, das Gesundheitswesen und das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland verdient gemacht hat.

Otto Schloßer wurde am 28. August 1921 in Geiging, Gemeinde Rohrdorf, Landkreis Rosenheim (Oberbayern), als Sohn des Automechanikers Otto Schloßer und seiner Ehefrau Amalie, geb. Schratzlseer, geboren. In Rosenheim, wohin die Familie 1923 verzog, besuchte er von 1927 bis 1931 die Knabenvolksschule und von 1931 bis 1939 das Humanistische Gymnasium. Dort bestand er im Frühjahr 1939 die Reifeprüfung (Abitur). Von April bis September 1939 war er dienstverpflichtet im Reichsarbeitsdienst Haspelmoor. Im Wintersemester 1939/40 begann Otto Schloßer an der Medizinischen Fakultät der Universität München sein Medizinstudium; die ärztliche Vorprüfung legte er im Januar 1941 ab. Im Februar desselben Jahres wurde er zur Wehrmacht eingezogen. Am Russland-Feldzug nahm er beim Infanterieregiment 62 (Landshut) teil. Danach wurde er zur Sanitätsersatzabteilung 7 nach Miesbach/Oberbayern abkommandiert, wo er bis 1942 als Ausbilder tätig war.

Im April 1942 wurde Otto Schloßer an die Militärärztliche Akademie nach Berlin versetzt, wo er im Sommersemes-

ter 1942 sein Medizinstudium fortsetzte. Von Juli bis November 1942 war er erneut als Hilfsarzt an der Ostfront tätig. Nach seiner Rückkehr studierte er im Wintersemester 1942/43 an der Universität Würzburg, um danach wieder an die Universität München als Medizinstudent zu wechseln. Im Frühjahr 1944 wurde er nach Berlin zurückversetzt. Das medizinische Staatsexamen absolvierte er an der Universität in Berlin Anfang 1945 erfolgreich. Am 15. Februar 1945 erhielt er die Bestallung als Arzt. Im Anschluss daran wurde er an die Chirurgische Abteilung des Reservelazaretts Rosenheim, einem Teillazarett des Städtischen Krankenhauses, versetzt, wo er vom 1. März bis zu dessen Auflösung am 31. August 1945 tätig war. Am 26. Februar 1945 wurde Otto Schloßer an der Universität München zum Dr. med. promoviert. Thema der Dissertation: „Beitrag zur Kenntnis des neurofibrillen Bildes subcorticaler Ganglien (Thalamus und Corpus striatum)“. Damaliger Dekan: Prof. Dr. med. habil. Alfred Wiskott, ordentlicher Professor der Kinderheilkunde.

Danach begann Otto Schloßer seine internistische Weiterbildung an verschiedenen Kliniken in Oberbayern. Vom 1. September 1945 bis zum 30. April 1952 arbeitete er als Assistenz- und Stationsarzt in der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Rosenheim (Chefarzt: Dr. med. Albert Erras). Am Ende dieser Beschäftigung war er ständiger Vertreter des Leitenden Arztes. Die Anerkennung als Facharzt für Innere Krankheiten wurde ihm am 22. Dezember 1950 erteilt.

Bereits kurz nach Auflösung des Reservelazaretts in Rosenheim im September 1945 wurde er Mitglied des Ärztlichen Kreisverbands Rosenheim. Am 1. Mai 1952 verließ er das Krankenhaus Rosenheim, um sich in der Stadt als Internist in eigener Praxis niederzulassen. Bereits Anfang der 50er-Jahre begann das ehrenamtliche, sachverständige Engagement Otto Schloßers auf regionaler, Landes- und Bundesebene und sein kommunalpolitisches Wirken. Bereits 1952 wählten ihn die Rosenheimer Ärzte zum Vorsitzenden des Ärztliches Kreisverbands, ein Amt, das er bis 1988 ununterbrochen innehatte.

Erstmals ist er 1954 zum Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer, München, gewählt worden. Von

1967 bis 1991 gehörte er dem Vorstand dieser Landesärztekammer an. Sein Engagement auf regionaler und Landesebene brachte ihm auch Mandate auf Bundesebene ein. So war er Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer bei zahlreichen Deutschen Ärztetagen; er gehörte mehrere Wahlperioden dem Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, eines Fachausschusses der Bundesärztekammer, an. In den Selbstverwaltungsgremien der ärztlichen Körperschaften auf Landes- und Bundesebene interessierte er sich insbesondere für Fragen der ärztlichen Weiter- und Fortbildung; so gehörte er dem Weiterbildungsausschuss auf Landesebene und der Sonographie-Kommission an.

Bereits 1956 hatte er die ersten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen im Chiemgau zusammen mit den Ärztlichen Kreisverbänden der Region organisiert und geleitet. Außerdem hat er mehrere Jahre die Kolloquien für Sonographie und Computertomographie in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, München, geleitet. Maßgeblich war er am Auf- und Ausbau der Qualitätssicherung in der Radiologie und in der Labordiagnostik beteiligt. Überhaupt war die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sein besonderes Anliegen.

Bereits während der ersten Jahre seiner ärztlichen Tätigkeit und seines berufspolitischen Wirkens engagierte sich Otto Schloßer auch in der Kommunalpolitik. In den 50er-Jahren – bis zu seinem Umzug in den Landkreis Rosenheim – war er Stadtrat (für die CSU) in Rosenheim. Die Planung und Organisation des Neubaus des Städtischen Krankenhauses Rosenheim wurden von ihm wesentlich beeinflusst und durch seine profunden ärztlichen Kenntnisse und seine klinischen Erfahrungen geprägt. Dem Bezirkstag Oberbayern gehörte er ab 1970 für zwei Legislaturperioden als Mitglied an. Sein ärztlicher Sachverstand, seine Kompetenz und sein unermüdlicher Einsatz trugen wesentlich zur Verbesserung der Anstaltspsychiatrie in Oberbayern bei. Er schöpfte alle gebotenen Möglichkeiten aus, richtungweisend der Psychiatrie zum Wohle der Patienten Impulse zu geben. Auch in Wahrnehmung seiner beiden kommunalpolitischen Mandate hat sich der Realpolitiker Schloßer aus seiner ärztlichen Verantwortung heraus und auf der Basis seines hohen ethischen An-

spruchs für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung und die individuelle Betreuung der Patienten eingesetzt. Stets hat er öffentliche Interessen, gesundheitspolitische Erfordernisse und deren Realisierbarkeit abgewogen.

Darüber hinaus hat er sich gesundheitspolitisch in Gremien der CSU engagiert. So hat er seit der Gründung des Gesundheitspolitischen Ausschusses in diesem aktiv mitgearbeitet. Zahlreiche gesundheitspolitische Initiativen gehen auf Schloßers Initiative zurück. Viele seiner Ämter füllte er mit großem Verantwortungsbewusstsein und Sorgfalt aus. Er gab sein Wissen und Können auch an jüngere Kolleginnen und Kollegen und vor allem auch in der kommunalen Gesundheitspolitik weiter.

Von 1974 bis 1978 gehörte Otto Schloßer dem Bayerischen Landesgesundheitsrat an, von 1974 bis 1978 als dessen Vorsitzender; eine dem Gemeinwohl verpflichtete Aufgabe, die seine gesamte Lebensauffassung und sein dem Gemeinwohl verpflichtetes Handeln widerspiegelt.

Als praktizierender Kassenarzt war Otto Schloßer auch in den Gremien der Kassenärzteschaft über die Maßen engagiert. Bereits 1956 wurde er zum Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gewählt. Von 1971 bis 1975 war er Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Im Januar 1976 ist er als mit seiner Heimat sehr verwurzelter Arzt zum Vorsitzenden der Bezirksstelle Oberbayern der KVB gewählt worden. In seiner Heimatregion trug er wesentlich zur ständigen Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung bei. Von 1976 bis 1981 war er Vorstandsmitglied der KVB (1992 ist er zum Ehrenvorsitzenden dieser Bezirksstelle ernannt worden). Sein besonderes Interesse galt der Qualitätsverbesserung und der kollegialen Fortbildung als eine der ureigensten ärztlichen Pflichten eines jeden Arztes und Berufspolitikers.

Besonders hat er sich der Arbeit in der Sonographie-Kommission der Bezirksstelle Oberbayern verschrieben. Sein großes Fachwissen und seine allzeit geschätzte Dialogbereitschaft kamen auch bei seinem unermüdlichen Einsatz in der ärztlichen Fortbildung zum Tragen. Bereits 1956 ist durch seine Initiative die „Ärztliche Fortbildung im

Chiemgau“ gegründet und zu einem Markenzeichen entwickelt worden. Die Fortbildungseinrichtung von vier Ärztlichen Kreisverbänden (Rosenheim, Bad Aibling, Bad Reichenhall und Laufen) ist ein wegweisendes, erfolgreiches Modell der überregionalen Fortbildung.

Nicht nur auf lokaler, Kreis- und Landesebene, sondern auch auf Bundesebene konnte Otto Schloßer Akzente setzen. Ihm wurden als Ausdruck des Dankes zahlreiche Würdigungen und hohe Ehrungen zuteil: 1980 verlieh ihm der Vorstand der Bundesärztekammer in Würdigung seines langjährigen engagierten Einsatzes in der ärztlichen Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette – auch in Würdigung seiner viele Jahre währenden Mitgliedschaft und als stellvertretender Vorsitzender der Akademie der Gebietsärzte der Bundesärztekammer und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 1978 erhielt er das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland; seit 1984 ist er Träger des Verdienstkreuzes Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Otto Schloßer hat sich durch seinen mehr als fünf Jahrzehnte währenden unermüdlichen Einsatz als Arzt, Kommunalpolitiker, ärztlicher Berufs- und Gesundheitspolitiker, Sachverständiger und Berater und gewählter Mandatsträger in der Selbstverwaltung und Gremien der ärztlichen Körperschaften um die ärztliche Versorgung, die Weiter- und Fortbildung, die Innere Medizin, die Qualitätssicherung, die Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

110. Deutscher Ärztetag in Münster, 15. Mai 2007, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Ich hatte in Erinnerung, dass Herr Schloßer Internist ist. Er hat es mir eben auf meine Nachfrage hin bestätigt. Das sollte man unbedingt noch ergänzen. – Das meine ich völlig unpolitisch.

Der Vorstand der Bundesärztekammer verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche Ärzteschaft hochverdien-

ten Hans-Jürgen Thomas in Erwitte/Westfalen, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte ehren in Hans-Jürgen Thomas einen Arzt, der sich in fast 36 Jahren seiner aktiven beruflichen Tätigkeit – zunächst als praktischer Arzt, später als Facharzt für Allgemeinmedizin, als Berufs- und Gesundheitspolitiker, als engagierter Vertreter sowohl der Interessen der Allgemein- als auch der Fachärzte – durch sein langjähriges Engagement in Verbänden der Ärzteschaft und in ärztlichen Körperschaften und Organisationen auf örtlicher, regionaler, Landes- und Bundesebene sowie im europäischen Raum um die ärztliche Versorgung, die Stärkung der Allgemeinmedizin und die hausärztliche Versorgung und insbesondere um den Hartmannbund und das freiheitliche Gesundheitswesen und das Gemeinwohl der Bundesrepublik Deutschland verdient gemacht hat.

Hans-Jürgen Thomas wurde am 10. Oktober 1939 als zweites Kind des Rektors Gerhard Thomas und seiner Ehefrau Veronika, geb. Speer, in Brieg/Schlesien geboren. Während der Vater in der Kriegsgefangenschaft war, floh die Familie nach Naumburg/Saale. Nach Rückkehr des Vaters aus der Kriegsgefangenschaft siedelte die Familie 1947 nach Dülmen/Westfalen über, wo der Vater eine Anstellung als Lehrer gefunden hatte. In Dülmen besuchte Hans-Jürgen Thomas die Volksschule und ab 1951 zunächst das dortige Neusprachliche Gymnasium. Nach erneutem Umzug nach Dorsten/Westfalen wechselte Hans-Jürgen Thomas zum altsprachlichen Gymnasium Petrinum in Dorsten. Dort bestand er im Frühjahr 1961 die Reifeprüfung (Abitur). Danach leistete Hans-Jürgen Thomas in den Jahren 1961 und 1962 den Wehrdienst ab und schied nach Wehrdienst und Wehrübungen als Oberleutnant der Reserve aus der Bundeswehr aus.

Ab Wintersemester 1962/63 studierte Hans-Jürgen Thomas an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster Medizin, wo er im Sommersemester 1963 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und nach dem Sommersemester 1965 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Ab Sommersemester 1966 studierte er an der Universität Wien und da-

nach erneut an der Universität Münster Medizin. Am 3. Februar 1969 absolvierte Hans-Jürgen Thomas in Münster erfolgreich das Staatsexamen. Zum Dr. med. wurde Hans-Jürgen Thomas an der Medizinischen Fakultät der Universität Münster am 10. Februar 1969 promoviert. Titel seiner Dissertation: „EKG-Speicheruntersuchungen bei Ergometerarbeit und 800- bzw. 400-Meter-Läufen zur Feststellung der maximal erreichten Herzfrequenzen". Doktorvater war Prof. Dr. med. Emil Josef Klaus, der Direktor des Instituts für Sportmedizin der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Die Dissertation von Hans-Jürgen Thomas fußte auf der Auswertung von experimentellen Studien mit Leistungssportlern, was damals in wissenschaftlichen Untersuchungen, insbesondere im Verlauf von Dissertationen, noch nicht üblich war und einen relativ hohen Arbeitseinsatz und Zeitaufwand erforderte.

Seine ersten Einblicke in die berufliche Betätigung von Ärztinnen und Ärzten und in den „Medizinbetrieb" gewann Hans-Jürgen Thomas im Krankenhaus in Dorsten, wo er bereits in jungen Jahren Kontakt mit kranken Menschen bekam und von den dort tätigen Klinikärzten bei seiner späteren Berufswahl stark beeinflusst wurde.

Seine klinische Weiterbildung absolvierte er nach Erlangung der Approbation als Arzt (1970) an Krankenhäusern in Münster und Beckum.

Als praktischer Arzt/Facharzt für Allgemeinmedizin war er seit 1971 bis Ende März 2006 tätig. Seine ärztliche Tätigkeit übte er zuletzt zusammen mit einer Kollegin aus. 1977 gründete er an seinem Praxisort mit Kollegen eine ärztliche Laborgemeinschaft, deren ärztlicher Leiter er von Anfang an war. Daneben war er von seinem Praxissitz aus für mehrere Unternehmen als Betriebsarzt tätig und war verantwortlich für die arbeitsmedizinische und betriebsärztliche Versorgung großer Belegschaften dieser Unternehmen.

Die aus seiner täglichen Berufsausübung gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen und sein ehrenamtliches Engagement in gemeinnützigen Organisationen, so beispielsweise als Bereitschaftsarzt und Vorsitzender im Deutschen Roten Kreuz, Erwitte, hat er unter starker per-

sönlicher und zeitlicher Belastung mit Engagement und Durchsetzungsvermögen in die ärztliche Berufspolitik, in Verbände und Körperschaften eingebracht. Bereits im Jahr seines Staatsexamens und der Promotion 1969 trat Hans-Jürgen Thomas dem Hartmannbund (Verband der Ärzte Deutschlands e. V.) als Mitglied bei, ein Engagement, das seitdem mehr als 37 Jahre währt. Schon bald danach, im Jahr 1973, ist Hans-Jürgen Thomas zum Vorsitzenden des Hartmannbund-Kreisvereins Soest gewählt worden, ein Amt, das er bis Ende 2005 innehatte. Bereits wenig später wurde er zum Vorsitzenden des Landesverbands Westfalen-Lippe des Hartmannbunds gewählt, ein Mandat, das er von 1981 bis Ende 2005 mit großem Engagement ausfüllte. Heute ist Hans-Jürgen Thomas Ehrenvorsitzender dieses Landesverbands.

Hans-Jürgen Thomas wurde erstmals 1985 zum Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands vom Bundesverband des Hartmannbunds gewählt. Bereits vier Jahre nach seinem erfolgreichen Mitwirken in den Führungsgremien des größten freien Ärzteverbands mit fachgebietsübergreifender Mitgliedschaft wurde Hans-Jürgen Thomas erstmals 1989 zum Bundesvorsitzenden des Hartmannbunds gewählt (als Nachfolger von Prof. Dr. med. Horst Bourmer †, Köln) – ein Amt, das er, durch mehrfache Wiederwahl bestätigt, bis Oktober 2005 ununterbrochen innehatte.

Im Rahmen seiner beruflichen und vielfältigen ehrenamtlichen Tätigkeiten in Verbänden und Spitzengremien der Ärzteschaft hat sich Hans-Jürgen Thomas stets als überzeugter Allgemeinarzt und als konsequenter Verfechter der Freiberuflichkeit der Ärzte und deren beruflichen Unabhängigkeit erwiesen. Zahlreiche berufspolitische Initiativen, Programmentwürfe und gutachtliche Stellungnahmen sowie Fachartikel zur Reformpolitik auf Bundes- und Landesebene gehen auf seine Initiative und Autorenschaft zurück. Ihm ging es nicht nur um eine wirksame Interessenvertretung der gesamten Ärzteschaft und der „Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ im Sinne des Hartmannbund-Gründers Hermann Hartmann, sondern vielmehr auch und in erster Linie um die Erhaltung einer vertrauensvollen, individuellen Arzt-Patienten-Beziehung und eines leistungsstarken und qualitätsgesicherten Gesundheitswesens.

Ein zentrales Anliegen von Hans-Jürgen Thomas während seines berufspolitischen Engagements war stets die Erhaltung eines hochstehenden medizinischen Versorgungssystems sowie die Stärkung der Allgemeinmedizin und insbesondere der hausärztlichen Versorgung – losgelöst von den immer stärker werdenden Fesseln der Sozial- und Gesundheitspolitik (die bereits der erste Nachkriegsvorsitzende des Hartmannbunds, Dr. med. Friedrich Thieding, geißelte). Sein besonderes Engagement und sein tatkräftiger Einsatz galten der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung und Betreuung schwer kranker Patientinnen und Patienten. Die Einführung eines Fortbildungszertifikats „Palliativmedizinische Grundversorgung“ im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe geht auf die Initiative von Hans-Jürgen Thomas zurück.

Sein aktives Mitwirken in den Gremien des Hartmannbunds auf örtlicher, regionaler, Landes- und Bundesebene führte zu zahlreichen weiteren berufs- und gesellschaftspolitischen Funktionen in Körperschaften und Verbänden der freien Berufe. So gehörte Hans-Jürgen Thomas von 1985 bis 2005 der Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Münster) an. 1993 wurde er erstmals zum Vizepräsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe gewählt. In diesem Amt wurde er von der Kammerversammlung, dem höchsten beschlussfassenden Organ der Kammer, in den Jahren 1997 und 2001 bestätigt. Im Kammervorstand war Hans-Jürgen Thomas viele Jahre lang Referent für das Finanzwesen; die Kammerarbeit profitierte von seinem Arbeitseinsatz und seinem unbestrittenen Sachverstand.

Auf Bundesebene vertrat Hans-Jürgen Thomas die Ärztekammer Westfalen-Lippe in der Finanzkommission der Bundesärztekammer. Von 1994 bis 2001 wirkte er als betreuendes Vorstandsmitglied im Ausschuss „Allgemeinmedizin“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit – von 1998 bis 2001 als stellvertretendes Mitglied. Seit 1974 vertrat er seine „Heimat“-Kammer in Fragen der Allgemeinmedizin in der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer. Von 2002 bis 2005 war er federführend im Ausschuss „Integrierte Versorgung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Auch als Vertreter und fairer „Anwalt“ der Kassenärzteschaft wirkte Hans-Jürgen Thomas in zahlreichen Gremien und Ausschüssen mit. So war er von 1985 bis 2001 Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und mehrerer Fachausschüsse. Der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehörte er als ordentliches Mitglied von 1989 bis 1997 an. Vorstandsmitglied des Ärztevereins Lippstadt war er von 1973 bis 1979. In der kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Soest vertrat er die Westfälisch-Lippische Ärztekammer seit 1998 und engagierte sich auch dort für ein freiheitlich organisiertes Gesundheitswesen. Ebenfalls seit 1998 gehörte er dem Lenkungsausschuss für die externe vergleichende Qualitätssicherung an, der zunächst für den Landesteil Westfalen-Lippe und seit 2002 für ganz Nordrhein-Westfalen besteht. Seine Erfahrungen und sein tatkräftiger Einsatz in zahlreichen Gremien der „verfassten Ärzteschaft“ brachten ihm 1993 ein Mandat im Vorstand des Verbands Freier Berufe im Land Nordrhein-Westfalen e. V. (Düsseldorf) ein.

Besonders stark hat sich Hans-Jürgen Thomas für eine ganzheitliche Begleitung von Sterbenden eingesetzt. Seine Erfahrung und Mitarbeit brachte er in das Modellprojekt „Limits“ in Münster ein, das auf die Weiterentwicklung bereits bestehender Angebote und die strukturelle Absicherung einer „humanen Sterbekultur“ in Seniorenheimen ebenso wie im häuslichen Umfeld abzielt, ein Projekt, an dem die Ärztekammer Westfalen-Lippe partnerschaftlich beteiligt ist. Auf seine Initiative hin wird der von der Selbsthilfeorganisation entwickelte Notfallbogen auch über das Internetangebot der Ärztekammer in Münster allen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt.

Seine ethischen Ziele und sein Anspruch an die Fürsorge für Not leidende Ärzte kommen dadurch zum Ausdruck, das Hans-Jürgen Thomas 1994 den Vorsitz der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ übernahm. Außerdem war Hans-Jürgen Thomas von 1989 bis 2006 Vorsitzender des Kuratoriums der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbunds. Die Hartmannbund-Hauptversammlung im Oktober 2005 wählte ihn zum Ehrenvorsitzenden dieses Ärzteverbands. Auf supra- und internationaler Ebene war Hans-Jürgen Thomas in der Europäi-

schen Vereinigung für Allgemeinmedizin (UEMO), von 1987 bis 1990 als Mitglied des Vorstands. Außerdem war er seit 1992 Mitglied und Delegierter des Weltärztebundes (World Medical Association), ebenso gehörte er dem Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) an. Die 1996 von Hans-Jürgen Thomas initiierte Aktion „Europa gegen Euthanasie“ setzte sich für eine fürsorgliche Sterbebegleitung und einen respektvollen Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden ein. Thomas nahm eine klare ablehnende Haltung gegen jegliche Freigabe der aktiven Sterbehilfe ein (wie etwa in den Niederlanden).

Der unermüdliche Einsatz und der ungebrochene Kampf für eine demokratisch verfasste Gesellschaft und einer hochstehenden Medizin brachten Hans-Jürgen Thomas vielfältige und höchste Ehrungen ein: Bereits 1962 erhielt er die Gedenkmedaille des Landes Niedersachsen für seinen Einsatz bei der Sturmflut. 2000 wurde er mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland geehrt; seit 2005 ist er Träger der Verdienstmedaille des Landesverbands des Deutschen Roten Kreuzes Westfalen-Lippe. Der Hartmannbund, Landesverband Westfalen-Lippe, ehrte ihn 2005 mit der Verleihung der Wilhelm-Berghoff-Medaille des Hartmannbund-Landesverbands. Der Bundespräsident verlieh ihm 2006 das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse. Der Hartmannbund (Bundesverband) zeichnete ihn im Oktober 2006 mit der Hartmann-Thieding-Medaille für sein besonderes Engagement für den Verband, für die freien Berufe und den ärztlichen Berufsstand aus.

Hans-Jürgen Thomas hat sich durch seinen unermüdlichen Einsatz als Facharzt für Allgemeinmedizin und durch seine vorbildliche Haltung als aktiver Berufs- und Gesundheitspolitiker, als engagierter Streiter für die Interessen der Haus- und Fachärzte, als Vorsitzender des Hartmannbunds auf Orts-, Kreis- und Landes- sowie Bundesebene, als Mitglied von Gremien der Ärzteschaft auf Landes- und Bundesebene, in Verbänden der freien Berufe und in den Körperschaften der Ärzteschaft um die ärztliche Versorgung der Patienten, die Erhaltung des freien Berufs und eines freiheitlichen Gesundheitswesens, die ärztliche Selbstverwaltung und um das Gemeinwohl in der Bundes-

republik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht.

110. Deutscher Ärztetag in Münster, 15. Mai 2007, Vorstand der Bundesärztekammer, Präsident

(Beifall)

Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen: Verehrte Frau Bundesministerin! Sehr geehrter Herr Minister Laumann! Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Herr Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Für die uns zuteil gewordene hohe Auszeichnung darf ich mich im Namen der heute von Ihnen so großzügig Geehrten sehr herzlich bei Ihnen allen bedanken. Dieter Hildebrandt, der deutsche Kabarettist, hat bei einer solchen Gelegenheit einmal gesagt: Wie soll man sich nach einer Preisverleihung schon fühlen? – Ausgezeichnet.

Das gilt natürlich auch für uns; denn Sie, die Vertreter der verfassten Ärzteschaft, sprechen damit allen unseren ganz unabhängig voneinander entstandenen langjährigen Bemühungen um eine verbesserte Qualität, das heißt optimierte Wirksamkeit und Sicherheit der ärztlichen Tätigkeit – heute sagt man, glaube ich, in der Sprache der Leistungserbringer und -verbraucher: des ärztlichen Angebots –, Ihre Anerkennung aus – und das tut gut, täte jedem gut. Es gibt nämlich nur wenige Menschen, die nicht den Wunsch haben, von Zeit zu Zeit ihrer vermeintlichen Verdienste versichert zu werden. Deswegen danken wir Ihnen, Herr Hoppe, ganz besonders für Ihre ehrenden Worte.

Jemand hat einmal gesagt: Eine Laudatio ist eine Rede, die den Preisträger, sein Leben und Werk erklärt. Sie haben unsere narzisstischen Persönlichkeitsanteile sehr wirksam gestreichelt, Herr Hoppe. Wir konnten uns in Ihrer Darstellung – zumindest partiell – selber wiederfinden.

Unser Dank gilt Ihnen allen, meine Damen und Herren, stellvertretend für die vielen ärztlichen Organisationen, die uns in unserer Arbeit nicht nur praktisch unterstützt, sondern vor allem immer wieder motiviert haben; denn jeder von uns kennt doch angesichts der zahlreichen Widerstände, die sich, wie ich sagen darf, Dynamikern wie uns notwendigerweise extern, aber auch intern entgegenstellen, dieses Gefühl des Ehrenamtlers: Wozu mache ich das überhaupt? Warum denke ich nicht einmal an meine Freiheit, an meine Freizeit, an meine Gesundheit und meine Familie?

Ich weiß nicht, ob Sie den Song von Judith Holofernes „Müssen nur wollen“ kennen, in dem es heißt: Aber wenn ich könnte, wie ich wollte, würde ich gar nichts wollen; ich weiß aber, dass alle etwas wollen sollen.

Auch für den Motivationsschub, den Sie uns in solchen Depolarisationsmomenten gegeben haben, danken wir Ihnen. Wir sind uns natürlich auch bewusst, dass man, wie es Johann Gottfried Seume in seinem „Spaziergang nach Syrakus“ ausdrückte, auf Billigung der Menschen nicht rechnen muss. „Sie errichten heute Ehrensäulen und brauchen morgen den Ostrazismus für den nämlichen Mann und für die nämliche Tat.“

Ganz besonders haben wir unseren Lebenspartnern dankbar zu sein, die uns in unseren beruflichen und ehrenamtlichen Obsessionen, die ja wohl an den Rand von Persönlichkeitsstörungen reichen können,

(Heiterkeit – Beifall)

mit Geduld und Empathie ertragen haben, bis zum heutigen Tag. Meine Frau sagte jedenfalls vor ein paar Tagen spontan: Den Orden hätten sie eigentlich mir geben müssen!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, Qualitätsmanagement erscheint per se gut. Da fühlt man sich alleweil auf dem rechten Weg. Aber in einer stillen Stunde wird auch dem Dynamiker klar, dass dieser eigentlich selbstverständliche Weg in Richtung einer weiteren Therapieoptimierung – in Zukunft hoffentlich auch mithilfe einer elektronischen Gesundheitskarte, die den derzeitigen Bedenken der Ärzteschaft hinsichtlich Sicherheit und Handhabbarkeit Rechnung trägt, die ich aber im Prinzip, wie Sie, Frau Ministerin, aus unserer diesbezüglichen Kooperation wissen, für eine unverzichtbare Innovation innerhalb der EU halte und auch für eine unabdingbare Voraussetzung für eine verbesserte Arzneitherapiesicherheit in der Zukunft –, dass also unsere so scheinbar selbstverständlichen Aktivitäten auch ihre immanenten Gefahren beinhalten, zum Beispiel die Gefahr der zunehmenden Abhängigkeit von standardisierten technischen Abläufen, die uns von unserer eigentlichen Aufgabe und Bestimmung entfernen lassen, die von der Liebe zum Patienten, zum realen Patienten definiert ist – Paracelsus hat das klar ausgesprochen – und die auch ohne eine spirituelle Ebene nicht mehr verbindlich definierbar erscheint.

Ich darf kurz Viktor von Weizsäcker aus seinem Buch „Arzt und Kranker“ aus dem Jahre 1941 zitieren:

> *Unzweifelhaft ist eine Generation im Entstehen, welche einen Grad von Sachlichkeit und Technisierung erträgt, der die Jugend meiner und älterer Generationen um ihren Glauben an Geist und Liebe gebracht hätte. Der Gegensatz von Sachlichkeit und Liebe ist kein Widerspruch, aber ich halte ihn doch für eine immerwährende Gefahr und ei-*

ne nie besiegte Aufgabe. Ich persönlich glaube nicht an die Liebe zur Sache, sondern ich glaube an die Liebe zum Menschen.

Hinzu kommt, meine Damen und Herren, dass in unserer globalisierten, neokapitalistischen Gesellschaft jede Technisierung und Standardisierung ein zusätzliches Gefahrenmoment impliziert, nämlich die Kontamination unserer ärztlichen Tätigkeit und unserer Motivationen mit sozioökonomischen und mit industriellen Interessen,

(Beifall)

insbesondere den Interessen der Aktionäre der pharmazeutischen Großindustrie. Sie mögen, meine Damen und Herren, vielleicht unter Bezug auf das heutige Ende der Eisheiligen sagen, das sei kein echtes Problem mehr, das sei eine abgestandene paranoide Marotte des Herrn Müller-Oerlinghausen, nachdem doch allgemein jetzt eine große Sensibilität für die nötige Transparenz potenzieller Interessenkonflikte entstanden sei.

Aber, meine Damen und Herren, mit unserer gefühlten Unabhängigkeit machen wir es uns doch, glaube ich, zu einfach. Wir müssen zur Kenntnis nehmen – auch hier auf einem Deutschen Ärztetag –, dass der Einfluss von „Big Pharma“ weiter zunimmt und zunehmend raffinierter und subtiler und auf immer mehr gesellschaftlichen Ebenen, insbesondere auf der Patientenebene, realisiert wird. Nur ein Beispiel aus den USA, weil es auf diesem Ärztetag auch um die Kinder geht, über das die „New York Times“ gerade berichtet hat: Mehr als eine halbe Million Kinder in den USA erhalten inzwischen atypische Neuroleptika, meist ohne zugelassene Indikation, zum Beispiel bei Essstörungen. In fünf Jahren haben die finanziellen Zuwendungen der entsprechenden Hersteller an Psychiater in Minnesota um das Sechsfache zugenommen. In diesen fünf Jahren sind die Verordnungen dieser Substanzen an Kinder um das Neunfache gestiegen.

Das geht einher mit dem Versuch, ständig neue, angeblich behandlungsbedürftige Krankheiten zu erfinden. Klaus Dörner schreibt dazu sinngemäß: Der Fortschritt in der Medizin erzeugt geradezu eine irrationale Angst vor jeder Art vor Krankheit, bis wir anfangen, unter unserer Gesundheit zu leiden. Während wir die echten Gefahren immer mehr in den Griff bekommen, wandeln sich jenseits einer gewissen Schwelle die Instrumente unserer Befreiung in Hilfsmittel unserer Erniedrigung.

Ich meine, meine Damen und Herren, wir müssen uns hier als Ärzteschaft noch offensiver, noch vernehmbarer zur Wehr setzen, auch um unsere Glaubwürdigkeit an anderen Orten der Auseinandersetzung zu bewahren.

Vor drei Jahren hat bei dieser Gelegenheit eine Preisträgerin auf den Freiheitsdrang von Paracelsus hingewiesen, der dies so formuliert hat: Keines anderen Knecht sein, der eigener Herr sein kann.

(Beifall)

Deshalb meine ich, dass sich weder Universitätsvertreter noch Funktionsträger der verfassten Ärzteschaft an repräsentativer Stelle in engem Schulterschluss mit Vertretern oder Ghostwritern von „Big Pharma“ darstellen sollten,

(Beifall)

weder in Veranstaltungen noch in Publikationen; denn das ist das falsche Signal.

Peter Sloterdijk sagte in seinem Interview in der „Spiegel“-Ausgabe zum Gedenken an Hegel vor Kurzem mit Bezug auf die Attac-Kämpfer:

> *Sie begreifen mehr oder weniger explizit, dass nicht der Zweck die Mittel heiligt, sondern dass die Mittel die Wahrheit über den Zweck sagen.*

Ich meine, in diesem Sinne, meine Damen und Herren, sollten wir den chronischen Anbiederungen von „Big Pharma“, wir säßen doch angeblich in einem Boot – nein, wir sitzen nicht in einem Boot –, die Stirn bieten. Ich wünschte mir in diesem Kontext auch noch mehr Anstrengungen, um zu einer wirklich pharmaunabhängigen – heute würde man sagen: gecleanten – ärztlichen Fortbildung zu kommen, die nämlich die Voraussetzung ist für ein Qualitätsmanagement in der Praxis und im Krankenhaus, das wirklich nur einem dient: dem Wohl der uns vertrauenden Patienten.

Nochmals, meine Damen und Herren, Dank an Sie alle. Nietzsche schrieb einmal: Die einen werden durch Lob schamhaft, die anderen frech. Ich hoffe, ich war nicht zu frech, sonst bitte ich um Ihre Nachsicht. Wir, die vier Geehrten, fühlen uns eher leicht beschämt ob der unerwarteten großen Ehrungen.

Vielen Dank.

(Beifall)

(Musikalisches Intermezzo: Bona Sera (Louis Prima);
Let’s Get Loud (Gloria Estefan))

Ulla Schmidt, MdB, Bundesministerin für Gesundheit: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Lieber Herr Dr. Windhorst! Meine lieben Ehrengäste! Meine sehr

geehrten Damen und Herren! Ich habe gerade gesagt: Herrn Windhorst gebührt Dank dafür, dass er den Deutschen Ärztetag so in Schwung bringt. Das erleben wir nicht bei jedem Deutschen Ärztetag, dass so viel Temperament vorhanden ist.

(Beifall)

Lassen Sie mich zunächst einmal von dieser Stelle aus der heutigen Trägerin und den heutigen Trägern der Paracelsus-Medaille meine Glückwünsche aussprechen und ihnen für die Arbeit danken, die sie bisher geleistet haben. Wir alle wissen, dass heute vieles ohne die viele auch ehrenamtliche Arbeit, die manchmal auch von denen, die professionell in den Einrichtungen der Selbstverwaltung tätig sind, geleistet wird, gar nicht möglich wäre. Deswegen herzlichen Dank.

Herr Müller-Oerlinghausen, Sie waren nicht frech, sondern Sie waren so, wie wir Sie alle kennen: ehrlich und nie von der Furcht beseelt, irgendwo auch einmal ein falsches Wort zu sagen. Auch dafür herzlichen Dank.

Ich möchte heute auch noch einem anderen danken, nämlich Herrn Professor Hoppe. Wir haben manchmal heftige Diskussionen, manchmal weniger heftige. Aber für eines möchte ich Ihnen danken, Herr Professor Hoppe: dass wir heute auf dem 110. Deutschen Ärztetag im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung den Forschungspreis verleihen konnten, als Ergebnis der Tatsache, dass die deutsche Ärzteschaft als Ganzes sagt: Wir wollen aufarbeiten, was gewesen ist, um gemeinsam dafür zu sorgen, dass so etwas nicht wieder geschieht. Dafür gebührt Ihnen auch persönlich Dank, denn es ist auch Ihr Engagement gewesen, dass es so weit gekommen ist. Herzlichen Dank!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, der Deutsche Ärztetag beschäftigt sich in diesem Jahr mit Themen, die für unsere Gesellschaft von ganz hoher Bedeutung sind, so beispielsweise mit der Kinder- und Jugendmedizin. Die Diskussionen über übergewichtige und über magersüchtige Kinder, über Vernachlässigungen und psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind in den Medien zwar oft überzeichnet, aber wir wissen alle, dass es sich hier auch um eine Realität in unserer Gesellschaft handelt. Wir wissen, dass dringender Handlungsbedarf besteht.

Wir wissen das nicht erst seit dem Ersten Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts. Diese Studie zeigt uns noch einmal genau, wo die Probleme besonders dringlich sind, etwa bei chronischen Erkrankungen, bei psychischen Störungen. Die Studie zeigt uns, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder aus Migrantenfamilien besonders häu-

fig betroffen sind. Wir brauchen dringend zusätzliche Maßnahmen im Bereich der gezielten Prävention, der Information der Bevölkerung, der Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche, sodass rechtzeitig gegengesteuert werden kann.

Meine Damen und Herren, ich weiß sehr wohl, dass der Schutz der Kinder eine Aufgabe für alle ist. Trotzdem liegt eine große Hoffnung gerade auf den Ärztinnen und Ärzten; denn die Kinder- und Jugendärzte, die Hausärzte kennen häufig die Situation und das Lebensumfeld in den Familien. Ihnen bietet sich manchmal mehr als allen anderen die Chance des Zugangs zu den Familien.

Ich würde es unter diesen Gesichtspunkten sehr begrüßen, wenn bei den neuen Hausarzttarifen oder auch bei den neuen Versorgungsformen, die möglich sind, die Krankenkassen bei den Verträgen einen stärkeren Schwerpunkt auf die Einbeziehung präventiver Maßnahmen legen würden.

(Beifall)

Aber ich möchte diese Aufgabe, Kinder zu schützen, nicht auf die Ärztinnen und Ärzte abwälzen, sondern hier handelt es sich um eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft. Sie hat viel mit der Frage zu tun, wie wir in unserer Gesellschaft mit Gewalt in Familien umgehen; denn Gewalt gegen Kinder hat oft auch mit der generellen Gewalt in Familien zu tun. Es handelt sich auch nicht allein um eine gesundheitspolitische Aufgabe, sondern wir müssen dafür sorgen, dass erstens die Probleme der zukünftigen Eltern möglichst bereits vor der Geburt erkannt werden und auf Hilfe bei der Lösung von Problemen hingewiesen wird, dass zweitens die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen verbessert wird und dass drittens vor Ort eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Ärzten mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten und der primär verantwortlichen Kinder- und Jugendhilfe gewährleistet ist. Der Weg, der in den letzten Jahren beschritten wurde, dass gerade im Bereich der öffentlichen Gesundheitsdienste und auch der Kinder- und Jugendhilfe massiv gekürzt wurde, darf nicht weitergegangen werden, wenn wir es ernst meinen mit der Aufgabe, Kinder und Jugendliche zu schützen.

(Beifall)

Ich stehe auch dazu, dass das Kinderfrüherkennungsprogramm stets an neue Problemlagen angepasst werden muss. Deshalb begrüße ich es sehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zurzeit die Inhalte und die Struktur der Kinder- und Jugenduntersuchungen überprüft. Ich glaube, dass die Daten, die der Kinder- und Jugendsurvey uns gegeben hat, erstmals eine umfassende Grundlage bilden. Ich bin sicher, dass wir in absehbarer Zeit mit den neuen Erkenntnissen

die notwendigen Veränderungen bei den Angeboten der Kinder- und Jugenduntersuchungen vornehmen können.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, darüber hinaus brauchen wir den Ausbau epidemiologischer Aussagen für die Gesamtbevölkerung. Hier wird uns die beim Robert-Koch-Institut angesiedelte Gesundheitsberichterstattung die notwendigen Daten liefern, etwa bei der Frage, in welchen Alters- und Gesellschaftsgruppen, in welchen Regionen beispielsweise verstärkt Adipositas auftritt. Eine solche epidemiologische Grundlage bietet bessere Möglichkeiten, zielgenaue Präventionsprogramme einzuleiten. Sie sollten Grundlage für die neu zu gestaltenden Verträge sein, von denen wir uns wünschen, dass wir nach und nach dazu kommen, dass im Wohnumfeld der Menschen umfassende Verträge geschaffen werden, sodass wirklich eine Versorgung aus einer Hand unter Einbeziehung aller Akteure gewährleistet werden kann.

Meine Damen und Herren, eine gesunde Lebensweise wird auch maßgeblich vom Bewegungs- und Essverhalten des Einzelnen beeinflusst. Das war der Grund, warum wir als deutsche Ratspräsidentschaft das Thema Ernähren und Bewegen zu einem Thema auch der EU-Präsidentschaft gemacht haben und uns mit der Badenweiler Erklärung ehrgeizige Ziele gesetzt haben. Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz arbeiten wir derzeit an einem nationalen Aktionsplan. Er soll zusammen mit den Ländern und Kommunen erarbeitet werden. Er soll Maßnahmen zur Prävention von Fehlernährung und Bewegungsmangel auf den Weg bringen.

Dabei geht es nicht nur um Übergewicht. Wir reden immer so, als seien Essstörungen nur eine Frage des Übergewichts. Die Tatsache, dass 30 Prozent der jungen Mädchen im Alter bis zu 17 Jahren heute an Essstörungen leiden und ein Großteil von ihnen einem Schönheitswahn verfallen, dass man noch dünner als dünn sein sollte, ist mindestens genauso gesundheitsschädlich wie Übergewicht. Deswegen müssen wir den Blick auf beide Aspekte lenken.

(Beifall)

Wir müssen im Zusammenhang mit der Ernährung auch die Frage des Bewegens mit einbringen. Wenn Sie den Kinder- und Jugendsurvey auswerten, werden Sie feststellen, dass viele Kinder nicht mehr essen als früher, aber sie bewegen sich nicht mehr, weil die Maus am Computer eine der Hauptbewegungen ist, die sie am Tag vollführen.

Das Zweite ist, dass bei vielen Kindern mindestens einmal am Tag ein Softgetränk und viel zu viel Zucker konsumiert wird. Das ist ein stärkerer Faktor als beispielsweise Fastfood. Es geht nicht darum, ein Schulfach „Ernährung“ einzu-

führen; dahin würden die Kinder gar nicht gerne gehen. Man muss sich vielmehr mit der Frage beschäftigen: Was ist gesunde Ernährung? Wie kann man gesunde Ernährung zubereiten? Was kann ich selber tun, um mich gesund zu erhalten? Der Sportunterricht muss wieder denselben Stellenwert erhalten wie Deutsch und Mathematik. Dafür müssen wir sorgen; das ist notwendig, um hier entgegenzuwirken.

(Beifall)

Wir wollen mit dem Präventionsgesetz die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, dass es uns gelingt, zusammen mit allen Akteuren Prävention dort stattfinden zu lassen, wo sich die Menschen aufhalten. Wir müssen es schaffen, an diejenigen Menschen heranzukommen, die wir ansonsten nicht erreichen. Sie wissen selbst: Wenn Veranstaltungen über gesunde Ernährung und über Bewegung durchgeführt werden, kommen diejenigen, die das sowieso tun wollen. Es kommen aber nicht diejenigen, die wir im Grunde genommen erreichen müssen.

Wir müssen also Strukturen haben, bei denen der Sportverein, der Hausarzt, der Kinder- und Jugendarzt, der öffentliche Gesundheitsdienst, der Kindergarten, die Schule, das Seniorenheim und andere eingebunden sind. Diese Aufgabe müssen wir gemeinsam angehen. Ich glaube, hier kommen wir am besten gemeinsam voran. Das ist wichtig. Kein Gesundheitssystem auf dieser Welt kann es sich erlauben, zukünftig schon 30-Jährige als chronisch Kranke zu haben, statt dass chronische Erkrankungen, die behandelt werden müssen, erst im Alter von 60 Jahren und darüber hinaus auftreten.

Der zweite Bereich, mit dem Sie sich beschäftigen werden, der ein Schwerpunkt dieses Ärztetages ist – der Kollege Laumann hat es schon angesprochen –, betrifft ein Thema, das in der Öffentlichkeit und in der Gesellschaft intensiv diskutiert wird. Ich meine die ethischen Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation. Wir haben 1997 im Deutschen Bundestag mit einer breiten Mehrheit die Zustimmungslösung beschlossen. Ich persönlich halte diese Lösung für eine gute Lösung, weil sie respektiert, dass es Menschen gibt, die sich nicht mit dem Tod auseinandersetzen wollen. Die Widerspruchslösung würde jeden Menschen zwingen, sich damit auseinanderzusetzen, egal wie er am Ende dazu steht.

Ich glaube, das Problem der Organspende und deren Häufigkeit liegt nicht an der Frage „Zustimmungslösung oder Widerspruchslösung“; denn es gibt auch bei uns Regionen, in denen wir eine hohe Spendenbereitschaft haben, und andere Regionen, in denen sie weniger hoch ist. Manchmal gibt es dort, wo die Zustimmungslösung gilt, mehr Organspenden als dort, wo die Widerspruchslösung gilt.

Unser Ansatz muss lauten, die Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den übrigen Krankenhäusern zu verbessern. Die Zahl der potenziellen Organspender ist wesentlich höher als die Zahl der tatsächlichen Organspender. Wir wissen, dass 94 Prozent der Bevölkerung gern ein Organ transplantiert bekämen, wenn es denn erforderlich wäre. Wir müssen die Menschen für die Ansicht gewinnen: Wenn ich das für mich und für meine Angehörigen gern hätte, dann muss ich meinen Teil dazu beitragen, dass das möglich ist. Wir müssen eine Antwort auf die Frage finden, wie in den Krankenhäusern mit den Betroffenen und mit den Angehörigen gesprochen wird. Meiner Meinung nach müssen wir das Gesetz also nicht ändern.

Diejenigen, die durch ihre Spende Mitmenschen das Leben retten wollen, die ihnen helfen wollen, müssen darauf vertrauen können, dass ihre Spende auch nur diesem Zweck dient. Deshalb darf und wird es mit uns in Deutschland keinen Organhandel und auch keinen Gewebehandel geben.

(Beifall)

Er ist verboten, er bleibt auch in Zukunft verboten, und es wird keine Kommerzialisierung von Organen und Geweben geben. Wir haben in den letzten Monaten darüber sehr intensiv mit dem Parlament und mit der deutschen Ärzteschaft diskutiert. Ich glaube, das, was jetzt als Gesetz auf den Weg gebracht wird, greift die wesentlichen Aspekte und zentralen Forderungen auf. Es wird an dem ersten Gesetzentwurf umfangreiche Änderungen geben. Wir regeln gesetzlich den klaren Vorrang der Organspende vor der Spende von Gewebe. Wir regeln, dass es beispielsweise für Augenhornhäute, für Herzklappen oder andere Gewebe keine Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz gibt, sondern ein einfaches Genehmigungsverfahren, sodass eine Kommerzialisierung dieser Gewebe gesetzlich ausdrücklich ausgeschlossen und verboten ist.

Meine Damen und Herren, ich glaube, dass wir damit und mit anderen Einzelheiten, bei denen wir die Bedenken mit aufgenommen haben, nach letzten Diskussionen auch mit den Koalitionsfraktionen Wege gefunden haben, dem zentralen Anliegen auch der deutschen Ärzteschaft entgegenzukommen und die zentralen Forderungen zu erfüllen. Sie können sich darauf verlassen, dass das, was ich hier sage, auch die Meinung der Koalitionsparteien und der Mehrheit des Bundestags und des Bundesrats ist.

Meine Damen und Herren, die Medizin hat heute auch vielfältige Möglichkeiten, das Leben schwerstkranker Menschen häufig durch einen hohen Aufwand an Technik zu verlängern. Deshalb besteht bei vielen Menschen der Wunsch, für den Fall vorzusorgen, dass sie sich selber nicht mehr äußern können. Es geht um das Thema der Patientenverfügungen, über das wir diskutieren. Ich bin der Meinung, dass für alle Beteiligten, soweit es in diesem Feld überhaupt möglich ist, Rechtssicherheit erforderlich ist. Patientinnen und Patienten müssen sicher

sein, dass ihrem Willen auch dann Geltung verschafft wird, wenn sie sich selber nicht mehr äußern können. Die Angehörigen, die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegenden brauchen ebenfalls Rechtssicherheit. Deshalb halte ich es für richtig und wichtig, dass sich der Deutsche Bundestag in einer Generaldebatte des Problems der Patientenverfügungen angenommen hat. Ziel ist es, das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen zu gewährleisten und dabei Rechtssicherheit für den Einzelnen, für die Angehörigen und auch für die Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.

Über die Frage, wie das am besten geschehen kann, muss breit diskutiert werden. Jeder von uns weiß, dass jede Entscheidung mit einem Stück Unsicherheit behaftet ist. Keiner von uns weiß, ob er das, was er in einer gesundheitlich guten Verfassung entschieden hat, wirklich noch so will, wenn er schwer erkrankt ist. Deshalb wird bei aller Rechtssicherheit zum Schluss bei jedem Arzt, jeder Ärztin und auch bei den Pflegenden die Frage sein: Kann ich davon ausgehen, dass das für diese Situation wirklich so gemeint war? Wir müssen breit über die Frage diskutieren: Wie kann die Gesellschaft einen Weg finden, der für jeden die bestmögliche Sicherheit bietet? Wie können wir einen Weg finden, dass Tod und Sterben ins Leben zurückgeholt werden und nicht Tabuthemen sind, damit wir uns Klarheit über die Frage verschaffen, wie wir denn unseren Anspruch auf Humanität auch in der letzten Lebensphase realisieren?

Ich finde, es steht einer Gesellschaft sehr gut zu Gesicht, diese Probleme breit und auch ruhig kontrovers zu diskutieren, damit wir für die Mehrheit der Gesellschaft zu Entscheidungen kommen können, die den meisten ein Stück Angst nehmen und denen, die zum Schluss entscheiden müssen, ein Stück Sicherheit geben, den Willen des Betroffenen umgesetzt zu haben.

Ich glaube, wir sollten weiter diskutieren und versuchen, einen Weg zu finden, zu einer fraktionsübergreifenden Mehrheit zu gelangen. Bei diesen Dingen kann es keine Fraktionszwänge geben.

Meine Damen und Herren, im Vorfeld des Ärztetages sind – wie in jedem Jahr – Bedenken gegen die eine oder andere Neuerung durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgetragen worden. Ich will mich heute gar nicht zur Dauerkritik an der „Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ ausführlich äußern. Die Koalitionsfraktionen, die Bundesregierung und die Mehrheit der Bundesländer haben entschieden – das hat auch der Kollege Laumann noch einmal deutlich gemacht –: Wir wollen im Rahmen des europäischen Sozialstaatsmodells – anders, als es zum Beispiel im amerikanischen Sozialstaatsmodell gilt –, dass bei uns gilt, was eine tragende Säule unseres Sozialstaats bildet, nämlich dass das, was medizinisch geleistet wird, abhängig davon ist, was medizinisch notwendig ist, und dass das, was der Einzelne bezahlt, davon abhängig ist, was er bezahlen kann.

Das wollen wir umsetzen, und dazu sind Reformen notwendig. Jeder, der das verantwortlich mit auf den Weg bringt, weiß, dass wir diesen Anspruch nur dann erhalten werden, wenn wir dafür sorgen, dass das Gesundheitswesen bezahlbar bleibt. Deshalb wird es um die Frage der Qualität in der Versorgung, aber auch um die Frage der Wirtschaftlichkeit gehen müssen. Gäben wir irgendwann diese Balance auf, wäre es eine Frage der Zeit, bis alles gegen die Wand gefahren wird.

Da hat es immer einen Kampf gegeben. Da kann ich 50 Jahre zurückgehen, da kann ich 75 Jahre zurückgehen, da kann ich auf den zweiten oder den dritten Deutschen Ärztetag zurückgehen – immer hat diese Diskussion stattgefunden, natürlich jeweils unter anderen Voraussetzungen, weil sich die Gesellschaft jeweils verändert hat. Herr Dr. Windhorst, ich schmunzele immer, wenn gesagt wird: Früher war das alles besser. Ich glaube, ich habe es schon einmal auf einem Deutschen Ärztetag gesagt: Ich erinnere mich noch sehr gut, dass es zu der Zeit, als ich zwar nicht mehr Kind, aber noch Jugendliche war, beim Arzt ein Wartezimmer für die AOK-Patienten, für die Ersatzkassenpatienten und ein Wartezimmer für die Privatpatienten gab.

(Unruhe)

Ich kann mich daran erinnern, dass ich damals in einem Krankenhauszimmer mit 14 Patienten lag. Ich kann mich daran erinnern, dass wir beim Zahnarzt als Kassenpatienten keine Schmerzspritze bekamen.

(Zurufe)

Früher war nicht immer alles gut. Wir wünschen uns diese Zeiten nicht zurück, Sie auch nicht. Ich glaube, heute ist vieles besser. Wir müssen die Reformen durchführen, egal wie stark hier das Gelächter ist. Wenn nostalgisch zurückgeschaut wird, sage ich: Alle haben zu ihrer Zeit dafür streiten müssen, dass die gesundheitliche Versorgung für alle Menschen garantiert ist. Alle haben stets dafür gestritten, dass die Leistungen auch bezahlbar bleiben. Anderenfalls gibt es kein funktionierendes Gesundheitssystem. Ich glaube, das muss man einmal zur Kenntnis nehmen.

(Vereinzelt Beifall)

Gerade deswegen haben wir mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz auch zentrale Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen, auf die ich mich hier und heute beziehen will. Das gilt in erster Linie für die Neuordnung der ärztlichen Honorierung in der ambulanten Versorgung. Sie wissen, dass ich auf dem vorjährigen Ärztetag gesagt habe: Ich würde mich freuen, wenn die Selbstverwaltung die neue Honorierung bis zum 1. Januar 2007 auf den Weg bringen würde. Das ist nicht geschehen, also haben wir es im Gesetzgebungsverfahren aufgegriffen.

Ich sage hier ganz deutlich, ohne auf Einzelheiten einzugehen: Entgegen anderslautenden Befürchtungen werden die Budgets mit den floatenden Punktwerten abgeschafft. Wir werden feste Preise innerhalb eines in der Selbstverwaltung auszuhandelnden Mengengerüstes schaffen.

(Zurufe)

– Es sagt im Übrigen fast jeder Arzt, dass man das braucht, weil er weiß, wo das sonst landen würde.

Es wird Transparenz und Kalkulationssicherheit für die einzelne Praxis geben, weil der Arzt und die Ärztin wissen, was sie für eine medizinische Leistung erhalten. Auf der regionalen Ebene können Qualität, Beteiligung an Prävention, Besonderheiten einer Region und andere Dinge berücksichtigt werden.

Die Honorarverteilungsmaßstäbe, die in fast jeder Region für Zündstoff sorgen, werden damit abgeschafft. Statt unterschiedlicher Kopfpauschalen werden alle Kassen für gleiche Leistungen gleiche Preise zahlen müssen. Für Sie entscheidend ist – deswegen kann man auch ein Mengengerüst schaffen –: Das gesamte Morbiditätsrisiko geht auf die Krankenkassen über. Im Gesetz ist verankert, dass es bei einer Ausweitung und einer Intensivierung des Krankheitsrisikos gegebenenfalls unterjährig mehr Geld geben muss.

Meine Damen und Herren, bis zum 1. Januar 2009 soll dieses Konzept entwickelt werden. Es liegt in den Händen der Partner der Selbstverwaltung, dieses auf den Weg zu bringen. Ich sage Ihnen für uns und für die Koalitionsfraktionen ganz deutlich: Wir wissen auch, dass ein solches Honorarsystem mehr Geld kostet als das heutige. Das ist nicht die Frage. Wir werden daran festhalten, dass man am besten mit Ihnen gemeinsam sucht: Wo gibt es andere Bereiche im Gesundheitswesen, bei denen man durch vernünftiges Handeln das Geld effizienter einsetzen kann, um mehr Geld für die Arbeit von Menschen mit Menschen bezahlen zu können?

Ich glaube, dass dies ein Weg ist, bei dem diejenigen, die nach vorn gehen wollen, mitgehen werden. Viele junge Menschen, mit denen ich diskutiere, und auch viele niedergelassene Ärzte sagen: Wir fänden es gut, wenn es so käme.

Wir werden alles dafür tun und die Selbstverwaltung drängen, dass es tatsächlich so kommt, wie ich es eben gesagt habe; denn das ist der Wille des Gesetzgebers. Das, was bisher von Herrn Dr. Köhler auf den Weg gebracht wurde, zeigt, dass die Selbstverwaltung jetzt unter den neuen gesetzlichen Bedingungen sehr viel intensiver an die Implementierung und Entwicklung herangehen kann.

In diesem Zusammenhang Folgendes zu dem von vielen so geschmähten Gesundheitsfonds. Ich verstehe sowieso nicht, warum ausgerechnet die Ärzte ge-

gen den Gesundheitsfonds sind. Sie alle klagen immer darüber – nehmen Sie einmal das Beispiel Rheinland-Pfalz; vielleicht sind hier Vertreter aus Rheinland-Pfalz –, dass bei 4,5 Prozent Beitragsunterschied durch den Wechsel der Beschäftigten von den Kassen mit höheren Beiträgen zu den Kassen mit niedrigeren Beiträgen dem System und auch dem Honorartopf ständig Geld entzogen wird. In allen Systemen, in denen es bundeseinheitliche Beitragssätze gibt, kommt das Geld auch tatsächlich an. Deshalb bedeutet ein fester Beitragssatz mit einem Steuerzuschuss, der in einigen Jahren immerhin 10 Prozent der Ausgaben des Gesundheitswesens ausmachen wird, eine Stabilisierung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Dies wird verbunden mit einem morbiditätsorientierten Ausgleich, sodass die Kassen, die mehr Kranke und mehr ältere Menschen versichern, das entsprechende Geld zur Verfügung haben, damit sie sowohl die Versorgungsangebote als auch die Morbiditätsentwicklung bei den Honoraren finanzieren können.

Dazu ist der Fonds der richtige Weg. Deshalb wollen wir diesen Weg gehen, weil wir wollen, dass wir insgesamt zu einer Stabilisierung kommen.

Meine Damen und Herren, zu einer der wichtigen Forderungen der letzten Jahre hat immer wieder der Bürokratieabbau gehört. Auch hier hat der Bundesgesetzgeber getan, was er als Gesetzgeber tun kann. Wir haben das mit den Fachleuten aus Ihren Kreisen – den Krankenhäusern, den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der niedergelassenen Ärzteschaft und allen, die dazugehören – während der Verhandlungen diskutiert.

Ich will hier einiges anführen, was geändert wurde und vielleicht noch nicht bis in die letzte Praxis gedrungen ist. Das gilt exemplarisch für das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung, das von Ihren Kolleginnen und Kollegen immer an mich herangetragen wurde. Wir reduzieren die Quote der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf 5 Prozent. Wir sagen, dass die Prüfungszeit auf die letzten zwei Jahre beschränkt sein muss und nicht darüber hinausgeht. Wir sagen, dass Praxisbesonderheiten vorab geltend gemacht werden müssen und nicht mehr in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden können. Ich glaube, dass das schon eine ganz große Erleichterung ist hinsichtlich der Frage: Was kommt eigentlich auf mich zu? Das wird auch verhindern, dass sehr viele mit einem ganzen Anhänger voll Aktenordnern fahren müssen, weil sie sich fragen, was muss ich eigentlich alles an Daten vorhalten.

Wir haben aber auch die Einschreibungen in Chronikerprogramme, wir haben die MDK-Prüfungen auch im Krankenhaus neu geordnet. Wir haben auch Vorschriften für das Formularwesen gemacht, das Eingang findet in die Praxen und Stationen.

Wenn umgesetzt wird, was der Gesetzgeber beabsichtigt – das Gesetz ist ja erst vor gut einem Monat in Kraft getreten –, dann kann man die überbordende Bürokratie ein ganzes Stück zurückstutzen.

Wenn dann vor Ort noch das erledigt wird, was eigentlich durch Verträge der Selbstverwaltungspartner zusätzlich hereinkommt, sind wir auch hier ein ganzes Stück weiter.

Der dritte Teil ist die Qualitätssicherung. Ich glaube, dass diese Qualitätssicherung zum Aufbau einer professionellen Identität genutzt werden kann, wie es ja auch die KBV immer auf den Weg bringen will. Die KBV hat einen Kranz von Qualitätsindikatoren erarbeitet, den sie 2008 vorlegen will.

Wir haben vereinbart, dass im Krankenhaus die Daten der BQS nutzbar gemacht werden können. Wir wollen, dass Ärzte und Patienten mehr Informationen haben, welches das adäquate Krankenhaus ist.

Ich glaube, dass die Basis für die Qualität in allen Bereichen die Bereitschaft zur Kommunikation, zur Koordination und zur Kooperation ist. Wir müssen, wie es Dr. Jonitz, der im Vorstand der Bundesärztekammer Verantwortung für diese Aufgabe übernommen hat, formuliert, Betroffene zu Beteiligten machen, denn nur so kommt man voran.

Wer unvoreingenommen die Philosophie der Qualitätssicherung ein Stück weiterverfolgt, findet sich mitten in der Diskussion über die Frage: Wie definiert sich denn heute das Bild eines guten Arztes? Das belebt manches, was vielleicht vergessen wurde. Ich habe mir letztens auf Veranstaltungen Ihrer Kollegen die Darstellungen von Christoph Wilhelm Hufeland angehört. Er hat zu Beginn des 19. Jahrhunderts die erste Poliklinik gegründet. Ich erwähne das nur, damit wir wissen, dass der Gründer der Poliklinik des Sozialismus ganz unverdächtig war. Deswegen ist das auch heute noch unverdächtig, dass die MVZs dort hingehören.

Hufeland hat – darum ging es in den Veranstaltungen – die ganzheitliche Betrachtungsweise in der Medizin und bei der Organisation des Gesundheitswesens praktiziert. Er war ein guter Arzt – das ist unbestritten –, er war ein guter Verwaltungsmann, er war, wie man heute sagen würde, ein guter Manager. Er hatte Managementkompetenz, die mit Sozialkompetenz verbunden war.

Wenn wir ehrlich sind, müssen wir sagen: In einer Zeit des rasanten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandels kommt keiner, der Ihren Beruf ergriffen hat, ohne diese Dinge aus. Sie wissen: Wenn heute in Ihrer Praxis oder im Krankenhaus kasachische oder afghanische Familien behandelt werden oder auch mehr Zeit benötigende Fälle auftreten, braucht der Arzt nicht nur medizinische, sondern oft auch hohe soziale Kompetenz.

Wir müssen dankbar dafür sein, dass es heute eine große Anzahl von Menschen gibt, die schwer und auch geistig behindert sind, die länger leben können. Auch da braucht der Arzt neben der medizinischen Kompetenz auch viel soziale Kompetenz.

Ich erkenne schon an, dass die Bundesärztekammer und die KBV genau auch diesen Weg gehen und sagen: Wir müssen hier entsprechend die Qualifizierung aufbauen und dies mit einer Diskussion über neue Strategien verbinden. Es ist einfach so, dass, wenn wir wollen, dass alles so bleibt, wie es ist, alles verändert werden muss. Diesen Spruch kennen Sie von Tancredi in Lampedusas Roman „Der Leopard“.

Das bedeutet nicht: Sicherheit vor Wandel, sondern Sicherheit durch Wandel, durch neue Kooperationsformen unter den Ärzten verschiedener Fachrichtungen und in verschiedenen Einrichtungen, aber auch zwischen den Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Ich glaube, das ist die Basis für ein sich ständig erneuerndes Gesundheitswesen.

Jetzt sage ich etwas, was ich auch bei jungen Menschen immer sage.

(Heiterkeit)

– Ich meinte diejenigen, die in der Hochschulausbildung sind. Ich halte Sie natürlich auch für Junge. Viele wie wir sind ja junge Alte.

Die neue Zeit bietet gute Chancen für junge Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland. Ich bitte bei allem, was man kritisieren muss, mit beiden Füßen auf der Erde zu bleiben. In welchem anderen Beruf kann man denn sicher sein, dass man sogar mehrere angebotene Arbeitsplätze hat und man nirgendwo warten muss?

(Zurufe)

– Die wollen das. Die jungen Menschen sind gar nicht so. Ich gehe nämlich in die Hochschulen und diskutiere mit den Studentinnen und Studenten. Da sind sehr viele, die den neuen Weg gehen wollen, auch in der Frage von Kooperationen. Was sie alle nicht mehr wollen, ist, dass sie sich sofort nach ihrer Ausbildung entscheiden müssen, ob sie sich mit einer sehr hohen Summe selbstständig machen. Manche wollen die neuen Kooperationsformen, sie wollen gute Arbeitszeiten, sie wollen gute Bedingungen. Dafür wollen wir sorgen, so schwierig das Ganze auch ist. Der Beruf des Arztes und der Ärztin – auch das müssen wir vermitteln – ist ein Beruf mit Zukunft in Deutschland.

(Beifall)

Deshalb müssen wir dafür werben, um wieder junge Menschen zu finden, die in die Praxis gehen, aus der Ältere herausgehen wollen.

Wir haben die Änderung der Approbationsordnung vorgenommen, wir haben den Arzt und die Ärztin im Praktikum abgeschafft. Die Kassen haben 800 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, damit in den Krankenhäusern neue Arbeitszeitformen umgesetzt werden können. Wir haben für junge Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit geschaffen, Angestellte ohne finanzielles Risiko zu sein. Wir haben zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf mehr Möglichkeiten der zeitlichen Flexibilität in Medizinischen Versorgungszentren geschaffen. Wir haben die Möglichkeit geschaffen, in Praxisgemeinschaften zu arbeiten.

Die Möglichkeit, dass junge Ärzte im Krankenhaus und in der Niederlassung arbeiten können, ist eine Perspektive, die wir nach außen tragen müssen. Es entspricht doch unserem gemeinsamen Interesse, dass sich in einer älter werdenden Gesellschaft ausreichend viele junge Menschen finden, die sowohl den Beruf des Arztes als auch den Beruf des Pflegers ergreifen. Deshalb müssen wir an der Schaffung von Bedingungen arbeiten, dass sich die jungen Menschen dafür entscheiden.

(Vereinzelt Beifall – Zuruf: Dann tu’s doch!)

Meine Damen und Herren, dazu gehört, dass wir die Sektoren weiter aufbrechen. Wir werden dies auch bei der Reform der Pflegeversicherung mit auf den Weg bringen, weil eine vernünftige Pflege vor Ort nur mit integrierten Konzepten unter Einbeziehung der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung möglich ist. Wir wollen auf Dauer keine Insellösungen, sondern wir wollen dahin kommen, dass die Menschen dort, wo sie sind, eine gute medizinische und pflegerische Versorgung erfahren.

Lassen Sie mich zum Schluss noch einige Worte zur hausärztlichen Versorgung sagen, nicht weil ich etwas gegen die niedergelassenen Fachärzte und Fachärztinnen hätte, wie mir oft unterstellt wird.

(Widerspruch)

Ich schließe mich völlig dem Kollegen Laumann an: Der Facharzt ist für die fachärztliche Tätigkeit da, der Hausarzt für die hausärztliche. Nur in der Kooperation von beidem können wir eine vernünftige medizinische Versorgung organisieren. Ich setze mich speziell mit dafür ein, dass wir im hausärztlichen Sektor genügend Nachwuchs haben. Deshalb arbeiten wir an der Lösung des Problems: Wie können wir die hausärztliche Versorgung verbessern? Wie können wir die hausärztliche Versorgung als Basis der Gesundheitsversorgung erhalten?

Der Gesetzgeber hat eine ganze Menge an Maßnahmen verabschiedet, weil wir bei der Frage, wie die Zukunft aussieht, im hausärztlichen Sektor ein größeres Problem haben als im fachärztlichen Sektor. Deshalb muss man sein Augenmerk darauf richten, nicht, weil man das andere nicht will.

Die Maßnahmen, die wir ergriffen haben, müssen umgesetzt werden. Erste Hinweise aus Brandenburg und anderen neuen Bundesländern geben Anlass zu der Feststellung, dass das Bündel an Instrumentarien, die wir auf den Weg gebracht haben, wirklich nutzen, vor allen Dingen die neuen Möglichkeiten, dass Sicherstellungszuschläge auch schon bei zu erwartender oder absehbarer Unterversorgung gezahlt werden können und dass die Bedarfsplanung verändert werden kann.

Ich möchte mich noch einem Thema zuwenden, das auch hier auf dem Ärztetag ein Thema ist. Ich höre, dass es Bestrebungen gibt, den Allgemeininternisten als Facharztbezeichnung wieder einzuführen, und dass dies auch mit europarechtlichen Vorgaben begründet wird. Ich sage hier ganz deutlich: Das ist ein Scheinargument; denn europarechtlich brauchen wir eine einheitliche Weiterbildungspraxis. Ich kann Sie nur bitten, bei den Beratungen über dieses Thema nicht zu einem Status quo ante zurückzukehren, sondern das, was in den letzten Jahren auch mit der Bundesärztekammer auf den Weg gebracht wurde, so umzusetzen, dass wir eine bundeseinheitliche Lösung haben. Ich appelliere an den Deutschen Ärztetag, darüber sorgfältig zu diskutieren und zu sagen: Wir brauchen nicht die Trennung, sondern wir brauchen die gemeinsame hausärztliche internistische Weiterbildung, und wir wollen auch die Fachbezeichnung haben.

(Beifall)

Ich will und kann mir jedenfalls nicht vorstellen, dass wir gerade in einer älter werdenden Gesellschaft weniger an solcher Versorgung brauchen, sondern wir brauchen alle, die in diesen Bereich gehen, denn die älteren Menschen wollen versorgt werden. Selbst wenn wir sehr intensiv Prävention betreiben, haben wir in einigen Jahren doppelt so viele Menschen wie heute, die versorgt werden müssen. Aber darüber sind wir ja auch alle froh.

Meine Damen und Herren, es ist ja Mode geworden, manchmal über die Zukunft der ärztlichen Berufe negativ zu sprechen. Dem will ich mich nicht anschließen. Ich sage Ihnen von meiner Seite aus – das sage ich auch im Namen der Bundesregierung –: Wir wissen Ihre Arbeit nicht nur zu schätzen, sondern wir wissen, dass wir Ihre Arbeit brauchen. Wir wissen, dass viele von Ihnen weit über den Rahmen hinaus, was die Arbeitszeit betrifft, arbeiten. Dafür möchte ich Ihnen danken. Es ist ja eine merkwürdige Mode geworden, dass man über die Zukunft der ärztlichen Berufe so negativ spricht. Manchmal denke ich, es ist so etwas wie eine deutsche Krankheit, dass man immer alles in Zweifel zieht

oder alles negativ sieht und – wie manche es formulieren – selbst in der schattenlosen Mittagssonne bereits die nächtliche Kälte ahnt.

Davon halte ich nichts. Ich sage Ihnen: Ich sehe für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland Chancen, ich sehe da eine Zukunft. Ich bitte Sie, weiter gemeinsam mit uns zu arbeiten. Das kann niemand allein tun. Politik, Ärzteschaft, Krankenkassen, Selbstverwaltung und alle, die dazugehören, haben ein gemeinsames Anliegen: Wir wollen, dass Menschen in Deutschland, die krank sind, gut versorgt werden. Wir wollen, dass Gesundheit bezahlbar bleibt. Wir wollen, dass wir gemeinsam alles tun, um Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. alles zu tun, dass Menschen, wenn sie erkrankt sind, solange wie möglich selbstständig in ihrer Umgebung leben können.

Wenn wir das weiterhin gemeinsam tun, bei allem notwendigen Streit, weil wir ja nicht immer einer Meinung sein können, da wir unterschiedliche Dinge vertreten müssen, werden wir weiterhin sehr gute und fruchtbare Jahre haben. Ich bitte Sie, das, was wir gesetzgeberisch auf den Weg gebracht haben, jetzt auch auf diesem Weg umzusetzen.

Ich wünsche dem Ärztetag gute Diskussionen im Interesse aller. Ich freue mich darauf, dass wir weiterhin diese Arbeit fortsetzen.

Danke schön.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages und Präsident der Ärztekammer Nordrhein: Sehr verehrte Frau Bundesministerin! Sehr verehrte Damen und sehr geehrte Herren Abgeordnete! Lieber Herr Ehrenpräsident Ingo Flenker! Lieber Herr Präsident Theo Windhorst! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielen Dank, Frau Ministerin, für Ihre Rede. Ich kann nicht auf alle Einzelheiten eingehen. Ein paar Takte vorab zu dem, was Sie gesagt haben und was anzusprechen ich an sich nicht vorgesehen hatte.

Sie haben uns dafür gedankt, dass wir außerhalb der üblichen Reihenfolge der Eröffnungsveranstaltung bei einem Deutschen Ärztetag diese Preisverleihung vornehmen konnten. Das haben wir sehr gern getan. Wir haben vor, das zukünftig alle zwei Jahre zu tun und daraus eine längerfristige Angelegenheit zu machen. Ich darf einen erheblichen Teil dieses Dankes und Lobes an den früheren Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Herrn Dr. Manfred Richter-Reichhelm, weitergeben, der dieses Thema sozusagen gespürt hat, als die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin umgezogen sind und dabei Funde von Dateien erfolgten, mit deren Hilfe man ermitteln konnte,

was damals passiert ist. Damit hatte man Originalmaterial und geschichtliche Substanz zur Verfügung, um sich dieses Problems noch intensiver anzunehmen.

Ich darf in aller Bescheidenheit darauf hinweisen, dass wir uns nicht erst in diesem Jahrzehnt mit diesen Themen beschäftigen. Zumindest für die Zeit, die ich dabei bin, kann ich sagen, dass wir uns auf dem Karlsruher Ärztetag 1987 und auf dem Berliner Ärztetag 1989 intensiv damit beschäftigt haben.

Zu diesem Thema gibt es aus der Ärzteschaft bereits – wenn ich so sagen darf – aus dem vorigen Jahrhundert Literatur. Thomas Gerst, den Sie, Frau Ministerin, vorhin erwähnt haben, hat dazu ein Werk verfasst. Norbert Jachertz, der frühere Chefredakteur des „Deutschen Ärzteblatts“, hat ebenso wie viele andere auch dazu Arbeiten veröffentlicht.

Wir haben dieses Thema also schon etwas früher entdeckt als in diesen Tagen; mit dieser Penibilität kann es allerdings erst jetzt bearbeitet werden, nachdem wir solche wertvollen und vor allem unsere Erkenntnisse erweiternden Funde gemacht haben.

Wir stimmen völlig überein, auf diesem Weg fortzuschreiten. Wir sind Ihnen dankbar, Frau Ministerin, dass das Bundesgesundheitsministerium mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und uns diese Arbeit gern fortsetzen will. Die Forschungsarbeit von Frau Rebecca Schwoch, einer Historikerin aus Hamburg, die auf den Funden in Berlin basiert, ist noch nicht zum Abschluss gekommen.

Ich komme damit zum Thema Patientenverfügungen. Das zu besprechen hatte ich eigentlich nicht vorgesehen, weil es sich da um eine Angelegenheit des Bundesjustizministeriums handelt. Natürlich weiß ich, dass sich unsere Damen und Herren Abgeordneten, die hier sind, dieses Themas intensiv angenommen haben. Ich habe den Wortbericht des Deutschen Bundestages vom 29. März komplett durchgelesen, weil ich nicht dabei sein konnte. Ich bin wirklich beeindruckt von der Ernsthaftigkeit und auch der großen Kenntnis der Problematik, die dort zum Ausdruck gekommen ist.

Ich hoffe sehr, dass die Diskussionen, die über die verschiedenen Gesetzentwürfe stattfinden, sich fortsetzen werden und dabei auch berücksichtigt wird, dass wir als Bundesärztekammer seit dem Jahre 2004 Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung publiziert haben, die wertvolle Inhalte enthalten. Das haben uns viele, viele Wissenschaftler und Praktizierende, die in diesem Bereich arbeiten, versichert.

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer unlängst publizierten Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten – das ist ein wichtiger Punkt –, die am 27. März 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt wor-

den sind, mögen bei diesen Beratungen ebenfalls eine Rolle spielen. Wir freuen uns, dass es mittlerweile auch einen Gesetzentwurf gibt, der darauf Rücksicht nimmt, dass es – so haben Sie, Frau Ministerin, es auch gesagt – Rechtssicherheit zu diesem Thema bei jedem Einzelfall nicht geben kann. Das ist unmöglich.

Der Gesetzgeber sollte sich darauf konzentrieren, insbesondere Verfahrensvorschriften zu erlassen – das ist in Ordnung –, beispielsweise dazu, ob eine schriftliche Verfügung bzw. Vollmacht vorliegen muss oder ob eine mündliche reicht, wann das Vormundschaftsgericht anzurufen ist und dergleichen mehr. Der Gesetzgeber sollte nicht versuchen, sich in die individuellen Patient-Arzt-Beziehungen bzw. Patient-Pflegenden-Beziehung einzumischen, denn das muss schiefgehen und schafft mehr Rechtsunsicherheit als Rechtssicherheit, weil es eine Scheinsicherheit sein muss, die nicht auf den Einzelfall passen kann.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Frau Ministerin hat sich etwas zurückgehalten, was das Wettbewerbsstärkungsgesetz angeht; zumindest hat sie gesagt, sie wolle dies. Mit Verlaub, ich kann das leider nicht tun,

(Beifall)

weil wir, sehr verehrte Frau Ministerin, unter diesem Gesetz und seinen Vorgängern, dem Gesetz von 2002 und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004, zu leiden beginnen. Diese Gesetze haben unsere Erwartungen nicht erfüllt, eher unsere ärgsten Befürchtungen übertroffen.

(Beifall)

Deswegen haben auch Zehntausende von Ärztinnen und Ärzten im vergangenen Jahr demonstriert. Wir haben protestiert und sogar gestreikt, aus verschiedenen Motiven. Das hatte diese Republik bisher noch nicht erlebt.

Aber was führt dazu, dass Menschen, die ja eigentlich ihren Beruf leben, plötzlich auf die Straße gehen? Bei uns ist es das Gefühl der völligen Fremdbestimmung unseres ärztlichen Handelns.

(Beifall)

Ich glaube Ihnen Ihre guten Absichten. Aber alle wissen – die Journalisten sowieso –, dass es einen Unterschied gibt zwischen dem, was man sendet, und dem, was ankommt. Das muss nicht immer dasselbe sein. Wir empfinden es so, dass unsere Freiheit noch nie so infrage gestellt worden ist. Deswegen ha-

ben wir noch nie zuvor so für die Freiheit unseres Berufs gekämpft. Ich persönlich und, wie ich glaube, wir alle sind darauf stolz.

(Beifall)

Wir haben eine neue, alle Arztgruppen übergreifende Solidarität bewiesen. Wir sind gemeinsam aufgestanden für eine Patientenversorgung nach den ethischen Grundüberzeugungen unseres Berufs. Wir haben deutlich gemacht, dass es ohne vernünftige Arbeitsbedingungen und ausreichende Freiheitsgrade eben keine gute Medizin geben kann.

Und wir sind auch gehört worden in der Öffentlichkeit. Die Menschen haben uns verstanden, auch viele Menschen in der Politik. Aber es gab da wohl – ich möchte einmal sagen – Sachzwänge in der Großen Koalition, die einfach zu wenig Spielraum für – aus unserer Sicht – praktische Vernunft ließen.

(Beifall)

Viele Politikerinnen und Politiker der Koalition haben erkennen lassen, dass vermeintlich übergeordnete Interessen den Kompromiss notwendig gemacht haben. Aber der Preis, den Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte dafür zahlen müssen, ist hoch, für viele unserer Kolleginnen und Kollegen zu hoch.

(Beifall)

Mit diesem Gesetz ist keines der wesentlichen Probleme im Gesundheitswesen gelöst. Das, was vorher als das Wichtigste angesehen wurde, nämlich die Ordnung der Finanzen, ist nicht gelöst worden. Wir haben keine dauerhaften Finanzgrundlagen. Wir werden durch dieses GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht weitergebracht. Ich glaube, das Ziel, das hier gesetzt wurde, ist verfehlt worden.

Durch die Finanzierung des neuen Gesundheitsfonds – im Wesentlichen lohnbezogene Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern – fließt kein zusätzlicher Euro in das System. Die begrenzten Mittel werden lediglich neu verteilt. Das ist uns nicht vorausschauend genug, meine Damen und Herren. Das ist an sich doch eine gewisse Bankrotterklärung und eine Hilfsausflucht.

(Beifall)

Die künftige Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ist doch letztlich nichts anderes als ein Globalbudget, über das innerhalb der jeweiligen Regierung jedes Jahr neu verhandelt wird.

(Beifall)

Die Diskussionen in der Koalition über die Finanzierung der Bundeszuweisungen an die Krankenkassen haben schon jetzt erkennen lassen, dass die Beitragsfestsetzung vor allen Dingen von haushaltspolitischen Erwägungen bestimmt sein wird, weniger – das ist der entscheidende Punkt – von der Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung für alle.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, was bedeutet eigentlich „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“? Wird da wirklich Wettbewerb gestärkt? Wer soll mit wem konkurrieren? Wer sind die Kunden? Was ist die Ware? Ich weiß, das klingt banal, ist aber ehrlich in der Analyse. Denn ich bezweifle, dass ein patientengerechtes Gesundheitswesen nach den Gesetzen der Marktwirtschaft funktionieren kann.

(Beifall)

Ich habe den Eindruck – lassen Sie mich das in aller Deutlichkeit sagen –, dass hier die Prinzipien der reinen und nicht etwa der sozialen Marktwirtschaft eingeführt worden sind. Erst sind die Ärzte Leistungsanbieter, dann sind die Patienten Krankheitsanbieter. Dann gibt es Krankheit als Geschäftsgegenstand, dann werden die Ärzte Erfüllungsgehilfen im Medizingeschäft, und schließlich, meine Damen und Herren, haben wir eine Fließbandmedizin für den Krankheitsträger. Ist das wirklich eine Entwicklung, die wir haben wollen?

Ich sehe hinter dieser Entwicklung vor allem ein Prinzip: die Entstaatlichung der Daseinsfürsorge und Daseinsvorsorge – an sich ein Grundprinzip des deutschen Gesundheitswesens in der Nachkriegszeit – und die Verstaatlichung der Versorgungsprozeduren. Dies ist das durchgängige Prinzip der eben genannten Gesundheitsreformen der letzten Jahre.

(Beifall)

Und die Rolle von uns Ärztinnen und Ärzten ist darin klar vorgezeichnet – das wird von uns jedenfalls so empfunden –: Vollzug staatlicher Rationierung einerseits, Entindividualisierung der Patient-Arzt-Beziehung andererseits.

Die Freiberuflichkeit, meine Damen und Herren, die ärztliche Unabhängigkeit in der Therapiefindung, auf die der Patient bisher vertrauen konnte, diese Freiberuflichkeit stört offensichtlich in einem System staatlich gelenkter Gesundheitswirtschaft. Davon sprechen wir ja heute.

(Beifall)

Ärztinnen und Ärzte sollen rationieren und im Wettbewerb untereinander funktionieren. Nichts anderes bedeutet doch die Wettbewerbsstärkung für Ärzte und

Patienten. Und was heißt das ganz konkret? Was bedeutet Wettbewerb beispielsweise für den stationären Sektor?

Mit der zunehmenden Privatisierung im Kliniksektor geht leider auch eine Konzentration einher oder, wie es im Jargon der Gesundheitsökonomen heißt, eine „Marktbereinigung“ der Krankenhauslandschaft. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung hat ausgerechnet, dass etwa 10 Prozent der Krankenhäuser bis 2010 vom Markt verschwinden werden. Im Krankenhaus Rating Report 2006 des Instituts heißt es dazu lapidar:

Marktbereinigung verbessert Systemeffizienz.

Die Schließung von Krankenhäusern werde sich vor allem an betriebswirtschaftlichen Kriterien orientieren und nicht an der Versorgungssicherheit. Versorgungslücken könnten daher prinzipiell entstehen, sagen selbst die Experten des RWI.

Viele der Krankenhäuser aber stünden jetzt nicht mit dem Rücken zur Wand, wenn der Staat bei den Investitionen nicht sage und schreibe 30 Milliarden Euro eingespart hätte.

(Beifall)

Wegen der zunehmenden Ökonomisierung sind deshalb auch immer weniger Krankenhäuser bereit, Ärztinnen und Ärzte, die noch keine Facharztanerkennung besitzen, einzustellen. Angesichts des schon jetzt bestehenden Ärztemangels in bestimmten Fachgebieten, zum Beispiel in der von Ihnen, Frau Ministerin, eben auch angesprochenen hausärztlichen Versorgung, ist das eine erschreckende Aussicht mit fatalen Folgen für die Versorgung in späterer Zeit.

Als wenn das nicht schon genug wäre, legt der Staat mit dem Sonderopfer von jährlich 380 Millionen Euro noch eine Schippe drauf und sagt: Demografie hin oder her, sparen ist nicht schwer.

Aber so lustig ist die Sache dann doch nicht. Für die kleinen, besonders die kommunalen Krankenhäuser ist das kaum zu stemmen; sie können sich allenfalls als Übernahmekandidaten empfehlen. Die Wettbewerbsstärkung ist dann nur zum Vorteil der Großen in der Krankenhauslandschaft, die Kleinen bleiben auf der Strecke, die stationäre Grundversorgung wird empfindlich getroffen.

(Beifall)

Gewiss: Die Gesundheitsminister der Länder haben zwar immer wieder bekundet, ihre Zuständigkeit für die Gestaltung der Krankenhauslandschaft verteidigen zu wollen, unlängst wieder auf einer Sonderkonferenz. Allein der Blick in die Vergangenheit lässt uns doch mehr als zweifeln.

Aber was machen denn dann die Menschen in den strukturschwachen Gebieten? Die Alten und die chronisch Kranken haben doch schon jetzt Schwierigkeiten, eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu finden. Sie sind aber doch angewiesen auf eine wohnortnahe Versorgung. Diese Menschen haben dann noch längere Wege zum nächsten Krankenhaus und wegen der Konzentration auch noch längere Wartezeiten.

Wartezeiten, Personalabbau und Einschränkungen des Leistungsumfangs, meine Damen und Herren, das nennt man strukturelle Rationierung. Keiner weiß, ob es ihn trifft, und keiner weiß, wann es ihn trifft.

Das Sonderopfer war schon beim Zustandekommen der Reform nicht zu rechtfertigen, und erst recht nicht in Zeiten wachsender Konjunktur.

(Beifall)

Allein in diesem Jahr hat die öffentliche Hand 20 Milliarden Euro Mehreinnahmen zu erwarten, im nächsten Jahr sogar 40 Milliarden Euro.

Niemand von uns hat etwas dagegen, wenn damit die Schulden des Staates reduziert werden. Dann muss er aber auch seine Schulden gegenüber den Krankenhäusern begleichen und das völlig überflüssige Sonderopfer ersatzlos streichen!

(Beifall)

Auch im ambulanten Bereich hat sich die Ministerialbürokratie viel Mühe gegeben, die Verantwortung für Rationierung den Ärzten zuzuweisen. Denn der Staat möchte nicht mit den Folgen der Ressourcenbegrenzung identifiziert werden. Deshalb soll nun der Gemeinsame Bundesausschuss – wir empfinden ihn de jure zwar noch als Instrument der Selbstverwaltung, de facto aber als eine ausführende Behörde –

(Beifall)

maßgeblich über die Verteilung der knappen Mittel entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge und auch Leistungsinhalte steuern.

Welche gesundheitspolitische Blaupause liegt also diesem Gesetz zugrunde? Ich darf noch einmal die wesentlichen Punkte benennen:

- Aufbau einer Zentralverwaltungswirtschaft für die Krankenkassen
- Marktbereinigung des Kliniksektors mit implizierter Rationierung

- Errichtung einer unterstaatlichen Rationierungsbehörde im ambulanten und im stationären Bereich
- Zerstörung der ärztlichen Freiberuflichkeit.

Das GKV-WSG, davon bin ich fest überzeugt, ist das Sprungbrett in die Bürgerversicherung. Wie anders sollte man die GKVisierung der PKV und die PKVisierung der GKV verstehen? Zunächst werden die Strukturen angeglichen – die einen bekommen Elemente der PKV-Wahltarife und die anderen Elemente der GKV, genannt Basistarif mit Kontrahierungszwang usw. –, und so heben sich sukzessive die Unterschiede auf. Sie verkrallen sich irgendwie und sind dann eines Tages ineinander übergegangen. Das kann man politisch beschleunigen. Katalysatoren dafür wären etwa weitere Gesetze.

Ich will Ihnen sagen, worauf das zielt: auf eine Einheitsversicherung mit Einheitsbeitrag und Einheitsmedizin. Aber das wollen wir nicht, und ich glaube ganz fest: Das wollen auch unsere Bürgerinnen und Bürger nicht.

(Lebhafter Beifall)

Die Medizin befindet sich unzweifelhaft in einem Konflikt zu dieser verstärkten Wirtschaftlichkeit, zur, wie wir es nennen, Durchökonomisierung, und die heimliche Rationierung ist eben das taktische Werkzeug. Das müssen wir aufdecken.

Es geht um die Frage, wie trotzdem gute Medizin dauerhaft für die Bevölkerung gesichert werden kann, trotz demografischer Entwicklung, trotz Finanzmisere der gesetzlichen Krankenversicherung und trotz fortwährend versuchter Standardisierung ärztlicher Behandlungen.

Wie viel Individualität in der Behandlung wird angesichts der Industrialisierungstendenzen noch möglich sein? Die Antwort auf diese Frage wird maßgeblich davon abhängen, wie sehr wir Ärztinnen und Ärzte unseren Beruf auch in Zukunft noch unabhängig und selbstbestimmt ausüben können.

Aber gute Medizin setzt besonders Vertrauen voraus. Der Patient und die Patientin erwarten zu Recht von ihren Ärztinnen und Ärzten eine individuelle Behandlung entsprechend den Möglichkeiten der modernen Medizin. Allerdings kann dieser Anspruch zunehmend nicht mehr erfüllt werden. Es klafft eine Lücke zwischen dem, was möglich ist, und dem, was geschieht.

Der ärztliche Alltag wird bestimmt durch schlechte Arbeitsbedingungen, knappe Zeit- und Finanzressourcen sowie durch eine überbordende Bürokratie. Daran hat sich nichts geändert.

(Beifall)

Das war schon 1996 Thema im Kölner Gürzenich, als das SGB V durch die Streichung von Texten halbiert werden sollte. Anschließend war es anderthalbmal so dick. Staatlich vorgegebener Dokumentationszwang bindet Zeit, die für die Patientenbehandlung verloren geht. Da stimme ich mit Theo Windhorst überein.

Da wird von der Politik immer wieder ein Mehr an sprechender Medizin gefordert, auch heute noch, doch dann wird der ärztliche Nachwuchs – ich weiß das aus eigener Erfahrung und aus der Familie – für die Fütterung der Bürokraten missbraucht.

(Lebhafter Beifall)

Die ärztliche Versorgung wird immer mehr durch planerische Vorgaben für die Patientenbetreuung gesteuert, sei es durch Disease-Management-Programme oder DRGs oder jüngst auch durch Industrialisierungstendenzen im Kliniksektor.

So, meine Damen und Herren, können wir die jungen Kolleginnen und Kollegen nicht für die Patientenversorgung in Deutschland gewinnen.

Ich darf hierzu einen Ihnen nicht unbekannten Krankenhausmanager einer großen Klinikkette zitieren:

> *Jeder Krankenhausbetreiber sollte permanent bemüht sein, das ärztliche Personal in der Art und Weise einzubinden, dass nachhaltiges Unternehmenswachstum sichergestellt wird.*

Ein derart eingebundener Arzt aber kann nicht mehr frei sein. Er soll es wohl auch gar nicht. An anderer Stelle seiner Rede bringt der Klinikmanager es dann vollends auf den Punkt. Ich darf noch einmal zitieren:

> *Die derzeitige Leistungserbringung entlang der Wertschöpfungskette am Patienten im Krankenhaus folgt zudem weniger einer industriellen Fertigungslogik, sondern ist durch ein tradiertes, eher handwerkliches Arztverständnis geprägt.*

So klassifiziert er uns.

Der Herr Manager hat für diesen von ihm beklagten vermeintlichen Missstand gleich eine Lösung parat. Die bisherige fachgebietsbezogene Spezialisierung soll zukünftig durch eine funktionsorientierte Spezialisierung erweitert werden. Ich zitiere noch einmal:

Aus ökonomischer Sicht sind die Ärzte dort einzusetzen …, wo sie die größte Wertschöpfung erbringen.

Dann stellt der Herr Manager in seinem Fazit schließlich fest:

Mit der neuen ärztlichen Arbeitsteilung geht die Krankenversorgung denselben Weg der Industrialisierung wie die Automobilindustrie vor hundert Jahren.

Das ist also das neue Berufsbild vom Funktionsarzt an der Wertschöpfungskette Patient.

Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, bevor das passiert, werden wir von Freiberuflern zu Freiheitskämpfern!

(Anhaltender lebhafter Beifall)

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Art von vollständiger Kontrolle ärztlichen Handelns ist das ökonomische Spiegelbild dessen, was wir im politischen Raum schon vor Jahren als Misstrauenskultur erlebt haben.

(Beifall)

Die Individualität der Patient-Arzt-Beziehung aber entzieht sich sui generis staatlicher Kontrolle und wirtschaftlicher Planung.

Dabei muss es bleiben, und daran darf auch der neuerliche Versuch eines Lauschangriffs nichts ändern.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, Vertrauen bedingt Vertraulichkeit. Jede Patientin und jeder Patient müssen ihrer Ärztin und ihrem Arzt rückhaltlos offenbaren können, welches die eigenen Beschwerden sind. Der Patient muss ohne jeden Vorbehalt darauf vertrauen können, dass das, was er dem Arzt mitteilt, unter die ärztliche Schweigepflicht fällt und geheim bleibt. Das Patientengeheimnis ist eines der wichtigsten Rechte von Patientinnen und Patienten überhaupt.

(Beifall)

Durch den Gesetzentwurf zur Neuregelung der Telekommunikationsüberwachung – nicht aus dem Hause GMG, Ulla Schmidt – und die geplante Vorratsspeicherung wird das höchstpersönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aber grundsätzlich infrage gestellt.

Die Politik suggeriert hier, dies diene allein der Abwehr oder der Ermittlung von Terrorismus und anderer Straftaten. Doch das ist eine gewisse, wenn nicht so-

gar grobe Irreführung der Öffentlichkeit. Die Pläne der Regierung erfassen auch Vergehen zum Beispiel gegen das Betäubungsmittelgesetz. Ärztinnen und Ärzte, die schwerpunktmäßig Drogensüchtige behandeln, geraten allein durch Telefonkontakte zu ihren Patientinnen und Patienten rasch in den Verdacht, an Straftaten beteiligt zu sein.

Telefonkontakte von Geistlichen, Abgeordneten und Strafverteidigern bleiben unangetastet. Nicht mehr und nicht weniger verlangen auch wir.

(Beifall)

Patienten müssen mindestens die gleichen Rechte haben wie Mandanten, wenn es um den Schutz ihrer Privatsphäre geht. Deshalb fordern wir mit allem Nachdruck, den Lauschangriff auf uns Ärzte zu unterlassen!

Die Wahrung der Vertraulichkeit muss höchste Priorität haben. Das gilt gleichermaßen auch für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Die technischen Lösungen müssen so gestaltet sein, dass die Patient-Arzt-Beziehung unabhängig von der Gesetzeslage uneingeschränkten Schutz genießt und die Daten vertraulich bleiben. Der Zugriff durch Unbefugte auf die hochsensiblen Patientendaten muss auch in Zukunft kategorisch ausgeschlossen bleiben, sonst droht auch hier eine Art permanenter Lauschangriff.

Bei der derzeitigen Ausrichtung des Projekts elektronische Gesundheitskarte scheinen lediglich administrative Prozesse wie E-Rezept oder die Vereinfachung von Verwaltungsvorgängen bei den Krankenkassen bedient zu werden. Der Nutzen für Patienten und Ärzte ist offenbar zunächst einmal nachrangig. Auch die Ergebnisse der ersten Tests zeigen, dass der Einsatz im Regelbetrieb zu erheblichen Störungen der Patientenversorgung führt.

Verstehen Sie mich bitte recht: Wir sind für eine grundlegende Modernisierung der Kommunikation im Gesundheitswesen. Wir sehen durchaus die großen Chancen der Telematik, aber wir müssen auch ehrlich die Risiken aufzeigen und gegebenenfalls Konsequenzen ziehen.

Und dann muss auch unmissverständlich klar sein, dass wir nicht Zahlmeister der Telematik sind, während die anderen davon profitieren.

(Beifall)

Das, meine Damen und Herren, lehnen wir definitiv ab.

Ich bin Franz Bartmann, dem Präsidenten der Schleswig-Holsteinischen Ärztekammer und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, der den Telematik-Ausschuss der Bundesärztekammer betreut, sehr dankbar, dass er dieses hochkomplexe Thema für uns derart engagiert und kompetent bearbeitet und

uns mit viel Gespür für die Widrigkeiten technischer, aber auch finanzieller Überforderung durch dieses Minenfeld geleitet.

(Beifall)

Ich bin sicher, dass wir uns auf dem Ärztetag eingehend mit dem Thema Telematik befassen werden. Wir müssen und wir werden für alle unmissverständlich aufzeigen, unter welchen Bedingungen die deutsche Ärzteschaft bereit ist, das Projekt elektronische Gesundheitskarte mitzutragen.

Meine Damen und Herren, ein weiteres, von Vertrauen in uns Ärztinnen und Ärzte geprägtes Thema ist die von Ihnen, Frau Bundesministerin, schon angesprochene Organspende. Auf diesem Ärztetag wollen wir – zehn Jahre nach Verabschiedung des Transplantationsgesetzes – eingehend die Zukunft der Transplantationsmedizin in Deutschland diskutieren. Zwar haben wir eine breite Zustimmung zur Organspende in unserer Gesellschaft, gleichwohl haben wir einen großen Mangel an Spenderorganen; das wissen wir. 12 000 Patienten warten auf ein Organ, hoffen auf ein neues Leben. Doch jeden Tag versterben drei Menschen auf der Warteliste.

Der Nationale Ethikrat hat nun für ganz Deutschland eine Art Widerspruchslösung bei der Organspende gefordert. Dieser Vorschlag wird auch von vielen Transplantationsmedizinern unterstützt. Wir werden in den nächsten Tagen offen und ehrlich darüber diskutieren und auch die Möglichkeiten der Lebendspende eingehend erörtern.

Frau Bundesministerin, Sie haben sich in der Frage Zustimmungslösung oder Widerspruchslösung bekannt. Da sind wir unterschiedlicher Meinung. Ich denke, wir sollten doch so viel Aufforderung an unsere Mitmenschen in Deutschland richten, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Sie müssen sich natürlich nicht zwingend mit ihrem Tod auseinandersetzen. Aber wenn sie es hinsichtlich der Patientenverfügung tun sollen, warum dann nicht auch bei der Frage einer eventuellen Organspende?

(Beifall)

Wenn wir das richtig und intensiv tun und dafür sorgen, dass jeder dieses Thema einigermaßen durchschauen könnende Mensch weiß, was geschieht, fließen meines Erachtens Widerspruchslösungen und Zustimmungslösungen ineinander, dann gibt es keine richtige Trennung mehr. Dann werden sie vielleicht alle bereit sein, entweder durch eine entsprechende Äußerung oder durch einen Organspendeausweis, wie ich ihn nicht nur seit heute, sondern seit einigen Jahren habe, zu bekunden, dass sie bereit sind, Organe zu spenden und Nächstenliebe zu üben.

Insofern glaube ich, dass dieser Weg der richtige Weg ist, denn dann wird Vertrauen das wesentliche Prinzip sein, über das wir die Bevölkerung immer wieder erreichen müssen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir müssen natürlich auch darüber nachdenken, wie wir strukturelle Defizite im stationären Bereich beseitigen können, etwa durch die verbindliche Einführung von Transplantationsbeauftragten an allen Krankenhäusern; denn dem stressgeplagten Arzt in einer entsprechenden Situation auch noch lange Gespräche mit den Angehörigen abzuverlangen, wenn vielleicht der nächste Patient ihn schon nötig braucht, ist in vielen, vielen Fällen eine Überforderung.

(Beifall)

Wenn aber ein Transplantationsbeauftragter, der dieses Thema beherrscht und entsprechend geschult ist, in aller Ruhe mit den Angehörigen über dieses Thema reden kann, nachdem sie zuvor von den Ärztinnen und Ärzten sanft auf dieses Thema hingewiesen worden sind, glaube ich, dass wir bei allen Krankenhäusern, nicht nur den Transplantationszentren, mehr Erfolg haben können. Diesen Weg wollen wir auch in Nordrhein-Westfalen beschreiten, weil wir uns ein bisschen schämen, dass wir in dieser Beziehung am Schluss der Tabelle stehen, was die Spendebereitschaft angeht.

Vor allem aber werden wir viel mehr Information und Aufklärung der Bevölkerung über die Chancen der Organspende einfordern müssen; denn nach wie vor haben nur 12 Prozent der Menschen in unserem Lande einen Organspendeausweis.

Wenig hilfreich war die im ursprünglichen Regierungsentwurf zum Gewebegesetz angelegte Kommerzialisierung der Gewebemedizin. Sie, Frau Bundesministerin, haben uns gerade Mut und Hoffnung gemacht. Weil nicht alle genau wissen, was zuvor vorgesehen war und was wir wegbekommen müssen, möchte ich darstellen, was im ursprünglichen Regierungsentwurf stand, und mich dann dafür bedanken, wie weit wir doch schon nach vorne gekommen sind.

Das Vorhaben der Kommerzialisierung der Gewebemedizin hat uns schlichtweg entsetzt. Denn nach dem Entwurf zur Umsetzung der EU-Geweberichtlinie – die Frau Bundeskanzlerin hat ja in ihrer Regierungserklärung versprochen, dass alle EU-Richtlinien eins zu eins umgesetzt werden sollen – sollen menschliche Zellen und Gewebe dem Arzneimittelrecht unterstellt werden, um damit – ganz im Sinne des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs – gewinnträchtig Handel treiben zu können. Alle Gewebearten sollen danach gleichermaßen den arzneimittelrechtlichen Anforderungen einer Herstellungs- und Zulassungserlaubnis unterworfen werden. Das war die Absicht. Ich weiß nicht, ob dies in allen Einzelheiten schon nicht mehr der Fall ist.

Aufgrund der undifferenzierten Verwendung des Begriffs „Keimzellen“ würden sogar befruchtete Eizellen im Vorkernstadium dem Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes unterstellt. Nach dieser Rechtsdefinition, meine Damen und Herren, wären wir alle hier – ich kann mir nicht verkneifen, das zu sagen – gleichermaßen Arzneimittel wie Arzneimittelhersteller.

(Heiterkeit)

Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt, aber das geht zu weit.

(Beifall)

In einem Zwischenentwurf habe ich gelesen, dass Keimzellen von dieser Idee ausgenommen worden sind. Das ist mir viel zu wenig. Das darf überhaupt kein Thema sein. Wer darüber diskutiert, ob es ein Thema ist oder nicht, macht meines Erachtens schon einen Sprung zu viel, zu weit und zu hoch. Er macht einen Fehler.

Das Problem, das sich aus der formalen Gleichsetzung menschlicher Gewebe mit Arzneimitteln ergibt, ist in der Tat gravierend. Kliniken, die Gewebe zu Transplantationszwecken – wie beispielsweise Herzklappen, Knochenmarkzellen oder Augenhornhäute – entnehmen, konservieren und zur Transplantation abgeben, werden durch die arzneimittelrechtliche Ausrichtung des Gesetzentwurfs zu pharmazeutischen Unternehmen oder externen Betriebsstätten. Ich weiß, was das ist. Ich habe das bis zum 31. Oktober letzten Jahres auch gemacht, und zwar in der Transfusionsmedizin. In der Folge dessen müssten sie unter anderem Herstellungserlaubnisse erwerben, Zulassungsverfahren bestehen und sich gegen verschuldensunabhängige Haftungsfälle mit einer Schadenshöhe bis zu 120 Millionen Euro versichern. Viele Gewebebanken wären in ihrer Existenz gefährdet – und damit auch die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten.

Die Organtransplantation in Deutschland ist akzeptiert, weil sie auf zwei klaren Prinzipien gründet: auf dem Altruismus und auf der Verteilung der Organe nach den medizinischen Kriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht. Stellt man diesem Bereich der Medizin eine gewerblich organisierte Gewebemedizin gegenüber, ist auch die Organtransplantation in Gefahr. Im schlimmsten Fall streiten dann die Beteiligten darüber, ob das Herz eines Spenders nach altruistischen Prinzipien einem Empfänger als ganzes Organ transplantiert wird oder aber ob die Herzklappen als kommerzialisierbares Gewebe entnommen werden.

Das muss weg. Wenn das geschehen sein sollte, sind wir sehr beruhigt. Wir werden das natürlich sehr intensiv verfolgen.

Wir sind dabei, eventuell Vertrauen zu zerstören. Dieses Vertrauen muss aber gerettet werden. Wir sind deshalb dankbar für das, was Sie, Frau Bundesminis-

terin, gesagt haben, aber auch dafür, dass die Union bereits begonnen hat, über Änderungsanträge diese Kommerzialisierung zu begrenzen. Das Beste wäre, das Gewebespendegesetz nach denselben Prinzipien zu regeln wie die Organspende. Organspende setzt Nächstenliebe voraus und ist Ausdruck von besonderer sozialer Verantwortung – ein Gut, meine Damen und Herren, das in unserer Gesellschaft brüchig geworden ist und an dieser Stelle besonders eklatant wird.

Ich bin wahrlich kein Globalisierungsgegner und schmeiße auch nicht mit Steinen, wenn mir etwas nicht passt. Demokratie setzt selbstverständlich voraus, dass man Mehrheitsentscheidungen akzeptiert, aber die Diskussionskultur dahin ist manchmal doch schon fraglich. Und es stimmt mich natürlich traurig, wenn wir mehr über Wettbewerb als über wirkliche Solidarität reden.

Wir sind uns doch sicher darüber einig, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen: Der Charakter einer Gesellschaft zeigt sich vor allem im Umgang mit den Schwachen, den Alten, den Kranken und den Kindern. Vordergründig haben wir, was die Gesundheit der Kinder in unserem Land angeht, keinen Grund zur Klage. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten und die wirksame Behandlung verbreiteter Infektionskrankheiten sind wichtige Indikatoren für eine gute Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Dennoch gibt es ernsthafte Gesundheitsprobleme, denen bestimmte Gruppen von Kindern und Jugendlichen ausgesetzt sind. Etwa 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren haben psychische Probleme wie Störungen des Sozialverhaltens, Ängste, Depressionen und Wahrnehmungsstörungen.

Insbesondere Armut birgt für Kinder ein hohes Risiko, psychisch zu erkranken. Jedes zehnte Kind wächst in relativer Armut auf. Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien zeigen häufiger Sprachstörungen, Entwicklungsrückstände und psychische Auffälligkeiten. Dabei ist das Risiko einer Depression oder Verhaltensstörung bei vernachlässigten oder misshandelten Kindern besonders hoch. Aber längst nicht alle dieser Kinder befinden sich in entsprechender Behandlung.

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts liefert erstmals für Deutschland eine systematische und repräsentative Berichterstattung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Wir werden die gesellschaftliche Dimension dieser Ergebnisse hier auf dem Ärztetag diskutieren und Möglichkeiten der Prävention aufzeigen.

Ärzte erkennen Vernachlässigungen, wenn sie denn die Kinder überhaupt sehen. Wir bieten dazu sogar eine spezielle Fortbildung an. Nur sind die Eltern nicht verpflichtet, ihre Kinder zur Vorsorgeuntersuchung zu bringen.

Aber, meine Damen und Herren, wenn es uns wirklich ernst ist um die Gesundheit dieser Kinder, dann brauchen wir effiziente Frühwarnsysteme, dann brauchen wir endlich verpflichtende ärztliche Vorsorgeuntersuchungen an Kindergärten und Schulen, im Rahmen der Verfassung. Wir dürfen die Kinder nicht länger allein lassen, wir müssen uns um sie kümmern, sowohl medizinisch als auch gesellschaftlich.

Ich weiß auch nicht, warum es so schwer sein soll, einen Gesundheitsunterricht an Schulen einzuführen, wenn es denn wirklich stimmt, dass die Kinder unsere Zukunft sind. Wir Ärzte sind dazu bereit und haben in Nordrhein-Westfalen schon vor über zehn Jahren gemeinsam mit den Krankenkassen das Projekt „Gesund macht Schule“ realisiert. Da gehen Ärztinnen und Ärzte in die Schulen und informieren die Kinder über vernünftige Ernährung und ausreichende Bewegung.

Es geht, meine Damen und Herren, wenn man nur will.

Das Gleiche gilt auch für den Jugendschutz. Es gibt keinen wirklichen Grund, dass der Staat Werbung für Alkohol und Zigaretten zulässt, die sich ausdrücklich an junge Menschen richtet.

(Beifall)

Gesundheitspolitik, meine Damen und Herren, das zeigen auch diese Themen, ist etwas anderes und mehr als Beitragssicherungspolitik mit Kostendämpfung und Leistungskontrolle. Gesundheitspolitik braucht eben den gesamtgesellschaftlichen Ansatz.

(Beifall)

Unsere Gesellschaft entwickelt sich zu einer Gesellschaft des langen Lebens, und das wollen wir ja auch so. Die Zahl der multimorbiden Menschen steigt, die Zahl der dauerbehandlungsbedürftigen Menschen steigt, die Zahl der chronisch Kranken steigt. Alle diese Menschen wollen Leistungen nach den Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts. Darf man dann diesen Wunsch nach guter Medizin als Kostenexplosion diffamieren?

Unsere Wirtschaft ist zum dritten Mal in Folge Exportweltmeister. Die Beitragszahlungen der Arbeitgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung machen nur 4,5 Prozent der Gesamtarbeitskosten aus. Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist in den vergangenen zehn Jahren mit circa 6,5 Prozent nahezu konstant geblieben. Und trotzdem wird da wie wild von zu hohen Lohnnebenkosten und einer Gefährdung für den Wirtschaftsstandort Deutschland gefaselt.

Ist den Wirtschaftsinstituten überhaupt schon einmal aufgefallen, dass die jetzige Konjunkturerholung ohne eine Beitragssatzsenkung erfolgt?

(Beifall)

Meine Damen und Herren, die eigentlichen Probleme haben sich doch ergeben aus dem langjährigen Rückgang der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und aus dem milliardenschweren Missbrauch der GKV zugunsten anderer Sozialversicherungsträger.

(Beifall)

Diese Strukturprobleme in der Finanzierung sind nach wie vor nicht gelöst, trotz GKV-WSG und trotz konjunkturellen Aufschwungs.

Deshalb hatten wir vorgeschlagen, die gesetzliche Krankenversicherung zu stabilisieren und auf ihre originären Aufgaben zurückzuführen. Es darf nicht weiter so sein, dass die Politik selbst durch versicherungsfremde Leistungen und durch die sogenannte Verschiebebahnhofpolitik die gesetzliche Krankenversicherung jährlich in zweistelliger Milliardenhöhe belastet.

Schon allein die vollständige Finanzierung der bisherigen beitragsfreien Kindermitversicherung aus Steuermitteln – eine zweifellos gesamtgesellschaftliche Aufgabe – könnte zu einer Entlastung der GKV von 10 Milliarden Euro führen. Zugleich sollte die stetig steigende Quersubventionierung der Krankenversicherung der Rentner durch die GKV sukzessive reduziert werden, und zwar durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor und den Aufbau von Alterungsrückstellungen.

Ich kann hier nur einige wenige unserer Vorschläge skizzieren; alles andere würde zu weit führen. Aber eine Prämisse muss klar sein: Die Solidarität innerhalb der GKV kann zukünftig nur noch an der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten bemessen werden.

Es gibt also durchaus Möglichkeiten, das bisherige System der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen.

Auf dem Deutschen Ärztetag hier in Münster werden wir unsere Vorstellungen zu einem gesundheitspolitischen Programm andiskutieren und Reformoptionen für ein wettbewerbsfähiges, gegliedertes Krankenversicherungssystem aufzeigen. Denn der Weg in die Einheitsversicherung, meine Damen und Herren, ist nicht zwangsläufig und darf auf gar keinen Fall ein Selbstläufer werden!

(Beifall)

Wir brauchen kein politisches Korsett für Konfektionsmedizin, sondern endlich Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung, unter denen eine gute Versorgung kranker Menschen absolute Priorität hat.

Wir Ärztinnen und Ärzte haben im letzten Jahr deutlich gemacht, dass wir nicht länger bereit sind, die Unterfinanzierung in der GKV durch unbezahlte Arbeit zu kompensieren. Deshalb fordern wir die Regierung nochmals auf, ihr Versprechen zu halten und die Budgets in der ärztlichen Versorgung endlich wirklich abzuschaffen und nicht nur einem neuen Namen zuzuführen.

(Beifall)

Wir können einfach nicht weiter unter Dauerbudgetierung und verschärftem Preiswettbewerb hoch qualitative Medizin erbringen.

Die gleichen Probleme ergeben sich bei der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte. Die völlig veraltete GOÄ nach § 11 Bundesärzteordnung bringt uns mit ihren widersprüchlichen Regelungen sowie ihrem unausgewogenen Vergütungsgefüge immer häufiger in Abrechnungskonflikte und Rechtsstreitigkeiten. Dabei hat die GOÄ als staatliche Gebührenordnung eigentlich eine ordnungspolitische Funktion. Sie soll den Patienten vor unangemessenen Entgeltforderungen schützen und uns Ärztinnen und Ärzten als amtliche Gebührentaxe dienen. Doch eine solche modernisierte Gebührenordnung ist seit Jahren überfällig.

(Beifall)

Wir möchten auch nicht gerne so lange warten, bis die im SGB V unter dem Namen „Gebührenordnung“ rubrizierende Vergütungsordnung, wie sie eigentlich heißen müsste, plötzlich eine solche Bedeutung bekommt, dass sie automatisch in die amtliche Gebührenordnung übergeht oder letztere gar gestrichen wird.

(Beifall)

Wir Ärztinnen und Ärzte brauchen endlich Transparenz, Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit.

Gemeinsam mit den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben wir klare Konzepte erarbeitet und vorgelegt, wie die GOÄ modernisiert werden kann.

Nutzen Sie doch endlich den ärztlichen Sachverstand, fragen Sie die Beteiligten und Betroffenen im Gesundheitswesen. Die werden Ihnen sagen, wo die wirklichen Probleme liegen und welche Lösungen die Patientinnen und Patienten brauchen.

Wir bieten Ihnen diese Zusammenarbeit an, meine Damen und Herren Abgeordneten des Deutschen Bundestages. Deshalb schlage ich Ihnen vor, einen – wie das früher einmal der Fall war – Bundesgesundheitsrat einzurichten, der im vorpolitischen Raum sachgerecht und transparent Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereitet. Hier könnten gesundheitspolitische und wirklich patientenorientierte Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, gesundheitswissenschaftlichen und auch sozialen Kriterien entwickelt und dann mit allen Betroffenen diskutiert werden. Das würde auch die Akzeptanz der anschließenden Gesetzgebung deutlich erhöhen.

(Beifall)

Das aber setzt natürlich voraus, dass man ehrlich miteinander umgeht und fair bleibt im Umgang. Dem diametral entgegengesetzt aber ist die alljährliche Stimmungsmache, diese fast schon konzertierte Aktion kollektiver Verunglimpfungen im Vorfeld des Deutschen Ärztetages. Aufgeboten wurde diesmal alles, von „Habgier“ bis „Halbgott ohne Herz“, vom „Korruptionsbericht“ bis hin zum „Ärztehasserbuch“. Wir hatten vor zwei Jahren ein „Lehrerhasserbuch“. Dieses wurde von einer Mutter geschrieben, während das „Ärztehasserbuch“ von einem Arzt geschrieben wurde, was besondere Schlüsse zulässt.

Sicher, der Zeitpunkt für diesen billigen Effekt war gut gewählt, aber die Folgen sind nachhaltig. Für viele Ärztinnen und Ärzte ist es völlig demotivierend, zu sehen, wie ihr ganzer Berufsstand in den Schmutz gezogen wird. Unsere Kolleginnen und Kollegen leisten das Jahr über Millionen unbezahlter Überstunden und unentgeltliche Arbeit in Klinik und Praxis, um die Versorgung der Patienten auch da noch aufrechterhalten zu können, wo sie längst nicht mehr bezahlt wird, von der bezahlten Versorgung einmal ganz abgesehen.

(Beifall)

Und dann wieder diese billige Polemik, diese ätzende Kollektivdemontage. Das ist unerträglich, meine Damen und Herren. Das muss aufhören!

(Beifall)

Wir werden uns dadurch aber überhaupt nicht einschüchtern lassen. Im Gegenteil, wir werden jetzt erst recht die Patientinnen und Patienten über die Probleme im Gesundheitswesen aufklären.

(Beifall)

Wir werden ihnen die Defizite benennen und auch die Öffentlichkeit mit einbeziehen und Öffentlichkeit schaffen.

Mit Herrn Dr. Köhler und den Kollegen von den Ärzteverbänden habe ich bereits besprochen, dass wir gemeinsam – Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und ärztliche Berufsverbände – eine dauerhafte und strukturierte Aufklärung der Patientinnen und Patienten und der Versicherten anstreben.

(Beifall)

Wir wollen unabhängig und eigenständig informieren. Dabei geht es nicht mehr um Demonstrationen und Streiks, sondern um eine medial moderne Direktinformation. Wir wollen den Kolleginnen und Kollegen vor Ort ganz konkret und in Kontinuität, das heißt Quartal für Quartal, die gesundheitspolitischen Themen aufbereiten, die sie zur Aufklärung ihrer Patienten brauchen.

(Beifall)

Mit diesem bereits begonnenen Projekt, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, werden wir gleich nach diesem Ärztetag intensiv weitermachen. Zum mündigen Patienten gehört eben auch, dass er umfassend über die Versorgungsrealität in Deutschland informiert ist. Natürlich wird kein Patient in Deutschland in den Wartezimmern etwas sehen und hören müssen, was er nicht sehen oder hören will. Aber wir werden und wir müssen informieren, denn die Patientinnen und Patienten sollen nie wieder sagen müssen: Das haben wir nicht gewusst. Und die Damen und Herren Politiker sollen nie wieder sagen dürfen: Wir wussten nicht wirklich um die Folgen unserer Reform.

Vielen Dank, meine Damen und Herren.

(Die Anwesenden erheben sich – Anhaltender lebhafter Beifall)

Meine Damen und Herren, damit ist der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster eröffnet. Ich danke Ihnen.

Ich bitte jetzt noch einmal die Musiker, zum Singen der Nationalhymne auf die Bühne zu kommen, und bitte Sie alle, sich von Ihren Plätzen zu erheben.

Im Anschluss sind alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Eröffnungsveranstaltung zum Empfang der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Stadt Münster in das Südfoyer herzlich eingeladen.

(Die Anwesenden singen die Nationalhymne)

Arbeitstagungen des Plenums

1. Tag: Dienstag, 15. Mai 2007
Nur Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Nach unserer Eröffnungsveranstaltung treten wir jetzt in die Verhandlungen ein. Bevor wir mit Tagesordnungspunkt I beginnen, möchte ich zunächst den Ehrenpräsidenten dieses 110. Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. med. Ingo Flenker, herzlich willkommen heißen.

(Beifall)

Ferner heiße ich den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar, herzlich willkommen.

(Beifall)

Ich begrüße das Ehrenmitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, Herrn Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Hans Joachim Sewering, der uns, obwohl er – ich glaube, er findet es nicht despektierlich, wenn ich das hinzufüge – 91 Jahre alt ist, die Ehre seiner Anwesenheit gibt. Herzlich willkommen, Herr Professor Sewering.

(Beifall)

Ich heiße herzlich willkommen den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Dr. Köhler,

(Beifall)

und das Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herrn Kollegen Ulrich Weigeldt. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, wir haben zahlreiche Ehrengäste aus dem In- und Ausland. An erster Stelle nenne ich Herrn Dr. William Plested, den Präsidenten der American Medical Association, der uns anschließend noch eine kleine Grußbotschaft übermitteln wird. Herzlich willkommen, Herr Dr. Plested!

(Beifall)

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

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Dr. Jan Adamus, Mitglied des Komitees für internationale Kooperation der Ärztekammer Polen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ferner begrüße ich Herrn Professor Igor Korol, den Vorsitzenden der internationalen Abteilung der Ärzteorganisation Weißrussland. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Professor Péter Sótonyi, den ehemaligen Präsidenten des Verbands der Ungarischen Medizingesellschaften (MOTESZ). Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Dr. Béla Szalma, den Hauptgeschäftsführer des Verbands der Ungarischen Medizingesellschaften (MOTESZ). Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Dr. Gheorge Borcean, Vizepräsident der Ärztekammer Rumänien. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ferner begrüße ich Herrn Dr. Gérard Lagarde, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Frankreich. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus der Schweiz begrüße ich Herrn Dr. Max Giger, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Aus Südtirol begrüße ich den Präsidenten der Ärzte- und Zahnärztekammer Bozen, Herrn Dr. Andreas von Lutterotti. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Professor Ilija Dzonov, den Vorsitzenden des Ausschusses für Berufsanerkennung der Ärztekammer Mazedonien. Ebenfalls herzlich willkommen!

(Beifall)

Unter uns ist Herr Dr. Gerald Rockenschaub. Er ist Regional Adviser der WHO und arbeitet in Kopenhagen. Herzlich willkommen!

(Beifall)

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

(Beifall)

Ich begrüße Herrn Dr. David-Anatol Resnikov, Arzt für Pneumologie und Kontaktperson zu den Mitgliedern der russischen Delegation. Er verhilft uns immer wieder einmal zu Kontakten mit russischen Kolleginnen und Kollegen, die mehr oder weniger erfolgreich und nachhaltig sind. Aber wir geben nicht auf. Herzlich willkommen, Herr Dr. Resnikov!

(Beifall)

Schließlich begrüße ich die Geschäftsführerin des privatärztlichen russischen Verbands, Frau Olga Goncharova. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Nun darf ich Herrn Dr. Plested um sein Grußwort bitten.

Dr. Plested (in der Übersetzung): Ich freue mich über die Gelegenheit, Ihnen die Grüße der American Medical Association überbringen zu können. Ich bin der 161. Präsident dieser Organisation, aber der erste, der die Ehre hat, an dieser Versammlung teilzunehmen.

Ich überbringe ein Geschenk der Kolleginnen und Kollegen der American Medical Association an Herrn Professor Hoppe in Anerkennung seiner großartigen Arbeit für Ärztinnen und Ärzte nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Welt; denn die Probleme, mit denen wir konfrontiert sind, sind für alle gleich.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank.

Bisher eingetroffene Grußadressen haben wir Ihnen umgedruckt und verzichten insofern auf eine gesonderte Verlesung. Mit weiteren eintreffenden Grüßen wird ebenso verfahren. Das hat den Vorteil, dass Sie die Grüße, wenn Sie möchten, immer wieder lesen können und nicht nur dann zur Kenntnis nehmen, wenn ich sie verlese.

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

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Meinerseits wie in jedem Jahr einige organisatorische Bemerkungen.

Die Einladung zu diesem 110. Deutschen Ärztetag ist den Delegierten am 27. März 2007 satzungsgemäß inklusive der Tagesordnung und des Berichts über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2005/2006 und des Haushaltsvoranschlags für das Geschäftsjahr 2007/2008 zugesandt worden. Am 10. April 2007 wurde ebenfalls satzungsgemäß der Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer versandt.

Gestatten Sie mir, dass ich mich an dieser Stelle ganz herzlich beim Deutschen Ärzte-Verlag dafür bedanke, dass die Fertigstellung des Tätigkeitsberichts rechtzeitig erfolgte.

Gemäß § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer beträgt die Zahl der Delegierten 250. Ich kann hier feststellen, dass mehr als die Hälfte der Delegierten anwesend ist. Damit ist der 110. Deutsche Ärztetag beschlussfähig.

Sie finden in Ihren Tagungsunterlagen die Liste der Delegierten mit aktuellem Stand. In diesen Unterlagen finden Sie weitere organisatorische Hinweise, die ich hier jetzt nicht im Einzelnen vortragen muss. Dort finden Sie auch die Formulare zur Antragstellung und zur Wortmeldung.

Ich möchte daran erinnern, dass der 109. Deutsche Ärztetag beschlossen hat, die Exemplare der Anträge, die bereits fertiggestellt sind, auszulegen, auch wenn sie spätere Tagesordnungspunkte betreffen. Wir haben entsprechende Ablagetische für Sie aufgestellt. Alle Anträge werden Ihnen aber auch wie gewohnt bei den entsprechenden Tagesordnungspunkten verteilt.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag behandelt zehn Tagesordnungspunkte. Ich muss darauf hinweisen, dass alle Anträge allgemeinen und speziellen Inhalts, die nicht zu einem konkreten Tagesordnungspunkt gehören, unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ einzureichen sind, nicht unter Tagesordnungspunkt I, um die gesundheitspolitische Botschaft, die aus der Behandlung des Tagesordnungspunkts I resultieren soll, nicht zu „verwässern“.

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 Bundesärztekammer kann jederzeit die Tagesordnung ändern oder ergänzen.

Gestatten Sie mir, auf ein spezifisches Anliegen des diesjährigen Ärztetages hinzuweisen. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat allen Teilnehmern kostenlos Fahrausweise für den öffentlichen Personennahverkehr zur Verfügung gestellt. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich zum Dank für diesen Service mit einer Spende zugunsten des Vereins „Herzenswünsche“ revanchieren. Herr Präsident Windhorst hat als Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe bei der Eröffnungsveranstaltung bereits darauf hingewiesen, dass mit einer solchen Spende schwer kranken Kindern und Jugendlichen heiß ersehnte Wünsche erfüllt werden.

Ich habe mir berichten lassen, dass rund 70 ehrenamtliche und drei hauptamtliche Helferinnen und Helfer bemüht sind, zu Eltern, Ärzten, Therapeuten und natürlich insbesondere den betroffenen Kindern einen intensiven Kontakt aufzubauen und zu halten. Es gelingt ihnen häufig, herauszufinden, welcher Wunsch einem Kind neuen Mut und neue Kraft geben kann. Die Erfüllung eines lang gehegten Wunsches kann, wie wir wissen, entscheidend dazu beitragen, den oft sehr belastenden Alltag in einer Kinderklinik zu bewältigen.

Den Verein unterstützen viele Spender und Sponsoren. Vielleicht kann sich auch der diesjährige Deutsche Ärztetag als Spender und Sponsor verstehen.

(Beifall)

Die Spenden sollen einem zehnjährigen Jungen mit einem Weichteilrhabdomiosarkom helfen, seinen Wunsch zu erfüllen: Er möchte nach Legoland fahren. Sein Berufswunsch ist, Legokonstrukteur zu werden. Von seiner bisherigen Kreativität können Sie sich am Stand des Vereins „Herzenswünsche“ im Foyer überzeugen. Dort steht auch die Spendenbox.

Wir haben die herzliche Bitte, dass Sie sich das anschauen und vielleicht auch spenden.

Als Schlussbemerkung wie alljährlich: Im Sinn eines rauchfreien Ärztetages bitte ich Sie, das Rauchverbot in der gesamten Halle Münsterland einzuhalten.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Professor Fuchs. Wir haben die Worte gehört. Dann rauchen wir eben nicht und spenden stattdessen.

Jetzt habe ich noch eine Bitte. Wir haben die Usance – anders als beispielsweise in der Ärztekammer Nordrhein –, dass Anträge, die zu Spezialthemen gestellt werden, also nicht die große Linie betreffen, unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ eingeordnet werden, ebenso wie die entsprechenden Vorstandsanträge. Wenn wir unter Tagesordnungspunkt I zu Details diskutieren würden, beispielsweise zur Fortführung der DRG-Problematik, zu Basisfallwerten usw., würden wir die großen Anträge, die die generelle Linie betreffen, ein bisschen verwässern.

Seien Sie deshalb bitte damit einverstanden, dass die Damen und Herren, die Ihre Anträge entgegennehmen, kurz schauen, in welche Richtung die Anträge tendieren, und sich gegebenenfalls bei uns rückversichern. Wir bitten Sie, damit einverstanden zu sein, solche Anträge gegebenenfalls unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ zu behandeln. Die Anträge werden auf jeden Fall behandelt und einer Abstimmung zugeführt. Wir möchten nicht heute Nachmittag mit einem Wust von Anträgen überzogen werden. Es müssen ja auch die entsprechenden logistischen Voraussetzungen gegeben sein. Deshalb ist die von mir besprochene Aufteilung am einfachsten.

Bisher liegen zu Tagesordnungspunkt I die Anträge I-1, I-2 und I-3, alle vom Vorstand vorgelegt, vor. Mit dem Antrag I-1 erfüllen wir den Auftrag, den wir uns als Programm gegeben haben, nämlich eine Bewertung des Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetzes vorzunehmen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen, ganz besonders die kurzfristigen, zu extrapolieren.

Der Antrag I-2 enthält sozusagen eine Gliederung für die auf dem nächstjährigen 111. Deutschen Ärztetag in Ulm beabsichtigte Verabschiedung eines gesundheitspolitischen Papiers, mit dem Ziel, die gesundheitspolitische Diskussion für den nächsten Wahlkampf, für die dann folgende Regierungsbildung und die Politik der Regierung nach den nächsten Bundestagswahlen zu befruchten.

Dort sollen die Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft in modernisierter Form unter Berücksichtigung der Gesetzeslage, wie sie sich inzwischen entwickelt hat, ihren Niederschlag finden.

Im Antrag I-2 wird eine Aufgliederung der Punkte dargeboten, die wir als bisher wichtig erkannt haben, was überhaupt nicht bedeutet, dass das vollständig ist; es kann auch sein, dass etwas dabei ist, was Sie nicht wichtig finden. Wir sollten das andiskutieren, anschließend in den einzelnen Landesärztekammern besprechen und überlegen und die Ergebnisse sodann einer bei der Bundesärztekammer zu bildenden Arbeitsgruppe zuleiten, die sich mit der Erstellung des Entwurfs für ein gesundheitspolitisches Programm, Manifest oder wie Sie es nennen wollen, für den Deutschen Ärztetag im Jahre 2008 in Ulm beschäftigt. Wenn Sie mögen, können wir das noch ein bisschen erläutern.

Der Antrag I-3 beschäftigt sich mit der Patientenverfügung. Ich habe das Thema während der Eröffnungsveranstaltung kurz angerissen. An sich passt dieses Thema nicht so richtig unter den Oberbegriff „Gesundheitspolitik“, da es hier um eine andere Dimension geht. Aber da es die Bundesgesundheitsministerin aufgegriffen hat, habe auch ich es aufgegriffen und die Vorstellungen, die wir als Bundesärztekammer zu diesem Thema erarbeitet haben, in die Debatte eingeführt.

Es handelt sich dabei um zwei große Papiere, die wirklich eine enorme Akzeptanz erfahren haben, auch in der Juristerei, die auch die Politik befruchten. Ich wollte keine Namen von Autoren der Gesetzentwürfe nennen; sie saßen nämlich im Raum. Das wäre vielleicht so angekommen, als wollte man diejenigen, die im Raum sitzen, bevorzugen und die anderen nicht erwähnen.

Es gibt, wie Sie wissen, insgesamt drei Entwürfe: einen fraktionsübergreifenden Antrag von Herrn Bosbach und Herrn Röspel, einen von Herrn Dr. Stünker von der SPD-Fraktion, der in etwa mit dem, was Frau Zypries vor etwa zwei Jahren eingebracht hat, identisch ist, und schließlich einen Entwurf von Herrn Dr. Faust und Herrn Zöller, die heute Vormittag beide zugegen waren, der sich darauf beschränkt, eine verfahrensrechtliche Lösung anzubieten, und sich in diese Feinheiten der Interaktion zwischen Patient und Arzt nicht einmischt. Er kommt an sich unserem Wunsch am nächsten.

Wie gesagt: Der Antrag I-3 enthält unsere derzeitige Einstellung des Vorstands der Bundesärztekammer und auch der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zu diesem Thema, ausführlich dargelegt im „Deutschen Ärzteblatt“ bei der Publikation zum Thema Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, am 27. März 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Diese drei Anträge liegen bisher auf dem Tisch. Wir werden schauen, ob noch weitere Anträge kommen und wie sie zugeordnet werden müssen.

Der erste Redner, der sich zu Wort gemeldet hat, ist unser Vizepräsident Dr. Crusius. Bitte schön.

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte ganz kurz Theo Windhorst für diese Supereröffnung des Ärztetages mit den 6-Zylindern danken, die – wie er selbst gesagt hat – den Klimawandel nicht schädlich beeinflusst haben.

(Beifall)

Ich denke, in Ihrem Namen sprechen zu dürfen, wenn ich unserem Präsidenten, Herrn Professor Hoppe, für seine treffliche Situationsanalyse hinsichtlich des Wettbewerbsstärkungsgesetzes danke. Ich habe mir sechs Stichworte notiert: Industrialisierung; Freiheitskämpfer; Missbrauch der nachwachsenden Generation zur Fütterung der Bürokraten; Verökonomisierung; Misstrauenskultur und Diskreditierung der freien Berufe; gute Medizin.

Vielen Dank, lieber Jörg. Du hast das mit Bravour gemacht. Ich denke, das ist einen Applaus wert.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Emminger aus Bayern.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident Hoppe, nach einer solchen Eröffnungsveranstaltung kann Herr Crusius nicht der Einzige bleiben, der Ihnen hohen Respekt und hohe Anerkennung zollt, und zwar sowohl für die Art und Weise, wie Sie Ihre Gedanken vorgetragen haben, als auch für die Inhalte. Sie haben mit Ihrer leisen, aber sehr eindrucksvollen Rede, glaube ich, viele Inhalte bei den anwesenden Teilnehmern deutlich eingebrannt.

Herr Hoppe, gestatten Sie mir allerdings die Bemerkung: Natürlich weist diese Eröffnungsveranstaltung einen Wermutstropfen auf. Dieser Wermutstropfen liegt für mich nicht nur in der Tatsache, dass die Bundesgesundheitsministerin in ihrer politischen Rede zur Gesundheitspolitik nach einem sehr ruhigen Anfang wieder in ihren alten ideologischen politischen Slang verfallen ist. Der Wermutstropfen liegt für mich in der ersten Rede von Ulla Schmidt heute Vormittag, als sie in einer eigentlich nicht akzeptablen Weise auf der Eröffnungsveranstaltung eines Deutschen Ärztetages die Ärzte ziemlich in Bausch und Bogen verurteilt und alle Ärzte als Täter und Mitwirkende des Nationalsozialismus gebrandmarkt hat.

(Beifall)

Dies steht nach meiner Überzeugung einer Bundesgesundheitsministerin nicht zu. Das ist ein Akt der Unhöflichkeit, eine Situation, wie wir sie von ihr gewöhnt sind.

Ich denke, dieser Ärztetag sollte sich in aller Form gegen Art und Weise, Formulierungen und Inhalte dieser Rede von Frau Ulla Schmidt verwahren.

(Vereinzelt Beifall)

Als jemand, der erst nach dem Krieg geboren wurde und von der Darstellung der damaligen Zeit auf dem Deutschen Ärztetag 1989 in Berlin tief beeindruckt war, sage ich: Wir sind alle aufgerufen, uns ständig und wiederholt mit unserer eigenen Geschichte zu befassen. Das ist auf einem Ärztetag *unser* Problem. Es steht einem Politiker, einer Gesundheitsministerin nicht zu, die Ärzte in dieser Art und Weise pauschal in den Schmutz zu ziehen, sie zu verunglimpfen und alle über einen Kamm zu scheren.

In diesem Sinne, Herr Präsident, vielen Dank für Ihren Beitrag. Aber dieser Wermutstropfen bleibt für mich mit diesem Ärztetag von Münster verbunden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Was sie inhaltlich gesagt hat, kann ich jetzt nicht nachprüfen. Die Behauptung, dass sich die Ärzteschaft der damaligen Zeit mehr als andere Berufe eingebracht habe, wird immer wieder aufgestellt. Es gibt auch Historiker, die sagen: Zumindest hat die Ärzteschaft damals nicht am Ende der Kette gestanden, sondern sie war schon verwickelt. Bei anderen Berufen, die natürlich nicht diese Bedeutung in der Gesellschaft haben, wie beispielsweise Biologen oder Lehrer, sei das ebenso gewesen, vielleicht noch stärker. Ich hatte überlegt, ob ich dazu gleich etwas sagen sollte, aber es passte irgendwie nicht so richtig.

Mich hat am meisten gestört, dass sie so getan hat, als beschäftigten wir uns erst jetzt mit diesem Thema, und keine Rücksicht darauf nimmt, dass wir das in früheren Zeiten schon längst getan haben.

(Beifall)

Ich erinnere mich beispielsweise an den Ärztetag 1987 in Karlsruhe, auf dem Karsten Vilmar dieses Thema ausführlich behandelt hat, auch zur Zufriedenheit einiger Delegierter, die zunächst einmal ganz anderer Meinung waren. Sie haben sich dieser Diskussion dann doch gestellt und haben anschließend zuge-

stimmt. Auch 1989 wurde das Thema in einer Debatte und einer Ausstellung in Berlin behandelt.

Derjenige, der ihr diese Rede geschrieben hat – davon kann man ja wohl ausgehen –, hätte besser recherchieren müssen. Das ist ein erheblicher Mangel. Ich habe ihr das auch gesagt. Sie wird es hoffentlich nie wiederholen.

Die nächste Rednerin ist Frau Goesmann, unsere Vizepräsidentin.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Als Erstes wollte ich gerade darauf abheben, dass die Eröffnungsveranstaltung heute Morgen sehr wohl gezeigt hat, dass wir Ärztinnen und Ärzte unsere moralische Verantwortung, sich einzumischen und zu gesundheitspolitischen, aber auch zu humanitären Fragen Stellung zu nehmen, immer wieder wahrgenommen haben und wahrnehmen. Die gemeinsame Preisverleihung von KBV und Bundesärztekammer heute Morgen war dafür ein deutliches Signal. Wir haben bei diesem Ärztetag so viele Tagesordnungspunkte, die zeigen, dass wir uns einmischen und unserer Verantwortung gerecht werden. Es gilt, sich vonseiten der Ärztinnen und Ärzte in die Gesundheitspolitik, in humanitäre Fragen einzumischen. Das müssen wir laut tun, so wie es die Sänger in der Eröffnungsveranstaltung dargeboten haben: let’s get loud.

Was ein bisschen neben den Tagesordnungspunkten wie Organtransplantation, Kindergesundheit und Versorgungsforschung zu kurz gekommen ist, was aber auch den Interessen unserer Patientinnen und Patienten dient und was wir unbedingt aufgreifen müssen, ist die Lage der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Wir haben hier den Deutschen Ärztetag, keinen Patiententag und auch keinen Politikertag. Es geht auch um unsere ureigensten Belange.

(Beifall)

Es ist heute Morgen ein bisschen rübergekommen: Die Ärztinnen- bzw. Ärzteseele kocht, die Kolleginnen und Kollegen sind unzufrieden. Wir haben vom Vorstand der Bundesärztekammer aus schon sehr klar gesagt, was wir uns in den nächsten Monaten bis zum nächsten Ärztetag als Arbeitsprogramm vorgenommen haben. Dazu brauchen wir auf diesem Ärztetag von Ihnen konkrete Einfütterungen. Es liegen bereits einige Anträge vor, mit denen Sie uns konkret munitionieren, was die Arbeit des Vorstands im nächsten Jahr sein müsste.

Der Antrag I-2 betrifft die Elemente eines gesundheitspolitischen Programms der deutschen Ärzteschaft, das wir hier andiskutieren und skizzieren müssen, das der Vorstand anschließend ausarbeiten wird. Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen. Da brauchen wir Ihre konkreten Anregungen.

Das wird aber nicht reichen. Wir müssen, wenn wir unsere eigene Lage in diesem Rahmen verbessern wollen, auf diesem Ärztetag verschiedene andere Dinge diskutieren. Für mich gehört dazu, dass wir in den nächsten Monaten sehr intensiv auswerten, was bei den ersten Projekten im Rahmen der Versorgungsforschung herausgekommen ist, gerade was den Physician Factor angeht. Es geht dabei auch um die Frage: Wie können wir auch auf diese Weise die Anliegen der Ärztinnen und Ärzte unterfüttern?

Ein zweites Thema, das bei diesem Ärztetag eine wichtige Rolle spielt – ich bitte Sie, sich auch da aktiv einzubringen und uns zu unterstützen –, betrifft die Tatsache, dass der Vorstand der Bundesärztekammer möglichst bis zum nächsten Ärztetag ein Konzept für eine gelungene Verbundweiterbildung für unseren ärztlichen Nachwuchs vorlegen soll. Auf diese Weise soll dem Nachwuchs die Weiterbildung erleichtert werden. Das betrifft nicht nur die Allgemeinmedizin, sondern auch alle anderen Fächer, wo es wichtig werden wird, dass auch Anteile der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung absolviert werden können. Mein Petitum ist, auch diesbezüglich intensiv zu diskutieren.

Ein weiteres Thema, das mir immer sehr wichtig ist und das uns vom Vorstand aus die nächsten Monate beschäftigen wird – auch darüber sollten wir hier diskutieren –, betrifft die Frage: Was sind originäre ärztliche Aufgaben und Kompetenzen? Wo können wir uns abgrenzen, aber auch vernünftig kooperieren mit den anderen nicht medizinischen, nicht ärztlichen Heilberufen? Sie wissen, dass es den Auftrag der Bundesgesundheitsministerin gibt, sich Gedanken darüber zu machen, wie die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gegeneinander abgegrenzt werden, welche Aufgaben wem zugeordnet sind.

Es steht immer so im Raum, wir Ärzte hätten Angst, dass uns etwas weggenommen wird. Ich möchte das andersherum diskutiert sehen. Ich möchte, dass wir in die Diskussion über die Frage eintreten: Was sind ärztliche Kernkompetenzen? Wo können wir etwas abgeben? Wo können wir auf Augenhöhe mit anderen Berufsgruppen sinnvoll kooperieren? Wo können wir dadurch Entlastung erfahren?

Ich bitte Sie, auch diese Diskussion in den nächsten Monaten zu führen und uns vonseiten der Landesärztekammern mit Anregungen zu versorgen. Wir warten also auf Ihre Vorschläge. Ich hoffe, dass wir hier in Münster einen sehr konstruktiven und angeregten, lauten Ärztetag haben werden, der sich einmischt. Die Eröffnungsveranstaltung hat dazu bereits beigetragen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Dr. Goesmann. – Jetzt Herr Schwarzkopf-Steinhauser aus Bayern.

Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Bayern: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal möchte ich mich bei unserem Präsidenten dafür bedanken, dass er in der Eröffnungsveranstaltung in vielen Punkten sehr klargemacht hat, dass die Solidarität im Gesundheitswesen ein sehr hohes Gut ist. Ich kann aber seinen Schlussfolgerungen, wie dieses umzusetzen ist, nicht in allen Punkten zustimmen. Wir haben nicht erst jetzt, sondern bereits seit Jahren eine extreme Entsolidarisierung im Gesundheitswesen, insbesondere was die Belastung der Patientinnen und Patienten, also der Kranken, angeht. Ich erinnere daran, dass durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz der große Brocken der Zuzahlungen geschaffen wurde. Ich vermisse in der Diskussion einen Aufschrei der Ärzteschaft hinsichtlich dieser Zuzahlungen.

Ich weiß nicht, ob sich diejenigen, die damals in Bremen dabei waren, daran erinnern, dass ich im Zusammenhang mit der Diskussion über das GMG den Antrag mit der ganz klaren und deutlichen Forderung gestellt habe, diese Zuzahlungen zurückzunehmen. Ein Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, nämlich Herr Henke, hat damals den Antrag auf Nichtbefassung gestellt. Diesem Antrag ist stattgegeben worden. Deswegen finde ich diese Diskussion um die Solidarität in der Krankenversorgung ein bisschen hohl. Ich bitte darum, das noch einmal zu überdenken. Das war auf einen Schlag die größte Belastung, die wir unseren Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren an Zuzahlungen zugemutet haben.

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gibt es neue Elemente, die in diese Richtung gehen. Die Einführung der Wahltarife bedeutet ganz klar eine Entlastung der Gesunden und eine Belastung der Kranken. Das ist einfach so. Das bedeutet eine weitere Entsolidarisierung. Das muss man auch beim Namen nennen.

Ein weiterer Punkt, zu dem ich mich mehrfach geäußert habe – da hat die Bundesärztekammer ihre Meinung ja auch geändert, was auf dem Sonderärztetag in Berlin noch nicht mehrheitsfähig war –, betrifft das Problem der Selbstverschuldung, Stichwort: Piercing, Schönheitsoperationen usw. In der Anhörung hat der Vorstand der Bundesärztekammer eine klare Position vertreten. Dieses ist dann ja auch so verabschiedet worden. Wie ich den letzten Ausgaben des „Deutschen Ärzteblatts“ entnehmen konnte, wurden im Zusammenhang mit der Selbstverschuldung weitere Diskussionen eröffnet. Soweit ich mich erinnern kann, hat der Vorsitzende des Berufsverbands der Schönheits- und Plastischen Chirurgen sich dahin gehend geäußert, dass man diese Regelung dann auch auf weitere selbst verschuldete Krankheitsfaktoren wie Rauchen und Alkohol ausdehnen müsse. Es war vollkommen klar, dass es eine solche Weiterung geben würde.

Ich denke, es steht dem Deutschen Ärztetag gut an, sich klar gegen solche Entwicklungen zu wenden. Ich bin nach wie vor der Meinung, dass diese Form von Zuzahlung unsolidarisch ist, Kranke belastet und zurückzunehmen ist.

Ein Punkt, bei dem ich sicher in der Minderheit bin, betrifft meine Einstellung zur PKV-Vollversicherung. Wir reden immer von einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen und nehmen praktisch circa 10 Prozent – in diesem Fall die reicheren Bürgerinnen und Bürger – aus dieser Solidarität heraus. Das ist für mich nicht akzeptabel.

Herr Hoppe hat heute Morgen noch einmal betont, dass es für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausreicht, nur die Lohnabhängigen zur Kasse zu bitten. Wir brauchen ein Versicherungssystem, bei dem alle Einkommen, nicht nur die Lohneinkommen, einbezogen sind. Für besondere Leistungen, die ganz bestimmte Patienten haben wollen, kann man Zusatzversicherungen einführen. Darüber sollen sie dann auch selber entscheiden.

Das halte ich für einen ganz wesentlichen Punkt, der auch offen angesprochen werden muss.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schwarzkopf-Steinhauser. – Von Herrn Dr. Hermann aus Bremen ist der schriftliche Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten eingegangen. Möchte jemand dagegensprechen? – Formal. Wer ist für drei Minuten? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die deutliche Mehrheit. Damit ist die Redezeit auf drei Minuten begrenzt.

Als nächster Redner bitte Herr Baumgärtner aus Baden-Württemberg. Sie schaffen das in drei Minuten.

Dr. Baumgärtner, Baden-Württemberg: Herr Hoppe, auch ich möchte mich bei Ihnen für die exzellente Analyse bedanken. Mir hat gut gefallen, dass Sie gesagt haben: Wir werden zunehmend fremdbestimmt. Das ist richtig. Ich frage mich allerdings: Welche praktischen Konsequenzen ziehen wir daraus? Sie haben gesagt: Dann werden wir von Freiberuflern zu Freiheitskämpfern. Wann ist der Punkt erreicht, dass wir wirklich zu Freiheitskämpfern werden?

Für mich ist dieser Punkt bereits erreicht, wenn ich mir die Situation insbesondere im ambulanten Bereich anschaue.

(Vereinzelt Beifall)

Man hört, dass der ambulante Bereich hier nicht so gut vertreten ist.

(Beifall)

– Vielen Dank. Nach wie vor steht der Satz aus dem BMG im Raum: Ärzte nehmen Patienten in Geiselhaft. Darüber hat Frau Schmidt heute nicht gesprochen. Auch Herr Lauterbach hat das gesagt.

Diese Saat geht auf. Sie können im Internet nachlesen, dass ein Herr Schmidt erklärt: Ärzte sind Todesengel in weißen Kitteln … Auschwitz: Wenn die Ärzte mit den Rentenkassen einen Pakt schließen, dann steht der Ausrottung der Alten auf medizinischem Wege kein Hindernis mehr entgegen … Diagnose ist der erste Vorbote einer ärztlichen Fehlentscheidung … Galgen: Der Ort, an dem viele Ärzte besser aufgehoben wären als in ihren Praxen … Mörder: Hausärzte, die vor lauter Bestechungsgeldern der Pharmaindustrie vergessen, dass ihre Opfer auch Familien haben.

Das können Sie in einem Buch nachlesen. Herr Hoppe, ich bitte Sie, dass Sie dagegen vorgehen, und zwar juristisch. Es kann nicht sein, dass wir damit allein gelassen werden. Dagegen muss klar vorgegangen werden.

(Beifall)

Ich komme damit zu Herrn Bartens, von dem man inzwischen ja etwas als Serie in der „Bild“-Zeitung lesen kann. Wir haben am 11. und 14. Mai 2007 eine Blitzumfrage durchgeführt. Ich stelle Ihnen nachfolgend kurz das Ergebnis vor. Wir haben inzwischen bei uns in der Geschäftsstelle etwa 6 500 Patientenbögen. Auf die Frage: „Werden Sie von Ihrem behandelnden Arzt im negativen Sinne als ‚Fall’ betrachtet?“ antworteten fast 99 Prozent mit Nein. Wir haben ferner gefragt: „Werden Sie von Ihren Ärzten abgezockt? Werden Sie von Ihren Ärzten beleidigt, beschimpft und gedemütigt, und werden Ihnen überflüssige Behandlungen aufgeschwatzt?“ Es gab eine klare Meinungsbildung aus den Praxen heraus.

Wir können uns doch nicht von jedem Wichtigtuer vorführen lassen. Wir müssen irgendwo auch Konsequenzen ziehen!

(Beifall)

Der nächste Punkt betrifft die E-Card. Wir haben einen Modellversuch zur E-Card in Heilbronn, den sogenannten 10 000er-Versuch. Ich kann Ihnen sagen: Ich stehe massiv unter Druck des Sozialministeriums in Baden-Württemberg. Es gibt in Heilbronn etwa 500 Ärzte. An dem Modellversuch nehmen etwa sechs Ärzte teil. Dieser Modellversuch wird in Heilbronn nicht zu

Ende geführt. Ich finde es wichtig, dass ein Signal in diese Richtung auch hier vom Ärztetag kommt. Wir müssen konsequent zur E-Card Nein sagen, bis unsere Forderungen erfüllt sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

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

Dr. Mayer, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben wahrscheinlich nicht nur die dienstälteste Gesundheitsministerin, sondern auch die raffinierteste. Sie, die im politischen Alltag in der Regel mit Vollgas fährt, ist heute eindeutig auf die Bremse getreten. Wenn mich meine Frau nicht gebremst hätte, hätte ich lauthals gerufen: Zur Sache, Schätzchen!

Herr Präsident Hoppe, ich bewundere Ihren Mut, Frau Ministerin Schmidt zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages eingeladen zu haben, tragen Sie doch als Gastgeber die Verantwortung für ihre Sicherheit, zumal bei dieser Eröffnungsveranstaltung eine unwahrscheinlich kompakte Zahl von Geiselnehmern zugegen waren. In Wahrigs „Deutschem Wörterbuch“ wird die Geisel definiert als „ein Gefangener, der als Bürge für bestimmte Forderungen mit seinem Leben einstehen muss“.

Gemeinhin verstehen sich Ärzte als Erhalter, als Beschützer des Lebens. Definiert hier Frau Schmidt anders? Definiert sie neu? Meine liebe Kolleginnen und Kollegen, Ärzte als Geiselnehmer – dieser Vorwurf ist ungeheuerlich. Entweder ist Frau Schmidt der deutschen Sprache nicht mächtig, oder sie ist ungezogen. Welche Verbalinjurien dürfen sich Minister in ihrem Umgang mit den Ärzten noch erlauben, ehe ihnen die verfasste deutsche Ärzteschaft die Türe weist?

Meine Damen und Herren, ich bin lange genug in diesem Beruf gewesen und lange genug in der Berufspolitik, um mich an den legendären Hans Muschallik erinnern zu können, der auf dem Wege über eine Runde Skat oder einen Schoppen Wein Zugang zu den Ministerien bzw. Ministern gefunden hat. Dieser Weg ist offenbar endgültig vorbei. Jetzt sitzen wir in der Kostenfalle. Das nächste Debakel, das uns ins Haus steht, ist die Ethikfalle.

Vielleicht schätzen Sie die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ als eine medizinische Zeitschrift, die nicht nur ausgezeichnete Artikel für die Fortbildung zur Verfügung stellt, sondern auch über die Grundlagenforschung berichtet. Auf

einer der letzten Seiten unter „Personalia“ werden mehr oder weniger bekannte Mediziner interviewt. In einer der letzten Ausgaben wurde ein 40-jähriger, im besten Alter stehender Wissenschaftler, der gegenwärtig als Consulting-Professor in London tätig ist, interviewt. Ich zitiere:

> *Wie beurteilen Sie das deutsche Medizinsystem im Allgemeinen und im Vergleich zu anderen Systemen?*

Antwort:

> *Im deutschen Medizinsystem geht es den Patienten gut, den Ärzten geht es schlecht. Im englischen ist es umgekehrt: Den Patienten geht es schlecht, den Ärzten gut.*

Ich denke, dass Deutschland durch den Ärztestreik nicht wirklich gelernt hat, worum es eigentlich geht. In unserer Abteilung in Freiburg sind in den letzten zehn Jahren sieben Fachärzte ausgebildet worden. Heute arbeiten nur noch zwei von den sieben in Deutschland.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, nach dem Exodus der Massen erfolgt ein Exodus der Effizienz, der Elite. Dem ist nichts hinzuzufügen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mayer. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Wesiack aus Hamburg.

Dr. Wesiack, Hamburg: Herr Präsident, lieber Herr Hoppe! Sehr geehrter Vorstand! Lieber Theo Windhorst! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Wir hatten einmal die Freiheit in der Berufsausübung, wir hatten die Freiheit in der Niederlassung, und wir hatten eine Therapiefreiheit. Doch heute sind wir weitgehend fremdbestimmt. Heute gibt es eine Nützlichkeitsanalyse in der Versorgung nur noch unter Kostengesichtspunkten.

Wenn dem aber so ist, dann erwarte ich schon von einer Rede der Frau Ministerin, dass sie darauf eingeht. Darauf ist sie aber nicht eingegangen. Wir haben heute weitgehend eine Rechtsverordnungsmedizin. Der Staat steuert die Beiträge, die Preise, die Prozeduren, den Leistungskatalog und die Qualität. Sie wissen: Wir sind auf dem direkten Weg in die Einheitsmedizin.

So weit, glaube ich, stimmt unsere Analyse überein. Was die Ministerin wiederum nicht gesagt hat – das habe ich allerdings erwartet –, ist, dass wir ein An-

recht auf attraktivere Arbeitsbedingungen, auf bessere Bezahlung, auch auf mehr Freiheit und auf eine höhere soziale Anerkennung haben. Ich bin es leid, für die Versäumnisse und Fehler dieser Gesundheitspolitik als Arzt immer wieder geradestehen zu müssen.

Aber jammern hilft nicht. Wir brauchen eine Strategie, wir brauchen den Blick und die Wege nach vorn; denn wir sind es, die immer wieder dieses System gangbar machen und zeigen, dass es doch geht. Ich glaube, dass das letzte Jahr eine Wende war, und ich glaube, dass die größten Ärztestreiks in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland richtig und ein Erfolg waren.

Doch jetzt sind wir gefordert. Wir müssen jetzt ein gesundheitspolitisches Konzept erarbeiten und dafür werben. Neinsagen allein reicht nicht. Wir brauchen positive Aussagen. Wir brauchen auch konkrete Forderungen an die Politik.

Die großen Verbände müssen gemeinsam mit der Bundesärztekammer und der KBV eine neue Strategie entwickeln, neue Formen des Protestes, neue Kommunikationsformen, neue Formen der Öffentlichkeitsarbeit.

Sie haben heute Morgen die Allianz erwähnt, Herr Hoppe. Als Gründungsmitglied der Allianz kann ich Ihnen versichern: Die Allianz der Berufsverbände ist dazu bereit. Wir freuen uns auf diese Zusammenarbeit. Wir freuen uns auch, dass Sie hier die Stichworte zur Diskussion eines gesundheitspolitischen Programms vorstellen. Wir werden darüber diskutieren und uns dann gemeinsam an die Politik wenden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wesiack. Ich freue mich über diese sehr große Übereinstimmung. – Die nächste Rednerin ist Frau Dr. Gitter. Bitte schön.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Ministerin hat heute zu Recht die Erforschung der Beteiligung deutscher Ärzte an den NS-Verbrechen gelobt. Zu Recht hat sie auf die schändliche Unterstützung dieser menschenverachtenden und mörderischen Diktatur auch durch Ärzte hingewiesen. Gerade dieser Ministerin aber stände es daher gut an, die Ärzteproteste gegenüber ihrer Politik wie schon im letzten Jahr ernst zu nehmen und nicht zu diffamieren oder sogar zu versuchen, diese zu unterdrücken, wie es in der Vergangenheit geschehen ist.

Ich finde es schon fast schamlos, unter den jetzigen Bedingungen im deutschen Gesundheitssystem von Qualitätsverbesserungen für Patienten und von guten Aussichten für junge Ärztinnen und Ärzte zu reden, wenn immer noch landauf, landab Ärztestellen fehlen und das Arbeitszeitgesetz mit Füßen getreten wird.

(Vereinzelt Beifall)

Als Katholikin darf ich auch sagen: Das ist leider auch in kirchlichen Häusern der Fall. Hier sollte endlich einmal ein Nachdenken erfolgen.

(Beifall)

Das Sonderopfer durch die Krankenhäuser im Wettbewerbsstärkungsgesetz spricht eine deutliche Sprache. Da nützt es auch nichts, wenn anderswo tropfenweise Geld für Arbeitszeitverbesserungen fließt.

Ich fordere deshalb den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bei den Punkten Einhaltung von Qualität und Qualitätsverbesserungen genau nach diesen Dingen zu fragen, nämlich nach der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, nach ausreichenden Stellenplänen, und zwar ohne fachfremde Bereitschaftsdienste, wie sie in diesem Land schon wieder Mode werden.

Meine Damen und Herren, die Ausführungen der Ministerin zum Thema Kindergesundheit zeigen mir, wie weit sie sich inzwischen schon von der gesundheitspolitischen Realität in diesem Lande entfernt hat.

(Beifall)

Herr Schwarzkopf-Steinhauser, die größte Zuzahlung der Patienten in diesem Lande bedeutet nicht die Einführung der Praxisgebühr, sondern die schleichende Absenkung der Qualität der medizinischen Versorgung durch eine Unterfinanzierung dieses Systems.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Dr. Gitter. – Jetzt bitte Herr Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Unter Tagesordnungspunkt I a diskutieren wir über die aktuelle Gesetzgebung, unter I b versuchen wir uns einen Kopf zu machen, was wir dem entgegensetzen können. Ich darf – haarscharf an der Grenze des politischen Kabaretts – feststellen, dass diese Reform eigentlich ungeheuer er-

folgreich ist. Was Ulla Schmidt als hervorragende Machtpolitikerin mit ihren Mannen, die übrigens wohl auch die Idee zu dem Preis hatten, dessen Verleihung wir heute zum ersten Mal erlebt haben, tut, ist die Umsetzung eines Papiers der Sozialdemokratischen Partei aus dem Jahre 1996. Da war die SPD auf Bundesebene noch in der Opposition. Diese sogenannte Roadmap der Politik beginnt mit einer unbefristeten Fortsetzung der Budgetierung. Das ist Punkt I. Punkt II betrifft die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Punkt III betrifft die Liquidierung einer fachärztlichen Versorgung auf freiberuflicher Basis. Unter Punkt IV ist die Rede von einer „Förderung“ der hausärztlichen Versorgung. Ich habe das Papier hier. Der Autor ist bekannt. Er arbeitet mittlerweile für die AOK in einem süddeutschen Bundesland.

Wie das umgesetzt werden soll, ist dort genau festgelegt. Wenn man sich anschaut, wo die Gesundheitspolitik heute steht, müsste man fast den Hut ziehen. Die Budgetierung mit den Globalbudgets erfolgt über den Gesundheitsfonds und die Beitragsfestsetzung durch die Politik. Das Mandat der Kassenärztlichen Vereinigungen ist bereits massiv eingeschränkt und wird weiter eingeschränkt. Die fachärztliche Versorgung auf freiberuflicher Basis wird ganz allein dadurch erodiert, dass man den jungen Kolleginnen und Kollegen, die vielleicht gern eine Praxis eröffnen wollen, jegliche finanzielle und wirtschaftliche Perspektive nimmt, weil niemand weiß, was ihm zwei Jahre nach Übernahme einer Praxis seitens eines Konkurrenten blühen könnte.

Zur Förderung der hausärztlichen Versorgung: Wenn wir es nicht hinbekommen, diesen Ärztetag gut zu gestalten, auch was den Tagesordnungspunkt zum Allgemeinmediziner und zum Facharzt für Innere Medizin angeht, laufen wir Gefahr, dass wir gegenüber der Politik missbraucht werden, indem erklärt wird: Die Ärztekammern nehmen uns nicht ernst. Kümmert euch um uns. Wenn die Hausärzte einigermaßen – Entschuldigung – ausgestorben sind, kommt die Family Health Nurse und übernimmt die Reste dieses Gesundheitswesens.

Dagegen müssen wir uns wehren. Darüber, wie wir uns sinnvoll dagegen wehren, reden wir unter Tagesordnungspunkt I b noch einmal.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Jonitz. – Die nächste Rednerin ist Frau Haus, Ärztekammer Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es war eigentlich genau das, was wir auf dem Ärztetag brauchen, um uns aufzumuntern

und mobil zu machen, was Frau Schmidt in ihrer ersten Rede sagte, indem sie den Verrat am ärztlichen Ethos und den Verrat an den ureigensten ärztlichen Aufgaben in der Vergangenheit anprangerte. Wir sind auf dem besten Weg, wieder dorthin zu kommen, wenn auch nicht unter gleichen Voraussetzungen. Ich möchte meine Ausführungen nicht so verstanden wissen, dass ich das als eins zu eins vergleichbar ansehe.

Von uns wird so viel an Aufgabe des ärztlichen Ethos und unserer eigentlichen ärztlichen Aufgaben verlangt, dass ich denke, dass wir dem ganz scharf entgegentreten und wirklich zum Freiheitskämpfer werden müssen.

Ich möchte ganz kurz ein Beispiel nennen, um zu belegen, dass wir bereits mitten in dieser Situation sind. Da ruft mich ein Klinikarzt aus einer psychiatrischen Klinik an und erklärt mir, dass er einem meiner Patienten, der wegen bestimmter Umstände leider psychotisch geworden ist, den er zunächst mit mehreren Medikamenten behandelt habe, diese aber nicht angeschlagen hätten, nun ein Medikament geben müsse, das seiner Meinung nach das einzige sei, das vielleicht noch helfen könnte. Er fragte mich, ob ich das verschreiben würde.

Sie wissen vielleicht, dass es in Nordrhein-Westfalen eine Me-too-Liste moderner atypischer Neuroleptika gibt, die man möglichst nicht verwenden soll.

Der Klinikarzt erklärte mir, er habe es schon erlebt, dass aus der niedergelassenen Ärzteschaft angerufen wurde, wie man denn den Patienten auf ein solches Medikament einstellen könne, da komme man doch in den Regress, man bekomme automatisch etwas von seinem Honorar abgezogen.

Ich glaube, man kann nicht drastischer schildern, in welche Ecke wir schon getrieben worden sind, als darauf hinzuweisen, dass wir überlegen müssen, ob wir einem Patienten das notwendige Medikament geben können, obwohl es auf der Me-too-Liste steht und wir belangt werden können, was ja begreiflicherweise für die Kollegen sehr bedrohlich ist. Diese Enge, in der wir uns befinden, gilt sowohl für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als auch für die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken.

(Beifall)

Ich möchte auf den Antrag hinweisen, den ich im Namen des Hartmannbunds stelle, der im Grunde genommen den Antrag 1 des Vorstands ergänzt und einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen fordert, eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens, mehr ärztliche Entscheidungsfreiheit, frei von ökonomischen Zwängen, ein pluralistisches, freiheitliches und transparentes Gesundheitssystem.

Frau Schmidt hat heute Vormittag gesagt, es sei eine deutsche Eigenheit, in der schattenlosen Mittagssonne schon die nächtliche Kälte zu spüren. Ich sehe es

anders: Es fällt schwer, sich in der nächtlichen Kälte die schattenlose Mittagssonne vorzustellen, noch dazu, wenn man sich – im übertragenen Sinne – im Winter am nördlichen Polarkreis befindet.

So ähnlich empfinde ich unsere Situation. Insofern ist es kein Wunder, dass wir hier ganz energisch eingreifen müssen.

Ich danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Haus. – Nach ihr spricht Dr. Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Eine kurze Vorbemerkung dazu, was Frau Schmidt über die Ärzteverantwortung im NS-Staat gesagt hat und wofür sie gescholten wurde. Frau Schmidt hat sehr wohl gesagt, dass es in dieser Zeit Ärzte gab, die gegen das Regime waren und andere geschützt haben. Man kann sie nicht dafür schelten, dass sie dieses angeblich verschwiegen habe. Möglicherweise hat sie, wie Herr Hoppe richtigerweise gesagt hat, die Aufarbeitung dieses Problems nicht ganz korrekt dargestellt. Aber in diese Ecke kann man sie nicht stellen.

Zum Wettbewerbsstärkungsgesetz möchte ich ganz kurz zwei Aspekte erwähnen. Herr Hoppe hat gesagt, das Ganze führt zu einer Einheitsversicherung bzw. zur Bürgerversicherung. Das, was Herr Hoppe gesagt hat, unterscheidet sich ein wenig von dem gedruckten Text, der jetzt ausliegt. Der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Laumann hat zu Recht ausgeführt, dass eine Finanzierung der Gesundheit nur über Sozialversicherungsbeiträge heutzutage nicht mehr möglich ist. Dies hat er sehr konsequent und, wie ich finde, vernünftig ausgeführt. Er kam dann aber merkwürdigerweise zu der Überzeugung, dass eine Kopfpauschale die richtige Antwort sei. Das sehe ich überhaupt nicht so, denn es ist genau das Wesen der Bürgerversicherung, dass auch andere Einnahmequellen herangezogen werden, um die Krankenversicherung zu finanzieren.

Die Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung sind – darauf hat Herr Schwarzkopf-Steinhauser bereits zu Recht hingewiesen – ein ganz großes Problem, weil durch sie Elemente der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt werden, die zu einer Entsolidarisierung führen. Die Gesunden werden von den Kranken subventioniert und nicht umgekehrt. Dieses halten wir für ein wirklich großes Problem.

Zum Stichwort Wettbewerb möchte ich gern etwas zum Krankenhaus sagen. Im Krankenhaus wäre ein Wettbewerb um die Qualität der Versorgung der Patienten überhaupt nichts Schlimmes. Dieser Wettbewerb findet aber nur ganz rudimentär statt. Derzeit gibt es einen Wettbewerb um die Kosten: Wir sollen mit möglichst wenig Personal in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patienten behandeln. Vor allem im Pflegebereich ist die Zahl des Personals um 30 Prozent zurückgegangen. Die Verweildauer wird immer geringer. Die Fallzahlen sind um etwa 30 Prozent gestiegen. Darunter, liebe Kolleginnen und Kollegen, leiden Patienten, Beschäftigte und die Qualität.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Pickerodt. – Der nächste Redner ist der Präsident der Ärztekammer Hamburg, Dr. Montgomery.

Dr. Montgomery, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute eine Ministerin erlebt, die eigentlich in allen Punkten jedwede Antwort auf die Fragen schuldig geblieben ist, die wir ihr gestellt haben. Es ist doch eine Unverschämtheit, sechs Wochen, nachdem das WSG in Kraft getreten ist, zu einem Deutschen Ärztetag zu kommen und sich im Grunde genommen um alle entscheidenden Fragen herumzudrücken. Wir alle wissen doch, dass sie im Moment bei drei entscheidenden Punkten handeln kann. Wir müssen sie von diesem Ärztetag aus auffordern, sich in die Reihe der anderen Minister zu begeben, die fordern, dass aus den zurzeit üppig sprudelnden zusätzlichen Steuermilliarden Geld eingesetzt wird für die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, für die Verbesserung der Versorgung mit Ärzten auf dem flachen Land, für eine bessere Weiterbildungssituation in den Krankenhäusern.

Es ist Geld vorhanden. Eine Ministerin verletzt ihren Amtseid, wenn sie nicht fordert, dass auch für ihr Fachgebiet Geld zur Verfügung gestellt wird.

(Beifall)

Zur elektronischen Gesundheitskarte, bei der wir wirklich versuchen, konstruktiv mitzuarbeiten: Wenn die Situation so ist, dass selbst wir Krankenhausärzte, die wir viele positive Effekte der elektronischen Kommunikation erlebt haben, erklären, dass wir dieses Projekt nicht wollen, dann muss eine Ministerin handeln und muss an § 291 a des SGB V heran.

Wissen Sie übrigens, dass die Zehn Gebote insgesamt 110 Worte umfassen, § 291 a des SGB V aber 2 490 Worte mit insgesamt 17 478 Zeichen? Das ist der Unsinn, der Irrsinn ellenlanger Paragrafen, die uns im Grunde nichts nützen.

Ich weiß nicht, was Sie bei den Ausführungen der Ministerin zur Rolle der deutschen Ärzteschaft in der NS-Zeit empfunden haben. Ich will hier explizit und zum Schutz des Hartmannbundes sagen: Ich empfand es als eine Frechheit, dass zu keinem Zeitpunkt der Satz gefallen ist, dass der heutige Hartmannbund mit dem damaligen Hartmannbund nicht das Geringste zu tun hat.

(Beifall)

Das möchte ich Ihnen gern sagen, auch wenn ich, wie der eine oder andere von Ihnen weiß, einem anderen Verband angehöre. Ich halte das für wichtig.

Wir brauchen endlich ein langfristiges Konzept. Wir haben viel zu lange gewartet. Das „Blaue Papier“ einfach nur neu aufzulegen, meine Damen und Herren, das kann es nicht sein. Wir brauchen schnell ein Konzeptpapier, wie wir uns die Versorgungsgestaltung und die Finanzierung vorstellen.

Wir müssen unseren Widerstand organisieren. Das, was wir als Krankenhausärzte im letzten Jahr getan haben, ist nicht vom Himmel gefallen. Wir müssen endlich ein Konzept entwickeln, wie wir den Widerstand in der nächsten Zeit gestalten wollen.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Wort hat jetzt Herr Professor Kunze aus Bayern.

Prof. Dr. Kunze, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich ganz bewusst der Äußerung von Frau Kollegin Gitter anschließen, die vor wenigen Minuten die Rede der Ministerin hinsichtlich des Themas Kindergesundheit kritisiert hat. Ich halte es als Kinder- und Jugendarzt für beschämend oberflächlich, wie sie diese Thematik auf dem Deutschen Ärztetag in der Öffentlichkeit dargestellt hat.

(Beifall)

Da erwarte ich mir von einer Ministerin wirklich etwas mehr. Wenn sie es nicht kann, soll sie sich besser beraten lassen.

Ich muss eine weitere Kritik an der Rede der Ministerin vorbringen. Mich hat Folgendes sehr gestört. Sie hat sich auf der Eröffnungsveranstaltung eines Deutschen Ärztetages in eine originäre innerärztliche Aufgabe eingemischt, nämlich was die Weiterbildungsordnung angeht.

(Beifall)

Auch das steht einer Ministerin in dieser Form nicht zu. Sie hat ja auch noch betont, sie sei von einer Arztgruppe praktisch gebeten worden, das Thema anzusprechen. Wenn sie schon über dieses Thema spricht, dann sollte sie nicht nur Halbwahrheiten verbreiten. Sie hat die Thematik einseitig dargestellt und nicht das Notifizierungsverfahren und alles, was damit zusammenhängt, erwähnt. Das hat mich sehr gestört.

Ich möchte aus dem Hause von Frau Schmidt etwas zitieren, was die dortigen Ministerialbeamten verfasst haben:

> *Das Bundesgesundheitsministerium hat stets erklärt, dass die Frage, welche Weiterbildungen in Deutschland vorgesehen werden, Sache der Länder und der dortigen Ärztekammern ist und sich der Bund neutral verhält. Die Entscheidung zwischen verschiedenen Lösungsmöglichkeiten ist eine rein innerärztliche Angelegenheit.*

Es heißt weiter, das Interesse des Bundes bestehe darin, dass das in Deutschland vorgesehene und praktizierte Weiterbildungssystem europarechtlich die Vorgaben der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt, sodass es keinen Anlass gebe, seitens der Europäischen Union ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland einzuleiten.

Das stammt aus dem eigenen Hause von Frau Schmidt. Ich hätte mir gewünscht, das wäre richtig dargestellt worden. Ich fordere Sie als den Deutschen Ärztetag und den Präsidenten auf, diese Kritik der Ministerin zu übermitteln. Ich bitte um Unterstützung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kunze. – Das Wort hat jetzt die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Frau Dr. Stüwe. Bitte.

Dr. Stüwe, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Über Frau Schmidt möchte ich eigentlich kein Wort mehr verlieren. Ich glaube, es wurde bereits alles gesagt. Dem kann man sich nur anschließen.

Wir sollten uns auf unsere Fähigkeiten besinnen. Ich denke, wir haben gute Fähigkeiten. Wir können beispielsweise ein vernünftiges Arzt-Patient-Verhältnis definieren. Davon versteht Frau Schmidt nichts. Das müssen wir selber vermitteln.

Der Korruptionsvorwurf, der vor dem Ärztetag erhoben wurde, ist eine Unverschämtheit. Wir in Hessen haben aktuell mit „Frontal 21“ folgende Erfahrung gemacht: Ich habe darum gebeten, mir die Namen der angeblich korrupten Ärzte aus Hessen geben zu lassen. Es kommt keine Antwort. Die Redaktion beruft sich auf den Informantenschutz, deshalb könne man keine Auskunft geben. Daraufhin habe ich Frau Michels von der KKH angeschrieben. Sie hat mir erklärt, in Hessen gebe es keine korrupten Ärzte, zumindest seien ihr keine bekannt. Vielen Dank für diese Information.

Die Redaktion von „Frontal 21“ erklärt: Es werden auch in Hessen Ärzte korrupt sein.

Wir müssen die Fakten in die Öffentlichkeit tragen, weil es sich hier schlicht und einfach um Falschinformationen handelt.

(Beifall)

Wo bleibt da die Ethik?

Wir Ärzte werden zu Fortbildungen eingeladen. Da fragt man, ob wir uns vom „Nur“-Arzt zum Manager entwickeln. Ich stelle die Gegenfrage: Ist es denn so schlecht, Arzt zu sein? Ich finde das überhaupt nicht schlecht. Ich finde, das ist richtig gut, und das ist ganz toll. Das können wir so zukünftig nicht mehr mit uns machen lassen. Wo bleibt die Ethik in der Ökonomie? Die IT-Firmen greifen unverblümt auf das viel zu knappe Geld des Gesundheitssystems zu. Sie sagen sich: Da gibt es einen Markt, da können wir richtig Kohle machen, da können wir Knete machen!

Dagegen müssen wir uns wehren. Wir wollen das Geld am Ende der Versorgungskette haben, nämlich bei der Versorgung der Patienten. Es soll nicht schon zuvor alles für Computer und ähnliche Dinge ausgegeben worden sein. Das müssen wir im nächsten Jahr den Politikern jeden Tag neu um die Ohren hauen. Ich glaube, Sie alle begleiten uns auf diesem Weg.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Stüwe. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Fuchs aus Niedersachsen.

Dr. Fuchs, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Ich habe nicht gedacht, dass ich im Alter von 60 Jahren noch rekrutiert werde, um in eine Freiwilligenarmee einzutreten. Aber wenn es sein muss, werden wir tätig.

Ich möchte zwei Sätze im Zusammenhang mit meinem Kampf gegen die Kosten der E-Card sagen. Wir alle müssen dringend darauf achten – ich bitte die Allianz, dementsprechend tätig zu werden –, dass wir dort keinen Euro unseres verdienten Geldes einspeisen. Wie so etwas geht, will ich Ihnen kurz an folgendem Beispiel erläutern. Die BGs haben die mit ihnen chirurgisch verbandelten Ärzte gezwungen, vom papiernen Berichtswesen zum elektronischen Berichtswesen überzugehen. Man hat den Ärzten als Windhundprämie 200 Euro ausgelobt. Sie waren verbraucht, nachdem ungefähr die Hälfte der Einbauten erfolgt sind. Die letzten Ärzte haben das Geld gar nicht mehr gesehen.

Es wird Sie interessieren: Mich hat die Sache bisher nicht 200 Euro gekostet, sondern etwa 3 000 Euro.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fuchs. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Klever aus Baden-Württemberg.

Dr. Klever, Baden-Württemberg: Sehr verehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Zu der heutigen Preisverleihung zum Thema „Nationalsozialismus und Medizin“ durch KBV, Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium stehen wir alle, zumindest doch mehrheitlich. Aber Ulla Schmidt hat das Thema nicht erfunden, nicht einmal angestoßen, wie sie heute getan hat. 1980 gab es einen Ärztetag in Berlin, gleichzeitig einen von manchen sogenannten Gegenärztetag oder Gesundheitstag mit dem Titel „Medizin und Nationalsozialismus – tabuisierte Vergangenheit?“ Damals diskutierte Bundesärztekammerpräsident Vilmar mit den Organisatoren des Gesundheitstages. Es war eine zuerst schwierige, später aber immer fruchtbarer werdende Diskussion. Hier unter uns sitzen einige der damals aktiven Medizinstudentinnen und -studenten.

Wir haben alle gelernt, einander zuzuhören. Wir haben auch gelernt, dass über die dunklen Seiten unserer Körperschaften zu sprechen ist.

Herr Professor Hoppe hat auf viele lokale Initiativen hingewiesen. Als Beispiel möchte ich lobend unsere Bezirksärztekammer Südbaden nennen. Da hat die VV in den 90er-Jahren eine wissenschaftliche Arbeit über die Gleichschaltung der badischen Ärzteschaft in Auftrag gegeben.

Ich bitte also um Fortführung der Preisverleihung. Ich hoffe nur, dass wir Ärzte heute Abend mit dieser Vergangenheitsaufarbeitung so ins Fernsehen kommen, wie wir es meinen. Ich befürchte allerdings, dass es leider heißen wird: Ulla Schmidt mahnte die Ärzte zur Kritik an der eigenen Standesvergangenheit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann müssen wir dagegenhalten. Das werden wir schon schaffen. Zumindest werden wir unser Bestes geben. Vielen Dank, Herr Klever. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Wagenknecht aus Niedersachsen.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich gemeldet, um ein bisschen meiner Sorge Ausdruck zu verleihen, dass bei den Betrachtungen des heutigen Vormittags einige Aspekte völlig untergehen, die aber, wie ich glaube, für die fachärztlich und die in der Klinik tätigen Kolleginnen und Kollegen von großer Bedeutung sind. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz haben sich Änderungen in unserer Landschaft ergeben, haben sich Möglichkeiten aufgetan, die weit über das hinausgehen, was wir aus vorhergehenden Reformen kennen. Wir erleben das in den Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer Antragsflut von Kollegen, die versuchen, die neuen Möglichkeiten in ihrem Sinne gestalterisch zu nutzen. Dabei kommen sie auf kuriose Ideen. Es bilden sich Zweigpraxen in relativer Nachbarschaft zu vorhandenen, gut funktionierenden und wirtschaftlich arbeitenden Hausarztpraxen.

Ich frage mich, ob die Kollegen die Bedeutung dieses Schritts, der in einer Art Goldgräberaufbruchstimmung vollzogen wurde, klar erkennen können, ob das, was sich an Freiheiten auftut, gestalterisch wirklich einen Vorteil bietet oder nur einen Scherbenhaufen hinterlässt. Insofern begrüße ich sehr, dass wir den Tagesordnungspunkt I b „Gesundheitspolitische Strategien der Ärzteschaft“ haben. Ich würde mir wünschen, dass bei den Reformvorschlägen auch visionäre und offensive Aspekte eine Rolle spielen: Was können wir gestalterisch tun, um die Möglichkeiten der Kooperation zwischen Krankenhausärzten, niedergelassenen Fachärzten und niedergelassenen Hausärzten aus unserer Mitte heraus selbst zu fördern?

In den letzten Jahren haben wir uns von gesellschaftspolitischen Gewaltveränderungen überfahren lassen, die wir einfach hinnehmen und hinterher – zum Teil auch vorher – negativ bewerten. Ich würde mir wünschen, dass es gelingt, unsere Visionen von innerärztlicher Kooperation konstruktiv unterzubringen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wagenknecht. – Als nächster Redner bitte Herr Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe eine Bitte an Sie: Nachdem heute schon gesagt wurde, man solle sich nicht mehr an Ulla Schmidt reiben, sie könne es eben doch nicht, weise ich darauf hin, dass Sie in die Dialektik derer verfallen, die die Gesetze gemacht haben, mit ihrem Abkürzungsfimmel, mit GKV, WSG usw. Nennen Sie es doch so, wie es ist: Es ist ein Krankenbenachteiligungsgesetz. Nur derjenige, der chronisch krank ist, wird bei diesem Gesetz benachteiligt. Zeigen Sie mir denjenigen chronisch Kranken, der einen Vorteil aus diesem Gesetz zieht!

Wenn es heißt, es gebe weniger Bürokratie, kann ich Ihnen nur empfehlen, die Zahlen auf sich wirken zu lassen. Wir haben nur noch ein Viertel der gesetzlichen Krankenkassen wie vor 20 Jahren, dort aber viermal so viele Beschäftigte. Das ist ein wichtiger Wirtschafts- und Beschäftigungszweig, der natürlich durch Gesetze erhalten werden muss.

Als Frau Schmidt erklärte, die Bürokratie werde abgebaut, musste sie mehrmals Luft holen. Das lag nicht daran, dass sie etwa kurzatmig ist, sondern an dem Umfang der Aufzählung, wie viel an Bürokratie noch immer vorhanden ist. Das ist das beste Indiz dafür, dass es noch zu viel Bürokratie gibt.

Es ist sicher nur ein Missverständnis oder ein Gerücht, dass es früher keine örtliche Betäubung für Kassenpatienten gab. Dieses Gerücht beruht nur darauf, dass der Zahnarzt von Ulla Schmidt schon früh erkannt hat: Mein Gott, wenn ich der keine ordentliche Betäubung gebe, wird sie mich kräftig beißen!

(Heiterkeit)

Nun wieder zum Ernst zurück: Ich vermisse gerade bei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen den Drive, der vor einigen Monaten bei den Protestaktionen noch vorhanden war. Ich kann Sie nur ermuntern: Profitieren Sie von den Erfahrungen, die wir Klinikärzte gemacht haben. Wehren Sie sich! Tun Sie etwas! Beschlüsse allein werden Ihnen nichts nutzen. Wir sind sicher gern bereit, Sie vor Ort mit entsprechenden Maßnahmen zu unterstützen. Aber lassen Sie es jetzt nicht quasi absterben.

Was ich aus den Verhandlungen mit der Politik gelernt habe, ist sehr simpel. Die Gegenseite sagt: Lasst die anderen protestieren, zwei-, dreimal, dann beruhigt sich die ganze Geschichte, dann wirkt unser Gesetz nach. – Derjenige, der sie aber penetrant stört und ihnen penetrant auf die Pelle rückt, hat irgendwann Chancen, etwas zu ändern. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen noch Erfolg.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scholz. – Jetzt unser Gastgeber, Herr Windhorst, Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich werde nur kurz sprechen, denn Sie wissen ja: Die Dosis macht das Gift. Frau Schmidt hat wieder einmal gezeigt, dass das, was aus ihren Gesetzen resultiert, mit der Wirklichkeit nicht kompatibel ist. Sie hat keine neuen Antworten. Das habe ich auch nicht erwartet, denn das hätte sie ja bereits in das Gesetz schreiben können.

Ich finde es gut, wenn wir Kritik an dem üben, was dort abgemeiert und den Ärzten übergestülpt wird. Das lässt mich mittlerweile ziemlich kalt. Wir, die wir – jedenfalls zum Teil – schon viele Deutsche Ärztetage hinter uns gebracht haben und mittlerweile Profis sind, wissen: Sie kann es nicht, jedenfalls nicht so, dass sie die Versorgungswirklichkeit gesetzlich abbildet.

Ich bitte Sie ganz herzlich: Lesen Sie den Antrag I-2 des Vorstands der Bundesärztekammer, der auch mit meiner Stimme verfasst wurde. Nehmen Sie die Chancen wahr, die ein Deutscher Ärztetag bietet, nämlich gestalterisch tätig zu sein und nicht nur Kritik zu üben. Gestalten Sie dieses Papier mit, melden Sie sich bitte zu der Frage, was wir dort noch aufnehmen sollen. Äußern Sie sich bitte zur Finanzierung, zum Versicherungswesen, zur Wertschätzung ärztlicher Arbeit in Praxis und Krankenhaus, zu modernen Versorgungsstrategien.

Wir wollen jetzt gestalten und zeigen, wo es langgeht. Wir wollen schwarz auf weiß hinterlegen, wohin der Weg führt, wo wir unsere Zukunft sehen. Wir lassen uns nicht mehr vorführen! Nehmen Sie die Chance wahr, Sacharbeit ist angesagt.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Windhorst. – Jetzt bitte Frau Dr. Ende aus Hessen.

Dr. Ende, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Hoppe, vielleicht sollten Sie Frau Schmidt mit der nächsten Einladung auch das Programmheft zuschicken. Wäre das in diesem Jahr geschehen, hätte sie auf Seite 97 lesen können, dass sich der 99. Deutsche Ärztetag 1996 in Köln mit dem Thema „Das Wertebild der Ärzteschaft 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozess“ schwerpunktmäßig beschäftigt hat. Dem sind viele Diskussionen in den Landesärztekammern und mit vielen Gruppen vorangegangen.

Damit komme ich zu dem Thema, zu dem ich mich gemeldet habe. Wir Ärztinnen und Ärzte möchten Kranke behandeln, und dies nach allen Regeln der Kunst. Wahltarife in großer Zahl und mit völlig unübersehbaren Folgen für die Gesundheitslandschaft – sei es die Verschleppung von Krankheiten, seien es sogenannte Familienrezepte und Ähnliches – führen zur Entsolidarisierung innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen. Sie verstärken vor allem den Wettbewerb um die Gesunden. Ich frage mich, ob wir demnächst nur noch Gesundheitskassen haben.

Sie, Herr Präsident, haben heute eindrücklich klargemacht, dass es bei sogenannten Gesundheitsreformen nicht um die Gesundheit geht, wie wir Ärztinnen und Ärzte sie verstehen, um körperliches und seelisches Wohlergehen, sondern um Gesundheit als Produkt und Ware. Ist das der mündige Patient, den sich die Gesundheitspolitiker wünschen, der lässig an den Schaufenstern vorbeibummelt, die Angebote der Krankenkassen und der Leistungserbringer studiert, bevor er sich für seinen Tarif oder seine Leistung entscheidet?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen wir uns den Zynismus von Gesundheitspolitikern, die uns in den Auseinandersetzungen und den Demonstrationen gesagt haben, wir bekämen doch unsere Kunden frei Haus, nicht länger gefallen! Nutzen wir diesen Ärztetag, um unsere Rolle als zuverlässige Behandler und Begleiter von leidenden Menschen deutlich zu machen, von Menschen, die zu uns kommen, weil sie sich selbst nicht mehr helfen können. Dazu gehört meines Erachtens auch, dass wir uns entschieden gegen den Lauschangriff in ärztlichen Praxen und gegen die Einführung der E-Card in der jetzigen Form wenden. Damit vertreten wir sowohl unsere Interessen als auch die gemeinsamen Patienteninteressen.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Ende. – Als nächster Redner bitte noch einmal Herr Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Lieber Jörg! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz noch etwas zu den Mechanismen der Politik sagen. Die Politiker haben bislang immer noch relativ leichtes Spiel mit uns, indem sie auf der einen Seite das alte Spiel „Herrsche und teile“ praktizieren. Das funktioniert. Ich hoffe, dass wir als Bundesärztekammer als Vertreter der Landesärztekammern auf diesem Ärztetag dem Auftrag gerecht werden, alle Bereiche der Versorgung zusammenzuführen und keine Politik gegeneinander zu betreiben, sondern miteinander, dass wir uns nicht trennen lassen.

Die Politik hat weiterhin deshalb ein leichtes Spiel mit uns, weil sie uns noch immer am Nasenring vorführt. Die Aufarbeitung der Nazivergangenheit ist ein wichtiges Thema. Wenn mit dem Ausdruck der Empörung darüber berichtet wird, dass ein Funktionär mit einer enormen Nähe zum Naziregime in den 50er-Jahren das Bundesverdienstkreuz erhalten hat, kann ich nur sagen: Das Bundesverdienstkreuz hat er nicht von der Ärztekammer bekommen.

(Beifall)

Die Politik müsste sich selber fragen lassen, inwieweit sie ihre eigenen Probleme in dieser Beziehung aufarbeitet.

Viel wichtiger ist die Fragestellung: Wie konnte es überhaupt dazu kommen? Warum ist es so gelaufen? Wie kann man das prospektiv auch weiterhin verhüten?

Herr Hoppe hat in einem Beitrag für die Tagespresse erklärt, wir sollten den schwarzen Peter zurückgeben. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist mittlerweile als Mythos enttarnt. Der Kostentreiber Nummer eins im Gesundheitswesen ist der Staat. Ich erinnere an die 30 Milliarden Euro Mehrbelastung innerhalb von wenigen Jahren zulasten der GKV, zugunsten steuerfinanzierter Sozialversicherungen. Pro Jahr gibt es mindestens 3 Milliarden Euro Transferleistungen. Das ist ein Missbrauch der GKV-Gelder.

Wir müssen sie demaskieren im Zusammenhang mit dem Thema Betrug und Bestechung. Der größte Fall von Betrug im Sozialsystem hat eine Größenordnung von etwas mehr als 1 Milliarde DM. Das war der Betrug der Krankenkassen untereinander durch eine falsche Buchführung bei ihrer Versichertendatei, um über den alten Risikostrukturausgleich Gelder zu bekommen.

Am heutigen Tage hat Transparency International den ersten Sponsoringbericht des Bundesgesundheitsministeriums ins Netz gestellt. Er betrifft den Zeitraum vom 1. August bis zum 31. Dezember 2004. In diesem Zeitraum flossen circa

44 Millionen Euro zugunsten des Bundesgesundheitsministeriums, darunter 3,6 Millionen Euro für die Zigarettenindustrie für Präventionskampagnen bei Kinder und Jugendlichen.

Ich möchte Sie bitten, dieser Politik mit Nachdruck zu widerstehen, sich dagegen zu wehren und uns bei unserem Kampf zu helfen. Ich bitte Sie, nicht nur dem Antrag I-2 Ihre Zustimmung zu geben, sondern auch aktiv mitzuarbeiten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Dann darf ich gleich den Tagesordnungspunkt I b als aufgerufen betrachten. Ich bitte Sie, die Strategie, die wir im Antrag I-2 zumindest in Form von Überschriften und Stichworten dargelegt haben, mit in die Diskussion einzubeziehen. Wer sich dazu melden möchte und bisher gewartet hat, möge nun seine Wortmeldung abgeben. Wenn Sie zum Antrag I-3 etwas sagen möchten, dann melden Sie sich bitte ebenfalls jetzt zu Wort.

Wir fahren in der Rednerliste fort. Der nächste Redner ist Herr Dr. Burmeister aus Niedersachsen. Bitte schön.

Dr. Burmeister, Niedersachsen: Herr Präsident! Sehr geehrte Versammlung! Ich konnte mich heute nicht mehr über die Frau Ministerin aufregen. Der einzige Unterschied zwischen der Frau Bundesministerin und einem Dachdecker besteht darin, dass der Dachdecker seinen Beruf erlernt hat; Politiker werden ernannt. Das ist die einzige Kaste in Deutschland, bei deren Ausbildung keine Qualitätssicherung stattfindet. Wir sollten nicht mehr länger darauf hoffen, dass uns die Politik eine Lösung unserer Probleme bietet.

Als relativ junger Delegierter bin ich etwas erstaunt, wie friedlich die Stimmung im Jahre 1 nach den großen Ärzteprotesten hier ist. Im letzten Jahr waren in Berlin über 30 000 Kolleginnen und Kollegen auf den Straßen; hier hat man den Eindruck, es handelt sich um eine Kleinaktionärsversammlung, auf der business as usual betrieben wird. Ich hoffe, dass dieser Ärztetag es schafft, ein Signal nach außen zu geben, dass wir Ärzte aus der Staatsmedizin herauswollen, dass wir aus der staatlichen Bevormundung herauswollen.

(Beifall)

Wenn Frau Schmidt von einer leuchtenden ärztlichen Zukunft spricht, kann ich darüber nur lachen. Das soll sie einmal denjenigen Kollegen erzählen, die auf

der Fähre von Kiel nach Oslo sitzen und ihre Auswanderung nach Skandinavien beschlossen haben. Diese Kollegen haben die Nase voll von überbordender staatlicher Bevormundung. Sie möchten – dazu gehöre auch ich – als Arzt arbeiten. Ich möchte eine Pillenpackung verschreiben, ohne an den Preis zu denken. Ich möchte das verordnen, was der Patient benötigt. Ich möchte letztendlich auch, weil ich eine Familie zu ernähren habe, zu Beginn meiner Arbeit wissen, was ich für sie erhalte. Dann kann ich Qualität auch finanzieren, dann kann ich dazu beitragen, dass das Gesundheitssystem für die Patienten gut bleibt.

Unsere Körperschaften, die wir bezahlen, müssen sich langsam entscheiden: Sollen sie eine Ärztegewerkschaft sein oder sollen sie weiterhin politische Erfüllungsbehörden sein, die uns Ärzten vorschreiben, was wir zu tun und zu lassen haben? Ich erwähne hier nur den Begriff des arztindividuellen Regelleistungsvolumens. Das werden die Kollegen in der Niederlassung mitgeteilt bekommen und am 30. November 2008 wird ihnen gesagt, was sie verdienen dürfen. Wenn ich daran denke, habe ich nicht das Gefühl, dass ich in Deutschland als Arzt eine Zukunft habe, dass ich als Unternehmer meinen Angestellten, den von mir abhängigen Menschen, eine gute Zukunft bieten kann. Letztendlich kann ich unter solchen Voraussetzungen die Patienten nicht mehr versorgen.

Diese Erkenntnis sollten wir nach außen kommunizieren. Ich hoffe, dass dieser Ärztetag dazu beitragen kann.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Wenn wir jetzt auf die Straße gingen, wären wir natürlich völlig anders. Aber jetzt sind wir hier der Ärztetag. Da geht es etwas gesitteter zu. Deswegen werden wir gute Beschlüsse fassen, mit denen wir anschließend auf die Straße gehen können, wenn wir das möchten. – Als nächster Redner Herr Kollege von Ascheraden aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es wurde zu Recht gesagt, dass Ulla Schmidt einer inhaltlichen Diskussion über ihr Gesetzeswerk völlig ausgewichen ist. Wenn man mit Politikern spricht, hört man von der einen Seite immer wieder, dass die Hälfte dessen, was sie beschlossen haben, auch bei ihnen unbeliebt ist, das heißt, von der anderen Seite zu verantworten ist. Der Schluss, den man daraus ziehen muss, lautet: An sich wird dieses Gesetz von denen, die es initiiert haben, als

nicht langfristig bestehend eingeschätzt. Sie haben es jetzt halt hingestoppelt und müssen nun sehen, was dabei herauskommt.

Es ist absehbar, dass das Kernstück dieses Gesetzes, nämlich der Gesundheitsfonds, durchaus nicht mit solcher Sicherheit im Jahre 2009 kommt, wie das im Augenblick behauptet wird. 2009 ist ein Wahljahr. Es ist auch nicht zu erwarten, dass die Große Koalition fortgesetzt wird.

Deshalb haben wir jetzt vielleicht die einmalige Chance, im Hinblick auf die zukünftige Gesetzgebung, die etwa ab 2010 zu erwarten ist, eine Strategiediskussion zu führen, und zwar nicht nur hier. Wir müssen sie hier zwar initiieren, aber sie muss an der Basis der Ärzteschaft breit geführt werden.

Wir müssen in diesen Diskussions- und Aktionsprozess auch die Energie des vergangenen Jahres mitnehmen, damit wir besser vorbereitet sind und besser aufgestellt sind als beim letzten Gesetz, als wir letztlich nichts mehr bewegen konnten.

Ich meine, diese Botschaft muss von diesem Ärztetag ausgehen: Wir brechen heute und nicht erst im nächsten oder übernächsten Jahr auf, mit einer Strategiediskussion. Wir tragen sie in die Basis. Von dort müssen die Ergebnisse zurückkommen. Daraus müssen gemeinsame Aktionen folgen.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr von Ascheraden. – Jetzt Herr Holzborn aus Nordrhein.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Bei manchen meiner Vorredner habe ich das Gefühl: In einer Oase wird gekläfft, aber die Karawane zieht weiter. Das war schon immer so, das wird auch weiterhin wohl so sein. Sie finden in Ihren Unterlagen die neueste Ausgabe des „Deutschen Ärzteblatts“. Das ist die Nummer 19. Dort finden Sie auf Seite 1272 eine Meldung über den Teststart der Gesundheitskarte in Bochum. Ich möchte diesen Artikel nicht unkommentiert lassen. Ich denke, der Herausgeber des „Deutschen Ärzteblatts“, also auch die Bundesärztekammer, sollte sorgfältiger auf das achten, was die Ärzte dazu sagen, und nicht einfach weiterhin Parolen ausgeben. Dort steht:

> *Als erste freiwillige Anwendung wird der Notfalldatensatz getestet.*

Das ist mittlerweile das Argument, mit dem die Bevölkerung eingewickelt werden soll, wie wichtig doch die Karte sei. In Ärztekreisen ist aber von den Notärz-

ten bis hin zu den Krankenhausärzten erkannt worden, dass diese Anwendung nicht viel Geld bringt und manchmal auch unpraktikabel ist. Deswegen wird sie nur ein ganz kleiner Teil dessen sein, was hinterher bewirkt werden soll.

Ferner ist dort zu lesen:

> *Nach erfolgreichem Verlauf in Bochum und in den übrigen sechs Testregionen sollen die Tests auf das Essener Stadtgebiet ausgedehnt werden.*

Die Essener Ärzte haben in einer Vollversammlung erklärt, dass sie dies nicht tun wollen. Ich finde, es wäre richtig gewesen, in einem solchen, wenn auch kurzen redaktionellen Beitrag darauf hinzuweisen.

Über die E-Health-Karte werden wir weiter diskutieren. Wer gestern Abend bzw. heute Morgen die Gelegenheit hatte, im ZDF ein sehr, sehr interessantes Fernsehspiel zu biometrischen Daten im Reisepass und zu implantierbaren Datenchips zu sehen, wird sich sicherlich ein paar andere Gedanken machen. Das dürfte sich durch die E-Health-Karte und die damit verbundenen Möglichkeiten noch potenzieren.

Ich kann nur darauf hinweisen: Wir sollten sehr, sehr sorgfältig mit diesem Gebiet umgehen und sehr aufmerksam sein.

Im Übrigen bin ich von Kollegen, die nicht hier sind, beauftragt worden, die Frage zu stellen, wie weit der IT-Konzern Siemens bei der Meinungsbildung zur Einführung der Karte mit Zahlungen nachgeholfen hat.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich kann es nicht beantworten; vielleicht jemand anders. – Der nächste Redner ist Herr Handrock aus Berlin. Bitte schön.

Dr. Handrock, Berlin: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Gesundheitsmarkt ist ein Zukunftsmarkt; das ist etwas, was bei Herrn Professor Hoppe wohl im Hintergrund stand bei dem Zitat des Gesundheitsökonomen, der die Realität im Krankenhaus beschrieben hat. Der Gesundheitsmarkt ist ein Zukunftsmarkt, weil er viel Profit verspricht. Das ist etwas, was in den letzten Jahren immer deutlicher wurde. Wir erleben einen Paradigmenwechsel: Bisher wurde das Zentrum von Patienten gebildet, jetzt vom Profit. Dabei geht es nicht um den Profit für niedergelas-

sene Ärzte, sondern für Shareholder in einem Gesundheitssystem, das sich letztendlich nicht um die Gesundheit kümmert, sondern nur um das Wohlergehen der eigenen Fonds.

Ich denke, das ist eine Entwicklung, die wir als Ärzte nicht dulden können. Wir werden in diesem System als Facharbeiter für Gesundheitstechnik instrumentalisiert. Unsere urärztliche Eigenschaft, die Beziehung zum Patienten zu pflegen, wird atomisiert. Wir werden in unseren Tätigkeiten zerstückelt. Vom ärztlichen Beruf bleibt da nichts mehr übrig.

Dagegen müssen wir uns wehren. Wir müssen vom Verhandelten zum Verhandler werden. Wir dürfen uns diese Dinge nicht mehr gefallen lassen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt bitte Herr Dr. Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe heute Vormittag etwas sehr Positives gehört, auf das ich eingehen möchte. Nach der Verleihung der Paracelsus-Medaille hat der geehrte Kollege Müller-Oerlinghausen den leidenschaftlichen Appell an uns gerichtet, dass wir uns des Einflusses von „Big Pharma“, wie er es nannte, bewusst sein sollten, dass wir uns für eine freie Forschung engagieren sollen und von daher wieder verlässliche Aussagen für die Behandlung unserer Patienten machen können. Wir haben – ohne Absprache mit dem Kollegen Müller-Oerlinghausen – einen Antrag in diese Richtung vorbereitet. Wir werden ihn aber nicht unter Tagesordnungspunkt I einbringen, sondern unter Tagesordnungspunkt V, Versorgungsforschung. Wir sollten uns neue Leitlinien geben. Von der Versorgungsforschung werden entsprechende Vorgaben kommen.

Jetzt habe ich noch eine Bitte an die Technik. Wenn ich hier unten stehe, sehe ich immer jugendliche Redner zum Rednerpult eilen. Wenn ich das auf der Leinwand betrachte, altern sie mindestens um zehn Jahre. Das ist für das Bild der deutschen Ärzteschaft in der Öffentlichkeit abträglich. Vielleicht könnte das durch die Technik geändert werden.

Danke schön.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Hier kann man also nicht vom tatsächlichen Alter einerseits und dem gefühlten Alter andererseits sprechen, sondern vom tatsächlichen Alter einerseits und dem abgebildeten Alter andererseits. Die Technik wird tun, was möglich ist. – Als nächster Redner bitte Herr Schimanke aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte ausdrücklich in die Kerbe des Kollegen Windhorst schlagen und Sie bitten, sich nachdrücklich mit dem Antrag I-2 zu befassen. Wenn Sie sich den Anhang zu diesem Anhang anschauen, werden Sie sehen, dass es sich um Themen handelt, die wir alle auf vergangenen Ärztetagen bearbeitet haben, zu denen es Entschließungen gibt, die klar und eindeutig sind. Sie finden einen großen Teil der Themen sogar in unserem „Blauen Papier“ wieder.

Welches ist die Ursache dafür, dass wir uns erneut damit befassen müssen? Das liegt daran, dass unsere Forderungen, die eindeutig und klar auf dem Tisch liegen, nicht medienwirksam widergespiegelt werden, dass sie nicht in den Medien auftauchen. Schauen Sie in die „Bild“-Zeitung von heute, schauen Sie in die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ von gestern. In der „Bild“-Zeitung werden Sie – „präzise“ wie immer – die Schlagzeile finden: „Propaganda-TV im Wartezimmer“. In der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ von gestern können Sie lesen, dass angebliche Fehlinformationen durch Propaganda im Wartezimmer aufgedeckt werden sollen.

Wir müssen eine bessere Öffentlichkeitsarbeit leisten. Wir müssen in den Medien mit unseren Forderungen präsenter sein. Wir müssen unsere Patienten dazu motivieren, für uns einzutreten. Die meisten Patienten tun dies ohne Weiteres. Dazu braucht man gar keine Umfragen zu starten. Wenn wir dies tun, wird es diskreditiert. Das muss also mit dem nötigen Fingerspitzengefühl erfolgen.

Ich plädiere ausdrücklich für eine sehr vorsichtige, aber effektvolle Medienarbeit mit unseren Patienten. Das ist mein Anliegen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich darf vielleicht kurz erklären: Die Medien sind nur an dem interessiert, was neu und aktuell ist. Wenn man ihnen sagt, sie sollten einen Blick in das „Blaue Papier“ von 1994 werfen, gucken sie einen an, als käme man vom Mond. Man muss immer wieder diese

Themen neu bearbeiten. Das ist auch deshalb notwendig, weil es neue Bedingungen gibt, weil sich die Gesetzessituation verändert.

Für mich sind die Menetekel-Gesetze der letzten Zeit das Gesetz von 1993 unter der Ära von Herrn Seehofer, mit dem die Niederlassungsfreiheit verändert wurde, das Gesetz von 2000, mit dem die DRGs im Krankenhaus eingeführt wurden, das Gesetz von 2004, mit dem die Versorgungszentren eingeführt wurden und die Selbstverwaltung von einer gestaltenden Selbstverwaltung zu einer pur ausführenden Selbstverwaltung verändert wurde. Das sind diejenigen Themen, welche die Patient-Arzt-Beziehung betreffen, aber unter völlig neuen Kautelen und Außenbedingungen. Wir müssen diese Themen neu bearbeiten. Das ist einfach so.

Auch wenn wir uns heute um das Thema der Neuordnung der ärztlichen Ausbildung kümmern würden, sähe das ganz anders aus als auf der letzten Veranstaltung, bei der wir über das Thema Approbationsordnung diskutiert haben.

Wir haben Sie ja gebeten, uns Themen zu nennen, die Sie für wichtig halten. Manche liefern auch bereits ganze Texte. Es geht darum, möglichst früh eine umfangreiche Stoffsammlung zu haben, aus der heraus wir ein Konzept entwickeln können, das ganz modernisiert die heutige Position der Ärzteschaft für den Ärztetag in Ulm verdeutlicht. Es geht dann darum, die Istsituation darzustellen und defizitäre Situationen zu beleuchten, um daraus abzuleiten, was die Politik tun kann.

So ist es gemeint. Sie sind sicher bereit, daran intensiv mitzuwirken. Herzlichen Dank.

Die nächste Rednerin ist Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg. Bitte schön.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn Sie heute die „Westfälischen Nachrichten“ lesen, wissen Sie, was Frau Ministerin Ulla Schmidt von unseren Protesten hält. Sie erklärt dort:

> *Proteste im Rahmen der Gesundheitspolitik haben gezeigt, dass es häufig nur um Polemik, Machtpoker und Eigeninteressen ging. Verschlechterung der Versorgung bringt diese Reform nicht.*

Meine Damen und Herren, wir haben unsere Praxen nicht deshalb geschlossen, um uns auch heute wieder so diffamierend darstellen zu lassen.

(Beifall)

Die Rede von Frau Ministerin Schmidt mit der vorherigen Preisverleihung war von ihrer Pressestelle perfekt inszeniert. Ich sage Ihnen schon jetzt – Sie werden es heute Abend bestätigt sehen –: In den Medien wird im Zusammenhang mit dem Deutschen Ärztetag von der Kindergesundheit und der Nazivergangenheit von Ärzten die Rede sein. Das, weshalb wir hier versammelt sind und um das es uns geht, wird unter den Tisch fallen. Dazu hat Frau Schmidt ja auch kaum Stellung bezogen.

Herr Professor Hoppe, mich fasziniert seit Jahren – ich bin seit Jahren dabei – Ihre subtile Analyse. Sie ist immer wieder faszinierend. Sie bekommen ja auch gerade deswegen stehenden Beifall. Nur: Die Konsequenz fehlt. Einer meiner Vorredner meinte, das Alter derer, die hier reden, sei vielleicht ein wenig hoch. Dazu meine ich: Wir haben die Verpflichtung, hier für die Jungen zu stehen, Herr Montgomery, nicht nur für die Hausärzte, die nicht vorhanden sind, sondern auch für die Fachärzte, für die flächendeckende wohnortnahe hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

(Beifall)

Herr Professor Hoppe, Sie haben gesagt, unsere PR-Arbeit müsse verbessert werden. Das ist richtig. Ich kenne keine Presseabteilung und kein Ministerium, deren bzw. dessen PR-Arbeit so gut ist – ich sage ganz bewusst: so infam gut ist – wie jene des Gesundheitsministeriums.

Ich bin eine der Gründerinnen des MEDI-Verbunds. Wir haben in Württemberg schon lange in den Praxen die Zeitschrift „MEDI für Sie“ ausliegen. Da tun wir das, was Sie möchten. Wir können uns da gern mit einbringen, und zwar hinsichtlich der Patientenaufklärung vor Ort, in den Praxen.

Was Ihren Freiheitskampf angeht, den Sie uns empfehlen: Wir müssen ihn endlich führen. Es werden immer viele Reden geschwungen, aber es passiert nichts. Frau Schmidt überholt uns wieder mit solchen Nachrichten.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz begegnet schweren verfassungsrechtlichen Bedenken. Jeder, der sich die Mühe macht, diese 580 Seiten zu lesen, und jeder, der weiß, wie dieses Gesetz zustande gekommen ist, nämlich dass die letzten 80 Anträge den Abgeordneten erst am späten Abend vor der Abstimmung vorlagen, weiß, dass diese verfassungsrechtlichen Bedenken nicht gewürdigt wurden und weiterhin bestehen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schauen Sie bitte ein bisschen auf die Zeit.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Ich bin fast fertig. Ich spreche hier zwar selten, aber nun stehe ich hier.

(Heiterkeit – Beifall)

Der Freiheitskampf hat etwas mit meiner Würde als einer selbstständigen Ärztin zu tun. Das ist der beste Schutz für den Patienten. Mich wundert, dass Sie heute Morgen alle so ruhig waren; ich kann es kaum aushalten, wenn die Frau Ministerin spricht.

Der neue EBM bildet nicht das ab, was sich in unseren Praxen abspielt. Das Morbiditätsrisiko wird weiterhin allein bei uns verbleiben. Lesen Sie bitte, was dort steht!

Meine Damen und Herren, zum Freiheitskampf gehört auch, dass wir darüber nachdenken, die Kostenerstattung und den Ausstieg aus dem System zu realisieren, wenn es denn nicht anders geht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Da Sie so selten kommen, haben wir ein paar Prozent zugegeben. – Als nächster Redner bitte Herr Dr. Brunngraber aus Niedersachsen.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte – vielleicht etwas provokativ – sagen: Es gibt Betrugsvorwürfe; ich möchte uns einen Selbstbetrugsvorwurf nicht ersparen. Wir würden uns selber betrügen, wenn wir bei der Einführung der E-Card in unseren Praxen irgendeinen primärärztlichen Nutzen erkennen würden. Wir haben alle sehr viel Geld in die Ausstattung, auch die EDV-mäßige Ausstattung unserer Praxen gesteckt. Es ist überhaupt nicht einzusehen, warum man bei den positiven Argumenten für die Einführung von Telematiksystemen die E-Card als für uns nützlich ansieht. Ich denke, die Russen hätten den Amerikanern während der Kubakrise gefährliche Überflüge ersparen können, wenn sie selber Fotos von ihren Raketenbasen gemacht und diese den Amerikanern zur Verfügung gestellt hätten.

Ich finde, hier geht es um die Aufgabe von Souveränität. Ich möchte nicht, dass wir diese Frage nach dem Motto „Das kommt sowieso, daran können wir nichts ändern“ betrachten. Wenn das unsere Haltung sein sollte, können wir sowieso gleich einpacken. Ich bitte Sie, in den Wandelgängen, im Foyer und sonst wo

über dieses Projekt unserer Unterjochung und des Nasenrings, an dem man uns durch die Manege zieht, nachzudenken. Ich halte Diskussionen mit der Ministerin für sowieso sinnlos. Wir haben die große Chance, geschlossen aufzutreten und als Ärzte zu erklären: Wir bewahren das Patientengeheimnis. Diese Telematikfragen betreffen in großem Umfang unsere ärztliche Souveränität.

Erlauben Sie mir zum Schluss eine Bemerkung als ein seit 15 Jahren ehrenamtlich für die Ärzte am Sozialgericht tätiger beisitzender Richter. Wenn Frau Schmidt immer sagt, der Gesetzgeber tut dieses und jenes, dann ist das in meinen Augen eine verfassungsrechtlich hohnsprechende Darstellung. Sie hat die Gewaltenteilung entweder nicht kapiert oder sie ist für sie eine lächerliche Farce. Der Abgeordnete wird durch Vorlagen der Ministerialbürokratie überfordert. Nachher heißt es, der Gesetzgeber habe dies ja getan. Mir sind aus den letzten Jahren keine großen Gesetzesvorhaben bekannt, die aus dem Parlament kamen. Weisen Sie dies bitte als eine dümmliche und unsere Verfassung verhöhnende Propaganda zurück, wenn erklärt wird, der Gesetzgeber habe es ja getan. Der Gesetzgeber ist eine Handpuppe; die Hand gehört Ulla Schmidt.

Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Lipp aus Sachsen.

Dr. Lipp, Sachsen: Meine Damen und Herren! Ich bekenne, dass ich ein bisschen genervt bin. An jedem Ärztetag vollzieht sich dasselbe: Die Ministerin diffamiert uns in der Öffentlichkeit. Dann stehen wir anschließend da und lecken unsere Wunden. Ich komme mir vor wie in einer Meute von Hunden, die kläffen und ihre Wunden lecken. Es passiert eigentlich nichts Richtiges, weil die Ministerin, wie es vorhin bereits ausgeführt wurde, eine effektive Werbe- und Marketingabteilung hat.

Es kann doch nicht so weitergehen, dass wir immer nur reagieren. Wir wissen doch, wie es auch im nächsten Jahr ablaufen wird. Wir sollten endlich die Tatsache berücksichtigen: Wer nicht wirbt, stirbt. Wir Ärzte müssen nunmehr für unsere Akzeptanz werben. Wir sollten diesen Aspekt von einer Marketingabteilung, von einem Marketingfachmann bearbeiten lassen. Ich erinnere an Herrn Hoover vom FBI, der das systematisch aufgebaut und in wenigen Jahren alles in der Hand hatte.

Wir brauchen einen Marketingexperten, der die Abteilung „Attacke“ richtig in der Hand hat, der richtig agiert und nicht nur reagiert, der bereits im Vorfeld ent-

sprechende Strategien entwickelt. Eine solche Abteilung brauchen wir, um Frau Schmidt und anderen entgegenzuwirken.

Wir können, wenn wir auf dem Deutschen Ärztetag irgendwelche braven Beschlüsse fassen, nicht mit Frau Schmidt mithalten. Das haben wir doch inzwischen gemerkt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das war die letzte Wortmeldung zum Tagesordnungspunkt I.

Damit können wir zu den Abstimmungen kommen. Ich rufe zunächst den **Antrag I-1** auf. Ich hoffe, Sie hatten alle Zeit, ihn zu lesen. Zum Vorlesen ist er zu lang. Es gibt zu diesem Antrag keine Änderungsanträge und keinen Geschäftsordnungsantrag. Ich kann also gleich fragen: Wer möchte dem Antrag I-1 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist bei ganz wenigen Gegenstimmen und einer Enthaltung **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-2,** der den Auftrag erteilt, mit dem Material, das wir von Ihnen bzw. aus den Landesärztekammern erwarten, eine entsprechende Vorbereitung für Ulm zu treffen und einen Text zu erarbeiten. Das soll nur eine Anregung und keine abschließende Aufzählung sein. Wer stimmt dem Antrag I-2 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Das ist für uns ein klarer Auftrag. Wir freuen uns auf den Input.

Wir kommen zum **Antrag I-3** betreffend die Patientenverfügung im Betreuungsrecht. Dieser Antrag weist auf unsere guten Papiere zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 und zum Umgang mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten aus diesem Jahr hin. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-4** von Frau Kollegin Köhler aus Brandenburg. Liegt Ihnen dieser Antrag vor? – Gut. Dann muss ich ihn nicht verlesen. Wir betrachten diesen Antrag ein bisschen als Material für die Ausarbeitung für Ulm im nächsten Jahr. Dasselbe gilt nachher für den Antrag I-5. Wer ist für die Annahme des Antrags I-4? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag I-5** von Frau Haus.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung sprechen? – Formal. Wer stimmt für die Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Damit ist der **Antrag an den Vorstand überwiesen.** Damit ist dieser Antrag als Material voll eingebracht und wird uns bereichern.

Damit ist der Tagesordnungspunkt I abgeschlossen. Der Tagesordnungspunkt II kann heute nicht aufgerufen werden, weil wir dazu morgen geladene Gäste erwarten, die auch als Referenten tätig sind. Dasselbe gilt für die Tagesordnungspunkte III und IV.

Wir haben Zeit bis 18 Uhr. Jetzt ist es 17.05 Uhr. Es ist die Frage, ob wir ein so delikates Thema wie die (Muster-)Weiterbildungsordnung jetzt aufrufen sollten. Das wäre möglich; Herr Dr. Koch ist in der Lage, die Einführung dazu zu geben. Wenn wir damit heute nicht fertig werden, müssen wir es unterbrechen und vertagen. Das ist bei diesem Tagesordnungspunkt nicht risikolos. Das möchte ich gleich hinzufügen.

Entscheiden Sie bitte, wie Sie verfahren möchten. Möchten Sie diesen Tagesordnungspunkt heute lieber noch beginnen und bis 18 Uhr diskutieren, oder möchten Sie für heute Schluss machen? Auch das können wir uns leisten. Für diesen Fall hätten Sie Zeit, alles, was Sie sich heute vorgenommen haben, um eine knappe Stunde zu verlängern.

Ich frage also: Wer möchte heute noch den Tagesordnungspunkt Allgemeinmedizin/Innere Medizin aufrufen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die eindeutige Mehrheit.

Dann machen wir für heute Schluss. Ich bedanke mich herzlich bei Ihnen und wünsche Ihnen einen schönen Rest des Nachmittags und einen schönen Abend. Seien Sie bitte morgen früh um 9 Uhr s. t. wieder hier.

2. Tag: Mittwoch, 16. Mai 2007
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Ich eröffne den zweiten Tag des 110. Deutschen Ärztetages in Münster und hoffe sehr, dass Sie sich gestern Abend wohlgefühlt haben und dass es Ihnen so geht, dass Sie heute Morgen voll bei der Sache sein können. Bei uns ist das jedenfalls der Fall.

Wir haben heute einen spannenden Tag vor uns, weil es sich um ganz wichtige Themen handelt, welche die Öffentlichkeit sehr interessieren, weil sie nicht nur die ärztliche Innenpolitik betreffen, sondern die Gesamtgesellschaft.

Es geht zum einen um ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation und zum anderen um die Kindergesundheit.

Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, begrüße ich zunächst zwei besondere Gäste, die uns die Ehre ihrer Anwesenheit geben. Zum einen handelt es sich um den Präsidenten des Weltärztebunds, Herrn Dr. Arumugam aus Kuala Lumpur (Malaysia).

(Beifall)

An seiner Seite begrüße ich den Herrn Generalsekretär des Weltärztebunds, Herrn Dr. Otmar Kloiber, den wir gut kennen, weil er von uns nach Genf gegangen ist, um dort dem Weltärztebund als Generalsekretär zu dienen, was er mit riesigem Erfolg tut.

(Beifall)

Nach dieser Begrüßung übergebe ich den Vorsitz zum Thema „Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation“ an unseren Vizepräsidenten Dr. Crusius. Er ist Mitglied der Ständigen Kommission „Organtransplantation“. Er wird uns durch diesen Tagesordnungspunkt geleiten. Bitte schön, Andreas Crusius.

Vizepräsident Dr. Crusius: Auch von mir einen wunderschönen guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Sie haben einen Organspendeausweis auf Ihren Tischen liegen sowie einen Flyer des Universitätsklinikums Münster, mit dem darüber informiert wird, wie man dort die Transplantation und die Organspende betrachtet und sich engagiert.

Ich rufe damit den **Tagesordnungspunkt II** auf:

Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation

Dabei handelt es sich um ein Thema, das in Ärzteschaft wie allgemeiner Öffentlichkeit hohe Beachtung findet. Der äußere Rahmen wird zum einen durch das zehnjährige Bestehen des Transplantationsgesetzes und zum anderen durch die kürzlich erfolgte Stellungnahme des Nationalen Ethikrats „Die Zahl der Organspenden erhöhen“ gebildet. Zudem beschäftigt der Entwurf eines Gewebegesetzes, der kurz vor der Verabschiedung steht – unser Präsident hat gestern darüber berichtet; Sie denken an die Keimzellen –, die Fachöffentlichkeit erheblich. Welche Zusammenhänge hier bestehen und wie sich der Diskussionsstand generell zum Transplantationsrecht darstellt, werden uns unter anderem die beiden Referenten zu diesem Tagesordnungspunkt darlegen.

Ich darf Ihnen dazu Herrn Professor Dr. jur. Hans Lilie, Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht sowie Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Zentrums Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, vorstellen. Er ist darüber hinaus Vorsitzender der Ständigen Kommission „Organtransplantation“ der Bundesärztekammer.

(Beifall)

An dieser Stelle sei mir erlaubt, den stellvertretenden Vorsitzenden der Ständigen Kommission „Organtransplantation“ der Bundesärztekammer, den Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Dr. Karsten Vilmar, herzlich zu begrüßen.

(Beifall)

Als zweiten Referenten, liebe Kolleginnen und Kollegen, darf ich Ihnen Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth und gleichzeitig Leiter des Transplantationszentrums am Klinikum Augsburg und ebenfalls Mitglied der Ständigen Kommission „Organtransplantation“ der Bundesärztekammer sowie Mitglied des Nationalen Ethikrats, vorstellen.

(Beifall)

Nach den beiden Referaten wird uns Herr Dr. Peter Liese als Mitglied des Europäischen Parlaments in einem ergänzenden Wortbeitrag eine Übersicht zu den europäischen Perspektiven der Transplantationsmedizin geben. Herzlich willkommen, Herr Liese!

(Beifall)

Doch zunächst freuen wir uns, dass zu diesem Punkt neben den sehr ausgewiesenen Vortragenden auch die Spitzenrepräsentanten unserer Vertragspartner und namhafte Vertreter wichtiger Verbände und Institutionen in der Transplantationsmedizin zu uns gekommen sind. Als Vertreter des BMG begrüße ich Herrn Ministerialdirigenten Dr. Volker Grigutsch. Er leitet die Unterabteilung 31 – Gesundheitsvorsorge, Berufe im Gesundheitswesen und Biomedizin. Herzlich willkommen!

(Beifall)

Von der Stiftung Eurotransplant ist deren Präsident, Herr Privatdozent Dr. med. Bruno Michael Meiser, zu uns gekommen, ebenfalls der Ärztliche Direktor von Eurotransplant, Herr Dr. Axel Rahmel. Herzlich willkommen, meine Herren!

(Beifall)

Für die Deutsche Stiftung Organtransplantation nimmt Herr Professor Dr. med. Günter Kirste als deren ärztlicher Vorstand und für die Deutsche Transplantationsgesellschaft deren 1. Vorsitzender, Herr Professor Dr. Uwe Heemann, sowie Herr Professor Krämer teil. Herzlich willkommen, meine Herren!

(Beifall)

Als Lokalmatadoren in der Transplantationsmedizin in Münster darf ich Herrn Professor Senninger herzlich begrüßen.

(Beifall)

Besonders freue ich mich, dass auch Herr Ulrich Boltz als Betroffener und Stellvertretender Vorsitzender des Bundes der Organtransplantierten und Vertreter des Patientenforums heute zu uns gekommen ist.

(Beifall)

Ich begrüße ebenfalls die 1. Vorsitzende der Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e. V., Frau Jutta Riemer. Herzlich willkommen, Frau Riemer!

(Beifall)

Zudem freue ich mich, den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Herrn Professor Dr. med. Dr. h. c. Peter Scriba willkommen zu heißen. Der Beirat zeichnet nicht nur für die Richtlinien zum Hirntod verantwortlich, sondern hat auch zahlreiche Richtlinien zur Gewebetransplantation erarbeitet. Herzlich willkommen, Herr Professor Scriba!

(Beifall)

Meine Damen und Herren, ich schlage vor, dass wir zunächst die Referate nacheinander hören und anschließend den Tagesordnungspunkt insgesamt diskutieren und die Anträge behandeln. Wenn Sie damit einverstanden sind, werden wir so verfahren. Ich denke, das ist dem Thema gebührend.

Zunächst spricht zum Tagesordnungspunkt II a „10 Jahre Transplantationsgesetz – Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung?“ Herr Professor Dr. jur. Lilie. Herr Professor Lilie, das Mikrofon gehört Ihnen.

Prof. Dr. Lilie, Referent: Herr Präsident! Herr Vorsitzender! Sehr verehrter, lieber Herr Windhorst! Meine sehr verehrten Damen! Meine sehr geehrten Herren! Der Präsident der Bundesärztekammer hat gestern in seiner Eröffnungsrede ein Zitat meines Vortrags praktisch vorweggenommen. Was kein Wunder ist: Es stammt aus der vorletzten Ausgabe des „Deutschen Ärzteblatts“. Dort hieß es, dass der Befund so einfach wie erschreckend sei: Jeden Tag sterben in Deutschland drei Menschen an akutem „Organspende-Versagen“. Daher halte ich es für besonders wichtig und glücklich, dass Sie dieses Thema in Münster auf die Tagesordnung genommen haben und debattieren wollen, wie die Zukunft der Organspende in Deutschland aussehen soll.

Wir haben mit dem Transplantationsgesetz heute eine 25-jährige Debatte und ein umfangreiches Gesetzgebungsverfahren hinter uns. Zuvor hatte die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationszentren schon 1987 die Notwendigkeit gesehen, für die Transplantationsmedizin einen normativen Rahmen zu schaffen. Es gab damals einen freiwilligen Kodex des ärztlichen Berufsrechts, in dem die medizinischen, ethischen und juristischen Prinzipien für die damals bekannten Formen der Organtransplantation festgeschrieben sind.

Es war ein glücklicher Zufall, dass der große Chirurg Rudolf Pichlmayr gemeinsam mit seinem juristischen Freund Hans-Ludwig Schreiber der Ärzteschaft Kriterien an die Hand gegeben hat, damit Prinzipien für die Organtransplantation auch ohne Gesetz geregelt worden sind. So ist damals die erweiterte Zustimmungslösung auf berufsrechtlicher Ebene vereinbart worden.

Gleichwohl blieb die Ärzteschaft nicht ruhig. Die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung wurde immer lauter und immer intensiver, sodass in einer Reihe von Entwürfen ein Gesetzgebungsverfahren für das Transplantationsgesetz in Gang kam. Am 1. Dezember 1997 ist nach einer sehr schwierigen und sehr komplizierten Debatte das Transplantationsgesetz in Kraft getreten.

In der „Zeit“ der vergangenen Woche stand, das Transplantationsgesetz habe „mehr Rechtssicherheit, aber nicht mehr Organe“ für die wartenden Patienten

geschaffen. Ich möchte diese Aussage etwas präzisieren: Trotz aller heute noch offenen Fragen haben wir vielleicht genug Rechtssicherheit, aber nicht genug Organe. Trotz der langen Debatte und der fehlenden spezialgesetzlichen Regelung sind wir zu einem Rechtszustand gekommen, welcher der Transplantationsmedizin den notwendigen Rahmen gegeben hat.

Gleichwohl stehen auf den Wartelisten 12 000 Patienten. Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, deren Leben zu retten und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Ziel unserer heutigen Diskussion könnte es deshalb sein, einen Konsens darüber zu erzielen, ob der Gesetzgeber einschreiten muss oder soll, um Patienten auf den Wartelisten effektiv zu helfen, oder ob andere Lösungen erfolgversprechender sind. Ich möchte am Anfang meines Vortrags gleich eines betonen: § 11 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes lautet:

> *Die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit.*

Dieser Satz wird bislang in der politischen Debatte viel zu wenig berücksichtigt. Diese Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation soll dazu dienen, alle Kräfte zu bündeln, um den Segen für die Patienten zu erzielen. Wir sollten verhindern, singulären Interessen nachzugeben.

Trotz aller Debatten ist die Zahl der Organspenden in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Das sollten wir wissen. Gleichwohl sind die Spannen immer noch erheblich groß. Wenn Sie sich die Zahl der wartenden Patienten für eine Nieren- oder Herztransplantation anschauen, wissen Sie, warum wir heute über dieses Thema reden.

In einer solchen Debatte müssen wir uns die Eckpunkte des deutschen Transplantationsrechts vor Augen führen. Ich möchte in einem ersten Hauptteil meines Vortrags auf diese Eckpunkte eingehen.

An der Spitze muss das Prinzip der Chancengleichheit aller Patienten stehen. Heute regelt § 12 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes, dass die Wartelisten der Transplantationszentren als eine einheitliche Warteliste zu behandeln sind. Auf der Grundlage von § 12 des Transplantationsgesetzes wird die Warteliste von Eurotransplant als einheitliche Warteliste je Organ geführt. Auf diese Art und Weise sind die Ungleichbehandlungen, die in Deutschland vor Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes bestanden, ausgeräumt worden.

Eine weitere und meines Erachtens unantastbare Säule der deutschen Transplantationsmedizin ist die Hirntodfeststellung als Voraussetzung der postmorta-

len Organspende. Die sichere Feststellung des endgültigen Ausfalls der gesamten Hirnfunktion ist und bleibt Grundvoraussetzung.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat bereits im November 1993 darauf hingewiesen, dass Missverständnisse beim Hirntod heute vorrangig darauf beruhen, dass Nichtmediziner und Kritiker diesem Todesbegriff gegenüber deshalb so skeptisch sind, weil der eindeutige medizinische Sachverhalt bislang nicht in ausreichendem Maße verständlich vermittelt wurde. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer weist zutreffend darauf hin, dass nach der Feststellung des vollständigen und endgültigen Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen weitere Überlegungen zum Lebensschutz nicht mehr relevant werden können. Gleichwohl sollten wir alle gemeinsam darauf achten, dass bei diesem Phänomen sprachliche Klarheit herrschen muss.

Deshalb kann durch die Verwendung der Begriffe „Hirntod“ oder „klinischer Tod“ oft ein falscher Eindruck entstehen. Richtig ist es daher, von einem Tod nach Herzstillstand oder dem Tod durch endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion zu sprechen.

Auch wenn es für die Angehörigen immer noch sehr schwer ist, den endgültigen Ausfall der gesamten Hirnfunktion als Individualtod zu verstehen, so kann doch nicht nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden, dass die diagnostischen Kriterien des Hirntods auf Untersuchungsmethoden beruhen, an deren Zuverlässigkeit und Sicherheit auch mit den Kritikern nach wie vor keine Zweifel bestehen. In der Regel wird es heute so sein, dass die Todesfeststellung, die auf dem Nachweis des endgültigen Ausfalls aller Gehirnfunktionen beruht, ihre Bedeutung nur unter intensivmedizinischen Behandlungsbedingungen entfalten wird.

Der Versuch, die Organspendezahlen dadurch zu erhöhen, dass man auf sogenannte non-heart-beating-donars zurückgreift, verbietet sich deshalb nach den Hirntodrichtlinien der Bundesärztekammer. Sie alle wissen, dass jede erfolgreiche Reanimation belegt, dass der einfache Herzstillstand kein zuverlässiges sicheres Todeszeichen sein kann. Die Feststellung des Hirntods muss deshalb Voraussetzung für jede Organspende bleiben.

Der dritte Punkt, der von ganz zentraler Bedeutung ist: Wir müssen alles dafür tun, dass Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit eine weitere wichtige Säule der deutschen Transplantationsmedizin bleiben. Alle Modelle, die anderes propagieren, widersprechen dem grundsätzlichen Prinzip der Chancengleichheit beim Zugang zu ärztlichen Behandlungen. Das bedeutet, dass die Entscheidungsbefugnis oder ihre Übertragung auf andere Personen immer frei von Druck oder Zwang bleiben muss. Jeder andere Weg kann für die Organtransplantation niemals dienlich sein.

Wir sollten auch sehen, dass anders als bei herkömmlichen Heileingriffen die freiwillige Erklärung zur Organspende auf der Basis des Organspendeausweises nicht notwendigerweise eine ärztliche Aufklärung voraussetzt. Eine Ausnahme gilt hier natürlich bei der Einwilligung in eine Lebendspende gemäß § 8 des Transplantationsgesetzes.

Aus diesem Prinzip folgert quasi automatisch die Tatsache, dass es immer bei einem strikten Organhandelsverbot in Deutschland bleiben muss. Das Handelsverbot nach § 17 Abs. 1 Satz 1 des Transplantationsgesetzes gehört zum Kernbereich der Vorschriften des Transplantationsgesetzes. Das Streben nach Gewinn darf nicht mit einer Organspende verbunden werden. Wenn teilweise andere Ansichten vertreten werden, ist dem nicht zuzustimmen. Es ist nicht mit der Menschenwürde vereinbar, wenn jemand Körperteile verkauft und sich damit zum Objekt erniedrigt. Der menschliche Körper ist und bleibt eine Res extra commercia. Wenn man beispielsweise darüber diskutiert, dass man Haare verkaufen kann, oder ähnliche Argumente bringt, ist das eine andere Ebene, die mit der Transplantationsmedizin in keiner Weise zu vergleichen ist. Es bleibt dabei: Es gibt keine Gegenleistung für die postmortale und sonstige Organspende, weil die Menschenwürde, die über den Tod hinaus Wirkung entfaltet, sonst verletzt würde.

Deswegen muss man mit Nachdruck begrüßen, dass im gegenwärtigen Verfahren zur Änderung des Transplantationsgesetzes für das Gewebegesetz das Handelsverbot für menschliche Zellen und Gewebe präzisiert werden soll. Ich meine, dass die Trennung zwischen Geweben, die ohne weitere industrielle Verarbeitung zur Transplantation bereitgestellt werden sollen, und solchen Geweben, die eine ausführliche industrielle Bearbeitung benötigen, bevor sie Patienten zur Verfügung gestellt werden, im Gewebegesetz verankert werden soll. Es ist schlicht und einfach nicht einzusehen und Patienten auch nicht zu erklären, warum die Spende eines Herzens sicherlich frei und außerhalb jedes Handels sein soll, dass man aber mit Herzklappen eventuell Geschäfte machen könnte.

Ich meine, es ist ein vorrangiges Prinzip, dafür einzutreten, dass diese Gewebeteile außerhalb des Kommerzes bleiben.

Unabhängig von den Fragen der Kommerzialisierung der Organspende ist bei der Lebendspende ausführlich darüber zu diskutieren, wie die versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendspenders aussehen muss. Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages und die Bundesärztekammer haben sich gemeinsam nachhaltig für eine bessere finanzielle Absicherung der Lebendspender ausgesprochen. Es geht darum, dass noch nicht erkennbare Spätschäden ein erhebliches finanzielles Risiko für den Spender darstellen. Man darf ihn mit diesen Konsequenzen nicht allein lassen.

Andere Modelle zur Förderung der Organspende durch indirekte Vorteile bleiben meines Erachtens problematisch. So hat der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme zur Organtransplantation vorgeschlagen, dass Menschen, die sich zu Lebzeiten als Spender erklären, einen Bonus auf der Warteliste erhalten sollen, wenn sie selber ein Organ benötigen. Gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 2 des Transplantationsgesetzes entscheiden insbesondere Notwendigkeit und Erfolgsaussicht und damit nach der Gesetzeslage ausschließlich medizinische Kriterien über die Aufnahme in die Warteliste. Deshalb habe ich große Bedenken, über diese medizinischen Kriterien hinauszugehen. Mit dem gegenwärtigen Gesetz geht das meines Erachtens nicht.

Ein weiterer zentraler Punkt ist das Verhältnis von postmortaler Organspende zur Lebendspende. Das Transplantationsgesetz geht vom Grundprinzip der Subsidiarität der Lebendspende aus. Die Lebendspende soll immer hinter einer möglichen postmortalen Organspende zurücktreten. Begründet wird das mit dem Prinzip des Nichtschadens, dass es eben doch ein nicht unerhebliches ethisches Problem ist, wenn ein gesunder Mensch durch den Eingriff der Lebendspende zu einem potenziell Kranken gemacht werden kann, weil es eben nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass es zu Spätfolgen beim Spender kommt. Allein die von mir angesprochene spätere Ursachenfeststellung für die gesetzliche Unfallversicherung bedeutet eine nicht zu vernachlässigende Belastung für die Patienten.

An dieser Stelle halte ich es für gefährlich, dass man sich, wie es einige tun, darauf zurückzieht, dass man sagt: Die Autonomie des Organspenders darf nicht angetastet werden. Wer freiwillig einer Lebendspende zustimmt, muss dies ungehindert tun können. Es ist die Frage, ob der Gesetzgeber hier nicht zu Recht einen gewissen zu rechtfertigenden staatlichen Paternalismus hat walten lassen.

Schließlich möchte ich darauf hinweisen, dass es besonders wichtig ist, dass die Koordinierung der Organspende von der Vermittlung der Organe getrennt wird. Das Transplantationsgesetz sieht diese Trennung vor, indem wir für die Koordinierung und Vermittlung zwei unterschiedliche Organisationen in Deutschland bzw. Europa eingesetzt haben. Durch die Trennung der organisatorischen Abläufe ist so ein Höchstmaß an Neutralität und Transparenz im Verfahren der Organspende gesichert, damit auch bei gegenläufigen Interessen diese nicht miteinander verquickt werden.

Die als Koordinierungsstelle vertraglich eingebundene Deutsche Stiftung Organtransplantation hat durch ihren Einsatz in den letzten Jahren geholfen, die Zahlen bei der Organspende erheblich zu steigern. Die bei der Bundesärztekammer eingerichtete Überwachungskommission, die auf der Grundlage der vertraglichen Regelungen der Selbstverwaltungspartner eingerichtet wurde, überwacht die Arbeit der Koordinierungsstelle. Die Arbeit wird sorgfältig beglei-

tet, genauso wie wir eng und intensiv bei der Organvermittlung mit der in Leiden in Holland ansässigen Stiftung Eurotransplant zusammenarbeiten.

Soweit aus juristischer Sicht Einwände gegen die Zusammenarbeit mit einer nicht im Hoheitsbereich der Bundesrepublik Deutschland angesiedelten Einrichtung laut werden, sollten wir in Deutschland von der tatsächlichen Seite her sehr vorsichtig sein. Noch sind wir ein Organimportland. Durch die Arbeit von Eurotransplant wird es möglich, dass eine große Zahl von Patienten mit Organen versorgt werden, die aus dem Bereich außerhalb des deutschen Organspendebereichs kommen. Die Bundesärztekammer arbeitet, wie schon gesagt, eng mit beiden Organisationen zusammen.

Außerordentlich bewährt hat sich die in § 16 des Transplantationsgesetzes geregelte Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer. Für alle wichtigen Kriterien der Organspende und der Organtransplantation sind diese Richtlinien in der Ständigen Kommission „Organtransplantation“ beraten, auch im Vorstand der Bundesärztekammer beraten und dann entsprechend den Vorschriften verabschiedet und im Bundesärzteblatt veröffentlicht worden. Damit erfolgt die Standardbildung in der Transplantationsmedizin als ärztliches Berufsrecht durch ein beeindruckendes Engagement des ärztlichen Ehrenamts. Soweit gegen diese Art der Regelung Bedenken laut werden, sollte man freilich sehen, dass die außerordentlich hohe Sachkunde, die ausgeprägte Nähe zu den Einzelproblemen und die notwendige Flexibilität es möglich machen, dass jederzeit der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in der Praxis zum Wohl der Patienten unverzüglich umgesetzt wird.

Zu Recht hat deshalb meines Erachtens der Vorstand der Bundesärztekammer im Zusammenhang mit dem Gesetzgebungsverfahren zum Gewebegesetz darauf hingewiesen, dass es nicht Aufgabe des ärztlichen Berufsrechts sein kann, Richtlinien für Spende und Allokation für solche Gewebe zu erstellen, die eine substanzielle industrielle Verarbeitung erfahren sollen. Die weitere Richtlinientätigkeit der Bundesärztekammer bei Geweben ist deshalb zu Recht davon abhängig zu machen, dass diese Gewebe nicht ausschließlich als Arzneimittel behandelt werden. Wir brauchen eine Loslösung von arzneimittelrechtlichen Ansätzen.

Welche Diskussionsfelder für die Zukunft gibt es? Sind die Mängel des deutschen Transplantationswesens zu heilen, indem man den Ausweg über einen Strukturwechsel wählt und das bisherige Modell der erweiterten Zustimmungslösung verlässt? Ich weiß aus vielen Debatten, dass das der Punkt ist, der im Zentrum Ihres Interesses steht. Immerhin hat der Nationale Ethikrat eine bislang eher subkutane Debatte spektakulär an die Öffentlichkeit gebracht. Neu ist der Widerstreit zwischen Widerspruchs- und Zustimmungslösung nicht. Schon 1975, als das Gesetzgebungsverfahren begonnen hatte und der Arbeitsentwurf einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegt wurde, hat man die Widerspruchs-

lösung favorisiert. Auch der Entwurf der Justizministerkonferenz hat diesen Weg gesehen und vorgeschlagen, in dem damals noch im Einsatz befindlichen grauen Papier des Personalausweises einen entsprechenden Widerspruch zu verankern.

Letztendlich hat sich der Bundesrat mit seinem Entwurf gegen die Widerspruchslösung ausgesprochen und die heute Gesetz gewordene erweiterte Zustimmungslösung vertreten. Diese hat sich im Gesetzgebungsverfahren durchgesetzt.

Was ist nun im Widerstreit zwischen Zustimmungslösung und Widerspruchslösung zu sagen? Insgesamt muss man wohl dem Nationalen Ethikrat ohne jede Einschränkung folgen, wenn es um die aufgestellte Diagnose bei der Organtransplantation geht. Auf der Basis der bekannten forsa-Umfrage aus dem Jahre 2003 sind immerhin fast 70 Prozent der Bevölkerung positiv zur Organspende eingestellt, nur wird diese Spendebereitschaft nicht ausgeschöpft. Der Nationale Ethikrat hat dieses Problem völlig zutreffend analysiert und gemeint, dass hierfür in erster Linie organisatorische Defizite verantwortlich sind. Es bestehen Engpässe vor allen Dingen bei der Erkennung und Meldung von potenziellen Spendern in den Krankenhäusern. Die zugegebenermaßen sehr versteckte Regelung in § 11 Abs. 4 Satz 2 des Transplantationsgesetzes hat für die Organspende praktisch keinerlei Wirkung entfaltet. Dort heißt es:

> *Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen, das die Koordinierungsstelle unterrichtet. Das zuständige Transplantationszentrum klärt in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen.*

Meine Damen und Herren, der damalige Gesetzgeber hat versucht, die organisatorischen Voraussetzungen für den optimalen Ablauf bei der Organspende zu schaffen. Das Problem ist jedoch, dass 55 Prozent aller Krankenhäuser mit Intensivstation diese Meldepflicht missachten, diese Regelung nicht einsetzen oder sie vielleicht gar nicht kennen. Erkenntnisse über die Ursachen hierfür liegen nicht vor.

Vielfach wird behauptet, das Problem entstehe dadurch, dass die unterlassene Meldung von Organspendern im Transplantationsgesetz nicht sanktioniert ist. An welche Sanktion kann man denken? Wollen Sie Verwaltungsleiter von Kran-

kenhäusern bestrafen, wenn keine Organspender gemeldet werden? Alle solche Regelungen sind praktisch nicht umsetzbar.

Interessant ist vielleicht der Vorschlag, der gelegentlich gemacht wurde, solchen Krankenhäusern, die hirntote Patienten für die Organspende nicht melden, etwa die Weiterbildungsermächtigung zu entziehen, weil eine angemessene Weiterbildung dort nicht stattfinden kann.

Oft wird vorgetragen – auch darauf geht der Nationale Ethikrat in seiner Stellungnahme ein –, dass die festgesetzten Erstattungen für die Krankenhäuser nicht ausreichen, um die Kosten zu decken. Da ist jedoch zu bedenken, dass die Selbstverwaltungspartner gemeinsam mit der DSO in einem regelmäßigen Rhythmus die den Krankenhäusern zu erstattenden Pauschalen für die Organspende aushandeln. Gegenwärtig gibt es für eine Multiorganentnahme 3 370 Euro als Erstattungssumme. Dass die Zurückhaltung bei der Organspende am Geld liegt, scheint wenig überzeugend. Eher liegt eine Ursache wohl darin, dass es für Ärzte und Pflegepersonal auf Intensivstationen sehr schwierig ist, sich für die Organspende zu motivieren, da die mögliche Organentnahme die Behandlung anderer schwer kranker Patienten auf den Intensivstationen beeinträchtigen kann. Ich glaube, der Nationale Ethikrat hat das in gleicher Weise gesehen.

Ein weiteres strukturelles Problem scheint darin zu bestehen, dass es vielleicht doch schwerfällt, sich an einer Organspende im eigenen Krankenhaus zu beteiligen, ohne dass man eine unmittelbare und wirksame Auswirkung für die eigenen Patienten gesehen hat.

Meine Damen und Herren, ich meine, der Nationale Ethikrat hat die zutreffende Diagnose gestellt. Bloß meine ich, dass die gewählte Therapie keine wirkliche Heilung für unsere Patienten zu leisten vermag, weil wir das eigentliche Symptom nicht behandeln. Die Debatte im Gesetzgebungsverfahren hat nämlich gezeigt, dass schlicht und einfach zu befürchten ist, dass auf der Basis einer Widerspruchslösung viel zu viele Patienten rein vorsorglich einen Widerspruch dokumentieren könnten. Unsere Kollegen aus Holland berichten beispielsweise davon, dass sie im holländischen Organspenderegister gegenwärtig eine rapide ansteigende Zahl der Eintragung von Widersprüchen haben.

Es geht vielleicht auch um die Angst vieler Menschen und ihre Scheu vor der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod. Es wurde bereits in den 70er-Jahren als ein ganz wichtiges Argument vermutet, dass ein vorsorglich eingetragener Widerspruch die Organspende grundsätzlich blockiert.

Bedenken habe ich bei den Ausführungen des Nationalen Ethikrats, wenn es dort heißt, dass man die Zahl der Organspenden durch eine Widerspruchslösung auch deshalb steigern könne, weil viele nach der allgemeinen Lebenser-

fahrung auf die Einlegung eines ausdrücklichen Widerspruchs verzichten und man auch wohl den Aufwand scheut, einen Widerspruch zu dokumentieren.

Der Nationale Ethikrat, der in seinem Stufenmodell die Angehörigen einbezieht, gibt uns dasselbe Problem, das wir heute mit der erweiterten Zustimmungslösung haben, praktisch wieder zurück. Das Defizit bleibt und liegt in der Kooperation der Krankenhäuser mit der Koordinierungsstelle bei der Meldung potenzieller Organspender. Es ist deshalb meines Erachtens schwierig, das Schweigen von Mitmenschen als Zustimmung zur Organspende umzuinterpretieren. Das rechtliche Problem liegt darin – deswegen hinkt der Vergleich mit unserem österreichischen Nachbarn –, dass in Deutschland das Rechtsprinzip gilt: Schweigen ist keine Zustimmung: qui tacet consentire videtur. Schweigen ist eben nur ein Schein, keine wirkliche Zustimmung. Es geht um den Schutz des Persönlichkeitsrechts über den Tod hinaus. Man kann Schweigen eben nicht in eine Zustimmung uminterpretieren.

Wenn der Nationale Ethikrat davon ausgeht, dass Möglichkeiten zur Information einer breiten Bevölkerungsschicht geschaffen werden müssen, dass die Bevölkerung aufgefordert wird, von der Möglichkeit, sich zu erklären, Gebrauch zu machen, scheitert das für mich an praktisch-technischen Voraussetzungen. Denken Sie bitte bei der Diskussion an alle Ihre Patienten – das ist mir wichtig –, die Sie in der täglichen Behandlung sehen. Sie klagen oft, schon wenn es um die Aufklärung zur normalen Behandlung geht, dass es Ihnen nicht möglich ist, die erforderlichen Voraussetzungen für die Entscheidung beim Patienten zu schaffen. Wie wollen Sie das bei der noch viel komplexeren Frage der Organspende schaffen?

Die Dokumentation der Zustimmung in der geplanten Gesundheitskarte ist auch höchst problematisch, da das im Bereich des Notfalldatensatzes nicht geht. Eine solche Information kann nicht mit dem Notfalldatensatz verknüpft werden.

Schließlich sehe ich eine weitere Schwäche darin, dass der Staat verpflichtet werden soll – so der Nationale Ethikrat –, die Bürger zu der erforderlichen persönlichen Erklärung aufzufordern. Am Ende bedeutet das, meine Damen und Herren, dass wir bei jeder Generation der 14-Jährigen eine umfassende Informationskampagne starten müssen, jedes Jahr aufs Neue, wenn eine weitere Generation in das entscheidungsfähige Alter kommt. Ich würde dieses Geld lieber bei der Koordinierung in Personal investieren.

Aus der praktischen Arbeit der Organspende, insbesondere in Spanien, gibt es wichtige Informationen. In Spanien hat man zu einer Widerspruchslösung gegriffen. Insider erklären Ihnen ganz schnell, dass man in Spanien von der Widerspruchslösung praktisch keinen Gebrauch macht. In Spanien existiert die Organspende deswegen so hervorragend, weil man in Personal investiert hat. In hohen Verantwortungsebenen sind Ärztinnen und Ärzte von der spanischen

Transplantationsorganisation eingesetzt worden und arbeiten intensiv an der Organspende. Sie haben so die Situation verbessert.

Diese Möglichkeiten haben wir in Deutschland auch unter der Zustimmungslösung. Vizepräsident Crusius freut sich über die Tatsache, dass in Mecklenburg-Vorpommern auf der Basis der Widerspruchslösung fast dasselbe Ergebnis wie in Spanien erzielt wird. Was hat Mecklenburg-Vorpommern mit Spanien gemeinsam? Nicht nur die schönen Strände, sondern den hohen und intensiven Personaleinsatz, der dazu führt, dass die Organspende auf ein hohes Niveau gelangt.

Völlig unabhängig davon, ob eine Widerspruchslösung oder eine Zustimmungslösung gewählt wird, sehe ich die Gefahr einer großen Debatte in Deutschland. Ich fürchte eine außerordentlich große Unruhe und einen Vertrauensschwund hinsichtlich der Organtransplantation, wenn wir nach nur zehn Jahren eine neue Grundsatzdebatte anschieben. Meine Damen und Herren, denken Sie daran: Wir kommen in eine Debatte, deren Risiken wir alle nicht beherrschen können. Die Folgen sind unabsehbar. Ich glaube, es ist besser, das Engagement der Krankenhäuser zu verstärken. 55 Prozent aller Krankenhäuser können noch in die Organspende eingebunden werden.

Lassen Sie mich in der mir verbleibenden Redezeit kurz auf weitere Problem- und Diskussionsfelder der Zukunft eingehen.

Wir müssen uns überlegen, ob wir bei der Cross-over-Spender die restriktive Regelung in § 8 des Transplantationsgesetzes zur Lebendspende auflockern können. Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts haben wir auf diesem Feld einigermaßen Ruhe bekommen.

Diejenigen, die mit der Lebendspende arbeiten, leiden unter dem von mir eingangs dargestellten Grundsatzprinzip der Subsidiarität der Lebendspende. Der Gedanke der Subsidiarität ist nachdrücklich zu unterstützen. Die Art und Weise, wie das Transplantationsgesetz dies regelt, ist aber verfehlt. Das Kriterium für die Subsidiarität soll sein, ob im Zeitpunkt der Organtransplantation bei einer Lebendspende das Organ eines Verstorbenen zur Verfügung steht. Dies ist – das hat Schreiber in einer Reihe von Publikationen zutreffend ausgeführt – ein Irrweg.

Soll der Spenderkreis bei der Lebendspende verändert werden? Nicht nur die Enquete-Kommission, sondern auch andere haben darauf hingewiesen, dass bereits in Familienbeziehungen der Druck bei der Lebendspende nicht unproblematisch ist. Kurz zusammengefasst möchte ich sagen, dass ich nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, die die bisherige gesetzliche Regelung für zulässig erklärt hat, wenig Optimismus habe.

Wir sollten gelegentlich darüber nachdenken, ob wir auch bei Verstorbenen die Möglichkeit zulassen, eine gerichtete Organspende vorzunehmen. Sie verstößt partiell gegen Grundprinzipien bei der Verteilung von Organen. Aber das wäre vielleicht ein kleiner Weg, die Möglichkeiten der Spende zu erweitern.

In der täglichen Praxis haben wir sehr oft das Problem, wie sich die Regeln des allgemeinen Notstands des § 34 zur abschließenden Regelung des Transplantationsgesetzes verhalten. Das Beispiel ist der unbekannte Hirntote, der keine Angehörigen hat, von dem wir nichts wissen. Wäre er ein Organspender? Nach den bisherigen Regelungen des Transplantationsgesetzes geht das nicht.

Meine Damen und Herren, ich komme zu einem kurzen Fazit. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Partner der Selbstverwaltung trotz anspruchsvoller und komplexer Fragestellungen stets in der Lage waren, eine angemessene Antwort auf neu entstandene Probleme in der Transplantationsmedizin zu entwickeln. Die außerordentlich hohe Sachnähe, die breit gestreute ärztliche Kompetenz und das hohe Engagement für die Interessen der Patientinnen und Patienten haben es bislang immer ermöglicht, neue Entwicklungen für die Menschen, die auf den Wartelisten auf ein Organ hoffen, umzusetzen. Dabei sind die Selbstverwaltungspartner stets schneller und sachkundiger gewesen als jeder Verordnungsgeber oder Gesetzgeber, der angesichts der Dynamik in der Entwicklung der Transplantationsmedizin niemals angemessen reagieren könnte. Es liegt in der Hand der Ärzteschaft, weniger in der Hand des Gesetzgebers, alles für ihre Patientinnen und Patienten zu tun. Sie sind näher an den kranken Menschen als die Abgeordneten, die politischen Zwängen unterliegen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, lieber Herr Lilie, für die klare Darstellung des juristisch und medizinisch anspruchsvollen Themas. Ich habe den Eindruck, Sie haben sich als Jurist gut in die Seele und das Empfinden der Ärzte einfühlen können. Vielen Dank dafür. Wir werden über Ihre Ausführungen nachher diskutieren.

Jetzt darf ich Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, Herrn Professor Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel zu dem Thema ankündigen: Was ist der Mensch? – Zur aktuellen Debatte in der Transplantationsmedizin aus ethischer Sicht. Bitte schön, Herr Nagel.

Prof. Dr. Dr. Nagel, Referent: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Mittwoch, 9. Mai 2007, San Francisco: Der amerikanische Transplantationskongress, *das* internationale Ereignis wissenschaftlicher Fachgesellschaften, um sich über Fortschritte im Bereich der Stammzellforschung und Organtransplantation auszutauschen. Bei strahlendem Sonnenschein werden die Besucher des Convention Center aber nicht von einem freundlichen „How are you?“ begrüßt, sondern von bedrückenden Bildern auf Transparenten, gehalten von einer großen Gruppe traurig und verstört dreinblickender Menschen, die anklagen: die vermeintliche illegale Organentnahme in China bei verfolgten Bürgern, die als Anhänger der Falun-Gong-Bewegung festgenommen worden sein sollen. Es geht dabei nicht um die Religionsfreiheit, sondern konkret um den Missbrauch menschlicher körperlicher Integrität, um den Missbrauch menschlichen Lebens zum Zwecke eines weltweit verbotenen, aber doch wohl immer wieder praktizierten Organhandels.

Diese Szenerie habe ich vor einem Jahr schon einmal auf einer internationalen Transplantationstagung erlebt. Das Thema stand auch beim Weltbioethikkongress im Sommer 2006 in Peking im Mittelpunkt.

Die Botschaften der Europäischen Union sind den Vorwürfen nachgegangen, ohne konkrete Beweise für die erhobenen Klagen eruieren zu können. Aber keiner der Besucher in San Francisco geht unbeeindruckt an diesen Bildern vorbei, weiß er doch, dass auf den Philippinen, in Kolumbien, in China oder anderen Ländern durchaus Organhandel vorkommt und dass trotz der internationalen und nationalen Gesetzgebung ein Missbrauch der potenziell segensreichen medizinischen Behandlungsmöglichkeit nicht verhindert werden konnte.

So sind die Themen auf diesem Kongress, die sich neben den spezifischen wissenschaftlichen Beiträgen vor allem auch mit der Organtransplantation als gesellschaftlicher Aufgabe beschäftigen, kaum anders als jene, die heute hier zur Diskussion stehen: Was kann getan werden gegen einen persistierenden Organmangel? Etwa 6 200 Patienten auf den US-amerikanischen Wartelisten sterben jährlich; die Lebendspende hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen; es gibt alle Formen der möglichen Spende, selbst in einen anonymen Pool – aber auch hier ist festzustellen, dass die Zahlen rückläufig sind.

Die „New York Times“ zeichnet einen Fall nach, in dem ein Empfänger aus New York einen Spender aus Brasilien in Südafrika zur Operation getroffen hat, vermittelt durch eine Institution in Israel.

Im Bundesstaat South Carolina wurde gerade eine Gesetzesinitiative abgelehnt, die im Parlament ernsthaft diskutiert wurde: Für Inhaftierte sollte es 180 Tage Reduktion ihrer Gefängnisstrafe geben, wenn sie bereit wären, sich

für eine anonyme Nierenspende testen zu lassen, sechs Monate sogar in dem Fall, dass die Organentnahme stattgefunden hätte.

In diesem Kontext ist klar: Auch in einem Land wie den USA hängt der Zugang zur Organtransplantation von der Frage der Zahlungsfähigkeit ab, also vom Versicherungsstatus, von der Region, in der man erkrankt, und davon, inwieweit die Ärzte Erfahrung haben mit der Indikation zur Transplantation. Neueste Untersuchungen zeigen, dass der Wohnort den größten Effekt auf die Chance zur Aufnahme auf die Warteliste und zur Transplantation – und damit zum Überleben – hat. Im Hinblick auf die Zahlungsfähigkeit und den Versicherungsstatus wird noch angefügt, dass einige Krankenversicherungen überlegen, die teureren Operationen im Ausland durchführen zu lassen, natürlich unter dem Aspekt der Qualitätssicherung, aber im Hinblick auf das Organ vielleicht dann doch mit einer Akzeptanz eines zu zahlenden Betrags an den Organspender, was in den USA verboten ist.

So wird der Ruf auch in den USA nach dem Gesetzgeber laut. Gleichzeitig aber bleiben viele Fragen offen, deren Klärung der wissenschaftlichen Gemeinschaft nur schwer möglich ist.

Mittwoch, 16. Mai 2007, Münster: Deutscher Ärztetag. Diskutiert werden soll über die aktuellen Fragen in der Transplantationsmedizin zehn Jahre nach der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes und angesichts der schon in San Francisco zur Sprache gekommenen Aspekte.

Zuerst einmal und im Nachgang zum Referat von Herrn Professor Lilie könnte man meinen, im Rückblick auf die Gesetzgebung in unserem Land und die Praxis der Organtransplantation sollten wir uns freuen können: Die festgeschriebenen Strukturen des Transplantationsgesetzes haben sich ganz offensichtlich bewährt. Es besteht Rechtssicherheit in diesem Land, es besteht eine bundeseinheitliche Warteliste, die es jedem Mitbürger ermöglicht, ganz unabhängig von dem Ort seines Wohnens, mit dem Anrecht auf die Vorstellung bei einem Transplantationszentrum ausgestattet, eine faire Chance zur Evaluation und schlussendlich zu einer möglichen Transplantation zu erhalten.

Das Verbot des Organhandels ist nach aller Kenntnis in diesem Land sowohl vor dem Inkrafttreten des Gesetzes wie auch danach zu 100 Prozent eingehalten worden. Es besteht durch die Berichtspflicht der verantwortlichen Institutionen eine Transparenz, die ihresgleichen im Medizinbetrieb sucht. Das gilt auch für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement.

Und doch: Es mag keine rechte Freude aufkommen. Das hat wohl weniger zu tun mit generellen Bedenken gegenüber dem medizinisch-technischen Fortschritt, wie er in anderen Kontexten immer wieder einmal geäußert wird. Bertolt Brecht hat es einmal mit dem Satz auf den Punkt gebracht: „Es weiß seit langer Zeit niemand mehr, was ein Mensch ist.“ Unsere gängige Vorstellung des Le-

bens, des Menschseins, wurde sicherlich durch den medizinisch-technischen Fortschritt und nicht zuletzt durch die Transplantationsmedizin infrage gestellt. Aber verändert die Möglichkeit des Klonens, der Stammzellforschung, der Beschreibung der biochemischen Struktur des menschlichen Genoms, der Chance der Intensivmedizin, der Interventionsmöglichkeit für moderne Medikamente auch unsere Weltanschauungen und Wertvorstellungen?

Sicher kann eine solche Frage zuerst einmal eindeutig mit Nein beantwortet werden. Aber, meine sehr verehrten Damen und Herren, die Anwendung unseres Wissens unter spezifischen Zielsetzungen ändert unter Umständen doch unsere Wertvorstellung. Diese Zielsetzungen sind immer Ausdruck dessen, was wir erreichen wollen, was wir zu schützen gedenken, was wir für wertvoll halten. Im Hinblick auf unser Menschsein stehen wir, wie in allen anderen Bereichen des Lebens, immer stärker unter der Frage einer Wertvorstellung: Ist der Mensch ein Individuum, das aus seiner Natur heraus einen spezifischen, nicht quantifizierbaren Wert in sich trägt, oder aber ist es erlaubt, vom Humankapital zu sprechen, so wie wir es in anderen Kontexten immer wieder tun? Inwieweit ist der medizinische Fortschritt primär unter dem Aspekt der Kostenentwicklung zu sehen? Inwieweit neigen wir dazu, in einem Klima sogenannter Kostenexplosion den medizinischen Fortschritt insgesamt infrage zu stellen?

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wo ist die Freude geblieben, die Freude über die erfolgreiche Behandlung eines kranken Menschen, über die Weiterentwicklung von diagnostischen Möglichkeiten durch technischen Fortschritt, über die Faszination, mit einem herz-lungentransplantierten Kind im Rehabilitationszentrum Ederhof in Stronach über den Berg laufen zu können und sich selbst zu fragen, inwieweit man ausreichend trainiert ist, um mit diesem zehnjährigen Buben mitzukommen?

Als ein wesentliches Argument für die Steigerung der Zahl von Nierentransplantationen wird der Vergleich mit den höheren Kosten der Dialysebehandlung herangezogen – ein trauriges Beispiel, dass finanzieller Fortschritt – oder besser gesagt: die Optimierung der Bilanzen – wichtiger zu sein scheint als das individuelle lebensqualitätsgeprägte Ergebnis: existenzielle Not im Nutzenkalkül – menschliche Existenz unter materieller Bewertung.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, es scheint evident zu sein, dass die Mischung aus einer zunehmenden Ökonomisierung der Lebenswelten und die nicht abreißenden Berichte über den Missbrauch technologischer Entwicklungen, zum Beispiel im Kontext des Organhandels und der Transplantation, längst fruchtbaren Nährboden für Ängste und Sorgen in der Öffentlichkeit gefunden haben. Dabei haben sich durch die mit großer Mehrheit erfolgten Vereinbarungen zum deutschen Transplantationsgesetz die von Herrn Lilie angesprochenen

Institutionen wie die Ständige Kommission „Organtransplantation“ bei der Bundesärztekammer, die Deutsche Stiftung Organtransplantation oder Eurotransplant in Leiden etabliert, die einen sinnvollen und vernünftigen Rahmen unterschiedlichster Kompetenz bilden und als ein gelungenes Beispiel für ärztliche Verantwortung in gesellschaftlichem Kontext angesehen werden können.

Die jederzeit nachvollziehbaren, transparent dargestellten Aktivitäten im gesamten klinischen Bereich – all das hat diese Ängste und Sorgen aber nicht vertreiben, Vertrauen nicht ausreichend begründen können. Wer nur effektheischenden journalistischen Voyeurismus oder schlicht die Angst vor der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod verantwortlich macht für den geringen Grad an Organspendeausweisen in diesem Lande oder für die beachtliche Quote an Ablehnungen durch Angehörige nach erfolgter Hirntoddiagnostik, der macht es sich wohl zu einfach. Denn das zeigen eine ganze Reihe von Untersuchungen: Es gibt zahlreiche andere Gründe dafür, dass die Organspende in Deutschland sich nicht so entwickelt hat, wie es in anderen Ländern feststellbar ist.

Zuallererst – speziell vor diesem Auditorium – muss die Frage gestellt werden, ob durch die hauptverantwortliche Berufsgruppe, dass heißt durch die Ärztinnen und Ärzte, also durch uns, alles dafür getan wird, dass die Organspende so intensiv wie möglich umgesetzt wird.

Immer wieder wird davon berichtet, dass nach der Todesursachenstatistik weit mehr potenzielle Organspender in unseren Krankenhäusern sterben, als zur Evaluation gemeldet werden. Trotz aller gesetzlichen Grundlagen und Ausführungsgesetze in einer Reihe von Bundesländern – man kann ja fragen, warum es in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern oder Bremen Ausführungsgesetze gibt, in anderen Bundesländern aber nicht – bleibt dieses Manko bestehen. Meine sehr verehrten Damen und Herren, ist es nicht ein Teil des ärztlichen Behandlungsauftrags, eine Pflicht von uns handelnden Ärztinnen und Ärzten, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um potenzielle Organspender zu identifizieren oder zumindest zu eruieren, wie sie sich in dieser Situation hätten entscheiden wollen? Die Statistiken zeigen deutlich die Möglichkeit einer Verdoppelung einer Organspende allein durch eine solche umfassende ärztliche Tätigkeit. Wäre es dementsprechend nicht notwendig, dass wir uns zur laufenden Fort- und Weiterbildung verpflichten, damit offensichtliche inhaltliche und organisatorische Mängel abgestellt werden können?

Wie kann es sein, dass ein etabliertes Fortbildungsprogramm, das sogenannte European Donor Hospital Education Program, zu Beginn des Jahres 2007 einfach eingestellt wird, weil ungeklärt ist, wer für die Finanzierung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Schwestern und Pflegern auf der Intensivstation aufkommt? In allen Leitlinien wird unmissverständlich festgestellt, dass ökonomische Zwänge bei der Entscheidung über existenzielle Not keine Berücksichtigung finden dürfen. Gleichzeitig werden aber immer wieder Argumente vorge-

tragen, dass eine mangelnde finanzielle Aufwandsentschädigung unter Umständen dafür ausschlaggebend sei, dass ein potenzieller Organspender gar nicht erst evaluiert oder gemeldet wird.

Professionelle und organisatorische Problemstellungen nicht zu lösen, bedeutet, den Konsequenzen keinen Wert beizumessen. Die Konsequenzen sind aber bekannt: drei Patienten pro Tag sterben auf bundesdeutschen Wartelisten. Die Zahlen der Organspender entwickeln sich nur schleppend – wenn überhaupt – im positiven Sinne, und der Ruf nach dem Gesetzgeber wird laut, ohne dass ganz offensichtlich die professionelle Verantwortung des Einzelnen ausreichend übernommen worden ist.

So sind Ängste und Sorgen auch ein Korrelat zur Unsicherheit und Unklarheit im ärztlichen Miteinander. Vielleicht werden auch deshalb gerade dieser Tage Fragen besonders laut, die nach Gerechtigkeit oder Verteilung des knappen Gutes „Organ“ fragen und die thematisieren, ob unter Federführung der deutschen Ärzteschaft Verteilungskriterien entwickelt und entschieden werden dürfen. Wer, meine sehr verehrten Damen und Herren, wenn nicht die Profession selbst, kann über die Umsetzung der vorgegebenen Gerechtigkeitskriterien urteilen?

Ist der im Gesetz vorgeschriebene utilitaristische Gedankengang – größtmöglicher Nutzen versus größtmögliche Gefährdung – und damit die Zielsetzung, einen aggregierten Nutzen auf einzelne Individuen zu verteilen, der einzig möglich denkbare? Sicher nicht, und insofern finden wir heute eben eine intensive Diskussion über Egalitarismus, das heißt Einmal-pro-Patient-Transplantation – was im Konflikt mit dem ärztlichen Behandlungsauftrag zu einer unterlassenen Hilfeleistung führen könnte –, oder aber über einen Libertarianismus, das heißt den Tausch von Organen mit finanziellen Anreizsystemen.

Vorausgesetzt, man ändert den Standpunkt seiner Wertvorstellungen hin zu einem materialistischen Welt- und Menschenbild, dann gibt es durchaus Argumente, die einen sogenannten „geregelten Markt“ zu einem ethisch vertretbaren, theoretisch auszugestaltenden Modell bei der Organverteilung werden lassen. Eine solche Veränderung in den Werturteilen hat aber eindeutig Konsequenzen, beispielsweise beim Thema der aktiven Sterbehilfe. Die zentrale Frage im Hinblick auf den Organmangel aber heißt für die Gegner wie für die Befürworter solcher Gedankenspiele: Wie können die Ängste und Sorgen verringert werden, wie kann die Bereitschaft zur Organspende gesteigert werden?

Meine Damen und Herren, diese Frage sollte durchaus auch andersherum gestellt werden: Was kann man tun, um die Transplantationsnotwendigkeit zu reduzieren? Die Krankheiten, die die Indikation für eine Transplantation zur Folge haben, gilt es präventiv anzugehen und damit die Indikation so weit es geht zu reduzieren, beispielsweise durch eine Impfung gegen Hepatitis oder Prävention

vor Alkoholmissbrauch, insbesondere der Jugend. Ein wirklich eindeutiges Rauchverbot in der Öffentlichkeit hätte sicher auch eine positive Auswirkung auf die Zahl der Indikationen zur Herztransplantation. Aber wir dürfen annehmen, dass der medizinisch-technische Fortschritt auch diejenigen Patienten, die früher nicht als transplantabel galten, in Zukunft zu potenziellen Organempfängern macht – im positiven Sinne.

Heute profitieren auch über 65-jährige Dialysepatienten von einer Nierentransplantation in aller Regel von einem Spender der gleichen Altersgruppe. Die Zeiten, in denen man meinte, ein Organspender dürfe nicht älter als 45 Jahre sein, sind lange vorbei. Der schlichte Ruf nach einer Vermehrung der Lebendspende oder gar einer Gesetzgebungsmaßnahme, die ungerichtete Lebendspenden möglich macht, scheint dementsprechend auch kein probates Mittel unter ethischen Gesichtspunkten, um die Organknappheit dauerhaft zu reduzieren.

Die Posteriorisierung der Lebendspende im Transplantationsgesetz war 1997 unter ethischen Gesichtspunkten getroffen worden, und zwar nicht unter der Maßgabe, dass dadurch unter Umständen der Organhandel besonders gut kontrolliert werden könnte, sondern weil es dem ärztlichen Behandlungsauftrag im Grundsatz widerspricht, an einem gesunden Menschen einen mit Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko behafteten Eingriff durchzuführen. Auch wenn die Zahlen gering sind – ohne Frage –, so bleibt das potenzielle Risiko bei jedem einzelnen Spender. Dementsprechend sollte ein solcher Eingriff ausschließlich dann durchgeführt werden, wenn kein geeignetes postmortal zu entnehmendes Organ vorhanden ist.

Das bedeutet aber sehr wohl, dass es sinnvoll sein kann, sich für eine Lebendspende zu engagieren und die Menschen darüber aufzuklären, dass eine solche möglich und unter Umständen auch wünschenswert ist. Inwieweit dabei eine persönliche Verbundenheit vorhanden sein sollte und dies von einer ungerichteten, aber altruistischen Empfindungen folgenden anonymen Spende abgegrenzt werden muss, ist nicht ethisch entscheidbar. Vielmehr ist die Sorge um den potenziellen Missbrauch im Sinne einer Kommerzialisierung der Organspende das wesentliche ethische Argument, den Kreis der Lebendspender transparent und begrenzt zu halten.

Das ergibt sich auch aus den Leitlinien für die psychosoziale Evaluation von lebenden, nicht verwandten Nierenspendern in den Vereinigten Staaten, so wie sie in diesem Monat im „American Journal of Transplantation“ publiziert wurden. Ein geringeres Risiko für den Spender selbst ergibt sich immer dann, wenn er eine Krankenversicherung hat, in gesicherten finanziellen Verhältnissen lebt, etwas über die Risiken und die Vorteile für den Organempfänger weiß, klar in seiner Vorstellung ist und keine Anamnese von schweren persönlichen Verlusten aufweist, sondern im Gegenteil eine starke Unterstützung aus der Familie genießt, und schlussendlich, wenn seine Motivation eine altruistische ist.

Mit der altruistischen Motivation verbunden ist im originären Sinne das Wort „Spende“. Das Wort „Spende“ wiederum charakterisiert das Menschenbild, das hinter den Anfängen der Organtransplantation stand. Die Wurzeln des ärztlichen Behandlungsauftrags im abendländischen Denken lassen sich hier wiedererkennen: Es sind die hippokratischen und christlichen Traditionen, die davon ausgehen, dass ärztliche Verordnungen niemals zum Schaden, sondern immer zum Nutzen des Kranken angewandt werden, die ihn vor Unrecht bewahren, sowie die Zuspitzung im mittelalterlichen Abendland, dass die Sorge für die Kranken vor und über allem stehen muss. Der Kranke wird zum leidenden Christus selbst, „denn was ihr einem dieser Geringsten getan habt, das habt ihr ihm getan“.

Nicht nur die Stellungnahmen der deutschen Kirchen machen dann auch deutlich, dass Organspende eine Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein kann. Dies entspringt der Wahrnehmung, dass der Mensch sein Organ nicht erworben, sondern als Gabe und gleichzeitig als Aufgabe geschenkt bekommen hat. Das, was man geschenkt bekommen hat, kann man wohl nach allgemein landläufigem Verständnis auch nicht verkaufen.

Herr Lilie, hier haben wir einen deutlichen Dissens: Die spanischen Bischöfe, die die wesentlichen Unterstützer der Organspende in ihrem Land sind, und denen es wahrscheinlich zu danken ist, dass Spanien – auf die Einwohnerzahl bezogen – die meisten Spenden in der Welt realisiert, haben es dann auch auf den Punkt gebracht mit ihrer Wahrnehmung der Organspende, sie sei der sichtbare Beweis, dass der menschliche Körper sterben, dass aber die Liebe, die ihn hält, niemals sterben kann.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, eine solche Motivation mag in einer säkularen Gesellschaft prima vista hinfällig werden. So ist es wohl nicht verwunderlich, dass die Forderung nach einem moderierten Organhandel auch in Deutschland von unterschiedlichen Stellen aufgenommen wurde; zuerst natürlich unter dem liberalen Gesichtspunkt, jeder müsse doch selbst entscheiden und selbst bestimmen können, was aus seinem Körper wird und was mit ihm geschieht.

Aber: Organhandel in dem angesprochenen Sinne folgt der bereits erwähnten ökonomischen Logik, stellt in den Mittelpunkt die Beeinflussbarkeit menschlichen Handelns durch finanzielle Anreizsysteme, ist überzeugt davon, dass lukrative Anreize in einem durch Mangel gekennzeichneten Markt Probleme lösen können. Sie gehen am Ende davon aus, dass ein Organ einen Warenwert hat. Aber was ist der wahre Wert? Wem gehört ein entnommenes Organ? Wer darf daraus unter Umständen einen Nutzen erzielen?

Durch dieses ökonomische Kalkül, das sich letztendlich des Utilitarismus und damit der Erzielung des größtmöglichen Nutzens durch ein transplantiertes Or-

gan bedient, sind Ängste und Sorgen bzw. mangelndes Vertrauen in der Öffentlichkeit besonders gegründet. Es scheint in einer ökonomisch ausgerichteten Welt geradezu undenkbar, dass die handelnden Personen im Zusammenhang mit der Transplantation von lebenswichtigen Organen bei bestehender Organknappheit nicht die lukrative Lücke schließen wollen, sondern mit bestem Wissen und Gewissen demjenigen helfen, der nach den geltenden Verteilungsregeln das Organ bekommen soll.

Dieses Misstrauen kommt auch zum Ausdruck in den zum Teil heftigen Reaktionen gegen den kürzlich veröffentlichten Vorschlag des Nationalen Ethikrats, ein Erklärungsmodell, unter Umständen gekoppelt mit einer Widerspruchslösung, solle das jetzt gültige Transplantationsgesetz ablösen. Die aufgeregten Stellungnahmen bezogen sich auf die Sorge, die bestehende Lücke könnte ohne Zustimmung des Einzelnen geschlossen werden. Davon war niemals die Rede. Ganz im Gegenteil: Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrats beschreibt es als eine ethisch relevante Aufgabe und Pflicht jedes Einzelnen in dieser Gemeinschaft, sich mit den Konsequenzen des Organmangels auseinanderzusetzen – nicht nur mit den Konsequenzen des Organmangels, sondern auch mit dem medizinisch-technischen Fortschritt insgesamt, so wie er in das Leben von uns allen eingreift.

Sorge, Ängste und Misstrauen sind auch dadurch bedingt, dass eben dieser Fortschritt neue Aufgaben und Erschwernisse in unser Leben hineintragen kann, beispielsweise wenn eben ein geliebter Angehöriger auf der Intensivstation am Hirntod stirbt und damit unweigerlich die Frage verbunden sein kann: Hat er bzw. sie sich einer Organspende gegenüber positiv geäußert, oder stand er bzw. sie dem eher negativ gegenüber? Eine so schwere Frage in einer so aussichtslosen Situation! Dennoch muss sie innerhalb kürzester Zeit beantwortet werden. Das ist eine zusätzliche Belastung in einem Moment des Lebens, in dem man die Last kaum tragen kann. Das kann doch kein Fortschritt sein? Da müssen doch andere Interessen dahinterstehen, als nur einem anderen helfen zu wollen, wo man doch meinem Angehörigen nicht mehr hat helfen können. Da scheint doch dieser, der transplantiert werden soll, mehr wert zu sein als mein geliebtes Gegenüber, das nun tot ist.

Wenn die moderne Medizin solche schwierigen Fragen stellt, dann ist es notwendig, alle Menschen darauf vorzubereiten und ihnen klar und eindeutig mitzuteilen: Ja, es kann sein, dass diese Frage gestellt wird, und es ist gut, sich dann über diese Situation schon einmal Gedanken gemacht zu haben, dann eine Antwort zu wissen oder zu ahnen, die die Kernfrage des Abschieds nicht überdeckt oder aus dem Mittelpunkt nimmt.

Das, meine sehr verehrten Damen und Herren, ist Selbstbestimmung, die als solche empfunden werden kann. Darauf gründen sich die Zunahme von Vertrauen und die Lösung von Ängsten. Konkretion ist nötig in einer von Informati-

on überfluteten Gesellschaft, und es besteht die Chance, deutlich zu machen, dass es tatsächlich noch andere Beweggründe gibt als finanzielle, dass der menschliche Körper einen anderen Status hat als die Materie, dass das Leben nicht bepreisbar ist. Dies sollte auch allen Ökonomen und Kollegen eingängig sein, die sich an dieser Stelle mit ihren Vorschlägen zu finanziellen Anreizsystemen nicht durch Querdenken oder Innovation, sondern durch eine Verödung des Denkens auszeichnen.

Das Vertrauen kann also da geschaffen werden, wo auf die Divergenz zwischen Utilitarismus und Nächstenliebe hingewiesen wird und sich die Ärzteschaft in diesem Fall eindeutig positioniert: Eindeutigkeit nicht nur im Hinblick auf die historischen Gesichtspunkte ihres Behandlungsauftrags, sondern für eine bessere Zukunft. Dann spielt es auch keine Rolle, ob hinter einem Erklärungsmodell eine erweiterte Zustimmungs- oder eine Widerspruchslösung steht. Ohnehin wird von einer solchen gesetzlichen Regelung kein wesentlicher Input für den Bereich der Organspende zu erwarten sein.

Mittwoch, 12. Mai 2010: Berlin, Deutscher Bundestag. Wieder eine dieser wichtigen Debatten über die Grundlagen des Umgangs mit dem medizinischen Fortschritt in unserer Gesellschaft durch den Gesetzgeber. Die Europäische Union wünscht eine Gleichbehandlung aller Bürger unter vergleichbaren Sicherheitsstandards mit menschlichen Organen. Es bleibt nur zu hoffen, dass die Wirtschaftsgemeinschaft noch zur Wertegemeinschaft wird.

Der Prozess gestaltet sich schwierig, auch in diesem Fall. Die Forderung scheint unrealistisch, auch an diesem Tag. Die meisten Abgeordneten des Deutschen Bundestags sind sich weiter darüber einig, dass menschliche Organe keine Ware sind und werden dürfen, dass Fairness und gleicher Zugang zuallererst im überschaubaren Rahmen transparent geregelt und umgesetzt werden muss. In den Redebeiträgen wird darauf hingewiesen, dass die positive Entwicklung der Organspende und der Transplantation in der Bundesrepublik weitere Unterstützung durch Aufklärungsarbeit und Transparenz braucht und dass es ein Zeugnis des gemeinschaftlichen Demokratieverständnisses unseres Landes ist, denjenigen, die in existenzieller Not sind, ohne Frage nach Herkunft, finanziellen Möglichkeiten und persönlicher Weltanschauung beizutreten und sich als Gemeinschaft für das Individuum einzusetzen, soweit es die Selbstbestimmungsrechte jedes einzelnen Bürgers nicht konterkariert: Die Feststellung, dass *ein* Patient pro Tag auf einer deutschen Warteliste stirbt, motiviert alle Abgeordneten dazu, in den Anstrengungen der Aufklärungsarbeit zur Prävention von schweren Organstörungen und zur Motivation zur Organspende nicht nachzulassen.

Das würde ich mir wünschen für Mittwoch, den 12. Mai 2010.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, lieber Herr Nagel, für die umfassende Darstellung aus ethischer, philosophischer und chirurgischer Sicht. Danke auch für den Ausblick in die Zukunft. Sie haben nicht gesagt, welche Koalition oder welche Partei dann an der Macht ist; das wäre vielleicht etwas zu hellseherisch gewesen. Vielleicht gibt es auch einen Gruppenantrag aller Abgeordneten im Deutschen Bundestag, sodass etwas beschlossen wird, was wir uns erhoffen.

Meine Damen und Herren, wir kommen jetzt – wie angekündigt – zu Herrn Dr. Liese und sein Statement zur Einschätzung der Organ- und Gewebetransplantation aus Sicht des Europäischen Parlaments. Herr Dr. Liese, bitte.

Dr. Liese, Referent: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin der Einladung zum Deutschen Ärztetag hier nach Münster sehr gerne gefolgt. Ich bin gebeten worden, mein Statement aus europäischer Perspektive kurz zu halten. Ich bin gerne bereit, in der Diskussion zu Details Stellung zu nehmen, wenn entsprechende Fragen gestellt werden.

Die ethischen Aspekte der Gewebe- und Organtransplantation sind im Europäischen Parlament in den letzten Jahren intensiv thematisiert worden. Ich muss vorab klarstellen: Wir haben als Europäisches Parlament nicht den Anspruch, alle entsprechenden Fragen europäisch zu regeln. Es wird beim nationalen Gesetzgeber eine Verantwortung verbleiben. Deswegen ist das Szenario, dass im Jahre 2010 immer noch der Bundestag entscheidet, ein realistisches.

Es gibt eine Reihe von Grundsätzen im Bereich von Qualität und Sicherheit, aber auch eine Reihe von ethischen Grundsätzen, die auf europäischer Ebene diskutiert und teilweise auch schon festgelegt wurden.

Die Basis für das Handeln der Europäischen Union in diesem Bereich ist Art. 152 Abs. 4, in dem es zu den Kompetenzen der Europäischen Union wörtlich heißt:

> *a) Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen …*

Eine Richtlinie zur Qualität und Sicherheit von Blut und Blutprodukten ist bereits vor einigen Jahren in Kraft getreten. Eine Richtlinie zur Qualität und Sicherheit

von Zellen und Geweben wurde 2004 von den europäischen Institutionen angenommen, und ihre Umsetzung wird zurzeit in einigen Staaten diskutiert, sehr kritisch auch in Deutschland. Eine Richtlinie zur Qualität und Sicherheit von Organen gibt es noch nicht. Die Kommission wird in wenigen Tagen ihre ersten Vorschläge zu diesem Thema vorlegen.

Heftig umstritten ist die Umsetzung der Geweberichtlinie in Deutschland. Ein Gesetzentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium wird nicht nur von der Bundesärztekammer, sondern auch von vielen anderen gesellschaftlichen Gruppen sowie vom Bundesrat und vielen verantwortlichen Bundestagsabgeordneten kritisiert. Ich teile diese Kritik. Ich möchte deutlich sagen: Die Umsetzung, wie sie vom Bundesgesundheitsministerium geplant wird, ist nicht zwingend durch die europäische Richtlinie vorgeschrieben. An einigen Beispielen kann man sogar deutlich machen, dass es eine sehr abwegige und überhaupt nicht im Trend liegende Umsetzung ist, die die Bundesregierung hier vornehmen will.

(Beifall)

Es wäre ohne Weiteres möglich, Änderungen, wie sie von der Bundesärztekammer und anderen vorgeschlagen werden, einzuarbeiten. Ich finde es bedauerlich, dass das Bundesgesundheitsministerium lange auf dem ursprünglichen Entwurf bestanden hat und jetzt sehr zögerlich an der einen oder anderen Stelle den Kritikern entgegenkommt.

Die Hauptkritik richtet sich dagegen, dass vorgesehen ist, Zellen und Gewebe generell dem Arzneimittelrecht zu unterwerfen. Nach meiner Kenntnis ist Deutschland das einzige Land, das eine solche Umsetzung plant. Neben den praktischen Problemen gibt es auch das ethische Problem: Selbst wenn man beteuert, dass es nicht so sein soll, der Gedanke, dass die Kommerzialisierung gefördert werden könnte – Arzneimittel werden nun einmal kommerzialisiert –, liegt nicht fern.

Es war nicht das Anliegen des Europäischen Parlaments, durch die Richtlinie die Kommerzialisierung des menschlichen Körpers und seiner Teile, beispielsweise durch den Handel mit Zellen und Geweben, zu fördern. Als wir als Parlament unsere Meinung zu diesem Thema vorgetragen haben, haben wir in die Richtlinie ein klares Verbot der Kommerzialisierung hineinbringen wollen. Damit kamen wir aber in Konflikt mit dem Ministerrat und der Europäischen Kommission.

Die Frage, ob man ein strenges Kommerzialisierungsverbot in diese Richtlinie hätte aufnehmen können, ist angesichts der eng begrenzten europäischen Kompetenz in diesem Bereich eine rechtlich nicht ganz geklärte Frage. Das ist eine knifflige Frage für Juristen.

Wir haben uns letztendlich auf einen Kompromiss geeinigt. In der Richtlinie steht nun:

> *Die Mitgliedstaaten streben danach, sicherzustellen, dass die Beschaffung von Geweben und Zellen als solche auf nichtkommerzieller Grundlage erfolgt.*

Das ist nicht so hart formuliert, wie wir es eigentlich gern hätten, aber die Tendenz ist klar. Deswegen ist es ein Gebot, die Kommerzialisierung zu bekämpfen. Wenn Deutschland die Umsetzung so vornimmt, dass man es als einen Anreiz zur Kommerzialisierung betrachten kann, ist das sicherlich nicht durch europäisches Recht zwingend vorgeschrieben.

Besonders problematisch ist die Eingruppierung in das Arzneimittelrecht dann, wenn es sich um Ei- und Samenzellen oder gar menschliche Embryonen handelt. Sicherlich ist das ethische Empfinden der Bevölkerung besonders verletzt, wenn man sagt: Eine Eizelle oder ein Vorkernstadium ist ein Arzneimittel. Es gibt darüber hinaus auch große praktische Probleme. Ich nehme die Bedenken der Reproduktionsmediziner sehr ernst, die sagen: Wenn unsere Tätigkeit wie vorgesehen unter das Arzneimittelrecht fällt, haben wir einen höheren Aufwand. Für die ungewollt kinderlosen Paare entstehen zusätzliche Kosten, ohne dass damit irgendein Nutzen verbunden ist. Ich denke, auch das ist ein wichtiges Argument.

Das Europäische Parlament hat sich auch mit anderen ethischen Fragen beschäftigt, die auch die Bundesärztekammer im Zusammenhang mit der Umsetzung aufgreift. Es geht zum Beispiel um die Anforderungen im Zusammenhang mit der Spende von fötalem Gewebe. Hier wollten wir klar festschreiben, dass wir besonders vorsichtig sein müssen, damit auf keinen Fall der Eindruck entsteht, dass ein Schwangerschaftsabbruch deshalb in dieser Form durchgeführt wird, weil man das fötale Gewebe nutzen möchte.

Ferner wollen wir medizinische Kriterien für die Verteilung von knappen Zellen und Geweben.

Bei allen diesen Fragen bewegen wir uns auf einem sehr schmalen Grat, weil die Europäische Union hier eine beschränkte Kompetenz hat. Deswegen haben wir die Dinge nicht alle so ausführlich auf europäischer Ebene geregelt, wie wir es zunächst als Europäisches Parlament wollten. Meiner Ansicht nach ist bei allen diesen Fragen der nationale Gesetzgeber nicht daran gehindert, die strengen Prinzipien und die Vorsichtsmaßnahmen, wie sie die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme fordert, jetzt national umzusetzen. Diese Forderungen wurden auf europäischer Ebene nicht aus inhaltlichen Gründen abgelehnt, sondern nur deshalb etwas vorsichtiger formuliert, weil wir nicht zu sehr in die Rechte der Mitgliedstaaten eingreifen wollten.

Ich möchte noch einmal eindringlich die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Umsetzung der Geweberichtlinie in Deutschland unterstützen und darf nochmals an die Bundesregierung appellieren, hier Kompromissbereitschaft zu zeigen und nicht auf dem ursprünglichen Vorschlag zu bestehen.

Damit komme ich zum Thema Organe. Hier muss ich mich aus Zeitgründen und auch deshalb auf wenige Ausführungen beschränken, weil wir in der Diskussion noch nicht so weit sind. Es gibt noch keine Richtlinie, und es gibt auch noch keinen Richtlinienvorschlag, aber es gibt auf europäischer Ebene eine Diskussion. Die Europäische Kommission hat Mitte 2006 eine öffentliche Konsultation durchgeführt, an der sich über 70 Organisationen aus ganz Europa beteiligt haben. Auf Basis der Auswertung dieser Konsultation soll am 30. Mai eine Mitteilung erfolgen. Die Mitteilung ist die Vorstufe zu einem Richtlinien- oder Verordnungsvorschlag. Wir können jetzt noch nicht sagen, was in dieser Mitteilung stehen wird. Ich kann aus der Diskussion auch mit der Europäischen Kommission einige Worte dazu sagen, in welche Richtung sich das entwickeln wird.

In den nächsten Tagen wird in der Kommission darüber entschieden, ob eine Gesetzgebung zum Thema Organe vorgelegt werden soll. Der frühere Gesundheitskommissar David Byrne hat das Thema mit sehr spitzen Fingern angefasst, da er sich vor den unterschiedlichen nationalen Sensibilitäten gefürchtet hat. Obwohl im Vertrag die Pflicht steht, zur Qualität und Sicherheit von Organen etwas vorzulegen, hat er das nicht getan. Sein Nachfolger, der Zypriot Markos Kyprianou, scheint hier anders zu denken. Schon im Konsultationspapier, zu dem die Kommission Kommentare erbeten hat, war nicht nur die Option „kein Handeln der EU“ enthalten, sondern auch zwei Optionen mit konkretem Handeln durch die Europäische Union. Die erste Option hieß also: auf europäischer Ebene nichts tun, die zweite Option hieß: eine Koordinierung zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf Qualität, Sicherheit und Verfügbarkeit von Organen. Das Thema der Verfügbarkeit von Organen liegt auch uns als Europäischem Parlament sehr am Herzen. Wir möchten helfen, dass Patienten, die auf der Warteliste stehen und zu sterben drohen, ein Organ erhalten. Aber wir wissen, dass wir hier mit konkreten Vorgaben vorsichtig sein müssen.

Wir können in Europa durchaus diskutieren: Was können wir alle gemeinsam von Spanien lernen? Was können andere europäische Länder von Mecklenburg-Vorpommern lernen, wenn es dort deutlich bessere Ergebnisse gibt als in anderen Bereichen? Diese Option, dass man sich über die besten Verfahren austauscht, die erfolgreich sind, und davon lernt, erfährt sicherlich Unterstützung.

Die dritte Option sieht den Erlass von Rechtsvorschriften vor, das heißt bindenden Mindeststandards zu Qualität und Sicherheit.

Ich kann Ihnen nicht sagen, was in dem Papier der Kommission vom 30. Mai stehen wird. Ich kann hier aber meine Einschätzung wiedergeben. Herr Kyprianou war Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz. Aufgrund der Erweiterung der Europäischen Union um Rumänien und Bulgarien musste er die Verantwortung für den Verbraucherschutz an eine bulgarische Kommissarin abgeben. Meine Einschätzung ist, dass Herr Kyprianou die begrenzten Zuständigkeiten der Europäischen Union im Bereich der Gesundheit vollkommen ausschöpfen wird. Das ist menschlich; ich will ihm das nicht vorwerfen. Aber wir müssen kritisch hinschauen. Er hat dadurch, dass er den Verbraucherschutz abgeben musste, weniger Raum für politische Aktivitäten. Den Raum, den er noch zur Verfügung hat, wird er maximal ausnutzen. Da muss man kritisch sein und ihn bremsen, wenn er über das Ziel hinausschießt. Das sollte man realistisch einschätzen und sich dann in die Debatte einklinken.

Ich wage heute die Prognose, dass sich die Kommission in zwei Wochen politisch auf eine Richtlinie zur Qualität und Sicherheit von Organen festlegen wird, wie das im Bereich von Zellen und Geweben sowie Blut und Blutprodukten schon geschehen ist. Dann ist es wichtig, dass Sie sich als Experten aus der Bundesärztekammer in die Diskussion einklinken, damit der Richtlinienvorschlag, wenn er denn kommt – vielleicht Ende dieses Jahres, vielleicht Ende nächsten Jahres –, dem Sachverstand entspricht, wie er heute hier versammelt ist.

Auf der Basis der jetzigen Rechtsgrundlage in Europa werden wir es nicht schaffen, eine einheitliche Lösung zum Thema Widerspruchslösung oder Zustimmungsregelung zu finden. Ich erhalte als Arzt, der im Europäischen Parlament tätig ist, immer wieder Briefe von Patienten, die fordern: Verabschiedet eine europäische Widerspruchslösung, dann komme ich schneller an mein gewünschtes Organ. Ich muss realistisch sein: Wir werden diese Frage in Europa nicht einheitlich lösen. Diese Frage wird weiterhin von den nationalen Gesetzgebern beantwortet werden.

Wir müssen, wie das heute Morgen bereits geschehen ist, auch immer wieder darauf hinweisen, dass dies nicht die einzige und vor allen Dingen nicht die entscheidende Frage ist im Zusammenhang mit dem Problem, wie die Patienten an das von ihnen benötigte Organ gelangen.

Herr Professor Nagel hat die auch mich sehr bewegende Frage aufgeworfen: Was ist eigentlich mit der Wertegemeinschaft Europäische Union? Vieles, was wir tun, auch in diesem Bereich – wir haben vor wenigen Tagen die Verordnung zu den neuartigen Therapieformen angenommen –, wird auf rein wirtschaftlicher Basis, auf der Basis der europäischen Wirtschaftsgemeinschaft geregelt. Ich glaube, das ist ein Problem. Wir sollten nicht alle ethischen Fragen in Europa gemeinsam besprechen und gemeinsam lösen, aber wir sollten doch einige Grundprinzipien verankern. Da sind wir eigentlich schon einen Schritt weiter

gewesen, als die Diskussion der letzten Wochen vermuten lässt. Wir haben die Charta der Grundrechte. Diese Charta der Grundrechte wird Teil der europäischen Verfassung sein, wenn sie denn angenommen wird. Alle 27 Mitgliedstaaten haben ihr zugestimmt. Dort ist das Prinzip der Nichtkommerzialisierung des menschlichen Körpers verankert. Dieses Prinzip sollte bei allen Unterschieden in Europa von allen Verantwortlichen und allen 27 Mitgliedstaaten eingehalten werden.

Die Berichte über Organhandel oder über den Handel mit menschlichen Eizellen sollten uns beunruhigen. Wir sollten darüber nicht zur Tagesordnung übergehen und auch nicht sagen: Das muss jedes Land für sich selber regeln. Dieses Prinzip der Nichtkommerzialisierung sollte ein europaweites Prinzip sein. Dafür werde ich weiterhin werben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Herr Abgeordneter, lieber Kollege Liese, herzlichen Dank für Ihre klare und präzise Darstellung und auch für das am Schluss Gesagte hinsichtlich einer europäischen Ethik.

Meine Damen und Herren, wir haben die drei angekündigten Wortbeiträge gehört. Es ist mir eine große Freude, jetzt Herrn Dr. Arumugam, den Präsidenten des Weltärztebunds, speziell zu diesem Thema ansagen zu dürfen. Er ist geladener Gast. Herr Dr. Arumugam kommt aus Kuala Lumpur. Noch einmal von dieser Stelle aus ein herzliches Willkommen!

(Beifall)

Dr. Arumugam (in der Übersetzung): Meine Damen und Herren! Ich möchte mich für die Einladung des Weltärztebunds, dessen Präsident ich bin, bedanken. Ich danke für diese Möglichkeit, auf Ihrem Deutschen Ärztetag zu sprechen.

Der Weltärztebund beschäftigt sich seit seinen Anfängen mit der Frage der Ethik. Das ist in der Tat ein Gebiet, das schon immer Teil unserer medizinischen Praxis war, nicht erst seit dem 21. Jahrhundert. Seit es den medizinischen Beruf gibt, seit es den Eid des Hippokrates gibt, der uns ans Herz legt, den Patienten an erster Stelle zu sehen und ihm vor allem keinen Schaden zuzufügen, gibt es die medizinische Ethik. Die Ethik im Bereich der Transplantationsmedizin ist das Thema des heutigen Vormittags. Die Ethik betrifft aber auch alle anderen Aspekte des medizinischen Berufs, auch einige, die vielleicht we-

niger wichtig und komplex erscheinen, wie beispielsweise die Abwanderungen von medizinischem Personal oder der Umgang mit der Pharmaindustrie und anderen Profis im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Ethik betrifft diese Bereiche genauso.

Ich möchte nunmehr einige Worte zur Transplantation sagen. Wir alle wissen, dass die Transplantationsmedizin in den Blickpunkt der Öffentlichkeit geriet durch die erste Herztransplantation am Menschen durch Christiaan Barnard in Südafrika vor fast 40 Jahren. Heute Vormittag wurden hier unterschiedliche Lösungen angesprochen, die Zustimmungslösung wie auch die Widerspruchslösung. In den einzelnen Ländern gibt es unterschiedliche Lösungen, unterschiedlich auch je nach Zeitpunkt.

Auch innerhalb des Weltärztebunds gab es Diskussionen zu diesem Thema. So ist unter anderem auch über die Lage in China gesprochen worden. Das hat dazu geführt, dass wir vor etwa zwei Monaten eine Reise nach China unternommen haben. Dort haben wir das Thema mit offiziellen Stellen diskutiert. Wir haben die Zusage erhalten, dass sich China in den nächsten Jahren um eine Verbesserung und um eine Anpassung an Weltstandards bemühen wird. Ich denke, dieses Thema wird weiter diskutiert werden. Solange diskutiert wird, können wir auf Fortschritte hoffen.

In diesem Sinne möchte ich mich noch einmal für die Einladung zum Deutschen Ärztetag bedanken.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Dr. Arumugam, für Ihre klaren Worte und auch für Ihren Bericht über die Reise nach China, um die dortigen Probleme einer Klärung zuzuführen.

Meine Damen und Herren, die Debatte ist eröffnet. Als erste Rednerin bitte ich Frau Dr. Christine Ebert-Englert aus Niedersachsen ans Podium. Bitte, Frau Collega.

Dr. Ebert-Englert, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! In die ethischen Aspekte hat Herr Nagel hervorragend eingeleitet. Wir müssen dem materialistischen Welt- und Menschenbild entgegenwirken. Aber die Ausführenden sind ja Ärztinnen und Ärzte. Ich möchte Ihr Augenmerk auf die Lebendspendekommissionen richten. Wussten Sie, dass Deutschland weltweit das einzige Land ist, das gesetzlich Lebendspendekommissionen vorschreibt? Hier kann die Welt einmal von Deutschland etwas lernen.

Diese Kommissionen sollen gutachtlich zur Freiwilligkeit der Spende und zum Ausschluss von Organhandel Stellung nehmen. Generell kommen in Deutschland nur nahe Verwandte oder Personen, die dem Empfänger in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, als Organspender in Betracht. Jede Kommission besteht aus mindestens einem Arzt, einer Person mit der Befähigung zum Richteramt und einer in psychologischen Fragen erfahrenen Person. Es gibt eine Untersuchung von Sievers und Neitzke von der Medizinischen Hochschule Hannover, in der Struktur und Arbeitsweise der Lebendspendekommissionen untersucht werden. Da gibt es noch sehr viele Mängel. Beispielsweise meinen nur 60 Prozent der Lebendspendekommissionen in der Bundesrepublik, dass sie diese Freiwilligkeit richtig einschätzen können. Es gibt eine große Heterogenität, es fehlt an der Einheitlichkeit der Kriterien und Leitlinien.

Die Studie zeigt auf, dass in Deutschland die Arbeit der Lebendspendekommissionen zum Teil erheblich voneinander abweicht. Durch das Transplantationsgesetz sollte gerade diese juristische und ethische Unsicherheit verringert werden.

Wir meinen daher, dass es bei den Lebendspendekommissionen eine Vernetzung untereinander geben sollte, damit einheitliche Begutachtungskriterien für Anträge auf eine Lebendspende erarbeitet werden können: Welche Dokumente sind dem Antrag beizufügen? Ab wann ist die Bevorzugung eines Spenders als Organhandel zu werten?

Dadurch könnte die Glaubwürdigkeit des Transplantationsgesetzes gefördert und das Vertrauen in die Transplantationsmedizin allgemein gestärkt werden.

Ich fordere daher die Bundesärztekammer auf, Qualitätskriterien und Leitlinien für die Lebendspendekommissionen zu erarbeiten.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Collega Ebert-Englert. – Als nächste Rednerin hat Frau Dr. Ulrike Wahl als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Baden-Württemberg das Wort. Bitte, liebe Ulrike.

Dr. Wahl, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zehn Jahre nach Einführung des Transplantationsgesetzes besteht in der BRD nach wie vor ein gravierender Organmangel. Wir sind

ein Organimportland; das ist unstrittig. Ebenfalls unstrittig ist, dass mannigfaltige Maßnahmen ergriffen worden sind, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Ich nenne als Beispiel: Krankenhäuser mit einer Intensivstation haben bei uns in Baden-Württemberg seit Kurzem eine gesetzlich fixierte Meldepflicht für potenzielle Organspender. Nur: Wer überprüft das? Wie will man es überprüfen? Will man es am Ende sanktionieren? Ich meine: nein.

Der Transplantationsbeauftragte – er ist heute mehrfach angesprochen worden – ist für diese Krankenhäuser ebenfalls zwingend vorgeschrieben. Ich zitiere:

> *Der Transplantationsbeauftragte soll die ethischen, psychologischen, juristischen und organisatorischen Aspekte des Transplantationsprozesses integrieren und zu einem angemessenen Ausgleich bringen.*

Der Haken an der Sache ist allerdings: Die Kosten für die Freistellung des erfahrenen Facharztes, der er sein soll, sind Kosten der Patientenversorgung und nach Ansicht der Kassen mit der pauschalierten gestaffelten Aufwandsentschädigung der Spenderkrankenhäuser entgolten. Auch das wurde schon erwähnt. Das heißt, der Anteil der Aufwandsentschädigung, die möglicherweise für den Transplantationsbeauftragten da wäre, verschwindet in einem schwarzen Bilanzloch und wird ganz sicher nicht zur Entlastung des Stellenplans verwendet.

Gibt es jetzt mehr Organspender, nachdem wir den Transplantationsbeauftragten haben? Über den Effekt gibt es keine wirklich validen Aussagen.

Das Leid der Patienten auf den Wartelisten aber ist groß. Ich kenne Einzelschicksale, die einem schier die Tränen in die Augen treiben.

Was bleibt zu tun, meine Damen und Herren? Ich denke, es ist Zeit, dass wir die vor zehn Jahren nach leidenschaftlichen Diskussionen seinerzeit konsentierte erweiterte Zustimmungslösung zur Organentnahme erneut infrage stellen. Wissen Sie eigentlich, wie das abläuft? Im Vorfeld der Hirntoddiagnostik muss nach einer schriftlichen Äußerung des Patienten zur Organspende geforscht werden. Gibt es einen Ausweis, wird in der Regel dennoch ein Konsens mit den Angehörigen angestrebt. Gibt es den Ausweis nicht, so ist von den nächsten Angehörigen zu klären, wie der mutmaßliche Wille des Verstorbenen war. Das ist der Punkt: Wenn kein Ausweis und auch keine sonstige Erklärung vorliegt, werden die Angehörigen eher davon ausgehen, dass der Verstorbene die Organentnahme nicht gewollt hat.

Für die Angehörigen ist es extrem belastend, in dieser Situation den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu ermitteln oder am Ende sogar eine eigene Entscheidung zu treffen. Sie werden im Zweifel der Logik folgen, die das Transplantationsgesetz mit der Zustimmungsregelung vorgibt, und die Organentnahme ablehnen.

Nur etwa ein Fünftel derjenigen, die angeben, dass sie zur Organspende bereit sind, haben dies in einem Ausweis dokumentiert. Und warum? Man scheut den Aufwand, der mit dem Ausweis verbunden ist, man verschiebt die Entscheidung, verdrängt sie. Wer denkt schon gern an seinen eigenen Tod? Und wer möchte gerne dazu irgendwelche Vorkehrungen treffen? Im Ergebnis fehlt dann die Voraussetzung dafür, dass eine Organspende, die eigentlich gewollt oder jedenfalls nicht abgelehnt wird, rechtlich zulässig ist.

Dem steht der Mangel an Spenderorganen und der Anspruch der Patienten gegenüber, im Notfall durch ein Spenderorgan gerettet zu werden.

Ich meine, die Freiwilligkeit der Organspende ist völlig unstrittig; daran muss unbedingt festgehalten werden. Keiner darf zu ihr gezwungen werden. Aber wäre es nicht auch an der Zeit, dass wir einmal darüber nachdenken, ob es nicht eine moralische Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft aller gibt?

Der Nationale Ethikrat hat sich im April für eine erweiterte Widerspruchslösung zur Organentnahme ausgesprochen. Das etwas komplizierte Prozedere, mit dem auch ich nicht ganz zufrieden bin, wäre in diesem Falle eine Erklärung des Patienten oder eine Erklärung möglichst vieler Patienten, ob oder ob nicht. Im Falle des Hirntods können die Organe entnommen werden, wenn der Patient zugestimmt hat und die Angehörigen nicht widersprechen. Das erscheint etwas kompliziert. Die einfache Regelung wäre: Eine Organentnahme ist nicht gegen die Entscheidung des Spenders erlaubt, aber doch wohl ohne sie.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Länder, die diese oder eine ähnliche Regelung vorhalten, haben – zumindest nach Aussagen des Nationalen Ethikrats – eine deutlich höhere Zahl an Organspenden. Ich als Mensch – nicht als Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg; in solchen Fällen kann man nur für sich selbst sprechen – halte diese Regelung für eine mögliche Lösung. Ich befürworte diese Regelung. Ich möchte Sie bitten, einmal in Ruhe darüber nachzudenken, ob dieses nicht eine mögliche Lösung des Problems sein könnte.

Zum Schluss nur zur Information: Ich habe seit zehn Jahren einen Organspendeausweis.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Dr. Wahl. – Als nächste Rednerin bitte Frau Privatdozentin Dr. Birnbaum von der Ärztekammer Berlin.

PD Dr. Birnbaum, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben heute schon fast zwei Stunden die theoretischen Erwägungen, das Hin und Her in den einzelnen Ländern etc. gehört. Ich bin extra wegen dieses Themas zum Deutschen Ärztetag gefahren. Ich sage Ihnen, warum: Ich bin Transplantationsmedizinerin mit Leib und Seele seit 40 Jahren, seit 1967. Ich habe in dieser Zeit einiges erlebt. Ich kann mich nur immer wieder für die Transplantation und für die Organspende aussprechen, aber nicht um jeden Preis. Ich meine, diesen Preis bestimmen wir selbst. Wir bestimmen, wie wir bei der Organspende unseren Patienten helfen können.

Ich habe 1959 mein Staatsexamen gemacht. Damals gab es noch keine Dialyse, gab es keine Transplantation. Damals konnten wir den Menschen nicht helfen. 1967 erfolgte auf meiner Station in der Berliner Charité die erste Transplantation, und zwar mit einer Lebendspende, nicht einmal mit einer postmortalen Spende. Ich habe seit dieser Zeit eine vierstellige Zahl von Transplantationspatienten betreut und auch für die Organspende geworben. Seit ich nicht mehr aktiv bin, seit 1998, bin ich Angehörige der Lebendspendekommission der Ärztekammern Berlin und Brandenburg und habe auch dort meine Erfahrungen gesammelt.

Ich möchte nur auf einige wenige Punkte zurückkommen. Ich möchte nicht fragen – Herr Professor Hoppe hat gestern seinen Ausweis gezeigt –, wer in diesem Saal einen Organspendeausweis hat, aber ich möchte einmal fragen, wer von Ihnen tagtäglich mit dem Problem umgehen muss, Angehörige, die ihr Liebstes verloren haben, sofort anzusprechen, mit der Organspende einverstanden zu sein. Wer das tagtäglich machen muss, hebe bitte einmal die Hand. – Herr Crusius hebt die Hand, auch noch einige andere.

Ich möchte den Appell an Sie richten, dass wir in dieser Situation versuchen, hinsichtlich der Organspende einen anderen Weg einzuschlagen. Ich habe aus den Referaten drei Sätze mitgenommen, die mir im Prinzip aus dem Herzen sprechen. Erstens ist gesagt worden: Es ist die ethische Pflicht eines jeden, sich mit der Organspende auseinanderzusetzen. Das halte ich für ganz, ganz wichtig. Wenn wir das Thema der Patientenverfügung diskutieren, warum sollen wir dann nicht im Prinzip auf ähnliche Weise das Problem der Organspende diskutieren?

Der zweite Satz, den ich mitgenommen habe, ist die eindeutige Positionierung der Ärzte für die Transplantation und für die Organgewinnung. Wir Ärzte sind dafür verantwortlich, nicht die Politik und nicht die Medien. Wir mit unserem ärztlichen Sachverstand sollten uns hier einbringen.

Der dritte Satz, den ich für ganz wichtig halte, betrifft die eindeutige Positionierung der Ärzte für die Nichtkommerzialisierung des menschlichen Körpers.

Ich glaube, wenn wir alle diese, wie ich sie einmal nennen möchte, drei Leitsätze beherzigen, wird das Organaufkommen zunehmen. Dazu habe ich gleich ein paar Vorschläge. Es ist gesagt worden: Das Ganze ist zu teuer, man erreicht die Leute nicht unbedingt usw. In der ganzen Bundesrepublik gibt es sowohl Ethik- als auch Religionsunterricht. Dort können wir im Prinzip unsere Kinder und Jugendlichen ansprechen und mit dieser Thematik bekannt machen.

(Beifall)

Es gibt eine weitere Möglichkeit, die wir in der Kammer diskutiert haben – daraus resultierte auch ein Antrag –: Warum sprechen wir nicht jeden an, wenn er den Antrag auf Ausstellung eines Führerscheins stellt? So erreichen wir ein ganzes Klientel, das uns später, wie man sagen muss, im Prinzip als Organspender dienlich wird.

Meine beiden Vorrednerinnen haben bereits etwas zu den Lebendspendekommissionen gesagt und gefordert, entsprechende Richtlinien und Weisungen zu erarbeiten. Ich möchte noch ein ganz anderes Problem ansprechen, das heute noch nicht angeklungen ist. Wir haben in Berlin in unserem Bereich für die Lebendspende einen ganz erheblichen Andrang vonseiten der Bürger mit ausländischer Nationalität. Ich habe mir extra eine entsprechende Liste erstellt. Wir haben in der letzten Periode Lebendspender aus 26 Nationen nach dem deutschen Transplantationsgesetz beurteilen müssen. Sie glauben nicht, welche Zweifel das im Prinzip heraufbeschwört. Wir haben eine Transplantation, die ein Pakistani, der in Deutschland lebt, mit seinem angeblichen Cousin durchführen wollte, abgelehnt. Die beiden sind in die Türkei gefahren und haben sich dort transplantieren lassen. Der Spender ist verstorben.

Ist das etwas, wo ich mir persönlich im Prinzip Vorwürfe machen müsste? Ich bin überzeugt davon, dass in Deutschland diese Transplantation gut verlaufen wäre.

Ich möchte auch auf Folgendes hinweisen, auf das wir Deutschen stolz sein können. Ich frage immer: Weshalb kommen Sie nach Deutschland? Was führt Sie denn hierher? Der erste Grund, der mir genannt wird, lautet, dass in Berlin im Transplantationszentrum bisher noch kein Spender verstorben ist.

Ich könnte Ihnen stunden- und tagelang meine Erfahrungen schildern, aber das will ich mir verkneifen. Ich bitte Sie, dass wir in dieser Hinsicht doch versuchen, einen anderen Weg als den bisherigen zu gehen, und dass wir unsere Anstrengungen bündeln, auf den Intensivstationen zu einer größeren Sicherheit bei der Entscheidung zu gelangen, wem wir ein Organ entnehmen und wem nicht.

Danke.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Collega Birnbaum. – Es liegt jetzt ein Geschäftsordnungsantrag von Herrn Dr. Jens Thiel aus Baden-Württemberg auf Begrenzung der Redezeit vor. Er hat nicht geschrieben, wie viel Minuten er beantragt.

(Zuruf: Drei Minuten!)

Theo Windhorst möchte dagegensprechen. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben gestern fast eine Stunde früher Schluss gemacht. Wir haben uns diese Zeit geschenkt. Lassen Sie uns heute die Zeit nehmen, ausreichend über das Gewebegesetz, die Kommerzialisierung und die Organspende zu sprechen. Jeder müsste wenigstens fünf Minuten Zeit haben, dazu seine Gedanken zu äußern. Es geht hier um wichtige Aspekte.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Danke schön. – Es liegt der Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten vor. Wer gegen drei Minuten ist und damit den Vorschlag von Theo Windhorst befürwortet, der möge jetzt seine Hand heben. Wer ist gegen drei Minuten? – Wer ist für drei Minuten? – Das Erste war die Mehrheit.

(Zurufe)

– Möchten Sie zählen lassen? Ich meine, von hier oben aus sieht man das relativ eindeutig.

Ich frage jetzt: Wer ist für die Begrenzung der Redezeit auf fünf Minuten? – Wer ist gegen fünf Minuten? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist die Begrenzung der Redezeit auf fünf Minuten beschlossen.

Ich erteile jetzt Herrn Dr. Wolfgang Schaaf von der Bayerischen Landesärztekammer das Wort. Bitte schön, Herr Schaaf.

Dr. Schaaf, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich werde die fünf Minuten nicht ausnutzen. Das heißt aber nicht, dass mir das Thema nicht am Herzen liegt.

Wir haben gehört: 55 Prozent der Kliniken melden nicht stringent potenzielle Spender. Da besteht Organisationsbedarf. Das tun wir gern; Organisation ist

eine deutsche Tugend. Das ermöglicht uns auch, um das Hauptproblem herumzuschiffen: Von zehn Befragten möchten neun im Bedarfsfall ein Organ, aber nur zwei sind bereit, sich an der Spende zu beteiligen. Noch weniger dokumentieren dies in einem Organspendeausweis. Solange wir uns als altruistische oder solidarische Gesellschaft begreifen, liegt hier das ethische Problem. Der Nationale Ethikrat hat dem Rechnung getragen, indem er beispielsweise einen Bonus auf der Warteliste für Spendenbereite vorgeschlagen hat. Für Kenner der Materie ist das ein zaghafter Versuch, die Klublösung zumindest in Teilen zu reanimieren. Herr Lilie konnte diesen Vorschlag aus rein rechtlicher Sicht nicht stützen. Ich meine aber, aus ethischer Sicht sollten wir ihn gleichwohl gutheißen.

Ich bin seit über 20 Jahren Intensivmediziner. Ich gehöre zu den anderen 45 Prozent: Wir melden stringent.

Ich sehe, dass die Ablehnungsquote bei den Angehörigen zunimmt. Immer mehr Angehörige sehen sich nicht in der Lage, einer Transplantation zuzustimmen. Das hat vielfältige Gründe.

Neben allen organisatorischen Maßnahmen müssen wir dem Trend hin zur Organakzeptanz und weg von der Spendenbereitschaft – alle Rechte, aber bitte keine Pflichten – entgegenwirken. Ich meine, da ist der Ethikrat auf einem sehr guten Weg.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Schaaf. – Jetzt Dr. von Ascheraden aus Baden-Württemberg.

Dr. von Ascheraden, Baden-Württemberg: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte einen anderen Aspekt dieses Problems hier kurz ansprechen und beleuchten, nämlich die praktische Problematik aus der Notfallmedizin. Die Organspendeauswahl beginnt ja nicht immer und nicht ausschließlich auf der Intensivstation. Dort werden die definitiven Entscheidungen getroffen, aber es ist oft der Notarzt vor Ort, der, auf sich allein gestellt oder mit einem kleinen Team, Entscheidungen treffen soll, insbesondere bei Mehrfachverletzten. Wie kann man hier entscheiden, ob jemand zur Organspende geeignet ist, ob jemand zur Feststellung des Hirntods oder zur Explantation zugeführt wird?

Die Situation am Unfallort ist oft unübersichtlich. Die Notwendigkeit, sehr viele Entscheidungen unter Zeitdruck treffen zu müssen, kennt jeder, der im Notarztwesen jemals tätig war. Ich halte es für problematisch, dass beispielsweise bei einem amputierten Daumen selbstverständlich von der Leitstelle der Hubschrauber zur möglichen Replantation des Daumens automatisch bestellt wird, aber beim Roten Kreuz laut dessen Dienstanweisung der Transport eines Hirntoten nicht in seine Zuständigkeit fällt.

Ich hatte eine solche Situation vor zweieinhalb Jahren. Mit wurde hinterher, als ich das mit der Leitstelle aufzuarbeiten versucht habe, gesagt: Die einzige Möglichkeit, das Rettungssystem für den Transport eines mutmaßlich Hirntoten zu nutzen, sei eine Art Scheinreanimation bis ins Krankenhaus. Ich glaube, das kann nicht die Lösung des Problems sein.

Ich halte es für notwendig, dass wir die Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Notfallmedizin weiterbilden, immer wieder mit der Problematik dieses Aspekts vertraut machen und sie sensibilisieren. Wir brauchen einen verlässlichen Ansprechpartner, gerade in solchen Stresssituationen, wie etwa die Vergiftungszentrale, an die man sich wenden und erklären kann: Ich habe dieses und jenes Problem, wer hilft mir bei der Lösung? Wir brauchen eine klare Regelung dieser prästationären Phase. Wir als Notärzte können diese Probleme nicht allein lösen.

Ich bin sicher, dass wir mit einer solchen prästationären Regelung die Zahl der möglichen Organspender erhöhen könnten. Wir können dadurch Ungewissheiten und Nachfragen besser begegnen. Ich kann mir vorstellen, dass dieses Problem auf der Ebene der Transplantationsbeauftragten der Krankenhäuser mit einer entsprechenden Anlaufstelle lösbar ist.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank. – Jetzt Frau Dr. Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zehn Jahre Transplantationsgesetz bedeuten zunächst und vorrangig zehn Jahre Rechtssicherheit für den Bereich der Transplantationsmedizin. Zehn Jahre Transplantationsgesetz bedeuten aber auch weiterhin eine erhebliche Organmangelsituation in Deutschland mit täglichen Todesfällen auf der Warteliste.

Ein Weg aus der Organknappheit sind länderspezifische Regelungen, also ein Transplantationsausführungsgesetz. Zu diskutieren ist, ob die verpflichtende Einführung von Transplantationsbeauftragten in allen Krankenhäusern eine Lösung darstellt. Wir haben uns in Niedersachsen ganz ausdrücklich zunächst gegen diese gesetzliche Verpflichtung ausgesprochen. Warum? Es besteht nach unserer Einschätzung die ganz große Gefahr, dass ein Papiertiger geschaffen wird. Es handelt sich ja zunächst nur um eine Strukturvorgabe.

Nach meiner Einschätzung müssen drei Bedingungen erfüllt sein, um die Strukturvorgabe wirksam werden zu lassen. Erstens. Der Transplantationsbeauftragte muss eng an die Krankenhausleitung angebunden werden und muss unabhängig agieren können. Zweitens. Der Transplantationsbeauftragte muss entsprechende zeitliche Ressourcen zur Wahrnehmung dieses Amtes erhalten. Drittens. Der Transplantationsbeauftragte nimmt eine sehr verantwortliche Position ein, die entsprechend finanziell honoriert werden sollte.

Unter dem Eindruck zahlloser Überstunden unserer ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, unter dem Eindruck einer extrem schleppenden Umsetzung des ärztlichen Tarifvertrags haben wir die große Befürchtung, dass nur das Gewissen beruhigt werden soll: Wir haben jetzt einen Transplantationsbeauftragten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte hier nicht falsch verstanden werden: Es ist eine ganz ausdrückliche und wichtige ärztliche Aufgabe, die Situation des Organmangels ernst zu nehmen und sich für Verbesserungen zu engagieren. Aber es ist Aufgabe der Arbeitgeber und der Politik, für diese verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit die notwendigen Ressourcen konsequent zur Verfügung zu stellen. Die Organspende ist eine gesamtgesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Dr. Wenker. – Als nächste Rednerin hat das Wort Frau Dr. Ursula Stüwe als Präsidentin der Ärztekammer Hessen.

Dr. Stüwe, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Aus der Landesärztekammer liegt zu diesem Tagesordnungspunkt der Antrag 3 vor. In ihm sprechen wir uns ganz eindeutig gegen die Kommerzialisierung jeglichen Gewebe- oder Organhandels aus. Ich denke, Sie alle können

diesem Antrag zustimmen. Offenbar hat ja auch die Politik eingesehen, dass das ein Weg ist, der ethisch nicht mehr ganz vertretbar ist.

Wir werden von der Hessischen Landesregierung sehr deutlich in die Pflicht genommen, die Organspendebereitschaft in Hessen zu fördern. Ich könnte mir gut vorstellen, dass eine Lösung mit Bonuspunkten für denjenigen, der bereits einen Organspendeausweis hat, in der heutigen Gesellschaft am ehesten Akzeptanz finden wird. Auf die Freiwilligkeit können wir nicht wirklich setzen. Wir sehen ja immer wieder, dass das nicht so richtig funktioniert.

Desgleichen müssen wir darauf hinarbeiten, dass beispielsweise die Marketingexperten unserer Krankenhäuser dieses Thema ebenfalls bearbeiten. Sie überlassen uns immer die ethischen Fragen. Das kann es aber nicht sein. Ein Krankenhaus muss sich auch bezüglich der Organspende ganz klar positionieren. Auch da sind die Ökonomen gefragt und in die Pflicht zu nehmen. Das kann nicht allein ein ethisches Problem sein, das bei uns Ärztinnen und Ärzten angesiedelt ist.

Wir können uns jedoch überlegen, ob wir nicht, um das ärztliche Bewusstsein hinsichtlich dieses Themas etwas zu schärfen, das Thema Transplantationsmedizin mit in alle unsere Weiterbildungskataloge aufnehmen, sodass schon in der Facharztprüfung oder bereits vorher dieses Thema mit verinnerlicht werden kann.

Ich bitte Sie herzlich, einmal darüber nachzudenken. Wenn wir zum Thema Weiterbildung kommen, können wir darüber vielleicht noch einmal diskutieren.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Collega Stüwe. – Das Wort hat nun die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Frau Dr. Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir haben eben gehört: Es ist die ethische Pflicht eines jeden Bürgers, sich zur Organspende zu positionieren. Es ist natürlich aber auch Verantwortung und Pflicht einer jeden Ärztin und eines jeden Arztes – nicht nur der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken –, sich um ein möglichst großes Organaufkommen zu bemühen. Ich möchte in diesem Zusammenhang die Bemühungen der niedergelassenen Ärztin und des niedergelassenen Arztes betonen. Natürlich wird auch in diesem Sektor sehr viel dafür getan, dass das Organspende-

aufkommen erhöht wird. Ich möchte in diesem Zusammenhang dafür nochmals eine Lanze brechen.

Im Zuge der Diskussion über die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht sind sehr viele Patientinnen und Patienten in die Praxis des sie betreuenden Arztes gekommen und haben über diese Problematik diskutiert. Ich nutze diese Gelegenheit immer, gleichzeitig über die Organspende zu reden. Man muss den Patientinnen und Patienten, die über ein würdiges Sterben nachdenken, klarmachen, dass die Organspende durchaus mit einem würdigen Sterbeprozess vereinbar ist. Sie sollten neben der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht auch den Antrag auf Ausstellung eines Organspendeausweises unterschreiben, wenn sie dies denn so wollen. Diese Aufklärung muss flächendeckend in den Praxen erfolgen, bevor die Kolleginnen und Kollegen in der Klinik gefordert sind. Leider ist es so, dass viele Patientenverfügungen dazu keinen Passus enthalten. Insofern unterstütze ich den Antrag II-4, der einen Vorschlag dazu macht, wie man dies aufnehmen kann. Ich habe das für mich in der Praxis individuell formuliert, wie die Patientin/der Patient zur Organspende steht, damit es in der Patientenverfügung dokumentiert ist.

Wir haben einen entsprechenden Ordner in der Praxis. Es ist alles zusammengefasst dokumentiert, sodass ich die Kolleginnen und Kollegen, die am Ende diese Entscheidung treffen müssen, bitte, die betreuenden Ärztinnen und Ärzte anzurufen und zu fragen, ob der Betreffende in der Praxis etwas hinterlegt hat, ob es entsprechende Unterlagen gibt.

Ich rufe alle Kolleginnen und Kollegen dazu auf, gemeinsam das Problem des Organaufkommens anzupacken und dafür zu werben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Dr. Goesmann. – Jetzt der Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, Herr Dr. Theodor Windhorst.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Thema des Referats von Herrn Lilie lautete: Zehn Jahre Transplantationsgesetz – Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung? Ich danke für die Referate, welche die juristische, die medizinisch-ethische und die europäische Situation dargestellt haben. Ich denke, es ist ganz wichtig, dass wir klare Informationen über die Sachlage erhalten. Wir haben Rechtssicherheit, wir haben Chancengleichheit, wir haben Wartelisten. Das alles ist gut. Aber die Wartelisten sind mir zu lang. Das Elend auf der Warteliste

darf nicht mit verbundenen Augen der Justitia hingenommen werden. Das geht nicht; das sind wir den Patienten, die auf der Warteliste stehen, schuldig.

Ich denke, wir können uns darauf einigen: keine Kommerzialisierung, aber eine Verbesserung der Patientenversorgung. Wir dürfen nicht tolerieren, dass es zu einem Patiententourismus kommt, dass es aufgrund der Tatsache, dass Menschen verzweifelt auf ein Organ warten, zu einem Handel mit Organen kommt.

Ich bitte Sie um Zustimmung, dass wir hinsichtlich der erweiterten Widerspruchslösung einen entsprechenden Prüfauftrag an den Vorstand der Bundesärztekammer und vor allem die Ständige Kommission Organtransplantation geben. Es handelt sich hier um ein sehr sensibles Thema. Wir können nicht von oben herab einfach die Widerspruchslösung, wie auch immer sie ausgestaltet sein mag, fordern. Wir müssen eine Diskussion in Gang setzen, um zu erfahren, was die Patienten wollen und mittragen können. Stimmen Sie bitte dem Prüfauftrag zu, damit wir auf dem nächstjährigen Deutschen Ärztetag in Ulm eine entsprechende Vorlage haben und dort entscheiden können.

Wir müssen registrieren, dass es bei den Organspenden keine effiziente Zunahme gibt. Die 3,2 Prozent Steigerung von 2005 zu 2006 betrifft allein die Lebendspende. Das ist, wie uns Herr Professor Nagel klar gesagt hat, ein ganz heikles Kapitel.

Der Antrag der Verbindung mit der Patientenverfügung und der Vorsorgeerklärung ist gut und intelligent. Ich bitte Sie, den Antrag II-4, zu dem Frau Goesmann bereits gesprochen hat, an den Vorstand zu überweisen, damit für Ulm eine Paketlösung entworfen werden kann. Geben Sie aus ärztlicher Sicht eine klare Richtung für eine bessere Aufklärung und das Abarbeiten der Wartelisten vor.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Dr. Windhorst. – Jetzt bitte Herr Dr. Emminger von der Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. Emminger, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag II-5, der von den Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer gestellt worden ist. Zuvor möchte ich beiden Referenten auch von meiner Seite aus herzlichen Dank für ihre Darstellung sagen.

Ich möchte auf einen Punkt in dem Referat von Herrn Lilie besonders eingehen, nämlich das Verhältnis von postmortaler Spende und Lebendspende sowie die Schwierigkeiten der Lebendspende. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass wir seit langer Zeit in eng begrenzten Bereichen für die Lebendspende werben. Denken Sie bitte daran, dass wiederholt beispielsweise zu einer Knochenmarkspende aufgerufen wird, die ja im weitesten Sinne auch eine Organspende ist.

Die Diskussion über die Lebendspende wird in den nächsten Jahren stärker werden. Um unsere Mitmenschen zu motivieren, sich mit der Lebendspende auseinanderzusetzen, muss eine gewisse Fürsorge sichergestellt werden.

Unser Antrag läuft darauf hinaus, dass der Gesetzgeber dafür sorgt, dass die Krankenkassen hinsichtlich der Nachuntersuchungen, der Rehabilitationsmaßnahmen, der Integrationsmaßnahmen und für den hoffentlich nie eintretenden Fall der Invalidisierung ihrer Pflicht nachkommen. Es kann nicht sein, dass es in das Belieben der Krankenkassen gestellt wird, ob einem Patienten, der sich zu einer Organspende entschlossen hat, der volle Versicherungsschutz gewährt wird oder nicht. Wir halten es für notwendig, dass bei der intensiven Diskussion über dieses Thema auch diese Aspekte beachtet und in den Katalog der Krankenversicherung mit aufgenommen werden. In diesem Sinne bitten wir um Ihre Unterstützung für unseren Antrag.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Kollege Emminger. – Jetzt Herr Kollege Hermann Deutschmann von der Ärztekammer Niedersachsen.

Deutschmann, Niedersachsen: Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin sehr zufrieden, und zwar zum einen, weil mit diesem Tagesordnungspunkt unserem Antrag aus dem vergangenen Jahr gefolgt wurde, und zum anderen, weil entsprechend unserem Antrag hinsichtlich der gerichteten Organspende nach dem Tod – da ist es ja zu relativ skandalösen Vorgängen gekommen – dieses Thema in dem Referat von Herrn Professor Lilie behandelt wurde. Ich glaube, hier ist man auf dem richtigen Weg.

Ich danke den hochkarätigen Referenten, die das Thema sensibel, umfassend und gründlich dargestellt haben.

Eine kleine Anmerkung kann ich mir allerdings nicht verkneifen: Herrn Professor Nagel habe ich voraus, dass ich schon 1977 an der Seite von Herrn Professor Pichlmayr – damals als Student – stehen durfte. Herr Professor Pichlmayr

merkte damals an, er würde gern auf eine gesetzliche Regelung zur Organentnahme und zur Transplantation verzichten, weil dies größere Freiheiten mit sich brächte. Insofern sieht man, wie ein Meinungswandel vonstatten geht. Aber ich glaube, das Ganze ist auf einen guten Weg gebracht worden.

Die Bundesärztekammer hat ihre Hausaufgaben gemacht. Ich meine allerdings, in einem Teilbereich muss nachgeschult werden, muss ergänzt werden. Das ist speziell im Bereich der Hirntoddiagnostik der Fall. Ich bin Praktiker, ich bin Neurologe. Ich war jahrelang in einem Hirntoddiagnostik-Konsiliarteam in der Region Nord der Deutschen Stiftung Organtransplantation tätig. Ich weiß, wovon ich rede. Ich möchte kurz rekapitulieren: Die Hirntoddiagnostik ist zunächst durch die Festlegung der Hirntodkriterien durch die Bundesärztekammer 1982 untermauert worden. Das ist 1987, 1991 und 1997 fortgeschrieben worden. In gewisser Weise haben diese Kriterien, die eine Entscheidungshilfe darstellen, eine Metamorphose durchgemacht, indem sie gerade durch die Politik im Zusammenhang mit dem Transplantationsgesetz zu Richtlinien wurden. Ich glaube, das war 1998.

Ergänzend dazu haben die Fachgesellschaften Erläuterungen gegeben, wie die apparativen Zusatzuntersuchungen zu handhaben sind. Das alles ist zu einem guten Gesamtpaket zusammengeschnürt worden. Die Hirntoddiagnostik ist aus meiner Sicht eines der sichersten Verfahren überhaupt, wenn man die Richtlinien – insbesondere jene der Bundesärztekammer – beachtet, sorgfältig damit umgeht und seine Erfahrungen auf diesem Gebiet hat. Hier liegt ein Problem. Aus dem Transplantationsgesetz abgeleitet ist die Bundesärztekammer dafür verantwortlich, die erforderliche Qualifikation der Untersucher sicherzustellen. Das hat sie getan, indem sie in der alten Weiterbildungsordnung von 1992 festgelegt hat, dass bei den Neurologen und den Neurochirurgen die Hirntoddiagnostik mit zur Weiterbildung gehört. Erst auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes hat man in die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung 2002 neben den Neurologen und den Neurochirurgen auch die Neuropädiater mit einbezogen. Das fand ich sehr klug. Mit aufgenommen ist auch jeder, der eine intensivmedizinische Zusatzweiterbildung absolviert. Jetzt sind auch Anästhesisten, Chirurgen, Innere Mediziner, Kinder- und Jugendmediziner sowie die Neurologen und Neurochirurgen mit einer speziellen Ausweitung in diese Weiterbildung einbezogen. Das verbreitert sicherlich die Basis der Befähigten.

Nur: Reicht das? Ich kann nur feststellen, dass eine flächendeckende Qualifikation der Intensivmediziner nicht gegeben ist. Aus diesem Grunde sind die Konsiliarteams eingerichtet worden. Sie sind möglicherweise aber auch nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Sie erreichen nicht alle. Viele Intensivmediziner trauen sich nicht. Hier muss nachgeschult werden.

Ein weiteres Problem, das in den Konsiliarteams auftritt, ist die Tatsache, dass es oft nicht gelingt, den zweiten Untersucher vor Ort zu rekrutieren. Dort ist ge-

mäß den Richtlinien der Bundesärztekammer kein Untersucher vorhanden, der eine solche Untersuchung begleiten könnte.

Ich meine, deshalb muss sich die Bundesärztekammer dafür einsetzen, dass an den Krankenhäusern eine praktische Schulung zur Hirntoddiagnostik ermöglicht wird – möglicherweise über die Ärztekammern – und dass die Krankenhäuser Unterstützung bei der Führung der Gespräche mit den Angehörigen erhalten müssen. Das klang hier bereits an. Ich glaube, dort ist ein erheblicher Bedarf vorhanden.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Deutschmann. – Da Herr Dr. Mayer seine Wortmeldung zurückgezogen hat, hat jetzt Herr Klaus Schäfer von der Ärztekammer Hamburg das Wort. Bitte.

Schäfer, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich akzeptiere für uns als Hausärzte und für uns als Ärzte generell die Aufklärungspflicht zum Thema Transplantation. Ich soll meine Patienten aufklären; aber wenn sie zu mir kommen, haben sie meistens andere Probleme. Legen Sie einmal einem Patienten, der in der Sprechstunde sitzt, weil er Magenbeschwerden oder kardiale Probleme hat, einen Organspendeausweis vor und sagen: Unterschreiben Sie mal! Das ist ein bisschen an der Realität vorbei. Das kommt aus meiner Sicht auch viel zu spät. Diskussion, Information und Aufklärung über die Organtransplantation gehören in sehr frühe Jahre des menschlichen Lebens, auch und gerade für Gesunde.

Zum Thema Freiwilligkeit ist meine persönliche Auffassung: Das muss ein Vertrag auf Gegenseitigkeit sein. Ich kann mich nicht dafür einsetzen, dass jemand, der für sich selbst die Organspende ablehnt, den Organempfang aber verlangt. Hier ist aus meiner Sicht ein gewisser Druck absolut vertretbar, indem man sagt: Wer bereit war, ein Organ, solange es ihm gut ging, zur Spende freizugeben, darf gern einen Bonus auf der Warteliste bekommen.

Zum Schluss noch ein Aspekt, der für uns in den Gesprächen mit der Politik einen hohen Stellenwert haben muss. Wenn Sie sich mit dem Betriebswirtschaftler eines Krankenhauses unterhalten, wird er Ihnen erzählen: Aus betriebswirtschaftlicher Sicht müssen wir über jeden Patienten froh sein, der selbst – oder seine Angehörigen – die Organentnahme verweigert. Warum ist das so? Von den DRGs wird der Aufwand durch die Pauschalen offensichtlich nicht im

Entferntesten gedeckt. Wir müssen den Krankenhäusern überhaupt erst einmal die Bemühungen um eine Organspende ermöglichen.

Dies ist aber auch eine politische Aufgabe. Sie ist genauso wichtig wie die Förderung, dass wir demjenigen, der im Lebendspendeverfahren ein Organ gegeben hat, alle Unterstützung der Solidargemeinschaft zukommen lassen und ihn nicht mit seinen durch die Organentnahme bedingten Problemen im Regen stehen lassen. Hier ist die Politik mit gesetzlichen und normgebenden Verfahren gefordert. Dafür müssen wir uns auf allen Ebenen einsetzen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Ich danke Ihnen, Herr Kollege Schäfer. – Jetzt hat Herr Professor Kirste, ärztlicher Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation, das Wort als geladener Gast. Bitte.

Prof. Dr. Kirste, geladener Gast: Hohes Präsidium! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Ich möchte sie mit einem Dank an alle beginnen, die sich in der Vergangenheit für dieses Thema eingesetzt haben und dies auch heute tun. Das gilt sowohl für das Präsidium der Bundesärztekammer als auch für die verschiedenen Standesorganisationen auf Landesebene und auf örtlicher Ebene. Es gilt insbesondere für diejenigen Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, die sich mit diesem Thema beschäftigen und sich für die Organspende einsetzen.

Die Organspende ist in Deutschland nicht ohne Grund – darauf hat Herr Lilie sehr dezidiert hingewiesen – als eine Gemeinschaftsaufgabe definiert, die von allen zu tragen ist. Deshalb steht im Transplantationsgesetz, dass sich die verschiedenen Institutionen bis hin zu den Ärzten auf den Intensivstationen an dieser Gemeinschaftsaufgabe beteiligen müssen.

Die im Gesetz vorgesehene Verpflichtung zur Meldung, die Herr Lilie sehr ausführlich zitiert hat, ist beim Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes möglicherweise von dem einen oder anderen falsch verstanden worden, indem man glaubte, das Thema Organspende sei nun an eine andere Organisation abgegeben, es sei erledigt, ohne dass man selbst dafür zuständig ist. Man ist aber dafür zuständig. Wir können die Zahl der Organspenden in Deutschland nur dann steigern, wenn wir uns alle darum bemühen. Ich kann nur betonen, dass die anfänglichen Holprigkeiten, die es am Anfang möglicherweise hinsichtlich der Zuständigkeit gegeben hat, inzwischen deutlich überwunden sind.

Ich glaube, es werden in dieser Beziehung immer wieder etwas falsche Zahlen genannt. Das war auch in den Statements, die ich gerade gehört habe, der Fall. In den letzten drei Jahren gab es in Deutschland eine Steigerung der Zahl von Organspenden von 25 Prozent. Das ist ein gewaltiger Erfolg, an dem sehr viele beteiligt sind, insbesondere die Ärzte auf den Intensivstationen, obwohl es, wie wir alle wissen, eine ganz erhebliche Arbeitsüberlastung auf den Intensivstationen gibt. Deshalb ist der Dank an diejenigen Kollegen umso wichtiger, die neben ihrer normalen Arbeit sich auch noch in dieser Beziehung engagieren.

Es ist wichtig, dass die Deutsche Stiftung Organtransplantation mit ihren Mitarbeitern, mit ihren Koordinatoren so früh wie möglich in diese Prozesse eingeschaltet wird. Dann können wir helfen, dann können wir auf den Intensivstationen unterstützen und Arbeit übernehmen, also entlasten. Das ist unsere Aufgabe.

Ich glaube, die gegenwärtige Debatte über eine Widerspruchslösung ist etwas künstlich. Das eigentliche Thema muss lauten, dass die vorhandenen Fälle gemeldet werden. Wir wissen aus Analysen – diese sind im „Deutschen Ärzteblatt“ auch publiziert worden –, dass wir ein Potenzial von 40 Spendern pro 1 Million Einwohner haben. Das deckt sich mit den weltweiten Zahlen. In Mecklenburg-Vorpommern hat man mit derzeit schon 30 Spendern das Potenzial fast ausgeschöpft. Bundesweit sind es allerdings nur 15 Spender. Wenn jeder Fall in Deutschland gemeldet würde, könnte bei gleicher Zustimmungsrate wie heute die Zahl der Organspender verdoppelt werden. Hier liegt unsere Aufgabe für die nächste Zeit. Ich glaube, dieser Aufgabe müssen wir uns dezidiert zuwenden. Wenn wir dies gemeinsam tun, sind wir auf einem guten Weg.

Meine Aufforderung lautet, nicht gleich nach gesetzlichen Regelungen oder gesetzlichen Änderungen zu rufen, sondern das, was wir haben, umzusetzen und gemeinsam daran weiterzuarbeiten. Die DSO ist bereit, ihren Teil dazu beizutragen. Wir haben in jeder Region die Zahl der Koordinatoren um jeweils einen Mitarbeiter verstärkt. Wir wollen in diesem Bereich stärker wahrgenommen werden. Wir wollen den Krankenhäusern helfen.

Zum Aspekt der Kosten, der auch immer wieder angeführt wird: Es ist richtig, dass die Vergütung von vielen Krankenhäusern als zu niedrig angesehen wird. Beteiligen Sie sich bitte an der Diskussion, die noch in diesem Jahr zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Kassen über die Evaluierung der Kosten stattfinden wird. Zumindest bei uns ist es derzeit so, dass ein größerer Teil der Gelder überhaupt nicht abgerufen wird, obwohl wir zur Rechnungsstellung auffordern. Insofern werden die Gelder, die zur Verfügung stehen, gar nicht verteilt.

Mein Votum geht dahin, sich, bevor man über weitere gesetzliche Änderungen nachdenkt, mit dem zu beschäftigen, was bereits vorhanden ist. Da liegt ein

weites Feld vor uns. Ich glaube, dass wir mit den Steigerungen in den letzten Jahren auf einem sehr, sehr guten Weg sind. Ihn sollten wir weiter beschreiten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Professor Kirste. – Der nächste Redner ist Herr Professor Kahlke als Delegierter der Landesärztekammer Hamburg. Bitte, Herr Kahlke.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Lieber Herr Nagel, lieber Herr Lilie, ich bin Ihnen – wie sicher viele andere auch – dankbar für Ihre umfassenden Darstellungen.

Ich habe etwas gezögert, ob ich mich zu Wort melden soll, weil ich nicht sicher bin, ob die Aspekte, die ich auch ansprechen möchte, so ganz ankommen. Die Tatsache, die Herr Kirste eben erwähnte, nämlich dass bei einer Ausschöpfung der bestehenden Bedingungen sich das Aufkommen an zu spendenden Organen verdoppeln würde, erleichtert mir ein bisschen meinen Beitrag.

Ich kann voll unterschreiben, dass es die ethische Pflicht gibt, sich mit der Organtransplantation auseinanderzusetzen. Aber es gibt Menschen, die vielleicht eine andere Sicht haben, wie sie ihr Leben empfinden, ein geschenktes Leben, wo ich vielleicht über den verstorbenen Körper hinaus diese Ganzheit respektieren möchte. Das mag altmodisch klingen; einige bezeichnen es vielleicht sogar als unsolidarisch. Hier war ja auch die Rede von der solidarischen Verpflichtung der Gemeinschaft gegenüber. Das ist natürlich immer sehr schwierig, wenn wir auf der einen Seite die Organe als eine knappe Ressource bezeichnen. Das spielt unter den Stichworten der Verteilungsgerechtigkeit bzw. Verteilungsungerechtigkeit eine Rolle.

Es gibt in unserer Gesellschaft viele Ressourcen bei denen man nie auf die Idee käme, dass sich die Menschen erklären müssen, wie sie ihre Ressourcen, ihr Vermögen usw. der Gesellschaft zur Verfügung stellen. Das mag absurd klingen, ist es meiner Meinung nach aber nicht.

Wenn wir die Organe für Ressourcen halten, müssen wir respektieren – das gehört für mich zur ethischen Pflicht, sich damit auseinanderzusetzen –, dass Menschen über ihre Organe, über ihren Körper nicht verfügen möchten. Ich halte das nicht für unsolidarisch, ich respektiere es auch.

Wenn gesagt wird, jemand sterbe auf der Warteliste, dann finde ich das einen erdrückenden Ausdruck. Es stirbt ja niemand auf der Warteliste, sondern es stirbt jemand an Krankheiten, die durch das Opfer anderer geheilt oder gelindert werden könnten.

Wir müssen respektieren, dass es Menschen gibt, die der Meinung sind – aus christlichen oder sonstigen Motiven –: Ich möchte, dass meine Organe nicht entnommen werden. Dazu gehört vielleicht auch, dass man, wenn man selbst in eine solche Lage gerät, nicht damit rechnen darf, ein Organ zu empfangen. Ich könnte mir diese Einstellung durchaus als etwas Vertretbares vorstellen. Wenn ich nicht bereit bin, ein Organ zu spenden, kann ich natürlich nicht erwarten, dass ich ein Organ empfange, wenn ich denn ein solches brauche. Ich denke, das ist konsequent.

Wir sollten bitte nicht vergessen, dass wir respektieren müssen, dass Menschen aus weltanschaulichen, christlichen oder sonstigen Motiven ihren Körper über den Tod hinaus in seiner geschenkten Ganzheit erhalten möchten. Deshalb darf niemand verteufelt werden.

Ich glaube, Frau Dr. Goesmann sagte, man müsse den Menschen klarmachen, dass sie auch bei einer Organentnahme würdig sterben können. Es wird Menschen geben, die das nicht so sehen; das müssen wir respektieren. Ich denke, zur ethischen Pflicht, sich mit derartigen Problemen auseinanderzusetzen, gehört auch der ethische Respekt vor denjenigen Menschen, die keine Organe spenden möchten.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Kahlke. – Es spricht jetzt als geladener Gast Herr Dr. Axel Rahmel als ärztlicher Direktor von Eurotransplant. Bitte, Herr Dr. Rahmel.

Dr. Rahmel, geladener Gast: Guten Tag, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, kurz zu Ihnen zu sprechen. Heute Vormittag wurde bereits mehrfach auf die Rolle der internationalen Kooperation hingewiesen, auch unter dem Aspekt der Nettoorganimportrate, also des Umstands, dass mehr Organe nach Deutschland importiert werden, als von Deutschland ins Ausland gehen.

In der Organisation Eurotransplant sind sechs Nationen zusammengeschlossen. Es ist geplant, dass in der nächsten Woche Kroatien dem Eurotransplant-Verbund beitritt.

Sie kennen die Dramatik auf der Warteliste; das wurde hier bereits mehrfach angesprochen. Bei Eurotransplant werden jeden Tag 27 Patienten neu in die Warteliste aufgenommen. Leider versterben jeden Tag vier Patienten auf der Warteliste, drei davon in Deutschland.

Über die Organbilanzen ist gesprochen worden. Deutschland ist das einzige Nettoorganimportland.

Ich möchte darauf hinweisen, dass das keineswegs der einzige Vorteil von Eurotransplant für Deutschland ist. Der Vorteil liegt auf ganz anderen Gebieten. Der Vorteil liegt darin, dass wir durch die internationale Kooperation speziellen Patientengruppen helfen können. Von den hoch immunisierten Patienten auf der Nierenwarteliste erhalten zwei Drittel der Patienten ihr Organ nur deshalb, weil es aus einem anderen Land importiert wird. Bei denjenigen Patienten auf der Nierenwarteliste, die eine komplette HLA-Übereinstimmung haben, ist es etwa die Hälfte.

Eine weitere Patientengruppe, die von dieser internationalen Kooperation profitiert, sind Kinder und Patienten mit hoher Dringlichkeit. Ihnen können wir durch die Zusammenarbeit im Eurotransplant-Verbund besonders erfolgreich helfen.

21 Prozent der Patienten, die eine Niere transplantiert erhalten, haben eine komplette Gewebeübereinstimmung. Nur 3 Prozent der Patienten haben fünf oder sechs Gewebe-Mismatches. In den USA haben 30 Prozent aller Patienten fünf oder sechs Mismatches. Patienten mit fehlender Gewebeübereinstimmung haben ein schlechteres Outcome und größere Probleme bei einer eventuell notwendigen Retransplantation.

Auch Patienten auf der Leber-, der Pankreas-, der Herz- und der Lungen-Warteliste, die besonders dringend Hilfe benötigen, wird durch den internationalen Austausch im Eurotransplant-Verbund geholfen. Es gelingt uns beispielsweise bei der Leber-Warteliste, Patienten, die besonders dringlich sind, im Mittel innerhalb von zwei Tagen ein passendes Organ zur Verfügung zu stellen. Das sind die wahren Vorteile einer internationalen Kooperation im Eurotransplant-Verbund.

Die meisten Organe bleiben jeweils im eigenen Land. Es gibt einen ganz ausgeprägten Austausch der Organe zwischen den einzelnen Ländern.

Meine Bitte an die Bundesärztekammer geht dahin, diese europäische Zusammenarbeit gerade der in der Europäischen Union diskutierten weiteren Möglich-

keiten von Rahmenfestlegungen zu fördern und als Beispiel für eine gelungene europäische Initiative zur Kooperation zu betrachten.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Rahmel, für die Darstellung der spezifischen Beweggründe. – Das Wort hat jetzt Frau Jutta Riemer von der Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e. V. Bitte, Frau Riemer.

Riemer, geladener Gast: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Zunächst einige Worte zu meiner Person, da ich nicht zum Kreis der Ärzte gehöre. Ich bin seit zehn Jahren lebertransplantiert und beschäftige mich seit dieser Zeit noch intensiver mit der Thematik. Ich bin von der Ausbildung her Biologin und habe von daher vielleicht einen Zugang zur Thematik auch von medizinischer Seite, die mich im Moment aber gar nicht so sehr beschäftigt.

Vorhin wurde sinngemäß hier gesagt: Solange etwas in der Diskussion ist, kann es Fortschritte geben. Insofern bin ich dem Nationalen Ethikrat für seine Stellungnahme dankbar, die im April veröffentlicht wurde. Ich glaube, Herr Professor Nagel hat vorhin von aufgeregten Reaktionen von Personen gesprochen, die nur etwas von einer Widerspruchslösung hören und sofort dagegen angehen, ohne die Empfehlungen des Ethikrats und seine Begründungen vernünftig gelesen zu haben.

Wie auch immer diese Diskussion, die es hoffentlich weiterhin geben wird, ausgeht: Die Empfehlungen enthalten viele altbekannte Dinge, die bereits jetzt vorhanden sind. Das große Problem in den Krankenhäusern liegt in der Spenderdetektion. Für die Patienten ist es ganz wichtig, dieses Thema weiterhin zu diskutieren.

Es wird ein Stufenmodell vorgeschlagen, das mit einem großen Informationsteil beginnen soll. Diesen Informationsteil finde ich ungeheuer wichtig. Ich finde ihn im Zusammenhang mit der erweiterten Zustimmungslösung genauso wichtig wie im Zusammenhang mit der Widerspruchslösung. Die Bürger müssen über inhaltliche Dinge wie auch über gesetzliche Vorgaben gut informiert werden.

Dazu ist es notwendig, für den Informationsteil Geld und die entsprechenden Stellen bereitzustellen. In § 2 des Transplantationsgesetzes steht, dass die entsprechenden Behörden des Bundes und der Länder sowie die Kassen dafür zu sorgen haben, dass die Bevölkerung gut informiert ist. Hier ist noch nicht ausführlich darauf hingewiesen worden, dass die Zusammenarbeit der verschiede-

nen Gremien mit den Behörden, die laut Gesetz aufklären müssen, sehr wichtig ist.

Wir hatten vor Kurzem einen großen Patiententag. Dort haben wir vorgeschlagen, dass jeder der 300 Teilnehmer sich 250 Ausweise samt Aufsteller bestellt, die es laut Prospekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei ihr zu beziehen gibt. Jeder sollte in seinem Heimatort fünf Plätze finden, an denen noch kein Organspendeausweis verfügbar ist: beim Hausarzt, beim Zahnarzt, bei der Kfz-Werkstatt. Mir hat eine Dame geschrieben, man habe ihr als Privatperson die Ausweise zunächst gar nicht zuschicken wollen. Erst als klar wurde, dass sie Mitglied eines Patientenverbands ist, erfolgte die Lieferung. Auf dem Lieferschein stand der Hinweis, dass der Prospektspender vergriffen ist und nicht neu aufgelegt wird. Hieran sieht man, dass gespart wird und Schwierigkeiten bestehen, die Öffentlichkeit zu informieren.

Ich bitte Sie, darauf hinzuwirken, dass diese Hindernisse möglichst beseitigt werden. Ich denke, das Transplantationsgesetz ist insofern gar nicht schlecht, als es alles vorsieht. Wenn es nach zehn Jahren Geltung des Transplantationsgesetzes noch immer Bundesländer gibt, die auf Freiwilligkeit bauen und sagen, man führe das Gesetz erst dann durch, wenn es freiwillig nicht funktioniert, kann ich nur sagen: Das hätte nach einem Jahr oder spätestens nach zwei Jahren erfolgen müssen. In einem Bundesland haben die Patientenverbände drei oder vier Jahre lang massiv gedrängt, damit der Aufklärungspflicht nachgekommen wird. Dort gibt es erst jetzt entsprechende Aufklärungsaktionen bzw. -bündnisse. Wenn dies alles etwas flotter angelaufen wäre, wären wir vielleicht etwas weiter.

Ich denke, gemeinschaftliches Handeln ist wichtig, ob nun die erweiterte Zustimmungslösung oder die Widerspruchslösung zum Zuge kommt.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Frau Riemer. – Das Wort hat jetzt Herr Dr. Albert Joas von der Bayerischen Landesärztekammer. Bitte schön.

Dr. Joas, Bayern: Wertes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Der Kollege Schäfer hat vorhin angedeutet, wie schwierig es sei, in der Praxis die Informationen pro Organspende zu übermitteln. Ich denke, wir sollten die Situation nicht schwieriger darstellen, als sie ist. Ich sehe als Allgemeinarzt, als Hausarzt keine moralischen Schwierigkeiten, einem schwerkranken Patienten einen entsprechenden Ratschlag zu geben. Wir betreiben sehr breit Vorsorge-

medizin, wir führen Gesundheitschecks ab 35 Jahren durch. Ich sehe überhaupt keine Schwierigkeiten, dass ich einen Packen Informationsschriften und Organspendeausweise in meiner Praxis zur Verfügung habe. Wir sollten routinemäßig bei allen Gesundheitschecks die entsprechenden Informationen, verbunden mit einem kurzen Gespräch, an die Hand geben. Wir können uns im Computer einen Vermerk darüber machen.

Dadurch könnten wir bundesweit zu doppelt so hohen Zustimmungsraten kommen, wie es ja bereits in Mecklenburg-Vorpommern erreicht wurde. Wir informieren alle Patienten über 55 Jahren: Nehmen Sie die Gelegenheit der Koloskopie wahr. Das tun wir seit zwei Jahren. An diese guten Erfahrungen können wir anknüpfen. Mein Appell lautet, auch im Hinblick auf die Möglichkeiten der EDV alle Möglichkeiten der Vorsorge zu nutzen. Ich bitte Sie, diese Anregungen mit nach Hause zu nehmen und vielleicht hausärztlich besser umzusetzen.

Danke schön.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Dr. Joas. – Das Wort als geladener Gast hat jetzt Herr Professor Heemann, der 1. Vorsitzende der Deutschen Transplantationsgesellschaft. Bitte, Herr Heemann.

Prof. Dr. Heemann, geladener Gast: Sehr geehrtes Präsidium! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich freue mich sehr, dass Sie bereit sind, sich diesem aus meiner Sicht außerordentlich wichtigen Thema zu widmen. Ich habe mich auch sehr darüber gefreut, dass die hier gefallenen Äußerungen überwiegend positiv waren. Ein wenig verstört hat mich die Aussage, es sei zu hart, wenn gesagt werde, jemand versterbe auf der Warteliste. Ganz so hart finde ich das nicht. Wie soll ich es denn anders ausdrücken? Die Patienten sterben nun einmal auf der Warteliste. Wir müssen etwas tun, um das zu ändern.

Aus meiner Sicht ist es nicht so, dass wir als Erstmaßnahme eine Gesetzesänderung, eine Widerspruchslösung oder Ähnliches benötigen. Das macht die Sache vielleicht eher noch schwieriger. Wir müssen das Vertrauen schaffen, dass wir Organe einem bereits Verstorbenen entnehmen. Auf diese Weise können wir mehr Spender gewinnen. Wo fangen wir damit an? – Am besten bei uns selbst.

Herr Kirste hat es aus meiner Sicht hervorragend dargestellt: Wir müssen für mehr Spendemeldungen werben. Wenn wir aufklären, sollten wir zunächst bei uns selbst beginnen. Ich sehe es so wie mein Vorredner, dass der niedergelas-

sene Arzt durchaus dazu ermutigt werden kann, Organspendeausweise in seiner Praxis verfügbar zu haben und mit den Patienten darüber zu reden. Das würde aus meiner Sicht sehr viel mehr helfen, als an die Politik zu appellieren, die dann möglicherweise irgendwann einmal etwas Sinnvolles tut.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Professor Heemann. – Herr Dr. Holzborn von der Ärztekammer Nordrhein hat jetzt das Wort.

Dr. Holzborn, Nordrhein: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Gerade ist der Antrag II-6 verteilt worden. Frau Keller, Ihr Anliegen kann ich nachvollziehen. Aber in der Form, wie Sie das hier vorschlagen, geht es nicht. Wir reden, wenn die Frühlingssaison beginnt, schon despektierlich von den Organspendern, die mit dem Motorrad unterwegs sind. Das ist ein Umgang mit Menschen, der in dieser Form nicht sein darf. Ich meine, es geht nicht, auf junge Fahranfänger abzuzielen und diese als potenzielle Organspender anzusehen. Dann könnte man genauso gut Bergsteiger auffordern, einen Organspendeausweis mit sich zu führen, weil sie ja auch infrage kommen. Das könnte man auch noch ausdehnen. Wir sollten das nicht in dieser Form tun.

(Vereinzelt Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank, Herr Holzborn.

Meine Damen und Herren, wir sind damit am Schluss der Rednerliste angekommen. Ich möchte jetzt gern noch den beiden Herren Referenten Gelegenheit für ein kurzes Schlusswort geben. Bitte, Herr Professor Lilie.

Prof. Dr. Lilie, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte lange Ausführungen an dieser Stelle vermeiden. In erster Linie gilt es, Ihnen zu danken. Ich finde, Sie haben durch eine sehr sachliche und weiterführende Debatte der Sache Organspende nachhaltig geholfen. Dafür möchte ich Ihnen danken. Wir werden vieles von dem, was wir hier gehört haben, in der Ständigen Kommission Organtransplantation behandeln, diskutieren und auch viele der Anregungen überprüfen.

Ich glaube, der heutige Vormittag hat eine ganz wichtige Debatte gezeigt, die eine Vorbildfunktion für die Öffentlichkeit haben wird.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank für das präzise Schlusswort. – Jetzt bitte Herr Professor Nagel.

Prof. Dr. Dr. Nagel, Referent: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte mich ganz kurz halten und nur darauf hinweisen, dass unter dem Aspekt der Weiterbildung von Ihnen vielleicht noch einmal darüber diskutiert werden sollte, ob die verschiedenen Anregungen, wie eine bessere Aus- und Fortbildung die Organspende und den interkollegialen Dialog verbessern könnten, nicht dazu beitragen können, konkret die Probleme zu lösen, dass eine ganze Reihe von Krankenhäusern noch nicht an der Organspende partizipieren können. Ich darf darauf hinweisen, dass in Hessen durch ein neues Transplantationsausführungsgesetz neue Wege beschritten werden, wie Frau Wenker es angesprochen hat. Das ist vielleicht eine Aufforderung des Deutschen Ärztetages an die Politiker, den Hessen an dieser Stelle zu folgen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Vizepräsident Dr. Crusius: Vielen Dank auch Ihnen, Herr Nagel.

Meine Damen und Herren, damit kommen wir zur Abstimmung über die Anträge. Ich rufe zunächst den **Antrag II-1** des Vorstands der Bundesärztekammer auf. Er umfasst vier Seiten. Ich denke, Sie hatten alle die Gelegenheit, diesen Antrag zu lesen. Deshalb würde ich jetzt auf ein Verlesen verzichten. Sind Sie damit einverstanden? – Gut.

(Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer:
Abschnittsweise abstimmen!)

– Es gibt den Geschäftsordnungsantrag auf abschnittsweise Abstimmung. Wer ist für diesen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Windhorst? – Das sind wenige. Wer ist dagegen? – Das ist die große Mehrheit. Damit ist der Antrag von Dr. Windhorst abgelehnt.

Wir kommen zum gesamten Antrag II-1 zurück. Wer ist für diesen Antrag? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Keiner. Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Damit ist der Antrag einstimmig bei einzelnen Enthaltungen **angenommen.**

Jetzt rufe ich den **Antrag II-2** von Frau Dr. Birnbaum aus Berlin auf. Da ist Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Dann stimmen wir über die Vorstandsüberweisung ab. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Das sind sehr viele. Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit bei Enthaltung und Gegenstimmen **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag II-3.** Der Antrag lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt jede Form der Kommerzialisierung von Transplantationen ab. Unter Berücksichtigung dieses Leitsatzes muss es – auch mit Hilfe des Gesetzgebers – erreicht werden, dass die Anzahl von Spenderorganen zunimmt. Transplantationen dürfen dabei nur abhängig von medizinischen Kriterien erfolgen. Beispielsweise darf die Vermögenssituation des Empfängers kein Kriterium sein.*

Wer ist für diesen Antrag? – Das ist die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Wer ist gegen diesen Antrag? – Der Antrag ist bei einer Gegenstimme und etlichen Enthaltungen mit großer Mehrheit **angenommen.**

Jetzt komme ich zum **Antrag II-4** von Herrn Deutschmann und Frau Dr. Correns aus Niedersachsen:

> *Zur Förderung der postmortalen Organspende fordert der 110. Deutsche Ärztetag 2007 diejenigen Institutionen und Personen, die beratend Empfehlungen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben, auf, auch die Organspende als eine mögliche Verfügung zu benennen. Die Organspende nach Feststellung des Hirntodes muss nicht im Widerspruch zu einer Patientenverfügung stehen. Auch die Empfehlungen zu Patientenverfügungen der Landesärztekammern sollten in dieser Weise gestaltet werden.*

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Das Erste war die Mehrheit. Sie wollen also selbst darüber abstimmen, meine Damen und Herren. Wer ist für den Antrag II-4? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Einzelne

Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Mehrere Enthaltungen. Dann ist der Antrag mit großer Mehrheit so **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag II-5** von Herrn Dr. Emminger:

> *Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den Krankenkassen eine rechtliche Absicherung der Lebendspender aufzuerlegen …*

Sie haben ihn ganz gelesen, oder bestehen Sie auf dem Vorlesen des gesamten Textes?

(Zuruf)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Einzelne. Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die eindeutige Mehrheit. Wer enthält sich? – Keiner. Dann wird jetzt darüber abgestimmt. Wer ist für den Antrag von Herrn Dr. Emminger? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Bei einzelnen Enthaltungen und einzelnen Gegenstimmen ist der Antrag **angenommen.**

Jetzt kommen wir zum **Antrag II-6.** In diesem Text ist ein Wort verändert worden. Ich lese den neuen Text vor:

> *Es sollte die Möglichkeit geprüft werden, jeden Führerscheinbewerber zu einer Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu bewegen.*
>
> *Damit würde nicht nur der Anteil der Bevölkerung erhöht, der einen Organspenderausweis besitzt, sondern es würde bei den jungen Auto- und Motorradfahrern möglicherweise ein erhöhtes Bewusstsein für ihre Verantwortung geschaffen.*

(Zuruf)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede? – Formal. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Wer ist gegen Vorstandsüberweisung? – Das ist die große Mehrheit. Wer enthält sich? – Einzelne Enthaltungen. Dann stimmen wir jetzt darüber ab. Wer ist für den Antrag von Frau Dr. Keller? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wir zählen. Bitte die Zähler an die Front. Das konnte man wirklich nicht entscheiden.

Sind die Zähler auf ihren Plätzen? – Dann frage ich noch einmal: Wer ist für den Antrag von Frau Dr. Keller? – Wer ist gegen den Antrag von Frau Dr. Keller? – Der Antrag von Frau Dr. Keller ist mit 150 : 70 Stimmen **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen jetzt zum **Antrag II-7 (neu).** Der Antrag lautet:

> *Die Bundesärztekammer wird um Prüfung der Vor- und Nachteile einer – gegebenenfalls modifizierten – Widerspruchslösung zur Organspende gegenüber der geltenden erweiterten Zustimmungslösung gebeten.*

Dieser Antrag liegt Ihnen noch nicht vor.

(Zuruf)

– Es gibt den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede? Der Antrag soll ja sowieso an den Vorstand überwiesen werden. Wer ist für Vorstandsüberweisung? – Das ist die große Mehrheit. Wer ist dagegen? – Das ist die Minderheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist bei mehreren Enthaltungen **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag II-8** aus Mecklenburg-Vorpommern:

> *Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer auf, zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes Ausführungsgesetze zu beschließen, die klare Regelungen enthalten und die Rechtssicherheit verbessern. Dabei ist insbesondere auf die Installation von Transplantationsbeauftragten abzuzielen.*

Wer ist für den Antrag? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Bei zahlreichen Enthaltungen ist der Antrag **angenommen.**

Meine Damen und Herren, mir bleibt jetzt nur noch, den beiden Hauptreferenten ganz herzlich für die, denke ich, allumfassende Darstellung des Themas aus rechtlicher, ethischer und philosophischer Sicht zu danken. Ihnen, meine Damen und Herren Delegierten, und den geladenen Gästen darf ich für die konstruktive, inhaltsreiche und sachlich fundierte Diskussion danken.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe die Sitzungsleitung wieder an unseren Präsidenten, Herrn Professor Hoppe.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich bedanke mich bei Andreas Crusius für die kundige Sitzungsleitung.

Ich denke, wir sollten jetzt noch den nächsten Tagesordnungspunkt aufrufen und das Referat von Herrn Henke hören.

Zuvor aber möchte ich darauf aufmerksam machen, dass Nr. 20 des „Deutschen Ärzteblatts“ verteilt wird, die auf die gestrige Eröffnungsveranstaltung und das, was in der Zeit davor stattgefunden hat, eingeht. So schnell arbeitet das „Deutsche Ärzteblatt“ unter der Leitung von Herrn Stüwe. Das ist wirklich eine Sensation.

(Beifall)

Damit rufe ich **Tagesordnungspunkt III a** auf:

Kindergesundheit in Deutschland

Referent ist Rudolf Henke aus Aachen. Er wird vielleicht ein paar Minuten länger als bis zur vorgesehenen Mittagspause referieren. Ich glaube, es ist sinnvoll, das Referat noch vor der Mittagspause zu hören, damit Sie es auch schon während der Pause verarbeiten können.

Bitte, Rudolf Henke.

Henke, Referent: Lieber Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es scheint der Ärztetagsregie gelungen zu sein, das adäquate Mittel für die zeitliche Begrenzung dieses Referenten herbeizuführen. Offensichtlich hat man seine Erfahrungen mit der Treue gegenüber vorgesehenen Redezeiten gemacht. Ich bedanke mich sehr für diese Disziplin.

England, erste Hälfte des 19. Jahrhunderts. Der neunjährige Waisenjunge Oliver Twist lebt freudlos und misshandelt im Armenhaus. Als er bei einem Totengräber in die Lehre gegeben wird, nutzt er die Gelegenheit, um zu fliehen und in London sein Glück zu suchen. Doch er gerät in die Fänge des Bandenchefs Fagin, der ihn zum Taschendieb ausbilden möchte. Oliver besteht etliche Abenteuer auf der Schattenseite der viktorianischen Klassengesellschaft, bis sich ihm dank der Hilfe mitfühlender Menschen die Chance auf ein besseres Leben eröffnet.

Jeder, der dazu beiträgt, anderen die Bürde des Lebens zu erleichtern, kann sich auf folgendes Zitat des Autors von „Oliver Twist“ beziehen:

> *Niemand ist nutzlos in dieser Welt, der einem anderen die Bürde leichter macht.*

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, so lautet eine zutreffende Bilanz des Robert-Koch-Instituts, hat sich in den Industriestaaten im zurückliegenden Jahrhundert in einem Ausmaß verändert, wie dies in der Geschichte der Menschheit wohl noch nicht vorgekommen ist. Die Säuglingssterblichkeit lag 1900 bei 210 pro 1 000 Lebendgeborene. Sie ist auf weniger als fünf pro 1 000 zurückgegangen, also um einen Faktor von mehr als 40. Die Sterblichkeit von Kindern im Alter zwischen 1 und 15 Jahren verminderte sich um den Faktor 65. Vor 100 Jahren starben mehr als 50-mal so viele Mütter im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft wie im Jahr 2000.

Bedenkt man, dass unabhängig von Schwangerschaften etwa 25 Prozent aller Frauen im Alter zwischen 20 und 45 Jahren starben und dass die Sterblichkeit von Männern sogar noch höher war, so wird deutlich, dass vor 100 Jahren – auch das ist ein Teil des demografischen Wandels unserer Gesellschaft – ein großer Teil der Kinder ohne eigene Mutter, ohne eigenen Vater oder sogar ganz ohne Eltern aufwachsen musste.

Man kann sich heute kaum noch vorstellen, dass es für damals sehr verbreitete Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Poliomyelitis, Scharlach, Diphterie, Gonorrhoe, Syphilis, Gastroenteritis, Meningitis oder Wundstarrkrampf weder eine wirksame Behandlung noch kaum eine Vorbeugung gab.

Unbehandelbar waren zum Beispiel Diabetes mellitus, Rachitis, Skorbut, Nachtblindheit, Anämie, Asthma, Depressionen und fast alle anderen psychischen Krankheiten, Anfallsleiden, Krebs, Probleme von Frühgeborenen, angeborene Fehlbildungen, beispielsweise Herzfehler, angeborene Stoffwechselkrankheiten, chronische Krankheiten des Skeletts, des Herzens und anderer Organe, und nach heutigen Maßstäben gab es keine sicheren chirurgischen Behandlungen.

Am Anfang des letzten Jahrhunderts waren die Menschen vom Sterben umgeben, und die größte gesundheitspolitische Herausforderung war die Vermeidung des frühen Todes. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern betrug im Jahr 1900 39 Jahre, die von Frauen 42 Jahre. Im Jahr 2000 lagen die entsprechenden Werte bei 75 und 81 Jahren.

Das erste, 1907 in Deutschland gegründete Forschungsinstitut für präventive Pädiatrie hatte als einziges Ziel, die Säuglingssterblichkeit zu senken. Das wurde im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Berlin eingeleitet. Als Mitte des 20. Jahrhunderts die Weltgesundheitsorganisation gegründet wurde, war ihr Motto: „Add years to life“ – „Dem Leben Jahre hinzufügen“. Neuerlich wurde dieses Motto umgekehrt in: „Add life to years“ – „Den Jahren Leben hinzufügen“. Darin kommt ein völliger Paradigmenwechsel zum Ausdruck.

Sieht man einmal von den härtesten Krankheitsfolgen, nämlich dem Tod oder der Verwaisung, ab, so gibt es auch Anhaltspunkte dafür, dass es den überlebenden Kindern vor 100 Jahren gesundheitlich nicht so gut gegangen sein kann wie heute. Das sieht man an den Analysen des Wachstums der Kinder. Insofern kann man für das letzte Jahrhundert sagen – das ist auch ein Kompliment an alle Ärztinnen und Ärzte, die in den letzten 100 Jahren dazu beigetragen haben –: Es ist eine enorme Erfolgsgeschichte der Medizin, auch eine enorme Erfolgsgeschichte unserer Gesellschaft, durch ihre Anstrengungen das gesundheitliche Wohl der Kinder erhöht zu haben. Dafür gebührt allen, die daran mitgewirkt haben, Dank.

Aber diese günstigen Entwicklungen führen nicht daran vorbei, dass es auch noch heute gravierende Gesundheitsprobleme gibt, von denen ein erheblicher Teil der Bevölkerung betroffen ist. In einer bundesweiten repräsentativen Befragung zur Nachfrage nach Präventionsangeboten gaben beispielsweise 23,7 Prozent der jungen Eltern an, dass in ihrer Familie ein chronisch krankes Kind lebt. Man schätzt, dass 7 bis 10 Prozent der Kinder von chronischer Krankheit betroffen sind. Wir wissen, dass nach dem Rückgang der Sterblichkeit andere Gesundheitsprobleme in den Vordergrund getreten sind. Aus Mangel an Vergleichsdaten entsteht häufig der Eindruck, als hätte die Verbreitung dieser Probleme zugenommen; man spricht dann von einer Verschlechterung der Umwelt, von einer Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen und sieht darin Ursachen.

Ich glaube, man muss achtgeben, dass man nicht auf einen Irrweg gerät. Die Kindergesundheit ist heute besser und nicht schlechter als früher. Wir sind allerdings nach Kräften dabei, sie wieder zu verschlechtern. Dabei sind die Chancen für die Kinder zumindest in den Industriestaaten sehr viel besser als vor 100 Jahren. Aber es liegt an uns, ob die Chancen Wirklichkeit werden. Und schon heute wissen wir: Die Chancen erreichen die unterschiedlichen Schichten der Bevölkerung bei Weitem nicht in der gleichen Weise.

Vielleicht erinnern Sie sich an den 108. Deutschen Ärztetag in Berlin:

> *Arbeitslosigkeit und Armut lassen Menschen früher altern, rascher krank werden, sie rauben Initiative zur eigenen Gesundheitsförderung, zerstören die Motivation zur Prävention, mindern gesundheitliche Potenziale und verbreiten gesundheitsbelastende Verhaltensweisen.*

Das haben wir damals diskutiert. Wir haben diese Sätze in unseren Beschluss aufgenommen: Arbeitslosigkeit macht arm, und Armut und Arbeitslosigkeit machen krank. Beides gilt bis in die nächste Generation hinein.

Es gibt sehr aktuelle Daten aus dem Sozialbericht NRW, den der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landeskabinett von Jürgen Rüttgers, Karl-

Josef Laumann, vorgelegt hat. Das ist der erste Sozialbericht NRW, der ein eigenes Kapitel über die Armut von Kindern und Jugendlichen enthält.

Er zeigt, wie sehr die Armutsquote in Familien mit Kindern, die jünger sind als 18 Jahre, steigt. Die Armutsquote in Ein-Eltern-Haushalten ist mit 37,8 Prozent fast doppelt so hoch wie in Paarhaushalten mit Kindern. Wenn beide Eltern erwerbstätig sind, liegt die Armutsquote bei 5,7 Prozent, wenn ein Elternteil erwerbstätig ist, bei 23,9 Prozent, sind beide Eltern nicht erwerbstätig, bei über 80 Prozent.

Elternschaft geht in den meisten Fällen damit einher, dass zumindest ein Elternteil die Erwerbstätigkeit unterbricht oder reduziert.

Der OECD-Bildungsbericht PISA kommt zu dem Ergebnis, dass in keinem anderen Land der Welt der Schulerfolg so stark von Einkommen und Vorbildung der Eltern abhängt wie in Deutschland. Damit sind wir bei einem Teufelskreis: Kinder und Jugendliche, die in Armut leben, tragen ein erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiografie.

Es ist leider so – so muss unsere Hypothese sein –, dass sich dieser Teufelskreis fortsetzt, weil der mangelhafte Bildungs- und Berufserfolg von Eltern sich dadurch fortpflanzt, dass die soziale Herkunft über den Bildungserfolg der Kinder entscheidet.

Schauen wir uns die Daten an, die uns der Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts liefert. Es handelt sich um eine Untersuchung an insgesamt 17 641 Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen von vier ärztlich geleiteten Untersuchungsteams an insgesamt 167 Standorten untersucht wurden. Wir finden bei fast jedem Merkmal, dass Familien mit niedrigerem Sozialstatus häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen sind. Wir finden dies bei der Adipositas, wir finden das bei Essstörungen, wenn man nach dem SCOFF-Range vorgeht. Wir finden solche Ergebnisse auch in Bezug auf die Mundgesundheit. Wir finden das, wenn es um Rauchen und Sozialstatus geht, wir finden das, wenn es um Bewegungsmangel geht. Wir finden das auch, wenn es um die Teilnahmerate bei Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter geht. Kinder mit niedrigerem Sozialstatus und solche mit Migrationshintergrund nehmen wesentlich seltener alle Früherkennungsuntersuchungen wahr, als es im Schnitt der Bevölkerung der Fall ist. 14 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar nie an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen. Daraus sind Konsequenzen zu ziehen.

Konsequenzen sind auch aus der ergänzenden, den Jugendsurvey erweiternden BELLA-Studie zu ziehen, mit der man psychische Auffälligkeiten untersucht hat. Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten wird bei einem niedrigeren sozioökonomischen Status, wie es die Sozialwissenschaftler nennen, signifikant häufiger.

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Nach Berechnungen des Kinderschutzbundes leben heute in Deutschland allein 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche auf Sozialhilfeniveau. Viel zu viele Kinder müssen auf Taschengeld, Freizeit- und Sportangebote verzichten. Viel zu viele Kinder ernähren sich mangelhaft und sind bei schlechter Gesundheit. Viel zu viele benachteiligte Kinder bleiben in isolierten Wohnvierteln unter sich, ohne gute Schulen, Ausbildungsmöglichkeiten und ausreichende soziale Unterstützung.

Deshalb möchte ich ausdrücklich hervorheben, was Roman Herzog, Altbundespräsident und Vorstandsvorsitzender des Bündnisses für Kinder, auf dem II. Forum „Deutschland für Kinder“ in der Berliner Akademie der Künste gesagt hat:

> *Kinder ohne Chancen sind die Arbeitslosen von morgen. Die Überwindung von Kinderarmut ist eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben.*

Heide Simonis, die Vorsitzende von UNICEF Deutschland, ergänzt:

> *Kinderarmut in Deutschland bedeutet massenhafte Ungerechtigkeit und Benachteiligung. Kein Land kann es sich leisten, so vielen Kindern einen guten Start ins Leben vorzuenthalten.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bin im Umfeld dieses Tagesordnungspunkts von vielen Journalisten gefragt worden: Verursacht das, was ihr da alles tut, nicht wieder neue Kosten? Kosten eure Forderungen, die ihr stellt, nicht unendlich viel zusätzliches Geld? Ganz abgesehen davon, dass ich glaube, dass der Wert von Kindern sich nicht in Euro und Cent berechnen lässt: Es ist nicht so, als kostete es die Gesellschaft nichts, wenn sie Kinder in Chancenlosigkeit belässt. Das ist ein furchtbar schlechtes Geschäft.

(Beifall)

Was muss geschehen? Der Abbau von Kinderarmut muss wie der Kampf gegen die Arbeitslosigkeit politische Priorität bekommen. Ein Aktionsplan mit konkreten Zielvorgaben ist nötig.

Die Kinder- und Familienpolitik muss darauf achten, dass ihre Hilfen auch die schwächsten Familien erreichen. Dazu gehört die Sicherung eines angemessenen Existenzminimums für die Kinder.

Eine kindorientierte Politik muss Betreuungsmöglichkeiten für alle Kinder sicherstellen, den Zugang zu Kindergärten sichern und kindgerechte Ganztagsschulen ausbauen, um Lern- und Verhaltensdefizite auszugleichen.

Wir brauchen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, und wir brauchen eine gezielte Förderung und Unterstützung vom Kindergartenalter an.

Einer der wichtigsten Ansatzpunkte für Armutsprävention und damit für den Schutz der Gesundheit ist der Schulerfolg der Kinder und der Einstieg in eine berufliche Bildung, die für den Arbeitsmarkt qualifiziert. Wir müssen die kollektive Vernachlässigung der Kinder in Deutschland stoppen. Wir müssen aufhören, den Wert von Kindern über das Geld zu bestimmen, das sie kosten. Kinder sind ein Reichtum aus sich heraus.

(Beifall)

Der Anstoß für unsere Beratungen auf diesem Ärztetag kam aber auch noch von einer anderen Form von Vernachlässigung der Kinder. Sie alle kennen Schlagzeilen wie die folgenden: „Das unfassbare Leiden der kleinen Jessica“; „Mädchen (7) verhungert – Sie vegetierte wie eine Gefangene“; „80 000 Kinder von Verwahrlosung bedroht“; „Kleine Michelle – Hunger tötete sie“; „Wieder ein Kind verhungert – und in Mülltonne gesteckt“; „’Schattenkinder’ Sieben Jahre im Dunkeln“.

Leider ist es wahr: Es gibt nichts, was Erwachsene Kindern nicht antun, ihren eigenen Kindern. Auf einer Fortbildungsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wurde vom Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf folgender Fall vorgestellt: Der Vater eines fünf Jahre alten männlichen Kindes hat erklärt, die Verbrennungen seien dadurch entstanden, dass das Kind an eine Herdplatte geraten sei. Bei einer präziseren Untersuchung des Kindes haben sich an einer durch die Kleidung verdeckten Stelle Zigarettenmarken gefunden. Der Vater erklärte dazu: „Es wird heiß, wenn die Kinder nicht parieren.“ Ein weiterer Fall: Ein drei Monate altes weibliches Kind lag laut Aussage des Kindsvaters morgens tot im Bett. Der Notarzt hat keine Verletzungen attestiert. Er hatte den Verdacht auf SIDS. Nach der Obduktion hat der Vater gestanden, das Kind an die Wand gehauen zu haben; er habe sich über seine Frau geärgert.

Beim Schütteltrauma besteht die Gefahr der Fehleinschätzung als SIDS.

Ich glaube, es ist gut, wenn wir uns mit der Trias: Wahrnehmen – Warnen – Handeln beschäftigen. Wahrnehmen kann jeder, der wahrnehmungsfähig ist. Das sind nicht nur Ärztinnen und Ärzte. Aber wir als Ärztinnen und Ärzte haben eine professionelle Pflicht, unsere Wahrnehmung zu systematisieren und unsere Wahrnehmungen bei der Untersuchung von verletzten Kindern präzise zu fassen, damit sie auch für Dritte bewertbar sind.

Wir haben die Pflicht, handlungsverpflichtete Institutionen mit Warnmeldungen zu versehen, wenn es möglich ist. Diese Dienste haben die Pflicht, zeitnah zu

reagieren oder gemeinsam mit anderen Institutionen zu handeln. Das ist alles zeitkritisch.

Niemand soll sagen, dass betreffe nur wenige Menschen. Nach Angaben des Bundeskriminalamts gab es 1999 über 3 200 Fälle von Misshandlung Schutzbefohlener. Über 2 200 Fälle davon betrafen Kinder. Wir haben 100 bis 200 Kinder, die durch Misshandlungen, durch Gewalt zu Tode kommen. Dahinter verbergen sich nach unserer Einschätzung – so haben wir es im Antrag des Vorstands formuliert – etwa 5 Prozent Kinder einer Alterskohorte, die in gefährdeten Verhältnissen leben, wo man genau achtgeben muss. Das sind immerhin 30 000 Kinder in Deutschland.

Es ist wichtig, dass wir unsere medizinischen Erfahrungen austauschen. Dr. Bernd Hermann aus Kassel hat folgende 10-Prozent-Regel aufgestellt: 10 Prozent aller verletzten Kleinkinder wurden misshandelt, 10 Prozent aller verletzten Kleinkinder wurden vernachlässigt und 10 Prozent aller Frakturen sind durch Misshandlungen entstanden.

Es geht nicht nur um Gewalterfahrung und Vernachlässigung, sondern auch um die fehlende elterliche Wahrnehmung von Erkrankungen und Entwicklungsauffälligkeiten. Deshalb ist eine enge Kooperation von Sozialverwaltung, öffentlicher und freier Jugendhilfe, kommunalem Gesundheitsdienst, dem Schul- und Bildungsbereich, der freien Wohlfahrtspflege, intermediären Instanzen, Ärzteschaft, Entbindungs- und Kinderkliniken, Hebammen und anderen mehr erforderlich.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in diesem Zusammenhang werden wir – das zeigen die Anträge – über einen besonders wichtigen Punkt zu diskutieren haben, nämlich die Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen. Manchmal wird gesagt: Mischt euch nicht zu sehr bei den Eltern ein. Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes bestimmt:

> *Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht.*

Das ist wahr und richtig, aber der Staat bleibt keineswegs außen vor, denn der zweite Satz von Art. 6 des Grundgesetzes lautet:

> *Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.*

Der Schutz des Kindes vor Gefahren für sein Wohl obliegt natürlich zunächst den Eltern. Nehmen Eltern ihre Verantwortung aber nicht wahr und überschreiten sie ihre Grenzen, die das Kindeswohl dem Elternrecht setzt, dann kommt das staatliche Wächteramt zum Tragen. Der Staat ist in diesem Fall nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, Pflege und Erziehung des Kindes sicherzustellen. Das Kind, das der Hilfe bedarf, um sich zu einer eigenverantwortli-

chen Person innerhalb der sozialen Gemeinschaft, wie sie dem Menschenbild des Grundgesetzes entspricht, zu entwickeln, hat insoweit Anspruch auf den Schutz des Staates. In Fällen, in denen eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, besteht ein individueller Anspruch auf Hilfe zur Erziehung.

Ich will jetzt nicht im Einzelnen auf die Diskussion eingehen, ob familiengerichtliche Maßnahmen rechtzeitig einsetzen. Ich will nur sagen: Es ist auch für unsere Debatte wichtig, diese Pflicht der staatlichen Gemeinschaft zu erkennen.

Ich glaube, dass wir nicht allein als Ärzteschaft, nicht allein dadurch, dass wir die Früherkennungsuntersuchungen weiterentwickeln, nicht allein dadurch, dass wir dem Verband der Kinder- und Jugendärzte Unterstützung in dem Bemühen geben, die Früherkennungsuntersuchungen auch über den Gemeinsamen Bundesausschuss auszubauen, helfen sollten, sondern auch dadurch, dass wir in der gesellschaftlichen Diskussion den Wert von Kindern betonen, die Trias: Wahrnehmen – Warnen – Handeln betonen. Dazu müssen wir Netzwerke kommunaler Art aufbauen. Das ist unsere Pflicht, und damit leisten wir Beiträge, wie sie erforderlich sind.

Wir haben uns darauf verständigt, dass Herr Professor Niethammer die Kindergesundheit aus pädiatrischer Sicht darstellen wird und Frau Dr. Goesmann aus der hausärztlichen Sicht. Frau Dr. Goesmann wird viele Beispiele dafür nennen, welche Kooperationen möglich sind.

Mein Appell zum Schluss lautet: Wir brauchen diese Kooperation, weil wir alle Kräfte mobilisieren müssen, damit möglich wird, worauf die Kinder einen Anspruch haben: ein sicherer Start.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen herzlichen Dank, Rudolf Henke, für dieses sehr plastische Referat, das uns sicher aufgerüttelt hat und uns die weiteren Referate mit Spannung erwarten lässt, die nach der Mittagspause gehalten werden.

Ich begrüße dazu bereits jetzt Herrn Professor Niethammer aus Tübingen, Kinderarzt und uns auch in wichtigen Funktionen in der Wissenschaftsszene bekannt. Er hat auch sehr darauf aufgepasst, dass sich die Universitäten gut weiterentwickeln. Aber das ist eine andere Baustelle. Hier geht es um die gute Betreuung von Kindern. Herzlich willkommen, Herr Niethammer!

(Beifall)

Es liegen bereits 28 Anträge vor. Mir ist aufgefallen, dass der Antrag 6 a von denselben Antragstellern stammt wie der Antrag 6. Insofern vermute ich, dass es sich nicht um einen Antrag 6 a, sondern um einen Antrag 6 (neu) handelt. Wenn die Autoren es anders sehen, mögen sie es mir bitte sagen.

Der Antrag 9 enthält eine missverständliche Überschrift. Dort ist die Rede von „hausärztlicher Gewalt“. Ich glaube, das ist übertrieben; das ist so nicht gemeint.

(Heiterkeit)

Es ist sicher „häusliche Gewalt“ gemeint. Wir versuchen, den Antrag neu umzudrucken, nicht dass Sie ihn so ernst nehmen, dass Sie ihn nicht mehr loslassen. Es kommt ein neuer Antrag, in dem „häusliche Gewalt“ steht.

Nun wünsche ich Ihnen eine erholsame Mittagspause. Wir treffen uns um 14 Uhr an dieser Stelle wieder.

2. Tag: Mittwoch, 16. Mai 2007
Nachmittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine Damen und Herren! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Ich rufe **Tagesordnungspunkt III b** auf:

Kindergesundheit aus pädiatrischer Sicht

Dazu wird uns Herr Professor Niethammer, den ich bereits vor der Mittagspause begrüßt habe, vortragen. Herr Professor Niethammer ist Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. Bitte schön, Herr Professor Niethammer. Wir sind gespannt auf Ihren Vortrag.

Prof. Dr. Dr. h. c. Niethammer, Referent: Herr Präsident! Vielen Dank für die freundliche Begrüßung. Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst möchte ich feststellen, dass mir der Vortrag von Herrn Henke sehr gut gefallen hat und er eine sehr gute Basis für unsere Diskussion darstellen kann.

Zahlreiche spektakuläre Fälle von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung haben in jüngster Zeit die Öffentlichkeit bewegt. Die anscheinende Häufung von bekannt gewordenen Vorfällen und das damit verbundene Medienecho haben auch eine lebhafte, bisweilen aktionistische Diskussion darüber angeregt, welche Konsequenzen daraus für die Familien-, Sozial- und Gesundheitspolitik zu ziehen sind.

Die dramatischen, medienwirksamen Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung mit Todesfolge sind nach meiner Meinung indessen nur die Spitze des Eisbergs. Schätzungsweise 5 Prozent aller Kinder wachsen in Deutschland in Familien oder Teilfamilien auf, die nach den Kriterien der Mannheimer Risikokinder-Studie als „Hochrisikofamilien“ zu bezeichnen sind. Darunter werden Familien oder Lebensgemeinschaften verstanden, in denen nach gesicherter Empirie für die Kinder ein hohes Risiko gravierender Vernachlässigung als Folge der gegebenen psychosozialen Bedingungen besteht. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind von diesem hohen Risiko in jedem Geburtsjahrgang rund 30 000 Kinder in Deutschland betroffen. Eine gravierende Vernachlässigung kann aber sehr unterschiedliche Folgen haben; in jedem Fall bedeutet sie für das betroffene Kind eine Behinderung, seine Entwicklungsmöglichkeiten auszuschöpfen.

Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch sind unterschiedliche Formen schädigenden Verhaltens, denen viele Kinder gleichzeitig oder nacheinander

ausgesetzt sind und zwischen denen oft fließende Grenzen verlaufen. Der Begriff der „Gewalt“ wird in diesem Kontext meist mit körperlicher Misshandlung oder Bedrohung verbunden. Gewalt wird aber nicht nur von Erwachsenen an Kindern ausgeübt, sondern in bedeutsamem Umfang auch zwischen Kindern und Jugendlichen untereinander. Dieses Phänomen macht inzwischen einen beträchtlichen Anteil der sogenannten neuen Morbidität im Kindes- und Jugendalter – im amerikanischen Sprachgebrauch „new epidemics“ – aus.

Zur Häufigkeit von Gewalterfahrung im Kindes- und Jugendalter gibt es aktuelle, für Deutschland repräsentative Daten aus dem nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Mehr als ein Viertel der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren gab an, innerhalb der zurückliegenden zwölf Monate ein- oder mehrmals Gewalt ausgeübt zu haben oder Opfer von Gewalt geworden zu sein: 14,9 Prozent gaben an, ausschließlich Täter gewesen zu sein, 4,6 Prozent ausschließlich Opfer und 5,7 Prozent sowohl Täter als auch Opfer. Jungen sind in der Täter- und der Täter-/Opfer-Kategorie mehr als doppelt so häufig vertreten wie Mädchen; in der Opfer-Kategorie ist die Geschlechterdifferenz geringer. Bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus ist der Anteil der Täter fast doppelt so hoch wie in der Oberschicht. Noch größer ist die Differenz in der psychologisch besonders problematischen Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die sowohl Täter als auch Opfer sind. Dagegen sind die soziodemografischen Unterschiede bei den ausschließlichen Opfern gering.

Bei der Diskussion um Ursachen und Folgen solcher schädigender Einflüsse auf Kinder gilt es zu unterscheiden zwischen:

- Vernachlässigung, wenn Kindern die für ihr Überleben und Wohlergehen erforderlichen Maßnahmen ganz oder teilweise vorenthalten werden
- körperlicher Misshandlung, wenn einem Kind körperliche Verletzungen durch eine Bezugsperson zugefügt wurden
- Seelische Misshandlung ist die Folge von Verhaltensweisen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen dem Kind und der Bezugsperson führen und die seelisch-geistige und nicht selten auch die körperliche Entwicklung des Kindes behindern
- Sexueller Missbrauch ist schließlich die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Handlungen.

Gemeinsamer Wirkfaktor dieser verschiedenen negativen Einflüsse ist, dass die seelischen und körperlichen Grundbedürfnisse von Kindern nicht oder nur unzureichend befriedigt werden. Das ist im eigentlichen Sinne als soziale Benachteiligung von Kindern zu verstehen, während im allgemeinen Sprachgebrauch soziale Benachteiligung fälschlicherweise meist mit schlechten sozioökonomi-

schen Bedingungen gleichgesetzt wird. Soziale Benachteiligung ist aber kein primär materielles und auch kein schichtspezifisches Problem, sondern vielmehr die Folge von Mängeln der primären Sozialisation und der Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen.

Zweifellos nimmt das Risiko sozialer Benachteiligung von Kindern mit dem Grad sozioökonomischer Stressbelastung – Armut und Bildungsmangel – signifikant zu, aber eine statistische Korrelation ist nicht gleichbedeutend mit einem kausalen Zusammenhang. Eine Fokussierung der ärztlichen Aufmerksamkeit auf die physischen und psychischen Grundbedürfnisse von Kindern eröffnet ohne Zweifel Möglichkeiten hilfreicher individualmedizinischer Intervention auch unter schwierigen sozioökonomischen Gegebenheiten.

Die Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie belegen eindrucksvoll, dass Entwicklungsrisiken, soweit sie aus den äußeren Lebensumständen der Kinder hervorgehen, hauptsächlich über das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen vermittelt werden. Widrige Lebensereignisse und chronische Belastungen beeinflussen die Erziehungshaltung maßgeblich und wirken sich dadurch direkt auf die Entwicklungschancen der Kinder aus.

Ein besonderes Problem liegt darin, dass psychosoziale Risikofaktoren selten isoliert, vielmehr in der Regel kumuliert auftreten, etwa in der Kombination von geringem Einkommen, schlechten Wohnverhältnissen, alleinerziehenden Eltern, unerwünschter Schwangerschaft, niedrigem Bildungsniveau und anderen Beeinträchtigungen.

Je höher der Problemdruck ist und je geringer die Ressourcen sind, desto wahrscheinlicher wird eine Dekompensation. Sie äußert sich bei Frauen (Müttern) tendenziell eher in einer depressiven Reaktion mit der Folge von Vernachlässigung, bei Männern (Vätern) häufiger in einer aggressiven Reaktion, das heißt einer Misshandlung. Abusus von Alkohol und Psychopharmaka – letztere vorzugsweise bei Frauen – spielen dabei eine zusätzlich verschlimmernde Rolle. Die Verstärkung einer psychischen Indifferenz bei Müttern, die durch Überforderung depressiv sind, müsste bei der ärztlichen Verordnung von Psychopharmaka daher sicher noch stärker bedacht werden. Darüber müsste man mit der Erwachsenenmedizin noch Diskussionen führen.

Durch viele weltweit durchgeführte Studien ist erwiesen, dass mütterliche Depressivität einer der gefährlichsten Risikofaktoren sowohl für die kognitive als auch die psychosoziale Entwicklung der Kinder ist. Depressivität blockiert aufseiten der Mutter die Fähigkeit und die Bereitschaft, die Signale und Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und angemessen zu beantworten – die Voraussetzungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung. Deren Qualität ist aber ihrerseits auch ausschlaggebend für die kognitive Entwicklung des Kindes.

Armut als besondere Konstellation psychosozialer Risikobelastung ist seit den 90er-Jahren vermehrt ins öffentliche Bewusstsein gerückt, nachdem sie zu einem Massenphänomen wurde, von dem Kinder in besonderem Umfang und mit besonderer Auswirkung betroffen sind. Armut führt, statistisch gesehen, zu einer Veränderung des innerfamiliären Klimas mit Zunahme von depressiver Resignation einerseits und von restriktiven und strafenden Erziehungsweisen andererseits. Ein höheres Bildungsniveau der Eltern ist im Zeitalter der Massenarbeitslosigkeit zwar keine Garantie mehr gegen Armut, vermag aber doch die Auswirkungen von Armut auf das Familienklima und die Entwicklung der Kinder abzumildern.

Die Frage nach den Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung lässt sich nicht pauschal beantworten, denn die Folgen sind zum einen abhängig vom Schweregrad der schädigenden Einflüsse, zum anderen auch von biologischen oder psychologischen Eigenschaften des einzelnen Kindes, die seine Störanfälligkeit – die Vulnerabilität – oder auch Widerstandsfähigkeit – die Resilienz – beeinflussen. Es gibt aber gesicherte Daten über die Abhängigkeit von Gesundheit und Entwicklung vom Grad der sozialen Benachteiligung des Kindes, ausgedrückt im sozioökonomischen Status der Familie und des Kindes.

Auch unter den Gegebenheiten einer allgemeinen sozialstaatlichen Absicherung ist die Säuglings- und Kindersterblichkeit in den westeuropäischen Ländern noch heute bei den Kindern der untersten Sozialschicht um mehr als doppelt so hoch wie in der obersten Sozialschicht. Ein ähnlich hoher sozialer Gradient wurde beispielsweise in Großbritannien auch für die Häufigkeit von Pneumonien und für verschiedene chronische Erkrankungen im Kindesalter nachgewiesen. Adipositas ist bei Kindern und Jugendlichen aus der unteren Sozialschicht – nach den aktuellen Erhebungen des KiGGS – dreimal häufiger als bei ihren Altersgenossen aus der oberen Sozialschicht. Soziale Benachteiligung disponiert also nicht zu Unterernährung, sondern zu Fehlernährung. Adipositas ist bekanntlich eine Bedingung, die vielen körperlichen wie auch psychosozialen Störungen Vorschub leistet.

Die Häufung somatischer Risiken bei sozial benachteiligten Kindern – wie Säuglingssterblichkeit, Untergewicht bei der Geburt, häufiger angeborene Fehlbildungen, erhöhte Rate an chronischen und akuten Erkrankungen – lässt zunächst daran denken, die gesundheitliche Benachteiligung zu erklären als Folge von ungenügender Gesundheitsvorsorge der Mutter während der Schwangerschaft sowie von Fehlernährung und unzureichender Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen nach der Geburt. Diese Faktoren spielen sicherlich eine Rolle, ohne dass damit allein die soziogenen Unterschiede in der Gesundheit und der Entwicklung der Kinder erklärt werden können.

Kognitive Störungen sind insgesamt deutlich mehr vom Erziehungsverhalten beeinflusst als von organischen Risikofaktoren, und noch stärker sind sozial-

emotionale Störungen bei Kindern vom Erziehungsverhalten abhängig. Umgekehrt wird das Erziehungsverhalten der erwachsenen Bezugsperson von eventuellen emotionalen Störungen des Kindes negativ beeinflusst, worunter auch die psychische Gesundheit vor allem der Mutter leidet. Emotionale Störungen junger Säuglinge äußern sich bevorzugt in sogenannten Regulationsstörungen – Fütterungs- und Schlafstörungen, exzessives Schreien –, die ihrerseits ihre Wurzeln in frühen Interaktionsstörungen haben und eventuell bei den Eltern für das Kind nachteilige Reaktionen auslösen. Auf diese Weise besteht die Gefahr von Teufelskreisen mit steigendem Risiko von Vernachlässigung und Misshandlung, wenn nicht rechtzeitig therapeutische und/oder soziale Hilfen einsetzen.

Erwachsene, die als Kinder nicht die Erfüllung ihrer grundlegenden Bedürfnisse – vor allem Bindung und Sicherheit, Verlässlichkeit, Anregung – erlebt und während ihrer Entwicklung Gewalt als gewissermaßen „normale“ Form von Konfliktlösung kennengelernt haben, werden mit großer Wahrscheinlichkeit als Eltern ihren Kindern vergleichbar ungünstige, deprivierende Lebensweltbedingungen bieten und dazu beitragen, die Probleme generationsübergreifend weiterzugeben. In der Zeit zwischen früher Kindheit und Adoleszenz sind solche Kinder sehr häufig sowohl Opfer als auch Ausübende von Gewalt, eine besonders problembeladene Gruppe. Die Opferrolle ist die Folge jahrelanger Demütigung und fehlender Entwicklung von Selbstwert und Selbstvertrauen, und in die Täterrolle wechseln sie, sobald sie sich jemandem Schwächeren überlegen fühlen und ihre Frustration abreagieren können.

Der Blick auf die Bedingungen, welche der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern Vorschub leisten, lässt zwei Handlungsebenen erkennen: zum einen die bevölkerungsbezogene politische Ebene, zum anderen den Auftrag zur Hilfeleistung im Einzelfall, ein essenzieller Teil des ärztlichen Selbstverständnisses. Die Forderung nach politischen Lösungen zur Eindämmung der Kinderarmut, zur Verbesserung der Bildungschancen in den ersten Lebensjahren, generell zu einer besseren Koordination von Gesundheits-, Sozial- und Familienpolitik, ist berechtigt. Noch ist die Politik allerdings sehr zögerlich und uneinig in der Umsetzung der dringend notwendigen Maßnahmen. Gleichzeitig geht es aber auch darum, im Bereich der ärztlichen Verantwortung hier und jetzt das Mögliche zu tun.

Verbesserungsbedarf besteht unter anderem auf folgenden Gebieten:

Die Repräsentanz sozialmedizinischer Aspekte in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist nicht ausreichend; Gesundheitswissenschaft und Sozialepidemiologie werden im Spektrum der Medizinischen Fakultäten nicht angemessen gewürdigt.

Kinder, die aufgrund psychosozialer Risiken einer hohen Gefahr von Vernachlässigung und Misshandlung ausgesetzt sind, können nur durch aufsuchende

und nachsorgende Dienste einigermaßen zuverlässig erreicht werden. Solche Dienste von Gesundheits-, Jugend- und Sozialämtern sind aber vor allem in den letzten beiden Jahrzehnten bei kurzsichtigen Sparmaßnahmen massiv abgebaut worden, sodass fast nirgendwo noch die Personalkapazität vorgehalten wird, die für eine bedarfsgerechte Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung notwendig wäre.

Die Mitwirkung niedergelassener Kinder- und Jugendärzte in regionalen Netzwerken zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung in konkreten Gefahrensituationen wäre in großem Umfang erforderlich. Eine solche Mitwirkung ist jedoch sehr zeitaufwendig und deshalb nicht ohne eine angemessene Vergütungsregelung dauerhaft zu leisten.

Kinder- und Jugendärzte sind als Fachleute für Fragen der kindlichen Entwicklung in besonderer Weise disponiert, sich auf diesem Gebiet zu engagieren. In absehbar naher Zukunft ist jedoch die flächendeckende Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte in ländlichen Gebieten gefährdet durch den Verlust von Weiterbildungsstellen in Krankenhäusern und durch fehlende Förderung der Weiterbildung in kinder- und jugendärztlichen Praxen analog zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Die „neue Morbidität“, das heißt die enorme Zunahme von Störungsbildern, die mittelbar oder direkt mit soziogenen Faktoren zusammenhängen, hat das Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland in wesentlichem Umfang verändert. An einigen Beispielen soll erläutert werden, dass sich die Kinder- und Jugendmedizin dieser Herausforderung gestellt hat:

Flächendeckend wird seit mehreren Jahren ein umfangreiches Fortbildungsangebot auf dem hier besprochenen Gebiet vorgehalten und in eindrucksvollem Umfang in Anspruch genommen. Auch die wissenschaftlichen Fachkongresse haben die neue Morbidität und ihre Prävention zum Thema gemacht. Dadurch wird dafür gesorgt, dass der Qualitätsstandard der fachärztlichen Versorgung dem Wandel des Morbiditätsspektrums gerecht wird.

In mehreren Städten werden Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendmedizin, Geburtshilfe, Jugend- und Gesundheitsämtern nach dem Düsseldorfer Konzept praktiziert. Dieses Konzept gründet sich auf die Initiative des Düsseldorfer Kinder- und Jugendmediziners Dr. Kratzsch. Bereits in der Entbindungsklinik erhalten Mütter mit hoher psychosozialer Risikobelastung oder bei erkennbaren Problemen der Interaktion mit dem neugeborenen Kind sozialpädiatrische und sozialpädagogische Angebote. Dabei wird auch für die Informationsvermittlung an den weiterbetreuenden niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt gesorgt, damit die gefährdeten Kinder nicht aus der Beobachtung fallen und dann erst viele Jahre später wieder mit massiven Entwicklungs- und Verhaltensdefiziten in den Sprechstunden auftauchen. Die Erfahrung hat ge-

zeigt, dass Mütter aus Hochrisikofamilien gerade in der Postnatalphase bereit sind, solche Hilfsangebote anzunehmen, auch über längere Zeit. Wenn diese sensible Periode nicht genutzt wird, ist es in der Folgezeit wesentlich schwerer, die Kooperation der Mütter zu erreichen.

Mit dem inzwischen flächendeckenden Aufbau Sozialpädiatrischer Zentren wurde ein Netz bewährter, interdisziplinär arbeitender Institutionen mit einem vorbildlichen Konzept der Qualitätssicherung geschaffen. Die Sozialpädiatrischen Zentren spielen eine wichtige Rolle bei der Diagnostik und Therapie von Kindern mit Entwicklungsstörungen aller Art und in zunehmendem Umfang mit Störungsbildern der neuen Morbidität. Wie zum Beispiel im Düsseldorfer Modell sind Sozialpädiatrische Zentren auch an der frühen präventiven Vernetzung der Maßnahmen für psychosozial gefährdete Kinder beteiligt.

Unter der Regie des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in mehreren Kommunen, beispielsweise in Bremen, Familienhebammen im Einsatz, die nach der Geburt eines Kindes mit psychosozialer Gefährdung aufsuchende Betreuung leisten. Das Bremer Familien-Hebammen-Projekt ist ein langjährig durchgeführtes und wissenschaftlich evaluiertes Projekt, das ursprünglich als flächendeckendes Frühwarnsystem angelegt war. Aus Kostengründen ist es inzwischen auf Stadtteile mit ungünstigem Sozialindex begrenzt. Dort wird auch durch den Gesundheitsdienst gewährleistet, dass die Hebammen sich bei der Beratung an anerkannte Standards halten und zum Beispiel nicht von einzelnen oder gar allen Impfungen abraten.

Die Einsicht, dass ein beträchtlicher Anteil jedes Geburtsjahrgangs durch Vernachlässigung und Misshandlung seiner Entwicklungsmöglichkeiten beraubt und auf diese Weise zu einer „verlorenen Generation“ wird, ist bei den politisch Verantwortlichen offenbar angekommen; bleibt zu hoffen, dass daraus auch die praktischen Konsequenzen mit der erforderlichen Priorität gezogen werden.

Folgende Forderungen sind aus der Sicht der Kinder- und Jugendmedizin zu erheben:

Die begonnene Überarbeitung des Kinder-Früherkennungsprogramms gemäß § 26 SGB V muss zügig zu Ende gebracht und inhaltlich den aktuellen Erfordernissen angepasst werden. Wichtig ist insbesondere die Integration primärpräventiver Inhalte.

Die vorgesehene Neufassung eines Präventionsgesetzes muss den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen besser gerecht werden; in der ursprünglichen Fassung waren junge Familien als Zielgruppe der Prävention schlicht vergessen worden, obwohl dort die entscheidenden Weichen für die Verhaltensprävention gestellt werden.

Der öffentliche Jugendgesundheitsdienst muss so weit gestärkt und wieder ausgebaut werden, dass er die Aufgaben einer sozialkompensatorischen aufsuchenden Gesundheitsfürsorge auch wirksam erfüllen kann.

Das Angebot an qualifizierten Kindertageseinrichtungen, die dem Auftrag zur frühkindlichen Bildung und Erziehung entsprechen können, muss verbessert werden.

Die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Kinder- und Jugendärzte muss dauerhaft gesichert werden bei klarer Aufgabenteilung mit den Fachärzten für Allgemeinmedizin auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung, entsprechend den unterschiedlichen Weiterbildungsinhalten.

Schließlich sollte die Bundesregierung es als ihre Aufgabe ansehen, in jedem Jahr und nicht nur in mehrjährigen Abständen einen Bericht zur Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland abzugeben, sodass die Öffentlichkeit feststellen kann, was auch wirklich von den angekündigten Maßnahmen umgesetzt worden ist.

Meine Damen und Herren, abschließend sei nochmals betont, dass die Kinder- und Jugendmedizin eine Schlüsselrolle in der Betreuung von Kindern spielt, da sie eine kompetente, niedrigschwellige und fast überall verfügbare Anlaufstelle ist, an der aufgrund der Weiterbildung, der stetigen Fortbildung wie auch der Erfahrung eine kompetente Beurteilung der Entwicklung des Kindes und deren Störungen gegeben ist. Die Ausbildung einer derartigen Kompetenz muss aber nach meiner Ansicht auch von Hausärzten erwartet werden, wenn sie sich mit gleicher Qualität an der Versorgung von Kindern beteiligen wollen. Die während des Medizinstudiums gewonnenen Einsichten in die Kinder- und Jugendmedizin langen als einzige Basis dafür in keiner Weise aus.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Professor Niethammer, für Ihren Vortrag, der uns insbesondere die Situation aus der Sicht der Pädiatrie und die dort vorkommenden besonderen Fragestellungen verdeutlicht hat. Ihre Schlussausführungen leiten nahtlos über zum **Tagesordnungspunkt III c:**

Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung

Das Wort hat Frau Dr. Goesmann, unsere Vizepräsidentin. Bitte schön.

Dr. Goesmann, Referentin: Sehr verehrter Herr Präsident! Sehr verehrter Herr Professor Niethammer! Sehr geehrter Herr Henke! Meine Damen und Herren! Mein Thema lautet: Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung. Wer wollte oder könnte in Abrede stellen, dass bei der kinderärztlichen Versorgung neben den pädiatrischen Kollegen auch wir Allgemeinmediziner oder Praktischen Ärzte unverzichtbar sind? Vor allem in Flächenstaaten wie etwa meinem Bundesland Niedersachsen versorgen sie, wie ich im Folgenden darstellen werde, viele unserer Kinder – und das in einer Zeit, in der wir im Stadtbild weitaus mehr Menschen mit Rollator als mit Kinderwagen sehen.

Ich möchte Ihnen darlegen, welche Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gesundheit unserer Kinder auf der hausärztlichen Versorgungsebene bestehen, vor allem hinsichtlich der Bereiche, die wir heute besonders beleuchten werden: Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern und deren Verhinderung.

Ich werde zur Untermauerung auf Zahlenmaterial aus Niedersachsen zurückgreifen, weil dieses Bundesland regelmäßig etwa 10 Prozent wesentlicher bundesweiter Parameter aufweist und daher als repräsentativ für die Gesamt-BRD angesehen werden kann.

Nach den Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen aus den vier Quartalen II/05 bis I/06 haben hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte in den Altersgruppen von null bis fünf Jahren noch doppelt so viele Fälle versorgt wie niedersächsische Allgemeinärzte und Praktische Ärzte. In der Altersgruppe von fünf bis neun Jahren gleichen sich die Fallzahlen schon an, während Kinder und Jugendliche von 10 bis 19 Jahren weit überwiegend von Hausärzten, also Allgemeinärzten und Praktischen Ärzten, betreut wurden.

Annähernd dieselbe Verteilung finden wir bei den sogenannten „Unzeitkontakten“, also den Behandlungen außerhalb der regulären Sprechzeiten und im ärztlichen Notfalldienst. Hausbesuche dagegen werden bei Kindern ganz überwiegend von Praktikern und Allgemeinärzten gefahren. Lediglich geringe Behandlungszahlen von Kindern und Jugendlichen sieht man bei den hausärztlichen Internisten.

Ähnliche Angaben finden sich bei den Früherkennungsmaßnahmen U 1 bis U 9 und J 1. Diese werden von hausärztlichen Internisten selten abgerechnet. Bis zum 15. Lebensjahr finden sie hauptsächlich in der kinderärztlichen Praxis statt, während dann die J 1 im 12. bis 14. Lebensjahr etwa hälftig von Allgemeinärzten und Pädiatern durchgeführt wird.

Kurz gesagt haben Hausärztinnen und Hausärzte einen nicht unerheblichen Anteil an der Versorgung von Kindern ab dem 6. Lebensjahr, vor allem aber bei Jugendlichen ab dem 10. Jahr. Auffällig schien mir bei meinen Recherchen, dass trotz dieses hohen Versorgungsanteils von Hausärzten bei Kindern und

Jugendlichen in keiner einzigen Publikation zu Fragen der Kindergesundheit die Rolle der Hausärzteschaft beschrieben oder gar Kooperationsmöglichkeiten mit Allgemeinärzten für die verschiedensten Initiativen, Aktionsbündnisse, Forschungsvorhaben und politischen Programme in Erwägung gezogen wurden. Offensichtlich leisten Hausärzte ihren umfangreichen Anteil an pädiatrischer Prävention und Kuration ganz selbstverständlich und im Stillen, ebenso offensichtlich aber auch in fachlicher wie in sozialer Hinsicht ohne Beanstandungen.

Es geht mir nicht darum, eine Konkurrenzsituation zwischen einzelnen Fachgruppen hervorzurufen. Tatsache ist, dass Eltern ihre Kinder auch zu Allgemeinärzten bringen. Es gilt, diesen Einfluss auf die kindliche Gesundheit in der Allgemeinpraxis zu nutzen.

Dass Kinder und Jugendliche gemeinsam mit ihren Eltern in der hausärztlichen Praxis versorgt werden, erscheint durchaus sinnvoll, ist doch eine der elementaren Aufgaben des Hausarztes seine familienmedizinische Funktion. Ich zitiere Michael Balint, den Initiator der Balintgruppenbewegung:

> *Bietet ein Kind in der Praxis Probleme, dann sind diese zu einem Drittel alleine im Kind, zu einem Drittel in der Beziehung zwischen Eltern und Kind und zu einem weiteren Drittel alleine bei den Eltern begründet.*

Als Hausärztinnen und Hausärzte begleiten wir Familien ein Berufsleben lang. Ich bin seit 22 Jahren in einem Vorort von Hannover mit sehr gemischter Sozialstruktur und inzwischen hohem Migrantenanteil niedergelassen. Heute betreue ich die Kinder und Enkel, in einzelnen Fällen sogar schon die Urenkel meiner ersten Patienten, und bei den ausländischen Patientinnen und Patienten kenne ich nicht nur die Probleme der Ausgebrannten, nie Integrierten, noch immer nicht Deutsch sprechenden ersten Generation, die in den 60er- und 70er-Jahren zu uns kamen, sondern auch die der Folgegeneration der Entwurzelten, denen Heimat und kulturelle Identität fehlen, die aber ihre Kinder heute wiederum als Deutsche erziehen und sehen möchten.

Hausärzte betreuen Kinder in ihrem sozialen Umfeld und kennen in der Regel ihre Beziehungsgeflechte, die häuslichen Gegebenheiten, die familiären Sorgen und Konflikte, die Ursprungs- und die Patchworkpartner ihrer Eltern und oft auch ihre Lehrer und Erzieherinnen, die zumeist allesamt bei ihnen Patienten sind.

Ich zitiere Altmeyer, Kröger und Hendrischke aus dem Lehrbuch „Allgemeinmedizin“:

> *Die Familienmedizin unterscheidet sich von der klinischen Medizin durch ihren „setting“-bezogenen Ansatz. Demnach werden die Erkenntnisse des Hausarztes erst aus*

der Beleuchtung einer komplexen, mehrere Personen und deren gemeinsame Lebenswelt betreffenden Konstellation gewonnen. Die familienmedizinischen Aufgaben des Hausarztes gewinnen an Bedeutung, z. B. wenn es um das Wohl von Kindern oder hochaltrigen Menschen oder um die Auswirkungen wirtschaftlicher Einbrüche und Arbeitslosigkeit auf Nahestehende geht. So verändert sich das Anforderungsprofil an die Familienmedizin ständig.

Es geht mir nicht nur um die Behandlung von Kindern durch die Hausärzte, sondern es geht mir auch um den Einfluss auf die Kindergesundheit über die Behandlung der gesamten Familie.

Heutige Aufgaben des Hausarztes erstrecken sich von der Beratung vor einer geplanten Schwangerschaft bis auf die Probleme nach einer ungeplanten Schwangerschaft, über die Bereiche Gesundheitserziehung bis zur Ernährungsberatung und Suchtprävention. Hierdurch erreichen sie Eltern und Kinder. Sie halten ihre Patienten zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen ihrer Kinder an. Hausärzte leiten Sport- und Gewichtsreduktionsgruppen. Vor allem aber haben sie auch Einfluss auf die Väter und damit auf deren Vorbildhaltung bezüglich Alkohol- und Nikotinkonsum sowie körperlicher Bewegung.

Sowohl die Vorträge des vorletzten Deutschen Ärztetages zum Thema „Armut und Gesundheit“ als auch die Ergebnisse des „Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)“ haben den eindeutigen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit aufgezeigt. Nicht die Versorgung der Mittelschichtkinder, deren Familien eine enge Hausarztbindung aufweisen und die ihre Kinder in der Regel liebevoll, beständig und grenzenaufzeigend erziehen, stellt die Ärzteschaft vor Probleme; vielmehr dagegen die Versorgung von Kindern der Unterschicht und sozialer Randgruppen, die zumeist weniger Vorsorgeuntersuchungen erhalten, keine feste Hausarztbindung haben und eher Gewalt, Missbrauch und mangelhafter Gesundheitsversorgung ausgesetzt sind.

Um diese Problemklientel zu erreichen und einer auf Prävention fußenden, kontinuierlichen Gesundheitsversorgung zuzuführen, bedarf es folgender struktureller gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen:

Es bedarf einer engen Kooperation und Kommunikation ärztlicher Fachgruppen (Allgemeinärzte, Pädiater, öffentlicher Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendpsychiater, Kliniken und Psychotherapeuten) untereinander.

Obwohl zeitintensiv, sollte die Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit anderen beteiligten Berufsgruppen, etwa Erziehern, Lehrerschaft, Hebammen und Sozialarbeitern, sowie mit Jugendamt und kommunalem Sozialdienst gepflegt werden. Von mir kontaktierte leitende Mitarbeiter des Jugendamts Hannover und der pädagogischen Bereichsleitung im kommunalen Sozialdienst wünschten

sich an erster Stelle, dass Ärztinnen und Ärzte deutlich häufiger die Hilfe des Jugendamts annehmen und es nicht als Feindbild betrachten sollten. Das Finden einer gemeinsamen Sprache über die Probleme der gemeinsam betreuten Kinder, interprofessionelle Fallkonferenzen und runde Tische sowie eine kontinuierliche Kooperation waren weitere Wünsche der Fachberater an die niedersächsische Ärzteschaft.

Da unterprivilegierte Familien in der Regel weniger Arztkontakte und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, macht ein Konzept der aufsuchenden Gesundheitsfürsorge Sinn. Neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst sind hier insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte gefordert. Gerade in ländlichen Regionen und solchen Stadtbezirken, in denen zukünftig ärztlicher Nachwuchsmangel zum Tragen kommen wird und hausärztliche sowie kinderärztliche Praxen nicht wiederbesetzt werden können, findet das gemeinsam von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer entwickelte Konzept zur Einbeziehung der gut qualifizierten Medizinischen Fachangestellten – vormals Arzthelferinnen – seine Berechtigung. Fortbildungsmodule und -inhalte unter anderem in den Bereichen Prävention im Kinder- und Jugendalter und bei Erwachsenen, Ernährungsberatung sowie Patientenkoordinierung und -begleitung sollen die Medizinische Fachangestellte dafür qualifizieren, an sie delegierbare Leistungen inklusive Beratungsangeboten und Hausbesuchen zur Entlastung der Praxisinhaber zu übernehmen. Eine solche aufsuchende, primärärztliche und familienmedizinisch ausgerichtete Patientenbetreuung durch das gesamte Praxisteam – auch vor allem in sozialen Brennpunkten und unterversorgten Gebieten – muss zusätzlich von den Krankenkassenverbänden finanziert werden, erspart aber eine neu einzuziehende Versorgungsebene von beispielsweise Familiengesundheitspflegerinnen oder Gemeindeschwestern. Und sie belässt die ganzheitliche medizinisch-psychosoziale Versorgung in hausärztlicher Hand.

Die Gesundheitsversorgung unterprivilegierter und gefährdeter Gruppen sollte weiter ausgebaut werden. Vor allem bei wohnungslosen Menschen finden sich ein mangelhafter Zugang zur „Regelversorgung“ sowie gehäuft Suchtproblematik, Aggression und Vernachlässigung. Keinen Anspruch auf eine geregelte medizinische Versorgung haben die sogenannten Illegalisierten, das heißt Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis. Von diesen soll es allein im Großraum Hannover etwa 5 000 geben. In der Region Hannover leben darüber hinaus etwa 2 500 bis 3 000 sogenannte Obdachlose, darunter rund 30 Prozent Frauen und vermutlich 50 bis 80 Kinder. Das von mir im Jahr 1999 ins Leben gerufene medizinische Versorgungsprojekt für Wohnungslose in Hannover, das seither mithilfe von zehn sehr engagierten, ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in Form einer Ermächtigungsambulanz der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in Kooperation mit Caritas und Diakonie sehr gut läuft, verzeichnet inzwischen circa 1 100 Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr. Die Sprechstunden

bzw. unsere mobile Ambulanz werden derzeit zunehmend auch von illegalisiert lebenden Familien in Anspruch genommen. Zur adäquaten Versorgung von Kindern ohne Wohnung und ohne Aufenthaltsrechte sollten bundesweit ähnliche Sprechstunden flächendeckend eingeführt werden.

Die ärztliche Fortbildung der beteiligten Facharztgruppen sollte insbesondere in den Bereichen „Sucht und Drogen“ sowie „häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder“ intensiviert werden. Im hausärztlichen Bereich kann durch eine frühe und intensive Beratung von auffälligen oder gefährdeten jungen Mädchen und Frauen einer fetalen Schädigung ihrer Kinder durch Alkohol und Nikotin vorgebeugt werden. Gerade Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der Sucht- und Drogenprävention sowie in der Betreuung Betroffener eine große Bedeutung zu. 21 Prozent der 12- bis 19-jährigen Jugendlichen haben mindestens einmal im Leben Cannabis genommen. 37 Prozent der 15-jährigen Jungen und 25 Prozent der 15-jährigen Mädchen trinken bereits regelmäßig Alkohol. Bei hieraus resultierenden Problemen werden Jugendliche eher Hilfe bei ihrem Hausarzt als bei einem Kinder- und Jugendarzt suchen. Die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ streben daher häufig Fachärzte für Allgemeinmedizin an. Etliche davon engagieren sich ebenfalls im Bereich der Methadonsubstitution. In der Bezirksstelle Hannover betreuen 76 Kolleginnen und Kollegen dieses Substitutionsprogramm. 80 Prozent von ihnen sind hausärztlich tätig.

Wegen der durch die Methadongabe verbesserten Lebensumstände suchtkranker Frauen werden diese deutlich häufiger schwanger als während der Phase ihres Heroinkonsums. Die kontinuierliche Betreuung nicht nur während der Schwangerschaft, sondern vor allem die Begleitung solcher Risikomütter mit ihren Neugeborenen stellt eine große Herausforderung für die methadonsubstituierenden Ärztinnen und Ärzte dar. Wir behandeln regelmäßig maximal zehn Methadonpatienten in unserer Praxis. Dabei haben wir bisher zwei Mütter mit insgesamt drei Schwangerschaften so betreuen können, dass sie heute „clean“ sind und mit ihren Kindern, die sich gut entwickeln, weiterhin unsere Praxis aufsuchen. Durch die tägliche Methadonvergabe, das heißt den täglichen Arzt-/Helferin-Patienten-Kontakt können die betreuenden Praxen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entwicklung und Versorgung dieser hochgefährdeten Kinder ausüben.

Neben anderen Facharztgruppen sollten vor allem Hausärztinnen und Hausärzte Fortbildungsmaßnahmen zum Komplex „häusliche Gewalt“ absolvieren, da sie die höchsten Fallzahlen von Kindern im ärztlichen Notdienst sowie bei Hausbesuchen aufweisen und erfahrungsgemäß verletzte und missbrauchte Kinder nicht in der regulären Sprechstunde, sondern dem ärztlichen Notdienst vorgestellt werden. Hausärzte sind in der Regel die ersten Ansprechpartner, an die sich Gewaltopfer wenden. Hier nicht wegzusehen, den vorgebrachten Aus-

reden nicht zu glauben, sondern die betroffenen Frauen oder Mütter direkt mit deren Verletzungsmustern zu konfrontieren und nach erlittener Gewalt sowie den Lebensumständen zu fragen, habe ich mir zur Regel gemacht.

Zu meinem anfänglichen Erstaunen wird mein Angebot, sich öffnen zu wollen und das Gespräch bzw. Hilfe zu suchen, fast immer aufgegriffen. Das kostet nicht nur Zeit in der Sprechstunde, sondern auch eigene Kraft und Ressourcen. Aber nur so werden wir unserem Anspruch, eine umfassende auch psychosoziale Versorgung und Maßnahmen zur Gewaltprävention zu leisten, gerecht.

Ich darf an dieser Stelle Ihr Augenmerk auf die beiden Anträge zum Thema „häusliche Gewalt“ lenken und Sie bitten, diese Anträge zu unterstützen.

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Nach den Ergebnissen des heute zeitgleich veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys geht es dem allergrößten Teil unserer Kinder und Jugendlichen gut bis sehr gut. Dennoch bleibt noch viel zu tun, damit auch die Versorgung des restlichen, bedauernswerten Teils unseres Nachwuchses noch passgenauer und problemorientierter organisiert werden kann. Zusammengefasst bestehen die speziellen Aufgaben der Hausärzteschaft vor allem darin, ihre Rolle in der Gemeinde für sozialmedizinische Prävention, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, in der Versorgung von Migranten und unterprivilegierten Familien zu nutzen.

Ganz wichtig ist hierbei die enge Kooperation der Hausärzteschaft mit Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatern, den Kolleginnen und Kollegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, deren Arbeit ich an dieser Stelle ausdrücklich würdigen und unterstreichen möchte, mit den anderen im Rahmen der Kindergesundheit arbeitenden Berufsgruppen wie Sozialarbeitern, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden. Ausgeweitet werden sollten hausärztliche Schulungs- und Informationsangebote für Kindergärten, Sportverein und Schule.

Abschließend möchte ich Ihnen einige wegweisende und beispielhafte Modellprojekte zur Kindergesundheit unter Mitwirkung niedersächsischer Ärztinnen und Ärzte vorstellen:

Erstens. „Fit für Pisa“: Hierbei handelt es sich um ein von dem Göttinger Internisten Dr. Thomas Surmann initiiertes und vom BMBF mit 200 000 Euro Preisgeld honoriertes, von der Ärztekammer Niedersachsen unterstütztes Projekt, bei dem wissenschaftlich begleitet vier Grundschulklassen vier Jahre lang täglich eine Sportstunde in der Schule erhalten. Die Ergebnisse dieses Projekts werden Ende 2007 vorgestellt.

Zweitens. Im „Präventionsprojekt Pro Kind“ werden erstgebärende Schwangere in sozialen Problemlagen oder nach Gewalterfahrung von Hebammen und Sozialpädagogen bis zum zweiten Lebensjahr des neugeborenen Kindes betreut.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, der Berufsverband der Frauenärzte und jener der Kinder- und Jugendärzte Niedersachsens unterstützen und wirken mit.

Drittens. Die Stiftung „Eine Chance für Kinder“, initiiert durch den langjährigen Leiter des Landesgesundheitsamts, Professor Windorfer, organisiert eine Betreuung von schwangeren und jungen Müttern in sozialen Problemlagen durch Familienhebammen bis zum Ende des ersten Lebensjahres ihres Kindes.

Viertens. Der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“, der Früherkennungs- und Handlungsmöglichkeiten sowie Kooperationspartner in Niedersachsen aufzeigt, wurde mithilfe der Ärztekammer Niedersachsen und der Techniker Krankenkasse vollkommen überarbeitet und im Januar 2007 neu aufgelegt und ist auch hier für Sie verfügbar.

Fünftens. Der Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“ bei der Ärztekammer Niedersachsen, in dem vier Jahre lang Vertreterinnen des Niedersächsischen Sozialministeriums, der Psychotherapeutenkammer, der Medizinischen Hochschule Hannover, der Rechtsmedizin und zweier Krankenkassen unter meiner Leitung kooperierten, hat neben umfangreichen Materialien für Patientinnen und Patienten ein vierstündiges Fortbildungsmodul auch für die Ärzteschaft erstellt. Sowohl die schriftlichen Materialien als auch die Fortbilder-Teams – das sind Tandem-Teams, die durch die Bundesrepublik reisen und Fortbildung anbieten – können bundesweit angefordert und gebucht bzw. nachgedruckt und weiterverwandt werden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Im Jahre 1895 begann Hugo von Hofmannsthal seine „Ballade des äußeren Lebens“ mit den Worten:

> *Und Kinder wachsen auf mit tiefen Augen,*
> *Die von nichts wissen, wachsen auf und sterben,*
> *Und alle Menschen gehen ihre Wege.*

Die von mir vorgestellten engagierten Berufsgruppen und Initiativen verschließen gerade nicht ihre Augen vor unseren Problemkindern, sondern zeigen uns Alternativen zum Wohle unserer Kinder und Jugendlichen auf. Die Gesundheit unserer Kinder bleibt weiterhin eine Herausforderung für die innerärztliche wie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Oder, wie ein afrikanisches Sprichwort treffend sagt: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen.“

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Dr. Goesmann, für Ihren Vortrag und auch die Beispiele, die Sie genannt haben, wie man mit diesem Problem fertig werden und wie man Projekte implementieren, steuern und evaluieren kann.

Wir haben jetzt ein – ohne die Referenten irgendwie kritisieren zu wollen – subkomplettes Bild. Mir liegen bereits 33 Anträge vor. Das deutet darauf hin, dass viele Delegierte zusätzliche Informationen wünschen.

Zunächst noch zwei Bemerkungen. Erstens. Heute steht in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ auf Seite 8 ein Aufsatz, der einmal nicht von Berufspolitikern sui generis geschrieben worden ist, sondern von den Herren Professor Dr. Van Aken, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin – ein Belgier, der hier in Münster Chef der Anästhesie ist –, von Herrn Professor Dr. Hiddemann, Erster stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, und Herrn Professor Dr. Steinau, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Die Artikelüberschrift lautet: „Schlechte Zeiten für gute Medizin“. Da es hier nicht viele Exemplare der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ gibt, haben wir diesen Artikel fotokopiert und an Sie austeilen lassen. Dieser Artikel enthält wirklich sehr wertvolle Informationen. Wenn Sie Lust dazu haben, nehmen Sie diesen Artikel bitte zur Kenntnis.

Zweitens. Wir haben als Gast geladen – das bedeutet, dass er das Rederecht hat, wenn er dies möchte – Herrn Professor Michael Schulte-Markwort aus Berlin, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Wir haben ihm das Recht eingeräumt, als erster Redner nach den Referaten unsere Diskussion zu eröffnen. Bitte schön, Herr Schulte-Markwort.

Prof. Dr. Schulte-Markwort, geladener Gast: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen des Präsidiums! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Vor ein paar Tagen hatte ich die Gelegenheit, einen Dokumentarfilm der ARD über verwahrloste Kinder für die Sendung „Fakt“ kommentieren zu dürfen. Dabei wurde eine Mutter mit ihren zwei Töchtern in ihrem normalen Tagesablauf gezeigt. Vielleicht haben Sie es gesehen. Man sah eine junge, offensichtlich überforderte Mutter, die mit Hund und Katze noch in einem zum Bett hergerichteten Sofa lag, während die 7- und 9-jährigen Töchter versuchten, sich in einem sehr unordentlichen Chaos ihr Schulbrot zu organisieren. Es war ausgesprochen anrührend, zu sehen, mit welchen Anstrengungen und mit welcher Selbstverständlichkeit die Mädchen sich um ihre eigene Fürsorge und sogar um die der Mutter kümmerten.

Es war auch deutlich, wie wir es jeden Tag in unseren Ambulanzen und unseren Kliniken sehen, dass einer psychisch labilen, wahrscheinlich im Sinne einer

Borderline-Persönlichkeitsstörung strukturierten Mutter kein Vorwurf zu machen war. Vielmehr wurde deutlich, wie alle Beteiligten – Mutter wie Töchter – ihr jeweils Bestes gaben, um den Tag und ihr Leben irgendwie zu bewältigen.

Jeden Tag sehen wir solche jungen Mütter, denen wir zu helfen versuchen, eine ausreichend gute, stabile und förderliche Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, das dann nicht mehr mit Symptomen der Regulations- und/oder Fütterstörung oder anderen – auch späteren – Symptomen reagieren muss. Das Ringen dieser fast regelhaft psychisch kranken Mütter ist ungeheuer anrührend und führt uns weit weg von den Vorwürfen und dem Unverständnis, das regelhaft in der Presse entsprechende Haltungen in der Bevölkerung unterstützt und fördert.

Auch hier ist die Medizin auf besondere Weise gefordert. Sie alle haben die aktuellen Zahlen aus den letzten Monaten über die somatische und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aufgenommen. Sie alle haben verfolgt, wie immer wieder erschreckende Fälle von Verwahrlosung und Misshandlung bis hin zu den Todesfällen uns vor Augen führen, wie hilflos wir doch immer wieder sind, wenn es darum geht, eine umfassende und nachhaltige Fürsorge für unsere Kinder zu implementieren.

Addiert man zu den psychischen Auffälligkeiten die psychosomatischen hinzu, kommt man in repräsentativen Stichproben auf Prävalenzraten von nahezu 30 Prozent aller Kinder bis zum 18. Lebensjahr, die diagnostikbedürftig sind.

Ich muss Ihnen nicht sagen, dass wir hierfür in Deutschland keineswegs ausreichende kinder- und jugendpsychiatrische Ressourcen vorhalten. Geht man in pädiatrische Risikogruppen, beispielsweise in die Gruppen der ehemaligen Frühgeborenen oder in die aufgrund hervorragender pädiatrischer Medizin beständig wachsende Anzahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, so schnellt die Prävalenz auf 40 bis 50 Prozent hoch.

Auch der Blick aus der Erwachsenenmedizin macht die Angelegenheit nicht besser. Sie wissen, wie hoch der Anteil manifester psychischer Störungen in den Praxen der somatischen Medizin ist. Sie wissen, wie viele sogenannte funktionale Störungen hinzukommen. Sie wissen, dass 50 Prozent aller psychosomatischen Erkrankungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Kindheit und Jugend haben.

Darüber hinaus sind Kinder in vielen Bereichen des Lebens nachhaltig benachteiligt. Grundschullehrer sind weniger wert als Sekundarstufe-I- bzw. Sekundarstufe-III-/II-Lehrer. Wir verfahren oft nach dem Motto: je kleiner, desto unwichtiger. Erzieherinnen sind schlechter ausgebildet als Lehrerinnen. Wir lassen 20 Dreijährige mit einer Erzieherin und einer Praktikantin allein. Kindermedizin wird in manchen Bereichen schlechter bezahlt als Erwachsenenmedizin. Wir diskutieren wie bei der Debatte über die Kinderkrippen nicht über die Bedürfnisse von Kleinkindern. Diese Liste ließe sich fortsetzen.

Ich könnte jetzt daraus ableiten, dass wir primär dafür Sorge tragen müssen, dass meine Facharztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater gestärkt werden müsste. Andere Facharztgruppen hier im Raum würden zu Recht darauf hinweisen, dass auch ihre Gruppe auf verschiedene Art gestärkt werden müsste, um die Kindergesundheit zu verbessern.

Ich könnte darauf hinweisen, dass Budgetpauschalen von beispielsweise 43 Euro pro Kind und pro Quartal in Hessen nicht nur dazu beitragen, dass die Praxen in Konkurs gehen, sondern dass die betroffenen behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen immer schlechter versorgt werden können. Sie würden mir zu Recht andere Facharztgruppen nennen, die noch dramatischer unterversorgt sind.

Ich könnte darauf hinweisen, dass Jugendmedizin epidemiologisch betrachtet eigentlich Jugendpsychiatrie und Jugendpsychotherapie ist. Sie würden mir zu Recht die Notwendigkeit einer integrierten hausärztlichen pädiatrisch-internistischen Versorgung erklären.

Auch diese Liste ließe sich fortsetzen in der besten ärztlichen Tradition von Arztgruppenkonflikten. Diese Arztgruppenkonflikte können wir angesichts der enormen Bedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und unserer fürsorglichen Verantwortung ihnen gegenüber niemandem kommunizieren, den Kindern am allerwenigsten.

(Beifall)

Lassen Sie es mich einmal anders beschreiben: In meiner täglichen Praxis als Kinderpsychiater und Kinderpsychosomatiker erlebe ich Hausärzte und Kinderärzte, die auf medizinisch höchstem Niveau mit einem immer wieder beeindruckenden und anrührenden Engagement jenseits jeder Gebührenordnung im Kontakt und in der Beratung mit mir nach Lösungen in der Diagnostik, Behandlung und umfassenden Versorgung für ihre Kinder und Familien suchen. Nur wenn wir gemeinsam am Kind stehen, unser Differenzialwissen zusammentragen und daraus Behandlungsstrategien ableiten, entsteht eine im besten Sinne des Wortes integrierte Versorgung.

Das ist nicht etwas, was wir umständlich schaffen müssen; das ist etwas, was wir im Sinne einer Ressourcenaktivierung nur verstärken müssen. Ich habe vorgestern in der ARD gesagt, dass eine Bundesregierung, die ihrer Bevölkerung ein Programm wie „Fit statt fett“ verordnen kann, im besten Sinne politischer Fürsorge auch in der Lage sein sollte, die Kindergesundheit zu fördern und vor allem nachhaltig für die Verhinderung von Verwahrlosung, Misshandlung und Missachtung in allen Bereichen zu sorgen.

Lassen Sie uns der Politik vorangehen. Was wir brauchen, sind institutionalisierte Vernetzungen, die einen umfassenden diagnostischen und therapeuti-

schen Blick auf unsere Kinder und ihre Familien werfen. Lassen Sie uns damit aufhören, dass wir uns Patientengruppen streitig machen, uns Kompetenzen absprechen und nur für eigene Budgets kämpfen. Kämpfen wir gemeinsam gegen menschenverachtende, die Kinderrechte missachtende Verknüpfungen von Gesundheitsfürsorge und überzogenen wirtschaftlichen Fesselungen. Nur das gemeinsame Handeln, nur die gemeinsame Verantwortung der Kinder und Familien schafft Grundlagen für eine gemeinsame umfassende Kindergesundheit.

Schaffen wir gemeinsam ein Anreizsystem für Familien mit bio-psychosozialen Risiken, an den Vorsorgeuntersuchungen für ihre Kinder und Jugendlichen teilzunehmen. Schaffen wir gemeinsam eine Erweiterung der Vorsorgeuntersuchungen, um Risikokonstellationen identifizieren zu können, um psychische Erkrankungen bei Kindern frühzeitig erkennen zu können, um psychische Erkrankungen bei Müttern und Vätern erkennen zu können. Schaffen wir gemeinsam eine bessere Ausnutzung der gestuften Versorgung von psychosomatischer Grundversorgung, fachgebundener Psychotherapie und fachärztlicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Schaffen wir gemeinsam die Bildung eines ärztlichen Netzes für die Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Kinder und Jugendlicher. Schaffen wir gemeinsam eine spezifische erweiterte psychosomatische Grundversorgung für Kinder und Jugendliche. Schaffen wir ein Sprachrohr für eine umfassende somato-psychische Gesundheit unserer Kinder. Warum es neben Foodwatch und Tierschutz nicht schon längst Childrenwatch gibt, hat sich mir bislang noch nicht erschlossen.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, Kinder bedeuten einen unbeschreiblichen Reichtum. Kinder sind unsere Zukunft. Wir Ärzte verstehen nicht nur etwas von Krankheit und Heilung, wir verstehen etwas von Körper und Seele, und wir verstehen etwas von Fürsorge. Lassen Sie uns der Gesellschaft vormachen, was das bedeuten kann. Lassen Sie uns aktiv für Kindergesundheit kämpfen. Lassen Sie uns in realen und virtuellen Zentren für Kindergesundheit inter- und multidisziplinär Kinder und Jugendliche und ihre Familien versorgen. Gehen wir voran!

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Schulte-Markwort, für Ihren Beitrag aus kinderpsychiatrischer und kinderpsychotherapeutischer sowie aus jugendpsychiatrischer und jugendpsychotherapeutischer Sicht. Ich glaube, damit haben wir das Spektrum einigermaßen komplett behandelt.

Wir treten damit in die Diskussion und die Behandlung der bisher vorliegenden 33 Anträge ein. Ich habe die Idee, da es sehr viele Redundanzen gibt, ob es

nicht möglich ist, einige Anträge miteinander zu verschmelzen oder als Antragsteller sich zusammenzutun. Wir können natürlich auch von Anfang bis Ende abstimmen. Wenn zu einem Petitum mehrere Beschlüsse gefasst werden, kann das ja nur unterstützend wirken.

Ich muss noch auf Folgendes aufmerksam machen. Es gibt einige gleichartige Anträge, die inhaltlich kleine Unterschiede beinhalten, die aber für die Außenwirkung wichtig sind. Dazu gibt es beispielsweise hinsichtlich der Meldepflicht in Bezug auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen einen Antrag, der beinhaltet, dass die Ärztinnen und Ärzte, die die Vorsorgeuntersuchungen durchführen oder durchführen sollten, eventuelle Meldungen vornehmen, während ein anderer Antrag diese Aufgabe den Eltern überlassen will und die Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich eine solche Meldung nicht vornehmen sollen. Das würde sich gegenseitig ausschließen. Solche Überlegungen müssen wir nachher bei der Abstimmung gegeneinander abwägen, damit wir nicht sich widersprechende Beschlüsse fassen und die Außenwelt nachher genauso klug ist wie zuvor. Wir wollen ja vielmehr zur Klarstellung beitragen.

Wir kommen zur Diskussion. Der erste Redner, der sich zu Wort gemeldet hat, ist Herr Professor Kunze aus Bayern, ein bekannter Kinderarzt aus München.

Prof. Dr. Kunze, Bayern: Herr Präsident! Lieber Vorstand! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich zunächst einmal meinen herzlichen Dank an die Referenten aussprechen, an allererster Stelle an Rudolf Henke, der – wie immer – mit seiner parlamentarischen Erfahrung in hervorragender Weise den Finger in die Wunde gelegt hat, um was es bei der Kindergesundheit in Deutschland geht. Ich danke ihm an dieser Stelle ganz herzlich. Das war ein hervorragendes Referat mit einer hervorragenden Zusammenfassung hinsichtlich der Frage, wo das Problem liegt.

(Beifall)

Ich danke Herrn Kollegen Niethammer, dem Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. Er hat die Sorgen und Probleme der Kinderärzte im Detail dargestellt und damit die beste Basis für eine Diskussion gelegt, die wir jetzt führen müssen.

Ich danke vor allen Dingen Herrn Kollegen Schulte-Markwort, der die Aufgabe aller ärztlichen Berufsgruppen betont hat, an dieser Thematik mitzuwirken. Ich glaube, das konnte niemand besser ausdrücken als er als Kinder- und Jugendpsychiater. Deshalb an dieser Stelle einen herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Schulte-Markwort.

(Beifall)

Damit bin ich mit meinen Dankesworten am Ende.

Tut mir leid, dass ich an dem Referat von Frau Goesmann, unserer Vizepräsidentin, erhebliche Kritik anzumelden habe. Sie hat mich mit ihrem Referat wirklich enttäuscht – das muss ich ganz klar sagen –, und zwar deswegen, weil ich mir von der Vizepräsidentin der deutschen Ärzteschaft etwas anderes erwartet hatte, als dass sie in langen und weiten Teilen ihres Referats betont, dass es hier konkurrierende Situationen in der Ärzteschaft gibt.

(Zurufe)

Ich dachte, darüber sind wir längst hinaus. Ich zitiere Frau Kollegin Goesmann: Dass Kinder und Jugendliche in der hausärztlichen Praxis versorgt werden, ist eine der elementaren Aufgaben des Hausarztes in seiner familienmedizinischen Funktion.

(Beifall)

Hausärzte betreuen die Kinder in ihrem sozialen Umfeld.

(Beifall)

Dann frage ich mich: In welchem Umfeld betreuen denn Kinder- und Jugendärzte ihre Kinder?

(Zurufe)

Ich habe bei Frau Kollegin Goesmann die übereinstimmende Aufgabe vermisst. Es kam immer die Konkurrenzsituation heraus. Das haben wir in der Diskussion um unsere Weiterbildungsordnung eigentlich längst hinter uns gebracht. Ich habe auf mehreren Bayerischen Ärztetagen und auch auf Deutschen Ärztetagen immer betont: Der Hausarzt für die Kinder und Jugendlichen ist der Kinder- und Jugendarzt. Dabei muss es bleiben, liebe Kolleginnen und Kollegen!

(Beifall – Widerspruch)

Der Kinder- und Jugendarzt gilt deswegen im Sinne des SGB V zur Gruppe derjenigen Ärzte, die die hausärztliche Versorgung durchführen. Danach ist der Kinder- und Jugendarzt derjenige, der die hausärztliche und fachärztliche Versorgung durchzuführen hat.

Das von Frau Goesmann geforderte Konzept der Gesundheitsvorsorge durch den öffentlichen Gesundheitsdienst ist richtig. Aber gleich wird an zweiter Stelle der Hausarzt heraufbeschworen. Die Kinder- und Jugendärzte haben hier auch an erster Stelle mitzureden. Das ist in keiner Weise erwähnt worden. Es gibt so viele Möglichkeiten der aufsuchenden Gesundheitsvorsorge, bei der Kinder- und Jugendärzte primärpräventiv tätig werden. Das ist eine originäre Aufgabe

des Kinder- und Jugendarztes. Er geht in die Kindertagesstätten, in die Schulen, in die Betreuungsstätten. Das tun nicht die Hausärzte. Diese Konkurrenzsituation in der Diskussion um eine bessere Kindergesundheit ist nicht gewünscht.

(Beifall – Widerspruch)

– Sie merken: Manche hören nicht so gern Kritik.

Wenn unsere Vizepräsidentin in diesem Zusammenhang in ihrem Referat ausdrücklich von Praktikern, Hausärzten und Allgemeinärzten spricht, muss ich darauf hinweisen: Das sind Auslaufmodelle. Wir kennen doch in der hausärztlichen Versorgung den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, wir kennen die hausärztlichen Internisten, die dieses tun. Aber der Allgemeinarzt alter Prägung ist ein Auslaufmodell. Ich hätte mir diese Diskussion nicht mehr gewünscht.

Lassen Sie mich zu einem anderen Thema kommen, vielleicht etwas sachlicher. Folgendes ist mir in dem Vorstandsantrag etwas zu kurz gekommen.

(Zurufe)

– Vielleicht können sich die Gemüter etwas beruhigen.

Eines der wichtigsten Themen, die wir im Augenblick in Deutschland diskutieren, ist die Prävention hinsichtlich der Adipositas. Herr Henke hat in seinem Referat Zahlen dazu genannt. Ich möchte Ihnen vor Augen führen, welche Problematik wir hier sehen. Ich spreche in diesem Zusammenhang zum Antrag 19. Die Situation, die wir in Deutschland hinsichtlich der Prävention haben, ist leider wieder einmal eine sehr konkurrierende. Zwei Bundesministerien haben sich jahrelang über die Frage gestritten, wer für die Prävention zuständig ist. Gott sei Dank ist es in der letzten Woche im Deutschen Bundestag gelungen, dass sich unter dem Dach der Bundesregierung beide Bundesministerien zur Prävention hinsichtlich der Adipositas geäußert haben. Beide Ministerien haben einen gemeinsamen nationalen Aktionsplan „Ernährung und Bewegung“ auf den Weg gebracht. Das ist sehr verdienstvoll. Der Deutsche Ärztetag sollte sich über den Antrag 19 positiv dazu äußern.

Damit ist es aber noch nicht getan. Unsere Nachbarländer sind im Kampf gegen Übergewicht und Adipositas wesentlich weiter. Wir müssen die Umsetzung konkreter Maßnahmen fordern. Hier geht es um ein Problem, das unsere Bevölkerung noch nicht erkannt hat. Vor unseren Augen wächst in Deutschland eine Generation heran, die – lassen Sie es mich so plump sagen – übergewichtig und adipös ist, und zwar aufgrund ihrer Lebensgewohnheiten. Es stellen sich Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Gefäßschäden usw. ein. Diese Menschen sind mit 60 Jahren schwerhörig und werden noch vor ihren Eltern sterben. Das ist ein gesundheitspolitisches Problem. Ich sage immer: Die Adi-

positas ist kein ernährungsphysiologisches Problem, sondern ein Problem der Gesamtgesellschaft. Vom Deutschen Ärztetag muss die Forderung ausgehen, konkrete Maßnahmen zu ergreifen, um diesem Problem zu begegnen.

Ich möchte den Vorstandsantrag unterstützen, der mir in sehr vielen Passagen sehr gut gefällt. Die anderen Anträge, die vorliegen, betreffen jeweils andere Probleme. Ich bitte Sie herzlich, dass wir hier auf dem Deutschen Ärztetag durch die Annahme dieser Anträge ein Zeichen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen im Sinne unserer Kinder und Jugendlichen in Deutschland setzen.

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall – Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kunze. – Eine Bemerkung zum Antrag 19. Die Bundesministerien für Gesundheit und für Ernährung sind Teile der Bundesregierung. Deshalb muss entweder von der Bundesregierung die Rede sein oder es müssen beide Ministerien aufgeführt sein; die Addition von „Bundesministerien“ und „Bundesregierung“ ist nicht korrekt.

Ich denke, wir werden jetzt keine Weiterbildungsdebatte mehr führen, denn wir sind beim Thema Kinder- und Jugendgesundheit, nicht bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung.

(Beifall)

Es ist der Antrag gestellt worden, die Redezeit auf drei Minuten zu begrenzen. Ich frage, ob jemand dagegensprechen möchte.

(Zuruf)

– Fünf Minuten?

(Zurufe)

– Nein, drei Minuten. Wir stimmen zunächst über drei Minuten ab. Wer möchte die Redezeit auf drei Minuten begrenzen? – Viele. Wer möchte das nicht? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Es tut mir leid, aber als erste Rednerin betrifft es Gräfin Vitzthum. Wir kennen das ja bereits von gestern.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Mich trifft es immer. Ich hoffe, ich werde disziplinierter sein als gestern.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das war gestern sehr sympathisch, wie Sie das gesagt haben.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Ich wollte meinen Redebeitrag eigentlich anders beginnen, aber Herr Professor Kunze hat mir eben einen Elfmeter vorgelegt. Ich möchte ihn gleich versenken.

Meine Damen und Herren, als Hausärztin habe ich acht Jahre lang den Ausschuss „Gewalt gegen Kinder“ in der Landesärztekammer Baden-Württemberg geleitet. In ihm sitzen Kinderkliniker und Chefs der Kinderkliniken des Landes. Die Zusammenarbeit war hervorragend. Ich bin für fachübergreifendes Denken und gegen Partikularinteressen.

(Beifall)

Der Ausschuss „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat sehr erfolgreich gearbeitet. Wir haben auch einen Leitfaden für Kinderärzte und alle mit Kindern befassten Kolleginnen und Kollegen erstellt. Wir haben Fortbildungen erarbeitet, ebenso Bildmaterial in Zusammenarbeit mit den Kinderklinikern und den Gerichtsmedizinern.

Wir haben flächendeckend Fortbildungen organisiert, und zwar nicht nur für die Hausärzte und die Kinderärzte, sondern interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen, beispielsweise Mitarbeitern der Jugendämter, Mitarbeitern der Polizei, der Familiengerichte, der Jugendämter. Die Fortbildungsveranstaltungen waren gut besucht. Wir haben eine gute Medienarbeit betrieben. Das Echo in der Presse war gut.

Das heißt, das, was gefordert wird, wird bereits praktiziert. Wir haben engagierte Kollegen, die sich mit diesem Thema beschäftigen und es auch praktizieren.

Ich möchte Ihr Augenmerk auf folgende Tatsache richten. Seit zehn Jahren gibt es einen Enquete-Beschluss, gerichtet an die Landesregierung von Baden-Württemberg, an den 14 Kinderkliniken des Landes Kinderschutzambulanzen einzurichten. Seit zehn Jahren erinnern wir die Landesregierung mit Regelmäßigkeit und Nachhaltigkeit daran, diesen Beschluss umzusetzen. In dem reichen Bundesland Baden-Württemberg ist dieser Beschluss bis heute nicht umgesetzt.

Herr Oettinger hat vor der Wahl medienträchtig gesagt, das starke Land Baden-Württemberg möge ein Kinderland werden. Ich habe einen Leserbrief geschrieben und erklärt, er solle das dadurch beweisen, dass er endlich die Kinderschutzambulanzen realisiert.

Ich bin von der neuen Sozialministerin des Landes persönlich gerügt worden, dass man einen solchen Leserbrief vor der Wahl nicht schreiben darf. Das habe ich aber sehr locker genommen.

Ich möchte Sie bitten: Zeigen Sie Mut, und fordern Sie es ab, und zwar flächendeckend. Nordrhein-Westfalen hat das schon, was wir nicht haben. Wir benötigen keine medienträchtigen Lippenbekenntnisse der Politik, sondern Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit. Das bedeutet Geld, um diese Prävention zu realisieren, die wir zu betreiben sehr wohl in der Lage sind. Ich möchte die Defizite benennen, ich möchte Öffentlichkeit schaffen. Vielleicht können wir einmal in der „Bild“-Zeitung die Schlagzeile gebrauchen, die da heißt: Die Bundesregierung zahlt die Prävention, die nötig ist und die wir betreiben.

Vielen Dank.

Ich habe wieder meine Redezeit überzogen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie haben es verstanden, die Sätze so zu bauen, dass ganz viele Kommata und Semikola dazwischen waren und der Punkt an der richtigen Stelle saß. – Jetzt Herr Kollege Albring.

Dr. Albring, Niedersachsen: Lieber Herr Präsident! Liebe Vizepräsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als Frauenarzt möchte ich das Thema ein bisschen abrunden und ein paar Worte zur Kindergesundheit aus frauenärztlicher Sicht sagen, bezogen auf die Schnittstelle – zumindest heute – der Geburt. Prävention beginnt immer schon im Mutterleib. Dort sollte sie beginnen. In Deutschland ist das Gott sei Dank auch der Fall. Vor 46 Jahren haben Frauenärzte das Thema der ärztlichen – ich betone: der ärztlichen – Schwangerenvorsorge in die Hand genommen und professionalisiert. Durch die Einführung des Mutterpasses mit der damit genormten und geregelten Mutterschaftsvorsorge haben die Frauenärzte Deutschlands zusammen mit den Klinikern in der klinischen Geburtshilfe und den Intensivmedizinern und den Kinderärzten nicht nur die mütterliche, sondern auch die kindliche Mortalität gewaltig gesenkt, von der Morbidität ganz zu schweigen. Heruntergerechnet auf die heutige Geburtenzahl pro Jahr von 700 000 wären 1961 noch 1 400 Mütter pro Jahr gestorben. Heute sind es Gott sei Dank „nur noch“ 9. Bezogen auf die kindliche Sterblichkeit, gab

es damals 3,5 Prozent tote Kinder; heute sind es knapp 4 Promille. Damit nimmt Deutschland heute weltweit den Spitzenplatz ein.

Schon im Mutterleib werden die Weichen gestellt. Schonende Diagnostik, aber auch Prophylaxe, Beratung zu Ernährung, Arzneimittelgebrauch und -missbrauch, zu Genussmitteln und zum Beruf sorgen schon im Mutterleib für die Gesundheit des Kindes. Das frühe Erkennen von Risiken ist bei der immer älter werdenden Erstgebärenden besonders wichtig.

Schon in der Schwangerschaft identifizieren Frauenärzte außerdem besonders sozial und gesundheitlich gefährdete Mütter und führen sie einer besonderen Betreuung zu. Das geschieht entweder in der Praxis des Frauenarztes oder in besonderen Sprechstunden, die teilweise auch in der Klinik stattfinden.

Gespräche zwischen den Pädiatern und den Gynäkologen haben dazu geführt, dass das Thema Kindesgesundheit und Prävention schon in der Schwangerschaft in der Frauenarztpraxis ein Thema für die werdenden Eltern wird. Das Projekt Unfallverhütung nach der Geburt und in der frühen Kindheit ist ebenfalls aus diesen Kontakten heraus entstanden.

Aber auch nach der Geburt sehen Frauenärzte die Mütter sehr häufig, nämlich zu den Nachuntersuchungen, zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung, aber auch zu Gesprächen über die Familienplanung. Hier könnten wir tätig werden und gemeinsame Projekte der Kinder-, Haus- und Frauenärzte an die Frau bringen, denn die Frau ist es, die sich um die Prävention in der Familie kümmert. Deshalb empfehle ich im Interesse der Kinder: Ziehen Sie immer, wenn es um neue Projekte geht, auch die Frauenärzte in Ihre Gespräche mit ein.

Frei nach dem alten Sprichwort „mens sana in corpore sano“ könnte man sagen: Ein Kind hat umso größere Chancen, gesund an Leib und Seele aufzuwachsen, je gesünder die Familie – sprich: die Mutter – ist. Das ist ein Angebot der Frauenärzte an die Kinder- und Hausärzte. Nehmen Sie es an.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Albring. – Jetzt Herr Kollege Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Hohes Präsidium! Den Referenten wurde schon gedankt. Ich möchte dem Vorstand der Bundesärztekammer ganz herzlich da-

für danken, dass er die Kindergesundheit zum Thema dieses 110. Deutschen Ärztetages gemacht hat.

Ich spreche zum Thema verpflichtende Vorsorgen und flankierende Maßnahmen, dabei insbesondere zum Antrag 12. Bürokratie, Überwachungsstaat – liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Bedenken wurden im Vorfeld bei der Abfassung dieses Antrags geäußert. Wir wollen keine Bürokratie, keinen Überwachungsstaat, und wir wollen niemanden denunzieren. Aber wir wollen Kindern zu ihrem Recht auf eine gedeihliche Entwicklung verhelfen. Vielen Kindern wird dieses Recht in mehr oder weniger großem Ausmaß vorenthalten. Eltern haben die Pflicht, für ihre Kinder zu sorgen, ihnen emotionale Wärme und Liebe zu geben, ihnen den Zugang zu den Ressourcen dieser Gesellschaft, zu Bildung und auch Gesundheitsfürsorge zu ermöglichen. Der Staat hat die Pflicht, die Eltern bei diesem Erziehungsauftrag zu unterstützen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ohne Anschnallpflicht säßen noch heute Kinder unangeschnallt im Auto ohne Schulpflicht bliebe so manches Kind zu Hause. Ich halte es nicht für überzogen, Eltern zu verpflichten, bei ihren Kindern Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen, um Entwicklungsprobleme zu erkennen und um eine gedeihliche Entwicklung sicherzustellen. Den Nachweis über diese Vorsorgeuntersuchungen haben die Eltern zu erbringen und nicht der Arzt. Von der ärztlichen Seite her müssen wir uns aber im Klaren sein, dass damit die Vorsorgeuntersuchung auch eine Fürsorgeuntersuchung wird.

Ein Zweites: Familien mit Risiken zu erkennen und sie zu unterstützen, die Kinder bei Bedarf zu fördern und ihnen Therapien zu ermöglichen – das alles wird viel Geld kosten. Die Politik darf es nicht bei ihrem Ruf nach mehr Prävention, Förderung und Vernetzung der Versorgungsstrukturen belassen, sie muss sich auch um den deutlich erhöhten Finanzierungsbedarf kümmern.

Aber dies ist eine Investition, die sich lohnen wird, denn dieser Staat und diese Gesellschaft – das wurde heute bereits deutlich – können es sich nicht leisten, auch nur ein einziges Kind in die soziale Abhängigkeit zu verlieren.

Ich möchte Sie daher bitten, dem Antrag zuzustimmen. Dieser präzisiert auch noch einmal den Leitantrag der Bundesärztekammer, in dem auch schon vieles enthalten ist.

Erlauben Sie mir einen Hinweis auf den Antrag III-7 von Dr. Munte und Kollegen. Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, bevor der Gemeinsame Bundesausschuss ein wirklich neues Kindervorsorgekonzept vorlegen kann, muss erst § 26 SGB V geändert werden. Das hat die Ministerin gestern in Aussicht gestellt. Wir sollten sie beim Wort nehmen.

Noch ein Letztes: Struktur und Inhalte der bisherigen Früherkennung sind längst überholt. Die Realität ist eine andere. In den kinder- und jugendärztlichen

Praxen werden Vorsorgeuntersuchungen schon längst in dem Maße und mit den Inhalten erbracht, wie sie heute gefordert werden. Wir sind auch schon vielfach vernetzt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Bolay. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Voigt aus Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Zunächst bin ich der Bundesärztekammer sehr dankbar dafür, dass es möglich ist, heute auf dem Deutschen Ärztetag das Thema Kindergesundheit diskutieren zu können. Ich möchte Herrn Henke ganz herzlich für sein Referat danken, das wirklich sehr professionell die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geschildert hat, unter denen die Kinder heute ärztlich versorgt werden müssen.

(Vereinzelt Beifall)

Ich darf es in einem Punkt ergänzen. Herr Henke, Sie haben eine Grafik hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland gezeigt. Sie haben dabei etwas gezeigt, was Sie gar nicht erwähnt haben: die dramatische Veränderung unserer Geburtenrate. Im Jahre 1906 hatten wir eine sehr breite Basis mit Millionen geborener Kinder. Mittlerweile befinden wir uns in der Situation, dass es bald zu einer Halbierung der Geburtenrate kommt.

Nun könnte man denken: Dann kann es nicht mehr so viele kranke Kinder geben. Wir müssen deutlich machen und nach außen tragen: Das ist nicht der Fall, auch wenn in der KiGGS-Studie steht, dass es vielen Kindern gut geht. Gerade in den Familien, in denen es Probleme gibt, liegt ein normales Regenerationsverhalten vor. Wir haben eine immer größere Zahl von Kindern aus Problemfamilien zu versorgen. Diesem Problem müssen wir uns stellen.

Ich bin niedergelassener Kinderarzt und versorge in einer großen Gemeinschaftspraxis eine große Zahl chronisch kranker Kinder. Wir dürfen die Diskussion nicht so führen, als hätten wir es nur mit Kindern zu tun, die psychisch erkrankt sind, die vernachlässigt werden, gegen die Gewalt ausgeübt wird. Wir haben es leider mit einer sehr großen Zahl von Kindern zu tun, die chronisch erkrankt sind, die atopische Erkrankungen haben. Die chronisch erkrankten Kinder versorgen wir in enger Abstimmung mit unseren hausärztlichen Kollegen in der Nähe.

Ich komme jetzt noch auf einige Zahlen zu sprechen, die unsere Vizepräsidentin vorgestellt hat, die den falschen Eindruck erwecken könnten, Kinder würden eigentlich nur als Kleinkinder von Pädiatern versorgt. In Niedersachsen beträgt das Verhältnis zwischen Hausärzten und Kinderärzten 10 : 1. Das heißt, wenn wir hier von gleich vielen Behandlungsfällen reden, dann versorgen natürlich weiterhin Pädiater auch bei den älteren Kindern eine ganz wesentliche Zahl. Es geht gar nicht darum, welche Arztgruppe die Kinder betreut, sondern darum, dass es unterschiedliche Kompetenzen in unserem System gibt.

(Beifall)

Diese Kompetenzen müssen wir dahin gehend nutzen, dass wir zum Wohle der Kinder kooperieren. Wenn uns das gelingt, ist das für die Kinder gut.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Voigt. – Jetzt Herr Kollege von Zastrow. Er kommt ebenfalls aus Niedersachsen.

Dr. von Zastrow, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Mir sind im Zusammenhang mit den Anträgen einige Dinge aufgefallen, die ich kurz ansprechen möchte. Das Thema Kindergesundheit ist sicher ein wichtiges und entscheidendes Thema, aber ich halte es nicht für ein rein medizinisches Thema. Die Probleme, die im Antrag III-1 des Vorstands angesprochen werden, so die Verwahrlosung und die Armut, können sicherlich nicht durch die GKV gelöst werden.

Die Vorschläge, die in diesem Zusammenhang gemacht werden, sind sicherlich richtig und notwendig. Wenn man den Antrag durchliest, hat man den Eindruck, dass hier dasselbe geschieht wie in der Vergangenheit: Die Probleme werden auf die Krankenversicherung abgeschoben. Ich halte das Ganze auch für ein pädagogisches und gesamtgesellschaftliches Problem. Man müsste den Vorstand bitten, seinen Antrag zu erweitern und klarzumachen, dass die medizinischen Aspekte zwar wichtig sind, aber sicherlich nicht allein zur Problemlösung führen können. Wir haben in den letzten Jahren immer wieder die Finanzprobleme in der GKV beklagt. Diese Probleme sind mit dadurch bedingt, dass eine Tendenz entstanden ist, jedes Lebensproblem zu medikalisieren. Die GKV kann sicherlich nicht alle Lebensprobleme lösen.

Der Antrag III-VI erwähnt zu Recht die Gesundheitserziehung in der Schule. Auch das ist wichtig, aber mit Sicherheit keine Aufgabe, die man im Gesundheitssystem lösen kann. Hier handelt es sich um eine pädagogische Aufgabe.

Man müsste die Antragsteller um Ergänzung bitten, dass dies Ausgaben sind, die im Bildungssektor anzusiedeln sind, nicht im Sektor der Krankenversicherungen.

Man sollte dem Gesetzgeber sicherlich nicht das Gefühl vermitteln: Die GKV ist zuständig, wir können uns beruhigt zurücklehnen.

Die WHO-Definition des Begriffs Gesundheit ist problematisch, wenn man mit ihrer Hilfe Zuständigkeiten regeln will. Ich habe einmal einem Krankenkassenmitarbeiter gegenüber gesagt: Wenn fehlendes Wohlbefinden eine Krankheit ist, dann sind Schlafstörungen wegen Schulden auch eine Krankheit. Dann kann die Krankenkasse die Schulden bezahlen, und die Krankheit ist verschwunden. Das kann es nicht sein.

In den Anträgen wird mehrfach der öffentliche Gesundheitsdienst angesprochen. Ich weiß nicht, ob bekannt ist, dass im Rahmen des sogenannten Bürokratieabbaus beispielsweise in Niedersachsen eine ganze Reihe von Pflichtleistungen in Kannleistungen umgewandelt wurden. Es wird also dazu kommen, dass die Gemeinden je nach Kassenlage solche Leistungen erbringen oder nicht. Ich möchte manche Antragsteller bitten, ihren Antrag so zu ergänzen, dass ganz klar ist, dass es sich nicht um eine reine Aufgabe der Krankenversicherung handelt.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Zastrow. – Als nächster Redner Herr Kollege Zimmeck aus Hessen.

Zimmeck, Hessen: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Während meiner Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie habe ich einen Fall erlebt, der mich sehr bewegt hat. Eine Mutter kam mit ihrem vierjährigen Kind zur Aufnahme und stellte sich in der Station mit den Worten vor: Bitte nehmen Sie mir das Kind ab, sonst schlage ich es tot! Wir waren alle sehr entsetzt. Als wir das Kind aufgenommen hatten, stellte sich heraus, was passiert war. Die Mutter war alleinerziehend. Sie hatte drei Jobs: morgens von 3 bis 7 Uhr einen Putzjob. Als sie nach Hause kam, saß das Kind neben der Toilette, in die es einen Hun-

dertmarkschein geschmissen hatte. Als die Mutter kam, hat es die Spülung betätigt.

Wir leben in einer Zeit, in der Mütter, die ihre Kinder allein erziehen, in eine Ecke gedrängt werden, die völlig unerträglich ist. Die Politiker, die Familienpolitik betrieben haben, haben letztendlich diese Situation zu vertreten. Genau diese Politiker stellen sich heute als Retter in der Not hin, die den Kindern helfen wollen.

Meine Damen und Herren, ich habe große Zweifel an der Kompetenz dieser Politiker. Ich denke, es ist unsere Aufgabe als Ärzte, den Menschen, die zu uns kommen, zu helfen. Ich halte es für gut, dass Präventions- und Fürsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Ich halte es aber für sehr problematisch, wenn wir zu Handwerkern des Staates gemacht werden und Kinder zur Untersuchung vorgeführt bekommen. Ich denke, wir müssen sehen, dass wir als Ärztinnen und Ärzte dafür verantwortlich sind, den Patientinnen und Patienten zu helfen.

Ich möchte noch eine Bemerkung zum gestrigen Tag machen. Gestern hat Ulla Schmidt uns Ärzte ganz nah an den Schoß des Nationalsozialismus gezogen. Dieses Verhalten hat mich tief gekränkt. Ich halte es für eine bodenlose Unverschämtheit!

(Beifall)

– Für diesen Applaus danke ich Ihnen. Betrübt hat mich, dass nach einer solchen Rede der Ministerin auch Teilnehmer aus dem Auditorium Beifall geklatscht haben. Das würde ich mir beim nächsten Mal anders wünschen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank für Ihren Beitrag. Sie haben sicherlich manchem aus der Seele gesprochen. – Jetzt bitte Herr Kollege Sudeck aus Hamburg.

Dr. Sudeck, Hamburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nur sehr kurz und punktuell zum Antrag 18 von Professor Kahlke Stellung nehmen, der die Situation insbesondere illegaler Migranten zum Inhalt hat. In der sehr weltoffenen Stadt Hamburg, die auch ein bemühtes und an sich gut funktionierendes öffentliches Gesundheitswesen hat, erfolgt die Versorgung dieser Patientengruppe durch ein relativ kleines Netzwerk von engagiert niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten, die aber trotz aller auch finanziellen Übernahmen, die sie leisten, häufig punktuell überfordert sind. Denken Sie an die Versorgung von HIV-infizierten Kindern oder auch Müttern, den-

ken Sie an die Diagnostik komplexer Erkrankungen bei Emigranten aus tropischen Ländern.

Ich halte es daher für sehr wichtig und sehr bedeutsam, dass wir uns auch für diese kleine Randgruppe der Patienten, über die wir ja heute in einem größeren Zusammenhang sprechen, einsetzen. Ich denke, es muss im öffentlichen Gesundheitswesen dafür auch Geld zur Verfügung gestellt werden. In der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ von heute, die vorhin bereits zitiert wurde, ist ein Artikel zu finden, aus dem hervorgeht, dass die Bundesrepublik den Entwicklungsländern in diesem Jahr noch 800 000 Dollar an internationalen Zusagen schuldet. Wenn wir sie nicht bezahlen, könnten wir zumindest einen ganz kleinen Teil dieses Geldes dafür verwenden, die Gesundheit von illegalen Emigranten – Kindern und Erwachsenen – zu fördern.

Es ist ein bisschen sarkastisch oder zynisch, dass wir das im Bereich der ansteckenden Erkrankungen schon tun. Wenn Sie in einem Hamburger Krankenhaus oder in einer Hamburger Praxis einen illegalen Patienten mit einer Tuberkulose haben, dann ist für diesen sehr gut gesorgt. Das ist eine Frage des Selbstschutzes unserer Gesellschaft. Das finde ich egoistisch, und das darf nicht so bleiben.

Ich finde es in diesem Zusammenhang eigentlich auch schade, dass im Antrag 12 nur von versicherten Jugendlichen und Kindern die Rede ist. Ich finde, auch das dürfte eigentlich nicht sein.

Als Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit möchte ich sagen, dass der Inhalt des Antrags von Professor Kahlke auch von unserer Gesellschaft sehr nachdrücklich unterstützt wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Wobei sicher niemand missverstanden hat, dass Sie wollen, dass der Tuberkulosekranke auch nicht behandelt wird, sondern es geht Ihnen darum, dass alle Tuberkulosekranken und alle anderen Kranken gleich gut behandelt werden. – Der nächste Redner ist der Präsident der Ärztekammer des Saarlands, Herr Dr. Gadomski.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Ich spreche zum Antrag III-5 betreffend die Einführung von zentralen Screeningstellen. Das Saarland hat als erstes Bundesland eine zentrale Scree-

ningstelle für Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern eingerichtet. Durch diese Screeningstelle, in welcher die Daten des saarländischen Einwohnermeldeamts und die Daten der Kinder- und Jugendärzte zusammenlaufen, ist es nun möglich, Erziehungsberechtigte an die Früherkennungsuntersuchung zu erinnern. Durch den täglichen Abgleich der Daten können die Mitarbeiter der Stelle feststellen, welche Kinder noch nicht zur jeweiligen Früherkennungsuntersuchung U 1 bis U 9 gegangen sind. Diese Untersuchungen zur Früherkennung sind im Gesetz zum Schutze von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vorgeschrieben.

Wenn die Mitarbeiter der Screeningstelle feststellen, dass ein Kind eine Untersuchung verpasst hat, werden die Sorgeberechtigten zunächst angeschrieben und darum gebeten, innerhalb der nächsten zwei Wochen zum Kinder- und Jugendarzt zu gehen und das Kind untersuchen zu lassen. Wenn nach 14 Tagen noch keine Untersuchung stattgefunden hat, wird das zuständige Gesundheitsamt informiert. Das Gesundheitsamt bemüht sich dann, mit den Eltern Kontakt aufzunehmen.

Erst in dritter Instanz wird das Jugendamt aktiv.

Bei diesem Projekt geht es in erster Linie um Helfen und nicht um Bestrafen. Wir wollen die Eltern nicht bestrafen, sondern konkrete Hilfe anbieten. Deshalb müssen Risikofamilien rechtzeitig ermittelt werden, damit Unterstützung und Hilfe gewährt werden können.

Besonders wichtig ist es, die Früherkennungsuntersuchung ab dem sechsten Lebensmonat zu kontrollieren, denn ab U 5 nimmt die Teilnehmerquote drastisch ab und fällt unter 70 Prozent.

Es ist Aufgabe des Staates, darüber zu wachen, ob Eltern ihre Pflegepflicht gegenüber ihren Kindern wahrnehmen. Oft werden die Zeichen von Vernachlässigung und Misshandlung von niemandem registriert. So wurden im Jahre 2000 15 500 Fälle von sexuellem Missbrauch und 7 500 Fälle von Vergewaltigung und schwerer sexueller Nötigung bei Kindern erfasst.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, diese Zahlen müssen uns, aber auch die verantwortlichen Politiker in Bund und Land wachrütteln. Es ist daher höchste Zeit, dass auch bundesweit ein solches System etabliert wird. Die saarländische Lösung kann hier für andere Länder Vorbild sein.

Ich darf Sie daher bitten: Stimmen Sie dem Antrag III-5 zu. Fordern Sie Ihre Gesundheitsminister auf, eine solche Screeningstelle in allen Bundesländern einzuführen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Gadomski. Ich gehe davon aus, dass sich Ihre Zahlen nicht nur auf das Saarland beziehen, sondern bundesweit gelten. – Das Wort hat jetzt Herr Dr. Josten aus Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Ich danke zunächst Herrn Gadomski für die Präzisierung seines Antrags. Ich habe ihn zuvor nicht so verstanden und bin froh, dass ich jetzt Bescheid weiß.

Kinder sind Reichtum und Anstrengung zugleich. Ich bin Vater von vier lebenden Kindern. Herr Henke hat zu Beginn seiner Ausführungen auf die Fehldiagnose „plötzlicher Säuglingstod“ hingewiesen, wo in Wirklichkeit Gewalt und Tötung vorlagen.

Gewalt kommt aber nicht nur in niedrigen sozialen Schichten vor – das schien mir in den letzten Beiträgen ein wenig auf –, sondern Gewalt ist ubiquitär. Daher brauchen wir die Unterstützung, wie es Herr Gadomski dargestellt hat. Zusätzlich benötigen wir die Hinweise und Unterstützung durch eine verpflichtende Obduktion bei toten Kindern.

Der zweite Punkt ist: Aufsuchende Vorsorge hilft. Das steht bereits in Berichten aus den 70er- und 80er-Jahren. Unterstützen Sie deshalb bitte vergleichbare Bemühungen in Ihrer Region.

Der dritte Punkt ist: Ich bin für Bonussysteme für Eltern, die Hilfe brauchen. Ich bin dagegen, dass wir als eine Gesundheitspolizei fungieren. Ich habe die Befürchtung – da spreche ich aus Erfahrung –, dass dann die Eltern – vor allem die Mütter – die ärztliche Betreuung nicht aufsuchen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Josten. – Als nächster Redner Herr Kollege Kalz aus Brandenburg.

Dr. Kalz, Brandenburg: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich stehe hier als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Meine Frau leitet das sozialpädiatrische Zentrum in unserer Stadt. Wir sind beide „Überzeugungstäter“.

Ich möchte mit einer positiven Botschaft beginnen. In Brandenburg gibt es ein vom Ministerium moderiertes Projekt „Gesund aufwachsen in Brandenburg“. Im

Spreewaldgebiet gibt es ein von der regionalen Kinderklinik angestoßenes Projekt für Neugeborene und ihre Familien, in das Ehrenamtler einbezogen sind, die diese Familien aufsuchen und den Eltern unter Umständen mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Jetzt möchte ich etwas Wasser in den Wein gießen. Bei uns im Nordwesten Brandenburgs war die zweite ärztliche Stelle im sozialpädiatrischen Zentrum monatelang nicht zu besetzen. Die Chefarztstelle der regionalen Kinderklinik war über ein Jahr lang nicht besetzt. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat Stellenprobleme. Eine Konkurrenzsituation zu den Hausärzten gibt es bei uns nicht, denn die Hausärzte sind noch knapper als die Kinderärzte. Wir haben nur noch drei geschlossene Versorgungsbereiche in Brandenburg; alle anderen sind für Hausärzte geöffnet.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie will ich hier nicht vernachlässigen, aber sie existiert praktisch nur an den kinderpsychiatrischen Kliniken. Die Kapazität für die kurative Medizin, die Vorsorgeuntersuchungen und die Impfprogramme, reicht noch aus. Aber wo ist die Kapazität für das Herausfinden gefährdeter Familien? Das ist doch kein Abfallprodukt der ärztlichen Tätigkeit. Woher soll die Kapazität für die aufsuchende Betreuung kommen?

Die pädiatrische Versorgung konzentriert sich schon auf die mittleren Städte, ab etwa 20 000 bis 30 000 Einwohnern. Fehrbellin, Rheinsberg und Umgebung sind pädiatriefreie Zonen.

Es ist doch mehr als eine naive Vorstellung, die uns gestern präsentiert wurde, dass die behandelnden Kinderärzte systematisch die Hausbesuche machen und dort das familiäre Umfeld studieren. Die Überschrift der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ von heute: „Ärzte in Sorge um das Gesundheitswesen“ kann man dahin gehend interpretieren: Die Zukunftsszenarien, die wir hier entwerfen, sind in einigen Regionen Deutschlands schon Gegenwart.

Ich möchte hier nicht als Pessimist vom Rednerpult gehen. Aber nur mit gut gemeinten Appellen werden wir die zunehmende Ökonomisierung, Bürokratisierung und den Sparwahn nicht besiegen und auch nicht den Kinderschutz verbessern können. Kinder brauchen nicht nur die Ressourcen der Familie, sondern sie brauchen auch gesellschaftliche Ressourcen. Sonst können wir dies hier sozusagen vergessen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Kalz. – Als nächster Redner Herr Kollege Fleischmann aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Fleischmann, Rheinland-Pfalz: Kolleginnen und Kollegen! Bei den drei Vorträgen von eben habe ich mir drei Fragen gestellt, die eigentlich nur am Rande angeschnitten wurden: Wo liegen heute die Kernprobleme von Kindern und Jugendlichen? Was muss wer tun, um dieser Altersgruppe zu helfen? Woran liegt es, dass sich immer mehr junge Erwachsene gegen eigene Kinder entscheiden?

Hier gibt es sicherlich noch einiges, über das man weiter nachdenken kann. Eines ist wohl klar: Um Kinder und Jugendliche körperlich und seelisch gesund aufwachsen zu lassen, müssen Ärzte aller Fachrichtungen, Politiker, Schulen und Ämter enger als bisher zusammenarbeiten. Im Sinne der Kinder ist Kooperation gefragt, nicht Konkurrenz.

Zum Thema von Frau Dr. Goesmann, der Kindergesundheit in der ärztlichen Versorgung, ist anzumerken, dass es sich hierbei um einen wichtigen Bereich handelt, der tatsächlich noch nicht genug beleuchtet worden ist. In der Tat werden nicht alle Kinder und Jugendlichen von auf ihr Alter spezialisierten Fachärzten betreut. Aus vielen Gründen werden auch immer wieder die Allgemeinärzte zur Behandlung aufgesucht. Jetzt sind Allgemeinärzte von der Natur ihrer Ausbildung her zwar in allen Bereichen ein wenig bewandert, in der Inneren Medizin sogar sehr umfangreich; die pädiatrische Ausbildung dieser Kolleginnen und Kollegen ist jedoch weder standardisiert noch in irgendeiner Form verpflichtend.

(Beifall)

Frau Goesmann hat richtig erkannt, dass die Allgemeinärzte oft die ganze Familie sehen, wenn es um allgemeine gesundheitliche Probleme geht. Da ist es besonders wichtig, darauf aufzupassen, wann Kinder oder Jugendliche durch Probleme der Eltern gefährdet sind oder die Störungen der Kinder eventuell mit Elternproblemen und -erkrankungen zusammenhängen können.

Auf diesen Aspekt weist unser Antrag III-30 hin. Hier ist eine verstärkte Sensibilisierung der Hausärzte für solche Situationen erforderlich, damit sie die betroffenen Kinder in eine entsprechend qualifizierte Weiterbehandlung bei Kinder- und Jugendärzten bzw. Kinder- und Jugendpsychiatern geben können.

Ich will hier direkt auf meinen Vorredner eingehen, der sagte, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sei nur in der Klinik präsent. Es gibt immer mehr – allerdings noch immer zu wenige – niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater.

Dem Vortrag von Herrn Henke möchte ich hinzufügen, dass es wichtig ist, dass die Politik endlich die Kinder und Jugendlichen entdeckt. Unsere Jugend will eine Zukunft, will gebraucht werden und sich nützlich machen. Was nützen die besten gesundheitlichen Aufklärungskampagnen gegen Nikotin, Drogen und Alkohol, wenn die triste Alltagssituation und Perspektivlosigkeit die Jugendlichen zu eben diesen Drogen greifen lassen?

Es reicht nicht, Normen aufzustellen, denen die Kinder genügen sollen. Ein Kind hat das Recht, so zu sein, wie es ist, sagt Janusz Korczak, und jede Gesellschaft wird arm, wenn sie auf die Ressourcen der Kinder verzichtet. Sorgen wir doch gemeinsam als Ärzte untereinander und mit der Politik für eine Gesellschaft, in der sich Kinder und Jugendliche wieder wohlfühlen und gesund aufwachsen können.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fleischmann. – Als nächster Redner Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Schulte-Markwort hat gesagt: Lassen Sie uns damit aufhören, uns gegenseitig die Kompetenz abzusprechen. Dem ist sicher zuzustimmen. Im Augenblick passiert in Deutschland Folgendes: Die Qualitätsschleusen werden geöffnet. Überall wird Qualität gefordert, auch bei uns Ärzten. Ich werde einen Deubel tun, etwas gegen Qualität zu sagen. Wer sich auf die Seite der Qualität schlägt, ist immer auf der richtigen Seite und wird hofiert.

Umso wichtiger und bemerkenswerter ist, dass Frau Goesmann hier über die stillen, unerkannten Qualitäten, die es bei der Versorgung der Kinder gibt, sprechen durfte: die Nähe, die Bereitschaft, die Präsenz, die Einbindung in die Sozialsphäre. Frau Goesmann hat eindrucksvoll belegt, welche Möglichkeiten der Hausarzt hat. Das möchte auch ich hier hervorheben.

Damit komme ich zu Herrn Professor Niethammer. Er hat abschließend betont, dass der Kinder- und Jugendmedizin eine Schlüsselrolle zukommt, dass es einer stetigen Fortbildung bedarf. Dem ist nichts hinzuzufügen. Er hat allerdings bei einer Berufsgruppe Schwächen erkannt.

Nun komme ich zu dem Professor aus Bayern. Professor Hinze hat hier gesagt - -

(Zurufe)

– Habe ich doch gesagt: Hinze.

(Zurufe: Kunze!)

– Kunze, Entschuldigung. In meinem Alter, Herr Präsident, kann man schon einmal Hinze und Kunze verwechseln. Seit 20 Jahren ist es so: Wenn hier das Wort „Hausarzt“ fällt, ist das sein rotes Tuch, dann stürmt er nach vorn.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt kommt Herr Kollege Jäger aus Schleswig-Holstein.

Dr. Jäger, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich auf den hervorragenden Beitrag von Herrn Henke bzw. auf die Zitate beziehen, die er der Jugendsurveystudie entnommen hat. Dort taucht oft der Begriff „Armut“ auf. Ich bitte Sie, bei Ihren Diskussionen mit Politikern darauf hinzuweisen, dass der Begriff „Armut“ vielleicht auch einmal erläutert werden sollte. Ich meine nämlich, dass das größte Problem nicht eine finanzielle oder materielle Armut ist, sondern eine geistige, seelische und soziale Armut.

(Beifall)

Das will ich Ihnen gleich an einem Beispiel erläutern. Wenn es so wäre, dass Armut rein finanziell begründet ist, würden arme Leute nicht mehr, sondern weniger Alkohol konsumieren, weil sie das Geld dazu nicht hätten. Sie nehmen auch nicht die kostenlosen Vorsorgeangebote wahr.

Ich möchte Ihnen ein Beispiel aus dem notärztlichen Dienst vortragen. Ich glaube, jeder, der im notärztlichen Dienst tätig ist, kommt in Familien und Wohnungen, wo er gewisse häusliche Bedingungen vorfindet. Einer meiner spektakulärsten Notarzteinsätze erfolgte abends um 22 Uhr. Ich wurde in die Wohnung einer Familie gerufen mit der Meldung: zweijähriges Kind vom Fernseher erschlagen. Zunächst dachte ich, es handele sich um einen Witz, aber leider war es die Realität. Das zweijährige Kind hatte abends um 22 Uhr noch im Kinderzimmer gespielt und den Fernseher vom Regal heruntergezogen und war von diesem getroffen worden, zum Glück nicht tödlich. Man fragt sich: Was macht ein Fernseher im Kinderzimmer eines zweijährigen Kindes? Wenn wir in die Wohnungen dieser Bevölkerungsschichten kommen, finden wir dort regelmäßig Fernseher und Stereoanlagen vor, die deutlich besser sind als diejenigen, die beispielsweise ich in meiner Wohnung habe.

Das heißt, es geht nicht um eine finanzielle Not, sondern um eine soziale, geistige und seelische Not. Wenn man von Armut spricht, ist man geneigt, zu sa-

gen, man müsse diesen Familien mehr Geld zur Verfügung stellen, dann werde alles besser. Ich glaube, das wird nicht der Fall sein. Die Armut ist in diesen Bereichen eine ganz andere als nur eine finanzielle oder materielle Armut.

Es ärgert mich immer, wenn ich hören muss, dass die Rechtsradikalen Zulauf gerade bei den Jugendlichen haben. Warum ist das denn so? Weil sie den Kindern und Jugendlichen Perspektiven bieten. Sie machen mit denen Abenteuercamps, sie machen mit denen Hausaufgabenbetreuung. Warum tun wir das nicht? Wir sollten daraus lernen, den Kindern und Jugendlichen ebenfalls solche Angebote zu unterbreiten.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Jäger. – Als nächster Redner bitte Herr Privatdozent Dr. Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Da ich kein Pädiater bin, ist es hoffentlich unverdächtig, wenn ich zu bestimmten Anträgen spreche und Sie um Zustimmung bitte. Ich glaube, die Kollegin Vitzthum hat richtigerweise gesagt: Es wird Zeit für konkrete Maßnahmen. Ist es nicht auch Ihnen bei den ganzen Reden und Presseerklärungen der letzten Wochen so ergangen, dass es merkwürdig anmutet, dass man erst jetzt entdeckt, dass Kinder und Jugendliche ein wichtiges Thema sind? Ich finde das absurd. Auf Ärztetagen wird seit Jahrzehnten dafür plädiert. Aber erst jetzt wächst das Bewusstsein, dass hier etwas geschehen muss.

Ich meine, es gibt sehr simple Nagelproben, mit deren Hilfe wir die Politik messen können. Der Antrag 33 fordert, dass der Sportunterricht stärker gefördert werden soll, dass sowohl in den normalen Schulen als auch in den neu zu schaffenden Ganztagsschulen mehr Zeit für Bewegungsmaßnahmen zur Verfügung steht. Aber die Politik tut nichts und führt fadenscheinige Argumente an. So können wir die Politik doch entlarven. Wir als Ärzteschaft haben hier ganz konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die sehr simpel, aber für die Gesundheit der Kinder ziemlich effektiv sind.

Die von der Ärzteschaft geschaffenen Kinder- und Jugenduntersuchungen sind sicherlich sehr erfolgreich – wie meine Kinder sagen würden: saugut. Häufig werden diese Möglichkeiten – das haben bereits die Vorredner ausgeführt – von den entsprechenden Bevölkerungsschichten nicht in dem Maße genutzt, wie es eigentlich gedacht ist.

Warum fordern wir nicht, dass die Gesetzgebung konkrete Maßnahmen auf den Weg bringt? Der Staat alimentiert mit entsprechender finanzieller Unterstützung den Kinderwunsch. Es lässt sich lange darüber streiten, ob die dafür zur Verfügung gestellten Mittel ausreichend sind. Warum fordern wir den Gesetzgeber nicht auf, dass er dort tätig sein soll, indem die Eltern eine entsprechende Bescheinigung vorlegen, dass sie dieses und jenes getan haben, um entsprechende Vorteile zu erhalten? Das entspricht dem Anliegen des Antrags 28.

Auf Hinweis des Juristen der Bundesärztekammer möchte ich meinen Antrag ein wenig präzisieren, da er juristisch nicht scharf genug formuliert ist. Statt von den Ärztekammern soll von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern gesprochen werden. Mit dem Begriff der verantwortlichen Gremien ist die Legislative gemeint.

Ich bitte Sie ganz herzlich, mit diesen simplen Maßnahmen vor Ort aktiv zu werden. Dann brauchen wir gar nicht so viele Kataloge und sonstige Dinge. Wir benötigen praktische Maßnahmen, an denen wir vor Ort auch die Politik messen können.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Scholz. – Mir ist ein Geschäftsordnungsantrag signalisiert worden. Normalerweise müssen auch Geschäftsordnungsanträge schriftlich eingebracht werden. Bitte, Herr Dr. Wyrwich aus Berlin, Sie können Ihren Geschäftsordnungsantrag mündlich stellen.

Dr. Wyrwich, Berlin: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich glaube, in dieser Diskussion ist ganz klar geworden, dass breite Diskussionsfronten abgearbeitet werden müssen. Zu diesem Tagesordnungspunkt liegen eine Menge Anträge vor. Es ist meines Erachtens zu jedem Problempunkt dafür und dagegengesprochen worden. Deswegen beantrage ich Schluss der Debatte.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Es ist Schluss der Debatte beantragt. Möchte jemand gegen den Antrag auf Schluss der Debatte sprechen? – Bitte, Herr Kahlke.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich habe befürchtet, dass dieser Antrag kommt. Ich hatte eher auf einen Antrag gehofft, der die Redezeit auf ein oder zwei Minuten begrenzt. Der Tagesordnungspunkt, den wir jetzt behandeln, wird in der Presse, in der Öffentlichkeit sehr stark beachtet. Ich finde, es wäre ein sehr schlechtes Zeichen, wenn es hieße: Zunächst hatte man eine Redezeit von nur drei Minuten, dann wurde die Debatte gänzlich beendet.

Das dürfen wir den Kindern nicht antun. Lehnen Sie diesen Antrag bitte ab.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Dann stimmen wir darüber ab. Wer möchte dem Antrag auf Schluss der Debatte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das sind deutlich mehr. Wer enthält sich? – Dann fahren wir in der Diskussion fort. Der nächste Redner ist Herr Kollege Wagenknecht aus Niedersachsen.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zunächst Danke sagen für die guten Referate. Der von Frau Dr. Goesmann erstattete Sachstandsbericht zur hausärztlichen Versorgung in der Behandlung von Kindern ist im Prinzip nichts anderes gewesen als die Darstellung der Versorgungsrealität. Wie sich diese Realität verändern soll, haben alle drei Referenten klargemacht. Ich finde, den Vorschlägen zur Kooperation innerhalb der Berufsgruppen kann man gar nichts mehr hinzufügen.

Ich habe zwei Anträge gestellt und möchte jetzt kurz begründen, warum ich dies getan habe. Viele Antragsinhalte beziehen sich auf Störungen, Erkrankungen, Schädigungen, die im Laufe des Lebens des Kindes eintreten. Die Kinder können für diese Entwicklungen, die über sie kommen, oft nichts; sie sind unschuldig daran. Auch das wurde bereits ausgeführt. Ihnen fehlen die Vorbilder, sie erleben im Verhalten der Eltern Dinge, die sie nachmachen. So kommt es zu derartigen Störungen.

Wir müssen früher einsetzen. Schadensbegrenzende Maßnahmen, wie sie in den meisten Anträgen gefordert werden, kommen meiner Meinung nach zu spät. Das ist der Grund für meinen Antrag III-20. Dort habe ich den Gesetzgeber aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, die bereits bei den werdenden Müttern ansetzen. Wir Hausärzte könnten wie alle anderen in der Primärversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen zusammen mit den Kindergärtnern, den Leh-

rern und anderen mit Kindern Beschäftigten eine Hitliste aufstellen. Ich kann in meiner Gemeinde 30, 40, 50, sogar 100 Familien benennen, von denen ich genau weiß: Die Kinder, die ich heute in der Praxis sehe, erlebe ich in 10 oder 15 Jahren auf der Polizeiwache wegen gewalttätiger Auseinandersetzungen usw. Ich glaube, Ihnen geht es genauso.

Wirklich wichtig sind Projekte zur Früherkennung von gefährdeten Familien. Es ist sicherlich nicht ganz hilfreich, immer nur hinterher zu reparieren. Ich bitte Sie, den Antrag III-20 zu unterstützen.

Ich habe einen weiteren Antrag gestellt, der ein Problem beleuchtet, das hier noch gar nicht so richtig zum Ausdruck gekommen ist. Ich glaube, wir müssen innerhalb unserer Berufsgruppe kritisch mit dem umgehen, was wir zum Teil Kindern antun. Kindergesundheit und Kinderkrankheit hängen oft mit der Arzneimitteltherapie zusammen. Ich glaube, wir tun uns keinen großen Gefallen, bei Kindern mit der Arzneimitteltherapie so großzügig umzugehen, wie wir dies tun. Wir sind in der Indikationsstellung nicht streng; das möchte ich einfach einmal so behaupten. Wir verordnen Arzneimittel, die bei Lappalienerkrankungen nicht erforderlich sind. Wir gewöhnen Kindern, die natürliche Scheu gegenüber der Einnahme von Substanzen systematisch ab. Ich denke, wir müssen innerärztlich Wege finden, die Kollegen zu einem strengen und rigiden Umgang mit Arzneimitteln zu animieren, damit die Jugendlichen später in der Diskothek, wenn ihnen eine rosa oder eine weiße Pille angeboten wird, diese nicht einwerfen, weil ja ihre Vertrauensperson ihnen so etwas auch anbietet.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächste Rednerin bitte Frau Kollegin Dr. Bunte aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bunte, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, der bereits dargestellten gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die Gesundheit unserer Kinder, in die wir einbezogen sind, ist nichts hinzuzufügen. Herr Präsident, Sie haben bereits in der Einleitung zu dieser Diskussion darauf hingewiesen, dass es unterschiedliche Ansätze bezüglich der Meldepflicht für die verbindliche Kinderfrüherkennungsuntersuchung gibt. Herr Gadomski hat die Situation im Saarland geschildert. Die Situation dort und in Bremen hat uns in der Ärztekammer Westfalen-Lippe dazu gebracht, uns mit diesem Thema sehr intensiv auseinanderzusetzen. Wir haben uns damit über alle Gruppen hinweg auseinandergesetzt: Die niedergelassenen Kollegen, die Kol-

legen in der Klinik, die Kollegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, alle, die in dieser Beziehung in der praktischen Arbeit stecken.

Einige Dinge im Kinder- und Jugendsurvey finde ich sehr prägnant dargestellt und möchte sie kurz ansprechen. Auf der einen Seite steht dort ganz klar, dass die Früherkennungsprogramme für Kinder in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz finden. Auf der anderen Seite ist darauf hingewiesen worden, dass es bestimmte Gruppen gibt, die diese Früherkennungsmaßnahmen nicht in dem erforderlichen Umfang annehmen. Wir wissen, dass diese Gruppen – speziell die Migranten und Personen aus den unteren sozialen Schichten – diejenigen sind, die diese Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen, worin wir eine große Problematik sehen.

Sollen wir als Ärzte diejenigen Eltern, die ihre Verantwortung in hohem Maße wahrnehmen und deren Vertrauen wir haben, quasi noch reglementieren, indem wir melden? Oder tun wir das, was wir diskutiert haben? Nehmen wir das Gesamtgesellschaftliche wirklich ernst und verpflichten die Eltern zur Meldung?

In der Praxis ist es so: Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, die von den Krankenkassen honoriert werden, werden von den Eltern auch in Anspruch genommen. Man holt sich auch die Unterschrift, dass die Untersuchung durchgeführt wurde.

Wir haben deshalb im Antrag 21 ganz deutlich gemacht, dass wir das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Eltern nicht gefährdet sehen wollen. Wir wollen die Schweigepflicht nicht verletzen. Wir sind keine Polizei, sondern wir sind diejenigen, die sich zusammen mit den Eltern um die Kinder kümmern. Eltern können diese Verantwortung durchaus wahrnehmen. Wir denken, eine solche Regelung könnte mit einem Bonussystem versehen werden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Bunte. – Als nächster Redner Herr Dr. Scheffzek aus Baden-Württemberg.

Dr. Scheffzek, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte zunächst etwas Grundsätzliches sagen und dann zu den Anträgen sprechen. Nach dem SGB V haben die Versicherten einen Anspruch auf eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung, nicht auf etwas, was über das notwendige Maß hinausgeht. Nach der UN-Kinderrechtskonvention von 1990 hätten sie einen Anspruch auf die bestmögli-

che medizinische Versorgung. Die Bundesrepublik hat diese Konvention 1992 übernommen. Auf diesen Widerspruch möchte ich hinweisen.

Es ist von Herrn Henke erwähnt worden, dass die Migranten einer speziellen Förderung bedürfen. Das stimmt. Man muss dabei berücksichtigen, dass eine Förderung natürlich auch eine gewisse psychische Ausgeglichenheit benötigt. Familien, bei denen die Eltern von Woche zu Woche, von Tag zu Tag mit der Abschiebung rechnen, kann sich keine gedeihliche psychische Entwicklung vollziehen. Bei ihnen kann die entsprechende Förderung natürlich nicht auf fruchtbaren Boden fallen. Deshalb unterstütze ich den Antrag 18.

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern werden in hohem Maße wahrgenommen. Manche Familien sind damit aber überfordert. Bei diesen Familien, die keine Termine ausmachen können, die die Praxen nicht aufsuchen können, liegt auch vieles andere erzieherisch und bei der Pflege der Kinder im Argen. Diese Familien brauchen Hilfe. Sie nehmen diese Hilfe auch gern an; das ist heute mehrfach angeklungen. Für diese Hilfe müssen Mittel bereitgestellt werden.

Kontrolle ist da allenfalls nachrangig; denn anderenfalls haben wir die Situation, wenn wir nachher die Ressourcen für die Hilfen nicht haben, dass wir zwar überall Rauchmelder haben, aber das Löschwasser nicht reicht. Das kann es nicht sein.

Gegen eine Nachweispflicht seitens der Eltern ist nichts einzuwenden. Insofern unterstütze ich den Antrag 21. Die anderen Dinge stehen alle in den Leitanträgen.

Die Frauenärzte müssen unbedingt, wenn sie die Schwangerschaften betreuen, in die lokalen Netzwerke gegen Vernachlässigung und Gewalt eingebunden werden.

Zum Arzneimittelantrag: Es ist für mich selbstverständlich, dass in jedem Lebensalter sorgfältig mit Arzneimitteln umgegangen werden muss. Das kann nicht auf Kinder begrenzt werden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Wort hat jetzt Herr Kollege Kahlke aus Hamburg.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Mein Dank geht an die drei Referenten und an Herrn Schulte-Markwort. Ich danke auch dem Plenum dafür, dass es die Fortsetzung der Debatte beschlossen hat.

Ich möchte mich jetzt auf den Antrag 18 konzentrieren. Er ist zugegebenermaßen ein bisschen lang. Er beinhaltet Dinge, die hier zum Teil schon zur Sprache gekommen sind. Hier ist bereits vom schlechten Gesundheitszustand von Migrantenkindern gesprochen worden. Herr Scheffzek hat darauf hingewiesen, dass auch der unsichere Aufenthaltsstatus, die Duldung bei den Kindern in einem sehr großen Umfang psychische Störungen auslöst. Eine Kinderstudie aus Hamburg hat gezeigt, dass über 60 Prozent dieser Kinder an psychosozialen Störungen leiden.

Ferner gibt es eine entsprechende Aussage des Vorsitzenden des Katholischen Forums „Leben in der Illegalität“, die ich in meinem Antrag zitiert habe. Ich weiß, dass wir bei dem Begriff „Illegalität“ besonders aufmerksam sind und auch aufmerksam sein müssen, weil das nichts Selbstverständliches ist. Der Vorsitzende des Katholischen Forums „Leben in der Illegalität“ erklärt:

> *Schwere Erkrankungen, eine Schwangerschaft, ein ausbeuterisches Arbeitsverhältnis und fehlende Bildungsmöglichkeiten für die Kinder bringen Menschen in der Illegalität oftmals in äußerst bedrückende Situationen.*

Viele von Ihnen, die diese Gruppe von Menschen, speziell von Kindern, behandeln, wissen, welche bedrückenden und teilweise elenden Situationen entstehen können. Ich bitte Sie, diesen Antrag anzunehmen.

Ich habe auch noch folgende kleine Bitte. Vielleicht denkt mancher, man sollte keine schlafenden Hunde wecken, aber es kann sein, dass jemand meint, der Antrag sei so lang, am besten überwiese man ihn an den Vorstand. Ich bitte Sie vorsorglich, keine Vorstandsüberweisung zu beantragen. Diese Menschen, die hier angesprochen sind – es gibt einige Millionen Migrantenkinder und etwa 1 Million Menschen, die gar nicht gemeldet sind –, verdienen die Unterstützung dieses Ärztetages. Deshalb bitte ich um Annahme des Antrags. Wenn Sie das nicht möchten, dann finde ich es ehrlicher, den Antrag abzulehnen, als ihn an den Vorstand zu überweisen. Ich bitte also um Annahme des Antrags 18.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Das Wort hat Herr Kollege Peters aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Verehrte Delegierte! Herr Professor Niethammer hat zum Schluss seines Referats einen Punkt erwähnt, auf den ich mich beziehen möchte. Es geht um die Erstattung eines jährlichen Berichts zur Lage der Kinder und Jugendlichen durch die Bundesregierung. Wir reden im Bundestag jährlich über den Haushalt, wir reden über die Wehrtüchtigkeit. Ich denke, die Kinder sollten es uns wert sein, einmal im Jahr eine Bestandsaufnahme vorzunehmen: Was tun wir für die Kinder? Es soll ja nicht nur geredet werden, es soll auch etwas getan werden. Es darf nicht so sein, dass immer nur Flyer gedruckt werden, sich aber letztlich nichts ändert.

Es ist auch klar: Das gibt es nicht zum Nulltarif, das braucht Geld, anderenfalls bekommen wir die Strukturen einfach nicht verbessert.

Das, was unsere Kinder in den ersten Lebensjahren erfahren, wird sie für den Rest des Lebens prägen. Deshalb müssen wir uns die Strukturen, die wir jetzt schaffen, besonders gut anschauen. Wir wissen: Es gibt keine Gesellschaft ohne Gewalt. So werden auch Kinder in Einrichtungen Gewalt ausgesetzt sein. Wenn wir das nicht gut begleiten, sind die Erfahrungen, die dort gemacht werden, möglicherweise nicht so gut für die Kinder. Dann erleben wir etwas, was wir eigentlich gar nicht haben wollen.

Astrid Lindgren hat die Situation verdeutlicht, als sie 1978 den Friedenspreis des Deutschen Buchhandels erhalten hat. Das ist so gut, dass ich es Ihnen nicht vorenthalten möchte. Wenn Sie erlauben, werde ich es Ihnen kurz vorlesen.

Sie hat von einer Dame berichtet, die ihr eine Geschichte erzählt hat:

> *„Ich war jung zu jener Zeit, als fast alle Kinder oft geschlagen wurden. Man hielt es für nötig, sie zu schlagen, denn sie sollten artig und gehorsam werden. Alle Mütter und Väter sollten ihre Kinder schlagen, sobald sie etwas getan hatten, von dem Mütter und Väter meinten, daß Kinder es nicht tun sollten. Mein kleiner Junge, Johan, war ein artiger und fröhlicher kleiner Kerl, und ich wollte ihn nicht schlagen. Aber eines Tages kam die Nachbarin zu mir herein und sagte, Johan sei in ihrem Erdbeerbeet gewesen und habe Erdbeeren geklaut und bekäme er jetzt nicht seine Schläge, würde er wohl ein Dieb bleiben, sein Leben lang.*
>
> *Mit Müttern ist es nun einmal so, daß ihnen angst und bange wird, wenn jemand kommt und sich über ihre Kinder beschwert. Und ich dachte: Vielleicht hat sie recht, jetzt muß ich Johan wohl eine Tracht Prügel verpassen.*

Johan saß da und spielte mit seinen Bausteinen – er war ja damals erst fünf Jahre alt –, als ich kam und sagte, daß er nun Prügel bekäme und daß er selbst hinausgehen solle, um eine Rute abzuschneiden. Johan weinte, als er ging. Ich saß in der Küche und wartete.

Es dauerte lange, bis er kam, und weinen tat er noch immer, als er zur Tür hereinschlich. Aber Rute hatte er keine bei sich. ‚Mama', sagte er schluchzend, ‚ich konnte keine Rute finden, aber hier hast du einen Stein, den du auf mich werfen kannst!' Er reichte mir einen Stein, den größten, der in seiner kleinen Hand Platz fand.

Da begann auch ich zu weinen, denn ich verstand auf einmal, was er sich gedacht hatte: Meine Mama will mir also wehtun, und das kann sie noch besser mit einem Stein. Ich schämte mich. Und ich nahm ihn in die Arme, wir weinten beide soviel wir konnten, und ich dachte bei mir, daß ich niemals, niemals mein Kind schlagen würde.

Und damit ich es ja nicht vergessen würde, nahm ich den Stein und legte ihn in ein Küchenregal, wo ich ihn jeden Tag sehen konnte, und da lag er so lange, bis Johan groß war.

Dieb wurde keiner aus ihm. Das hätte ich gerne meiner Nachbarin erzählen mögen, aber sie war schon lange fortgezogen."

Ja, so sprach die alte Dame, die mir dies alles erzählte, als ich noch sehr jung war. Und ich weiß noch, daß ich mir dachte: Ich werde meine Kinder auch nicht schlagen, sollte ich welche bekommen. Ich bekam zwei Kinder, und ich schlug sie niemals. Trotzdem wurden gute Menschen aus ihnen. Und auch sie schlagen ihre Kinder nicht.

Warum erzähle ich das alles? Es sollte ja vom Frieden die Rede sein. Ich glaube, das tut es auch. In gewisser Weise. Immer noch gibt es viele Mütter und Väter auf der Welt, die ihre Kinder schlagen und glauben, das sei gut.

Sie meinen, Kinder würden artig und gehorsam durch die Schläge. Aber stattdessen werden sie zu solchen Menschen, die gerne selber andere schlagen und weitermachen damit, wenn sie groß sind. Denn wie sollte einer, der

sich als Kind an die Gewalt gewöhnt hat, zu einem friedlichen Menschen heranwachsen?

Und wie soll es Frieden geben in der Welt, wenn es keine friedfertigen Menschen gibt? Zu Hause, in den Wohnungen, da muß der Frieden beginnen. Ich glaube, es wäre gut, wenn ein Stein in den Küchenregalen läge, fast überall auf der Welt, als Erinnerung: Schluß mit der Gewalt!

Ich kenne eine Menge Staatsmänner und Politiker, die einen solchen Stein auf dem Küchenregal haben sollten. Aber dann würden sie vielleicht bloß die Steine nehmen und hinausgehen und einander die Schädel damit einschlagen. Denn glaubt man an Gewalt, dann handelt man auch so!

Ich glaube, wir müssen zusehen, dass wir unseren Kindern eine gute Zukunft bescheren – alle zusammen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ich habe Sie nicht unterbrochen, obwohl Sie die Redezeit weit überschritten haben, weil ich mir dachte, es wäre zu schade gewesen, wenn Sie den zweiten Teil der Geschichte möglicherweise erst nach zehn weiteren Wortmeldungen hätten vortragen können. – Als nächste Rednerin bitte Frau Dr. Ende aus Hessen.

Dr. Ende, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Kinder haben keine ausreichende Lobby – das ist etwas Gemeinsames, was aus allen Untersuchungen hervorgeht. Wenn wir uns in den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften unserer Kreise und Kommunen umschauen, sehen wir, dass auch dort das Thema der psychischen Gesundheit von Kindern bisher kein Thema war. Wir alle, die wir in solchen Gremien tätig sind, müssen darauf achten, dass es dort zu einem Thema wird.

In den Präventionsräten der Länder sind viele Berufsgruppen vertreten, vorwiegend Juristen, aber kaum Ärztinnen und Ärzte. Liebe Landesärztekammern, wir müssen zukünftig mehr darauf achten, dass wir als Ärztinnen und Ärzte in den Landespräventionsräten vertreten sind.

Prävention muss früh ansetzen. Wer nicht selbst auf gute Bindungsfaktoren der ersten Lebensjahre zurückgreifen kann – entweder weil es sie nicht gab, oder weil sie später verschüttet wurden –, hat ein großes Risiko, diese Mängel weiterzugeben, trotz des Wunsches, die Fehler der Eltern nicht zu wiederholen. Die Weitergabe solcher Bindungsmuster führt dazu – das passt gut zu der Geschichte von Astrid Lindgren –, dass aus geschlagenen oder vernachlässigten Kindern schlagende und vernachlässigende Eltern werden. Qualifizierte Unterstützungs- und Entlastungsangebote für Kinder unter drei Jahren – dazu gibt es einen Antrag – können hilfreich sein. Für größere Kinder sind dies Kindertagesstätten oder Ganztagsschulen. Anlaufstellen für diese Familien sind oft die Hausärzte, der Kinderarzt und die Kinderkliniken. Nicht wegen Misshandlungen, sondern wegen Bagatellstörungen wie Magen-Darm-Störungen oder Infekten kommen die hilflosen Eltern. Auch die vernachlässigenden Eltern wollen aus ihrer Sicht meist das Beste für ihre Kinder. Sie wollen gute Eltern sein. Sie benötigen dazu unsere Unterstützung: als Zuhörer, Berater, Behandler und Vermittler.

Deshalb möchte ich Sie bitten, alle Anträge, die auf Anreizsysteme setzen, zu unterstützen, Bestrafungssysteme aber abzulehnen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Ende. – Jetzt bitte Herr Kollege von Knoblauch zu Hatzbach aus Hessen.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Hessen: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin dankbar dafür, dass wir dieses Thema Kindergesundheit besprechen können. Das war meines Erachtens längst überfällig. Herr Kollege von Zastrow hat natürlich recht: Nicht alles muss oder kann medikalisiert werden. Wir stimmen aber auch darin überein, dass wir, die Ärzteschaft, aus der Kenntnis unserer Berufsausübung heraus, aus der Fürsorge für unsere Patienten verpflichtet sind, das Tätigwerden der politischen Verantwortung dringend einzufordern. Ich bin Herrn Peters sehr dankbar für den Vortrag. Er zeigt, dass das Beispiel etwas ganz Wesentliches ist. Zu einem kinder- und familienfreundlichen Umfeld gehören beispielhaft das Vorbild und positiver Einfluss.

Hierzu könnte man hervorragend die Medien nutzen. Die Werbung aber für Genussgifte in Verbindung mit Jugend und Sport, Gesundheit, Schönheit und anderem beeinflussen gerade unsere Kinder und Jugendlichen in einer Lebens-

phase, in der Beispiele und Vorbilder die Ausbildung der Persönlichkeit besonders prägen. Ich bezeichne diese Art der Werbung und des Angebots von gesellschaftlich tolerierten Genussgiften als Verführung. Es ist unverständlich, dass geduldet wird, wenn Minderjährige und Kinder nachts bis zum frühen Morgen in Diskos abhängen, nachdem sie abends „vorgeglüht“ haben.

Hier ist die gesamtgesellschaftliche Verantwortung gefordert und in der Pflicht. Wir müssen eindringlich und unnachgiebig die Umsetzung der von der Politik gemachten Versprechungen – insbesondere jene der Frau Ministerin Schmidt von gestern – einfordern. Ich spreche hier unter anderem zum Antrag 34, bei dem es um den Schutz der Kinder vor verführerischer Werbung geht. In einem weiteren Antrag, dessen Nummer ich nicht kenne, geht es um einen freiwilligen Kodex der Unternehmer – ob Diskobetreiber oder Getränkehersteller –, wie man denn mit der Werbung zum Schutz der Kinder umgehen kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Knoblauch. – Als nächster Redner bitte Herr Steininger, ebenfalls aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich möchte namentlich Frau Dr. Goesmann für ihren Vortrag über die Kindergesundheit aus hausärztlicher Sicht danken. Aus meiner Sicht hat sie die Situation absolut realitätsnah dargestellt.

Deshalb bin ich verwundert über die Breitseite, die Herr Professor Kunze gegen diesen Vortrag losgelassen hat. Ich möchte ihn und die anderen, die mit diesem Vortrag nicht zurechtkommen, einfach auf die Tagesordnung verweisen. Punkt III c der Tagesordnung lautet: „Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung“. Ich erwarte von einem Vortragenden, dass er sein Thema bearbeitet. Das hat Frau Dr. Goesmann meiner Ansicht nach hervorragend getan.

(Beifall)

Des Weiteren wünsche ich mir von Herrn Professor Kunze und denjenigen, die seine Meinung teilen, dass irgendwann dieser Konkurrenzgedanke aus dem Kopf verschwindet. Ich kenne keinen Hausarzt, der in Konkurrenz zu einem Kinderarzt steht. Wir versuchen als Hausärzte, zusammenzuarbeiten. In meiner Heimatstadt Darmstadt sind die Kinderärzte gar nicht in der Lage, alle Kinder zu versorgen. Dort ist ein harmonisches Miteinander in der Versorgung der Kinder

an der Tagesordnung. Wir konkurrieren nicht, wir arbeiten miteinander. Genau das wünsche ich mir auch hier.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächster Redner Herr Kollege Burmeister.

Dr. Burmeister, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Versammlung! Es ist durchaus richtig – darauf hat Herr Professor Hoppe mit Recht hingewiesen –, dass wir hier keine Weiterbildungsdebatte eröffnen wollen. Dennoch meine ich, dass das Referat von Frau Goesmann Unmut ausgelöst hat. Diesen Unmut kann man auch begründen. Mich persönlich stört, wenn die Vizepräsidentin ihr Thema hundertprozentig bearbeitet, aber nach außen das Signal gegeben wird, dass es nur die Hausärzte sind, die sich engagiert um die Kinder- und Jugendgesundheit kümmern. Dagegen möchte ich mich verwahren.

(Beifall)

Wenn man es in dieser epischen Breite darstellt, kann diese Gefahr durchaus entstehen.

Zur Untermauerung der These halte ich eine reine Fallzahldarstellung, wie sie vorgetragen wurde – soundso viel Tausend Kinder sehen die Hausärzte, soundso viel Tausend Kinder die Kinderärzte –, für nicht geeignet. Es könnte durchaus sein, dass die Kinder mit dem Schnupfen zum Hausarzt gehen und die Kinder mit der Mukoviszidose zum Kinderarzt. Zumindest zum Schluss der Ausführungen hätte ich mir als Abrundung ein Signal, das auch die Presse aufnimmt, gewünscht, dass sich alle Fachgruppen engagiert um die Kinder und die Kindergesundheit kümmern. Es gibt auch Fachgruppen, die operieren kleine Kinder sogar, nehmen sie als Belegarzt tagelang in ihre Obhut und versorgen sie mit hohem Engagement. Auch das gehört hier einmal gesagt.

(Beifall)

Auf die Schwierigkeiten einer qualitätsgesicherten und strukturierten Weiterbildung im Fach Pädiatrie wurde bereits von anderen Kollegen eingegangen; das möchte ich hier nicht aufwärmen.

Als Hals-Nasen-Ohren-Arzt möchte ich auf die Früherkennung kindlicher Hörstörungen hinweisen. Ich bitte Sie um Unterstützung, wenn von Ihrer Ärzte-

kammer oder auch von den Universitätsklinikzentren ausgehend das Hörscreening der oto-akustischen Emission gefördert wird. Ich bitte Sie, auch das Feld zu beackern, bei dem es bei Kindern um den Verdacht auf Hörstörung, Stottern, Sprachschwierigkeiten geht, was wir vermehrt auch im Zusammenhang mit der sozialen Verwahrlosung erleben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächste Rednerin Frau Ebert-Englert aus Niedersachsen.

Dr. Ebert-Englert, Niedersachsen: Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht treffen erst jetzt die Wortmeldungen zu den Ausführungen von Herrn Professor Kunze ein. Herr Steininger hat dazu schon einiges gesagt. Ich bin weder Hausärztin noch Kinderärztin und völlig neutral. Wir haben doch gerade heute einen sehr sachlichen Stil gepflegt. Ich finde, so sollte es auch weitergehen. Das Thema des Referats von Frau Goesmann lautete: „Kindergesundheit in der hausärztlichen Versorgung“. Herr Professor Kunze, warum werfen Sie Frau Goesmann vor, dass sie das Thema dargestellt hat? Sie sagen, Sie wollen das Fass nicht wieder aufmachen, und sind zugleich dabei, die unsäglichen Spaltungen wieder voranzutreiben.

(Beifall)

Diese unwürdigen Diffamierungen und Aggressivitäten sollten wir doch weiß Gott überwunden haben. Sie fallen übrigens auf den zurück, der sie losschickt.

Wer sieht denn in der Realität die Kinder meist als Erster? Das sind doch die Hausärzte. Warum arbeiten Sie nicht zusammen? Nur gemeinsam sind wir stark, unser Ziel zu fördern, zu erreichen. Diese Gemeinsamkeit haben wir doch weiß Gott bei den Streiks im letzten Jahr bewiesen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Ebert-Englert. – Jetzt Herr Kollege Munte aus Bayern.

Dr. Munte, Bayern: Herr Präsident! Präsidium! Kolleginnen und Kollegen! Eigentlich spreche ich hier mit sechs Kindern und sieben Enkelkindern als persönlich Betroffener. Das ist erst der Anfang, muss ich sagen.

(Vereinzelt Beifall)

Dieses Thema ist so unglaublich wichtig – nicht für mich persönlich, sondern insgesamt für unser Volk –, dass ich glücklich bin, dass dieses Thema hier auf dem Ärztetag eine solche Bedeutung hat, auch wenn hier manchmal ein wenig engstirnig diskutiert wird.

Ich versuche, mit drei Anträgen die Bedeutung dieses Themas zu unterstreichen. Ein Antrag handelt davon, dass auch in den Schulen viel mehr getan werden muss, dass wir allesamt diese Aufgabe erfüllen müssen – als Kammern, als KVen, als Krankenkassen, als Berufsverbände –, um aktiver in die Gesundheitsförderung der Kinder einzugreifen.

In Bayern haben wir vor einem Jahr mit der Pro-bono-Aktion „Xundi“ begonnen. Mittlerweile besuchen Hunderte von Ärzten und Psychotherapeuten die Kindergärten, um bei Elternabenden dabei zu sein oder mit den Pädagoginnen zu sprechen. Diese Aktion kommt sehr gut an. Diese Aktion ist kostenlos. Sie ist mittlerweile ein Renner. Vielleicht können das andere Regionen übernehmen. Das halte ich für sinnvoll.

Für ganz wichtig halte ich, das Impfen mehr zu fördern. Auch das ist eine Aufgabe von uns allen. Wir sollten versuchen, das Impfen über ein sicheres Einladungswesen abzubilden. Das Gleiche gilt auch für die U-Untersuchungen, bei denen wir im Augenblick mit unserer Aufsicht und verschiedenen Verbänden und Organisationen sprechen, ob wir sie auf der Basis des Einladungswesens verpflichtend machen. Man kann die Erfahrungen hinsichtlich der Mammografie, die hervorragend sind, auf die Untersuchungen übertragen.

Die U-Untersuchungen sind, glaube ich, 1976 erstmals aufgelegt worden. Danach wurden nur kleine Änderungen vorgenommen. Das ist nicht akzeptabel. Hier müssen Aktualisierungen vorgenommen werden, damit ein Missbrauch deutlicher erkannt werden kann. Geschickte Fragen in der U-Untersuchung können sehr viel frühzeitiger als bisher Misshandlungen von Kindern zutage fördern.

In diesem Sinne sind die drei Anträge, die ich zusammen mit anderen gestellt habe, zu verstehen.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Munte. – Als nächste Rednerin bitte Frau Groterath aus dem Saarland.

Groterath, Saarland: Sehr geehrter Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen des Vorstands! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Auch ich spreche zu Ihnen zum Thema Kindergesundheit. Ich möchte aber ein kleines Körnchen Wehmut in die Diskussion streuen. Ich freue mich, dass das Thema Kindergesundheit unter den Aspekten Kindervernachlässigung, Kindesmisshandlung, psychosoziale Gesichtspunkte behandelt wird. Ich bin ärztliche Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Mir fehlt in der Debatte der Aspekt der stationären Pädiatrie. Ich bin auch Kinder- und Jugendärztin und Neonatologin. Sicher ist bereits auf vielen Ärztetagen etwas zur Betreuung von kranken Kindern und Jugendlichen in entsprechenden Abteilungen gesagt worden. Das trifft sicher auch für die Kolleginnen und Kollegen der Kinderchirurgie zu. Ich denke, ich spreche auch in ihrem Namen.

Ich beziehe mich auf den Ihnen vorliegenden Antrag 11, eingebracht von den Kollegen Dr. Bolay, Dr. Voigt, Professor Kunze, Frau Kollegin Frei und mir. Wir weisen auf das Erfordernis der Sicherstellung einer flächendeckenden stationären und ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen hin. Es geht um die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages vom 25. Juni 2002. Ihm ist eigentlich nichts hinzuzufügen.

Ihnen liegt auch der Antrag 27 vor. Wir bitten Sie um Unterstützung überall dort, wo es Ihnen in Ihrem beruflichen Umfeld möglich ist, dass kranke Kinder und Jugendliche dasselbe Recht auf eine stationäre fachärztliche Betreuung haben wie ein Erwachsener. In diesem Antrag heißt es:

> *Bund und Länder haben die Pflicht, die erforderliche Qualität in der Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher im Krankenhaus flächendeckend sicherzustellen.*

Ich bitte um Ihre Unterstützung.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Groterath. – Jetzt bitte Herr Kollege Bolay aus Westfalen-Lippe.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 11 hinsichtlich der Sicherstellung einer flächendeckenden stationären und ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Der Bundestag hat uns für den heutigen Tag eine Steilvorlage geliefert. Zu Zeiten der rot-grünen Koalition haben alle Fraktionen des Deutschen Bundestages mit Ausnahme der damaligen PDS einen gemeinsamen Antrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verabschiedet. Es ist ein zehnseitiges Werk mit einer gründlichen Bestandsaufnahme und einer Reihe von Forderungen an die Regierung.

Von diesen Forderungen sind einige erfüllt, einige sind überholt, aber viele sind auch noch offengeblieben. Dort steht beispielsweise auch die Forderung, die Herr Kollege Burmeister hinsichtlich eines flächendeckenden Hörscreenings für Neugeborene formuliert hat. Das ist bei Weitem noch nicht implementiert.

Wir haben hier und heute die Möglichkeit, diesen Antrag bei den Regierungsparteien und der Bundesregierung in Erinnerung zu bringen und die Erfüllung der selbst gestellten Aufgaben anzumahnen. Dazu bitte ich um Ihre Zustimmung.

Ich gehe davon aus, dass Sie den Anträgen 13, 14 und 15 ohnehin zustimmen werden. Deshalb erspare ich mir dazu weitere Ausführungen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Dann jetzt bitte Herr Kollege Voigt aus Niedersachsen.

Dr. Voigt, Niedersachsen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir haben heute Nachmittag in verschiedenen Diskussionsbeiträgen Informationen zu der Frage bekommen, wie wir die Verbindlichkeit der Vorsorge handhaben sollen. Ich war als Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen an mehreren Beratungen unserer Arbeitsgruppe mit dem Landesministerium beteiligt. In den Expertenrunden sind wir immer zu dem Ergebnis gekommen, dass das, was im Saarland bereits beschlossen wurde und was in den anderen Ländern noch kommen soll, letzten Endes ein Stück Bürokratie bedeutet und die Effektivität sehr unwahrscheinlich ist, zumal keine Sanktionen vorgesehen sind. Selbst dann, wenn Familien auffällig werden, ist sehr fraglich, wie man dagegen vorgeht.

Mir geht es vor allen Dingen darum, wie wir uns als Ärzteschaft zum Problem der Verbindlichkeit äußern. Wir sollten immer deutlich machen, dass wir nicht diejenigen sind, die melden oder anzeigen. Das kann es nicht sein. Das würde uns in unserem Arzt-Patient-Verhältnis massiv belasten.

(Vereinzelt Beifall)

Im Leitantrag des Vorstands ist die Rede von einem Konsens mit den Eltern. Nur nach ausdrücklicher Zustimmung der Eltern wären wir befugt, Informationen weiterzugeben. Das ist ein Weg, den wir beschreiten können.

Ich denke, wir sollten sehr deutlich machen, dass wir als Ärzteschaft keine Polizeifunktion im Sinne einer direkten Meldung übernehmen. Das wäre nicht gut.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt bitte Herr Kollege Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich habe bei derzeit 38 vorliegenden Anträgen keinen weiteren Antrag eingebracht. Hier ist bereits verschiedentlich artikuliert worden, dass wir uns schon in den letzten Jahren – natürlich unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ – immer wieder mit dem Problem der Kindergesundheit beschäftigt haben. Im letzten Jahr wurde unter dem Eindruck der Masernepidemie in Teilen der Bundesrepublik die Wiedereinführung einer Pflichtimpfung gegen Masern von diesem Plenum befürwortet.

Was ist daraufhin bisher passiert? – Nichts. Ich habe im letzten Jahr den Antrag gestellt, dass Zuschüsse für sozial schwache Familien durch den Staat geleistet werden sollen, beispielsweise zur Teilnahme von Kindern an Sportgemeinschaften. Wir haben davon nichts gehört.

Der Staat sonnt sich in milliardenschweren Steuermehreinnahmen, aber für unsere Kinder tut er nichts, außer dass er entsprechende Behauptungen aufstellt.

Ich möchte auf folgendes Problem hinweisen, das im Vorstandsantrag nur marginal und zu geringfügig erwähnt wird. Es geht um den Gebrauch verbotener Substanzen. Der Gesundheitssurvey sagt eindeutig: Bei verbotenen Substanzen gibt es in sozial hochstehenden Familien eine Prävalenz von 13,3 Prozent. Bei Alkohol und Tabak liegen wir diesbezüglich bei 40 bis 50 Prozent.

Aus meiner Erfahrung als Hausarzt in einem Randgebiet der Stadt Leipzig muss ich sagen, dass dieser Punkt mehr Beachtung finden müsste. Wir tabuisieren dieses Thema nach wie vor. Viele Jugendliche, die zu mir kommen, spreche ich daraufhin an. Sie erklären mir: Das gehört doch einfach dazu!

Die meisten dieser Jugendlichen, die Haschisch nehmen, kommen davon nicht mehr weg, auch wenn sie der Meinung sind, sie kämen davon weg. Wir sollten mehr Wert darauf legen, danach zu fragen.

Wir müssen nicht nur unsere Kompetenz in diesem Bereich stärken, sondern wir müssen dafür eintreten, dass die Lehrer in ihrer Kompetenz, auf die Kinder einzuwirken, gestärkt werden.

Ein letzter, aber ganz wesentlicher Punkt hinsichtlich der Kriminalität unter Jugendlichen und gegenüber anderen: die Werbung für und die Zurverfügungstellung von Krediten. Ich erinnere nur an überteuerte Handyrechnungen und die Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, darauf zurückzugreifen. Sie treten bereits mit einer schweren Schuld in das Erwachsenenalter ein und können oft nicht anders, als kriminell zu werden.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie haben recht. Schönen Dank. – Jetzt bitte Frau Dr. Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche zu meinem Änderungsantrag zum Vorstandsantrag III-2. Herr Henke hat sehr eindrücklich dargestellt, wie wichtig bei diesem Thema die Prävention ist. Die Entdeckung durch die Ärzte bei den U-Untersuchungen, dass etwas im Argen liegt, ist nur die eine Sache. Die andere Sache ist, dass an die Ämter für soziale Dienste gemeldet wird. In dem Antrag muss es natürlich „Ämter für soziale Dienste“ und nicht „Ärzte für soziale Dienste“ heißen.

Es wird gemeldet, dann werden Hilfsmaßnahmen eingeleitet. Aber die meldenden Ärztinnen und Ärzte erhalten keine verbindliche Rückmeldung darüber, was geschieht, welche Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden. Noch schlimmer ist: Sie erhalten nicht einmal eine Meldung, wenn die Hilfsmaßnahmen wieder eingestellt werden. Das muss dringend geändert werden. Die Meldung allein nützt nichts, wenn hinterher nicht evaluiert wird.

Es fehlt auch eine ausreichende Begleitforschung, wie gut solche Maßnahmen eigentlich ankommen. Verhindern sie das Abgleiten in ein – wenn man es so ausdrücken will – verlorenes Leben? Wer A sagt, muss auch B sagen. Deshalb bitte ich Sie, diese Ergänzung zum Vorstandsantrag anzunehmen.

Ich möchte auch noch ein paar Worte zum Antrag III-30 sagen. Dazu werde ich noch einen Änderungsantrag einbringen. Mir ist nicht klar, wie es funktionieren soll, dass die zuständigen Gremien von Bundesärztekammer, Landesärztekammern und Kassenärztlicher Bundesvereinigung sowie der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen über Formen beteiligter Facharztgruppen beraten sollen. Wir wollen doch, dass die Fachärzte, die die problematischen Familien behandeln, miteinander kooperieren können. Derzeit gibt es nach meinem Wissen rechtliche Hindernisse. Der Datenschutz steht dem entgegen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die beteiligten Arztgruppen in die Lage zu versetzen, damit man miteinander redet. Derjenige, der die drogensüchtige Mutter behandelt, muss mit dem Kinderarzt reden können, dass das Kind dieser Mutter therapiert wird. Deswegen bitte ich um die Änderung, den Gesetzgeber aufzufordern, die rechtlichen Hürden einzureißen und die entsprechende Kommunikation zu ermöglichen. Das würde meines Erachtens den Antrag scharfschalten. Deshalb bitte ich Sie, den Änderungsantrag, den ich nun einbringen werde, positiv zu bescheiden.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Gitter. – Als nächster Redner noch einmal Herr Kollege Fleischmann aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Fleischmann, Rheinland-Pfalz: Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte kurz zum Antrag 29 sprechen. Dieser Antrag bezieht sich auf die Förderung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche und Dyskalkulie. Ich denke, es ist enorm wichtig, dass wir auch hierzu Stellung beziehen. Die Kinder mit diesen Problemen sind normal bis überdurchschnittlich intelligent. Sie gehen jeden Tag in die Schule in dem Bewusstsein, dass der Schultag für sie eine Qual sein wird.

Es gibt Möglichkeiten der Hilfe, allerdings fühlt sich niemand zuständig. Für die Krankenkassen ist es ein Lernproblem, für die Schulen ist es ein gesundheitliches Problem. Sozialhilfe kommt nur infrage, wenn man diese Kinder zu seelisch Kranken hochstilisiert und ihnen eine seelische Behinderung nach dem unsäglichen § 35 a attestiert.

Wer mit diesen Problemen nicht in Berührung gerät, weiß gewöhnlich nicht, um was es geht. Viele Hausärzte und Kinderärzte, die solche Kinder betreuen und derartige Anträge stellen, wissen, wie frustrierend dies ist. Wir sollten die zuständigen Gremien auffordern, sich zusammenzusetzen – insbesondere Schulen und Sozialministerien –, damit diesen Kindern die entsprechenden Hilfen gewährt werden können.

Ich bin Mitantragsteller beim Antrag 30. Ich möchte Frau Gitter sagen, dass es selbstverständlich in unserem Sinne ist, dass die entsprechenden Gremien gemeinsam darüber diskutieren, welche gesetzlichen Änderungen erfolgen müssen. Weil das so vielschichtig ist, ist es bei diesen Gremien in guten Händen. Man könnte dem Antrag auch so zustimmen, wie wir ihn gestellt haben.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt bitte Herr Kollege Merchel aus Westfalen-Lippe.

Merchel, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Gesundheit der Kinder ist ein gesellschaftliches Problem. Es ist nicht primär ein medizinisches Problem. Das hat Herr Peters eben dargestellt. Wir müssen den Kindern ein normales Leben vorleben.

Der Staat hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten aus der Gesundheitsfürsorge herausgeschlichen. Ich weiß noch, dass ich mit meiner Mutter und meinen Geschwistern regelmäßig zur Mütterberatung gegangen bin. Dort wurde der Impfschutz überprüft, es wurde aufgeklärt. Das gibt es schon lange nicht mehr.

Meine ältere Tochter wurde noch gegen Röteln geimpft, bei der zweiten Tochter war es schon nicht mehr der Fall. Dafür interessiert sich niemand mehr. Im Nachbarort gibt es eine Masernepidemie, aber die Schulen wissen nicht einmal, ob die Kinder geschützt sind oder nicht. Sie wissen auch nicht, ob die Lehrer geimpft sind.

Der Staat hat Hilfsangebote, die es früher gab, längst abgeschafft. Auch heutzutage werden Gelder für Frauenberatungsstellen und für misshandelte Kinder eher zusammengestrichen.

Ich denke, wir brauchen mehr Hilfsangebote, die man wahrnehmen kann, und zwar ohne dass derjenige, der dorthin geht, Konsequenzen und Strafen zu be-

fürchten hat. Wenn ich als Frauenarzt eine junge Schwangere in komplizierten Familienverhältnissen behandle, will ich sie nicht anschwärzen, sodass die Frau Angst hat, das Kind nicht behalten zu können, sondern ich will ihr Hilfsangebote unterbreiten. Diese aber gibt es fast nicht. Ich weiß gar nicht, wohin ich sie zur weiteren Betreuung schicken soll. Das fehlt. Hier geht es primär um eine staatliche und nicht um eine medizinische Aufgabe.

Hier liegen uns 38 Anträge vor. Die meisten dieser Anträge enthalten in meinen Augen den Ruf nach einer Staatsmedizin. Im letzten Jahr sind wir auf die Straße gegangen und haben gegen die Staatsmedizin protestiert; jetzt fordern wir eine Impfpflicht, eine Vorsorgepflicht, eine Kontrollüberwachung der Ärzte. Das ist nach meiner Auffassung mit einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung nicht zu vereinbaren. Ansonsten ist der Wunsch des Menschen das oberste Gebot. Bei der Sterbehilfe, bei der Transplantation sprechen wir davon, aber hier muss der Staat auf einmal wieder eingreifen. Ich denke, wir sollten den Staat fordern. Er hat das Geld dafür. Wir sollten unsere Kompetenz einbringen, aber in diesem Bereich nicht nach der Staatsmedizin rufen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Ich denke, darauf werden die Herren Referenten noch eingehen. Es ist ein Unterschied, ob Staatsmedizin oder staatliche Vorgaben durch eine durch Ärzte zu praktizierende Medizin gemeint sind. Aber das wird gleich noch auszudiskutieren sein. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Kalz aus Brandenburg.

Dr. Kalz, Brandenburg: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich stehe noch einmal hier oben, um keine Legendenbildung aufkommen zu lassen. Natürlich gibt es auch in Brandenburg niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das weiß ich. Es sind insgesamt sechs. Sie sind zuständig für ein Land mit einer Bevölkerung von 2,5 Millionen. Deshalb dachte ich, es handelt sich um eine zu vernachlässigende Größe.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Frau Schwark aus Brandenburg.

Schwark, Brandenburg: Wertes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nicht allzu viele Worte machen, aber Folgendes stört mich sehr. Die Krankenkassen zahlen bei Erwachsenen Prämien für die Teilnahme an Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen, letztendlich auch für eine schlechte Lebensweise, indem sie DMP-Patienten von der Praxisgebühr befreien. Im Land Brandenburg gibt es zum Teil Aufforderungen durch die Krankenkassen, dass die Kinder an den U-Untersuchungen teilnehmen. Versähe man das ebenfalls mit einer Prämie, wäre der Anreiz für viele sozial schwache Familien in Brandenburg wesentlich größer.

Ich denke, wir sollten nicht wieder eine Meldepflicht der niedergelassenen Ärzte einführen und damit die Bürokratie vergrößern. Wir sollten vielmehr das Land und die Krankenkassen in die Pflicht nehmen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Schwark. – Als nächster Redner Herr Kollege Bakker aus Bremen.

Bakker, Bremen: Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche zum Antrag 33, obwohl es nicht mein Antrag ist. Ich bin den Kollegen sehr dankbar dafür, dass sie diesen Antrag formuliert haben. Es geht um den Sport an Schulen. Wir Ärzte müssen uns hinsichtlich der Primärprävention klar positionieren. Es kann gar keine bessere Prävention geben. Wir sollten die tägliche Sportstunde propagieren. Unsere Kinder haben heute keine Chance mehr, Sport zu treiben. Auf den überfüllten Straßen und bei den vielen parkenden Autos ist das kaum noch möglich. Es gibt allerdings Initiativen hinsichtlich des Baus von Sportgärten.

Ich kann Sie nur auffordern, seitens der Landesärztekammern solche Pläne zu unterstützen. Wir in Bremen unterstützen beispielsweise den Landessportbund durch eine finanzielle Zuwendung, damit eine Broschüre zum Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ herausgegeben werden kann. Wir können sicherlich auch von der Bundesärztekammer her eine weitere Zusammenarbeit mit den Schulen, mit den Bildungssenatoren usw. initiieren. Senator Lemke in Bremen möchte aus rein wirtschaftlichen Gründen das Lehrfach Sport an der Universität abschaffen. So geht er in Bremen mit dem Wohl unserer Kinder um.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Bakker. Ich meine, Herr Lemke war doch einmal Präsident von Werder Bremen. – Jetzt bitte Frau Löber-Kraemer aus Nordrhein.

Löber-Kraemer, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich spreche in zweiter Linie zum Antrag III-6. Ich möchte im Sinne eines guten Beispiels darauf hinweisen, dass man durchaus auch etwas tun kann, ohne eine Staatsmedizin zu fordern, ohne den Gesetzgeber zu etwas aufzufordern. In Nordrhein hat die Ärztekammer zusammen mit der AOK das Projekt „Gesund macht Schule“ ins Leben gerufen. Dieses Projekt hat im Rahmen des Wettbewerbs „Gesundes NRW“ den zweiten Preis gewonnen. Im Rahmen dieses Projekts wird Ärztinnen und Ärzten Material an die Hand gegeben, dass sie Schulpatenschaften übernehmen können und dort für ein ganzes Jahr Ansprechpartner sind.

Wer sich dafür interessiert, sollte sich mit der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der Landesärztekammer Nordrhein in Verbindung setzen. Er wird dort sicherlich viele Anregungen erhalten.

Nun zum Antrag III-6. Ich denke, der Leitantrag enthält alles, was wir von ärztlicher Seite her tun können, um die Gesundheit von Kindern zu verbessern. Wir sind nicht darauf angewiesen, dass wir auch andere Heilberufskammern zu entsprechendem Handeln auffordern. Es ist wichtig, unsere eigenen Kolleginnen und Kollegen zu sensibilisieren. Ich würde mich freuen, wenn sich die Kammern anderer Heilberufe wie die der Psychologen und der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten anschließen würden. Wir sollten hier nicht in andere Bereiche hineingehen. Deshalb bitte ich Sie, den Antrag abzulehnen. Ich denke, alles, was wichtig ist, ist im Leitantrag und den dazu gestellten Änderungsanträgen enthalten.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Löber-Kraemer. – Jetzt bitte Herr Kollege Thomas Müller aus Mecklenburg-Vorpommern.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte kurz etwas zum Antrag III-10 sagen. Er behandelt das hier im Saal sehr stigmatisierte Thema der Impfmeldepflicht. Dazu möchte ich einige Anmerkungen machen.

Hier ist mehrfach im Zusammenhang mit der Meldepflicht gesagt worden, wir würden Polizeifunktionen übernehmen, fehlende Sanktionsmöglichkeiten ließen eine Meldepflicht sinnlos erscheinen, es wäre ein Verrat am Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Es soll ja nur der positive Vollzug einer öffentlich geforderten Maßnahme gemeldet werden. Ein Impfmeldesystem funktioniert durch freundliche und unter Umständen auch mehrfach verschickte Erinnerungskarten, nicht durch Zwang. Sanktionen sind eben nicht das Ziel, und sie sind auch gar nicht notwendig, denn es geht nicht darum, die Impfgegner zu erreichen. Das Ziel ist eine spürbare Verbesserung der Impfsituation.

Dieses System hat in meinem vorigen Leben – ich stamme aus der ehemaligen DDR – hoch effizient funktioniert, und zwar ohne Zwang. Wenn gesetzlich oder staatlich geregelt ist, dass es eine Meldepflicht für stattgefundene Impfungen gibt, kommt keine Mutter auf die Idee, den Arzt eines Vertrauensbruchs zu beschuldigen, wenn er seiner Meldepflicht nachkommt.

(Beifall)

Ich bitte Sie also herzlich, diesen Antrag nicht abzublocken. Ich habe ihn vorsichtshalber nur als Bitte formuliert, dass sich der Vorstand damit beschäftigen möge.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Jetzt bitte Herr Professor Keller aus Sachsen.

Prof. Dr. habil. Keller, Sachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf den Antrag III-19 hinsichtlich der Prävention zu sprechen kommen. Gestern fragte die Frau Ministerin: Wo sind denn die Modelle der Ärzte für eine gezielte Prävention hinsichtlich Adipositas und Übergewicht in Deutschland? Ich wollte aufstehen und mich zu Wort melden: 300 Kinder- und Jugendärzte haben sich seit vielen Jahren in Deutschland zusammengefunden und betreiben ein Modell der gezielten Prävention. Aufgrund der Vorsorgeuntersuchungen finden wir die Kinder, die fett werden. Mit einer niederschwelligen Aktion können wir in zwei Dritteln der Fälle verhindern, dass die Kinder fett werden.

Aber wo bleibt die Unterstützung? Ich habe der Frau Ministerin dieses Modell vorgestellt. Ich habe es in Sachsen vorgestellt, ich habe mich mit dem Modell überall beworben. Ich habe nur negative Antworten erhalten. Die Aktionen der

Ärzte hinsichtlich einer gezielten Prävention sind vorhanden, aber die Unterstützung fehlt. Ich bitte Sie, den Antrag zu unterstützen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Keller. – Als letzter Redner in der Diskussion bitte Herr Kollege Klever aus Baden-Württemberg.

Dr. Klever, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte es kurz machen. Es gab bei den letzten Redebeiträgen kritische Ausführungen zum Thema Meldepflicht. Es fielen Begriffe wie Polizeiaufgaben usw. Ich glaube, wir sind uns alle einig: Das wollen wir nicht. Der Staat soll sich nicht aus der Verantwortung stehlen, aber wir wollen auf der anderen Seite auch keine Staatsmedizin. Der große Unterschied ist, dass die Kinder keine organisierten Lobbygruppen haben. Deshalb gibt es die Begriffe „elterliche Fürsorge“ und „staatliche Daseinsfürsorge“. Das hat nichts mit Staatsmedizin zu tun. Deshalb sollten wir im Sinne der Fürsorge die Vorschläge bezüglich der Prävention positiv bescheiden. Darum bitte ich.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank.

Damit ist die Rednerliste erschöpft. Ich bedanke mich sehr für die intensive Diskussion. Wir hatten insgesamt 41 Wortmeldungen. Das beweist, wie sehr engagiert und sachkundig der Ärztetag mit diesem Thema umgegangen ist. Das werden jetzt auch unsere Referenten würdigen. Zunächst bitte Frau Dr. Goesmann, unsere Vizepräsidentin.

Dr. Goesmann, Referentin: Meine Damen und Herren! Es war wirklich eine sehr engagierte und umfassende Diskussion. Ich kann an dieser Stelle allen Beteiligten dafür nur danken. Wir müssen gemeinsam die Kindergesundheit weiter fördern und sie gewährleisten. Was es in diesem Zusammenhang zu tun gibt, haben wir heute anhand der vielen Anträge gesehen.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich sagen: Die gemeinsamen Anstrengungen für die Kindergesundheit dürfen nicht durch innerärztliche Kon-

flikte beeinträchtigt werden, die heute anklangen und die ich längst überwunden glaubte. Wir müssen, wie ich es in meinem Referat darzustellen versucht habe, gemeinsam für die Kindergesundheit arbeiten.

Ich darf an meine Schlussworte erinnern:

> *Die Gesundheit unserer Kinder bleibt weiterhin eine Herausforderung für die innerärztliche wie die interprofessionelle Zusammenarbeit.*

In diesem Sinne: Lassen Sie uns daran weiterarbeiten.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Professor Niethammer.

Prof. Dr. Dr. h. c. Niethammer, Referent: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Kinder- und Jugendarzt ist glücklich über den heutigen Tag. Ich hatte nicht erwartet, dass hier so breit und so intensiv diskutiert wird. Wir haben in der Vergangenheit als Kinder- und Jugendärzte immer wieder versucht, die Politik zu ermahnen, sich ihrer Verantwortung nicht zu entziehen. Wir haben relativ häufig erlebt, dass wir nicht die rechte Unterstützung seitens der Kolleginnen und Kollegen erhielten.

Heute ist das ganz anders. Es ist sehr deutlich geworden, dass die Zukunft von Kindern und Jugendlichen in unserem Land eine gemeinschaftliche Aufgabe der gesamten deutschen Ärzteschaft ist. Dafür bin ich sehr dankbar.

Ich habe mir angewöhnt, bei Diskussionen über Kinder immer dann, wenn etwas zum Wohle der Kinder formuliert wurde, den Dank der Kinder und Jugendlichen zu erwähnen. Ich erlaube mir, das heute wiederum zu tun. Ich habe mich immer als Lobbyist für die Kinder und Jugendlichen verstanden. Ich denke, so muss sich auch die Kinder- und Jugendmedizin verstehen.

Der heutige Tag hat auch deutlich gemacht, dass wir viel Grund zur Sorge haben. Es gibt eine große Zahl von Problemen, die gelöst werden müssen. Ein Teil sind gesellschaftliche Probleme, die nur mithilfe der Politik zu lösen sind. Es gibt aber auch eine ganze Menge Probleme, die wir selber lösen müssen. Auch ich bin der Meinung, dass wir nur gemeinsam in den verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Ärzteschaft diese Probleme lösen können und dass wir nicht gegeneinander arbeiten sollten.

Ich bin der Bundesärztekammer sehr dankbar dafür, dass sie diesem Thema so viel Raum zugebilligt hat. Wir müssen gemeinsam versuchen, dieses Problem anzupacken. Es ist so, wie Herr Henke gesagt hat: Jedes Kind und jeder Jugendliche sollte in unserem Land eine Chance bekommen. Ich denke, davon sind wir noch relativ weit entfernt.

Ich habe kurz vor meiner Emeritierung der baden-württembergischen Sozialministerin einen Brief geschrieben hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. Ich habe die Sorgen, die ich diesbezüglich habe, zum Ausdruck gebracht. Der wesentliche Tenor der Antwort lautete: Regen Sie sich doch nicht auf, es gibt ja bald nicht mehr so viele Kinder! Gott sei Dank scheint das hier auf dem Deutschen Ärztetag nicht die Grundhaltung zu sein.

Ich danke Ihnen allen nochmals für diesen sehr engagierten Nachmittag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Professor Niethammer. Es mag ja sein, dass es nicht mehr so viele Kinder gibt, aber diejenigen, die es noch gibt, sollte man wenigstens anständig behandeln. – Jetzt bitte Rudolf Henke.

Henke, Referent: Herr Präsident! Verehrte Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will auf ein paar Punkte aus der Diskussion eingehen. Der Dank an alle Diskutanten ist schon mehrfach ausgedrückt worden; ich schließe mich ihm ausdrücklich an.

Ich will zunächst das Thema des Anschwärzens ansprechen. Natürlich haben wir eine Orientierung in Richtung Freiheit, und wir wollen eine freiheitliche Gestaltung des Gesundheitswesens haben. Wir wollen, dass in diesem System möglichst wenig Zwang herrscht und möglichst wenig Kontrolle, weil wir glauben, dass diese Freiheitlichkeit ein Element ist, das uns die Entfaltung ermöglicht und das durch unsere Möglichkeit zur Entfaltung auch unsere Motivation sichert, unsere Zuversicht, unsere Überzeugung, dass wir den Patientinnen und Patienten aus eigener Kraft besser helfen können, als wenn wir kommandiert werden und in Strukturen eingebunden sind.

Aber genau von dieser Freiheit, die wir dort verteidigen, von dem Freiraum, den wir wollen, wissen wir auch, dass ihn Kinder für ihre eigene Entwicklung benötigen. Deshalb geht es in der heutigen Diskussion auch darum: Was tut der Staat, seiner Garantenpflicht gerecht zu werden, Kindern dort, wo sie sonst dem Recht des Stärkeren ausgesetzt sind, zu helfen? Dies hat nichts mit Polizei

und dergleichen zu tun, sondern in den Fällen, in denen eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet wird, entstehen individuelle Ansprüche auf Hilfen zur Erziehung.

Anders, als es mit familiengerichtlichen Maßnahmen der Fall ist, setzen Hilfen zur Erziehung keine Gefährdung des Kindeswohls voraus, sondern setzen unterhalb dieser Schwelle an. Zu den möglichen individuellen Hilfen zur Erziehung, die nicht das Gesundheitssystem bereitstellen kann, die weder die Hausärzte noch die Kinder- und Jugendärzte noch die Krankenkassen bereitstellen können, gehören ambulante, teilstationäre und stationäre Jugendhilfe- und Kinderhilfemaßnahmen, beispielsweise Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehung in einer Tagesgruppe, auch Vollzeitpflege und Heimerziehung, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung.

Nur im alleräußersten Notfall, wenn es anders nicht geht und wenn praktisch Gefahr im Verzug ist, gehört dazu die Obhut, in die das Jugendamt die Kinder nimmt. In Nordrhein-Westfalen geschieht das 8 000-mal im Jahr, übrigens in 2 500 Fällen auf ausdrücklichen Wunsch der Kinder und Jugendlichen, die sich beim Jugendamt melden, weil sie in Obhut kommen wollen, in vielen Fällen angestoßen durch eine Anregung von Lehrern, Nachbarn und Ärzten, die nicht weggeschaut, sondern hingeschaut haben.

Wir sollten hier keine Frontstellungen erzeugen. Ich glaube, dass die pädagogische Herausforderung des Jugendamts darin besteht, bei den Eltern Einsicht zu wecken und sie für eine Mitarbeit am Hilfeprozess zu gewinnen, weil es ja nicht reicht, ein Kind nur in Obhut zu nehmen. Das geht auch nur unter ganz begrenzten Voraussetzungen.

Das ist der Grund, weshalb wir glauben, dass es in diesen Bereich der Erziehungshilfe mit hineingehören kann, bei den Früherkennungsuntersuchungen mit den Eltern zusammenzuwirken, dass es dazugehört, dass die Jugendämter, die Gesundheitsämter, die Kommunen auf die Familien zugehen, um sie einzuladen und sie aufzufordern, dann, wenn sie ihre Kinder nicht vorgestellt haben, dies zu tun. Es ist nicht daran gedacht, dass ein Kind zwangsweise beim Kinderarzt vorgeführt wird, sondern die Rate der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen soll erhöht werden. Ich bin sehr damit einverstanden, den Antrag von Frau Gitter anzunehmen, in dem steht, dass es ein Wechselspiel der Information geben soll. Sie müssen sich eine Meinung über die Frage bilden, wie diese Verpflichtung eingelöst werden soll. Im Vorstandsantrag ist formuliert:

> *Eine möglichst frühe Erkennung und Begleitung von Familien mit psychosozialen Risiken muss ermöglicht werden.*

So steht es im Antrag III-1. Ich glaube, darüber wird es keinen Dissens geben.

Im Vorstandsantrag III-2 steht:

> *Durch ein gesetzlich verankertes Meldewesen, nach dem im Konsens mit den Eltern die Teilnahme an den jeweiligen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bescheinigt wird, werden Jugendhilfe und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) in die Lage versetzt, die mit ihrem Kind nicht teilnehmenden Eltern über ein Erinnerungsverfahren zur Teilnahme aufzufordern und schließlich auch diejenigen Kinder und Familien ausfindig zu machen, die sich einer Früherkennungsuntersuchung weiterhin entziehen.*

Wir fordern, dass die Strukturen der Hilfe personell und auch finanziell in die Lage versetzt werden, die Hilfe, die von ihnen erwartet wird, auch leisten zu können. Wie gesagt: Ich bin sehr dafür, dass wir den Antrag III-2 b von Frau Gitter annehmen. Ich glaube, dass das eine abgewogene und den unterschiedlichen vertretenen Interessen gerecht werdende Formulierung ist.

Es gibt verschiedene Anträge, mit denen zusätzliche Aussagen gewünscht werden. Dazu müssen Sie sich Ihre Meinung bilden.

Der Antrag III-12 verlangt ausdrücklich, dass es keine Meldung durch Ärzte geben darf. Wenn wir das so festschreiben, kassieren wir ein, dass wir – anders als bei dem Antrag von Frau Gitter – einen Anspruch haben, eine Rückmeldung zu erhalten. Ich weiß nicht, ob man eine Meldung durch die Ärzte fordern muss, aber man muss sich sehr genau überlegen, ob man sie explizit ablehnen will. Ich habe den Gedankengang, der dahintersteckt, genau verstanden.

Dieses Problem wird auch im Antrag III-21 angesprochen. Zusätzlich taucht hier die Frage nach dem Bonus auf. Bilden Sie sich zu diesem Antrag bitte kritisch eine Meinung. Es gibt ja eine hohe Teilnahmerate in vielen Familien, übrigens auch in solchen Familien, die in keiner schlechten finanziellen Lage sind. Die Gewährung eines Bonus bedeutet, dass wir Geld auch an solche Familien auskehren, die diese finanzielle Motivation nicht nötig haben. Hier würde ein purer Mitnahmeeffekt entstehen.

Ich weiß natürlich: Das Ziel ist, diejenigen zu motivieren, die sonst nicht teilnehmen würden. Aber das muss man, finde ich, genau überlegen.

Der Antrag III-28, der das Ganze an Sanktionen binden will und aussagt, dass finanzielle Vergünstigungen nicht erfolgen dürfen, weist meines Erachtens eine Tendenz zu einer Art von Bestrafungscharakter auf. Ich kann jetzt nicht überblicken, ob hier überhaupt die Verhältnismäßigkeit der Mittel gewahrt bleibt, denn staatliche Finanzierungshilfen für Familien, die sozial schwach sind, aufzuheben oder einzuschränken, müsste sehr präzise unter diesem Aspekt geprüft

werden. Deshalb lautet meine Botschaft, mit diesen Anträgen ein bisschen Vorsicht walten zu lassen.

Ich bin erfreut darüber, mit welcher Konsequenz und welcher Härte die Einschränkung der Nutzung von Genussmitteln propagiert wird. Beim Alkohol sollen die Regeln noch strenger werden. Es gibt ein krasses Vollzugsdefizit. Für über 16-Jährige ist die Ausgabe von Wein, Sekt und Bier zwar möglich, aber die Abgabe von Spirituosen beim Kampftrinken ist nicht zulässig. Man darf als Wirt keine Spirituosen an 16-Jährige ausschenken. Wenn man es tut, handelt man bereits heute gesetzwidrig. Es gibt in diesem Bereich ein Vollzugsdefizit und nicht so sehr ein Gesetzesdefizit. Wenn wir mehr Strenge im Gesetz fordern – gern, aber unser Hauptproblem ist das Vollzugsdefizit.

Ähnlich ist es beim Rauchen. Ich wäre selig, wenn wir in Nordrhein sicherstellen würden, dass in Kneipen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Kellnerinnen, die schwanger sind, zuverlässig davor geschützt werden, fremdem Qualm ausgesetzt zu sein.

(Beifall)

Aber ob man hingehen muss und diese Forderung noch mit der weiteren Forderung garnieren muss, das Rauchen auch im PKW zu unterbinden – da sehe ich einfach Einschränkungen bei den Kontrollmöglichkeiten. Wir können das alles fordern, aber wir stellen damit auch Kontrollforderungen an den Staat, die er einlösen muss. Ich finde, wir haben schon auf der heutigen Gesetzesbasis viel zu viele Regeln, deren Einhaltung nicht kontrolliert wird, übrigens auch deshalb, weil viele von uns selber ein schlechtes Beispiel geben. Es gibt zu viele schlechte Beispiele.

(Beifall)

Wie ist das eigentlich mit der Mittelstandsvernachlässigung? Ich glaube, es gibt sie, und zwar in den Familien, in denen aus einer Familie inzwischen Zeitmanagementorganisationen und Familienverwaltung geworden sind, wo immer weniger Raum füreinander ist. Dort haben wir ein Phänomen der Wohlstandsverwahrlosung. Trotzdem kann man an den KiGGS-Daten nicht vorbeigehen. Man sieht die Zusammenhänge mit den sozialen Schichtungen.

Die Tatsache, dass zuckerhaltige Limonade genossen wird, dass die Haut im Sonnenstudio vorzeitig verbrannt wird, dass Genussmittel konsumiert werden, hat zum Teil auch damit zu tun, dass derjenige, der auf der Schattenseite der Gesellschaft lebt, sich etwas leisten möchte, sich etwas gönnen möchte, auch seinen Kindern etwas gönnen möchte. Das wird dann, Herr Jäger, mit möglichst billigen Methoden realisiert. Das sind dann die zuckerhaltige Limonade und das viel zu frühzeitige Sonnenstudio und die Erlaubnis zum Rauchen. Manche Fa-

milien sind eben in ihren Möglichkeiten so sehr eingegrenzt, dass sie das Zeichen ihrer Zuneigung zum Kind auf diese Art und Weise materialisieren. Das kann man nicht in einen Antrag fassen; man kann seine Auffassung dazu mitteilen.

Ich glaube, wir werden uns auf einem künftigen Ärztetag – jedenfalls hätte ich das große Bedürfnis danach – über die Produktionsbedingungen im Bereich der Politik austauschen müssen. So wie wir von der Politik verlangen, dass sie uns, wenn sie uns Aufgaben zuweist, zusätzliches Geld geben muss, damit wir die Aufgaben erfüllen können, müssen wir Bürger immer dann, wenn wir eine Aufgabe des Staates formulieren, das notwendige Geld mitliefern, damit der Staat diese Aufgabe erfüllen kann. Wir sind es, die den Staat finanzieren. Das Streben nach Sparsamkeit ist kein menschenrechtswidriges Bemühen. Es geht nur darum, dass man aus Sparsamkeit keinen Sparwahn werden lässt, dass man weiß, wofür man Geld ausgibt, dass man weiß, was einem etwas wert ist und was einem nichts wert ist.

Wir haben heute mit unserer Debatte gezeigt, wie wir die Prioritäten setzen. Das verdient eine große Anerkennung. Ich finde, wir haben heute etwas geleistet, das sich sehr sehen lassen kann. Dafür danke ich Ihnen allen sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Rudolf Henke. Ich bedanke mich noch einmal herzlich bei unserer Referentin und unseren Referenten. Herr Professor Niethammer musste bereits abreisen.

Wir kommen damit zur Abstimmung und werden alle Ratschläge mit berücksichtigen. Zum Antrag III-1 gibt es zwei Änderungsanträge. Wir kommen zunächst zum **Antrag III-1 a.** Der Antragsteller möchte im vorletzten Absatz auf Seite 3, dass neben den Kinder- und Jugendärzten sowie den Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten die Hausärzte aufgeführt werden, und zwar sowohl hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung als auch bezüglich der Niederlassung. Ich glaube, es ist klar, worin der Wunsch besteht. Wer nimmt diesen Änderungsantrag an? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-1 b.** Er enthält mehrere Punkte. Der erste Punkt des Antrags hinsichtlich des zweiten Spiegelstrichs in der zweiten Aufzählung auf Seite 2 des Antrags III-1 ist **zurückgezogen.**

Der sechste Spiegelstrich in dieser Aufzählung beginnt mit dem Satz:

Haus- und Kinderärzte sollen zukünftig verstärkt auch gemeindeorientiert tätig werden.

Beantragt wird folgende Formulierung:

Ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte sollen zukünftig verstärkt auch gemeindeorientiert tätig werden.

Wer stimmt dieser Änderung zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Das ist **angenommen.** Man kann ja auch nicht dagegen sein, dass die Formulierung aus der Weiterbildungsordnung genommen wird.

Den Rest des Antrags darf ich im Namen des Vorstands übernehmen, weil er Präzisierungen und keine inhaltlichen Änderungen beinhaltet. Darüber brauchen wir nicht abzustimmen; so ist es einfacher.

Ich stelle den so geänderten **Antrag III-1** zur Abstimmung. Wer stimmt ihm zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit bei einzelnen Enthaltungen **in der geänderten Fassung angenommen.**

Zum Antrag III-2 gibt es zwei Änderungsanträge, die auch besprochen worden sind. Der fünfte Absatz dieses Antrags lautet:

Die Strukturen eines personell und materiell ausreichend erweiterten Systems der aufsuchenden Hilfe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Jugendhilfe müssen gleichzeitig in die Lage versetzt werden, gefährdeten Kindern und Familien frühzeitig und rechtzeitig mit Untersuchung und Hilfe zur Seite zu stehen.

Die Antragsteller des **Antrags III-2 a** möchten stattdessen folgende Formulierung:

Die Strukturen der aufsuchenden Hilfe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Jugendhilfe dürfen nicht weiter unter Vorgabe der Sparsamkeit und beschränkter Haushaltsmittel abgebaut werden. Stattdessen müssen diese hinreichend erweitert werden, um gefährdeten Kindern und Familien frühzeitig und zeitgerecht mit Untersuchung und Hilfe zur Seite zu stehen.

Wer ist für diese Änderung? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-2 b.** Dieser Antrag enthält einen Schreibfehler. In der vierten Zeile muss es statt „Ärzten“ heißen: „Ämtern“. Herr Henke hat emp-

fohlen, diesen Antrag anzunehmen. Der Text des Antrags soll dem Text des Antrags III-2 am Ende angefügt werden. Wer möchte diese Ergänzung? – Wer ist dagegen? – Einige. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag III-2** in der geänderten Fassung. Wer stimmt dem zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-3.** Hier geht es bereits um die Meldungen. Hier ist auffällig, dass das Jugendamt eingeschaltet werden soll. Das geht etwas über den Vorstandsantrag hinaus. Wenn Sie diesem Antrag zustimmen, müssten wir den Inhalt des Antrags 1 mental ergänzen. Wir haben das ja zunächst einmal in Richtung einer Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Einrichtungen formuliert.

Unter diesen Bedingungen frage ich Sie, ob Sie dem Antrag III-3 zustimmen möchten. – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

Ich rufe den **Antrag III-4** auf. Ich glaube, es ist völlig klar, um was es geht. Der Antrag ist auch kurz. Es geht um die Durchimpfung. Wer stimmt dem Antrag III-4 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-5.** Es geht um das saarländische Modell, das Herr Dr. Gadomski vorgestellt hat, das einen Datenabgleich zwischen Einwohnermeldeämtern und Kinderärzten vorsieht, damit identifiziert werden kann, wer sich noch nicht der Vorsorgeuntersuchung gestellt hat. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist etwas mehr. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.** An der Frage muss das Saarland noch ein bisschen arbeiten.

Wir kommen zum **Antrag III-6 (neu),** der in der Vorlage die Bezeichnung 6 a trägt. Die Antragsteller haben, wie vorhin bereits ausgeführt, ihren Antrag selbst verändert. Ich muss den Antrag nicht vorlesen. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-7.** Es geht um die Forderung an den G-BA, etwas Positives zu tun. Das kann man ja gar nicht ablehnen. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-8** von Frau Dr. Goesmann. Sie hat den Antrag selbst erläutert. Wer möchte dem Antrag III-8 zustimmen?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt; ein bisschen spät. Ich frage: Wer möchte dem Antrag III-8 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-9** von Frau Dr. Goesmann, der sich mit der häuslichen Gewalt beschäftigt. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zum **Antrag III-10,** der eine Meldepflicht für Impfungen vorsieht. Das ist eine Novität; das hatten wir bis jetzt nicht. Ich bitte das zu bedenken. Es geht um die Meldepflicht für Impfungen, nicht für die Impfungen selbst; nur damit Sie es ganz genau wissen.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Möchte jemand gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung sprechen? – Wer stimmt der Vorstandsüberweisung zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-11.** Es hat mich jemand darauf aufmerksam gemacht, dass Sie besonders auf den letzten Absatz schauen möchten:

> *Die häusliche Kinderkrankenpflege ist zu fördern. Den speziellen Qualifikationsanforderungen und dem erhöhten Aufwand bei der Pflege ist Rechnung zu tragen.*

Das könnte in gewissen Auseinandersetzungen, die manchmal stattfinden, stimulierend wirken. Bedenken Sie das bitte mit. Mehr will ich dazu nicht sagen, weil ich mich inhaltlich ja nur dann äußern will, wenn Gefahr im Verzug ist. So weit geht es hier nicht. Wer möchte dem Antrag III-11 zustimmen? – Wer möchte das nicht? – Die Beteiligung ist ein bisschen knapp. Der Antrag ist ja an sich sonst in Ordnung.

(Heiterkeit)

Es geht nur um das Problem der Pflege. Jetzt sage ich es doch: Wenn wir so etwas beschließen, bekommen wir beim nächsten Zusammentreffen im Bündnis Gesundheit 2000 oder wo auch immer unter die Nase gerieben, dass wir uns doch so intensiv dafür eingesetzt hätten, dass wir also, auf Deutsch gesagt, das Ganze nicht mehr allein für uns reklamieren, sondern das der Pflege und damit auch den Pflegewissenschaften überantworten. Das ist eine politische Auseinandersetzung, die nicht immer sehr ersprießlich ist. Insofern müssen wir aufpassen, dass wir keine falschen Eindrücke vermitteln.

(Zuruf)

– Der Antragsteller nimmt den Satz zurück. Streichen Sie also bitte den letzten Satz. Das ist natürlich die mit Abstand intelligenteste Lösung.

(Heiterkeit)

Zur Abstimmung steht jetzt der Antrag III-11 ohne die letzten beiden Zeilen. Wer möchte dem so geänderten Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-12,** der mit dem Antrag 21 korrespondiert, und zwar insofern, als die Regelungen abgelehnt werden, die Meldungen durch Ärztinnen und Ärzte durchführen zu lassen. Die Verpflichtung von Ärzten zur Meldung steht dort deutlich drin. Dessen müssen wir uns bewusst sein. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Dann müssen wir den Antrag 21 wahrscheinlich auch annehmen; aber so weit sind wir noch nicht.

Nunmehr kommen wir zum **Antrag III-13.** Dort wird eine Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin angesprochen. Das ist die Akademie, der Professor Niethammer vorsteht. Wer stimmt dem Antrag 13 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-14.** Wer möchte dem Antrag 14 zustimmen? – Das ist die klare Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist eindeutig **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag III-15.** Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-16** von Herrn Peters. Herr Peters hat seinen Antrag auch begründet. Wer möchte dem Antrag 16 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-17.** Da geht es um die KiGGS-Studie. Das ist ein etwas ausführlicherer Antrag.

(Zuruf)

– Man kann doch dagegen sein, dass das Rauchen in PKWs gut ist; ich finde das nicht so schlimm. Vor allem, wenn Säuglinge im PKW sind, sollte man doch nicht rauchen.

(Beifall)

Rauchen am Steuer ist sowieso viel gefährlicher als Telefonieren, finde ich. Wer möchte dem Antrag 17 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-18.**

(Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Von dieser Idee war Herr Kahlke nicht so begeistert, obwohl wir uns als Vorstand gern damit beschäftigen. So ist das ja nicht; das ist ein schöner Antrag. Die Vorstandsüberweisung ist ernsthaft beantragt?

(Zuruf: Ja!)

– Gut. Möchte jemand gegen den Überweisungsantrag sprechen? Herr Kahlke hat es vorhin ja schon selbst getan. Er möchte das noch einmal tun. Bitte.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich will den Abstimmungsverlauf nicht aufhalten. Denken Sie bitte an die vielen Gruppen, die sich hier engagieren: kirchliche Gruppen, auch viele Ärztinnen und Ärzte, viele andere Gruppen. Sie arbeiten für diese Gruppe von Menschen, die oft wirklich im Elend leben, die Hilfe und Fürsorge brauchen, wie Herr Markwort gesagt hat. Manchmal muss man auch den Begriff „Barmherzigkeit“ hinzufügen. Tun Sie diesen Menschen bitte den Gefallen und beschließen diesen Antrag. Das ist eine wichtige Unterstützung. Den Kindern, die davon betroffen sind, tun wir damit einen großen Gefallen. Anderenfalls sollten wir den Antrag ablehnen. Das ist dann ehrlicher.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir haben verstanden. Vielen Dank. – Wer möchte dem Antrag auf Überweisung an den Vorstand zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wir zählen aus. Es geht um Überweisung des Antrags III-18 an den Vorstand. Ich frage also noch einmal: Wer möchte der Überweisung an den Vorstand zustimmen? – Jetzt bitte das Votum gegen die Überweisung. – Jetzt bitte noch die Enthaltungen. – Die Überweisung ist mit 130 : 94 Stimmen abgelehnt. Wir entscheiden also hier über den Antrag inhaltlich. Wer möchte dem Antrag III-18 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Herr Kahlke, freuen Sie sich.

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag III-19.** Die Worte „und der Bundesregierung“ streichen wir, weil die beiden Bundesministerien Teil der Bundesregierung sind. Dann ist es ganz präzise. Wer stimmt dem Antrag III-19 zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag III-20** von Herrn Wagenknecht. Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Enthält sich jemand? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-21.** Das ist der Antrag, der mit dem Antrag 12 korrespondiert, dass nicht die Ärzte zu den Petzern gehören sollen; so wird es wohl verstanden. Wer möchte dem Antrag 21 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich?

(Zuruf)

– Das war zu schnell? – Nein. Der Antrag 21 ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-22:**

> *Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert den Gesetzgeber und den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, Frequenz und Inhalt der bisherigen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu überarbeiten und zeitnah zu ändern.*

Wer möchte dem Antrag 22 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nun kommt der **Antrag III-23.** Der Begriff „jedes Gebiet mit Patientenbezug“ ist auslegbar. Als Pathologe fühle ich mich auch als patientenbezogen tätig. Aber das macht ja nichts.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung geht vor. Wer möchte die Vorstandsüberweisung bejahen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit, wobei die Beteiligung nicht so überschwänglich war. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Nun kommt der **Antrag III-24,** der Tipps für die Weiterbildung gibt. Wer stimmt dem zu?

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Bitte noch einmal: Wer möchte die

Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer ist dagegen? – Das zählen wir lieber aus. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag III-24 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Mit den Jastimmen könnte man schon gewählt werden.

(Heiterkeit)

Jetzt war es doch etwas deutlicher als vorhin. Es gab 130 Ja- und 94 Neinstimmen. Damit ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen,** was nicht bedeutet, dass wir den Inhalt schon bekannt geben oder für diejenigen, die dort arbeiten, durchsickern lassen. Ich glaube, unsere Gremien werden sich damit gern noch einmal beschäftigen.

Wir kommen damit zum **Antrag III-25:**

> *Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher müssen bestehende Versorgungsangebote ausgebaut und angemessen finanziert werden …*

Wir als Bundesärztekammer werden aufgefordert.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte die Vorstandsüberweisung befürworten? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann stimmen wir hier darüber ab. Wer möchte dem Antrag 25 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-26.** Sie haben sicher erfahren, dass dort eine Ergänzung vorgenommen wurde. Es soll als letzter Satz des Antragstextes hinzugefügt werden:

> *Dies trägt dazu bei, die notwendige Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen nachhaltig zu gewährleisten.*

Über diese Ergänzung brauchen wir nicht abzustimmen, weil sie von den Antragstellern selber stammt. Wer stimmt dem Antrag 26 in dieser Form zu? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Der Antrag ist bei einigen wenigen Gegenstimmen und Enthaltungen **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-27:**

> *Die fachärztliche Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher erfährt eine Aufweichung und Qualitätsminderung …*

Wer möchte dem Antrag 27 zustimmen? – Wer meint, dass er nicht zustimmen sollte? – Wenige. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-28,** den Herr Henke ausgiebig besprochen hat und bei dem er meinte, man sollte das genau prüfen. Das habe ich ein bisschen als Überweisungsantrag verstanden.

(Zurufe)

– Nein. Er hat es nicht ausdrücklich gesagt. Dann stimmen wir darüber ab. – Herr Henke sagt jetzt: Mindestens an den Vorstand überweisen. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung geht vor. Wer möchte der Vorstandsüberweisung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Dann kommt der **Antrag III-29,** Förderung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche und Dyskalkulie. Zahlenschreiben ist auch schwer. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Zahlreiche Enthaltungen, wenige Gegenstimmen. Der Antrag ist **angenommen.**

Zum Antrag 30 von Frau Gitter hat die Antragstellerin selbst den **Antrag III-30 a** eingebracht. Danach soll der erste Absatz des Antrags 30 unverändert bleiben. Der dritte Absatz soll Absatz 2 werden, der zweite Absatz wird zum dritten Absatz und wie folgt geändert:

> *Der Deutsche Ärztetag weist auf diesen Zusammenhang hin. Eine innerärztliche Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Eltern und der Kinder muss in diesen Fällen auch rechtlich ermöglicht werden.*

Wer möchte dem Änderungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Änderungsantrag ist **angenommen.** Wer möchte dem so geänderten **Antrag III-30** zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-31** von Herrn Wagenknecht. Es geht um den sorgfältigen Arzneimitteleinsatz bei Kindern. Es kommt nicht auf das Arzneimittel als solches an, sondern nur auf die Gabe. Wer möchte den Antrag 31 befürworten? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag III-32** von Frau Dr. Mieke. Wer möchte dem Antrag 32 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag III-33** von Herrn Scholz und Herrn Lipp. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag III-34.** Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag III-35.** Danach sollen sich Hersteller und Vertreiber von Genussmitteln und Veranstalter von Diskoveranstaltungen einem Kodex unterwerfen. Das ist ein hehres Ziel. Das werden wir jetzt verfolgen. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Wahrscheinlich werden die von uns eine Ausgleichszahlung oder so was fordern, aber die kriegen sie nicht.

Wir kommen zum **Antrag III-36.** Wer stimmt dem zu? – Ich glaube, das ist die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist angenommen.

Herr Henke meint, wir hätten hinsichtlich des Antrags 36 einen Fehler gemacht. Er möchte eine zweite Lesung für diesen Antrag. Dann stimmen wir darüber ab, ob eine zweite Lesung befürwortet wird. Wer stimmt einer zweiten Lesung des Antrags III-36 zu? – Das müssen wir zählen, denn ein Drittel muss zustimmen.

(Zurufe)

– Herr Henke begründet jetzt, warum er eine zweite Lesung will. Dann ist es vielleicht einfacher.

Henke, Referent: Wir haben über die Frage, ob Schutzimpfungen zur Voraussetzung einer Aufnahme in den Kindergarten oder die Kinderkrippe gemacht werden sollen, auf dem Deutschen Ärztetag des vorigen Jahres entschieden. Das ist die Beschlusslage. Das wird jetzt insoweit ergänzt, als wir sagen: Kinder sollen keine Aufnahme in Kindergärten oder Krippen finden, wenn sie nicht an Kinder- oder Jugendvorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

Das halte ich für hochproblematisch.

(Beifall)

Einmal davon abgesehen, dass die Jugendvorsorgeuntersuchungen diese Altersgruppe gar nicht treffen. Es ginge nur um Kinderuntersuchungen. Aber auch dort muss man als Staat das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Mittel beachten. Wenn wir bei den Familien, in denen beispielsweise alleinerziehende Mütter darum kämpfen, dass sie Ernährung, Pflege und Erziehung ihrer Kinder unter einen Hut kriegen, die Kinder aus der Kinderkrippe oder dem Kindergarten ausschließen, weil es eine Lücke in den Kindervorsorgeuntersuchungen gibt,

steht das, wie ich finde, in keinem Verhältnis zueinander. Gerade nachdem wir gesagt haben, wir Ärzte wollten das unter keinen Umständen melden, ist das, wie ich finde, ein widersprüchliches Signal.

Deshalb bitte ich Sie, nicht über die Beschlusslage des vorigen Jahres hinauszugehen. Deswegen die Bitte um eine zweite Lesung.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Unter diesen Aspekten frage ich: Wer möchte die zweite Lesung befürworten? – Ich glaube, das brauchen wir nicht zu zählen; das ist sowieso die Mehrheit.

Damit ist die zweite Lesung eröffnet. Gibt es dazu Wortmeldungen? – Bitte, Herr Lipp.

Dr. Lipp, Sachsen: Herr Henke, Sie beschreiben einen Konflikt, der gar nicht besteht .Wir kennen es doch von früher: Wenn solche Eltern wissen, dass diese Kinder nicht in die Krippe oder in den Kindergarten kommen, besteht mehr Druck, die Untersuchungen im Vorfeld wahrzunehmen. Wenn sie sich anmelden wollen, wird doch nicht gesagt: Dein Kind kommt nicht, Ende, aus. Die ausstehenden Untersuchungen werden nachgeholt, dann kann das Kind aufgenommen werden. Das ist genauso wie bei den Impfungen.

(Beifall)

Es ist doch Unsinn, wenn gesagt wird, diese Kinder würden ausgeschlossen. Hier soll ein Defizit ausgeglichen werden, wie bei der Impfung. Da habe ich auch nicht verstanden, dass ewig diskutiert wurde. Dabei geht es auch um den Schutz der anderen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Jetzt bitte Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Ich muss dem Antragsteller widersprechen. Das würde die Kinder treffen, die schon eh arm dran sind, weil sie die Untersuchung nicht bekommen. Dann dürfen sie auch nicht in die Krippe, die vielleicht im Rahmen einer Problemfamilie ein Hort des Schutzes ist. Wollen wir ihnen diesen nehmen?

(Beifall)

Es bestünde doch vielmehr die Möglichkeit, dass die Erzieherinnen und Hilfen, die im Kindergarten tätig sind, die Familien darauf hinweisen, dass die U-Untersuchung noch aussteht, dass das gelbe Heft vorgelegt werden muss. So muss der Weg doch sein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Peters hat einen Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Ich stelle den Antrag auf Nichtbefassung im Sinne einer Abstimmung. Wir haben für die Kindergärten ja bereits die Impfpflicht. Das Problem ist so komplex, dass wir es hier auf die Schnelle nicht geregelt bekommen. Wir sollten einfach nicht darüber abstimmen. Der Vorstand hat gesehen, dass Handlungsbedarf besteht, und kann es möglicherweise neu und anders regeln.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Der Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung mit diesem Antrag ist der weitestgehende Antrag. Wir haben uns ja schon mit dem Inhalt beschäftigt, deshalb können wir schlecht sagen, wir wollten uns inhaltlich damit gar nicht beschäftigen. Wir stimmen in der zweiten Lesung über den Antrag nicht mehr ab; das ist sein Antrag. Wir stimmen jetzt darüber ab, ob wir wirklich nicht mehr abstimmen.

(Heiterkeit)

Wer stimmt zu, dass wir darüber nicht mehr abstimmen? – Wer möchte doch über den Inhalt des Antrags abstimmen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann haben wir dem Antrag von Herrn Peters stattgegeben und **Nichtbefassung** beschlossen. Der Stoff liegt ja auf dem Tisch. Wir können darüber immer weiter diskutieren.

Damit kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag III-37.** Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Auch Einzelne. Der Antrag ist **angenommen.**

Schließlich kommen wir noch zum **Antrag III-38.** Es geht um Arzneimittelstudien bei Kindern und Jugendlichen. Antragsteller ist Herr Professor Haupt aus Sachsen.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte zustimmen, dass der Antrag an den Vorstand überwiesen wird? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit hätten wir pünktlich zum Sitzungsschluss den Tagesordnungspunkt III abgeschlossen. Gibt es weitere Wortmeldungen, persönliche Erklärungen oder Ähnliches? – Das ist nicht der Fall.

Der Herr Hauptgeschäftsführer, Herr Professor Fuchs, hat uns etwas mitzuteilen. Bitte.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Es hat leider ein technisches Problem gegeben. Ihnen sind die Unterlagen zu Tagesordnungspunkt IV bereits verteilt worden. Dazu gibt es zwei Anträge mit der Nummer IV-5. Das hätte natürlich nicht passieren dürfen; ich bitte um Nachsicht. Die richtig zugewiesene Nummer 5 gilt für den Antrag: „Keine Wiedereinführung der Weiterbildung Innere Medizin ohne Schwerpunkt in die (Muster-)Weiterbildungsordnung“ von Herrn Kötzle, Herrn Dr. Dietsche und anderen.

(Zurufe)

Es gibt einen zweiten Antrag mit der Ziffer 5.

(Zurufe: Nein!)

– Er ist noch nicht verteilt? Dann können wir das von uns aus korrigieren. Ich wurde darüber informiert, dass ein zweiter Antrag 5 bereits verteilt worden sei. Diesen hätten Sie vernichten müssen. Dann ist das jetzt geklärt. Wir werden das für morgen korrigieren.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das bedeutet, dass wir heute Nacht ruhig schlafen können, aber vorher wird heute Abend sicher noch einiges passieren.

Ich bedanke mich noch einmal herzlich bei Frau Dr. Goesmann, bei Herrn Henke und bei Herrn Professor Niethammer, der bereits fortmusste, für die hervorragende Vorbereitung dieses wichtigen Tagesordnungspunkts und gratuliere zu dem Erfolg.

(Beifall)

Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend. Morgen früh pünktlich um 9 Uhr sehen wir uns wieder, hoffentlich alle gesund und munter mit frischem Kopf.

3. Tag: Donnerstag, 17. Mai 2007
Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne unsere heutige Sitzung, für die wir einen strammen Plan haben. Bevor wir in die Beratungen einsteigen, möchte ich zwei Geburtstagskindern gratulieren. Es ist zum einen Herr Professor Rudolf Haupt von der Sächsischen Landesärztekammer, der heute seinen 71. Geburtstag feiert. Herzlichen Glückwunsch, Herr Professor Haupt!

(Beifall)

Herr Kollege Dr. Karl-Hubert Hoffschulte aus Niedersachsen hat sich unseren Ärztetag ausgesucht, um seinen 60. Geburtstag zu feiern. Besonders herzlichen Glückwunsch!

(Beifall)

Zunächst gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Dr. Lutz von der Bayerischen Landesärztekammer. Bitte schön, Herr Lutz.

Dr. Lutz, Bayern: Verehrter Herr Präsident Hoppe! Hohes Präsidium! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Herr Präsident Hoppe hat schon angekündigt: Wir haben heute ein strammes Programm. Es ist nicht nur stramm, sondern es beinhaltet auch einen nicht unerheblichen Spagat. Ich glaube, dass eine ganze Menge von Problemen aus der Diskussion herausgenommen wird, wenn wir so verfahren, dass wir als Erstes die Regularien abhandeln einschließlich der Wahlen, also erst den Haushalt, dann die Wahlen, und uns dann völlig entspannt und frei der Diskussion zur Weiterbildungsordnung zuwenden. Ich habe die Befürchtung, dass anderenfalls ein Teil der Diskussion über die Weiterbildungsordnung ein Teil der Wahlveranstaltung werden könnte. Ich glaube, das wird dem Problem Allgemeinarzt und Innere Medizin nicht gerecht.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie, die Tagesordnung entsprechend umzustellen: zuerst die Regularien und anschließend die Weiterbildungsordnung.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Gibt es eine Gegenrede? – Bitte schön, Herr Kötzle, Ärztekammer Nordrhein.

Kötzle, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte gern eine Gegenrede dazu halten. Ich denke, dass gerade dieses Thema sehr wichtig ist. Wir sollten es nicht nach hinten schieben, sondern sollten darüber zuerst diskutieren. Ich meine, wir sollten nicht so verfahren, dass man Konflikte dadurch zu umgehen versucht, dass man die Wahlen vorzieht. Ich denke, wir müssen zunächst die inhaltliche Diskussion führen. Dann können wir in die Regularien einsteigen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Dann stimmen wir über den Geschäftsordnungsantrag von Herrn Lutz ab, die Tagesordnung umzustellen. Wer möchte dem Antrag von Herrn Lutz zustimmen, zunächst die Regularien zu verhandeln? – Wer ist dagegen? – Das zählen wir lieber aus. Bitte die Zähler in die Puschen oder in die Laufschuhe. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag von Herrn Lutz auf Umstellung der Tagesordnung in dem Sinne, dass zunächst die Regularien verhandelt werden, zustimmen? – Wer möchte die Tagesordnung nicht umstellen? – Enthaltungen? – Wenige. Dann ist die Tagesordnung umgestellt. Es waren 110 Stimmen dafür und 88 Stimmen dagegen.

(Vereinzelt Beifall)

Wir könnten uns zunächst dem Tagesordnungspunkt V zuwenden. Bei diesem Tagesordnungspunkt gibt es keine finanzrelevanten Anträge, sodass wir diesen Tagesordnungspunkt jetzt nicht behandeln müssen. Es ist nicht notwendig, das zu tun, weil es für die Entlastung des Vorstands nicht relevant ist.

Wir wenden uns also gleich dem **Tagesordnungspunkt VI** zu:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006)

Zu den Finanztagesordnungspunkten gebe ich folgende Hinweise: Die Finanzkommission hat durch einen Grundsatzbeschluss im Jahr 1987 für eine öffentliche Beratung der Tagesordnungspunkte „Finanzen“ plädiert. Der Vorstand und

die Delegierten des 90. Deutschen Ärztetages haben diesem Vorschlag seinerzeit zugestimmt.

Da es sich um eine grundsätzliche Empfehlung der Finanzkommission gehandelt hat, schlage ich vor, auch in diesem Jahr die Beratungen zu den Tagesordnungspunkten VII - VIII „Finanzen“ öffentlich zu verhandeln.

Gibt es darüber Einverständnis, oder gibt es einen Gegenantrag, der die Öffentlichkeit ausschließen will? – Gibt es nicht. Ich nehme an, dass Sie einverstanden sind, dass das so geschieht.

§ 4 Abs. 6 der Satzung der Bundesärztekammer besagt:

> *Über die Genehmigung des Haushaltsvoranschlages, die Festsetzung der Kostenanteile, die Entgegennahme der Jahresrechnung und die Erteilung der Entlastung an den Vorstand können die Delegierten einer Landesärztekammer nur einheitlich durch einen Stimmführer für ihre Kammer abstimmen.*
>
> *Der Stimmführer hat dabei so viel Stimmen wie die Zahl der seiner Ärztekammer nach § 4 Abs. 3 zustehenden Abgeordneten.*

Beachten Sie bitte, dass nach der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (§ 10) Anträge zum Haushaltsvoranschlag nur mit der Maßgabe zur Abstimmung zugelassen werden, dass ein zustimmendes Abstimmungsergebnis lediglich einen Vorschlag für die Entscheidung zur Abstimmung durch die Stimmführer darstellt.

Wird ein Änderungsantrag durch diese Stimmführer angenommen, ist gegebenenfalls ein Nachtragshaushalt aufzustellen.

Die Stimmabgabe erfolgt mittels farbiger Stimmkarten. Die grüne Stimmkarte bedeutet „Ja“, die rote Stimmkarte bedeutet „Nein“.

Das Abstimmungsverfahren erfolgt durch Aufruf jeder Kammer in alphabetischer Reihenfolge. Der Stimmführer gibt durch Hochheben der entsprechenden farbigen Karte das Votum seiner Kammer bekannt. Somit ist die schnellstmögliche Feststellung des Gesamtergebnisses gewährleistet.

Die Stimmkarten können jetzt vor der Bühne bei Herrn Zielesch abgeholt werden.

Wir kommen zunächst zum **Tagesordnungspunkt VI a:**

Bericht der Geschäftsführung zum Jahresabschluss 2005/2006

Referent ist Herr Professor Fuchs, unser Hauptgeschäftsführer. Bitte schön.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Guten Morgen, Herr Präsident, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Entsprechend unserer Satzung gebe ich Ihnen für den Vorstand Rechenschaft über die Jahresrechnung für das am 30. Juni 2006 zu Ende gegangene Geschäftsjahr 2005/2006. Als Beratungsunterlagen haben Sie den Finanzbericht in gebundener Form erhalten. Er enthält auf den weißen Seiten gedruckt den Prüfbericht des Revisionsverbands ärztlicher Organisationen e. V. Münster. Diese Prüfeinrichtung ist von der Finanzkommission mit der Prüfung der Jahresrechnung zum 30. Juni 2006 beauftragt worden.

Die Jahresrechnung schließt mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 1 596 764,10 Euro ab. Hiervon entfallen auf Personalaufwendungen rund 662 000 Euro, insbesondere aufgrund noch nicht endgültig infolge des Umzugs von Köln nach Berlin neu besetzter Stellen, aber auch wegen geringerer Pensionsrückstellungen in Höhe von 191 000 Euro.

Bei den satzungsbedingten Aufwendungen sind an namhaften Überschreitungen im Vergleich zum Voranschlag zu verzeichnen: der Deutsche Ärztetag um 43 000 Euro, wobei man hier die Erträge durch Weiterbelastung und Aussteller in Höhe von immerhin 70 200 Euro beachten muss.

Gestiegen sind die Aufwendungen für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit – aus der aktuellen politischen Situation heraus – um 26 000 Euro, die Aufwendungen der Zentralen Ethikkommission wegen erhöhter Sitzungsfrequenz um 9 400 Euro und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin um rund 43 000 Euro zur Bearbeitung der Nationalen Versorgungsleitlinien und wegen des Projekts Patientensicherheit.

Eine Vielzahl von Etatpositionen der Aufwandsgruppe „satzungsbedingte Aufwendungen“ blieben teils deutlich unter dem Ansatz:

- die Fortbildungsaktivitäten um rund 21 000 Euro, allerdings korrespondierend mit geringeren Erträgen
- Beitrag Arzneimittel-Informationsdienst um rund 155 000 Euro, da dort nicht verbrauchte Mittel aus dem Vorjahr verwendet werden konnten
- Wissenschaftlicher Beirat um rund 32 000 Euro

- Versorgungsforschung um rund 594 000 Euro, die für die bis zum Bilanzstichtag vom Vorstand beschlossenen Projekte zurückgestellt wurden
- Büro am Sitz der Bundesregierung und der EU um rund 93 000 Euro wegen der bekannten Umstellung dieser Aktivitäten
- Projekte Qualitätssicherung um rund 136 000 Euro; die Bundesärztekammer zahlt keinen Beitrag mehr an den Koordinierungsausschuss nach dessen Überführung in den Gemeinsamen Bundesausschuss, der Etatansatz wurde zwischenzeitlich korrigiert.

Bei den allgemeinen Verwaltungskosten ergaben sich nennenswerte Überschreitungen bei den Sitzungskosten durch eine deutliche Zunahme der Zahl von Sitzungen in Berlin. Dies geht einher – das fanden wir sehr erfreulich – mit einer Senkung der Reisekostenpositionen um 21 000 Euro bei der Geschäftsführung und immerhin 97 000 Euro bei Vorstand und Ausschüssen. Eine solche Senkung hat es, wie viele von Ihnen wissen, seit vielen Jahren nicht mehr gegeben. Insofern hat der Umzug nach Berlin auch hier seine Früchte getragen.

Die Bankgebühren liegen um rund 21 500 Euro über dem Ansatz wegen notwendig gewordener Umschichtungen. Langjährig konnten durch Sparanlagen Zinsen über dem Durchschnitt vergleichbarer Festgeldanlagen erzielt werden. Durch einen stufenweisen Rückgang dieser Sparverzinsung war eine Umschichtung in die anderen klassischen Anlagen wie Festgeld und festverzinsliche Wertpapiere geboten.

Neben den bereits angesprochenen Reisekostenpositionen liegen weitere Etatpositionen deutlich unter dem Voranschlag:

- Porto- und Telefonentgelte um rund 31 500 Euro
- Gebäudekosten, Einrichtungsunterhalt um rund 56 000 Euro
- Büromaterial um 14 500 Euro
- Kopiergerätekosten um 14 000 Euro
- EDV-Betriebskosten um 23 000 Euro
- Online-Aktivitäten um rund 10 000 Euro.

Die Abschreibungen erfolgen entsprechend dem sogenannten Rücklagenmodell. Das heißt, die Aufwendungen für die Gebäudeabschreibung und die für die Erstausstattung werden aus einer bestehenden zweckgebundenen Rücklage gespeist.

Die weiteren Abschreibungen ergeben sich aus den Anschaffungen der Vorjahre und der Umsetzung des Investitionsplans. Insgesamt liegen die Aufwendungen mit rund 897 000 Euro um rund 118 000 Euro unter dem Ansatz.

Die Aufwendungen für die Sitzverlegung umfassen insbesondere die Sozialplanaufwendungen mit 283 000 Euro, die entsprechenden Aufwendungen beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin in Höhe von 57 000 Euro und Ingenieur- und Anwaltskosten bei der Verfolgung von Gewährleistungsmängeln in Höhe von 78 500 Euro.

Planmäßig wurden im Geschäftsjahr 2005/2006 entsprechend den Beschlüssen Mittel in Höhe von rund 2,2 Millionen Euro den Rücklagen und Rückstellungen zugewiesen

Noch kurz zu den Erträgen: Wie bereits angesprochen, liegen die Erträge aus Fortbildungsaktivitäten um rund 35 000 Euro unter dem Voranschlag. Die Erträge aus Beteiligungen, also im Wesentlichen der Gewinn des Deutschen Ärzte-Verlags, belaufen sich auf rund 1 767 000 Euro. Veranschlagt waren 1 575 000 Euro. Die Zinserträge fielen mit rund 421 000 Euro um 121 000 Euro höher aus als veranschlagt, ebenso die sonstigen Erträge, die um 53 000 Euro höher zu verzeichnen sind.

Insgesamt schließt die Jahresrechnung mit nicht verbrauchten Mitteln in Höhe von 1 596 764,10 Euro. Darauf sind wir stolz.

(Beifall)

Der Prüfbericht schließt mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Ergänzend wurde die wirtschaftliche und sparsame Mittelverwendung bestätigt. Hierüber wird der Vorsitzende der Finanzkommission, Herr Dr. Koch, noch weiter ausführen, ebenso wie über die Verwendung der nicht verbrauchten Mittel.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Professor Fuchs. Das sind gute Nachrichten. Gibt es dazu Nachfragen? – Das ist nicht der Fall. Dann rufe ich **Tagesordnungspunkt VI b** auf:

Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission der Bundesärztekammer über die Tätigkeit der Finanzkommission und die Prüfung der Jahresrechnung des Geschäftsjahres 2005/2006

Referent ist der Vorsitzende der Finanzkommission der Bundesärztekammer, Herr Dr. Koch aus Pleidelsheim. Herr Koch, bitte.

Dr. Koch, Referent: Verehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Finanzkommission der Bundesärztekammer hat mit der Prüfung der Jahresrechnung 2005/2006 den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. beauftragt. Der Prüfbericht liegt Ihnen in vollem Umfang vor. Die Bilanzsumme zum Bilanzstichtag 30. Juni 2006 beläuft sich auf 47 503 722,71 Euro. Die nicht verbrauchten Mittel betragen erfreuliche 1 596 764,10 Euro. Herr Fuchs hat es soeben schon gesagt. Aber ich glaube, eine solch stolze Zahl kann man ruhig auch zweimal hören.

(Beifall)

Herr Professor Fuchs hat in seinem Bericht die Entwicklung einzelner Etatpositionen vorgestellt, die ich vollinhaltlich bestätige. Daher kann ich mich auf einige wesentliche Punkte konzentrieren.

Für den Haushalt des Arzneimittel-Informationsdienstes konnten für 2006 nicht verbrauchte Mittel aus dem Vorjahr verwendet werden, sodass im abgelaufenen Haushaltsjahr der Bundesärztekammer die Beitragslast einmalig um den namhaften Betrag von rund 155 000 Euro gesenkt werden konnte.

Für das Projekt Versorgungsforschung hatte der Vorstand vor dem Bilanzstichtag Projekte beschlossen. Da die Vertragsvereinbarungen mit den Projektnehmern bis ins laufende Geschäftsjahr andauerten, wurden rund 594 000 Euro in eine zweckgebundene Rücklage eingestellt.

Erfreulich ist zu vermerken, dass eine Vielzahl von Etatpositionen aus dem Verwaltungsbereich unter dem Ansatz geblieben sind.

Der Deutsche Ärzte-Verlag hat wiederum eine stolze Gewinnausschüttung in Höhe von 1 767 000 Euro geleistet. Eingestellt in den Haushaltsplan waren 1 575 000 Euro. Unser Dank und unsere Anerkennung an dieser Stelle wieder – stellvertretend für den Verlag – den anwesenden Geschäftsführern, Herrn Weber und Herrn Führer. Herzlichen Dank für die tolle Arbeit, die Sie leisten.

(Beifall)

Der Jahresabschluss zum 30. Juni 2006 wurde in der Finanzkommission und in deren Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ ausführlich beraten. Hierzu standen der Geschäftsführer des Revisionsverbands, Herr Steuerberater Spannenkrebs, und Herr Wirtschaftsprüfer Heyer von der kooperierenden Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs Partner, Düsseldorf, Rede und Antwort. Die Finanzkommission erhielt auch einen ergänzenden Bericht über die wirtschaftliche Lage der Bundesärztekammer. Die Essenz ist in Anlage IV Teil C des Prüfberichts wiedergegeben.

Die Wirtschaftsprüfer konnten den uneingeschränkten Prüfvermerk erteilen. Ferner ist die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit der Mittelverwendung bestätigt worden.

Die Finanzkommission hat einen Verwendungsvorschlag über die nicht verbrauchten Mittel aus dem Jahresabschluss 2005/2006 vorgelegt. Der Vorstand ist diesem Vorschlag uneingeschränkt gefolgt. Folgende Verwendungen wurden vorgesehen:

- Mit 219 000 Euro soll die Betriebsmittelrücklage wieder um den Betrag aufgefüllt werden, der für das laufende Geschäftsjahr entnommen wird, um die Umlagensteigerung für die Landesärztekammern „null“ zu erreichen

- 190 000 Euro dienten aus der Betriebsmittelrücklage der Finanzierung des Teilprojekts GOÄ-Neukonzeption und werden hiermit wieder zugeführt

- Mit 183 199,13 Euro soll die Betriebsmittelrücklage auf ihre Mindesthöhe gemäß Haushalts- und Kassenordnung angehoben werden

- 110 141,91 Euro stehen im Zusammenhang mit der Umwandlung eines Gesellschafterdarlehens für die KTQ in eine Eigenkapitalposition

- Mit 153 379,78 Euro wird die Rücklage für berufspolitische Aktionen nach der Finanzierung des außerordentlichen Ärztetages hieraus wieder aufgefüllt

- Mit 50 000 Euro soll eine Gebäuderücklage sukzessive aufgebaut werden

- 65 000 Euro dienen dazu, im kommenden Haushalt 2007/2008 eine Umlagensteigerung „null“ zu erreichen

- Mit 626 043,28 Euro soll eine zweckgebundene Rücklage „Risiken der betrieblichen Altersversorgung“ eingerichtet werden.

Gleichfalls ist es meine Aufgabe, an dieser Stelle über die weiteren Beratungen der Finanzkommission und deren Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ zu berichten.

Mit erheblichen Vorarbeiten der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ wurde die Frage eines Verbleibs oder Ausstiegs der Bundesärztekammer in dem bzw. aus dem Versorgungssystem VBL geprüft. Letztendlich war die Empfehlung an den Vorstand, in der VBL zu verbleiben, da der Ausstieg mit Ausgleichszahlungen in Millionenhöhe verbunden wäre. Auch angesichts von Risiken hinsichtlich der Entwicklung der VBL musste eine Wirtschaftlichkeitsbetrachtung entscheidungsleitend sein.

Breite Diskussion nahm auch die Frage eines möglichen Prüferwechsels ein. Die Arbeitsgruppe wird in der nächsten Sitzung ergebnisoffen Kriterien für eine Prüferwahl erstellen.

Weiter diskutiert wird auch die Frage nach Aufgaben und Methodik einer mittelfristigen Finanzplanung unter den Aspekten einer berufspolitischen Organisation.

Für Ihre Aufmerksamkeit für diesen Bericht, meine Damen und Herren, darf ich mich sehr herzlich bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Dr. Koch, Vorsitzender der Finanzkommission. Ich habe früher schon einmal gesagt – ich glaube, es war in Köln –: Schon die Sprache bedeutet Sicherheit, dass alles in Ordnung ist.

(Heiterkeit)

Jetzt werden Sie gebeten, sich dazu zu äußern, wenn Sie das möchten. Schriftliche Wortmeldungen sind nicht eingegangen. – Mündliche Wortmeldungen erfolgen auch nicht. Dann kommen wir zur Abstimmung über den **Antrag VI-1,** der folgendermaßen lautet:

> *Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster.*

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006) wird gebilligt.

Wir stimmen mit Stimmkarten ab, grün oder rot. Sind alle Stimmkarten verteilt und in den Händen der Beauftragten? – Gut. 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.

Das sind 250 Stimmen. Das ist einstimmig. Damit ist der Jahresabschluss 2005/2006 **angenommen.** Herzlichen Dank.

(Beifall)

Nun rufe ich **Tagesordnungspunkt VII** auf:

Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006)

Gibt es einen Antrag auf Entlastung des Vorstands? – Ja. Gibt es dazu Wortmeldungen? – Keine. Es wird jetzt wieder mit den Stimmkarten abgestimmt. Ich frage, wer der Entlastung des Vorstands zustimmt. 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.

Das sind wiederum 250 Stimmen. Damit ist der Vorstand der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 einstimmig entlastet. Herzlichen Dank für dieses Vertrauen.

(Beifall)

Jetzt muss ich Sie fragen, ob Sie die Sitzung unterbrechen wollen, bevor wir den Tagesordnungspunkt VIII aufrufen. Gibt es eine Kammer oder mehrere Kammern, die sich noch beraten möchten, falls Sie noch nicht im Vorfeld dieses Ärztetages oder während der ersten Tage hier entschieden haben, wie Sie abstimmen wollen? Es sind Räume vorgesehen. Die Geschäftsführung würde Sie dorthin geleiten. Ist das der Fall? Dann müssten wir die Sitzung unterbrechen. Beantragt das jemand? – Das ist nicht der Fall. Dann müssen wir die Sitzung nicht unterbrechen.

Ich schlage vor, dass wir die Tagesordnungspunkte VII und VIII anschließen und am Ende die Abstimmung hintereinander durchführen. Sind Sie einverstanden? – Dann rufe ich zunächst **Tagesordnungspunkt VIII a** auf:

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008)

Bericht der Geschäftsführung

Referent ist wiederum Herr Professor Fuchs, unser Hauptgeschäftsführer. Bitte schön, Herr Professor Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Der von den Finanzgremien und dem Vorstand erarbeitete Haushaltsvoranschlag liegt Ihnen gleichfalls in gedruckter Form vor. Das Haushaltsvolumen beläuft sich auf 15 144 000 Euro. Es sinkt im Vergleich zum laufenden Geschäftsjahr um 663 000 Euro oder 4,01 Prozent. Die Umlagensteigerung für die Landesärztekammern beträgt 0 Prozent. Es gibt also keine Mehraufwendungen für die Landesärztekammern.

Der Entwurf berücksichtigt Kalkulationen der Aufwendungen, Vertrags- und Tarifänderungen sowie weitere absehbare Kostensteigerungen, wie sie sich beispielsweise aus der Umsatzsteuererhöhung ergeben haben. Aber auch etliche Kostenreduzierungen sind berücksichtigt worden.

Der Stellenplan 2007/2008 soll unverändert bleiben. Sowohl Ergänzungen als auch Umwidmungen sind nicht vorgesehen. Im Stellenplan ist berücksichtigt, dass die Referentenstelle Brüsseler Büro nicht mehr von der mit der KBV gemeinsam gehaltenen Gesellschaft bürgerlichen Rechts geführt wird.

Im Folgenden erwähne ich wesentliche Änderungen im Haushaltsplan:

Unter Position 5 – Pensionen – ist berücksichtigt, dass die Rheinische Versorgungskasse zum 31. Dezember 2007 geschlossen wird. Dort waren einige der Pensionsverpflichtungen der Bundesärztekammer abgesichert. Künftig entfallen die Umlagezahlungen an die Rheinische Versorgungskasse. Die Auszahlungen an die Berechtigten werden von der Bundesärztekammer direkt vorgenommen.

Zur Position 12 – Arzneimittelkommission –: Der Beitrag AID wurde wieder auf dem Niveau der Vorjahre berechnet.

Unter Position 15 – Weltärztebund – sehen Sie, dass nach Jahren die Zahl der gemeldeten Ärzte von 100 000 auf 105 000 erhöht werden musste.

Die Reduzierung der Position 17 – Brüsseler Büro – von 130 000 Euro auf 55 000 Euro ergibt sich durch die Neuorganisation des Berliner Büros und – wie ausgeführt – die Einbeziehung der Brüsseler Referentenstelle in die Position 1 – Gehälter.

Die Position 18 – Beitrag CPME – berücksichtigt die schrittweise Einführung der neuen Beitragsordnung dort.

Die Position 19 – Mitarbeiterfortbildung – wurde von 23 000 Euro auf 27 000 Euro angehoben.

Auch die Position „Zentrale Ethikkommission“ wurde angehoben, und zwar von 15 000 Euro auf 25 000 Euro. Dies entspricht den Aktivitäten dieses Gremiums in den Vorjahren.

Die Projekte „Qualitätssicherung“ unter Position 21 bleiben mit 50 000 Euro unverändert.

Die Aufwendungen für das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin sollen von 573 000 Euro auf 684 000 Euro steigen. Dort werden zusätzlich die Aufgaben Nationale Versorgungsleitlinien und Patientensicherheit bearbeitet. Die hierfür notwendigen zusätzlichen Aufwendungen konnten in einem Übergangszeitraum aus Rücklagen des ÄZQ gedeckt werden.

Die laufenden Aufwendungen des Projektbüros „Elektronischer Arztausweis“ – das ist die Position 23 – wurden von 95 000 Euro auf 60 000 Euro festgeschrieben. Daneben besteht eine zweckgebundene Rücklage für diesen Bereich, sodass wir glauben, mit dem erwähnten Betrag auskommen zu können.

Wie im Vorjahr sind unter Position 24 – Gemeinsame Datenbanken Landesärztekammern und Bundesärztekammer – 100 000 Euro eingeplant. Diese Aufwendungen werden durch eine bestehende zweckgebundene Rücklage finanziert.

Ich komme zu den allgemeinen Verwaltungskosten. Die Reisekostenpositionen 26 und 27 konnten reduziert werden, und zwar um 6 000 Euro bzw. 33 000 Euro. Hintergrund ist die vorhin schon erwähnte erfreuliche Konzentration von Gremiensitzungen in Berlin.

Die Position 28 – Porto-, Telefon- und Kommunikationsentgelte – wurde um 13 000 Euro gesenkt, die Position 29 – Mieten, Gebäudekosten und Einrichtungsunterhalt – um 30 000 Euro, Büromaterial um 7 500 Euro und Kopiergerätekosten um 5 000 Euro.

Die EDV-Betriebskosten – das ist die Position 34 – wurden von 110 000 Euro auf 135 000 Euro angehoben. Architektur und Sicherheit des Netzwerkes müssen ausgebaut werden. Das ist für uns gar keine Frage. Die Tagungs- und Be-

wirtungskosten in Position 37 steigen um 20 000 Euro. Hier macht sich die zunehmende Zahl von Sitzungen in Berlin bemerkbar.

Die Abschreibungen unter Position 44 berücksichtigen das vorhin bereits erwähnte Rücklagenmodell, das heißt, die Abschreibungen für das Gebäude und die Berliner Erstausstattung werden durch die vorhandene zweckgebundene Rücklage finanziert.

Die Aufwendungen für die Sitzverlegung umfassen noch den Sozialplan. Die eingeplanten Aufwendungen in Höhe von 100 000 Euro werden ebenfalls durch eine vorhandene zweckgebundene Rücklage gedeckt.

Die Aufwandsposition 54 – ÄZQ-Umzug bzw. anteilige Sozialplanleistungen – ist in der Position 22 – Beitrag ÄZQ – enthalten.

Ich komme nunmehr zu den Erträgen:

Die Umlagen der Ärztekammern der beigetretenen Länder werden weiterhin mit einem 10-prozentigen Abschlag berechnet.

Die Ertragsposition 2 – Fortbildungsveranstaltungen – wird von 30 000 Euro auf 15 000 Euro reduziert, da durch Konzeptänderungen vermehrt Workshops und Ähnliches durchgeführt werden. Es werden somit auch geringere Teilnahmeentgelte erzielt.

Die KBV wird keinen Organisationsbeitrag mehr leisten können. Dies bahnte sich schon einige Zeit an. Somit entfallen Erträge in Höhe von 44 000 Euro.

Unter Position 4 werden die uns zustehenden Gewinnanteile des Deutschen Ärzte-Verlags eingestellt, und zwar entsprechend den Richtlinien mit 75 Prozent des Vorjahresgewinns. Das sind 1 660 000 Euro, also 335 000 Euro mehr als für das Geschäftsjahr 2006/2007.

Die sonstigen Erträge – Position 6 – sind von 270 000 Euro auf 215 000 Euro reduziert worden, und zwar wegen geringerer Weiterbelastungen.

Unter Position 7 finden Sie die Gegenbuchungen der planmäßigen Rücklagenentnahmen, wie ich sie bei den einzelnen Aufwandspositionen genannt habe.

Ich bedanke mich bei Ihnen, meine Damen und Herren, für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Hauptgeschäftsführer, für Ihren Bericht. Dann rufe ich **Tagesordnungspunkt VIII b** auf:

Bericht über die Beratungen in der Finanzkommission

Referent ist wiederum Herr Dr. Koch als Vorsitzender der Finanzkommission. Bitte schön, Herr Koch.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ihnen wird ein Haushaltsvoranschlag vorgelegt, dem in dieser Form die Finanzkommission einstimmig zugestimmt hat. Herr Professor Fuchs hat bereits ausgeführt: Das Haushaltsvolumen beläuft sich auf 15 144 000 Euro, also 663 000 Euro geringer als das Volumen für das laufende Geschäftsjahr. Meine Damen und Herren, ich halte das für eine ganz entscheidend wichtige Zahl. Nennen Sie mir irgendwo einen Haushalt, der kleiner ist als in den Vorjahren! Trotzdem ist – das möchte ich betonen – die Funktionsfähigkeit der Bundesärztekammer nicht infrage gestellt.

(Beifall)

Der Haushalt sieht keine Steigerung der Umlagezahlungen der Landesärztekammern vor. Es gibt also zum zweiten Mal eine, wie man so unschön sagt, Nullsteigerung. Die Haushaltskalkulation würde einen Steigerungsbetrag von 65 000 Euro ergeben. Dieser Betrag wird – wie beim Jahresabschluss 2005/2006 ausgeführt – aus den nicht verbrauchten Mitteln des abgeschlossenen Geschäftsjahres vorgetragen.

Herr Professor Fuchs hat exakt die wesentlichen Änderungen und Ergänzungen der Einzelpositionen vorgetragen. Auf Wiederholungen kann ich also verzichten.

Ich möchte darauf hinweisen, dass der Stellenplan unverändert bleiben wird.

Bei den Personalaufwendungen wirkt sich mit 75 000 Euro positiv aus, dass die Bundesärztekammer an die VBL kein Sanierungsgeld mehr zahlen muss. Da niemand vorausschauen kann, wie lange dies anhält, ist eine zweckgebundene Rücklage für diese Risiken eingerichtet worden. Beim Jahresabschluss habe ich Ihnen davon berichtet.

Bewährt hat sich zwischenzeitlich, dass die Gewinnausschüttung des Deutschen Ärzte-Verlags nicht mehr mit einem recht willkürlich festgelegten Festbetrag eingeplant wird. Es werden stets 75 Prozent der Vorjahresausschüttung eingestellt. Ferner ist in den Finanzgremien diskutiert werden, dass Schwankungen über die Betriebsmittelrücklage – in beiden „Richtungen“ – ausgeglichen werden. Somit wirken sich Schwankungen kurzfristig nicht auf die Umlagen aus.

Die Zustimmung der Finanzkommission zu diesem Haushaltsvoranschlag erfolgte einstimmig ohne Enthaltung. Ich kann Ihnen eine Zustimmung uneingeschränkt empfehlen.

An dieser Stelle darf ich mich beim Vorstand und besonders bei Präsident Professor Hoppe für die gute Zusammenarbeit bedanken. Der Finanzbeauftragte des Vorstands, Herr Professor Hessenauer, hat in dieser Zusammenarbeit besonders gewirkt und im Vorstand die finanzwirtschaftlichen Aspekte stets vertreten. Dank auch an die Mitglieder der Finanzkommission und die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“, die wiederum für mehrere Sitzungen Zeit aufbringen mussten.

Lassen Sie mich Dank auch an Herrn Raabe und das Team seines Dezernats sagen. Ich wurde bei allen Fragen ausreichend und kompetent beraten. Auch in schwierigen Situationen fanden wir immer einen Weg, der zu einer guten Lösung führte. Nochmals herzlichen Dank, Herr Raabe, Herr Zielesch, Frau Schmidt und all die anderen!

(Beifall)

Lassen Sie mich, meine Damen und Herren, zum Schluss meiner Ausführungen noch einen kurzen Rückblick auf die finanzielle Situation der Bundesärztekammer in den letzten acht Jahren werfen. Zunächst möchte ich daran erinnern, dass vor 14 Jahren die Liquidität der Bundesärztekammer infrage stand. Die Landesärztekammern können stolz sein, wenn ich Ihnen diesen kurzen Rückblick gebe, denn sie sind durch ihre jährlichen Beiträge natürlich entscheidend am Ergebnis beteiligt.

Wir haben in den vergangenen acht Jahren den Bau in Berlin realisiert und finanziell durch das Rücklagenmodell abgewickelt, den Sozialplan auf den Weg gebracht, der die laufenden Haushalte ebenfalls nicht mehr belastet, da auch hier rechtzeitig Rücklagen gebildet wurden, die Versorgungsforschung etabliert, die Betriebsmittelrücklage und alle anderen Rücklagen voll bedient, um nur die finanziell größten Projekte zu nennen. Die Bundesärztekammer steht also zurzeit finanziell gut da. Die Finanzkommission wird aber auch in Zukunft darauf achten, dass mit den Beiträgen der Landesärztekammern und den Ausschüttungen des Deutschen Ärzte-Verlags sparsam umgegangen wird. Das, meine Damen und Herren, versichere ich Ihnen ausdrücklich.

(Beifall)

Dass die guten Abschlüsse des Deutschen Ärzte-Verlags und die damit verbundenen hohen Ausschüttungen uns diese zu finanzierenden Aufgaben erleichtert haben, möchte ich ausdrücklich zum Ausdruck bringen.

Meine Damen und Herren, für Ihre Aufmerksamkeit darf ich mich bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Dr. Koch, für Ihren Bericht und vor allen Dingen auch für die Würdigung der Vorgänge, die dazu geführt haben, dass es uns heute besser geht als noch vor einiger Zeit. Herzlichen Dank dafür. Natürlich hat die Finanzkommission maßgeblich dazu beigetragen, der Herr Vorsitzende nicht minder, wie wir eben schon festgestellt haben.

Gibt es Wortmeldungen zum Haushaltsvoranschlag 2007/2008? Schriftliche Wortmeldungen sind nicht eingegangen. – Mündliche auch nicht. Dann können wir gleich zur Abstimmung schreiten. Es gilt dasselbe Verfahren wie eben. 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.

Das sind wiederum 250 Stimmen. Damit ist der Haushaltsvoranschlag 2007/2008 einstimmig angenommen. Herzlichen Glückwunsch Herrn Professor Fuchs, Herrn Dr. Koch und allen Damen und Herren der Finanzkommission. Vielen Dank für die geleistete Arbeit.

(Beifall)

Ich rufe nun **Tagesordnungspunkt IX** auf:

Wahlen

Die Amtszeit des jetzigen Präsidiums, einschließlich der beiden gewählten Vorstandsmitglieder, und auch die Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Akademien enden damit. Meinerseits möchte ich mich bei allen bedanken, mit denen ich bisher zusammenarbeiten durfte: bei unserer Vizepräsidentin und unserem Vizepräsidenten, bei den weiteren Vorstandsmitgliedern, auch denen, die in den letzten vier Jahren als Präsidentin bzw. Präsident einer Landesärztekammer als geborenes Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer dabei waren, besonders auch bei Herrn Professor Fuchs und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer einschließlich der Pressestelle, die sehr viel Gutes tut, hervorragend arbeitet und dafür sorgt, dass mit den Mitteln, die uns zur Verfügung stehen, die Öffentlichkeit über alles, was wir richtig finden, informiert wird. Herzlichen Dank.

Ich ziehe mich jetzt zurück. Wir haben Herrn Professor Vilmar gebeten, als Wahlleiter zur Verfügung zu stehen. Er ist dazu bereit, aber Sie müssen damit einverstanden sein. Ich frage Sie also, ob Sie damit einverstanden sind.

(Beifall)

– Das ist der Fall. Dann räume ich diesen Platz hier und überlasse ihn dem Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Vilmar.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Meine Damen! Meine Herren! Wir treten gemäß **Tagesordnungspunkt IX a** in die Wahlen zum Amt des Präsidenten, der beiden Vizepräsidenten und zwei weiterer Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer ein. Vor Eintritt in den Wahlgang einige organisatorische Erläuterungen.

Der neu gewählte Vorstand wird nach der Wahl entsprechend § 5 Abs. 5 der Satzung der Bundesärztekammer durch den ältesten Delegierten des Deutschen Ärztetages auf die getreue Amtsführung zum Wohle der deutschen Ärzteschaft verpflichtet. Dies ist nach unseren Unterlagen Herr Dr. Horst Massing. Ich frage Sie: Ist jemand im Saal, der älter ist als Jahrgang 1930? – Das ist nicht der Fall. Dann bitte ich den Kollegen Dr. Massing, sich direkt nach Abschluss des Tagesordnungspunkts IX a hier auf der Bühne einzufinden, um die Verpflichtung öffentlich vornehmen zu können.

Herr Dr. Massing hat im Übrigen 1956 seinen ersten Ärztetag mitgemacht und verfolgt dieses Spiel nun zum dreißigsten Mal.

Bevor wir mit den Wahlen beginnen, möchte ich Sie darüber unterrichten, dass gemäß früherer Gepflogenheiten bei Bekanntgabe der Wahlergebnisse folgende Angaben gemacht werden, und zwar ausgehend von einer Zahl von 250 Delegierten: erstens die Zahl der abgegebenen Stimmen, zweitens die Zahl der ungültig abgegebenen Stimmen. Ungültig abgegebene Stimmen sind bei einem Kandidaten: falscher Name oder sonstige politische Bemerkungen, bei mehreren Kandidaten: falsche oder mehrere Namen, „ja“ oder „nein“, sonstige politische Bemerkungen. Drittens wird die Zahl der für die Wahl gültig abgegebenen Stimmen bekannt gegeben. Gültig abgegebene Stimmen sind bei einem Kandidaten: der Name oder Jastimmen bzw. Neinstimmen bzw. Enthaltungen, bei mehreren Kandidaten ein Name oder Enthaltungen. Viertens wird das Quorum bekannt gegeben, also die Mehrheit der gültigen Stimmen.

Wir nehmen nun die Wahl des Präsidenten, der beiden Vizepräsidenten und der weiteren Ärztinnen/Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer vor. Die Satzung sagt dazu in § 5 Abs. 2 Folgendes:

Der Präsident und die beiden Vizepräsidenten werden vom Deutschen Ärztetag für die Dauer von vier Jahren auf Vorschlag von Abgeordneten des Ärztetages gewählt. Jeder Wahlvorschlag bedarf der Unterstützung von mindestens zehn Abgeordneten. Die Wahl erfolgt für den Präsidenten und jeden der beiden Vizepräsidenten in getrennten Wahlgängen durch geheime, schriftliche Abstimmung. Es ist jeweils die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich. Wird diese Mehrheit in zwei Wahlgängen nicht erreicht, so findet im dritten Wahlgang eine Stichwahl zwischen den zwei Kandidaten mit der höchsten Stimmenzahl aus dem zweiten Wahlgang statt. Ergibt sich dabei Stimmengleichheit, so entscheidet das vom Vorsitzenden der Versammlung zu ziehende Los. Das gilt auch, wenn aus dem zweiten Wahlgang zwischen zwei Kandidaten mit gleicher Stimmenzahl auszuwählen ist.

Für die zwei Vertreter der weiteren Ärztinnen/Ärzte bestimmt Abs. 4 des § 5 der Satzung Folgendes:

Die in Absatz 1 c genannten Ärztinnen/Ärzte werden vom Deutschen Ärztetag für die Dauer von vier Jahren gewählt. Für das Wahlverfahren gilt Absatz 2 entsprechend.

Ich erteile nun zur Mitteilung über den technischen Ablauf dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Fuchs, das Wort. Bitte, Herr Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Um eine geheime Wahl sicherzustellen, sind Wahlkabinen eingerichtet worden. Sie befinden sich zum einen hier vorne rechts und links der Bühne und jeweils rechts und links im hinteren Teil des Saales. Wir werden – wie bei den früheren Wahlärztetagen – die einzelnen Wahlurnen für die Delegierten bestimmter Ärztekammern bereithalten. Die Wahlurne 1 – von Ihnen aus gesehen rechts vor der Bühne – ist für die Kammern Bayern und Westfalen-Lippe, die Wahlurne 2 – links vor der Bühne – für die Kammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Sachsen, die Wahlurne 3 – rechts hinten im Saal – für die Kammern Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein und Saarland sowie die Wahlurne 4 – links hinten im Saal – für die Kammern Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Thüringen.

Wir möchten Sie bitten, bei Abgabe Ihres Stimmzettels sich durch Vorzeigen Ihres Delegiertenausweises zu legitimieren.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Herr Fuchs. – Wir kommen zunächst zur Wahl des Präsidenten. Sind die Stimmzettel verteilt?

(Zurufe: Nein!)

– Noch nicht. Dann müssen wir sie noch verteilen.

Es liegt – erstaunlicherweise – schon ein Vorschlag vor. Mit Antrag IX-4 wird Herr Professor Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe vorgeschlagen.

(Beifall)

Werden weitere Vorschläge gemacht? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich, ob sich die Kandidaten jeweils vorstellen sollen? Ich glaube, das ist bei Herrn Professor Hoppe ziemlich unnötig. Sind Sie da mit mir einer Meinung?

(Beifall)

– Ja. Bezüglich der anderen Kandidaten stimmen wir nachher darüber ab.

Wir kommen zunächst zur Wahl des Präsidenten.

(Zuruf)

– Es gibt einen Antrag zur Geschäftsordnung.

Dr. Dietsche, Baden-Württemberg: Herr Ehrenpräsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, angesichts der brisanten berufspolitischen Situation, in der wir uns befinden, besteht der Anspruch dieser Versammlung, dass sich die Kandidaten einschließlich Herrn Professor Hoppe vorstellen und sich zu den politischen Entscheidungen äußern, die in den nächsten Jahren zu treffen sind.

Danke.

(Beifall – Widerspruch)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Das stünde allerdings fast im Gegensatz zu der eben beschlossenen Umstellung der Tagesordnung, denn dadurch wollte man so etwas gerade vermeiden.

(Beifall)

Sie können ja darüber abstimmen. Wer wünscht dem Geschäftsordnungsantrag von Herrn Kollegen Dietsche zuzustimmen, dass zu den berufspolitischen Dingen etwas gesagt wird? – Die Gegenprobe! – Das ist die deutliche Mehrheit. Damit ist der Geschäftsordnungsantrag abgelehnt.

(Beifall)

Sind jetzt die Stimmzettel verteilt?

(Zurufe: Nein!)

– Was ist da denn los? Sie sollten für die Wahl des Präsidenten der Bundesärztekammer einen weißen Stimmzettel mit dem Vermerk „1. Wahlgang Präsident“ haben. Ich denke, die weiteren Stimmzettel werden Sie nicht benötigen.

Wenn die Stimmzettel verteilt sind, gehen Sie bitte an den von Herrn Fuchs angegebenen Urnen zur Wahl. Das ist ja nach Landesärztekammern geordnet. Es stehen dort Kabinen. Sie müssen sich bei Ihrer Stimmabgabe durch Ihren Delegiertenausweis als wahlberechtigt ausweisen.

Noch einmal: Nur den Namen oder einfach „ja“ aufschreiben. Alles andere macht den Stimmzettel ungültig.

Ich bitte Frau Kollegin Wahl und Herrn Kollegen Wolter, die als Beisitzer bei der Wahl fungieren, hier nach oben zu kommen und die Stimmauszählung mit zu beaufsichtigen. Das reine Zählen werden die Mitarbeiter durchführen, die auch an den Urnen stehen und dann mit den Urnen hier auf die Bühne kommen.

Hat jetzt jeder, der wählen möchte, gewählt? – Ich höre keinen Widerspruch. Das ist offenbar der Fall. Dann schließe ich diesen Wahlgang und bitte nun die Mitarbeiter, mit den Urnen auf die Bühne zu kommen. Dann wird von den Mitarbeitern ausgezählt. Frau Dr. Wahl und Herr Dr. Wolter werden das überwachen, zusammen mit der stets präsenten Rechtsabteilung in Gestalt von Herrn Schirmer.

Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Wahlergebnis liegt nun vor. Es sind 244 Stimmen abgegeben worden. Die Zahl der ungültig abgegebenen Stimmen beträgt 3. Die Zahl der für die Wahl gültig abgegebenen Stimmen beträgt 241. Davon sind 18 Enthaltungen, sodass 223 Stimmen zu zählen sind. Daraus ergibt sich ein Quorum von 112. Auf Herrn Kollegen Hoppe entfielen 202 Stimmen.

(Anhaltender Beifall)

Der Ordnung halber muss ich Herrn Kollegen Hoppe fragen, ob er die Wahl annimmt.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herr Ehrenpräsident! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich nehme die Wahl gern an, und zwar – das sage ich ganz ehrlich –, weil ich gedacht habe, es würden weniger Stimmen sein. Ich habe mir überlegt, was ich dann tue. Davon bin ich entlastet; darüber bin ich sehr, sehr froh.

Ich verspreche Ihnen, mit noch mehr Dampf, sofern es mir die Gesundheit erlaubt, für die Belange der deutschen Ärzteschaft einzutreten und das, was ich am Dienstag in der Eröffnungsveranstaltung gesagt habe und was wir in der Diskussion nachmittags vereinbart haben, mit aller Kraft zusammen mit dem Vorstand und der Geschäftsführung durchzusetzen. Ich hoffe, wir halten alle zusammen. Wir brauchen die innere Geschlossenheit der Ärzteschaft; das ist das Wichtigste.

(Beifall)

Wenn ich ganz ehrlich bin: Ich wünsche mir das auch für den heutigen Nachmittag, wenn wir über die (Muster-)Weiterbildungsordnung debattieren. Das ist *unser* Problem und nicht das Problem des Bundesgesundheitsministeriums.

(Beifall)

Wenn Sie von mir eine Vorstellung verlangt hätten, hätte ich nur gesagt: Das Bundesgesundheitsministerium ist sich uneins. Die Abteilung III meint etwas anderes als die Abteilung II. Deswegen können wir den Rat von dort nicht gebrauchen, sondern wir müssen das Problem unter uns lösen, und zwar so, dass wir anschließend friedlich und wirklich sehr geschlossen und kraftvoll in die Politik der nächsten Jahre gehen können.

Das ist mein Wunsch. Dafür werde ich mich einsetzen. Ich bedanke mich noch einmal sehr, sehr herzlich für dieses große Vertrauen.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke schön, Herr Hoppe. Wir alle gratulieren zur Wahl und wünschen Glück und Erfolg für die kommende Amtsperiode und manchmal die erforderliche Gelassenheit.

Wir kommen nun zur Wahl der beiden Vizepräsidenten. Dies geschieht in zwei getrennten Wahlgängen. Nach der Satzung gibt es keinen ersten und zweiten

Vizepräsidenten, sondern nur Vizepräsidenten. Die Bezeichnung „erster“ und „zweiter“ hat sich so eingebürgert und resultiert lediglich aus der zeitlichen Abfolge der Wahl.

Zur Geschäftsordnung hat sich jetzt Herr Calles gemeldet. Bitte.

Dr. Calles, Bayern: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nicht unbedingt wie ein Pfennigfuchser dastehen und immer nur auf Regularien herumreiten. Aber ich denke, man sollte Herrn Montgomery die große Chance, die er am heutigen Tage bekommt, nicht dadurch nehmen, dass Formalien, die vielleicht doch notwendig sein könnten, nicht eingehalten werden.

Ich habe hier einen Beschlussantrag, der von Mitgliedern des Vorstands der Bundesärztekammer vorgelegt wurde, in dem Herr Montgomery vorgeschlagen wird. In § 5 Abs. 2 der Satzung der Bundesärztekammer steht, dass der Präsident und die beiden Vizepräsidenten auf Vorschlag von Abgeordneten des Ärztetages gewählt werden. Ich denke, bevor man anschließend die Wahl anficht, sollten wir das im Vorfeld klären.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Mir wurde versichert, dass dieser Vorschlag zehn Unterschriften von Delegierten trägt. Die Namen der den Vorschlag Einreichenden sind nicht so von Belang wie die Unterschriften der Abgeordneten.

Dr. Calles, Bayern: Entschuldigung, wenn ich widerspreche. Wenn jemand einen Antrag einbringt, kann er ihn anschließend auch – das haben wir häufig genug erlebt – wieder zurückziehen. Das tut derjenige, der den Antrag eingebracht hat, nicht diejenigen, die unterschrieben und ihre Unterstützung zugesagt haben. Ich denke, es ist notwendig, dass die Delegierten erfahren, welche Delegierten Kollegen Montgomery vorgeschlagen haben.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Wobei man das auch so machen kann, dass man das hier feststellen lässt. Es wären ja auch mündliche Vorschläge möglich. Ich frage also: Wird der Vorschlag Montgomery von mindestens zehn

Abgeordneten unterstützt? Das können wir ganz schnell klären. Ich bitte um das Handzeichen derer, die ihre Unterstützung für den Vorschlag Montgomery geben. – Das sind sicher mehr als zehn.

(Zuruf)

– Er ist jetzt vorgeschlagen.

Ich stelle die Frage, die vorhin auch eine Rolle gespielt hat, ob eine mündliche Vorstellung gewünscht wird. Wer ist für eine mündliche Vorstellung?

(Zurufe)

– Ein Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Bolay, Westfalen-Lippe: Hohes Präsidium! Ich bitte um eine Erklärung dafür, warum der Name des Kandidaten Montgomery auf dem Antrag IX-7 in Fettdruck dargestellt ist. Die Namen der anderen Kandidaten stehen dort in Normaldruck. Ich wurde gestern, als ich einen Antrag eingereicht habe, beschieden: Im Antragstext selbst sind Fettdrucke nicht vorgesehen.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Da müsste man die Sekretärin fragen; ich weiß es auch nicht.

(Beifall)

Es ist ja denkbar, dass die Sekretärin ein besonderes Faible für Herrn Montgomery hat.

(Heiterkeit – Beifall)

Werden weitere Vorschläge für den Vizepräsidenten gemacht? – Herr Windhorst.

Dr. Windhorst, Westfalen-Lippe: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich finde es richtig, dass wir uns satzungsgetreu verhalten. Ich finde es auch richtig, dass wir darüber diskutieren, wenn jemandem aufstößt, dass es nicht so läuft, wie er es sich vorstellt. Ich möchte als Delegierter Herrn Montgomery vorschlagen. Ich kann es nicht mittragen, dass wir uns wegen solcher Formalien aufhalten und vielleicht eine Person in Misskredit bringen. Es ist eine Frage der Fairness, dass wir uns jetzt nicht weiter darüber unterhalten. Ich als Delegierter schlage ihn vor.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. Sie haben das gehört. Ich frage vorsichtshalber, ob der Vorschlag von zehn Delegierten unterstützt wird. Bitte das Handzeichen. – Das ist sicher der Fall. Dann ist auch das in Ordnung.

Jetzt nochmals eine Meldung zur Geschäftsordnung. Das lässt sich fortsetzen.

Dr. Joas, Bayern: Wir haben vorhin beim Präsidenten mehrheitlich beschlossen, dass wir keine Vorstellung brauchen. Wir beantragen, dass bei den Vizepräsidenten auf jeden Fall eine Vorstellung erfolgt, weil es wichtig ist, wie sich die Kandidaten positionieren. Diesen Antrag stelle ich offiziell.

Danke.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. Wir sollten aber den Beschluss von vorhin zur Umstellung der Tagesordnung nicht dahin gehend konterkarieren, dass jetzt große Wahlreden gehalten werden. Wir sollten es auf eine persönliche Vorstellung mit einer Redezeit von etwa zwei Minuten begrenzen. Sind Sie damit einverstanden?

(Beifall)

Ich frage: Wer ist für diesen Vorschlag, den ich eben gemacht habe? – Das ist mit Sicherheit die Mehrheit. – Wer ist dagegen? – Einzelne. Enthaltungen? – Ich sehe keine. Dann verfahren wir so.

Wir gehen in alphabetischer Reihenfolge vor: Herr Crusius, Herr Jonitz, Herr Montgomery, dann Frau Stüwe. Bitte, Herr Crusius.

Dr. Crusius: Herr Ehrenpräsident! Hohes Präsidium! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Ich heiße Andreas Crusius, bin 51 Jahre alt, verheiratet mit einer Fachärztin für Mikrobiologie, zwei Kinder. Meine Tochter studiert Medizin, mein Sohn studiert Chemie. Ich bin im ersten Leben Facharzt für Pathologie und an der Gastroenterologie an der Universität Rostock als Facharzt für Innere Medizin tätig.

Ich werde mich speziell für die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung einsetzen, besonders auch für Rotationsstellen, und zwar nicht nur in der Allge-

meinmedizin, sondern auch in den großen klinischen Fächern, wo das häufig missbraucht wird. Das Amt ist für mich auch Selbstverpflichtung. Deshalb habe ich mich in den letzten acht Jahren immer loyal an der Seite von Jörg Hoppe, der wie kein anderer zur Integrationsfigur der deutschen Ärzteschaft geworden ist, eingebracht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Jörg Hoppe hat es gesagt: Wir müssen uns programmatisch und medial neu aufstellen. In Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen werden wir uns auf den Weg machen, noch stärker als bisher für die Freiheit und die Freiberuflichkeit unseres ärztlichen Daseins zu kämpfen. Ich würde gern wieder für die Interessen der Kolleginnen und Kollegen an vorderster Stelle, an der Front dabei sein, und zwar mit deutlicher Stimme. Deshalb bewerbe ich mich.

Dabei werde ich mein Augenmerk auf die immer noch bestehenden Differenzen zwischen West und Ost richten, auf Honorargerechtigkeit, Gleichberechtigung und Gleichbehandlung der Kolleginnen und Kollegen in ganz Deutschland.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke sehr. – Als Nächster Herr Jonitz.

Dr. Jonitz: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich stehe hier, damit Sie eine Wahl haben. Mit der Wahl zum ersten Vizepräsidenten der Bundesärztekammer treffen Sie nämlich nicht nur eine Personalentscheidung, sondern auch eine Richtungsentscheidung. Jede der Kandidatinnen bzw. jeder der Kandidaten hat ihre bzw. seine individuellen Eigenheiten, hat Vorzüge und Einschränkungen. Sie kennen sie – sie kennen sie wahrscheinlich alle –, und Sie dürfen wählen.

Zu meiner Person: Ich bin 48 Jahre alt, Facharzt für Chirurgie. Ich bin unter anderem Mitglied der Fachgesellschaft Chirurgie und auch der DEGAM. Meine Frau ist Internistin und als ärztliche Psychotherapeutin niedergelassen. Unser Sohn ist 15 Jahre alt.

In der Kammerpolitik bin ich seit 1995. Ich bin Präsident der Ärztekammer Berlin seit 1999. Ich habe in dieser Zeit gelernt, Politiker weniger nach ihren Worten, sondern nach ihren Taten zu bemessen. Wir in Berlin reden nicht nur von der Geschlossenheit der Ärzteschaft, wir praktizieren sie. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin wird nunmehr in der dritten Legislaturperiode in Folge harmonisch und konstruktiv von einer Koalition aus Haus-, Fach- und Krankenhaus-

ärzten geführt. Ich möchte mich an dieser Stelle stellvertretend für alle Vorstandsmitglieder und Geschäftsführer bei meinem Vizepräsidenten Elmar Wille bedanken.

Wir setzen auf Zusammenarbeit und Sacharbeit. Wir haben Themen auf den Weg gebracht, die Sie wahrscheinlich alle noch in Erinnerung haben: Wir haben das Thema „Arzt im Krankenhaus“ auf dem Ärztetag 1998, die Probleme mit den DRGs seit 1993 und das Thema der Lohnnebenkostenlüge auf dem Ärztetag in Rostock 2002 behandelt. Mit dem einstimmigen Beschluss zur Patientensicherheit auf dem Ärztetag 2005 hat sich die Ärzteschaft an die Spitze der Bewegung gestellt.

Meine Damen und Herren, wir sind als Ärzteschaft in der Defensive. Aus dieser müssen wir heraus. Was ist zu tun? Ich nenne drei Punkte:

Erstens. Die gesundheitspolitische Diskussion gewinnt derjenige, der glaubhaft Anwalt der Patientenversorgung ist. Das sind wir. Wir sind die Guten. Wir brauchen Verbündete, wir brauchen eine Kampagne, die unser Wirken in die Öffentlichkeit bringt und besser darstellt.

Wir brauchen zweitens eine bessere Gegenstrategie gegen die Politik. Wir müssen uns wehren gegen die Verunglimpfungen. Ich persönlich – es tut mir leid – habe es satt, mich als Tanzbär am Nasenring durch den Zirkus der Gesundheitspolitik führen zu lassen.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Die Zeit!

Dr. Jonitz: Danke. Nur noch ein Satz. Drittens. Wir sind in einer Umbruchphase. Wir haben jetzt die Möglichkeit, eine Führungsrolle im Gesundheitswesen zu übernehmen. Die Kammern sind die einzigen Institutionen, die unabhängig und sachkundig sind. Diese Führungsrolle im Gesundheitswesen ist unbesetzt. Ich denke, wir sollten sie anstreben.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Das ist aber ein langer Satz!

(Heiterkeit)

Dr. Jonitz: Dann breche ich hier ab. Sie haben die Wahl.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Jetzt Herr Montgomery.

Dr. Montgomery: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin 54 Jahre alt, verheiratet mit einer niedergelassenen Allgemeinärztin. Ich bin im Hauptberuf Arzt für Radiologie.

Was ich in 2005 und 2006 zusammen mit dem Marburger Bund und vielen von Ihnen auf die Beine gestellt habe, haben Sie gesehen. Ich will mich deswegen in meinen zwei Minuten Redezeit mit der Zukunft beschäftigen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir brauchen endlich gemeinsam ein Programm, wie wir die Zukunft gestalten wollen, wie wir uns unsere Zukunft als Ärzte vorstellen. Ich habe Ihnen dazu auf dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag letztes Jahr in Berlin ein Zehnpunktepapier vorgelegt. Das muss man ausarbeiten. Das „Blaue Papier“ allein reicht nicht, sondern wir brauchen Aussagen über Versorgung und Finanzierung.

Wir brauchen zweitens dann ein Konzept, wie man dieses mit geschickter Öffentlichkeitsarbeit und unterfüttert durch Versorgungsforschung in die Öffentlichkeit bringt. Wir brauchen drittens – das wird etwas ganz Entscheidendes sein – endlich eine Strategie, liebe Kolleginnen und Kollegen, wie wir hinterher den Kampf führen, mit welchen Kampfmitteln.

Ich will Ihnen nur folgendes Beispiel nennen. In der Ärztekammer Hamburg haben wir eine Patientenzeitschrift entwickelt, die in allen Wartezimmern ausgelegt werden kann, um die Patienten über die Positionen der Ärzteschaft zu informieren.

Schließlich, meine Damen und Herren: Wir brauchen wieder das, was wir in 2006 gespürt haben, nämlich Solidarität untereinander, dass wir gemeinsam – niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte – auf die Straße gegangen sind und für unsere Belange demonstriert haben. Das ist ein ganz entscheidender Faktor: Es muss uns gelingen, wieder gemeinsam diese Dinge zu bewegen, gemeinsam diese Programme zu entwickeln, sie gemeinsam abzustimmen und schließlich auch solidarisch zu vertreten.

Deswegen haben wir die große Chance zum zweiten Westfälischen Frieden hier durch kluge Beschlüsse.

Vielen Dank, meine Damen und Herren.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Herr Montgomery. – Jetzt Frau Kollegin Stüwe.

Dr. Stüwe: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich bin im ersten Leben Krankenschwester geworden und seit 1965 in deutschen Krankenhäusern tätig. Ich habe dann später Medizin studiert. Ich bin Ärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie. Ich bin seit über 25 Jahren in den Dr.-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden tätig. Dort bin ich Oberärztin in der Klinik für Viszeral- und Allgemeinchirurgie. Mit meiner anderen Hälfte der Stelle bin ich im DRG-Management tätig und habe somit ganz engen Kontakt zur Ökonomie.

Ich bin zusätzlich im Aufsichtsrat sowohl der Klinik als auch der darüber angesiedelten Holding.

Für mich gehören Hausärzte, Fachärzte und Klinikärzte unverbrüchlich zusammen. Da gibt es für mich überhaupt keine Trennung. Diejenigen, die mich kennen, wissen, dass ich keinen Konflikten aus dem Wege gehe. Konfliktscheu ist, glaube ich, das Letzte, was man mir vorwerfen kann.

Ich werde in der Zukunft noch mehr als bisher aufdecken, welchen Einfluss die Ökonomie auf unsere ärztliche Berufstätigkeit hat und insbesondere auch auf die Verschlechterung der Patientenversorgung.

Das wird mein Weg in die Zukunft sein. Dass ich für einen sparsamen Haushalt bin, wird Ihnen Herr Professor Fuchs bestätigen können. Ich glaube, ich könnte in dieser Position gute Dinge bewegen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Frau Stüwe.

Wir kommen dann zur Wahl. Dazu nehmen Sie bitte den weißen Stimmzettel und schreiben darauf den Namen eines der Kandidaten. Anmerkungen und Sonstiges würden den Stimmzettel ungültig machen. Sie müssen bitte den Namen aufschreiben; „ja“ und „nein“ geht nicht.

Wir führen auch diese Wahl an den Ihnen bekannten Wahlurnen durch.

Hat jeder, der wählen möchte, seine Stimme abgegeben? – Das scheint so zu sein. Dann schließen wir diesen Wahlgang. Ich bitte die Wahlurnen nach vorne zur Auszählung zu bringen.

Ich gebe das Ergebnis bekannt. 249 abgegebene Stimmen, ungültig 3. Das sind 246 Stimmen, davon 5 Enthaltungen. Das sind 241 zu zählende Stimmen. Das Quorum beträgt 121 Stimmen.

Das Quorum hat keiner erreicht. Auf Herrn Montgomery entfielen 110 Stimmen, auf Herrn Jonitz 67 Stimmen, auf Herrn Crusius 35 Stimmen und auf Frau Stüwe 29 Stimmen,

(Beifall)

sodass wir nun in einen zweiten Wahlgang zur Wahl eines Vizepräsidenten eintreten.

Zunächst die Frage, ob alle, die hier kandidiert haben, wieder kandidieren wollen? Herr Montgomery? – Ja. Herr Jonitz? – Ja. Herr Crusius? – Ja. Frau Stüwe? – Frau Stüwe kandidiert nicht.

(Beifall)

Es sind jetzt Herr Montgomery, Herr Jonitz und Herr Crusius vorgeschlagen. Damit keine Unruhe aufkommt: Erst im dritten Wahlgang erfolgt die Stichwahl, bei der allein die höchste Stimmenzahl entscheidend ist.

Jetzt nehmen Sie bitte den gelben Zettel. Haben Sie ihn?

(Zurufe)

– Die gelben Zettel werden jetzt verteilt. Wir haben noch gelbe Zettel im Hause; daran soll es nicht scheitern.

(Unruhe)

– Es besteht kein Grund zur Aufregung. Die Zettel werden gleich verteilt. Wenn Sie sich auf Ihre Plätze begeben, erleichtert das die Verteilung.

Wenn Sie wählen, schreiben Sie bitte wiederum nur den Namen eines Kandidaten auf. Weitere Anmerkungen machen den Stimmzettel ungültig. Schreiben Sie den Namen nach Möglichkeit auf die Vorderseite des Zettels. Das erleichtert den Auszählern die Arbeit, nicht dass der Name auf der Rückseite gesucht werden muss.

Haben alle gewählt, die wählen wollen? – Das scheint der Fall zu sein. Dann bitte ich die Urnen nach vorne zu bringen, damit ausgezählt werden kann.

Damit ist dieser Wahlgang geschlossen.

Das Ergebnis liegt vor. Zahl der abgegebenen Stimmen: 242, gültig abgegebene Stimmen: 242, Enthaltungen: 7, sodass 235 Stimmen zu zählen sind. Das Quorum beträgt also 118 Stimmen.

Das Quorum hat niemand erreicht. Herr Montgomery erhielt 104 Stimmen, Herr Jonitz 98 Stimmen und Herr Crusius 33 Stimmen. Es ist also ein dritter Wahlgang erforderlich.

Nun frage ich die beiden Kandidaten mit der höchsten Stimmenzahl – das sind Herr Montgomery und Herr Jonitz –, ob sie bereit sind, zu kandidieren. Herr Jonitz? – Ja. Herr Montgomery? – Ja. Sie haben also die Wahl zwischen Herrn Jonitz und Herrn Montgomery.

Nehmen Sie jetzt bitte den blauen Wahlzettel, den manche auch als grün bezeichnen. Das Wahlverfahren ist wie gewohnt: Bitte nur einen Namen aufschreiben, keine weiteren Bemerkungen, seien sie intelligent oder dumm. Sonst ist der Stimmzettel ungültig. Dann gehen Sie bitte wieder an die bekannten Urnen.

Haben alle ihre Stimme abgegeben, die wählen wollten? – Das scheint der Fall zu sein. Dann schließe ich den Wahlgang und bitte die Urnen hier nach vorne zu bringen.

Meine Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Ergebnis liegt vor. Abgegebene Stimmen in diesem Wahlgang: 247, Zahl der ungültig abgegebenen Stimmen: 2, Enthaltungen: 10. In § 5 Abs. 2 Satz 4 der Satzung der Bundesärztekammer heißt es:

> *Es ist jeweils die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich.*

Es gilt also nicht mehr das Quorum.

Auf Herrn Montgomery entfielen 121 Stimmen, auf Herrn Jonitz 114 Stimmen.

(Beifall)

Damit ist Herr Montgomery zum Vizepräsidenten gewählt. Ich frage Herrn Montgomery, ob er die Wahl annimmt. – Ja. Damit ist Herr Montgomery neuer Vizepräsident der Bundesärztekammer. Herzlichen Glückwunsch zur Wahl!

(Beifall)

Wir kommen nun zur Wahl eines weiteren Vizepräsidenten. Ich bitte um Wahlvorschläge. Hier liegt schon ein Wahlvorschlag vor: Frau Goesmann, von Herrn Wagenknecht aus Niedersachsen eingebracht, versehen mit der nötigen Zahl von Unterschriften. Der Ihnen vorliegende Antrag IX-9 ist damit erledigt.

Es gibt einen weiteren Vorschlag von Frau Christiane Frenz. Sie schlägt Frau Elke Köhler als zweiten Vizepräsidenten vor.

Das sind die beiden Vorschläge, die bislang hier vorliegen. Werden weitere Personen vorgeschlagen? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Dann kommen wir jetzt zur Wahl zwischen diesen beiden Vorschlägen: Frau Goesmann und Frau Köhler.

(Zuruf: Vorstellung!)

– Sie wollen eine Vorstellung. Ich muss die beiden Vorgeschlagenen erst einmal fragen, ob sie überhaupt kandidieren wollen. Frau Goesmann? – Ja. Frau Köhler? – Ja.

Vorhin ist die Vorstellung beschlossen worden. Ich möchte die beiden Damen bitten, sich kurz vorzustellen; zwei Minuten, ohne riesige berufspolitische Grundsatzreden. Bitte, Sie haben das Wort, Frau Goesmann.

Dr. Goesmann: Herr Ehrenpräsident! Meine beiden gewählten Mitbewerber – meine herzlichen Glückwünsche –! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Mein Name ist Cornelia Goesmann, ich bin 54 Jahre alt, seit 22 Jahren als Ärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie in Hannover niedergelassen, inzwischen in einer großen Gemeinschaftspraxis mit meinem Ehemann. Ich habe einen Lehrauftrag für das Fach Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule und sehe als eine meiner wichtigen Aufgaben auch die Gewinnung des Nachwuchses für die Patientenbetreuung an.

Ich bin seit etwa 20 Jahren berufspolitisch aktiv. Ich bin von Ihnen vor vier Jahren zur Vorsitzenden der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin gewählt worden. Ich bin für zwei Jahre in dieser Position zum Vorstand der Bundesärztekammer kooptiert gewesen. Ich bin vor zwei Jahren als Vizepräsidentin der Bundesärztekammer gewählt worden.

Diese zwei Jahre habe ich für mich persönlich als Probezeit empfunden. Möchte ich in dieser Position weiterarbeiten? Möchte ich mich für dieses Amt noch einmal bewerben oder nicht? Ich möchte an dieser Stelle meine Bewerbung abgeben, weil ich mit folgenden Schwerpunkten gern weitermachen möchte: Es geht mir um Politikberatung und Politikbeeinflussung durch klare politische Positionierungen der gesamten Ärzteschaft, die wir ja demnächst in Form eines gesundheitspolitischen Papiers, das auch alle anderen divergierenden Strömungen einbeziehen muss, darlegen werden.

Mein zweiter Schwerpunkt wird als Vorsitzende der Fachberufegremien der Bundesärztekammer sein, noch einmal zu definieren – auch durch Ihren Input

aus den Landesärztekammern –, was die ärztliche Profession in Abgrenzung zu und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist.

Den dritten Schwerpunkt sollen nach wie vor ethische und vor allem humanitäre Fragen bilden.

Ich freue mich, wenn ich gewählt würde, auf die Zusammenarbeit in diesem Team, um die Ärzteschaft geschlossen nach außen zu vertreten.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Frau Goesmann. – Frau Köhler, bitte, Sie haben das Wort.

Köhler, Brandenburg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrter Herr Montgomery, erst einmal meinen herzlichen Glückwunsch! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Niemand anders als unsere Gesundheitsministerin höchstselbst hat uns am Dienstag noch einmal eindrucksvoll deutlich gemacht, dass wir alle gemeinsam noch viel zu tun haben. Wir müssen geschlossen dafür kämpfen, dass wir, ob in Praxis oder im Krankenhaus, auch künftig noch mit hoher Qualität unsere Patienten versorgen können. Wir müssen aber auch dafür kämpfen, dass ohne falsche Bescheidenheit der Arztberuf wieder attraktiv und ein freier Beruf wird.

Als Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Brandenburg habe ich mich im Dezember 1990 bewusst in die Niederlassung begeben. Das System, in welches uns Frau Schmidt wieder einzwängen möchte, kenne ich sehr gut. Ich möchte das auf keinen Fall wiederhaben.

(Beifall)

Es ist schnell zu meiner Überzeugung geworden, dass zur ärztlichen Berufsausübung auch das Engagement für unseren Berufsstand gehört. So bin ich 1990 Mitglied des Hartmannbunds geworden. Der Hartmannbund wurde bei uns erst 1990 gegründet. Seit 1992 bin ich dort Landesvorsitzende. Ebenfalls seit 1992 bin ich Kammerversammlungsmitglied und seit elf Jahren Vizepräsidentin der Landesärztekammer.

Auch meine Arbeit im Vorstand der Ärzteunion Brandenburg hat mir gezeigt, dass wir nur über Verbandsgrenzen hinweg und unter Zurückstellung von Einzelinteressen berufspolitisch Erfolg haben können. Wir Allgemeinmediziner sind nichts ohne die Fachärzte und umgekehrt auch nicht. In diesem Sinne bitte ich um Ihre Unterstützung.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Frau Köhler.

Nun ist die Vorstellung erfolgt. Wir kommen zur Wahl. Dazu nehmen Sie bitte einen weißen Stimmzettel. Schreiben Sie bitte nur einen Namen auf, keine weiteren Bemerkungen irgendwelcher Art. Geben Sie den Wahlzettel dann an den Ihnen bekannten Urnen ab.

Haben alle ihre Stimme abgegeben, die wählen wollten? – Das scheint der Fall zu sein. Dann schließe ich den Wahlgang und bitte die Urnen nach vorne zu bringen.

Wir werden anschießend die weiteren Mitglieder des Vorstands wählen, damit wir vor der Mittagspause den gesamten Vorstand gewählt haben.

Das Wahlergebnis liegt vor. Abgegebene Stimmen: 242, ungültig: 1, Enthaltungen: 16, zu zählende Stimmen: 225. Das Quorum beträgt 113. Auf Frau Goesmann entfielen 162 Stimmen,

(Beifall)

auf Frau Köhler 63.

Ich frage nunmehr Frau Goesmann, ob sie die Wahl annimmt. – Ja.

(Beifall)

Damit ist Frau Goesmann als Vizepräsidentin der Bundesärztekammer für die kommende Amtsperiode gewählt. Herzlichen Glückwunsch!

Nun kommen wir zur Wahl der zwei weiteren Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer. Dies geschieht in zwei getrennten Wahlgängen. Dazu liegen drei Vorschläge vor: einer für Herrn Albring, einer für Herrn Henke und einer für Herrn Kaplan. Damit keine Unruhe entsteht: Frau Bühren ist ein Vorschlag für den zweiten Sitz, nicht für den ersten Wahlgang.

Ich frage nun die Benannten, ob sie kandidieren wollen. Herr Albring? – Ja. Herr Henke? – Ja. Herr Kaplan? – Ja.

Dann kommen wir zur Vorstellung, wie üblich kurz und prägnant, zwei Minuten. Wir gehen nach dem Alphabet vor. Zunächst also bitte Herr Albring.

Dr. Albring, Niedersachsen: Lieber Herr Präsident! Liebe Vizepräsidentin! Lieber Vizepräsident! Auch von mir aus herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl.

Mein Name ist Christian Albring. Ich bin 55 Jahre alt, niedergelassener Gynäkologe. Ich bin Präsident des Berufsverbands der Frauenärzte und Vorsitzender der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände in Niedersachsen und gleichzeitig neben meiner Kammertätigkeit auch noch in der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

Auch wenn es eine Plattitüde ist: Ich bin von Kollegen gefragt worden, mich hier zur Verfügung zu stellen, um fachärztlichen Sachverstand aus der niedergelassenen Praxis in den Vorstand einzubringen. Wir haben einen hervorragenden Vorstand, aber dessen Mitglieder erleben nicht am eigenen Leibe, wie die Situation in der Niederlassung ist. Neben Frau Goesmann, die einen ausgezeichneten Sachverstand aus der hausärztlichen ambulanten Versorgung in den Vorstand einbringt, möchte ich den Sachverstand der fachärztlichen Ebene einbringen.

Wir erleben immer wieder, dass die 60 000 niedergelassenen Fachärzte in Deutschland besonders unter Beschuss stehen. Die unsägliche Behauptung von Herrn Lauterbach, es gebe eine doppelte Facharztstruktur, es gebe Doppelverordnungen und Doppelröntgenuntersuchungen, haben wir gehört. Wir haben als Berufsverbände bei Herrn Rürup ein Gutachten in Auftrag gegeben, ohne zu wissen, was letztendlich dabei herauskommt. Wir haben feststellen müssen: Alle eben zitierten Aussagen sind falsch.

Wir haben also den ersten Schritt getan, aber es gibt noch mehr zu tun. Herr Hoppe hat bei der Eröffnungsveranstaltung gesagt, dass wir eventuell vom Freiberufler zum Freiheitskämpfer mutieren müssen.

Ich möchte den Sachverstand der niedergelassenen Fachärzte in den Vorstand einbringen. Ich betone ausdrücklich, dass ich nicht gegen jemanden antrete, sondern für die Sache und dass ich die konstruktive Zusammenarbeit fördern würde. In diesem Sinne bitte ich um Ihre Stimme.

Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Jetzt bitte Herr Henke.

Henke: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Mein Name ist Rudolf Henke. Ich bin 52 Jahre alt, verheiratet, wir haben vier Kinder. Seit 1980 bin ich Arzt, seit 1988 Facharzt für Innere Medizin und Oberarzt der Klinik für Hämatologie und Onkologie am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler bei Aachen. Berufspolitisch bin ich seit 1976 aktiv, schon

als Student im Marburger Bund, seitdem dort aktiv in verschiedenen Funktionen. Ich bin seit 1981 Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein und dort in verschiedenen Funktionen. Seit 1995 bin ich mit Ihrem Vertrauen Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer.

Ebenfalls seit 1995 bin ich direkt gewählter Abgeordneter der Stadt Aachen im Landtag von Nordrhein-Westfalen.

Hier im Vorstand war ich verantwortlich für die Leitung der Krankenhausgremien und für die Gremien der Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation.

Ich möchte schlicht mit Ihnen die Arbeit fortsetzen, die Sie mir durch Ihr Vertrauen in den vergangenen zwölf Jahren ermöglicht haben. Alles, was ich gesundheitspolitisch kann, habe ich hier in der Ärzteschaft bei Ihnen und von Ihnen gelernt. Deshalb hoffe ich diesmal wieder auf Ihre Unterstützung.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke, Herr Henke. – Dann bitte Herr Kaplan.

Dr. Kaplan, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Mein Name ist Max Kaplan. Ich bin 54 Jahre alt, bin verheiratet, habe zwei erwachsene Söhne. Ich bin Facharzt für Allgemeinmedizin. Seit 1985 bin ich niedergelassen in Bayerisch-Schwaben im Landkreis Unterallgäu. Jetzt bin ich niedergelassen in einer Dreier-Gemeinschaftspraxis zusammen mit einem weiteren Facharzt für Allgemeinmedizin und einer hausärztlichen Internistin.

Seit 2003 bin ich Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer. Hier bin ich schwerpunktmäßig zuständig für die Weiterbildung, für die Fortbildung, für die Prävention, für ethische Fragen und auch für die Aus- und Fortbildung unserer Medizinischen Fachangestellten.

Warum stehe ich hier? Warum kandidiere ich für den Vorstand der Bundesärztekammer? Wo sehe ich meine Schwerpunkte? Zum einen halte ich es für unbedingt notwendig, dass die ärztliche Selbstverwaltung eine stärkere Politisierung durchläuft. Wir müssen engeren Kontakt mit den Gesundheitspolitikern pflegen. Ein Schulterschluss mit den Verbänden, mit den ärztlichen Gesellschaften ist notwendig, damit wir, wie immer gefordert wird, mit einer gemeinsamen Stimme sprechen.

Um dies auch medienwirksam rüberbringen zu können, müssen wir die Medienarbeit optimieren und unsere Medienkompetenz ausweiten.

Als Hausarzt engagiere ich mich für ein einheitliches modernes Berufsbild des Hausarztes, mit dem wir unserem Nachwuchs, unseren jungen Kolleginnen und Kollegen eine Zukunftsperspektive geben. Das bedeutet ein Eintreten wider die Deprofessionalisierung unseres Arztberufs. Wir müssen auf den Strukturwandel im positiven Sinne eingehen.

Des Weiteren will ich mich für die curriculäre Fortbildung engagieren. Sie muss praxisnah und praxisgerecht sein. Ich bin auch der Meinung, dass wir uns im Vorfeld eines Präventionsgesetzes noch mehr profilieren und positionieren müssen. Ich möchte mich auch für die Aus- und Fortbildung unserer Medizinischen Fachangestellten einbringen.

Sehen Sie meine Bewerbung unter dem Motto von Dante Alighieri: Der eine wartet, bis die Zeit sich wandelt, der andere packt sie kräftig an und handelt. In diesem Sinne bitte ich Sie um Ihre Unterstützung.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke.

Wir kommen dann zur Wahl. Dazu nehmen Sie bitte wieder den weißen Stimmzettel und geben ihn an den bekannten Urnen ab. Bitte nur einen Namen aufschreiben, keine weiteren Bemerkungen.

Ich frage: Haben alle gewählt, die wählen wollen? – Das ist offenbar der Fall. Dann schließe ich jetzt den Wahlgang und bitte die Urnen nach vorn zu bringen, damit ausgezählt werden kann.

Das Ergebnis liegt vor. Zahl der abgegebenen Stimmen: 244, davon ungültig: 1, gültig: 243 Stimmen. Es gab 2 Enthaltungen. Zu zählende Stimmen also 241. Das Quorum wäre 121. Das hat keiner erreicht. Herr Henke hat 91 Stimmen, Herr Kaplan 87, Herr Albring 63.

(Beifall)

Wir müssen also einen zweiten Wahlgang durchführen. Dazu nehmen Sie bitte den gelben Stimmzettel. Ich frage zunächst, ob alle Kandidaten auch im zweiten Wahlgang kandidieren wollen. Herr Henke? – Ja. Herr Kaplan? – Ja. Herr Albring? - Ja.

Schreiben Sie auf den gelben Zettel bitte nur einen Namen und keinerlei sonstigen Bemerkungen. Gehen Sie anschließend bitte an die Ihnen bekannten Urnen.

Haben alle gewählt? – Ich sehe niemanden mehr, der zu den Wahlurnen gehen möchte. Dann können wir den Wahlgang schließen und die Urnen nach vorn bringen. Dann wird ausgezählt.

Etliche haben gesagt, man könne die Mittagspause ausfallen lassen. Andere legen natürlich Wert auf eine Pause. In letzterem Fall meine ich, wir müssen sie etwas verkürzen und nicht anderthalb Stunden dauern lassen. Wer ist dafür, dass die Mittagspause ausfällt? – Das sind wenige. Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer ist für eine Stunde Mittagspause? – Wer ist für eine längere Mittagspause, anderthalb Stunden? – Wenige. Dann machen wir eine Stunde Pause, wenn ausgezählt ist und Sie das Ergebnis gehört haben. Aber freuen Sie sich nicht zu früh: Wir haben dann noch einen weiteren Sitz im Vorstand zu besetzen.

Das Ergebnis liegt vor. Abgegebene Stimmen: 245, ungültige Stimmen: keine. Gültige Stimmen also: 245. Enthaltungen: 1. Es sind also 244 Stimmen zu werten. Das Quorum beträgt 123. Das Quorum hat niemand erreicht. Herr Henke hat 103 Stimmen, Herr Kaplan 90 Stimmen und Herr Albring 51 Stimmen.

Nach der Satzung kommt es jetzt zur Stichwahl zwischen den beiden Kandidaten mit der höchsten Stimmenzahl. Das sind Herr Henke und Herr Kaplan. Ich frage die beiden Herren, ob sie bereit sind, weiterhin zu kandidieren. Herr Henke? – Ja. Herr Kaplan? – Ja.

Nehmen Sie für den dritten Wahlgang bitte den blauen Wahlzettel. Die einen bezeichnen ihn als blau, die anderen als grün. Das liegt wohl an der jeweiligen Beleuchtung.

Wie gewohnt: Bitte nur einen Namen aufschreiben, keine weiteren Bemerkungen. Wenn Sie den Stimmzettel ausgefüllt haben, gehen Sie bitte zu den Wahlurnen.

Hat jeder seine Stimme abgegeben, der es möchte? – Dann schließe ich den Wahlgang und bitte die Urnen nach vorn zu bringen.

Das Ergebnis liegt jetzt vor. Abgegebene Stimmen: 244, davon 3 Enthaltungen. Es sind also 241 zu zählende Stimmen. Die Mehrheit wären 122 Stimmen. Auf Herrn Henke entfielen 128 Stimmen, auf Herrn Kaplan 113 Stimmen.

(Beifall)

Ich frage Herrn Henke, ob er die Wahl annimmt? – Er nimmt die Wahl an.

(Beifall)

Dann kommen wir zum zweiten Sitz. Dazu liegen mir hier Anträge vor, und zwar für Herrn Bakker aus Bremen und für Frau Bühren aus Murnau. Ich frage: Werden weitere Vorschläge gemacht? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

(Zuruf)

– Herr Kaplan. Wird der Vorschlag Kaplan von mindestens zehn Delegierten unterstützt? – Das sind sicher schon zehn Delegierte.

Werden weitere Vorschläge gemacht? – Das ist nicht der Fall. Es kandidieren also Frau Bühren, Herr Bakker und Herr Kaplan. Ich frage die Kandidaten, ob sie kandidieren wollen. Frau Bühren? – Ja. Herr Bakker? – Ja. Herr Kaplan? – Auch.

(Zuruf: Vorstellen!)

– Es wird Vorstellung gewünscht. Wir gehen wiederum nach dem Alphabet vor. Zunächst also bitte Herr Bakker, zwei Minuten.

Bakker, Bremen: Sehr geehrter Herr Vilmar! Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte allen, die bis jetzt gewählt worden sind, meinen herzlichen Glückwunsch aussprechen.

Ich bin gebürtiger Ostfriese, 55 Jahre alt, habe zwei Töchter. Ich habe hier in Münster, in dieser wunderschönen Stadt, studiert und mein Examen gemacht. Ich bin seit 1980 in Bremen-Vahr, einem Stadtteil von Bremen mit hohem Migrantenanteil, als Allgemeinmediziner niedergelassen. Ich bin seit 1999 im Vorstand der Ärztekammer Bremen und seit 2004 deren Vizepräsident. Ich bin stellvertretender Vorsitzender des Hausärzteverbands in Bremen, Vorsitzender des Sportärztebunds Bremen und im Vorstand der Hausärztlichen Fortbildungsakademie, einer gemeinsamen Einrichtung von Allgemeinmedizinern und hausärztlichen Internisten in Bremen, auf die wir sehr stolz sind.

Ich leiste in diversen Organisationen Gremienarbeit: in der KV-VV, in Unterausschüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, auch in der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention.

Ich habe in Bremen zehn Jahre lang für einen Bundesligaverein gearbeitet, dessen Vereinsfarben grün-weiß sind. Ich habe zehn Jahre lang für den Deutschen Fußballbund Dopingkontrollen durchgeführt. Meine Tätigkeitsschwerpunkte sind Fortbildung, Ausbildung, Weiterbildung.

Ich bitte Sie, mir Ihre Stimme zu geben, weil ich gemeinsam mit Gebiets- und Krankenhausärzten die Nöte und Sorgen unserer Kollegen angehen möchte.

Damit lasse ich es genug sein. Danke schön.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. – Jetzt bitte Frau Bühren.

Dr. Bühren: Ich heiße Astrid Bühren und bewerbe mich wieder um den Sitz einer weiteren Ärztin. Ich bin niedergelassene Ärztin, eine von dreien im bisherigen 20-köpfigen Vorstand, davon die einzige niedergelassene Fachärztin. Als Präsidentin des Ärztinnenbundes bringe ich die Erfahrungen der Ärztinnen ein, die den Spagat zwischen Beruf und Familie meistern. Besonders am Herzen liegen mir die innere Einheit der Ärzteschaft und die sprechende Medizin.

Liebe Kollegen und Kolleginnen, ich habe die Arbeit im Vorstand gerne gemacht und würde sie gerne mit Ihrem Vertrauen auch weiterhin machen.

Ich bedanke mich.

(Beifall)

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke schön. – Herr Kaplan, wollen Sie sich noch einmal vorstellen? Das Recht hätten Sie. – Er verzichtet.

(Beifall)

Wir kommen nun zur Wahl. Dazu nehmen Sie bitte den weißen Stimmzettel. Schreiben Sie bitte nur einen Namen auf, keine sonstigen Bemerkungen.

Hat jeder seine Stimme abgegeben, der das möchte? – Dann schließe ich diesen Wahlgang und bitte die Urnen nach hier vorn zu bringen.

Jetzt liegt das Wahlergebnis vor. Es ist aber noch kein Endergebnis. Zahl der abgegebenen Stimmen: 240, davon Enthaltungen: 3. Zu zählen sind 237 Stimmen. Die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen beträgt 119. Davon entfielen auf Frau Bühren 108 Stimmen, auf Herrn Kaplan 105 Stimmen, auf Herrn Bakker 24 Stimmen.

Wir müssen also einen weiteren Wahlgang durchführen. Ich frage die bisherigen Kandidaten, ob sie auch für den nächsten Wahlgang kandidieren? Frau Bühren? – Ja. Herr Kaplan? – Ja. Herr Bakker? – Nein.

(Beifall)

Die Wahl erfolgt also zwischen Frau Bühren und Herrn Kaplan. Dazu nehmen Sie bitte den gelben Stimmzettel. Das Verfahren ist so wie schon oft geübt: nur einen Namen aufschreiben, entweder „Bühren“ oder „Kaplan“, keine weiteren Anmerkungen. Geben Sie Ihren Stimmzettel bitte an den Ihnen bekannten Wahlurnen ab.

Hat jeder gewählt, der wählen wollte? – Dann schließe ich jetzt den Wahlgang und bitte die Urnen zur Auszählung nach vorn zu bringen.

Wir haben jetzt das Ergebnis. Abgegebene Stimmen: 238, davon Enthaltungen: 1. 237 Stimmen sind zu zählen. Wen es interessiert – jetzt wird ja mit Mehrheit gewählt –: Das Quorum wären 119 Stimmen. Herr Kaplan erhielt 120 Stimmen, Frau Bühren 117 Stimmen.

(Beifall)

Damit ist Herr Kaplan gewählt. Ich frage ihn, ob er die Wahl annimmt. – Ja. Herzlichen Glückwunsch!

Wir haben bis auf die Wahlen zu den Akademien die Abstimmungen durchgeführt. Die Wahlen zu den Akademien sollen nach der Mittagspause erfolgen.

Es liegt jetzt ein Geschäftsordnungsantrag vor, statt 60 Minuten nur 30 Minuten Mittagspause zu machen. Das können wir durch Abstimmung regeln. Wer ist für 30 Minuten? – Das scheint die Mehrheit zu sein. Wer ist für 60 Minuten? – Das Erste war die Mehrheit.

(Widerspruch)

– Wenn Sie sich alle setzen, zählen wir das auch aus.

(Zuruf)

– Jetzt gibt es einen Alternativantrag: 45 Minuten.

(Beifall)

– Gut, dann setzen wir die Sitzung um 15 Uhr fort. Wir führen dann die Wahlen zu den Akademien und zum Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung durch. Dann erfolgt auch die Verpflichtung.

Ich wünsche Ihnen guten Appetit, falls Sie etwas essen wollen.

3. Tag: Donnerstag, 17. Mai 2007
Nachmittagssitzung

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Meine Damen und Herren! Wir setzen die unterbrochene Sitzung fort. Ich erläutere Ihnen zunächst das Vorgehen bei den Wahlen für den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung, die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin sowie die Deutsche Akademie der Gebietsärzte. Für den Senat sieht das Statut gemäß § 5 vor, dass die sieben ordentlichen Mitglieder des Senats aus einer Vorschlagsliste des Vorstands der Bundesärztekammer vom Deutschen Ärztetag gewählt werden. Der Antrag IX-1 enthält zehn Vorschläge. Demnach ist ein Wahlgang erforderlich. Zur Vereinfachung des Geschäftsgangs schlagen wir Ihnen vor, dass Sie auf dem für Sie bestimmten Antrag maximal sieben Kandidaten ankreuzen. Wenn Sie mehr ankreuzen, wird der Stimmzettel ungültig. Mit diesem Antrag begeben Sie sich dann wiederum zu den Wahlurnen. Später wird ausgezählt.

Ein ähnliches Verfahren ist für den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin vorgesehen. Das Statut sieht vor, dass der Vorstand aus fünf aus einer Vorschlagsliste gewählten Ärzten gebildet wird. Es liegen sieben Vorschläge vor.

Ähnliches gilt für die Wahl des Vorstands der Deutschen Akademie der Gebietsärzte. Auch hier sind aus sieben Vorschlägen maximal fünf Namen anzukreuzen.

Es geht um die Anträge IX-1, IX-2 und IX-3. Hat die jeder?

(Zuruf: Gleichzeitig?)

– Die Stimmzettel können gleichzeitig abgegeben werden. Die Stimmen werden außerhalb des Saales ausgezählt, weil es sich um ein recht umständliches Zählverfahren handelt. Das dauert eine Weile. Das Wahlergebnis wird dann mitgeteilt, wenn es vorliegt.

Herr Eckel hat gebeten, dass er zu den einzelnen Persönlichkeiten im Vorschlag des Vorstands für die Wahl zum Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung einige Ausführungen machen und Ihnen die Persönlichkeiten vorstellen kann. Bitte, Herr Eckel.

Prof. Dr. Eckel: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihnen die Namen der Vorgeschlagenen nennen und erklären, was sie in

welcher Funktion getan haben. Das wird nicht lange dauern. Ich werde nach dem Alphabet vorgehen.

Herr Professor Dr. Otto Bach aus Dresden ist Psychiater. Er ist der Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Sachsen und langjähriges Mitglied im Senat.

Herr Dr. Franz Bartmann aus Bad Segeberg ist Chirurg, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und langjähriger Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung in Schleswig-Holstein. Er ist viele Jahre in unserem Senat kooptiert und hat uns wertvolle Hilfe geleistet.

Frau Privatdozentin Dr. Maria Birnbaum aus Berlin ist Internistin und Transplantationsmedizinerin. Sie ist in den Weiterbildungsgremien der Ärztekammer Berlin tätig. Sie ist Mitglied in der Ernst-von-Bergmann-Akademie und ebenfalls über viele Jahre im Senat tätig.

Herr Professor Dr. Jürgen Gedschold aus Magdeburg ist Kinderarzt und Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung in Sachsen-Anhalt.

Herr Dr. Hellmut Koch aus München ist Internist, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, langjähriger Leiter des Fortbildungskongresses in Nürnberg und ebenfalls Mitglied des Senats seit vielen Jahren.

Herr Professor Dr. Ernst-Gerhard Loch aus Wiesbaden ist Gynäkologe, Leiter der Akademie für ärztliche Fortbildung in Hessen und mein Stellvertreter im Senat.

Frau Professor Dr. Elisabeth Märker-Hermann aus Wiesbaden ist Internistin und Rheumatologin, ebenfalls lange engagiert in der ärztlichen Fortbildung.

Herr Professor Dr. Wilfred Nix aus Mainz ist Neurologe und Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

Herr Dr. Wolf von Römer aus München ist Internist und 1. Vizepräsident des BDI, seit 1990 aktiv in der Fortbildung im BDI in Bayern tätig.

Herr Kollege Jens Wagenknecht aus Varel ist Allgemeinmediziner, Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Niedersachsen und Mitglied im Ausschuss „Ärztliche Fortbildung“. Er leitet die ja sehr bekannte Fortbildung auf Langeoog.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Herr Eckel, können Sie gleich hinsichtlich der Akademie der Gebietsärzte fortfahren? Dann sparen wir Zeit.

Prof. Dr. Eckel: Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vom Vorstand der Bundesärztekammer werden vorgeschlagen: Herr Dr. Franz-Joseph Bartmann aus Bad Segeberg – ich habe ihn eben vorgestellt –; Herr Dr. Horst Feyerabend aus Hagen, niedergelassener Arzt für Innere Medizin; Herr Dr. Klaus Ottmann aus München, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Urologe, langjährig tätig in der Fortbildung; Frau Dr. Christa Schaff aus Weil der Stadt, Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin, Vorsitzende des Berufsverbands; Herr Professor Dr. Werner Schlake aus Gelsenkirchen, Pathologe, Vizepräsident der GFB; Herr Dr. Dr. Hans-Peter Ulrich aus Lübeck, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg, Präsident der Gesellschaft für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie; Frau Dr. Martina Wenker aus Hannover, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Pneumologin, Internistin, ebenfalls lange Jahre in der Fortbildung tätig.

Vielen Dank.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Danke. Nun wissen Sie, wer vorgeschlagen wird. Kreuzen Sie bitte nur so viele Namen an, wie in der letzten Zeile des jeweiligen Antrags aufgeführt ist. – Nun die Vorschläge für die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin. Bitte, Frau Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Meine Damen und Herren! Alle auf der Liste, die Ihnen vorliegt, Vorgeschlagenen sind Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Allgemeinmedizin. Außer Frau Kudela sind alle Delegierte.

Frau Professor Braun ist Ihnen bestens bekannt. Sie ist Allgemeinmedizinerin in Berlin und hat den dortigen Lehrstuhl an der Charité aufgebaut. Meine Wenigkeit stelle ich nicht vor. Herr Kaplan ist eben von Ihnen in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt worden. Er stammt aus der Bayerischen Landesärztekammer. Er ist dort Vizepräsident, aktiv in allen Gremien tätig. Frau Kudela, die nicht hier sein kann, um sich selber vorzustellen, ist Fachärztin für Allgemeinmedizin in Magdeburg und sehr aktiv in der Kammer und der KV in Sachsen-Anhalt tätig. Herr Dr. Mühlenfeld aus Bremen ist ein ganz engagierter Mitstreiter in unseren Gremien, vor allem was die Fortbildung und Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten angeht. Herr Weigeldt muss Ihnen auch nicht extra vorgestellt werden. Er ist zweiter KBV-Vorsitzender und hier die ganze Zeit anwesend. Herr Zimmer ist mir einer der liebsten Delegierten, weil er immer sehr aktiv eingreift. Er ist bisher schon Mitglied in unserer Akademie und vor allem aktiv bei der Abwehr der Versuche, dass Pflegeberufe ärztliche Arbeit übernehmen. Dort haben wir ihn sehr engagiert einsetzen können.

Ihnen liegt eine Liste von besonders engagierten Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten vor. Sie haben die Wahl zwischen sieben Kandidaten und können bis zu fünf Namen ankreuzen.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Vielen Dank, Frau Goesmann. – Nun bitte ich Herrn Massing auf die Bühne, ferner den Vorstand der Bundesärztekammer.

(Zuruf: Wollen wir nicht erst wählen?)

– Das können Sie natürlich tun. Wenn der Vorstand seine Stimmzettel rasch abgibt, kann er sich hier oben auf der Bühne bereits formieren. Wir sind mit der Zeit sowieso ein bisschen spät dran. Dann nimmt Herr Massing die Verpflichtung vor. Anschließend wird der neu gewählte Präsident Jörg Hoppe wieder den Vorsitz übernehmen. Dann ist meine Mission hier erfüllt.

Herr Massing wird jetzt den Text verlesen.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Liebe Frau Goesmann! Meine Herren vom neu gewählten Vorstand! Kraft ausgedehnten Lebens kommt mir die Ehre zu, Sie zu verpflichten. Der vorgegebene und zu verlesende Text lautet:

> *Gemäß Satzung der Bundesärztekammer § 5 Abs. 1 bis 4 verpflichte ich den neu gewählten Vorstand vor dem 110. Deutschen Ärztetag auf die getreue Amtsführung zum Wohle der deutschen Ärzteschaft.*

Meine Damen, meine Herren, ich hätte diesen Text hier in Münster gern in meiner Muttersprache, auf Plattdeutsch, verkündet. Das ist aber in der Satzung leider nicht vorgesehen.

Sie haben die Verpflichtung gehört. Aus Ihrem konkludenten Verhalten schließe ich, dass Sie die Verpflichtung angenommen haben. Ich sage Ihnen den Glückwunsch des ganzen Hauses.

(Beifall)

Ich übergebe nun die Sitzungsleitung an den neu gewählten Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Hoppe.

Prof. Dr. Dr. h. c. Vilmar, Wahlleiter: Vielen Dank, Herr Massing.

Haben alle die drei Wahlzettel abgegeben? – Dann schließe ich den Wahlgang. Die Urnen müssen nach hier vorn gebracht werden. Die Auszählung wird eine

ganze Weile dauern. Deswegen laufen die Geschäfte hier weiter. Wir werden später zu gegebener Zeit das Wahlergebnis mitteilen.

Ich räume nun meinen Platz für Herrn Professor Hoppe.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einen ultraherzlichen Dank an Karsten Vilmar, der das wie in alten Zeiten hier in souveräner Manier gemacht hat. Es ist wirklich ein Erlebnis.

(Beifall)

Nachdem wir mit dem Tagesordnungspunkt IX fast fertig sind – wir müssen ja noch die Ergebnisse verkünden –, kann ich nun guten Gewissens den **Tagesordnungspunkt IV** aufrufen:

(Muster-)Weiterbildungsordnung

Das ist ein gesetzter Tagesordnungspunkt, der auf jedem Deutschen Ärztetag behandelt wird. Unser heutiger Tagesordnungspunkt IV besteht aus drei Teilen: Sachstandsbericht, EU-Kompatibilität des Gebiets „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ sowie Auswirkungen der Richtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen.

Referent für diesen Tagesordnungspunkt ist der Vorsitzende unserer Weiterbildungsgremien und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Koch. Bitte schön, Herr Dr. Koch.

Dr. Koch, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Unter dem Tagesordnungspunkt (Muster-)Weiterbildungsordnung haben wir heute drei Einzelpunkte zu besprechen. Dazu gehört zum einen der Sachstandsbericht. Sie haben ja beschlossen, dass auf jedem Ärztetag von den Weiterbildungsgremien ein Sachstandsbericht abgeliefert werden muss. Das werde ich heute tun. Der zweite Punkt, über den ich berichten werde, betrifft die Auswirkungen der Richtlinie 2005/36/EG auf weiterbildungsrechtliche Regelungen. Der dritte Punkt bezieht sich auf die EU-Kompatibilität „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“.

Beginnen wir mit dem Sachstandsbericht. Ich möchte kurz auf die Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in den einzelnen Landesärztekammern zu

sprechen kommen. Sie wissen, dass im Jahr 2006 alle Landesärztekammern die neue Weiterbildungsordnung beschlossen haben und dass sie nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden im Jahr 2006 überall in Kraft getreten ist. Ich darf Ihnen hier die Freude der Weiterbildungsgremien darüber übermitteln, dass innerhalb so kurzer Zeit eine neue Weiterbildungsordnung in allen Landesärztekammern umgesetzt werden konnte. Wir haben unseres Wissens hierbei die kürzeste Zeitspanne zwischen Genehmigung der (Muster-)Weiterbildungsordnung und der Umsetzung in den Landesärztekammern überhaupt. Dafür möchte ich auch an dieser Stelle allen, die in den Kammern daran mitgewirkt haben, ganz herzlich danken.

(Beifall)

Der zweite Punkt, den ich ansprechen möchte, betrifft überwiesene Beschlüsse und Aufträge der letzten Ärztetage an den Vorstand der Bundesärztekammer und damit an die Weiterbildungsgremien. Ich möchte hier kurz zu einzelnen Punkten Stellung nehmen.

Ich komme zunächst auf die PPP-Fächer zu sprechen. Meine Damen und Herren, der Deutsche Ärztetag 2006 in Magdeburg hat unter dem Tagesordnungspunkt „Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Gegen Stigmatisierung – Für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie“ eine größere Zahl von Anträgen an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. In den Weiterbildungsgremien – das sind der Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ und die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ – wurden diese Anträge ausgiebig diskutiert und beraten. Sie wurden mit den psychotherapeutischen Organisationen besprochen, sie wurden mit den Fachvertretern besprochen, sie wurden mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besprochen und auch abgestimmt.

Die Beschlüsse hierzu finden Sie im Tätigkeitsbericht 2006 der Bundesärztekammer.

Das am häufigsten genannte Anliegen war eine Änderung der Zusatzweiterbildung Psychotherapie fachgebunden. Diese Änderung hat der Vorstand der Bundesärztekammer im April beschlossen und sie den Landesärztekammern zur Übernahme empfohlen. Es geht im Wesentlichen darum, dass die Kollegen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie fachgebunden im kassenärztlichen Bereich die volle Abrechnungsmöglichkeit haben.

Der nächste Punkt betrifft die Plastischen Operationen. Sie erinnern sich, dass darüber diskutiert wurde, die Zusatzbezeichnung Plastische Operationen in die Bezeichnung Plastische und Ästhetische Operationen umzuwandeln. Diese Bezeichnung „Plastische Operationen“ war bisher nur der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie zugeordnet.

Wir haben viele Gespräche geführt, aber die Begehrlichkeiten, diese Bezeichnung auch für weitere Gebiete zu öffnen, sind zunehmend verstärkt artikuliert worden, so auch durch Beschlüsse des Ärztetages 2005. Wir haben, wie gesagt, viele Gespräche und Diskussionen geführt, und wir haben in der Bundesärztekammer in Berlin auch mehrere Verbändeanhörungen zu diesem Thema durchgeführt. Zuletzt fand eine erneute Anhörung der betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände im November 2006 in Berlin statt.

Aber auch diese Besprechung blieb erfolglos und brachte keine neuen Erkenntnisse. Vor allem die Abgrenzung des Gebiets Haut- und Geschlechtskrankheiten konnte unter Qualitätssicherungs- und Weiterbildungsaspekten zur Facharztkompetenz Plastische Chirurgie nach Meinung der Gremien nicht befriedigend dargestellt werden.

Dieser Sachverhalt wurde auch in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ im Dezember 2006 und im Vorstand der Bundesärztekammer im Januar 2007 nochmals ausführlich beraten. Beide Gremien haben nach diesen Beratungen empfohlen, die Thematik erst nach Lösung der Schwierigkeiten in und mit der Dermatologie gegebenenfalls erneut aufzugreifen; denn nicht nur die Dermatologie ist von dieser Fragestellung betroffen, sondern betroffen sind auch die Gebiete der Augenheilkunde sowie der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe. Das heißt, die Gremien warten jetzt auf neue Impulse, vor allem aus der Dermatologie, und werden sich dann gegebenenfalls nochmals mit der Problematik auseinandersetzen.

Ein weiteres Problem, das auf den Ärztetagen 2004 und 2005 diskutiert wurde und wozu es auch Anträge gab, war die Gestaltung der Zusatzweiterbildung Magnetresonanztomographie fachgebunden. Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer haben in einer Reihe von Gesprächen in den Jahren 2004 bis 2006, also in einer Zeitspanne von zweieinhalb Jahren, zwischen den Radiologen und den interessierten Vertretern der anderen Fachgebiete moderiert. Hier gibt es ein Ergebnis. Es konnten die zahlenmäßigen Anforderungen in den (Muster-)Richtlinien für die fachgebundene Erbringung der Magnetresonanztomographie, das heißt in der Kardiologie sowie in der Orthopädie und der Unfallchirurgie, festgelegt werden. Auch dies wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen und den Landesärztekammern zur Umsetzung empfohlen.

Ein weiterer Punkt waren die (Muster-)Richtlinien für die Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin. Sie wissen, dass wir auf dem Deutschen Ärztetag 2004 im Nachgang zu den Beschlüssen von 2003 doch nochmals beschlossen hatten, die Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung beizubehalten. Die entsprechenden Richtzahlen und die (Muster-)Richtlinien wurden im Verlauf des Jahres 2006 erarbeitet. Sie konnten Anfang 2007 im Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen und den Landesärztekammern

zur Übernahme empfohlen werden. Ein weiterer Punkt, der sich aus verschiedenen Kursen ergab, die in der Weiterbildungsordnung vorgesehen sind, war die Erstellung von Kursbüchern. Ich halte es deswegen für ganz wichtig, dass wir solche (Muster-)Kursbücher, die die Kammern übernehmen können, fertiggestellt haben, damit jemand seine Weiterbildung, die er in dem einen Kammerbereich begonnen hat, ohne Schwierigkeiten in einem anderen Kammerbereich fortsetzen kann.

Unter diesem Motto der Bundeseinheitlichkeit wurden folgende (Muster-)Kursbücher erstellt: Rehabilitationswesen – im Mai 2006 fertiggestellt –, Sozialmedizin – ebenfalls im Mai 2006 fertiggestellt – und Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin – vor wenigen Wochen, nämlich im April 2007, fertiggestellt.

Ich möchte auch darauf hinweisen, dass zuvor bereits (Muster-)Kursbücher für Notfallmedizin, für Akupunktur, für Homöopathie, für Naturheilverfahren und Manuelle Medizin/Chirotherapie verabschiedet worden sind.

Der letzte Punkt, der sich aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung ergibt, war die Erarbeitung von (Muster-)Logbüchern. Wir haben am Beispiel der Facharztweiterbildung Allgemeine Chirurgie ein (Muster-)Logbuch zur bundeseinheitlichen Umsetzung in den Landesärztekammern entworfen und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ ausführlich diskutiert. Im Anschluss daran konnten im Laufe des Jahres 2006 für alle Weiterbildungsgänge der (Muster-)Weiterbildungsordnung die entsprechenden Logbücher erstellt werden. Es sind etwa 110. Mein Dank gilt vor allem den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Bundesärztekammer, die diese Fleißaufgabe auf sich genommen haben. Dafür herzlichen Dank.

(Beifall)

Nach unserer Kenntnis haben inzwischen alle Landesärztekammern diese Logbücher übernommen.

Ich kann Ihnen mitteilen, dass sich zunehmend auch die Fachgesellschaften bei der Erstellung eigener Konzepte auf diese Vorlagen der Bundesärztekammer beziehen und diese in ihre Konzepte mit einbeziehen. Die Logbücher werden darüber hinaus auch von einzelnen Klinikabteilungen zur Herstellung strukturierter Weiterbildungsabläufe nachgefragt und dort auch verwendet.

So viel zum Sachstandsbericht. Der zweite Punkt, über den ich kurz berichten möchte, betrifft die Umsetzung von Richtlinien, die die Europäische Kommission auf den Weg gebracht hat. Das Europäische Parlament und der Rat haben am 7. September 2005, also vor anderthalb Jahren, die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen – so heißt sie – beschlossen. Diese

Richtlinie trat im Oktober 2006 in Kraft. Sie ist, meine Damen und Herren, zwingend bis zum Oktober 2007 in nationales Recht umzusetzen.

Diese Richtlinie ersetzt eine Vielzahl von bisherigen Berufsanerkennungsrichtlinien, so auch die für uns Ärzte wichtige Richtlinie 93/16/EWG aus dem Jahre 1993. Durch diese neue Richtlinie sind fristgerechte Änderungen der Bundesärzteordnung, der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder und der Weiterbildungsordnungen erforderlich. Es muss also bis zum Oktober dieses Jahres auf verschiedenen Ebenen gehandelt werden.

Es geht in dieser Richtlinie ganz besonders darum, dass in den deutschen Regelungswerken die sogenannten richtigen Bezüge aufgeführt sind. Ebenso müssen die Vorgaben der EU zur Anerkennung der beruflichen Qualifikationen, die in den anderen Mitgliedstaaten erworben wurden, in nationales Recht umgesetzt werden.

Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer haben sich deshalb mit den weiterbildungsrechtlichen Fragen dieser Richtlinie befasst. Meine Damen und Herren, ich will nicht verhehlen, dass dieser Punkt weitgehend formaljuristischen Charakter hat und wir relativ wenig, um nicht zu sagen: gar keine Möglichkeit haben, an den formulierten juristischen Texten irgendetwas zu ändern, ohne in Konflikte mit dieser Richtlinie 2005/36/EG zu geraten.

Sie haben dazu einen Antrag vorliegen. Bei den vorgelegten Textvorschlägen wurde genau darauf geachtet, dass die Systematik des bisherigen Paragrafenteils der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten bleibt. Darüber hinaus wurden formale Anpassungen vorgenommen sowie die Anpassung an die Sprachregelungen der Berufsanerkennungsrichtlinie, eben dieser Richtlinie 2005/36/EG.

Wir haben versucht, soweit es bei juristischen Texten möglich ist, allgemeinverständliche Formulierungen zu finden.

Eine der wesentlichen Änderungen ist die Festschreibung des Verfahrens zur Anerkennung der Berufsqualifikationen und der Fristen. Diese neuen Bestimmungen der Richtlinie 2005/36/EG müssen zwingend neu in die Weiterbildungsordnungen aufgenommen werden, da die Verfahren und Fristen dort bisher nicht in dieser Weise geregelt sind.

Die vom Ausschuss und der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ vorgelegten Änderungen, die dort ausführlich beraten wurden, wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer befürwortet. Sie liegen Ihnen heute zur Beschlussfassung vor. Sie finden in der Anlage zum Antrag IV-3 diejenigen Änderungen, in fetter Schrift hervorgehoben, die jetzt neu in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufgenommen werden sollen.

Ich darf mich an dieser Stelle ganz herzlich bei der Rechtsabteilung, insbesondere Frau Dr. Hübner, bedanken, die in unendlicher Arbeit in Zusammenarbeit und in Absprache mit den juristischen Abteilungen der Landesärztekammern diese Arbeit erledigt hat. Dafür unser herzlicher Dank.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, sollten Sie Fragen zu diesen juristischen Formulierungen haben, steht Ihnen die Rechtsabteilung selbstverständlich zur Verfügung. Ich bitte um Verständnis, dass die rechtlichen Fragen dort sicher besser geklärt werden können als hier von mir.

Meine Damen und Herren, damit komme ich zum Thema der EU-Kompatibilität des Gebiets „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“. Aufgrund vieler verschiedener Äußerungen in den letzten Wochen, aufgrund von Statements, Veröffentlichungen, Zeitungsartikeln, Pressemeldungen habe ich Ihnen heute einen Satz aus den 90er-Jahren mitgebracht, der sich auf die Frage bezieht, warum bei uns Beschlussfassungen so schwierig sind und oftmals nicht den gewünschten Effekt haben. Das, was Sie jetzt auf der Leinwand lesen können, trifft ganz aktuell auch auf die Äußerungen der Bundesministerin für Gesundheit am Dienstag zu. Auch sie hat sich dieser drei Punkte bemächtigt, wie ich fast sagen möchte, um uns etwas zur Weiterbildungsordnung zu sagen.

Gestatten Sie mir an dieser Stelle noch folgenden Hinweis. Als Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer finde ich es, um es vorsichtig auszudrücken, inakzeptabel, wenn sich eine Ministerin für Gesundheit öffentlich in die ureigensten Belange der Kammern – sprich: die Weiterbildungsordnung – einmischt.

(Beifall)

Ich darf an dieser Stelle den Protest des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ zum Ausdruck bringen.

Ich habe immer wieder gehört, wir müssten nun einen Facharzt für Innere Medizin neu einführen. Meine Damen und Herren, folgende Vorbemerkung: Wir – ich betone: wir – haben den Facharzt für Innere Medizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung nie abgeschafft.

(Vereinzelt Beifall)

Wir haben den Facharzt für Innere Medizin in zwei Teilen aufgehen lassen: auf der einen Seite in den Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin und auf der anderen Seite in den Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt.

Ich möchte Ihnen nun darlegen, was geschehen ist und warum Handlungsbedarf besteht. Gehen wir zurück in die Zeit vor den Beschlüssen zur jetzt gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung. Wir hatten bezüglich der Notifizierung der einzelnen Facharztqualifikationen diese Regelungen als Vorschlag der Bundesärztekammer der EU vorgelegt und haben es mit der Kommission diskutiert. Die Kommission hat uns mitgeteilt, dass es so, wie es dort steht, nicht geht. Es geht im Wesentlichen um die Tatsache, dass ein Facharzt für Innere Medizin und ein Facharzt beispielsweise für Endokrinologie europaweit nicht als beides migrieren kann, sondern wegen der vorgeschriebenen Zeiten entweder nur als Facharzt für Innere Medizin oder als Facharzt beispielsweise für Endokrinologie, Gastroenterologie usw.

Die EU, meine Damen und Herren, kennt keine Inhalte, kennt nur Zeiten. Das heißt, es sind bei den Facharztqualifikationen nur Zeiten vorgeschrieben: für den Facharzt für Innere Medizin fünf Jahre, für den Schwerpunkt vier Jahre, sodass eine Weiterbildungszeit von sechs Jahren für beides nicht ausreicht. Also wurde festgelegt: entweder – oder.

Notifiziert ist die Spezialisierung, beispielsweise der Facharzt für Endokrinologie oder der Facharzt für Gastroenterologie. Wir haben mit der EU vereinbart, dass wir eine Gleichwertigkeitsbescheinigung ausstellen, wenn jemand aus Deutschland in die Europäische Union als Facharzt für Innere Medizin migrieren möchte.

Unter diesen Voraussetzungen haben wir die (Muster-)Weiterbildungsordnung hier vorgestellt, besprochen und auch so beschlossen.

Nun haben sich, meine Damen und Herren, Veränderungen in der Generaldirektion „Binnenmarkt und Dienstleistungen“ in der Abteilung „Wissensbestimmte Wirtschaft“ und im Referat „Reglementierte Berufe“ ergeben. Die Leitung dort hat gewechselt. Die neue Leitung vertritt eine sehr strikte Einhaltung der europäischen Regelungen. Die Zahl der Vertragsverletzungsverfahren seit dem Wechsel in der Leitung ist signifikant gestiegen.

Es kam ein Schreiben, am 7. April 2006 abgesandt, das bei uns im Mai letzten Jahres eintraf. Es ist an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtet und wurde an die Bundesärztekammer weitergeleitet. In diesem Schreiben wurden verschiedene Dinge moniert. Es wurden verschiedene Fragen gestellt.

Was will die EU-Kommission 2006? Der Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt, also für Kardiologie, Endokrinologie und Gastroenterologie, ist im Sinne der EU nur ein Spezialist – den Begriff „Schwerpunkt“ gibt es in der EU nicht –, nicht aber ein Internist im Sinne der Europäischen Union. Daraus folgt, dass der Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt als Internist nicht mehr migrationsfähig ist. Die EU fordert von uns, die Ausstellung von Gleichwertig-

keitsbescheinigungen sofort einzustellen. Täten wir dies nicht, zöge dies ein Vertragsverletzungsverfahren nach sich.

Das heißt also, wir haben von den beiden Säulen, wo wir den Facharzt für Innere Medizin haben aufgehen lassen, durch die neue Interpretation der Kommission die eine Säule verloren.

Die EU hat, wie gesagt, Fragen gestellt, beispielsweise: Was geschieht mit einem Internisten beispielsweise aus Österreich, der nach Deutschland kommt und dort tätig werden will? Welche Bezeichnung erhält er? Das ist bei den fünf Landesärztekammern, die den Facharzt für Innere Medizin zusätzlich eingeführt haben, kein Problem. Es ist in Bayern kein Problem, weil in der Weiterbildungsordnung expressis verbis eine Übergangsregelung steht, dass migrierende Internisten diesen Facharzttitel bekommen.

Es schien auch bei allen anderen elf Landesärztekammern kein Problem, denn bei einer gemeinsamen Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit haben alle Kammern erklärt, dass sie dem zuwandernden Internisten selbstverständlich den Facharzttitel für Innere Medizin geben würden.

Das hat den Protest der Aufsichtsbehörden ausgelöst, die an mehreren Stellen in mehreren Ländern erklärt haben, auch wenn die Kammern dies täten, sei dies gar nicht möglich, weil im Heilberufekammergesetz die Voraussetzungen dazu nicht geschaffen seien.

Hier sieht die Kommission ein Riesenproblem und erklärt: Auch dieses Problem muss beendet werden, indem beispielsweise eine einheitliche Lösung kommt, die unterschiedlich aussehen kann.

Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es? Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem eben Dargestellten?

Möglichkeit eins: Wir schaffen eine Qualifikation Internist/Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die den Regularien der Europäischen Kommission entspricht. Möglichkeit zwei: Wir führen keine Änderung der Weiterbildungsordnung durch; wir lassen sie wie bisher. Damit verlieren wir einen Teil des Internisten. Das heißt, der Facharzt für Innere Medizin muss – so ist der Fachausdruck – denotifiziert werden, bis – wie es heißt – spätestens 2012. Ich denke, das ist rein formal und theoretisch. Wir wissen, dass, wenn wir heute zu dem Entschluss kämen, wir bräuchten in Deutschland keinen Facharzt für Innere Medizin, innerhalb kürzester Zeit das Bundesministerium für Gesundheit den Facharzt für Innere Medizin denotifizieren müsste.

Wenn wir einen solchen Internisten ohne Schwerpunkt schaffen, hat er nur eine stationäre Weiterbildung. Er soll nur für das Krankenhaus ausgebildet werden. Es wäre ein sogenannter dritter Strang in einem Common-trunk-System. Wir

gingen damit auf ein Common-trunk-System, wie es bereits in der Chirurgie gehandhabt wird. Es wären weitere Anpassungen erforderlich. Was ist unter „weitere Anpassungen“ zu verstehen? Das bedeutet, dass Punkt 12.1 in der (Muster-)Weiterbildungsordnung – Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin – vollkommen unverändert bleibt und damit die Beschlüsse von Rostock und Köln so bestehen bleiben, wie wir sie gefasst haben. Es gibt für uns weiterhin nur einen Hausarzt; das ist der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin.

Als zweite Säule würden wir einen Facharzt für Innere Medizin mit einer fünfjährigen Weiterbildung im stationären Bereich einschieben, der mit einer Prüfung zum Facharzt für Innere Medizin abschließt. Dann würde Punkt 12.3 der Facharzt für Innere Medizin plus bisherige Schwerpunktbezeichnung werden. Es wäre allerdings erforderlich, das Wort „Schwerpunkt“ entfallen zu lassen, sodass es dann heißt: Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. Das wäre EU-kompatibel, denn die EU sieht den Gastroenterologen, den Endokrinologen und den Kardiologen vor.

Die Worte „gemeinsame Inhalte“ müssten, wenn wir ein solches Common-trunk-System schaffen, durch das Wort „Basisweiterbildung“ ersetzt werden, so wie es bei der Chirurgie der Fall ist.

Wir müssten auch festlegen, dass, wenn jemand zwei Facharztkompetenzen erwirbt, beispielsweise den Facharzt für Innere Medizin und einen Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie, die Mindestweiterbildungszeit acht Jahre beträgt. Die Basisweiterbildung ist ja immer gleich; das bleibt bestehen. Das, was oberhalb der Basisweiterbildung kommt, müsste zusätzlich erworben werden, wenn man zwei Facharztkompetenzen erwerben will.

Meine Damen und Herren, das ist unsere Vorstellung dazu. Ich bin mir aber nicht hundertprozentig sicher, ob die Kommission dies so tolerieren würde. Die reinen EU-Zeiten sind nämlich fünf Jahre Internist, vier Jahre Spezialisierung, insgesamt also neun Jahre. Anrechnungszeiten kennt die EU nicht. Es könnte also sein, dass wir hier noch ein gewisses Problem bekämen. Das müsste man noch einmal mit der EU diskutieren.

Diese beiden Möglichkeiten haben wir. Ich will auch nicht verhehlen, dass wir nicht wissen, welche Konsequenzen die EU bzw. der EuGH daraus ziehen würde, wenn wir die zweite Möglichkeit wählten. Ich weiß nicht, was der EuGH dazu sagen würde, wenn ein Internist aus Österreich nach Deutschland wollte und nicht mehr freizügig migrieren könnte, weil es bei uns keinen Facharzt für Innere Medizin mehr gibt und er hier den Titel nicht bekäme und nicht arbeiten könnte.

Ich fasse die Situation folgendermaßen zusammen. Sie haben die Entscheidung zu fällen: Soll es in Deutschland als einzigem Land der EU – und wahrscheinlich weltweit – keinen Internisten mehr geben? Dann müssen Sie den

Antrag des Vorstands ablehnen. Sind Sie aber der Meinung, es soll in Deutschland – wie im Rest der Welt – auch einen Facharzt für Innere Medizin geben, dann müssten Sie dem Antrag des Vorstands zustimmen. Alle anderen Diskussionen sollten dieser einfachen und alleinigen Fragestellung untergeordnet bleiben.

Ich darf mich für Ihre Aufmerksamkeit sehr herzlich bedanken.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Hellmut Koch, für dieses sehr klare und eindeutige Referat. Das war ja fast wie von einem didaktisch durchgestylten Lehrer. Ich glaube, das ist jetzt so klar, dass es eine Diskussion geben wird, die auf der Basis einer hochstehenden Information stattfinden wird. Es gibt bisher 49 Wortmeldungen. Das ist dem Thema auch angemessen. Ich bitte Sie herzlich, nicht auf die Idee zu kommen, nach wenigen Wortmeldungen Schluss der Debatte zu beantragen. Darum bitte ich Sie schon jetzt ganz herzlich. Anderenfalls würden wir Legendenbildungen Vorschub leisten.

(Zuruf)

– Herr Reinhardt, der Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, meldet sich zur Geschäftsordnung. Bitte schön.

(Erneuter Zuruf)

– Herr Reinhardt – damit auch das bekannt ist: Er ist Allgemeinarzt –, Vizepräsident der Ärztekammer, in der wir zu Gast sind, hat als Delegierter der Ärztekammer Westfalen-Lippe den Antrag auf Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten von vornherein gestellt.

(Beifall)

Ich lasse darüber abstimmen. Wer stimmt dem zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist die Redezeit auf drei Minuten begrenzt. Das gilt für alle.

Frau Professor Braun aus Berlin ist die erste Rednerin. Ich glaube, Sie kann es auch noch kürzer. Bitte schön.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Sehr verehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Was in den letzten zehn Jahren mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik Deutschland passiert ist,

ist eine Geschichte, die vielleicht im Verschönerungsspiegel der Erinnerung einmal dem Hornberger Schießen zugeordnet wird, wenn noch ausreichend Humor der Betroffenen besteht. Vor zehn Jahren, zum 100. Deutschen Ärztetag, erfolgte in Eisenach mit großer Mehrheit der Beschluss zur fünfjährigen strukturierten Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Nur kurz war der Aufschwung. Vor fünf Jahren wurde der Doppelfacharzt Innere Medizin/Allgemeinmedizin in Rostock konstruiert, der weltweit seinesgleichen sucht. Ich habe mich damals dagegen ausgesprochen und wurde als Kassandra an die Wand genagelt.

Der Demokratie folgend, haben wir uns diszipliniert und in Berlin mit engagierten InternistInnen eine relativ gute Weiterbildung mit obligater Chirurgie und Intensivmedizin etabliert. Dafür wurden wir gerügt – wie viele andere Ärztekammern der Länder auch, weil sie versuchten, Optimierungen dieses neuen Doubles zu kreieren. Dass diese verschiedenen Versuche nicht uns, sondern das unausgegorene Anliegen selbst disqualifizierten, wurde nicht zur Kenntnis genommen.

Inzwischen sind fünf Jahre vergangen; wir stehen vor einem Scherbenhaufen. Wenn man in der Weiterbildungsordnung das Fach Allgemeinmedizin sucht, schlägt man unter A vergebens nach, sondern man wird dieses große Fachgebiet der Grundbetreuung als Subgruppe der Internie finden. An einigen Universitäten haben zweitklassige Internisten der Allgemeinmedizin den Lehrstuhl weggenommen, für Studierende ist die Identität der Allgemeinmedizin fragwürdig, Assistenzärzte schwanken zwischen drei Weiterbildungsordnungen.

Nun abermals eine Veränderung. Der Kompromiss wird gekippt – aufjubeln, bestünde jetzt doch die Möglichkeit, die Inhalte der Allgemeinmedizin neu zu bedenken. Inzwischen ist aber eine Eigendynamik eingetreten, die nach Eisenach nicht zurückkehren lässt. Verlässlichkeit ist für mich eine der wichtigsten ärztlichen Eigenschaften und unabdingbar für unsere Profession.

Der internistische Kompromisspartner hätte sich vor Rostock über die Konsequenzen klar sein müssen. Wir haben trotz relevanter Patientenanliegen die obligate Chirurgie- und Pädiatrieweiterbildungszeit hergeben müssen. Mittlerweile fürchte ich auch um internistische Weiterbildungsstellen in den Krankenhäusern für unsere jungen Kollegen; denn es wurde uns angedroht, wenn wir nicht dem allgemeinmedizinischen Internisten zustimmten, bekämen wir diese Stellen nicht mehr.

Ich habe große Bedenken hinsichtlich der Weiterentwicklung unseres Faches. Noch mehr fürchte ich für unsere Patienten, die hoch qualifizierte und breitgefächerte Allgemeinmediziner verdient hätten.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Frau Braun. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Handrock aus Berlin.

(Zuruf: Zur Geschäftsordnung!)

– Auch Geschäftsordnungsanträge müssen eigentlich schriftlich eingehen. Ich habe Herrn Handrock bereits aufgerufen. Nach seiner Wortmeldung werden wir den Geschäftsordnungsantrag behandeln. Bitte, Herr Handrock.

Dr. Handrock, Berlin: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Gestern hat mein Fachkollege Christian Albring darauf hingewiesen, dass die Frauenärzte die Kooperation mit den beteiligten Fachgruppen, die sich um die Gesundheit der Frau und ihres Kindes kümmern, aktiv befördern. Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, Zukunft heißt heute für uns alle Kooperation und nicht Konfrontation.

(Beifall)

Um dies zu verdeutlichen, kann ich aus meiner eigenen Erfahrung berichten, dass die fachübergreifende Praxisgemeinschaft – eine Allgemeinärztin, eine Augenärztin und ich als Frauenarzt –, die wir vor 15 Jahren gegründet haben, ein echtes Erfolgsmodell darstellt. Natürlich waren ökonomische Synergieeffekte ein erster Anlass für den Zusammenschluss, aber jetzt zeigen sich auch zunehmend die fachlichen Vorteile, die sich aus einer Zusammenarbeit ergeben. Es entwickelte sich ein ausgedehnter gegenseitiger Erfahrungsaustausch, der die eigene Kompetenz verbessert und dem Patienten nützt. Fachärzte und Allgemeinärzte profitieren gemeinsam von der Zusammenarbeit.

Projizieren wir die hier auf dem Ärztetag in verschiedenen Bereichen diskutierten Entwicklungslinien, wie auch in dem von Herrn Professor Hoppe empfohlenen FAZ-Artikel beschrieben, so werden wir in Zukunft mindestens so stark wie heute den gut ausgebildeten Allgemeinarzt als Lotsen, aber nicht nur als Lotsen, sondern als Familienarzt vor Ort, an der Basis, brauchen.

Gleichzeitig wird im Sinne einer patientenzentrierten Betrachtung der Gesundheitsversorgung die ergänzende und nicht die ersetzende Betreuung durch den Allgemeinarzt, der ja der Familienarzt ist, durch Fachärzte, also beispielsweise den Kinder- und Jugendarzt, den Hals-Nasen-Ohren-Arzt, den Augenarzt oder auch den Frauenarzt, notwendig und hilfreich.

Im Lichte dieser Betrachtung hat nun aber auch der Arzt für Innere Medizin, der ohne Subspezialisierung ausgebildet ist, einen wichtigen Platz. So wird dieser Internist dann im stationären Bereich gerade in kleineren Krankenhäusern der Basisversorgung eine wesentliche Stellung haben; denn eine Subspezialisie-

rung im internistischen Bereich, auch im chirurgischen Bereich, kann dort gar nicht vorgehalten werden

(Beifall)

Die wesentliche Unterscheidung zur ambulanten Basisversorgung ist dort die Differenzierung in die chirurgische und die internistische Versorgung. Wollen wir die wohnortorientierte stationäre Basisversorgung der Patienten aufrechterhalten, so müssen diese Krankenhäuser der Basisversorgung gerade im ländlichen Raum erhalten werden.

Inwieweit das jetzige Curriculum der Weiterbildung für den Allgemeinarzt unter dem Aspekt eines in Zukunft breiter werdenden Anforderungsprofils zukunftsträchtig ist, müssen die Allgemeinärzte entscheiden.

Um es noch einmal ganz deutlich zu machen: Ich sehe den Allgemeininternisten nicht als Konkurrenzmodell zum Allgemeinarzt, der in der Regel der erste Ansprechpartner für den Patienten ist und auch bleiben soll, sondern als Ergänzung der fachärztlichen Versorgungspalette.

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, Allgemeinärzte und Fachärzte sind Partner. Wir sind aufgerufen, gemeinsam unseren Sachverstand, unsere ärztliche Kompetenz, unsere Kreativität und Durchsetzungskraft einzusetzen, um die Kommerzialisierung und Merkantilisierung des Gesundheitswesens einzudämmen. Wir wollen keine politischen Erfüllungsgehilfen sein, wir wollen Ärzte sein und bleiben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt kommen wir zu dem Antrag zur Geschäftsordnung. Bitte, Herr Kollege Emminger.

Dr. Emminger, Bayern: Ich bitte das Präsidium um eine unverzügliche Klarstellung hinsichtlich einer Formulierung in der Rede von Frau Dr. Braun. Ich bin noch nicht lange Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag. Ich habe es bisher nicht erlebt, dass ein Arzt oder eine Ärztin einen Kollegen oder eine Kollegin als zweitklassig bezeichnet hat. Ich bitte Sie, Herr Hoppe, dass Sie dies klarstellen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Ich kann es nur insofern klarstellen, als dass ich bisher von Erst- und Zweitklassigkeit auch noch nichts gewusst habe. Ich meine auch nicht, dass es das innerhalb der Ärzteschaft gibt. Wenn es jemand so empfindet, kann ich ihm diese Empfindung natürlich nur im Gespräch ausreden.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr von der Damerau-Dambrowski aus Niedersachsen. Bitte.

Dr. von der Damerau-Dambrowski, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen! Geehrte Kollegen! Ihnen, Herr Dr. Koch, ganz herzlichen Dank für die viele Arbeit, die Sie für uns getan haben. Wir haben Ihnen sehr aufmerksam zugehört; man hörte vorhin eine Stecknadel fallen. Sie haben am Schluss Ihrer Ausführungen eines ganz klar gemacht: Das, was wir bereits ausgiebig und wirklich hart und fair diskutiert und in Rostock beschlossen haben, können wir durchaus beibehalten. Das ist überhaupt kein Problem; wir müssen es nur wollen.

(Beifall)

Das ist das eine. Das Zweite ist: Ein Arzt, der – Sie haben es erwähnt – vom Ausland nach Deutschland migriert – bisher übrigens eine verschwindend geringe Zahl –, muss hier daraufhin geprüft werden, ob er mehr Kardiologe ist, ob er mehr ein Allgemeinarzt neuer Art ist. Er wird entsprechend eingruppiert und hat selbstverständlich das Recht, hier zu arbeiten.

Drittens. Es gibt bereits jetzt in Deutschland Fachgruppen und Spezialisten in der internen Medizin, die in anderen Ländern Europas so nicht vorkommen und deshalb gar nicht migrieren könnten. Sie hätten große Probleme. Auch hier besteht längst Handlungsbedarf. Es ist also kein spezifisches Problem dieser neuen Regelung – wenn ich recht habe, Herr Koch, wenn Sie das auch so sehen.

Es wird immer gesagt: Wir brauchen diesen Arzt. Ich habe mir das frisch gedruckte „Deutsche Ärzteblatt“ zur Hand genommen und die Stellenanzeigen durchgeschaut. Es wird nicht ein einziger Chefarzt Allgemein gesucht, ein Chefarzt Spezialist. Es werden vier Oberärzte Allgemein für Kurkliniken gesucht, aber 33 Spezialisten-Oberärzte in der Inneren Medizin. Was geschieht mit den Kollegen, die jetzt diese Weiterbildung machen? Sie werden sie zu Ende führen; das ist völlig klar. Da rührt sich nichts. Aber was soll mit denen, die in Zukunft kommen, geschehen, wenn sie fertig sind? Sollen sie alt und grau werden auf dieser Stelle? Werden sie entlassen?

Diese Frage stelle ich an Sie. Wir tragen Verantwortung für diese Kollegen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Der nächste Redner ist das Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ulrich Weigeldt. Er ist geladener Gast. Er ist deswegen jederzeit redeberechtigt. Bitte schön.

Weigeldt, geladener Gast: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen! Als langjähriger Delegierter weiß ich, dass der Ärztetag es nicht liebt, wenn er Aufforderungen oder Empfehlungen entgegennehmen soll. Deshalb bitte ich mir nachzusehen, wenn ich den Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Mai, den ich Ihnen mitteilen möchte, insofern etwas abändere, indem ich das Aufforderungsverb entfallen lasse.

Jedenfalls ist der Beschluss gefasst worden, darauf hinzuwirken, zur Sicherung einer ausreichenden wohnortnahen hausärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin die Schaffung eines Allgemeininternisten abzulehnen. Ich darf Ihnen kurz die wesentlichen Gründe darstellen, die zu diesem Beschluss geführt haben, der mit sehr großer Mehrheit gefasst wurde.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte seinerzeit auch die Beschlüsse von Rostock unterstützt und deren Umsetzung mitgetragen, gerade um die Einheitlichkeit der hausärztlichen Versorgung zu stärken und diese ursächliche Problematik der mehrfachen Hausarztqualifikationen zu beenden.

In dieser Debatte wurde die Befürchtung deutlich formuliert, dass sich die Beschränkung auf die Klinik für diesen Facharzt für Innere Medizin auf Dauer sicherlich nicht halten lässt. Wir haben bestimmte Erfahrungen mit der Frage der berufsrechtlichen Einschränkung und dem Grundgesetz. Ich darf an das Großgeräteproblem erinnern. Wir haben die Sorge, dass die einheitliche Hausarztqualifikation wieder aufgelöst wird.

Die Vertreterversammlung hielt dies für ein unglückliches Signal an die nachwachsende Generation von Vertragsärztinnen und -ärzten, wobei man sagen muss: Wahrscheinlich werden wir weniger Bärte sehen, denn es sind deutlich mehr Ärztinnen in dem Weiterbildungsgang zu finden. Sie werden die Medizin stärker prägen.

Ich glaube, dass auch die Verlässlichkeit ein wesentlicher Begriff für die Weiterbildung und die Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten ist. Sie müssen wissen, worauf sie sich einlassen, und nicht Sorge haben, dass sich alle paar Jahre etwas ändert.

Danke für die Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Weigeldt. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Hoffert aus Berlin.

Dr. Hoffert, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Bevor wir an eine Novellierung der Weiterbildungsordnung denken, müssen wir über das Thema Föderalismus in der Selbstverwaltung sprechen. Wir müssen die unterschiedlichen Umsetzungen oder Nichtumsetzungen von Ärztetagsbeschlüssen diskutieren, bevor wir neue Beschlüsse fassen, die dann auch wieder nicht umgesetzt werden.

(Vereinzelt Beifall)

Formal ist das ja alles in Ordnung: Weiterbildung ist Ländersache, und Ärztetagsbeschlüsse sind für die einzelne Kammer nicht bindend. Aber es geht um die Handlungsfähigkeit, um die Politikfähigkeit der Selbstverwaltung.

Nun stellen die Internisten einen Antrag auf Novellierung. Zwölf Kammern sollen denjenigen folgen, die Rostock nicht umgesetzt haben. Begründet wird dies mit Vorgaben aus Brüssel. In der Tat: Brüssel kennt nur eine Bundesrepublik Deutschland und nicht das föderale System bundesdeutscher Kammerfürstentümer. Wenn fünf Blinde bei Rot über die Kreuzung gehen, werden wir die Straßenverkehrsordnung nicht ändern.

(Beifall)

Herr Präsident, ich fordere Sie auf, ich beschwöre Sie: Drücken Sie die Resettaste! Mit Volldampf zurück in die Vergangenheit lösen wir nicht die Probleme der Zukunft. Die Ärztetage in Rostock und Köln haben sehr weit gedacht, weiter, als der Horizont mancher Nostalgieinternisten reicht.

(Widerspruch)

Geschaffen wurde der Generalist für Klinik und Praxis, für die Häuser der Grund- und Regelversorgung. Gerade für diese Häuser brauchen wir den Arzt

für Innere und Allgemeinmedizin, einen Kliniker, der auch in der hausärztlichen Versorgung Erfahrungen sammeln konnte und der jederzeit auch die Klinik wieder verlassen und sich hausärztlich betätigen kann. Flexibler und liberaler kann man es nicht gestalten.

Aber so mancher Chef will diese Freiheit für seine Assistenten nicht. Der Status quo ist ja so bequem – für den Chef, nicht für seine Assistenten.

Wenn Sie den klinischen Internisten tatsächlich haben wollen, brauchen Sie die neunte Säule, den Schwerpunkt. Das wollen Sie aber nicht, denn der Schwerpunktinternist könnte sich nicht hausärztlich betätigen. Aber diesen Sektor wollen Sie ja Ihrer Klientel öffnen. Deshalb der dritte Strang und nicht die neunte Säule. Ihre Bemühungen, sehr verehrter Herr Wesiack, sind allzu leicht zu durchschauen. Sie erweisen der Selbstverwaltung einen Bärendienst. Ein solcher zweiter Hausarzt konterkariert die Bestrebungen der GMK, einen einheitlich qualifizierten Hausarzt zu schaffen. Er zerstört all unsere Bemühungen, das Problem des Hausärztemangels innerärztlich zu lösen.

Begraben Sie das Kriegsbeil, begraben Sie diesen Antrag!

(Beifall – Widerspruch)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der Referent hat das Wort. Bitte, Herr Dr. Koch.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich gebe Herrn Hoffert vollkommen recht bezüglich des Föderalismus. Wenn wir nicht bald dazu kommen, einen sinnvollen Föderalismus umzusetzen, werden wir uns selbst um unsere eigene Aufgabe bringen. Das befürchte ich.

(Beifall)

Ich kann alle nur aufrufen, in den Kammern intensiv darüber nachzudenken, ob es wirklich so sinnvoll ist, Verbesserungen und eigene Vorschläge zu Musterregelungen zu finden.

Aber in diesem einem Fall ist es schon so – um dies noch einmal klarzustellen –, dass eine Rücknahme ihrer Beschlüsse zum Facharzt für Innere Medizin durch die fünf Kammern das Problem nicht löst. Wir müssen weiterhin das Problem der Gleichwertigkeitsbescheinigung aus der Welt schaffen. Ob die fünf Kammern den Internisten zurücknehmen oder nicht, ändert an der von mir, wie ich hoffe, einigermaßen klar dargestellten Problematik nichts.

Dies wollte ich nur noch einmal zur Klarstellung sagen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Nach dieser Klarstellung wird jetzt Herr Kollege Steininger aus Hessen das Wort ergreifen. Bitte schön.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Dr. Koch hat klar dargestellt, worauf es uns ankommt: Entweder verändern wir etwas, oder wir bleiben bei dem Bisherigen. Er hat das noch etwas mit dem Hinweis geschmückt, dass es Nachteile mit sich bringt, wenn wir bei dem bleiben, was wir bisher beschlossen haben. Unser wiedergewählter Präsident hat nach seiner Wahl zu diesem Thema eine kurze Bemerkung gemacht. Er sagte, es gebe im Bundesgesundheitsministerium dazu zwei Meinungen, wie mit den EU-Richtlinien umzugehen ist, und dass sie unbewertet nebeneinander bestehen bleiben.

Außerdem ist es meines Wissens so, dass das Bundesgesundheitsministerium der Ansprechpartner der EU ist, nicht wir. Wir sind gefragt worden und werden sicherlich auch immer wieder gefragt, wie wir mit diesem Thema umgehen.

Unabhängig davon, wie die Bundesregierung damit umgeht, haben wir die Chance, innerärztlich eine Lösung zu finden. An dieser Stelle wünsche ich mir eine Gemeinsamkeit, der beide Seiten – Hausärzte und Internisten – zustimmen können, eine Gemeinsamkeit, die vielleicht entsteht, wenn sich diese beiden Fachgruppen zusammensetzen, von anderen Ärzten unterstützt werden und zu einem Ergebnis kommen, dem beide Seiten zustimmen.

Das, was wir heute hier erleben werden, wird wahrscheinlich nicht darauf hinauslaufen, und das finde ich für die Ärzteschaft schade.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Als nächster Redner Herr Bodendieck aus Sachsen.

Bodendieck, Sachsen: Herr Präsident! Herr Dr. Koch! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Auch wenn ich Hausarzt bin, will ich versuchen, die Emotionen etwas tiefer zu legen, alldieweil ich einfach sehe, dass ich mit den hausärztlichen Internisten in meinem Bereich ganz gut zusammenarbeite. Ich habe sie in meinem näheren Sprengel alle gefragt, und sie haben mir alle ein-

mütig geantwortet: Als in der Klinik ausgebildeter hausärztlicher Internist kann ich nicht in der Praxis arbeiten, dazu fehlen mir grundlegende Dinge.

(Vereinzelt Beifall)

– Ich bin noch nicht fertig; klatschen Sie bitte nicht zu früh.

Wir kommen jetzt wieder zum Ausgangspunkt unserer Diskussionen vor zehn und vor fünf Jahren zurück. Warum haben wir denn diskutiert? Weil die Europäische Union gefragt hat, wie wir das denn machen, wenn wir drei Facharztqualitäten haben und alle drei zur hausärztlichen Versorgung zugelassen sind: der Praktische Arzt nach EU-Recht, der Facharzt für Allgemeinmedizin und der hausärztlich tätige Internist, vom praktischen Arzt nach KV-Recht einmal ganz abgesehen.

Das führte ursprünglich zu diesen erheblichen Diskussionen, bei denen beide Seiten – die Allgemeinmedizin wie auch die Innere Medizin – bereits damals – daran erinnere ich – nur unter großen Bauchschmerzen nachgegeben und erklärt haben: Wir machen das Y-Modell.

Meine sehr verehrten Damen und Herren Internisten, wenn Sie das nicht akzeptieren wollen, dann schlucken Sie bitte auch die Kröte, dass Ihre jungen Kolleginnen und Kollegen in Zukunft wieder eine mindestens achtjährige Weiterbildung einkalkulieren müssen, bis sie zu einem Schwerpunkt kommen. Sagen Sie Ihren jungen Kolleginnen und Kollegen bitte auch: Ihr könnt euch mit diesem Schwerpunkt nicht in der Ambulanz niederlassen. Dann sorgen Sie bitte auch im Bundesgesundheitsministerium dafür, dass das SGB V dahin gehend geändert wird, dass aus der Formulierung, dass „vorrangig Allgemeinärzte“ für die Betätigung in der hausärztlichen Praxis zugelassen werden, die Formulierung „ausschließlich Allgemeinärzte“ wird.

Das sind wesentliche Punkte, die ich hier benennen muss.

Jetzt abgesehen von diesen Disputationen zur Niederlassung in der hausärztlichen Praxis: Ganz allgemein glaube ich, dass wir uns mit dieser Diskussion, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, höchst unglaubwürdig machen, auch gegenüber unseren eigenen Berufsvertretern. Viele junge Leute fragen mich schon heute – ich bin in der Ausbildung der Allgemeinärzte in Sachsen mit tätig –: Warum soll ich das eigentlich machen, ihr wisst doch sowieso nicht, was ihr wollt!

Es schädigt uns und führt zu einem erheblichen Ärztemangel.

(Beifall)

Wir machen uns auch gegenüber der Politik unglaubwürdig. Ganz gleich, wie die Entscheidung heute fällt, ich möchte an alle hier im Hause appellieren: Set-

zen Sie die Beschlüsse, die hier gefasst werden, bitte in allen Landesärztekammern um. Sonst haben wir das Problem, dass wir die Weiterbildungsordnung und deren Regelungen los sind.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Kollege Dietsche aus Baden-Württemberg.

Dr. Dietsche, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Eingangs eine Frage an Herrn Dr. Koch. Sie haben uns die beiden Alternativen dargestellt und bei der zweiten Alternative formuliert: Wir geben den Internisten auf. Das kann ich nicht so erkennen. Wir geben nicht den Internisten auf, sondern wir haben dann den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin. Das heißt, der Internist besteht weiter, genauso wie es geplant war.

(Beifall)

Ich möchte an die Vorgeschichte erinnern – mein Vorredner hat es bereits angesprochen –, um gerade den jüngeren Kolleginnen und Kollegen hier im Raum zu erklären, wie wir zu der heutigen Diskussion kommen.

Wir haben über viele Jahre hinweg auf der hausärztlichen Versorgungsebene das Problem von vier verschiedenen Arztbezeichnungen mit uns getragen: Arzt, Praktischer Arzt, Facharzt für Allgemeinmedizin, hausärztlicher Internist. Dieser Wirrwarr in der hausärztlichen Versorgung sollte aus zwei Gründen beseitigt werden. Auf der hausärztlichen Versorgungsebene sollte eine einheitliche Facharztbezeichnung etabliert werden, und für unseren Nachwuchs sollte – das halte ich für noch wichtiger – ein einheitlicher Weiterbildungsgang geschaffen werden, den sie verstehen und für den sie sich entscheiden können. Das war die Entwicklung, die zu dem Beschluss von Rostock und zu dessen Bestätigung in Köln geführt hat.

Ich will jetzt nicht auf die juristischen Implikationen, die uns vorgestellt wurden, eingehen, sondern auf die politische Dimension des Vorstandsantrags zu sprechen kommen. Wenn die dritte Säule tatsächlich kommen sollte, sollte dies – so wird es ganz klar definiert – der Stationsarzt der Zukunft werden. Böse Zungen bezeichnen diesen auch schon als Stationssklaven, der ohne Perspektiven und ohne Chancen auf eine Karriere auf Dauer innerhalb der Klinik diese Arbeit machen kann und muss. Ich bitte gerade die Kolleginnen und Kollegen vom Mar-

burger Bund, daran zu denken, welche tarifrechtlichen Konsequenzen und welche Konsequenzen es für die Stellung innerhalb der Klinikhierarchie hat.

Die zweite Ebene, die übrig bleibt, ist die hausärztliche Ebene. Hier möchte ich den Kollegen Hans Hege, bis 1999 Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ vom Juni vergangenen Jahres zitieren. Er hat folgendermaßen klar formuliert:

> *Befreit man die Allgemeinärzte in der hausärztlichen Versorgung von dem Wettbewerb mit dem Allgemeininternisten, so wird auf Dauer auch die Kompetenzbreite der in der Primärversorgung Tätigen sinken.*

Vielen Dank!

In einem weiteren Abschnitt formuliert er:

> *Aber den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt muss man erhalten als zweite Säule der hausärztlichen Versorgung.*

So wird es klipp und klar formuliert.

Ich bitte Sie, den Antrag abzulehnen und den Antrag 5 anzunehmen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dietsche. Wenn Herr Dr. Hege im Raum sein sollte, sei er herzlich gegrüßt. Ich weiß, dass er in Münster ist. Ob er hier ist, weiß ich im Moment nicht. Wir werden es ja merken. – Jetzt bitte Herr Kollege Bakker aus Bremen.

Bakker, Bremen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Haben wir denn wirklich den Internisten abgeschafft? Haben wir mit den Beschlüssen von Rostock und Köln den Allgemeinarzt abgeschafft? Oder haben wir nur die Bezeichnungen abgeschafft? Der Arzt ist doch im Geist und im Sinn geblieben. Im Gegenteil, wir haben einen besseren Arzt geschaffen. Ich glaube, wir haben mit der Verschmelzung dieser beiden Arztgruppen den Arzt der Zukunft geschaffen, der den Herausforderungen der nächsten Jahre gerecht wird.

(Beifall)

Bedenken Sie bitte, wie sich bereits jetzt die Krankenhauslandschaft ändert. Auch im Bereich der Gebietsärzte wird es weitere Änderungen geben, auch im hausärztlichen Bereich, dort allerdings durch eigene Schuld, indem wir den Nachwuchs vernachlässigen.

Wir können dem Nachwuchs nur dadurch ein Signal geben, dass wir der Alternative b folgen und nicht die (Muster-)Weiterbildungsordnung wieder ändern.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kollege Bakker. – Als nächster Redner Herr Kollege Eyrich aus Bayern.

Dr. Eyrich, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir Bayern sind jetzt glücklich: Wir haben den Papst und den Kaplan.

(Heiterkeit)

Aber nun zum Thema. Endlich will mein Sohn Medizin studieren und natürlich vom Papa die Hausarztpraxis übernehmen. Bis es so weit sein wird – es wird noch ein paar Jährchen dauern –, wird er als Hausarzt wohl dringend im System gebraucht. Durch die geforderte Weiterbildung zum Internisten ohne Schwerpunkt wird jetzt trotz der bestimmt unermüdlichen Bemühungen unseres neuen Vizepräsidenten Montgomery die schlecht bezahlte Weiterbildungszeit für junge Kollegen verlängert.

Noch viel schlimmer: Weiterbildungsstellen für Hausärzte werden fehlen.

Ich appelliere vor allen Dingen an die jungen Kolleginnen und Kollegen vom Marburger Bund: Lasst die Rostocker Beschlüsse Bestand haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Eyrich. – Jetzt kommt Herr Kollege Bilger aus Baden-Württemberg.

Dr. Bilger, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In Gesprächen mit Kollegen hier auf dem Ärztetag habe ich gehört, es ginge hier ja nur um einen Konflikt zwischen Hausärzten und Internisten oder sogar nur um einen Konflikt zwischen dem Hausärzteverband und dem BDI; da gebe es sowieso keine Lösung, die könnten sich nie einigen.

Das sehe ich nicht so. Aus meiner Sicht geht es hier um etwas ganz anderes. Es geht um einen Versorgungsauftrag, den wir haben. Wenn neben dem Allgemeinarzt und dem Kinder- und Jugendarzt – dass dieses Verhältnis schwierig genug ist, haben wir hier schon erlebt – ein weiterer Generalist etabliert wird, wird der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin empfindlich geschwächt. Dann haben wir genau die Konkurrenzsituation, die durch eine sinnvoll gegliederte und am Bedarf orientierte Weiterbildungsordnung verhindert werden soll.

Das hat vor allem Auswirkungen auf die Weiterbildung. Den jungen Kolleginnen und Kollegen wird erst eine internistische Weiterbildung angeboten werden. Die dürfen sie zu Ende machen; wollen sie dann zu dem de facto unverzichtbaren Schwerpunkt kommen, wird sich ihre Weiterbildungszeit entsprechend verlängern. Die vom Bedarf her dringend notwendigen Weiterbildungsstellen für Allgemeinärzte werden erschwert oder sogar blockiert.

Ich möchte vor allem diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die für eine Förderung des Fachs Allgemeinmedizin eintreten, und insbesondere auch diejenigen, die sich in den Anträgen 6 und 7 geäußert haben, die sich anscheinend Sorgen um dieses Fach machen, auffordern, es beim bisherigen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu belassen. Diese Anträge sind ja nicht schlecht. Sie beinhalten jedoch lediglich eine Absichtserklärung; wir brauchen aber eine Absicherung. Diese Anträge empfinde ich als weiße Salbe, als Trostpflaster, das wir bekommen sollen. Sie sind aber nicht geeignet, die Existenz des Faches Allgemeinmedizin dauerhaft zu sichern.

Ich bitte Sie, gegen die Wiedererweckung des Allgemeininternisten zu votieren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Als nächster Redner Herr Kollege Wesiack aus Hamburg, der wohl auch Folien zeigen möchte.

Dr. Wesiack, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich möchte Ihnen einige Folien zur Versorgungswirklichkeit in der Inneren Medizin in Deutschland zeigen. Zunächst aus dem Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer für den Zeitraum von 2002 bis 2006: Die Gesamtzahl aller Internisten in Deutschland betrug 2002 37 740, und zwar ohne

Schwerpunkt und Teilgebiet. Im Jahre 2006 waren es 26 534. Das entspricht 70,31 Prozent.

Um die Versorgungswirklichkeit in den Kliniken darzustellen, hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin die Innere Medizin in Deutschland kartiert.

An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich Herrn Professor Dr. Ertel, den jetzigen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, begrüßen, der vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt zu weiteren Fragen Stellung nehmen möchte, wenn er auch nicht geladener Gast ist.

Die Strukturkommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin hat diese Ergebnisse vor einem Monat in Wiesbaden vorgestellt. Ziel des Projekts ist ein bundesweiter Überblick über das stationäre Leistungsangebot der Inneren Medizin sowie ihrer wesentlichen Schwerpunkte. Das soll in die politische Diskussion eingebracht werden.

Wichtig für uns ist: Die Analyse der Schwerpunkte konzentriert sich auf die 35 Universitätskliniken sowie deren 440 akademische Lehrkrankenhäuser. Die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sind nicht berücksichtigt. Dass die Innere Medizin die mit Abstand größte Fachrichtung in der stationären Versorgung ist, erwähne ich nur am Rande. Über wie viele Betten sie verfügt, ist nicht interessant. Interessant ist aber Folgendes: Insgesamt gibt es 1 073 Fachabteilungen mit internistischen Schwerpunkten. Sie sehen die Zahlen auf der Leinwand.

Wie ist die Innere Medizin in der stationären Versorgung verteilt? Wie sind die internistischen Schwerpunkte verteilt? Die Innere Medizin behandelt über 6 Millionen Fälle. Davon werden 2 449 000 – das entspricht 38,7 Prozent – rein den internistischen Schwerpunkten zugeordnet. 61,2 Prozent der Fälle werden unter „Innere allgemein“ subsumiert.

5 647 Internisten sind Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung, die anderen haben den Status des Facharztes für Innere Medizin. Die Zahlen habe ich Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts entnommen.

Vielleicht helfen diese Zahlen bei der Überlegung, ob man den Facharzt für Innere Medizin – ich formuliere es jetzt einmal so – auslaufen lassen kann oder ob man ihn im stationären Bereich braucht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Der nächste Redner ist Herr Bernd Zimmer aus Nordrhein.

Zimmer, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Wesiack, Sie haben es bereits vorweggenommen: 61 Prozent hatten Sie schon abgekürzt mit „Innere allgemein“. Das können wir auch mit dem neu weitergebildeten Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin völlig zwanglos und sicher erledigen.

(Beifall)

Wir müssen ihm ein bisschen mehr Zeit lassen als die Mindestweiterbildungszeit, dann wird er diese Kompetenz fantastisch erreichen, vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass wir Aufnahmestationen haben – Sie feiern derzeit ja in allen Kliniken bei uns fröhliche Urständ –, in denen die Interdisziplinarität zwischen Chirurgie und Innerer Medizin geradezu elementarer Bestandteil ist. Das wäre auch wieder ein wunderbarer Spielplatz für diesen neuen Arzt.

Das Problem ist aber ein ganz anderes. Wir haben hier die Verpflichtung, die Kollegen der Zukunft, die uns behandeln wollen und sollen, zu beraten, und zwar durch entsprechende Beschlüsse, die wir treffen, auch mit einem gewissen Vertrauen auszustatten. Dieses Vertrauen ist mit der Vorlage des Antrags IV-1 für mich persönlich schwer erschüttert. Wir haben über die Fachgesellschaften der Allgemeinmedizin und die Berufsverbände der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin den Rostocker Beschluss herbeigeführt. Es ist doch nicht so, dass die Allgemeinmedizin jetzt plötzlich die Innere Medizin überrumpelt hat. Das war ein gemeinsamer Beschluss. Es ist für die Kollegen draußen, deren berufliche Zukunft erst beginnt, eine fatale Situation, wenn wir, das Vertrauen schädigend, alle zwei Jahre neue Beschlüsse herbeiführen. Die wissen doch gar nicht mehr, wo der Nordpol auf dieser Erde ist!

Ich kann für mich nicht mehr nachvollziehen, wie die Politik uns noch irgendwo Entschlussfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit zutrauen kann, wenn wir alle naselang neue Richtungen vorgeben.

Ich glaube, wir haben allen Grund, zunächst einmal in Ruhe und Sachlichkeit das, was wir beschlossen haben, wenigstens über zwei Generationen von Weiterbildung absolvieren zu lassen, um dann zu entscheiden, ob wir damit nicht besser beraten sind. Mit der vorgeschlagenen neuen Bezeichnung Innere Medizin ohne Schwerpunkt schaffen wir nach meiner Einschätzung Kollegen, die in der Klinik sitzen bleiben und hoffen müssen, wenn die Klinik für sie nicht das Richtige ist, irgendwann den Schwerpunkt doch noch erwerben zu können. Sie haben gar keine andere Chance. Sie sind aber bis dahin beliebig lenkbar. Ich halte es nicht für einen besonders großen Grad von Freiheit, wenn man weiß:

Ich kann nur im stationären Sektor arbeiten. Es ist doch fatal, wenn ich mit der eingeschlagenen Ausbildung/Weiterbildung niemals den Weg in die Praxis finde. So aber ist es hier angelegt.

Ich glaube, die Macht, die wir den jungen Kollegen geben müssen, ist auch die Macht, die Wahl zu haben, weiter im Krankenhaus oder in der Praxis zu arbeiten.

Herr Handrock, zu Ihnen zurückkommend: Es ist für einen Chef in einem kleinen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung fatal, wenn er nicht die Möglichkeit hat, in die Praxis zu gehen; denn die Gefahr für sein kleines Krankenhaus, geschlossen zu werden, ist um ein Vielfaches höher. Damit ist die Gefahr für einen solchen Chef, seine Existenz im höheren Lebensalter zu verlieren, größer als die Gefahr für die jungen Kollegen.

Ich hoffe, wir schaffen Vertrauen und nicht nur schon wieder neue Ideen.

Danke.

(Beifall)

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

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Ärztetag 2002 in Rostock war der erste Ärztetag, den ich besuchen durfte. Als Allgemeinarzt war ich damals sehr misstrauisch, was die Beschlüsse anging. Ich hatte ähnliche Gefühle, wie sie Frau Braun vorhin geäußert hat. Ich hatte das Gefühl: Da wird uns etwas genommen.

Ich glaube aber, dass die damaligen Beschlüsse wesentlich weitsichtiger waren, als sie uns heute im Nachhinein vorkommen. Diese Weiterbildungsordnung hat sich ja erstmalig der Verantwortung gestellt, dass die Weiterbildung auch etwas mit der Versorgung zu tun hat. Die Beschlüsse, die wir dort gefasst haben, sind versorgungsrelevant, so wie unsere Beschlüsse heute auch versorgungsrelevant sind. Die Realität verlangt einen internistisch gut ausgebildeten Hausarzt, und die Weiterbildungsordnung von Rostock hat die Rolle der Inneren Medizin in der hausärztlichen Versorgung massiv gestärkt. Diese Stärkung wird durch den Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer, der Ihnen zur Abstimmung vorliegt, geschwächt, weil dieser Antrag versorgungsrelevant ist.

Die hausärztliche Weiterbildung, die Nachwuchsförderung wird – das haben bereits viele Redner vor mir gesagt – verkrüppelt. Es wird schwieriger, es wird

weniger Absolventen geben. Ich glaube, insofern würden wir unserer ärztlichen Gemeinschaft einen schlechten Dienst erweisen, wenn wir das heute so täten.

Ich möchte Ihnen noch folgenden Aspekt mit auf den Weg geben, der von den jungen Kolleginnen und Kollegen heute an uns herangetragen worden ist. Die Versorgungslandschaft ändert sich auch bezüglich anderer Aspekte. Es gibt heute die Möglichkeit, ambulant und auch gleichzeitig stationär ärztlich tätig zu sein, und zwar in den unterschiedlichsten Organisationsformen. Der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin hat die besten Voraussetzungen dafür, diese zukunftsweisenden Arten der Arbeit im medizinischen Versorgungsbetrieb von morgen auszufüllen. Ich glaube, diese Chance dürfen wir den Kolleginnen und Kollegen nicht nehmen. Sie möchten so arbeiten. Wir können uns das teilweise schon gar nicht mehr vorstellen. Wir sind als „Einzeltäter“ in Praxen groß geworden, meinetwegen in einer Gemeinschaftspraxis. Wir hatten aber immer die strengen sektoralen Trennungen.

Manche der jüngeren Kolleginnen und Kollegen sind auf die Neuerungen, die uns das Sozialgesetzbuch bietet, gespannter als wir selbst. Die Weiterbildungsordnung bietet die Chance, hier zukunftsweisend vorzubauen. Stimmen Sie bitte dem Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer nicht zu.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wagenknecht. – Als nächster Redner Herr Kollege Krombholz aus Bayern.

Dr. Krombholz, Bayern: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe Rostock nicht miterlebt, aber seitdem so manchen Deutschen Ärztetag. Es ist immer wieder das Gleiche. Gestern sagte hier eine Kollegin: Wir stehen doch eigentlich für die Jugend hier. Ich bitte Sie, das hier dreimal am Tag zu sagen, für wen wir hier sind und für wen wir eine Weiterbildungsordnung machen. Machen wir eine Weiterbildungsordnung für diejenigen, die die Ausbildungsberechtigung haben, oder für die Ausbildungswilligen?

Mir kommt das so vor wie der Spruch aus den 70er-Jahren: Ich will ja nur das Beste, aber ich gebe es dir nicht. Die fünfjährige Ausbildung ist für die Ausbilder natürlich bequemer, so wie es für mich in der Hausarztpraxis besser ist, es kommt jemand zwei Jahre zu mir als nur ein halbes Jahr oder ein Jahr. Das kann ich gut verstehen.

Nur: Den Flaschenhals wird es in der Klinik geben. Ein solcher Flaschenhals hat mich vor knapp 30 Jahren dazu gebracht, dass ich mich in meinen Beruf hineinlügen musste. Ich musste nämlich sagen: Natürlich will ich Internist wer-

den. Ich musste es sagen, um die Stelle zu bekommen. Soll das für die jungen Kolleginnen und Kollegen, die die Nase voll haben von den Unsicherheiten ihrer Berufswahl, so bleiben?

Mich wundert in diesem Zusammenhang auch der Standpunkt des Marburger Bunds, den ich nur aus den vorliegenden Anträgen ablesen kann. Natürlich hat man es auch aus Zweiergesprächen erfahren. Diese Anträge haben einen ganz anderen Charakter als der Antrag des Vorstands, nämlich den Charakter eines Appells. Diesen appellatorischen Charakter können wir von der Wertigkeit her nicht dem Fakt gleichsetzen, den wir als Legislative schaffen, wenn wir dem Antrag des Vorstands zustimmen und Rostock wieder ausradieren. Ich bitte Sie: Geben Sie den Jungen, die wir brauchen, Sicherheit, ein klares Berufsbild, eine klare Ausbildung zum Hausarzt, aber auch Klarheit in der Klinik. Dort steht er auf der internen Station doch vor derselben Fragestellung.

Wir führen diese Diskussion seit 25 Jahren vor Rostock und nun fünf Jahre nach Rostock. 30 Jahre oder ein Dritteljahrhundert braucht der Deutsche Ärztetag, einer Berufsgruppe, die annähernd 50 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausmacht, eine Weiterbildung und ein Berufsbild zu geben, die dem Nachwuchs gewisse Sicherheiten bieten! Die Kompetenz eines Ärztetages sollte klar dargestellt werden. Wenn wir jetzt hin und her wackeln, werden wir uns wieder darüber beschweren, dass wir ein Gesetz auf dem Tisch haben, das uns einengt und uns etwas vorschreibt. Lassen Sie bitte Rostock Rostock sein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr, Herr Krombholz. – Jetzt kommt Herr Bangemann, ebenfalls aus Bayern.

Dr. Bangemann, Bayern: Herr Präsident! Verehrtes Präsidium! Liebe Delegierte! Wir haben heute sehr viel über die Vergangenheit und über das Heute gehört; aber das, worum es eigentlich geht, ist die Zukunft: die Zukunft derjenigen, die demnächst eine Weiterbildung beginnen wollen. Es geht nicht um diejenigen, die sich bereits in Weiterbildung befinden. Es geht um die Einführung bzw. Wiedereinführung eines klinischen Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Er soll nur in der Klinik tätig sein. Aber gibt es wirklich die Beschränkung eines Facharztbereichs auf die Klinik? Das lässt bereits unser Sozialrecht nicht zu. Das hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung erkannt; die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat dieses Vorgehen abgelehnt.

Dieses Vorgehen macht erhebliche Probleme im niedergelassenen Bereich, und zwar nicht nur für die Hausärzte, sondern genauso auch für die Fachärzte und für die Spezialisten.

Wir haben auf vielen Deutschen Ärztetagen um Gemeinsamkeiten hart gerungen. Im Bereich dieser Gemeinsamkeiten haben wir den Facharzt für Allgemeinmedizin und den Facharzt für Innere Medizin zusammengeführt. Wir haben wirklich hart um die Beschlüsse von Rostock gerungen.

Letztlich: Rostock ist noch so neu, dass noch nicht alle Landesärztekammern diese Beschlüsse konsequent und einheitlich umgesetzt haben. Genau hier liegt der Hase begraben. Die fehlende Konsequenz und Einheitlichkeit ist nämlich der Grund, warum die EU nachgefragt hat. Europa kennt keinen Föderalismus, Europa kennt nur Deutschland. Deutschland kennt aber viele Ärztekammern, die im Anerkennungsverfahren nicht einheitlich vorgehen. Das ist eigentlich der Grund.

Auch mit dem heutigen Antrag werden wir diese Einheitlichkeit nicht herbeiführen. Warum ich eigentlich hier oben stehe, liegt daran, dass ich ein ganz konkretes Problem habe. Ich bin Vorsitzender eines Praxisnetzes mit mehr als 180 Ärzten. Für diejenigen, die jetzt bereits niedergelassen sind oder sich in den nächsten Monaten niederlassen wollen, ist alles geregelt, ist alles klar. Aber ich habe ein erhebliches Problem mit denjenigen Fachärzten für Allgemeinmedizin ohne Schwerpunkt, die sich in einigen Jahren niederlassen wollen. Jenseits aller Bedarfsplanung fragen nämlich auch schon einmal die Banken an: Hat der Kollege bzw. die Kollegin überhaupt eine Chance im niedergelassenen Bereich? Manchmal muss man sagen: Jawohl, darauf haben wir gewartet; manchmal muss man sagen: Das geht vielleicht nur in einer Kooperation. Aber was soll ich mit dem neuen Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt machen? Den Herzkatheter macht der Kardiologe, die Bodyplethysmografie macht der Pneumologe, die Endoskopie macht der Gastroenterologe. Ersparen Sie mir weitere Aufzählungen. Alles andere machen aber eben auch alle anderen.

Das heißt, sowohl in der Klinik – wir haben es vorhin gehört – als auch im niedergelassenen Bereich führt das in eine Sackgasse. Lassen Sie die Rostocker Beschlüsse bitte bestehen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bangemann. – Der nächste Redner ist Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nicht über die EU-rechtlichen Seiten sprechen; das hat Herr Koch völlig ausreichend dargestellt. Ich möchte auch nicht über die Frage sprechen, über die viele jetzt bereits gesprochen haben, ob wir einen Allgemeininternisten brauchen oder nicht. Ich glaube, wir werden noch weitere zehn Ärztetage über diese Frage diskutieren können, ohne uns über die Frage zu einigen, ob wir einen Allgemeininternisten brauchen oder nicht.

Ich möchte auch nicht über die Vergangenheit sprechen, obwohl ich mir gut vorstellen kann, warum einige sehr unglücklich sind, dass wir es nicht geschafft haben, eine einheitliche Weiterbildungsordnung in allen 17 Landesärztekammern zu haben. Irgendwann muss diese Diskussion zu Ende sein. Denn wir brauchen den Blick in die Zukunft.

Ich bewundere die Geduld und den Langmut, mit der bzw. dem Herr Dr. Koch und Frau Dr. Güntert hinsichtlich dieser Fragen Hunderte von Gesprächen und Sitzungen durchgeführt haben.

(Beifall)

Das Ziel, das wir heute erreichen können – ich denke, das wir auch erreichen müssen –, ist eine Vereinheitlichung der Weiterbildungsordnung. Wir brauchen für die jungen Kolleginnen und Kollegen, die in der Weiterbildung sind und sie jetzt beginnen werden, die Sicherheit, dass sie von einem Bundesland in ein anderes wechseln können, weil sie dort eine neue Geliebte gefunden haben oder warum auch immer, dass sie also beispielsweise von Hessen nach Bayern wechseln können und dort dieselbe Weiterbildungsordnung in der Inneren Medizin vorfinden.

Deswegen plädiere ich ganz stark für die Annahme des Vorstandsantrags IV-1 und dementsprechend konsequent für die Ablehnung des Antrags IV-5.

Die EU hat an einem Punkt recht: Unsere Konstruktion des Facharztes für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie oder Gastroenterologie war in gewissem Sinne ein Etikettenschwindel. Der neue Vorschlag verbessert die Situation, indem er sagt: Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Damit wird klargestellt, dass es sich nicht um einen Facharzt für Innere Medizin handelt, der eine Spezialisierung draufgesattelt hat. Insofern ist auch in diesem Punkt der Vorschlag des Vorstands deutlich besser als das, was wir bisher haben.

Natürlich stellt sich immer wieder die Frage, wie die Zukunft des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunkt aussehen soll. Lassen Sie uns einfach die Zukunft abwarten. Wir werden sehen, ob er tatsächlich gebraucht wird oder ob er so tot ist, wie einige der Weiterbildungsexperten es glauben. Wir werden es sehen.

Die Niederlassungsmöglichkeit eines solchen Facharztes wird immer abgestritten. Natürlich kann er sich niederlassen, er kann nur nicht in der hausärztlichen Versorgung tätig werden, weil seine Weiterbildung dem nicht entspricht.

Ich richte an alle Landesärztekammern den Appell: Lassen Sie uns das, was wir heute hier beschließen, in den Landesärztekammern auch wirklich umsetzen. Der Appell geht vor allem auch an die Präsidenten: Tun Sie in Ihrer Landesärztekammer das Ihrige, damit wir endlich eine einheitliche Weiterbildungsordnung in diesem Punkt haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Pickerodt. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Baumgarten aus Bayern.

Dr. Baumgarten, Bayern: Herr Präsident! Meine verehrten Damen und Herren! Wir reden hier von Weiterbildung. Ich glaube, wir haben heute die seltene, wenn nicht die einmalige Chance, diesen Hickhack zwischen den Verbänden, den wir seit Rostock haben, zu beenden. Wenn wir in die Wirklichkeit schauen, sehen wir, dass Internisten, Hausärzte und Klinikinternisten gut zusammenarbeiten. Wir sehen dort nicht das, was wir hier im Interesse der nachrückenden Kollegen ausdiskutieren müssen.

Ich möchte Ihnen zur Weiterbildung Folgendes sagen. Ich bin im Begriff, die Leitung einer internistischen Abteilung an einem Kreisstadtkrankenhaus zu übernehmen. Ich bin Internist mit Schwerpunkt. Es ist richtig, was gesagt wurde, dass für diese Häuser Internisten mit Schwerpunkt gesucht werden. Sie sind aber nicht nach der neuen Weiterbildungsordnung weitergebildet, sondern nach der alten. Sie haben genau mindestens diese fünf Jahre Innere Medizin. Sie verwenden in ihrer täglichen Arbeit vielleicht 70 oder 80 Prozent diese allgemeine Innere Medizin, die Kompetenzen in mehreren Schwerpunkten hat, und dazu ihren speziellen Schwerpunkt.

Ich habe mir schon überlegt, was ich tun muss. Ich sehe die Anträge, wie man Rotationen machen muss, um die drei Jahre Innere Medizin als Basisweiterbildung für die Hausärzte sicherzustellen. Wenn Sie an eine Abteilung wie meine kommen, brauchen Sie keine Rotationen. Die drei Jahre und die Inhalte bekommen Sie mühelos, die haben Sie schon nach zwei Jahren.

Ich denke weiter: Wir müssen Hausärzte weiterbilden, und es wird in der Weiterbildung der Hausärzte ein Flaschenhals entstehen. Ich werde Kooperationen

schließen mit den umliegenden Weiterbildungspraxen für Allgemeinmedizin, damit wir gemeinsam den Fachärzten für Innere Medizin und Allgemeinmedizin eine komplette Weiterbildung anbieten können.

Das ist benötigt. Dafür werden wir diesen Facharzt für Innere Medizin, wenn er eine fünfjährige Weiterbildung hat, brauchen. Er wird den Hausärzten nicht Weiterbildungsstellen wegnehmen, sondern er wird Hausärzte weiterbilden.

(Beifall)

Glauben Sie mir als Internisten bitte eines: Die Innere Medizin ist mehr als eine Teilmenge der hausärztlichen Medizin, sie ist auch mehr als eine Basisweiterbildung für Schwerpunktinternisten.

(Beifall)

Ich bitte Sie deshalb, dem Antrag IV-1 des Vorstands zuzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kollege Baumgarten. – Als nächster Redner Herr Kollege Hermann aus Bremen.

Dr. Hermann, Bremen: Herr Präsident! Meine verehrten Damen und Herren! Ich bin Dermatologe und insofern völlig emotionslos bei der Frage, wie wir zukünftig unsere Internisten und Hausärzte nennen oder sie einteilen. Ich habe nur eine Botschaft für Sie und eine Bitte an Sie: Lassen Sie es uns einheitlich machen. Das Ärzteparlament hier hat vor langer Zeit entschieden und schon damals eine Menge Argumente ausgetauscht, lange abgewogen und ist sicherlich zu einem schwierigen Ergebnis durch Mehrheitsbildung gekommen.

Als Delegierter aus einem kleinen Bundesland wie Bremen bin ich es gewöhnt, manchmal majorisiert zu werden. Wir müssen, wenn wir in Bremen abstimmen, Kompromisse finden. Wenn wir hier einen Kompromiss finden – es wird sicher eine knappe Mehrheit für die eine oder die andere Lösung geben –, dann muss die Botschaft lauten: Diese Mehrheitsentscheidung müssen wir zu hundert Prozent in den Ländern umsetzen. Es kann nicht angehen, dass fünf Länder – wie hat Herr Hoffert so schön gesagt? – bei Rot über die Ampel gehen und hoffen, dass alle nachfolgen. Wenn wir das so machen, wird die Demokratie beschädigt.

Egal, was wir beschließen: Gehen Sie heim und setzen Sie es um. Sonst erfolgt, wie angedroht, zu Recht die Ersatzvornahme. Wenn das Ministerium dies erst einmal übt, wird es Lust daran finden. Dann können Sie ganz sicher sein, dass eine rot-grüne Regierung, wie sie in Bremen gerade entsteht, ihren Spaß daran haben wird, dies dann häufiger zu tun. Das haben wir uns dann selber zuzuschreiben.

(Vereinzelt Beifall)

Es macht mir wenig Sorge, wenn ein lettischer Kollege nach Deutschland kommt und nicht ganz sicher ist, ob er als Internist oder als Hausarzt eingeteilt wird. Wenn der deutsche Kollege typischerweise nach Schweden geht, hier Endokrinologe war und auch dort wieder Endokrinologe ist, sehe ich das auch nicht als schädlich an. Aber wenn ein deutscher Kollege von Bremen nach Niedersachsen zieht und seine Weiterbildung nach der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung nicht fortsetzen kann, dann ist das eine echte Katastrophe. Das können wir unseren jungen Kollegen ganz sicher nicht antun. Das ist meine Botschaft.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Hermann. – Der nächste Redner ist Herr Dr. Fabian aus Baden-Württemberg.

Dr. Fabian, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Die Vertreterversammlung der KBV hatte ursprünglich einen Antrag auf Ablehnung des hausärztlichen Internisten gestellt. Hierin hätte ich mit den Hausärzten völlig übereinstimmen können. Wenn die Bundesärztekammer jetzt als dritte Säule den Internisten wieder einführt, fällt sie nicht, wie die Ministerin in ihrem problematischen Einwurf auf der Eröffnungsveranstaltung befürchtete, hinter Rostock zurück. Auch künftig muss ein Internist die ambulante Zeit nachholen, um den Titel „Facharzt für Allgemein- und Innere Medizin“ zu erwerben. Dies ist und bleibt die einzig gültige Voraussetzung für den Hausarzt. Hieran ändert auch der Vorschlag des Vorstands nichts.

(Beifall)

Der Grund für den Internisten im stationären Bereich ist sicher nicht nur der formale Grund der Migrationsbehinderung, sondern auch die Versorgungswirklichkeit im Krankenhaus. Die Schwerpunktinternisten im Krankenhaus sind zumeist in ihren Funktionen beschäftigt. Sie haben an der Darstellung von Herrn

Wesiack gesehen, dass über 60 Prozent die Grundinternisten sind. Hier ist auch der Unterschied: ob Sie nur ein- bis dreijährige Weiterbildungsassistenten haben oder ob Sie auch vier- bis sechsjährige Weiterbildungsassistenten und Internisten haben. Insbesondere diese erfahrenen längerjährigen Weiterbildungsassistenten wie auch die Internisten stellen die Versorgung auf den Stationen und in den Bereitschaftsdiensten sicher. Gerade die Besetzung von Bereitschaftsdiensten erfordert eine breite internistische Qualifikation. In größeren Häusern haben Sie immer das Problem, dass Sie gestaffelt nach der Qualifikation unterschiedliche Leute brauchen.

Bereitschaftsdienste nur mit Schwerpunktinternisten führen zu nicht unerheblichen Haftungsrisiken. Wenn eine internistische Station zukünftig nur noch mit jungen Weiterbildungsassistenten betrieben werden muss, erhöht dies entweder den Supervisionsbedarf oder senkt die Qualität oder führt zu einer Schrumpfung des Weiterbildungsangebots.

(Beifall)

Ein weiterer Aspekt ist zu erwähnen. Es gibt viele Frauen, die ihren Berufswunsch im Krankenhaus verwirklicht sehen. Diese Gruppe möchte auch Facharzt werden und nicht unbedingt Schwerpunktinternist. Auch dieser Gruppe würden Sie es nehmen, im Krankenhaus von den höheren Tarifvergütungen, die man als Facharzt bekommt, zu profitieren.

Außerdem – auch das sei hier nebenbei gesagt – freut sich der Kardiologe – die Kardiologen mögen mir dieses etwas überspitzte Beispiel verzeihen –, wenn eine Internistin auf der Station den Diabetes des kardiologischen Patienten einstellt, während er im Katheterlabor steht.

Ich bitte Sie herzlich: Stimmen Sie dem Antrag des Vorstands zu.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Fabian.

Sind Sie damit einverstanden – ich wechsele jetzt etwas das Thema –, wenn wir Ihnen jetzt die Anträge, die zum Tätigkeitsbericht eingetroffen sind – es sind etwas über 100 –, austeilen, und zwar nicht, damit Sie sie jetzt studieren, sondern damit Sie sie heute Abend und heute Nacht zur Verfügung haben, um sie schon einmal zur Kenntnis zu nehmen und sich damit zu vergnügen?

(Heiterkeit)

Dann haben diejenigen, die das möchten, diese Chance. Die anderen können die Anträge auf ihrem Platz liegen lassen. Aber lassen Sie sich bitte nicht von dieser wichtigen Debatte ablenken.

Wenn wir das erst morgen früh tun und Sie um 9 Uhr die Anträge auf Ihrem Tisch liegen sehen, sind Sie möglicherweise so erschrocken, dass Sie vielleicht etwas missmutig werden. Heute Abend ist das über die Nacht hinweg vielleicht etwas leichter verdaulich.

Sind Sie damit einverstanden? – Dann machen wir das so.

Als nächster Redner bitte Herr Schäfer aus Nordrhein.

Dr. Schäfer, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es sollte unsere Aufgabe als Delegierte des Deutschen Ärztetages sein, eine zukunftsorientierte und faire Weiterbildung für die jungen Kolleginnen und Kollegen zu etablieren. Lassen Sie mich daher bitte auf einige wichtige zentrale Aspekte kurz eingehen.

Es ist ja nicht geplant, dass der neue Facharzt für Innere Medizin ohne Gebietsbezeichnung in die Niederlassung geht. Dies erscheint mir auch ziemlich sinnvoll, da in der Weiterbildung keinerlei Erfahrung mit den medizinischen, organisatorischen und insbesondere den finanziellen Besonderheiten und Belangen einer hausärztlichen Praxistätigkeit erworben wird. Dies bedeutet also, dass der Facharzt für Innere Medizin auf eine Karriere im Krankenhaus ausgerichtet ist.

Aber auch im stationären Bereich erscheinen mir die Karrierechancen für den Facharzt ohne Gebietsbezeichnung durchaus limitiert. Vielleicht nehmen Sie sich einmal die Zeit, im „Deutschen Ärzteblatt“ nachzuschauen, wie viele Chefarztpositionen in den letzten Monaten für Fachärzte für Innere Medizin ohne Gebietsbezeichnung ausgeschrieben waren. Ich kann es Ihnen sagen: Es waren nicht sonderlich viele. Wenn man die Veränderung der Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren mit einbezieht, werden es sicherlich auch nicht mehr werden.

Wir als Delegierte des Deutschen Ärztetages müssen unsere Verantwortung für die jungen Ärztinnen und Ärzte ernst nehmen. Wir müssen verhindern, dass sie entweder in eine Karrieresackgasse laufen oder unter einer unzumutbaren Verlängerung der Weiterbildungszeit leiden müssen.

Daher möchte ich Sie bitten und auffordern, dass wir an den Beschlüssen von Rostock festhalten und dem Antrag nicht zustimmen.

Ganz herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schäfer. – Als nächster Redner Herr Nick aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Nick, Rheinland-Pfalz: Sehr geschätzter Herr Präsident Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Dies ist mein 17. Ärztetag, an dem ich als Delegierter teilnehme. Ich kann nur sagen, dass man nach 31 Jahren berufspolitischen Engagements zunächst einmal einen kleinen Schock verspürt, wenn man hier eine Diskussion erlebt, die wir vor 20 Jahren in gleicher Tiefe, in gleicher Diktion und mit gleichen Argumenten schon einmal geführt haben, und wenn man sieht, dass Dinge, die in Rostock und Köln bereits abgesegnet wurden, erneut auf dem Prüfstand stehen. Ich will die Argumente, die die Vorredner in vielen Punkten zutreffend aufgeführt haben, nicht wiederholen. Ich möchte den Appell unseres Präsidenten aufgreifen, der gesagt hat, wir sollten uns bemühen, hier und heute die Gemeinsamkeiten aller Betroffenen aufzugreifen. Dazu bedarf es natürlich einer Vertrauenskultur, die gegründet ist auf eine faire Information. Ich habe ein gewisses Informationsbedürfnis, das ich mit drei, vier Fragen umreißen möchte.

Herr Dr. Koch hat ausgeführt, selbst wenn bei uns Einheitlichkeit herrschte, müsste durch EG-Recht etwas geändert werden. Das ist bei mir anders angekommen. Ich habe es so verstanden, dass eine Einheitlichkeit eingeklagt wird, die wir bisher nicht vorgelegt haben. Die Problematik der Migration haben Sie dargestellt, das ist auch angekommen. Die Frage ist, wie wir uns dazu stellen.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Ausschließlichkeit klinischer Tätigkeit eines allgemein weitergebildeten Internisten. Da sagen unsere Rechtsberater: Die kann niemand garantieren, jeder wird vor dem Verfassungsgericht die Berufsfreiheit einklagen. Ich ersehe aus diversen Anträgen des Marburger Bunds und einiger Kollegen das Bemühen, beide Faktoren zu bedienen, nämlich einerseits das Selbstverständnis der Internisten und andererseits den dringenden Bedarf an weiteren Hausärzten, indem man die Rotationsstellen ins Gespräch bringt.

Die Frage ist: Sehen Sie überhaupt Chancen, ein solches Modell rechtssicher zu machen? Wir haben das in den Ländern über Jahrzehnte versucht, aber es ist nicht gelungen. Da gibt es mit Sicherheit großen Aufklärungsbedarf, wenn Vertrauen über die klaren Positionen hinweg, die gegeneinander abgesteckt wurden, geschaffen werden soll. Ich darf um eine entsprechende Ergänzung bitten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Nick. – Jetzt Herr Kollege Fink, ebenfalls aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Fink, Rheinland-Pfalz: Sehr geehrter Herr Präsident! Lieber Herr Dr. Koch! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Die Sorge um die Zukunft des hausärztlichen Nachwuchses treibt mich um und auch die Sorge, dass wir wieder mehrere Typen der hausärztlichen Versorgung kreieren. Erinnern wir uns: Ein wesentlicher Grund zur Herbeiführung der Beschlüsse von Rostock und Köln war die Schaffung eines einheitlichen, kompetent weitergebildeten Hausarzttyps. Das Produkt langer und zäher Verhandlungen und Beratungen war der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin als einheitliche zukünftige Hausarztspezies.

Würde man nun gemäß der Vorlage des Vorstands der Bundesärztekammer eine Revitalisierung des Facharztes für Allgemeine und Innere Medizin beschließen, wären doch die Entscheidungen zweier Deutscher Ärztetage ziemlich konterkariert. Warum, so fragen wir uns? Durch die Wiedererschaffung eines schwerpunktlosen Internisten, dessen angedachtes Arbeitsfeld zwar die stationäre Behandlung von Patienten sein soll, also eine rein klinische Tätigkeit, wäre doch eigentlich kein weiterer Hausarzttyp geschaffen. So könnte man auf den ersten Blick meinen. Aber niemand wird rechtlich garantieren können, dass ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sich nicht doch niederlassen könnte und dürfte und dies auch im hausärztlichen Sektor können dürfte. Aufgrund dieser Situation hätten wir dann wieder mehrere Spezies an hausärztlich Tätigen, die die Patienten irritieren. Wir hätten dann zwei Spezies, die sich auch noch konkurrierend in der hausärztlichen Versorgung präsentieren würden.

Diese Situation zweier Spezies der hausärztlichen Versorgung – damit komme ich noch einmal auf das Thema der EU-Kompatibilität zurück – könnte EU-Inkompatibilität bedeuten, weil meiner Kenntnis nach bei der EU nur ein Typus von Hausarzt notifiziert werden kann und darf. Die Entscheidungen der KBV sind bekannt. Kollege Ulrich Weigeldt hat sie dargestellt.

Meine Bitte lautet summa summarum: keine Revitalisierung des Facharztes für Allgemeine Innere Medizin, Ablehnung des Vorschlags des Vorstands der Bundesärztekammer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Fink. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Pfeiffer aus Bayern.

Dr. Pfeiffer, Bayern: Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich möchte einen Blick in die Zukunft werfen und speziell die Zukunftsperspektiven für die jungen Kolleginnen ansprechen, die wir im Endeffekt mit der Weiterbildung, die wir hier beschließen, traktieren. Wir wissen, dass 70 Prozent der jetzigen Studienanfänger Ärztinnen werden. Diese werden später im Laufe ihrer Ausbildung häufig das Bestreben haben, in Teilzeit zu arbeiten. Da sind die Möglichkeiten im Klinikbereich und im ambulanten Bereich ziemlich unterschiedlich. Der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ist die Lösung, um in einer angemessenen Weiterbildungszeit einen Facharzttitel zu erwerben, der einem die freie Wahl lässt, ob man in der Klinik oder im ambulanten Bereich tätig werden möchte.

Was kommt aber auf uns zu, wenn wir dem Antrag des Vorstands folgen und einen Internisten ohne Schwerpunkt wieder einführen? Die Kollegen werden teilweise einfach aus Bequemlichkeit auf ihren Weiterbildungsstellen bleiben und ihren Facharzt für Innere Medizin machen wollen. Das bewirkt, dass sich der Hausarztmangel verstärkt. Die Stellen sind blockiert. Da nutzen auch gut gemeinte Anträge hier nichts, weil sie alle nur einen Appellcharakter haben.

Der erworbene neue Facharzttitel, den die Kolleginnen und Kollegen dann haben, berechtigt sie nach langer Weiterbildungszeit von fünf Jahren aber doch nur zur Tätigkeit in der Klinik, und man steht weiter unter dem Druck der Klinikleitung. Ich sehe den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin als die ideale Lösung an. Er bietet den jungen Kolleginnen und Kollegen eine gute Zukunftsperspektive. Er ist die ideale Grundausbildung für eine Tätigkeit in Praxis und auch in Klinik.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Pfeiffer. – Der nächste Redner ist Herr Professor Niebling aus Baden-Württemberg.

Prof. Dr. Niebling, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Professor Hoppe! Sehr geehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf einen Aspekt hinweisen, und zwar zum einen als niedergelassener Allgemeinarzt und langjähriges Mitglied des Weiterbildungsausschusses. Hier spüre ich ein Stück Vertrauensverlust. Vertrauen ist auf beiden Seiten verloren gegangen. Wir haben in Stuttgart die Beschlüsse von Rostock nach einem schwierigen

Prozess umgesetzt. Ich denke, dass es hier Verletzungen geben wird, wie auch immer die Entscheidung heute ausfallen wird.

Lassen Sie mich als Hochschullehrer für Allgemeinmedizin folgenden Aspekt erwähnen. Ich registriere in den letzten Jahren nach der Umsetzung der neuen AO ein spürbar anwachsendes Interesse an unserem Fach und an einer späteren Tätigkeit in der Hausarztmedizin. Wie mein Vorredner bereits sagte: Der Hausarzt der Zukunft ist weiblich. Bei uns sitzen in diesen Kursen 70 Prozent Studentinnen. Für sie ist das eine ideale Gelegenheit. Es ist faszinierend zu sehen, wenn man ihnen die neue Weiterbildungsordnung vorstellt, dass sie als angestellte Ärztinnen stationär arbeiten können, dass sie auch ambulant arbeiten können. Sie können auch je nach Situation hinsichtlich der Kindererziehung wechseln.

Es ist bereits gesagt worden: Die Weiterbildung soll zukunftsorientiert sein. Denken Sie an die jungen Kolleginnen und Kollegen. Ich möchte Sie aber bitten, etwas nach rückwärts zu schauen und rückwärtsgewandt zu bleiben: Bleiben Sie bei Rostock.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Niebling. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Johna aus Hessen.

Dr. Johna, Hessen: Sehr geehrter Vorsitzender! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Viele meiner Vorredner haben erwähnt, wie häufig sie bereits auf einem Deutschen Ärztetag waren. Ich bin das erste Mal als Delegierte auf einem Deutschen Ärztetag.

(Beifall)

Ich bin Fachärztin für Innere Medizin als Generalistin und arbeite als Oberärztin an einem großen neurologischen Reha-Zentrum. Ich habe nicht das Gefühl, mich in irgendeiner Form in einem Karriereloch zu befinden.

(Beifall)

Es ist eine Klinik mit 14 Monitorplätzen, die die Patienten direkt von neurochirurgischen und internistischen Intensivstationen übernimmt.

Ich frage mich: Wer soll diese Aufgaben demnächst übernehmen? Glauben wir wirklich, dass der Internist und Allgemeinmediziner nach zwei Jahren Praxis in

die Klinik zurückkommt und diese Stellen einnimmt? Macht es einen Sinn, ihn dafür erst zwei Jahre in die Praxis zu schicken? In der Ausgabe 19 des „Deutschen Ärzteblatts“ – vorhin wurde die Ausgabe 20 zitiert – wurden insgesamt acht Fachärzte für Innere Medizin als Generalisten gesucht, davon vier als Oberärzte. Glauben diese Kliniken nur, sie bräuchten einen solchen Arzt? Glauben wir in Deutschland wirklich, wir wüssten es wieder einmal besser als das ganze europäische Ausland um uns herum?

(Beifall)

Weiter möchte ich auf das Scheinargument eingehen, das eigentliche Problem seien die Weiterbildungsstellen. Ich kann mich an den Beginn meiner Weiterbildung noch gut erinnern; so lange ist es noch nicht her. Viele jungen Kollegen beginnen ihre Ausbildung mit einer gewissen Vorstellung, aber noch nicht mit einem engen Berufsziel. Wollen wir sie vielleicht zwingen, bereits zu Beginn ihrer Ausbildung festzulegen, was sie hinterher werden wollen?

Unser Ziel muss es sein, die Weiterbildung für Allgemeinmediziner und Internisten zu verbessern und an die Politik zu appellieren, endlich die ärztliche Weiterbildung in den Kliniken auch zu vergüten und so die Kliniken zu motivieren, Weiterbildungsstellen zu schaffen.

(Beifall)

In Hessen sind derzeit fast 80 Prozent der Prüflinge für den Facharzt für Innere Medizin Frauen. Wollen Sie diesen Kolleginnen, die sich für Kinder entschieden haben und trotzdem in der Klinik als Fachärztin tätig sein wollen, sagen: Wenn Sie weiter in der Klinik bleiben wollen, dann müssen Sie sich auf ein Spezialgebiet einengen und damit Ihre Weiterbildungszeit verlängern?

Spätestens, als Ulla Schmidt für die endgültige Abschaffung des Internisten als Generalisten plädiert hat, wurde hoffentlich allen klar, dass dies der falsche Weg sein muss.

(Beifall)

Ich bitte Sie somit, den Antrag des Vorstands anzunehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Kollegin Johna. – Nunmehr Herr Kollege Herrmann aus Schleswig-Holstein.

Dr. Herrmann, Schleswig-Holstein: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seit sechs Jahren durfte ich Herrn Kollegen Koch in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ begleiten. Viele Argumente sind ausgetauscht worden. Ich glaube, er hat ganz klar gemacht, warum sich dieser Ärztetag wieder mit diesem Thema beschäftigen muss.

Ich möchte aber auch aus einem anderen Fokus dazu etwas beitragen. Ich bilde seit vielen Jahren zukünftige Hausärzte und Internisten weiter, solange es überhaupt noch Weiterbildungsassistenten gibt. Bei uns in der Fläche in Schleswig-Holstein ist das zunehmend ein Problem. Ich sehe in der alltäglichen Arbeit die Sorgen der jungen Kolleginnen und Kollegen. Deshalb ist es sinnvoll, dass im Gebiet 12.1 verpflichtend nur eine Rotation vorgesehen ist, damit es nicht zu den Flaschenhälsen kommt. Dort haben wir schon eine Reduktion im Sinne unserer jungen Kolleginnen und Kollegen erarbeitet.

Wenn es beim Nachwuchs im hausärztlichen Bereich Probleme gibt, ist das keine Frage der Weiterbildungsordnung. Wir haben jetzt eine dreijährige gemeinsame Basisweiterbildung. Das heißt, kein Kollege muss sich vorher festlegen, was er machen will. Er kann nach den drei Jahren selbst entscheiden, ob er in die Praxis gehen möchte, ob er gleich einen Schwerpunkt machen möchte oder ob er erst einmal Allgemeine und Innere Medizin weitermachen will.

Vielleicht liegt es an den Arbeits- und Rahmenbedingungen, die er später im hausärztlichen Bereich vorfinden würde, warum manche Kollegen nicht in die Praxis gehen möchten. Vielleicht liegt es auch – damit komme ich auf den Antrag IV-9 zu sprechen – ein bisschen an der Bezahlung. Wenn er im dritten Weiterbildungsjahr 3 450 Euro im Monat bekommt und danach im niedergelassenen Bereich nur den Zuschuss von 2 040 Euro, kann das für viele jungen Kolleginnen und Kollegen für zwei Jahre schon ein Problem darstellen.

Wir brauchen also eine Bildungsordnung, die größtmögliche Bildungschancen für unsere Kolleginnen und Kollegen mit sich bringt und die bundeseinheitlich ausgestaltet ist. Damit sind die Beschlüsse von Rostock vollkommen untangiert, denn dort sollte der hausärztliche Bereich geregelt werden. Dieser Bereich bleibt unangetastet, denn nur das Gebiet 12.1 kann hausärztlich tätig sein.

Deshalb die Bitte, den Vorschlag der Bundesärztekammer anzunehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kollege Herrmann. – Es ist ein Geschäftsordnungsantrag auf Ende der Rednerliste eingereicht worden. Das gibt es bei uns nicht. Das gibt es wohl bei der KBV. Deswegen können wir

diesen Antrag leider nicht annehmen. Man müsste den Weg über Schluss der Debatte wählen. Wir haben uns ja schon darüber unterhalten, ob wir das tun wollen oder nicht. Das wollen wir schon gar nicht, wenn Herr Kötzle der nächste Redner ist. Bitte schön, Herr Kötzle, Nordrhein.

Kötzle, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihr Augenmerk auf eine grundsätzliche Frage lenken. Herr Koch sagte, dass es zwei Möglichkeiten gibt: Wir können Rostock bestätigen, wir können Rostock ändern. Ich glaube, damit ist auch die Situation, die von der EU vorgegeben ist, klar umschrieben. Es geht um die Einheitlichkeit unserer Regelung. Es kann nicht in verschiedenen Landesärztekammern unterschiedlich geregelt sein, wie die Weiterbildung im hausärztlichen Bereich stattfindet.

Es geht um zwei Fragen. Es geht zum einen um die Sicherung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Es geht nicht so sehr um die Frage, ob sich der Hausärzteverband oder der BDI durchsetzt oder ob die Situation in den Kliniken so oder so gestaltet wird. Es geht um eine Versorgungsfrage. Sie alle kennen das Problem der zunehmenden flächendeckenden hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Von Ihnen wird hier eine politische Entscheidung getroffen und auch verlangt. Sie müssen sich entscheiden, ob Sie alles tun, was nötig ist, um die hausärztliche Versorgung weiterhin zu stärken und zu sichern.

Die zweite wichtige Frage betrifft die Planungssicherheit für die Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung.

Wenn Sie diese beiden Fragen in den Mittelpunkt stellen, kann es eigentlich nur eine Antwort geben: Dann können wir nur am Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin festhalten, an den Rostocker Beschlüssen festhalten; denn alles, was diese Position schwächt – das geschähe, wenn wir wieder einen Allgemeininternisten einführten –, wäre für die Versorgung nicht zuträglich. Ich halte es nach wie vor für eine Sackgasse, wenn man fünf Jahre lang nur im stationären Bereich tätig sein könnte. Wir würden die Ausbildungszeit verlängern. Wir würden sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich die Ausbildungszeit verlängern. Wir würden sicher manches Problem der Klinikträger lösen, aber wir gäben den jungen Kolleginnen und Kollegen nicht die ganz klare Alternative, dass sie als Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin im hausärztlichen Bereich nach fünf Jahren tätig werden können und dass sie das, wenn sie einen Schwerpunkt wählen, nach drei Jahren entscheiden können.

Wir sollten unter diesem Aspekt – ich bitte Sie dringend, das zu berücksichtigen – bei den bisherigen Beschlüssen bleiben, sie nicht ändern und keine Schwächung des Versorgungsbereichs, die eintreten könnte, in Kauf nehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kötzle. Da bereits einige von „Ausbildung“ gesprochen haben, darf ich darauf hinweisen, dass es sich hier um Weiterbildung handelt.

(Beifall)

Auf dem Deutschen Ärztetag 1976 in Düsseldorf musste jeder, der fälschlicherweise „Ausbildung“ sagte, 5 DM in ein Schweinchen tun. Das wären heute natürlich 5 Euro. Wir üben jetzt einmal und schauen dann, ob wir das Schweinchen doch wieder hervorkramen müssen.

Der nächste Redner ist Herr Dr. Mayer.

Dr. Mayer, Bayern: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wollen Sie wieder katholisch werden nach der Reformation in Rostock bzw. Köln? Herr Montgomery, Ihnen bietet sich das Mandat des Fürstbischofs oder gar des Kardinals an, nachdem Sie in vielen Anträgen genannt sind, die die Anträge des Vorstands flankieren. Sie zitieren ja gern die Literatur. „Vor Tische las man es anders“, so Wallenstein. Ich erinnere an Ihre Position und Argumentation in Rostock. Wir haben das nicht vergessen.

Meine Damen und Herren, ich habe das Gefühl, dass die Frage der Inkompatibilität mit dem EU-Recht nur ein Vorwand ist. Schon bevor ich die Einladung mit der Tagesordnung erhielt, schwante mir etwas. Ich war nicht überrascht, als dieser Tagesordnungspunkt, den wir jetzt behandeln, in der Einladung stand.

Jetzt ein Blick zurück in die Historie und ein Blick auf den BDI und Herrn Koch. Wie wurde Herr Koch angegriffen! Er wolle als Internist den Allgemeininternisten abschaffen, die Innere Medizin als Mutter der Medizin. Geht man so mit einer Mutter um?

Manche Ordinarien für Innere Medizin ließen sich in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ vor den Karren des BDI spannen, um den Allgemeininternisten zu retten.

Meine Damen und Herren, nennen Sie mir einen internistischen Chefarzt ohne Schwerpunkt!

(Zuruf: Hier!)

Wohin gehen Sie, wenn Sie das Herz plagt? Gehen Sie zum Allgemeininternisten oder gehen Sie zum Kardiologen?

(Zurufe)

Ihre durch das Internet aufgeklärten Patienten werden, wenn sie eine Überweisung haben wollen, weil sie Magenprobleme haben, sicher nicht eine Überweisung zum Allgemeininternisten haben wollen, sondern sie verlangen eine Überweisung zum Gastroenterologen.

Meine Damen und Herren, es ändern sich die Zeiten. Schaffen Sie kein EU-kompatibles Phantom, erhalten Sie den Status quo, lehnen Sie die Anträge ab, die den Status quo verändern wollen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Mayer. – Jetzt ist von Frau Kollegin Astrid Blank aus Rheinland-Pfalz der Antrag auf Schluss der Debatte eingegangen. Möchten Sie das Wort ergreifen, Frau Blank? – Bitte schön.

Dr. Blank, Rheinland-Pfalz: Ich möchte meinen Antrag ganz kurz begründen. Erstens hat Herr Dr. Koch die Problematik der EU aufgezeigt. Zu diesem Thema ist kaum ein Beitrag erfolgt. Zweitens glaube ich, dass sich die Kollegen eine Meinung gebildet haben und eine Entscheidung treffen können.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Kollegin Blank. – Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Bitte schön.

Dr. Schröter, Thüringen: Ich habe meine Wortmeldung abgegeben, nachdem Herr Dr. Koch seine Ausführungen beendet hatte. Ich stelle fest, dass wir noch lange nicht an dieser Stelle sind. Viele Redner haben Dinge ausgeführt, die überhaupt keinen Bezug zu dem haben, was vorgetragen wurde. Aus diesem Grunde halte ich es für verfrüht, jetzt die Debatte zu beschließen.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Einer hat dafür, einer dagegengesprochen. Dann können wir über den Geschäftsordnungsantrag auf Schluss der Debatte abstimmen. Wer möchte dem Antrag auf Schluss der Debatte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit.

(Widerspruch)

– Hier haben ziemlich viele Augen gesehen, dass das die Mehrheit ist. Wir zählen es aber auch gern aus. Wir wollen keine Legendenbildung, in dieser Frage schon gar nicht. Ich frage also noch einmal: Wer möchte Schluss der Debatte? – Wer möchte keinen Schluss der Debatte? – Enthaltungen? – Einige. Dann ist aber doch mit klarer Mehrheit der Blick, den wir hier oben hatten, bestätigt worden: 116 möchten nicht, dass wir die Debatte beenden, 81 möchten es. 116 sind mehr.

(Beifall)

Wir setzen die Diskussion also fort. Die nächste Wortmeldung kommt von Herrn Kollegen Lang aus Hessen. Er ist, glaube ich, Gynäkologe.

Dr. Lang, Hessen: Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren Kollegen! Der Präsident hat recht: Ich bin Gynäkologe, dazu noch im Ruhestand. Ich bin also ganz unverdächtig, mit meiner Wortmeldung persönliche Interessen zu vertreten.

Es ist altbekannt: Wer die Zukunft gestalten will, wer die Gegenwart verwalten will, der muss die Vergangenheit kennen. Die Innere Medizin ist die Alma Mater. Es gab jahrhundertelang die Innere Medizin als konservative Behandlung und die Chirurgie als operative Behandlung. Im Zusammenspiel der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin kann es zu Situationen wie derjenigen kommen, die ich einmal mit folgender Metapher schildern darf. Das Schwein fragte das Huhn: Können wir nicht mal was gemeinsam machen? – Das Huhn antwortete: Wir machen Rührei mit Schinken!

Das darf hier nicht passieren. Wenn Sie die Innere Medizin abschaffen, haben Sie für die Allgemeinmedizin keine Weiterbildungsmöglichkeiten mehr.

(Beifall)

Die Allgemeinmedizin hat durch die Struktur ihres Faches kein Zuhause. Sie muss sich überall anlehnen. Wenn Sie nur noch in der Inneren Medizin Schwerpunkte haben, geht es nicht an, dass ein kommender Allgemeinmediziner sagt: Ich war in der Gastroenterologie, ich war in der Pulmologie, ich war in

der Kardiologie. Das reicht nicht. Er braucht den Blickwinkel, das Bild, die Weiterbildungsinhalte, wie sie beim allgemeinen Internisten zu Hause sind.

Ich bitte Sie, bei Ihren Entscheidungen zu bedenken, dass in der Tat die Allgemeinmedizin tot ist, wenn Sie die Innere Medizin abschaffen, weil es in diesem Moment keine Weiterbildungsmöglichkeiten mehr gibt. Aus diesem Grunde bitte ich Sie: Stimmen Sie den Anträgen des Vorstands der Bundesärztekammer und dem Antrag IV-12 zu.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lang. – Als nächster Redner Herr Conrad, ebenfalls aus Hessen.

Dr. Conrad, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Von Delegierten aus diesem Saal – viele haben einen orangefarbenen Schlüsselanhänger – wird immer wieder ein Argument vorgetragen, dass uns im Prinzip überzeugen soll, eigentlich zu kuschen und ruhig zu sein: Man solle den Internisten doch zulassen, er werde eh als Allgemeininternist aussterben, denn diesen Weg würde kein Vernünftiger mehr beschreiten.

Dieses Argument habe ich mir hin und her überlegt. Ich habe mich gefragt: Was soll das? Ein Ausbildungsgang, den eigentlich keiner machen will, ein Ausbildungsgang, in den keiner eintreten will, über dessen Eingangstor steht, diese Ausbildung habe keine Zukunft?

(Zurufe)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Weiterbildung!

Dr. Conrad, Hessen: Diese Ausbildung ist unsinnig.

Ich war vor Kurzem auf der Feier zum Abschluss des Humanmedizinstudiums meiner Tochter in Frankfurt. Da stand sie nun, die Zukunft der Ärzteschaft. Ich unterstreiche, was bereits gesagt wurde: Die Zukunft ist weiblich. Von 100 Absolventen war vier Männer, 96 Frauen. Wir haben hier eine besondere Verantwortung, weil sich dieser Beruf, weil sich auch die Ärzteschaft verändern wird. Auch die Anforderungen werden sich ändern.

Frau Johna hat gesagt: Es lässt sich hervorragend vereinbaren, als Frau im Krankenhaus zu arbeiten. Ich meine: Es ist ganz schwierig. Meine Frau ist Leitende Ärztin in der Gynäkologie. Der Werdegang meiner Frau war sehr leidvoll, und zwar so leidvoll, dass die Nachtdienste kaum mit einem Familienleben vereinbar waren.

Wir würden eine ganze Generation von Frauen in einen langen Ausbildungsgang treiben, aus dem sie nicht mehr herauskommen, wenn sie mit dem Nachtdienst nicht mehr zurechtkommen. Sie müssten dort bleiben, sie könnten nicht in die Praxis ausweichen. Sie haben keine Wahl. Wir haben eine Verantwortung nicht nur für das, was jetzt ist, sondern auch für das, was kommt. Nehmen Sie diese Verantwortung bitte wahr. Bleiben Sie in diesem Sinne bei Rostock. Alles andere wäre ein Rückschritt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das mit dem Begriff „Ausbildung“ müssen wir uns jetzt doch langsam überlegen.

(Beifall)

Es hat ernsthafte Konsequenzen. Wenn wir uns das selber angewöhnen, kommt der Tag, an dem unsere lieben Arbeitgeber sagen: Wenn ihr in der Ausbildung seid, seid ihr uns zwar herzlich willkommen, aber dann bekommt ihr eine Ausbildungsvergütung und kein Gehalt mehr für ärztliche Arbeit. Das ist dann ein großer Unterschied.

(Beifall)

Es ist also kein Spaß, sondern es ist politisch hochernst und tarifpolitisch brisant. Ich bitte alle, die sich ihren Redetext aufgeschrieben haben, den Begriff „Ausbildung“ ganz schnell durch „Weiterbildung“ zu ersetzen.

Als nächster Redner bitte Herr von Römer.

Dr. von Römer, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin fast schon gerührt, wie sich die Allgemeinmedizin um den künftigen Internisten sorgt und sich Gedanken macht, wie es weitergehen könnte. Aber das ist nicht das Thema. Wir machen es uns im Moment ein bisschen schwer. Wir haben zwei Punkte zu klären. Der eine Punkt ist der juristische Aspekt, den Herr Koch, wie ich glaube, sehr nüchtern und gut vorgetragen hat. Wir haben es zunächst auch infrage gestellt, weil wir überall Informationen bekamen, die ganz unterschiedlich waren. Wir waren zusammen mit Herrn Dr. Haage vom

BMG selbst in Brüssel und haben exakt dieselbe Auskunft bekommen. Wenn Frau Ministerin Schmidt das anders auslegt, zeigt das eigentlich nur ihr hohes Maß an Flexibilität. Herr Kötzle, es ist politisch ein geschickter Schachzug, die Frau Ministerin dazu zu bewegen, sich hier auf diese Thematik einzulassen.

Wir haben immer darauf hingewiesen: Wir Internisten brauchen den Facharzt im Krankenhaus. Darauf wurde heute schon mehrfach abgezielt. Wir beanspruchen für uns dasselbe Selbstbestimmungsrecht, das jeder von Ihnen für sein Fachgebiet in Anspruch nimmt.

(Beifall)

Wir verfolgen hier nicht nur eigennützige Interessen, sondern wir werden sehr von unabhängigen Dritten unterstützt. Ich zitiere aus einem Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 27. November 2002:

> *Insbesondere die geplante Abschaffung des generalistisch-internistischen Facharztes sowie die starke Zersplitterung in der Chirurgie gehen in eine völlig falsche Richtung. Sie lassen die stationäre Versorgungsrealität in diesen Disziplinen außer Acht und hätten dramatische Auswirkungen auf die Struktur der Krankenhäuser und die Krankenhausplanung der Länder. Des Weiteren wird durch die Spezialisierung ein Mangel an geeigneten Weiterbildungsplätzen hervorgerufen, da die notwendige Zahl von Ärzten mit einer entsprechenden Weiterbildungsbefugnis gar nicht mehr vorhanden sein kann. Weder der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin noch der Facharzt Innere mit Schwerpunkt sind in der geplanten Ausgestaltung auf die Leitung einer allgemeininternistischen Krankenhausabteilung zugeschnitten.*

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beantragen den Facharzt für Innere Medizin, um dieses Defizit zu beseitigen und die Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern zu ermöglichen. Wir bitten um Ihre Unterstützung.

Wir haben in den Vorgesprächen zusammen mit den Allgemeinärzten unsere Unterstützung bei der Sicherung und Schaffung von Weiterbildungsplätzen angeboten. Wir stehen zu diesen Angeboten, denn wir wollen keinen Krieg. Wir wissen, dass wir unsere Kraft für die Auseinandersetzung mit der Politik brauchen. Wir brauchen uns alle gemeinsam.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr von Römer. – Die nächste Wortmeldung kommt von Herrn Kollegen Michaelis aus Thüringen.

Michaelis, Thüringen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Haben die fünf abweichenden Landesärztekammern etwas Schlimmes getan?

(Zuruf: Ja!)

– Jein. Für den Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin haben sie keinerlei Schaden angerichtet. In Deutschland kann man weiterhin von dem einen Bundesland in das andere mit den jetzigen Regelungen migrieren. Das muss an dieser Stelle einfach gesagt werden. Sie haben natürlich – das ist bedauerlich, ließ sich aber nicht vermeiden, wenn man eine gewisse Grundposition vertritt – den Facharzt für Innere Medizin nicht abgeschafft und als stationäres Residuum belassen.

Wenn es durch EU-Recht zu einer Einführung kommen wird, gibt es nur zwei Möglichkeiten. Entweder nehmen wir wahr, was gesagt wird, oder die Verantwortung wird uns abgenommen. Aber dann hätten wir uns als Deutscher Ärztetag eigentlich deklassiert. Das möchten wir verhindern. Ich bitte Sie deshalb dringend, dem Antrag der Bundesärztekammer zu folgen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Michaelis. – Jetzt Herr Kollege Feyerabend aus Westfalen-Lippe.

Dr. Feyerabend, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen! Herr Kötzle hat den Versorgungsbedarf angesprochen. Er hat explizit auf den Versorgungsbedarf hinsichtlich der Hausärzte hingewiesen. Dieser Bedarf ist zweifelsfrei vorhanden. Wir kennen die Zahlen der notwendigen Weiterbildungskapazitäten, die die bereits drohende Unterversorgung auffangen könnten. Wir bekommen dieses Problem aber ebenso im stationären Bereich. Um zu quantifizieren, was Herr von Römer gesagt hat: In den Kliniken arbeiten derzeit über 16 000 Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Nicht die Chefärzte, die natürlich auch wichtig sind, machen die Arbeit, sondern

diese Fachärzte sind diejenigen, die die tägliche Arbeit verrichten. Auch hier taucht eine Gefährdung auf, wenn es diesen Facharzt nicht mehr gibt.

In Rostock war die Motivation, die zu dem Konsens geführt hat, einen hoch qualifizierten Hausarzt, der jetzt Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin heißt, zu kreieren. Das ist notwendig. Der Versorgungsbedarf in der hausärztlichen Situation ist groß. Sie quantifizieren ihn selber. Sollen diese Hausärzte, die speziell den Ausbildungsgang für diese Richtung zugeschneidert bekommen haben, auch noch die 16 000 Internisten ersetzen? Das ist doch praktisch überhaupt nicht möglich.

(Beifall)

Ich meine, das ist eine Situation, die man in dieser Form nicht weiter diskutieren darf.

Ich möchte noch auf ein Argument eingehen, das die Gegner des Facharztes für Innere Medizin auch hier heute mehrfach vorgetragen haben, das auch in der KBV-Vertreterversammlung auftauchte und das man im „Deutschen Ärzteblatt“ nachlesen kann: Das ist der Hausarzt „zu Fuß und zu Pferde“. Ich weiß nicht, wer diesen Begriff kreiert hat; ich weiß auch nicht, wer zu Fuß und wer zu Pferde ist. Die Befürchtungen dieser Art, die lange Zeit die Ärzteschaft gelähmt haben, die als Kampf zwischen BDA und BDI dargestellt wurden, wollen viele – und alle, die mit dieser Sache nichts zu tun haben – nicht mehr haben. Ich bin Vorsitzender der GFB in Westfalen. Ich kenne also die Stellungnahmen der anderen Fachrichtungen. Sie sind dieses Thema bis obenhin leid. Sie neigen möglicherweise der Auffassung zu, sie würden, wenn sie dem zustimmen, diesen alten Streit wieder aufleben lassen. Das ist nicht der Fall. Es ist de facto und de jure nicht der Fall. Die hausärztliche Versorgung ist inhaltlich durch das Sozialgesetzbuch ganz klar festgelegt, unterlegt durch eine Gebührenordnung.

Unterschiedliche Qualitäten innerhalb dieser Tätigkeit, egal von wo man kommt, sind nicht mehr gegeben. Die Möglichkeit, diesen Zugang ausschließlich auf den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zu beschränken, besteht durchaus. Entsprechende Absichtserklärungen vonseiten der Politik, das umzusetzen, sind bereits im Raum.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Feyerabend. – Wir sollten jetzt noch zwei Wortmeldungen hören, dann die Wahlergebnisse bekannt geben und anschließend diesen Tagesordnungspunkt unterbrechen, die

Sitzung für heute beenden und morgen fortfahren. – Der nächste Redner ist Herr Emminger.

Dr. Emminger, Bayern: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will nicht zu unseren Anträgen 10 bis 12 sprechen, denn ich denke, sie sind selbsterklärend. Ich habe Veranlassung, einige tendenzielle Fehlinformationen bei hoffentlich vielen von Ihnen zurechtzurücken.

Es ist wiederholt gesagt worden, der Antrag IV-1 sei ein Antrag der Internisten. Das ist mitnichten so. Wenn Sie genau hinschauen: Das ist ein Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer.

Seien Sie bitte so fair, nicht immer zu sagen – dadurch wird es auch nicht richtiger –, die Beschlüsse von Eisenach, Köln und Rostock würden aufgehoben. Sie müssen doch, wenn Sie ehrlich und fair sind, zur Kenntnis nehmen, dass diese Beschlüsse weiterhin Bestand haben, dass aber offensichtlich die Notwendigkeit besteht – das hat der Vorstand klargemacht –, den Beschluss von Rostock zu ergänzen. Warum muss dieser Beschluss ergänzt werden? Weil die EU über das BMG von uns eine Entscheidung fordert.

Wir haben zwei Möglichkeiten. Wir können mit einer Zustimmung zum Antrag des Vorstands europäische Freiheitsrechte nutzen. Nicht nur wir müssen sie nutzen, sondern unsere jungen Kolleginnen und Kollegen müssen die Möglichkeit haben, nach außen zu migrieren. Wenn wir in Europa zusammenwachsen wollen, müssen wir auch den jungen Kolleginnen und Kollegen aus Europa die Möglichkeit geben, zu uns zu kommen. Die Alternative wäre, dass wir uns in Europa isolieren. Das hat Herr Koch sehr nüchtern und klar dargestellt.

Es wird dauernd gesagt, durch diese Entscheidung würde die Zahl der Ausbildungsplätze reduziert. Ich will Ihnen ein klein wenig die Vertragsrealität in unseren Kliniken schildern. Wir haben in unseren Kliniken für die Kollegen in Weiterbildung fast nur noch befristete Verträge, und zwar nicht auf drei Jahre befristete Verträge, sondern wir sind schon froh, wenn wir ihnen einen Einjahresvertrag vermitteln können. Als Konsequenz daraus müssen sich die jungen Kolleginnen und Kollegen fast jährlich – in schwierigen Fällen sogar halbjährlich – entscheiden, in welche Richtung sie gehen wollen. Die Weiterbildungsstellen sind durch diesen Antrag nicht gefährdet, sie werden durch ganz andere Dinge, durch ganz andere Vorgaben unserer Arbeitgeber gefährdet, aber sicher nicht durch die Zustimmung zum Antrag des Vorstands.

(Vereinzelt Beifall)

Eine Bitte, eine Aufforderung an Sie, die von Herzen kommt: Lassen Sie gerade in dieser Situation den jungen Kolleginnen und Kollegen die Freiheitsrechte, sich zu entscheiden, welchen Weiterbildungsgang sie wählen wollen.

(Beifall)

Unsere Anträge 10 bis 12 sind auch das Angebot an Sie – Sie von der Allgemeinmedizin müssen es in erster Linie nutzen –, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den Kliniken für die jungen Kolleginnen und Kollegen in vieler Beziehung attraktiver zu machen.

Ich glaube nicht, Herr Kötzle, dass die Planungssicherheit durch die Zustimmung zum Antrag des Vorstands gefährdet wird. Erinnern Sie sich an den Streik im letzten Jahr durch die Mitglieder des Marburger Bunds: Auch wir haben für Planungssicherheit gestreikt. Sie besteht für uns in einer längeren Vertragsdauer, sicher nicht in einem Zeitraum von sechs oder zwölf Monaten.

Stimmen Sie also bitte diesem Antrag des Vorstands und den damit zusammenhängenden Anträgen zu. Darum möchte ich Sie bitten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Emminger. – Jetzt noch Herr Kollege Fresenius aus Bayern.

Dr. Fresenius, Bayern: Hohes Präsidium! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen! Zunächst möchte ich einen Dank an alle Nichtallgemeinärzte und Nichtinternisten für die Toleranz und die liebevolle Gewogenheit richten, mit der sie der Diskussion bisher gefolgt sind. Wir fühlen uns verstanden oder zumindest toleriert.

(Vereinzelt Beifall)

Herr Kötzle hat gesagt, es gehe um eine Versorgungsfrage. Ja, es geht um eine Versorgungsfrage. Ich darf als Aufsichtsrat eines kommunalen Krankenhauses sprechen, eines Krankenhauses, das nur eine schwarze Null schreiben und keine Aktionäre befriedigen muss, eines Krankenhauses, in dem der Bürger ein Mitspracherecht hat. In diesem Krankenhaus sind 120 internistische Betten. In diesem Krankenhaus soll eine bürgernahe Versorgung erfolgen.

Wir brauchen in diesem Krankenhaus den Arzt für Innere und Allgemeinmedizin, und zwar nicht als Versprechung und nicht wegen des Appellcharakters,

sondern wir brauchen diesen Arzt, weil wir den Konkurrenten, den freien Trägern, Einhalt gebieten müssen, weil wir freundschaftliche Assoziationen mit Kollegen bilden müssen, die bei uns im Krankenhaus ausgebildet werden und sich dann als Satelliten niederlassen können, als Basis für Netze, mit denen wir gemeinsam arbeiten können, um überleben zu können.

(Beifall)

Unser Überleben ist durchaus gefährdet. Es gibt gierige Augen, die nach uns schauen.

Wir brauchen aber auch den klinischen Internisten. Wir brauchen denjenigen, der wohnortnah den kardiogenen Schock, das diabetische Koma, die hyperthyreote Krise und die gastrointestinale Blutung versorgen kann. Natürlich gibt es dafür auch einen Oberarzt, der spezialisiert ist. Aber wir können uns nicht für jede der genannten Krankheiten einen Spezialisten leisten.

(Beifall)

Wir müssen die wohnortnahe Versorgung dieser Patienten sicherstellen. Daher wird dieser klinische Internist im Krankenhaus der Zukunft nicht in ein Karriereloch fallen, sondern er wird in flachen Hierarchien wohlgeborgen ein hoffentlich befriedigtes Berufsleben finden können.

Aus diesem Grunde bitte ich Sie, dem Antrag IV-1 zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Fresenius. – Die nächste Rednerin hat ihre Wortmeldung zurückgezogen. Es gibt jetzt aber einen Geschäftsordnungsantrag.

Dr. Joas, Bayern: Verehrtes Präsidium! Kolleginnen und Kollegen! Sie ahnen den Inhalt dieses Antrags. Ich stelle noch einmal fest: Wir haben sehr breit und sehr intensiv diskutiert. Ich glaube, wir sollten unser Tagwerk abschließen mit Ende der Debatte und Abstimmung. Morgen haben wir noch den Tagesordnungspunkt V mit 100 Anträgen. Wenn wir uns selbst ernst nehmen und abschätzen können, dass wir morgen mit 100 Anträgen noch sehr intensiv zu tun haben, sollten wir jetzt feststellen, dass wir in der Breite der Diskussion schon sehr viel ausgelotet haben. Deshalb: Schluss der Debatte und Abstimmung.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Da Herr Joas nicht gesprochen hat, darf er diesen Antrag stellen. – Gibt es eine Gegenrede? – Bitte, Herr Reinhardt.

Dr. Reinhardt, Westfalen-Lippe: Ich bin der Auffassung, dass wir morgen früh weiterdiskutieren sollten. Ich meine, dass wir auf diesem Ärztetag ein für allemal das Thema so lösen sollten, dass nach einer Abstimmung das Ergebnis akzeptiert wird. Ich meine, jeder, der das Gefühl hat, er müsse sprechen, sollte auch sprechen dürfen. Deshalb appelliere ich dafür, dass wir die Diskussion fortsetzen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Wir stimmen also ab. Wer ist für den Antrag auf Schluss der Debatte? – Wer ist dagegen? – Das Erste ist klar die Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann werden wir morgen nur noch die Abstimmungen durchführen.

(Widerspruch)

– Heute noch abstimmen? – Gut, das war auch Inhalt des Antrags. Dann führen wir die Abstimmungen durch, bevor wir die Wahlergebnisse bekannt geben, damit wir nicht abgelenkt werden.

Es gibt dazu den Geschäftsordnungsantrag, diese Abstimmung zumindest teilweise geheim durchzuführen, also schriftlich. Das betrifft die Anträge IV-1, IV-2 und IV-3. Das ist aber nicht ganz logisch. Ich meine, wir sollten die Anträge IV-1 und IV-5 als Alternative betrachten. Man kann nämlich nur einem der beiden Anträge zustimmen, nicht beiden Anträgen. Das ist die klassische Alternative. Beim Antrag IV-1 müssten wir erst einmal über den Ergänzungsantrag von Frau Gitter abstimmen, bevor wir über den Antrag insgesamt abstimmen. Frau Gitter beantragt nämlich durch den Antrag IV-1 a:

> *Bei der Weiterbildungszeit soll unter Punkt zwei im ersten Spiegelstrich sowie entsprechend im zweiten Spiegelstrich das Wort „internistische“ jeweils gestrichen werden, sodass es dann an beiden Spiegelstrichen heißt: „6 Monate Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können“.*

Dazu möchte sich Herr Koch äußern. Er hat die Möglichkeit, in diesem Zusammenhang ein Schlusswort zu sprechen.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie herzlich, den Antrag IV-1 a an den Vorstand zu überweisen. Wir haben in den Gremien lange darüber diskutiert, ob es „internistische Intensivmedizin“ oder nur „Intensivmedizin“ heißen soll. Wir haben bezüglich der Intensivmedizin Handlungsbedarf auch in anderen Fächern, beispielsweise in der Chirurgie. Wir möchten Ihnen das auf dem nächsten Deutschen Ärztetag gern als Gesamtpaket vorstellen. Deswegen die Bitte, den Antrag IV-1 a an den Vorstand zu überweisen, damit wir es sinnvoll in Abstimmung mit den anderen Fächern gestalten können.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Sie haben das gehört. Gibt es eine Gegenrede? – Bitte, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Sie werden es mir nachsehen, dass ich gegen diesen Antrag auf Vorstandsüberweisung sprechen möchte. Ich bitte darum, das Wort „internistische“ zu streichen, weil in den Weiterbildungsinhalten – nicht nur an dieser Stelle, sondern an allen Schwerpunkten – jeweils steht, dass es darum geht, die Basisversorgung in der Intensivmedizin zu erlernen. Das kann man nicht nur auf internistischen Intensivstationen, zumal – das ist ein weiteres Argument – die Entwicklung so ist, dass allenthalben der Trend dahin geht, Intensivstationen zusammenzufassen. Dann würden wir einen völlig unnötigen Flaschenhals schaffen.

Es kommt im Übrigen hinzu, dass in der gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung sogar bei der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin nicht zwingend ein Adjektiv steht. Insofern würde es schon zur jetzigen (Muster-)Weiterbildungsordnung viel besser passen als das, was vorgeschlagen wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Damit wir Klarheit haben, ob wir dieses Thema überhaupt weiterverfolgen müssen, verfahren wir so, dass wir uns zunächst darüber klar werden, ob wir den Antrag 1 oder 5 nehmen. Sollten wir uns für den Antrag 1 entscheiden, käme Antrag 1 a zur Abstimmung. Wenn der Antrag 5 zum Zuge kommt, brauchen wir darüber gar nicht weiter zu diskutieren. Ich glaube, das ist der einfachere Weg.

Sie müssen jetzt noch entscheiden, ob Sie schriftlich geheim abstimmen möchten oder nicht. Wer möchte, wie es hier beantragt worden ist, schriftlich geheim abstimmen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die große Mehrheit.

Dann stimmen wir jetzt ab.

(Zuruf: Zur Geschäftsordnung!)

– Es wird das Wort zur Geschäftsordnung gewünscht. Bitte schön.

Dr. Jäger, Schleswig-Holstein: Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Über die Frage einer geheimen Abstimmung können Sie nicht mehrheitlich abstimmen lassen. Wenn mehrere in diesem Saal das Gefühl haben, dass sie durch eine öffentliche Abstimmung Konsequenzen zu erwarten haben, können Sie darüber nicht mehrheitlich abstimmen. Ich meine, wenn auch nur einer die geheime Abstimmung verlangt, müsste dem im Rahmen einer wirksamen Demokratie Rechnung getragen werden. Sie können darüber nicht mehrheitlich abstimmen.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Vom Gefühl her kann ich alles verstehen, aber von der Geschäftsordnung her ist es anders. Anderenfalls müssten wir erst einmal die Geschäftsordnung ändern. In § 16 der Geschäftsordnung steht, dass darüber abgestimmt wird, ob schriftlich geheim abgestimmt wird. Deshalb ist diese Abstimmung zulässig. Ich glaube, angesichts der Zeit ist das wohl auch sinnvoll. Wir haben es gerade noch einmal durchgelesen: In § 16 der Geschäftsordnung steht, dass schriftlich geheim abgestimmt werden muss, wenn die Versammlung dies beschließt. Ich glaube, damit liegen wir richtig, obwohl ich das Gefühl von Herrn Jäger gut verstehen kann.

Ich stelle jetzt die Frage, wer für Antrag 1 und wer für Antrag 5 ist. Wir zählen von vornherein aus, weil es sich hier um die Grundentscheidung handelt. Ich frage also: Wer stimmt dem **Antrag IV-1** des Vorstands zu? Bitte zählen. – Wer möchte dem **Antrag IV-5** zustimmen? Bitte wieder zählen. – Wer möchte sich enthalten? – Wenige. Bei einigen Enthaltungen haben 140 dem Antrag IV-1 und 72 dem Antrag IV-5 zugestimmt.

(Beifall)

Damit ist der Antrag IV-5 nicht mehr relevant.

Wir müssen nunmehr über den **Antrag IV-1 a** abstimmen. Herr Koch hat gebeten, den Antrag an den Vorstand der Bundesärztekammer zu überweisen. Herr Dr. Koch, bleiben Sie dabei? – Ja. Ich frage also: Wer stimmt der Überweisung

des Antrags 1 a an den Vorstand zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Der **Antrag IV-1** ist in der Form **angenommen,** wie ihn der Vorstand eingebracht hat.

Damit kommen wir zum **Antrag IV-6.** Er ergänzt den Antrag 1. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag IV-12.** Wer stimmt diesem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Ich rufe jetzt den **Antrag IV-2** auf. Das ist ein Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer. Da gibt es die Bitte um geheime Abstimmung. Bleibt es dabei, Herr Steininger?

(Zuruf)

– Nicht. Dann stimmen wir offen ab. Wer möchte dem Antrag IV-2 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-4,** ebenfalls vom Vorstand der Bundesärztekammer. Es geht um die Neuausrichtung des Förderprogramms zur Weiterbildung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin. Hier gibt es keinen Antrag auf geheime Abstimmung. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit komme ich zum **Antrag IV-7.** Er betrifft die Förderung der Allgemeinmedizin. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag IV-8.** Dazu liegt bereits ein Überweisungsantrag vor. Herr Koch möchte dazu sprechen. Bitte schön.

Dr. Koch, Referent: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Antrag 8 ist im Prinzip auch sehr wertvoll. Trotzdem bitte ich darum, den Antrag an den Vorstand zu überweisen. Ich möchte dazu zwei Gründe anführen. Der erste Grund lautet: Der Antrag ist haushaltsrelevant. Deshalb müssen wir schauen, wie wir ihn sinnvoll einsortieren können. Zweitens gibt es vielleicht auch noch andere Möglichkeiten, wie man zu einer verbesserten Weiterbildung von Hausärzten kommt, nicht ausschließlich so, wie es in diesem Antrag steht. Wir werden den Antrag selbstverständlich in allen seinen Facetten in die Diskussion einführen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Dann frage ich, wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag IV-9.** Es geht um die Förderung der hausärztlichen Versorgung. Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf)

– Gibt es Probleme mit dem Antrag? Soll ich ihn vorlesen?

(Erneuter Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte den Antrag nicht an den Vorstand überweisen? Die Beteiligung ist ein bisschen schwach. Ich frage noch einmal: Wer möchte den Antrag IV-9 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen damit zum **Antrag IV-11.** Der Betreff lautet: „Innere und Allgemeinmedizin als gesundheitspolitische Gemeinschaftsaufgabe“. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag IV-10.** Es geht um die Befristung von Arbeitsverträgen in der Weiterbildung Innere und Allgemeinmedizin.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Das geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Nun haben wir noch über den **Antrag IV-3** abzustimmen, der sich mit der Richtlinie 2005/36/EG beschäftigt. Das ist die jetzt gültige neu notifizierte Richtlinie, die die Richtlinie 93/16/EWG ablöst. Daraus müssen wir die entsprechenden Konsequenzen ziehen. Herr Dr. Koch hat das in seinem Referat erklärt. Die geheime Abstimmung, die Herr Steininger wollte, ist auch hier nicht mehr nötig?

(Zuruf)

– Okay. Wer möchte dem Antrag IV-3 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir haben jetzt alle Anträge abgestimmt. Bevor wir diesen Tagesordnungspunkt abschließen, gibt es von Frau Professor Braun die Bitte um eine persönliche Bemerkung. Bitte schön, Frau Braun.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte etwas richtigstellen. Ich wollte keineswegs durch die Formulierung „zweitklassig“ einen Kollegen diskriminieren oder ihn in irgendeiner Art und Weise kränken. Hierfür entschuldige ich mich. Ich meine solche Internisten, die es in ihrem Fachgebiet nicht schaffen, einen Lehrstuhl zu erhalten, und die es uns an den Fakultäten, sozusagen in zweiter Instanz den Doppelfacharzt vorschiebend, schwermachen, weil sie es natürlich durch ihre Arbeit in den Kliniken leichter haben, in hochrangigen Journals zu publizieren.

Das ist meine Erklärung. Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Das ist ja wichtig.

Ich gebe jetzt noch die Ergebnisse der drei Wahlen bekannt. In den Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung sind gewählt worden – in der Reihenfolge der Stimmenzahl –: Herr Dr. Hellmut Koch, Herr Dr. Franz Bartmann, Herr Jens Wagenknecht, Herr Professor Wilfred Nix, Herr Professor Dr. Otto Bach, Herr Dr. Wolf von Römer und Herr Professor Jürgen Gedschold.

(Beifall)

In den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin wurden gewählt – ebenfalls in der Reihenfolge der Stimmenzahl –: Frau Dr. Cornelia Goesmann, Herr Dr. Max Kaplan, Herr Bernd Zimmer, Frau Professor Braun und Frau Dr. Gitta Kudela.

(Beifall)

In den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte wurden gewählt – auch hier nenne ich die Namen in der Reihenfolge der Stimmenzahl –: Frau Dr. Martina Wenker, Herr Dr. Bartmann, Frau Dr. Christa Schaff, Herr Dr. Klaus Ottmann und Herr Dr. Horst Feyerabend.

(Beifall)

Der bisherige langjährige Vorsitzende des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung war Herr Professor Dr. Heyo Eckel aus Niedersachsen. Er hat Ihnen

vorhin den Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer vorgestellt. Er hat nicht mehr zur Verfügung gestanden, um in den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung einzuziehen. Ich glaube, wir sollten ihm sehr, sehr herzlich danken für die langjährige erfolgreiche Arbeit, die insbesondere mit der Umsetzung auch der neuen Fortbildungsvorschriften aus dem Sozialgesetzbuch verbunden war.

(Beifall)

Lieber Heyo Eckel, du hast über viele Jahrzehnte hervorragende Arbeit geleistet, auch nach deinem Ausscheiden aus dem Amt als Präsident der Landesärztekammer Niedersachsen. Hierfür herzlichen Dank. Wir wünschen, dass du uns nach wie vor beratend und helfend zur Seite stehst. Vielen Dank.

(Beifall)

Wir treffen uns morgen pünktlich um 9 Uhr wieder. Für heute verabschiede ich mich von diesem Platz.

Der Präsident der gastgebenden Kammer hat noch die Bitte, einige ergänzende Informationen liefern zu dürfen. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Noch zwei Informationen. Erstens. Um 19.30 Uhr beginnt unser Gesellschaftsabend „Feste feiern in Westfalen – die lange Nacht des Ärztetages“. Am Stand der Stadt Münster im Foyer gibt es noch einige wenige Karten.

Zweitens. Die Kleidung ist westfälisch-lippisch: locker und leger, ohne Schlips, aber mit Hose, Jeans. Herzlich willkommen!

4. Tag: Freitag, 18. Mai 2007
Nur Vormittagssitzung

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen, meine Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße Sie alle sehr herzlich zum letzten Tag unserer Verhandlungen auf dem 110. Deutschen Ärztetag. Ich hoffe, Sie haben den gestrigen Abend vergnügt erlebt und überlebt und das wirkt sich positiv auf die heutige Stimmung aus.

Bevor wir in der Tagesordnung fortfahren, möchte ich mich zunächst noch einmal sehr herzlich bei Herrn Dr. Koch, dem Vorsitzenden der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, für die Vorbereitung des Tagesordnungspunkts IV – (Muster-)Weiterbildungsordnung – mit allen Facetten und vor allem auch dafür bedanken, dass er die Situation so klar dargestellt hat, dass jede und jeder verstehen konnte, um was es geht. Entsprechend ist die Abstimmung ausgefallen. Noch einmal vielen herzlichen Dank.

(Beifall)

Herr Dr. Koch hat darum gebeten, zu diesem Thema noch ein paar Worte sagen zu dürfen. Er möchte uns noch eine kleine Gewissensermahnung mitgeben. Bitte schön, Hellmut Koch.

Dr. Koch, Referent: Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Rednerinnen und Rednern des gestrigen Nachmittags für die offene, faire und sachliche Diskussion bedanken.

(Beifall)

Ich verspreche Ihnen, dass sich der Vorstand der Bundesärztekammer und die Weiterbildungsgremien intensiv mit der Verbesserung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin befassen werden, damit Kolleginnen und Kollegen diese Weiterbildung nicht nur beginnen, sondern auch sinnvoll beenden können und wir somit mehr junge Kolleginnen und Kollegen in die Allgemeinmedizin bringen.

Ich habe allerdings auch eine Bitte an Sie alle, die Sie hier sind. Meine Bitte geht dahin, dass Sie sich in Ihrer Kammer dafür einsetzen, dass wir diesmal eine bundeseinheitliche Regelung schaffen.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, helfen Sie mit, dass wir unsere eigenen Aufgaben selbst lösen, ohne die Politik.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Noch einmal herzlichen Dank, Hellmut Koch, auch für diese Worte. Ich hoffe, sie dringen in die Ohren derjenigen, die in den Kammerversammlungen die Entscheidungen treffen, damit wir die einheitliche Weiterbildungsordnung in Deutschland bald haben und dann ohne Hinderungen, die wir uns selbst in den Weg gelegt haben, innerhalb Deutschlands wandern können. Schönen Dank.

Ich rufe **Tagesordnungspunkt V** auf:

Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Berichterstattung über die Förderinitiative Versorgungsforschung

Der Tätigkeitsbericht ist Ihnen in Form eines nicht kleinvolumigen Buches und einer CD zur Verfügung gestellt worden. Dafür zeichnen unser Hauptgeschäftsführer, Herr Professor Fuchs, und alle seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geschäftsstelle, die ihm zugearbeitet haben, verantwortlich. Ich möchte mich bei allen, die daran gearbeitet haben und dieses Werk hergestellt haben, damit wir in der Öffentlichkeit nachweisen können, was wir das Jahr über gemacht haben, herzlich bedanken. Es ist gut gelungen. Herzlichen Dank an Herrn Fuchs und seine Combo, wenn ich so sagen darf.

(Beifall)

Ein Unterpunkt zum Tätigkeitsbericht ist, seitdem wir damit begonnen haben, die Berichterstattung über die Förderinitiative Versorgungsforschung. Zu diesem Zweck ist der Vorsitzende unseres Wissenschaftlichen Beirats, Herr Professor Dr. Scriba aus München, erschienen. Er wird jetzt beinahe schon traditionsgemäß seinen Bericht über die Arbeit seit dem letzten Ärztetag erstatten. Herzlich willkommen bei uns, Herr Professor Scriba!

(Beifall)

Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte zwei Gefühle, die ich im Moment habe, benennen: Dankbarkeit und Stolz. Die Dankbarkeit gilt dem Plenum der Delegierten des Deutschen Ärztetages, die indirekt über den Vorstand der Bundesärztekammer die Wissenschaftler in die Lage versetzt haben, Versorgungsforschung zu betreiben, und zwar mit Beiträgen der Ärzte, die zur Finanzierung herangezogen werden. Das ist etwas vollkommen Ungewöhnliches, etwas außerordentlich Bemerkenswertes. Ich bin ganz sicher, dass das inzwischen von der für uns wichtigen Öffentlichkeit durchaus bemerkt wurde und ernst genommen wird. Ich finde, das muss man mit großer Dankbarkeit registrieren.

Der Stolz bezieht sich auf das, was zu leisten inzwischen begonnen wurde: auf die Qualität der mitarbeitenden Wissenschaftler und auf die Art und Weise, wie das Ganze gesteuert und beurteilt wird. Vielleicht ist besonders bemerkenswert, dass wir als Kommentar zu dem, was bei uns stattfindet, gesagt bekommen, da sind Forscher und Wissenschaftler beteiligt, von denen wir noch nie etwas gehört haben. Auf Deutsch: Gerade aus der niedergelassenen Ärzteschaft haben sich im Rahmen dieses Programms Projektnehmer gefunden und gemeldet, die sich bisher nicht so richtig von dem angesprochen fühlten, was in der Förderungslandschaft für diese Art von Forschung zu finden war. Auch das halte ich für einen wichtigen Erfolg. Auch deshalb bin ich auf diese Dinge stolz.

So viel zur Einleitung, jetzt zu meinem Bericht. Zunächst ein kurzer Rückblick auf das, was im Rahmen der Förderinitiative geschehen ist. Für diejenigen, die ein sehr gutes Gedächtnis haben, ist das großenteils bekannt. Die Eckpunkte des Rahmenkonzepts lauten: Gesamtlaufzeit der Förderinitiative sechs Jahre; maximales Fördervolumen 750 000 Euro jährlich; jährlicher Zwischenbericht auf dem Ärztetag; Begleitung der Einzelprojekte durch „Projektpaten“. Diese „Projektpaten“ sind mehr grundlagennahe Wissenschaftler, die den Praktikern, die die Projekte durchführen, methodisch zur Seite stehen. Der letzte Eckpunkt des Rahmenkonzepts betrifft die Eingrenzung des Fördergegenstands. Wir müssen uns auf Themenfelder eingrenzen.

Die Themenfelder, um die es in der laufenden Förderperiode geht, sind erstens die Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag, zweitens der Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit sowie drittens der Einfluss der maßgeblichen arztseitigen Faktoren, der sogenannte Physician Factor. Es ist bemerkenswert, wie innerhalb weniger Monate die Frage, ob das physische und psychische Befinden der Ärzte einen Einfluss auf die Versorgungsqualität hat, überall Aufmerksamkeit gefunden hat. Es ist überraschend, wie schnell so etwas geht.

Es gibt drei Projektarten der Förderinitiative: Einzelprojekte mit Modellcharakter – maximale Förderdauer drei Jahre, maximale Fördersumme 200 000 Euro –,

Querschnittsprojekte – maximale Förderdauer zwei Jahre und maximale Fördersumme 50 000 Euro – sowie Kurzgutachten und Expertisen mit einer maximalen Förderdauer von einem Jahr und einer maximalen Fördersumme von 10 000 Euro.

Die Typ-I-Projekte sind mit 1,6 Millionen Euro in die Finanzplanung der ersten Förderphase eingestellt. Die anderen Zahlen entnehmen Sie bitte der Darstellung auf der Leinwand.

Ich komme nun zu den Einzelprojekten mit Modellcharakter, den Typ-I-Projekten. Mit 16 Projekten wurden Verträge abgeschlossen. Elf Projekte erhielten eine „Vollförderung“, fünf eine mehr oder weniger symbolische Teilförderung. Alle fünf Projekte haben es geschafft, andere Drittmittel einzuwerben. Sie haben den Bonus der Anerkennung, im Rahmen des Programms der Bundesärztekammer mitmachen zu können, gern mitgenommen. Ein Antragsteller hat den Antrag zurückgezogen. Zwei Projekte sind, wenn man so will, noch offen.

„Projektvisitenkarten“ liegen als „Materialsammlung“ aus. Zeigen Sie mir ein einziges Förderprogramm, bei dem man schon im Stadium der Beantragung und Begutachtung, also vor Beginn der eigentlichen Arbeit, schon lesen kann, was die Konkurrenz tut, wie das beurteilt wird und wie es gefördert wird. Diese Art von Transparenz ist ein einmaliges Qualitätsmerkmal, das ich nur von den Archäologen kenne. Auf diesem Gebiet gibt es nur so wenige Forscher, dass sie sich ohne Weiteres gegenseitig erzählen können, was sie eigentlich tun.

Ich zeige Ihnen jetzt drei kleine Grafiken, die verdeutlichen, welche Projekte wie lange laufen. Die meisten haben im vorigen Jahr begonnen und gehen bis 2008, zum Teil bis in das Jahr 2009 hinein. In Ihrer Materialsammlung ist jedes einzelne Projekt genau beschrieben. Darauf will und kann ich jetzt nicht näher eingehen.

Zum Themenblock Einfluss der Ökonomisierung erwähne ich hier nur das Projekt mit dem Titel „Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern“. Hier ist das Max-Planck-Institut für Demografie beteiligt. Es ist von den Ansätzen, den schon vorhandenen Ergebnissen und dem, was man erwarten kann, her ein hervorragendes Projekt.

Es gibt eine laufende Projektbegleitung und ein Projekt-„Controlling“. Jedes Projekt erstellt Zwischenberichte. Wir haben am 17. Januar dieses Jahres einen Projektworkshop durchgeführt. Es wurden zahlreiche Kontakte zwischen den einzelnen Projektnehmern geknüpft, quasi im Sinne eines Netzwerks. Auf diese Weise wurden kooperative Elemente kreiert. Insgesamt kann man sagen, dass das methodische und wissenschaftliche Niveau des gesamten Programms wirklich gut ist.

Ganz kurz zu den Typ-II-Projekten. Dabei handelt es sich um Querschnittsprojekte. Der Report Versorgungsforschung richtet sich an die Delegierten des Deutschen Ärztetages, zu beratende Politiker sowie die Gesamtärzteschaft und bezieht sich auf jeweils auszusuchende versorgungsrelevante Themen. Diese Themen werden im Rahmen eines vorbereitenden Symposiums aufgearbeitet. Die Ergebnisse werden zusammengetragen. Ein Beispiel ist das Robert-Koch-Institut, das gemeinsam mit der Bundesärztekammer ein Symposium mit dem Thema „Zur Bildung von Netzwerken für ein kontinuierliches Monitoring von Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Deutschland“ durchgeführt hat. Sie wissen, dass das Robert-Koch-Institut unter anderem für die Gesundheitsberichterstattung zuständig ist. Aus dieser Tradition heraus will man weitere Datenquellen erschließen, um noch besser zu werden.

Weitere voraussichtliche Themen für den Report Versorgungsforschung wird einmal der Physician Factor sein, und zwar im nächsten Jahr, sowie im Jahr 2009 der Einfluss von „Privatisierungen“ auf die Krankenversorgung.

Typ-III-Projekte umfassen Kurzgutachten und Expertisen. Wir haben mit Billigung des Vorstands der Bundesärztekammer eine Literaturstudie zum Physician Factor ausgeschrieben, um überhaupt einmal festzustellen, was diesbezüglich an Literatur vorhanden ist. Die Ergebnisse sind in Heft 20 des „Deutschen Ärzteblatts“ vom 18. Mai 2007 zu finden.

Ich komme zur Machbarkeitsstudie zu den Folgen der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen/Marburg. Im Rahmen der ersten Ausschreibung wurden leider keine Anträge gestellt. Es gibt die grundsätzliche Schwierigkeit, dass hier Fusion, DRG-Einführung und Privatisierung zusammentreffen und man nicht genau weiß, welcher Faktor welchen Einfluss hat. Wir haben von Wissenschaftlern eine Machbarkeitsstudie erstellen lassen, in der nachgewiesen wird, dass es besser ist, eine größere Übersicht über verschiedene Betreiber von Privatisierungen und überhaupt über verschiedene Träger zu erstellen, um festzustellen, welchen Einfluss insbesondere der Trägerwechsel auf die Qualität der Versorgung im Krankenhaus hat. Entsprechend einem Beschluss des Bundesärztekammervorstands vom Dezember 2006 wurde ein Forschungsprojekt ausgeschrieben. Es sind drei Anträge eingegangen. Die Anträge wurden von der Ständigen Kommission „Versorgungsforschung“ schriftlich begutachtet. Jetzt müssen wir nur noch überlegen, was wir dem Vorstand der Bundesärztekammer vorschlagen, damit im Juni 2007 eine Entscheidung über die Durchführung dieses vorgezogenen Projekts aufgrund der Empfehlung, die uns aus dem Typ-III-Projekt zugewachsen ist, getroffen werden kann.

Ich darf jetzt noch einmal kurz die sogenannten Highlights erwähnen: die Machbarkeitsstudie zur Privatisierung Gießen/Marburg, die Studie hinsichtlich der internationalen Literatur zum Physician Factor, die Ausschreibung hinsicht-

lich der Auswirkungen von Trägerwechseln und die thematische Rahmenorientierung zur Eingrenzung von Themenfeldern für die zweite Ausschreibung.

Ich glaube, wir können sagen, die Projekte in der erste Förderphase sind auf einem wirklich hohen Niveau mit hoher Professionalität umgesetzt worden. Das zweistufige Auswahlverfahren der ersten Förderphase hat sich sehr bewährt. Das auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 verabschiedete Rahmenkonzept hat sich ebenfalls bewährt und soll das gedankliche Fundament für die Fortführung der Förderinitiative sein, die wir nunmehr zu besprechen haben.

Warum eine Ausschreibung der zweiten Förderphase bereits zum jetzigen Zeitpunkt? Nachdem wir uns derzeit in der Hälfte der Projektlaufzeit der ersten Förderphase befinden, ist es erforderlich, sich Gedanken über die Ausschreibung der zweiten Förderphase zu machen, damit man noch während der Gesamtlaufzeit der Projekte fertig werden kann, also bis 2011. Leider sind die Laufzeiten so lang, deshalb müssen wir jetzt damit beginnen.

Wir müssen die Themenfelder für die zweite Förderphase ebenfalls eingrenzen, weil die zur Verfügung stehende Gesamtsumme eine vollständige Bearbeitung der Themen, die hinsichtlich der Versorgungsforschung denkbar sind, unmöglich zulässt. Es erfolgt eine thematische Rahmenorientierung und Basis für die Konkretisierung von Fragestellungen für die Ausschreibung der zweiten Förderphase. Dies finden Sie als Anlage zum Antrag V-1.

Bei der Bearbeitung dieser Fragen waren frühere Ärztetagsbeschlüsse zu berücksichtigen. Ich nenne hier vom 109. Deutschen Ärztetag die Themen: Sicherung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die humane Sterbebegleitung, die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung, die Prävention von Misshandlung, Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen sowie die Telematik.

Im Sinne einer Modifikation der jetzt laufenden Themenfelder haben wir uns gedacht, dass der Themenschwerpunkt einer Implementierung von Leitlinien nicht erneut ausgeschrieben werden sollte. Dieses Themenfeld wurde in der ersten Förderphase relativ umfassend gefördert. Der Physician Factor als maßgeblicher Faktor für die Versorgungsqualität soll als Querschnittsthema zu allen Themenschwerpunkten in Zukunft Voraussetzung oder zumindest wünschenswert sein. Hier handelt es sich nicht um ein Sonderthema, sondern diese Thematik ist immer dabei.

Als Themenfelder für die zweite Förderphase schlagen wir die Versorgungsstrukturen und die Steuerungsmechanismen vor. Bei dem Themenfeld Versorgungsstrukturen sind zu unterscheiden: Bedarfsplanung, Optimierung von (sektorenübergreifenden) Versorgungsstrukturen, Nutzen und Risiken von Telemonitoringverfahren sowie die Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte. Beim Themenfeld Steu-

erungsmechanismen sind finanzielle Anreizmechanismen sowie eine Versorgungssteuerung durch Qualitätswettbewerb am Beispiel der Qualitätsberichte zu behandeln.

Die inhaltliche Schwerpunktsetzung unter Berücksichtigung der Anliegen des Deutschen Ärztetages umfasst folgende Punkte: die Versorgung der älteren Bevölkerung – das wird auf bestimmte Gruppen eingegrenzt, weil es unmöglich ist, das gesamte Spektrum zu beleuchten –, die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland, die Versorgung multimorbider Patienten, die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung und die Versorgung „vulnerabler“ Gruppen von Kindern und Jugendlichen. Diese fünf Bereiche überlappen sich zum Teil durchaus erheblich. Das ist erstens nicht zu ändern und zweitens sogar Absicht.

Zu den möglichen Fragestellungen möchte ich nur kurz Stellung nehmen; eine ausführliche Darstellung finden Sie in der Materialsammlung als Anlage zum Beschlussantrag V-1. Es ist auch noch keinesfalls alles festgelegt, was getan werden kann.

Mögliche Fragestellungen zum Themenfeld Versorgungsstrukturen: Welche Instrumente zur Identifizierung von Unter-, Über- und Fehlversorgungsbereichen stehen zur Verfügung? Welche Versorgungsstrukturen braucht eine älter werdende Bevölkerung? Welche Auswirkung hat die Anwendung von Telemonitoringverfahren auf die Arzt-Patient-Beziehungen? Welche Chancen und Risiken bedeutet eine verstärkte Einbeziehung von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen für das Problem des Ärztemangels?

Zu den Steuerungsmechanismen sind mögliche Fragestellungen: Auswirkung unterschiedlicher Trägerstrukturen stationärer Einrichtungen auf die berufliche Situation und die Arbeitszufriedenheit von Ärzten; mögliche Verlagerungseffekte zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch die Einführung von DRGs; eventuelle Verbesserung der Versorgung durch die Einführung von vergleichenden Instrumenten der Qualitätssicherung.

Was sollte und soll mit der Förderung der Versorgungsforschung erreicht werden? Es sollen Fragestellungen untersucht werden, die von besonderer beruflicher und gesundheitspolitischer Relevanz für die gesamte Ärzteschaft und insbesondere auch für die Patienten sind. Wir möchten, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung in die Politikberatung einfließen und wir auf diese Weise Hinweise auf Probleme der gesundheitlichen Versorgung und zur Verbesserung der Versorgungssituation geben können. In diesem Sinne ist auch das Symposium 2006 in Mainz durchgeführt worden. Es sollen ferner Projekte mit Modellcharakter gefördert und deren Ergebnisse in die Fläche oder in andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden.

Was ist bereits erreicht worden? Es wurden 16 Forschungsvorhaben in das Förderprogramm aufgenommen, die auf wissenschaftlich hohem Niveau durchgeführt wurden. Es wurden zwei Expertisen zu Gießen/Marburg und zum Physician Factor erstellt. Es wurden zwei Symposien „Versorgungsforschung als Instrument zur Gesundheitssystementwicklung“ sowie „Zur Bildung von Netzwerken für ein kontinuierliches Monitoring von Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ organisiert. Schließlich erfolgte eine Sonderausschreibung „Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen (inklusive ‚Privatisierung’) von Krankenhäusern“.

Was soll als Nächstes geschehen? Es soll ein Report Versorgungsforschung zum Thema „Monitoring von Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ aufgelegt werden. Die Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen auf die Qualität der Krankenversorgung sollen wissenschaftlich untersucht werden. Es sollen weitere Expertisen und Kurzgutachten sowie Symposien und Workshops als Grundlage für den Report Versorgungsforschung sowie zur Diskussion der Projektergebnisse durchgeführt werden. Schließlich soll auf der Basis der Ihnen soeben vorgestellten thematischen Rahmenorientierung „Eingrenzung von Themenfeldern“ in diesem Jahr die zweite Förderphase ausgeschrieben werden.

Wir brauchen dafür Ihre Unterstützung und bitten Sie daher darum, dass Sie uns beauftragen mögen, die nächste Förderphase ausschreiben zu lassen. Wir bitten Sie, dem Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer zuzustimmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Scriba, für diesen Vortrag und vor allen Dingen für die Arbeit, die dahintersteckt. Sie wissen ja: Wir haben zum einen das Nationale Leitlinienprogramm, das für uns das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bearbeitet, mit der Darstellung dessen, was die Medizin leisten kann. Wir haben zum anderen das Projekt Versorgungsforschung, um zu messen: Was kommt von dem, was die Medizin leisten kann, in der Patientenbetreuung an? Wie sieht das Delta dazwischen aus? Wie geht es Ärztinnen und Ärzten, wenn sie beispielsweise nicht in die Lage versetzt werden, ihren Patientinnen und Patienten das Bestmögliche zugute kommen zu lassen, sondern wenn sie sich auf ein niedrigeres Niveau beschränken müssen? Leiden sie darunter? Oder ist ihnen das egal? Ist das für sie eine politische Frage?

Diese Aspekte sind in dem Vortrag von Herrn Scriba deutlich zum Ausdruck gekommen. Die Anträge stellen das ebenfalls in den Mittelpunkt. Insofern glaube ich, dass wir hier auf einem sehr guten Weg sind, uns auch in der politischen Szene so zu rüsten, dass wir mit der Politik und mit unseren Mitspielern im vorpolitischen Bereich bzw. im unterstaatlichen Bereich auf Augenhöhe diskutieren können. Das ist unser Ziel.

Noch einmal herzlichen Dank, Herr Scriba.

Wir kommen nun zu den Wortmeldungen. Der erste Redner ist Herr Josten von der Ärztekammer Nordrhein. – Ist er zugegen? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Dann bitte Herr Kollege Joas aus Bayern.

Dr. Joas, Bayern: Verehrtes Präsidium! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zu unserem Antrag 16 sprechen, der Ihnen vorliegt. Wir haben für unseren Entschließungsantrag 16 auf der Eröffnungsveranstaltung eine unerwartete Steilvorlage erhalten, als der mit der Paracelsus-Medaille geehrte Kollege Müller-Oerlinghausen an uns appellierte, wir sollten uns für eine freie Forschung engagieren und uns der Beeinflussung durch – wie er es nannte – „Big Pharma“ bewusst sein.

Von der KVB wurde uns allen vor einigen Monaten das Diagramm, das Sie auf der Leinwand sehen können, übermittelt. Sie alle haben Zugang zu diesen Zahlen; Sie kennen das. Sie sehen, wie die Ausgaben im Krankenhaus während der letzten 36 Jahre gestiegen sind. Jeder wird sagen: Das ist klar, das ist durch zunehmendes Alter und verstärkte Forschung zu begründen. Die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel liegen konstant bei 2,5 bis 3,5 Prozent. Sie sind auch deutlich angestiegen. Auch hier würde man das Alter und die Fortschrittsspirale als Begründung anführen.

Sehr erstaunlich ist aber, dass die Ausgaben im ambulanten Bereich zurückgegangen sind. Es werden genau dieselben Patienten mit demselben Alter und bei gleichem medizinischen Fortschritt behandelt. Trotzdem gehen die diesbezüglichen Ausgaben zurück.

Ich meine, das ist die Auswirkung einer erfolgreichen Kostendämpfungspolitik.

Wir sind uns bewusst, dass die Politik ein großes Interesse daran hat, uns, den Niedergelassenen, Daumenschrauben anzulegen, damit die Arzneimittelausgaben nicht weiter steigen. Wenn wir auf die Straße gehen und wegen sinkender Ausgaben für den ambulanten Bereich und wegen für uns in der Praxis immer höherer Ausgaben und steigender Verantwortung demonstrieren und erklären, wir wollten von diesen Daumenschrauben befreit werden, dann müssen wir eine

Lösung anbieten, wie die Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich zurückgefahren werden können. In diese Richtung geht mein Vorschlag.

Die Diagramminterpretation können Sie lesen, nämlich dass die Leitlinienvorgaben durch einen immer engeren Handlungskorridor bei der Therapieentscheidung geprägt werden.

Die klinische Forschung im Arzneimittelsektor befindet sich in einer engen Abhängigkeit von den Drittmittelgebern. Das dürfte klar sein. Gleichzeitig ist eine innovative Forschung ohne diese Drittmittelgeber nicht mehr durchführbar. Wir dürfen die Drittmittelgeber also nicht nur infrage stellen, sondern wir müssen auch sagen, dass wir wissen, dass es ohne sie nicht geht. Der grundsätzliche Interessenkonflikt ist uns auch klar. Er ist immanent.

Für mich ist die entscheidende Erkenntnis: Dieser immanente Konflikt darf nicht auf dem Rücken der Forscher individualisiert werden. Seit zehn Jahren gibt es die Erklärung „Conflict of interest“. Ich glaube, dieser Konflikt wird nicht dadurch behoben, indem der einzelne Forscher erklärt, er sei ganz frei von entsprechenden Einflussnahmen. Das ist er nämlich nicht.

(Vereinzelt Beifall)

Mit dem Erkenntnisdruck der neuesten Studien aus diesem Drittmittelbereich sind wir Niedergelassenen gezwungen, teure Innovationen zu verschreiben. Alle, die ihre vierteljährliche Informationsmeldung, die sie von ihrer KV bekommen, anschauen, kennen die Top-Ausgaben, darunter Plavix, Agrinox, Aricept und wie sie alle heißen.

Ich möchte Sie auf die englische AD2000-Studie hinweisen, veröffentlicht im „Lancet“ 2004. Es geht um die Alzheimer-Demenz. Wir kennen die Aussagen der Hersteller, die uns klarmachen wollen, dass bei einer Langzeitbehandlung die Alltagskompetenz mindestens zwei Jahre länger erhalten bleibt. Es ist eigenartig, dass man bei der englischen unterstützten Staatsforschung, die ja nicht ganz ohne Eigeninteresse ist, genau die Verlängerung dieser Alltagskompetenz nicht bestätigt.

Deshalb müssen wir sehr wohl ein Interesse daran haben, dass es zukünftig andere Drittmittelgeber gibt, die mit ausreichend hohen Geldmitteln einsteigen und die Forschung mit unterstützen, und zwar, wie ich meine, in die richtige Richtung unterstützen. Im Antrag V-16 sind drei Fragen aufgeführt, die ich jetzt nicht wiederholen möchte. Ich glaube, es ist ganz wichtig, die Versorgungsforschung zu unterstützen, der jetzt sicher noch die Geldmittel fehlen. Das war ja unsere Skepsis vor zwei Jahren, als die Versorgungsforschung gefordert wurde, dass man mit den lächerlich geringen Geldmitteln, die zudem noch aus unseren Taschen kommen, viel zu wenig erreichen kann. Die Versorgungsforschung im Rahmen einer Expertise sollte es schaffen, den Drittmittelgebern

klarzumachen, dass eine vernünftige Versorgungsforschung riesige Summen Geldes spart. Wenn eine Krankenkasse pro Jahr einen Milliardenbetrag sparen kann, weil ein bestimmtes Medikament nicht in die Leitlinien aufgenommen wird – oder nur mit großen Einschränkungen –, dann müsste es doch möglich sein, die Krankenkassen davon zu überzeugen, einige Millionen zu geben, um mit einer gezielten und fundierten Forschung entsprechend gute Ergebnisse zu erzielen.

Ich bitte Sie, diesen Antrag zu unterstützen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Joas. – Als nächster Redner hat sich jetzt Herr Stöckle, ebenfalls aus Bayern, zu Wort gemeldet.

Dr. Stöckle, Bayern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Delegierte! Ich darf Herrn Professor Scriba sehr herzlich für diese außerordentlich fundierte Darstellung danken. Ich glaube, wenn es irgendeines Arguments bedurft hätte, um aufzuzeigen, wie notwendig diese vor zwei Jahren aufgegriffene Initiative der Bundesärztekammer hinsichtlich der Fragen der Versorgungsforschung ist, um von unserer ärztlichen Position her entsprechende Stellungnahmen abgeben zu können, dann hat dies heute diese hervorragende Dokumentation getan.

Ich habe trotzdem noch ein Anliegen und eine Frage, Herr Scriba. Ist es möglich, aus den Daten und Fakten, die Sie bei der Versorgungsforschung sammeln, bereits jetzt Aussagen über die unterschiedlichen Strukturen im Bundesgebiet zu machen? Kann man feststellen, ob in den neuen Bundesländern durch die Abwanderung von Ärzten und die Unmöglichkeit, aufgegebene Kassenarztsitze neu zu besetzen, eine Unterrepräsentanz und damit eine Minderung der Qualität der Patientenversorgung eingetreten ist? Falls nicht, möchte ich Sie fragen, welche Bemühungen Sie für notwendig erachten, um durch objektive Daten entsprechende politische Reaktionen auszulösen. Was können wir selbst tun, um Mangelsituationen bei der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Versorgung und auch, wie ich erfahren habe, bei den Klinikleitungen zu beseitigen? Unser wichtigstes Anliegen müsste sein, schon heute entsprechende Reaktionen auszulösen und in unseren Weiterbildungsorganen, den Universitätsklinika usw. eine gewisse Steuerung zu erreichen, um hinsichtlich der Strukturen bessernd einzugreifen, bevor es in bestimmten Gebieten

Deutschlands zu einer echten Unterversorgung kommt und wir nicht auf ausländische Ärzte angewiesen sind.

Ganz hervorragend finde ich die Einbeziehung der nicht ärztlichen medizinischen Berufe, der Assistenzberufe. Ohne diese Assistenzberufe wäre eine – wie von uns gefordert – qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung nicht möglich. Ich erachte es deshalb für außerordentlich wichtig, auch in Zukunft die gesamtmedizinischen und nicht nur die ärztlichen Versorgungsstrukturen kritisch zu beobachten und weiter zu verfolgen.

Vielen Dank.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Stöckle. – Ich habe zwei Bitten. Die erste: Die Redner mögen das Mikrofon bitte nicht anfassen. Die Mikrofone werden sofort nachgesteuert, besonders bei denen, die so gebaut sind, dass sie mit dem Mikrofon nur so kommunizieren können, dass sie es in den Hals stecken. Die Körpergröße spielt also technisch gesehen keine Rolle.

Die andere Bitte ist: Unsere Freunde von den anderen Gesundheitsberufen sind etwas traurig, wenn wir sie „medizinische Assistenzberufe“ nennen. Es sind zum Teil eigenständige Berufe. Deshalb sprechen wir von „anderen Gesundheitsberufen“. Ich glaube, dass wir den Frieden besser erhalten können, auch im Bündnis Gesundheit 2000, wenn wir das so ästimieren. Es soll keine Kritik sein, Herr Stöckle; vielleicht müssen wir uns an diese Nomenklatur gewöhnen. Ich denke, das schaffen wir auch.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Massing aus Westfalen-Lippe.

Dr. Massing, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Herr Professor Scriba, wir haben in Westfalen ein Sprichwort, das folgendermaßen lautet: Frage ein Amt, und es kommt ein Amt heraus. Es zeichnet sich bei dieser Materialsammlung ab, dass das, was wir schon vor zwei Jahren befürchtet haben, nämlich dass der Hausarzt dort überhaupt nicht mehr vorkommt, sich bewahrheitet. Beim altersflüchtigen Durchblättern habe ich ihn jedenfalls nicht gefunden. Die stabile, andauernde Grundversorgung am Tag und besonders in der Nacht, die ja erfolgt, ist jedenfalls nicht erwähnt. Ich kann sie nur im Umkehrschluss finden. Es ist dort die Rede von der Verbesserung der fachärztlichen, beispielsweise der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen, insbesondere in Pflegeeinrichtungen. Bei dem Begriff „Verbesserung“ kann ich natürlich hineingeheimnissen, dass die Basisversorgung, die stabile Grundversorgung durch Hausärzte sowieso funktioniert.

Wir erleben, dass an den Rändern dauernd sehr klug agiert wird, was alles noch getan werden könnte, während die Basis wegbricht. Wenn jemand zwei Altersheime versorgen muss, ist das laut Gebührenordnung für ihn ein Zuzahlungsgeschäft, was natürlich nicht der Ärztekammer aufs Brett zu schreiben ist.

Wenn immer wieder gefragt wird, wie man Fehlanreize vermeiden kann, sage ich: Ich glaube, es gibt einen einfachen Schlüssel, nämlich Koordination und nicht Diversifikation.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Massing. – Jetzt Herr Josten aus Nordrhein.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident, meine Damen und Herren, guten Morgen! Ich bitte zunächst um Entschuldigung, dass ich eben nicht so schnell auf der Platte war. Auch ich bin ein lebendiges Beispiel für die demografische Entwicklung: Die Sprintzeiten haben nachgelassen.

Ich möchte Sie auf den Antrag 78 aufmerksam machen. Er ist generiert aus der Sorge, die Herr Professor Propping, Direktor des Humangenetischen Instituts an der Universität Bonn, im „Deutschen Ärzteblatt“ Anfang dieses Jahres und Mitte dieser Woche in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ geäußert hat: Wir müssen den Gesundheitsstandort Deutschland auch durch aktive Unterstützung der Forscherinnen und Forscher, vor allem der jungen, voranbringen, sonst bleibt das eine leere Worthülse, ähnlich wie das Streicheln von Kindern an Sonntagen durch Politiker statt der Förderung von Kindern.

Ich danke Ihnen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Josten. – Als nächster Redner Herr Lindhorst aus Hessen.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Einen schönen guten Morgen! Ich war ein bisschen entsetzt, als ich bemerkte, wie wir ganz subtil beim Antrag 16 angekommen sind und was uns Herr Joas vorgetragen hat. Das ist ein sehr hehrer Antrag. Ich frage mich nur, inwieweit diese Damen und Herren selber einmal im Bereich der

Forschung tätig waren und sich wirklich Gedanken darüber machen, wie Forschung zustande kommt. Das, was hier gefordert wird, ist gerade mit dem IQWiG unterwegs. Wer die Abläufe dort kennt, weiß, welcher Lobbyismus abläuft. Den Glauben, wir gingen mit hehren Gedanken und auch noch mit dem Geld der Krankenkassen objektiv heran, halte ich für illusorisch.

Natürlich ist es wunderbar, sich einen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen man frei denken kann. Wir können das als Ärzteschaft gern probieren. Ich hoffe, dass wir beim IQWiG noch Resteinflüsse haben. Dazu gibt es ja auch verschiedene Auffassungen. Aber dass wir dadurch, dass wir zusammen mit den Krankenkassen Geld dort hineinpumpen, wirklich etwas verändern, wie es dort angedacht ist, halte ich schlichtweg für realitätsfremd.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Lindhorst. – Jetzt bitte Frau Professor Braun aus Berlin.

Prof. Dr. Braun, Berlin: Herr Präsident! Herr Professor Scriba! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte ganz kurz Herrn Massing beruhigen: Ich habe die Freude und das Vergnügen, bei dieser Versorgungsforschung mitarbeiten zu dürfen. Es gibt mehrere wichtige Anträge speziell von Hausärzten, die sich mit unseren Problemen beschäftigen. Beispielsweise untersuchen wir die Herzinsuffizienzpatienten als Kontrollgruppe in Medizinischen Versorgungszentren hinsichtlich der Individualpraxen. Ich möchte Sie auffordern, sich die Skripte anzuschauen, um zu sehen, dass wir Hausärzte sehr wohl in der Versorgungsforschung vertreten sind.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Frau Professor Braun. – Damit ist die Rednerliste erschöpft. Jetzt wird Herr Professor Scriba auf die Argumente, die in der Diskussion vorgetragen wurden, eingehen. Bitte schön.

Prof. Dr. Dr. h. c. Scriba, Referent: Ich gehe nach der Reihenfolge der Redner vor. Herr Joas, Sie haben ein enorm wichtiges Thema angeschnitten, nämlich

die Frage, inwieweit eine objektive Nutzenbewertung von Arzneimitteln wissenschaftlich gesehen überhaupt möglich ist. Ich bin ganz froh, dass in der Diskussion geäußert wurde: Das geht gar nicht, es gibt keine Objektivität, es gibt niemanden, der nicht irgendwelchen Einflüssen unterliegt. Schön, dass Sie es gesagt haben, Herr Lindhorst; dann muss ich es nicht mehr tun.

In der Tat ist die Beurteilung des Nutzens – das gilt übrigens nicht nur für den pharmazeutischen Bereich – etwas, was immer nur vom eigenen Standpunkt aus möglich ist. Wenn man in die Nähe von Objektivität kommen will, muss man sich mit Vertretern der verschiedenen Interessenrichtungen so lange zusammensetzen, bis sich ein einigermaßen vernünftiges Bild herausschält. Jede Objektivität ist relativ. Jeder, der versucht, objektiv zu sein, vergisst, dass er selber allen möglichen Einflüssen unterliegt.

Wenn Anträge grundsätzlicher Art zu diesem Thema kommen, dass wir grundsätzlich mit unserem Programm etwas dazu beitragen können, bin ich persönlich durchaus offen dafür, zu überlegen, ob man es mit fördern lassen kann. Dass wir flächendeckend mit unseren Mitteln eine verbesserte Arbeit des IQWiG herbeiführen können, halte ich für ausgeschlossen.

Herr Stöckle, die Bedarfsermittlung ist in der Tat ein enorm wichtiges Thema. In der laufenden Förderperiode werden in Mecklenburg-Vorpommern und in Leipzig – diese Beispiele fallen mir spontan ein – Projekte durchgeführt, die sich gerade dieser Frage widmen. Ich bin vom Programm in Mecklenburg-Vorpommern beeindruckt. Dort ist das Max-Planck-Institut für Demographie beteiligt, außerdem die Universitäten Greifswald und Rostock. Dort wird der Bedarf nicht nur für die Krankenhäuser, sondern gerade auch für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen einschließlich der Hausarztpraxen ermittelt, bezogen auf sehr viel bessere Bevölkerungsprognosen, als man sie üblicherweise erhält. Das ist eine interessante Frage, die in der Tat nicht flächendeckend für ganz Deutschland von uns beantwortet werden kann. Aber die Frage, wie man es machen kann, wird von uns im Rahmen des Projekts durchaus bearbeitet.

Herr Massing, Ihnen ist bereits geantwortet worden. Man kann auch noch vom Thema her antworten. Themen wie Vorhofflimmern, Asthma und Herzinsuffizienz sind praxisrelevant und gerade auch für Hausärzte von großer Bedeutung. Diese Komplexe werden von uns bearbeitet.

Ich glaube, das ist alles, was ich beantworten sollte.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Professor Scriba.

Wir kommen damit zur Abstimmung über die Anträge. Sind Sie damit einverstanden? – Gut. Wir beginnen mit dem **Antrag V-1** des Vorstands der Bundesärztekammer. Änderungsanträge liegen nicht vor, Geschäftsordnungsanträge auch nicht. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag V-1 des Vorstands der Bundesärztekammer nebst Anlage zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-16.** Es liegt kein Geschäftsordnungsantrag vor, es liegen keine Änderungsanträge vor. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-26.** Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Auch dieser Antrag ist klar **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-19** auf. Auch hier liegen keine Geschäftsordnungsanträge, keine Änderungsanträge vor. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-70.** Wer möchte dem Antrag zustimmen?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Über diesen Antrag stimmen wir zuerst ab. Wer möchte Vorstandsüberweisung? – Wer ist dagegen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-78.** Es liegen bisher keine Änderungsanträge und keine Geschäftsordnungsanträge vor. Ich frage: Wer möchte diesem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag **angenommen.**

Damit hätten wir diese Anträge alle abgearbeitet. Noch einmal vielen Dank, Herr Professor Scriba. Alles Gute für eine erfolgreiche weitere Arbeit. Wir bedanken uns sehr herzlich.

(Beifall)

Der zweite Komplex, den wir aufrufen, betrifft die Telematik. Dazu gibt es 13 Anträge. Ich glaube, wir sollten unserem Ausschussvorsitzenden, Herrn Kollegen Bartmann, Zeit dafür zur Verfügung stellen, in einem Einführungsreferat in aller Ruhe zu dieser Thematik und auch zum Antrag des Vorstands Stellung zu nehmen. Es kommt wirklich nicht auf die Minute an. Er sollte uns diese Thema-

tik nahebringen, damit wir bei der Abstimmung über die entsprechenden Anträge genau wissen, worüber wir abstimmen, und uns zu diesem Thema so positionieren, dass wir nichts an Glaubwürdigkeit in dieser Frage einbüßen. Das ist ganz wichtig.

Bitte schön, Herr Kollege Bartmann. Er ist Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen! Sie wissen alle: Die öffentliche Diskussion über die Gesundheitskarte – man sollte sich die Nomenklatur gleich richtig angewöhnen: über das Gesundheitskartenprojekt nach § 291 a SGB V – ist stärker als andere und auch stärker als andere vergleichbare Themen durch politische und ideologische Faktoren überlagert, vorsichtig ausgedrückt. Man muss auch hinzufügen: nicht nur von der anderen Seite.

Herr Präsident Hoppe sprach in seiner Eröffnungsrede von einem Minenfeld. Der Gang durch vermintes Terrain wird nicht gerade einfacher und gefahrloser, wenn Minen ganz unterschiedlicher Bauart gleich von mehreren Parteien und Kombattanten vorhanden sind. Diskussionen in dieser Gemengelage zeichnen sich daher zwangsläufig in erster Linie durch ihre Länge und weniger durch die Rationalität ihrer Ergebnisse aus.

Ich möchte daher vor Eintritt in die eigentliche Debatte über das Gesundheitskartenprojekt und die damit verbundenen Anträge den Versuch unternehmen, sozusagen ein Sachgerüst einzuziehen, an dem sich einerseits, wenn es mir denn gelingen sollte, die Diskussion orientieren kann, welches gleichwohl aber auch die Schärfe der Diktion in unserer Vorstandsvorlage V-3 erklärt und damit unterstützt. Ich möchte Sie ganz herzlich bitten, mir zunächst einmal zuzuhören und nicht bei jedem Reizwort – solche werden zwangsläufig vorkommen – sich gleich in die mentale Emigration zu verabschieden.

Die neue Gesundheitskarte soll die seit 1995 bekannte Krankenversicherungskarte ersetzen. Das ist sicher. Das werden wir nicht verhindern können, weil es ein gesetzlich vorgeschriebener Verwaltungsakt der Krankenkassen ist. Rein optisch unterscheidet sich die Karte von der alten in erster Linie durch ein Foto des Versicherten auf der Karte. Das dient der Funktionalität dieser Karte als Sichtausweis und hat mit Telematik nicht das Geringste zu tun.

Auch die Abdeckung des Mikrochips sieht ganz ähnlich aus. Der Mikrochip ist ja sehr viel kleiner als dieser goldene Abdruck. Er ist mit einer Länge von ungefähr 4 Millimetern in die Karte eingelassen. Dieser Mikrochip unterscheidet sich ganz wesentlich von jenem auf der alten Karte. Der Mikrochip auf der alten Karte konnte nur eines: Daten speichern und abgeben. Der neue Mikrochip ist dage-

gen wie ein kleiner Computer. Er kann also nicht nur Daten speichern und abgeben, sondern er kann auch Daten empfangen, also so, wie Sie das zu Hause an Ihrem PC auch tun, nur mit einem anderen Bedienungsinstrument. Im Regeleinsatz spielt dieser Unterschied zunächst überhaupt keine Rolle. Sie stecken die neue wie die alte Krankenversicherungskarte in ein passendes Lesegerät – angeblich gibt es in den Praxen der Bundesrepublik schon circa 50 000 solcher Lesegeräte –, und die Stammdaten des Patienten werden wie bisher ausgelesen. Es erfolgt also eine Übertragung von Kartendaten auf Ihren Praxis-PC. Das dauerte nach den ersten Testergebnissen – ich kenne solche nur aus Flensburg – länger als bei der alten Krankenversicherungskarte. Daran ist heftig gearbeitet worden; hier geht es um Sekundenbruchteile. Mittlerweile liegen die Zeiten bereits im tolerabel erscheinenden Bereich.

Im nächsten Abschnitt der jetzt anlaufenden 10 000er-Testphase können zusätzlich – das ist neu – Daten auf die Karte übertragen werden. Das betrifft zunächst ausschließlich § 291 a Abs. 2 Satz 1 SGB V. Ich zitiere:

> *die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form*

Es geht also um das E-Rezept. Mithilfe des Heilberufeausweises des Apothekers werden die Rezeptdaten ausgelesen, und das Medikament wird, sofern auf Lager, ausgehändigt.

Parallel zum Transport auf der Karte wird auch die Form des verschlüsselten E-Rezept-Transports über einen Server, von dem das Rezept dann mithilfe der Gesundheitskarte und wiederum mithilfe des Heilberufeausweises des Apothekers abgerufen werden kann, erprobt. Dies sollte nach dem Willen der Kostenträger ursprünglich die einzige Übertragungsform sein. Die Übertragung physisch in der Hand des Patienten auf der Karte ist auf Drängen der Ärzteschaft mit in die Probephase aufgenommen worden. Herr Baumgärtner meinte, ein AOK-Vertreter habe gesagt, es sei ja noch gar nicht entschieden, ob die Daten auf der Karte oder auf dem Server gespeichert werden sollen. Das ist die einzige Anwendung, bei der es überhaupt alternativ und strittig ist. Das wird demnächst aufgrund der Testergebnisse zur Entscheidung anstehen.

Am weiteren Datenfluss ändert sich in beiden Fällen, also in der Übertragung physisch über die Karte in der Hand des Patienten oder über den Server, absolut nichts. Schon heute werden die Daten des Papierrezepts digitalisiert, über Apothekenrechenzentren an die Krankenkassen und von diesen an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergeleitet. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V. Auch an deren Weiterleitung ändert sich nach der derzeitigen Rechtslage nichts.

Im Grunde genommen also nichts Neues. Durch den Transport auf der Karte in verschlüsselter Form über einen Server erhalten die Krankenkassen keine zu-

sätzlichen Informationen über das hinaus, was ihnen bereits heute zur Verfügung steht.

Im nächstfolgenden Schritt können diejenigen Patienten, die das wollen – das werden diejenigen sein, die befürchten müssen, dass ihre Situation im Falle einer Bewusstlosigkeit wegen einer Vorerkrankung falsch eingeschätzt werden könnte und sie dadurch eventuell zu Schaden kommen könnten –, mithilfe eines Arztes einen Notfalldatensatz auf die Karte schreiben lassen. Viele dieser potenziell betroffenen Patienten tragen bereits heute dies in Papierform bei sich, wobei das Auffinden eher dem Zufall überlassen bleibt. Dieser Datensatz kann nur komplett aufgetragen und auch nur komplett wieder gelöscht werden, und zwar nur mithilfe des Arztausweises. Der Patient kann seine Daten zwar einsehen, aber – um mit einem weit verbreiteten Missverständnis, das ich immer wieder höre, aufzuräumen – er kann diese nicht verändern.

Mehr Patientendaten werden nach der heutigen Spezifikation nicht auf der Karte gespeichert. Aber die Karte enthält einen Schlüssel. Das ist gemeint mit der Formulierung in § 291 a Abs. 3 SGB V:

> *Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen …*

Eben nur zu unterstützen, nicht, als Träger zur Verfügung zu stehen. Dann werden enumerativ die Ihnen bekannten sogenannten freiwilligen Anwendungen aufgezählt.

Dieser Schlüssel zerhackt alle Daten in für Dritte unleserliche Hieroglyphen. Nur derjenige, der diese Karte im Besitz hat und gleichzeitig die PIN kennt, die mit dieser Karte verbunden ist, kann diese Daten wieder lesbar machen.

Kolleginnen und Kollegen, es macht also wenig Sinn, sich in einer Resolution um die Sicherheit von Patientendaten zu sorgen, und im selben Atemzug ausgerechnet die Gesundheitskarte abschaffen oder gar nicht erst einführen zu wollen; denn die Gesundheitskarte ist das entscheidende Sicherheits- und Entschlüsselungswerkzeug in der Hand des Patienten. Es ist das entscheidende Werkzeug zum Schutz der sensiblen Patientendaten.

Über weitere Anwendungen der Patienten- oder der Gesundheitskarte – ganz ähnliche Begriffe, aber mit unterschiedlicher Bedeutung und Tragweite – ist bisher in den Fachgremien noch nicht einmal ansatzweise diskutiert worden. Von daher können sie auch noch nicht Gegenstand eines Sachstandsberichts sein.

Kolleginnen und Kollegen, soweit scheint alles ganz unspektakulär, keineswegs aber, wie mir kürzlich in einer Diskussion vorgehalten wurde, euphorisierend. Nein, das ist es nicht, denn viele – auch unsere – Bedenken richten sich darauf, ob die in der Begründung für die Einführung der Gesundheitskarte immer wie-

der hervorgehobene Verbesserung der Transparenz wirklich diejenige ist, die wir Ärzte meinen, wenn wir uns vom Einsatz von Telematik und Informationstechnologie einen schnelleren und umfassenderen Zugriff auf die Daten der von uns behandelten Patienten erhoffen. Sollten Politiker und Kassenvertreter, die mit dem Begriff der Transparenz in der Öffentlichkeit hausieren gehen, tatsächlich damit meinen, dass es für Ärzte und Patienten leichter werden soll, den Überblick über teils immer komplexer werdende Biografien zu bekommen und erhalten zu können, würden wir dies ja nicht nur sehr gerne nachvollziehen, sondern ausdrücklich begrüßen. Bis zum Beweis des Gegenteils muss man allerdings befürchten, dass sie diese Aussage auf ihre eigene Interessenlage gemünzt sehen. Da würde ich gern wissen, was sie im Schilde führen.

Die gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitskarte sind im Übrigen eindeutig. Ein Zugriff durch Kassen, den Staat oder andere Dritte ist nicht gestattet. So muss das bleiben. Das muss technisch sicher gewährleistet sein, damit nicht eine Gesetzesänderung morgen etwas anderes bewirken kann als das, was zurzeit im Gesetz steht. Genau das verbirgt sich unter dem ersten Spiegelstrich im ersten Absatz unserer gemeinsamen Erklärung, deren Unterstützung der Vorstand im Antrag V-3 empfiehlt.

Selbstverständlich werden wir ein Projekt Gesundheitskarte auch dann nicht weiter unterstützen können, wenn es nicht von Beginn an Nutzen für Patienten und Ärzte bringt oder im Gegenteil sogar die Abläufe in den Praxen empfindlich gestört werden könnten. Auch dies ist in der gemeinsamen Erklärung zur Gesundheitskarte und in vielen weiteren Anträgen, die heute hier zur Abstimmung vorliegen, enthalten.

Aber, meine Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen, einen Ausstieg, sogar einen kompletten Projektausstieg, wie es an mancher Stelle gefordert wird, halte ich zum jetzigen Zeitpunkt für absolut verfehlt. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, den Kolleginnen und Kollegen, die sich an den Tests beteiligen, von dieser Stelle für ihre Arbeit und ihr Engagement ausdrücklich zu danken, das sie letztendlich für uns alle leisten.

(Beifall)

Erst in dieser Erprobung wird herauskommen können, ob wir letztendlich unsere Forderungen an das Projekt in letzter Konsequenz gewährleistet sehen und damit die Fortführung des Kartenprojekts weiter unterstützen können.

Nun zum letzten und mitentscheidenden Punkt: der Finanzierung. Im Gesetz ist auch dies klar geregelt. Es gibt auch eine Grundsatzvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Leistungsträgern im Gesundheitswesen. Für die Tests ist das ganz klar: Es gibt 6 200 Euro, nämlich 3 000 Euro für die Infrastruktur und 3 200 Euro für Aufwand, Schulung etc. Für den Regelbetrieb

müssen von den zuständigen Verhandlungspartnern, zu denen für uns als Ärzte die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gehören, Verhandlungsergebnisse erzielt werden, die sicherstellen, dass nicht die Ärzte ein Projekt finanzieren, welches im Ergebnis Nutzen für die gesamte Gesellschaft verspricht. Auch hierzu haben wir uns in der gemeinsamen Erklärung und entsprechend dem Antrag des Vorstands V-3 klar positioniert: Die Telematik-bedingten Kosten sind zu erstatten. Punkt, aus, basta!

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Herzlichen Dank, Herr Bartmann, für den Vortrag. Ich glaube, jeder ist jetzt informiert. Wir können in die Diskussion eintreten.

Wir werden, wenn Sie einverstanden sind, folgendes Verfahren anwenden, das sehr logisch ist. Wir werden später zunächst über den Antrag 2 abstimmen, der sich nur mit dem elektronischen Arztausweis beschäftigt, nicht mit der Gesundheitskarte. Die Anträge 35 und 97 laufen beide darauf hinaus, die ganze Idee zu verwerfen, also abzulehnen. Wenn diese Anträge angenommen werden, brauchen wir uns mit dem Rest nicht mehr zu befassen. Wenn aber diese kategorische Generalablehnung nicht durchkommt, werden wir uns mit den Anträgen, die ansonsten gestellt worden sind, die unterhalb dieser strengen Totalablehnung liegen, die aber Modifikationen, Neuanfänge und dergleichen enthalten, befassen.

Unter diesen Kautelen bitte ich jetzt die Redner, das Wort zu ergreifen. Es ist schriftlich eine Redezeitbegrenzung von drei Minuten beantragt worden. Wer möchte die Redezeit auf drei Minuten begrenzen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist die Begrenzung der Redezeit auf drei Minuten beschlossen.

Wir beginnen mit der Rednerliste. Der erste Redner ist Herr Dr. Brunngraber aus Niedersachsen.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Sie wegen der Redezeitbegrenzung bitten, meinen Beitrag nicht durch unnötigen Beifall zu unterbrechen. Zu meinem Vorredner möchte ich sagen: sein Optimismus zur Nichtmanipulierbarkeit der Karte in Gottes Ohr! Die Datensätze werden in fünf Jahren sicher von den Patienten selber manipulierbar sein. Ich verspreche Ihnen: Sollte das bis dahin nicht so gekommen sein, werde ich an zwei Wochenenden in einem Altersheim niedrige Arbeiten verrichten.

(Beifall)

Nach vielen Gesprächen am Rande des Plenums möchte ich allen Klinikkollegen sagen: Ihr seid unsere Brüder und Schwestern, aber ihr versteht bisher offenbar nicht unsere Probleme. Eine Krankenhausakte stellt vergleichsweise einen Firmenwagen dar, der von fünf bis sechs Mitarbeitern genutzt wird, von denen sich niemand um den überquellenden Aschenbecher und die zu geringe Reifenluft kümmern muss. Wir Niedergelassenen pflegen unsere Patientenakten als Logbuch einer lebenslangen Arzt-Patient-Beziehung. Dies ist ein verwahrter Datenschatz.

Wenn ich lese, dass sich Herr Oesingmann und Herr Professor Fuchs im „Deutschen Ärzteblatt“ zu Recht gegen Versuche des Staates wehren, unsere ärztlichen Telefonleitungen abzuhören: Warum in Gottes Namen verbinden wir unsere Praxisdaten mit zentralen Servern und eröffnen weitere Abhörkanäle? Das ist eine Paradoxie des Datenschutzes, die ich nicht nachvollziehen kann.

(Beifall)

Dieses gesamte Technologieprojekt verschlingt ungeheure Summen, ob diese nun von den Kassen oder von den Ärzten aufgebracht werden. Das ist völlig egal. Wenn überhaupt, dürfte die Finanzierung nur aus Steuermitteln erfolgen. Jeder Zugriff auf die Finanzierung dieses Projekts aus Beitragsmitteln sollte rechtsstaatlich illegitim sein.

(Beifall)

Wir alle kennen die Entwicklung seit der Einführung der DRGs. Die Datenkörper unserer Patienten werden fortwährend kontaminiert. Jeder Patient, der das Krankenhaus verlässt, ist mit einem Mehltau von Pseudodiagnosen verseucht worden, die ihm später die Möglichkeit nehmen, eine private Krankenversicherung abzuschließen.

(Beifall)

Dieses Projekt ist im Gastrulastadium: Wir können nicht erkennen, ob es sich um einen Jungen oder um ein Mädchen handelt. Es ist für uns eine Frage des Renommees, dass wir keine Einfallstore für Angriffe auf unsere ärztliche Autonomie öffnen. Wir sind nicht stark genug, um zuzustimmen. Wenn wir sagen, wir wollten nur unter bestimmten Bedingungen zustimmen, dann frage ich mich, woher wir die Macht nehmen, das auch durchzusetzen. Wir sollten bescheiden sein und nicht so überheblich, dass wir meinen, wir könnten dem Staat Konditionen vorschreiben. Das Einzige, was wir tun können, ist, dass wir erklären: So nicht, Moratorium, völlig neue Konzeption, keine Zustimmung. Ich bitte die Kollegen aus der Klinik, die diese Problematik nicht so sehr betrifft, verständnisvoll,

solidarisch und kollegial abzuwägen, was es für uns bedeutet, die Daten, die wir für die Patienten treuhänderisch verwalten, herauszugeben.

Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Schneider aus dem Saarland.

Dr. Schneider, Saarland: Herr Präsident! Hohes Präsidium! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, sich für den Antrag 97 zu erwärmen, mit dem der Gesetzgeber aufgefordert wird, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bis auf Weiteres auszusetzen. Wir verschließen uns nicht dem Gesamtkonzept. Die Begründung des Antrags 97 lautet:

1. *Nach vorliegendem Sachstand der technischen Entwicklung führt die Einführung der EGK zu inakzeptablen Belastungen und Verzögerungen im Praxisalltag.*

2. *Der unbefugte Zugang zu den sensiblen Patientendaten kann bei einer Serverlösung nicht sicher verhindert werden. Wenn der Hamburger „Chaos-Computer-Club“ selbst an die Daten des Pentagon gelangen kann, so sind die Daten unserer Patienten ebenfalls nicht schützbar.*

3. *Nach der notwendigen Aufklärung der Patienten ist zu erwarten, dass ein erheblicher Anteil der Patienten der Speicherung persönlicher Daten widersprechen wird.*

Wir wissen, dass dies schon heute 20 Prozent sind. Nach der Aufklärung werden es unserer Vermutung nach 40 Prozent sein.

Hierdurch wird der Nutzen im ambulanten und im stationären Bereich infrage gestellt.

Was nützt eine Gesundheitskarte, die nur für 60 Prozent der Bürger Geltung hat?

4. *Selbst Gutachten des Bundesgesundheitsministeriums beweisen eine Kostenexplosion, die bisherige Kosten-Nutzen-Rechnungen eindeutig widerlegen.*

Diese Gutachten werden bisher unter Verschluss gehalten. Man hat noch vor zwei Jahren Kosten in Höhe von 1,5 Milliarden Euro prognostiziert; jetzt geht man von 6,3 bis 7 Milliarden Euro für das Gesamtprojekt aus. Meine Damen und Herren, das ist innerhalb von zwei Jahren eine Kostenexplosion von 450 bis 500 Prozent.

5. *Nach derzeitigem Sachstand ist die Finanzierung der ausufernden Kosten des Projektes ungeklärt. Keinesfalls kann und wird die Ärzteschaft die Projektkosten tragen.*

Ich bitte Sie um Annahme des Antrags 97.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Schneider. – Die nächste Rednerin ist Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich möchte vorausschicken, dass die Ärzteschaft nicht technikfeindlich ist. Das haben wir lange und oft genug bewiesen. Wem nutzt die Karte? Meines Erachtens nutzt sie den Ärzten nicht. Herr Dr. Bartmann, in der AOK Heilbronn steht ein Terminal. Der Ihnen wahrscheinlich bekannte Dr. Zalewski hat es sich angeschaut und festgestellt, wie lange das Einlesen dieser Karte als zusätzliche Arbeit dauert. Meine Damen und Herren, Sie wissen, was zu Quartalsbeginn bei uns los ist. Ich erinnere an die 10 Euro Praxisgebühr. Auch dieses Theater mit den 10 Euro wurde uns nie bezahlt.

(Beifall)

Eine wirklich rechtsverbindliche Finanzierung aller anfallenden Kosten hat sich für mich bis heute nicht dargestellt.

Also: Wem nutzt die Karte? Sie nutzt den Krankenkassen. Sie werden Case Management betreiben wollen, sie wollen Managed Care machen, das Prüfwesen und die Risikoselektion können verstärkt werden. Der Trend zur Einheitsversicherung, zur Einheitskasse und zur weiteren Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird verstärkt. Der MDK wird sukzessive auf unsere sensiblen Patientendaten zugreifen können. Das wollen wir nicht.

Für uns ist die zentrale Datenspeicherung ein K.-o.-Kriterium. Warum können die Daten nicht beim Patienten selbst verbleiben? Das ist unsere Forderung. Eine weitere Forderung lautet, dass klargestellt werden muss, wer für auf der

elektronischen Gesundheitskarte falsch gespeicherte Daten haftet. Meine Damen und Herren, auch das ist nicht geklärt.

Schließlich – ich möchte es noch einmal sagen – gilt: Wir brauchen eine rechtsverbindliche Erklärung für die Übernahme des Aufwands, den wir mit diesem Mammutprojekt haben. Eine solche Erklärung gibt es nicht.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Gräfin Vitzthum. – Als nächste Rednerin Frau Kollegin Christiane Groß aus Nordrhein. Sie hat ihren Titel M. A. durch eine Arbeit über das Thema Telematik erworben. Sie ist Mitantragstellerin des Antrags 31. Bei der Aufzählung der Antragstellerinnen und Antragsteller ist sie vergessen worden. Das ergänzen Sie bitte.

Bitte, Frau Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Diejenigen, die meinen Artikel im Dezemberheft des „Deutschen Ärzteblatts“ gelesen haben, wissen, dass ich der elektronischen Gesundheitskarte sehr kritisch gegenüberstehe. Ich denke allerdings: Wenn wir sie generell ablehnen, haben wir überhaupt keine Möglichkeit der Einwirkung mehr. Ich meine, wir sollten ganz enge Vorgaben machen, an die sich die Politik halten muss.

Wir haben im November des vergangenen Jahres in der Ärztekammer Nordrhein einen Antrag gestellt, der bereits dezidierte Vorgaben enthielt. Ich habe diesen Antrag hier unter der Nummer 33 nochmals gestellt. Ich möchte allerdings im ersten Abschnitt den zweiten Satz streichen. Ansonsten ist dieser Antrag komplett der Antrag, der im November vergangenen Jahres in der Ärztekammer Nordrhein gestellt wurde.

Die Anträge 33 und 34 unterstützen den Antrag des Vorstands. Ich danke Herrn Bartmann für seine Ausführungen und kann sie nur unterstützen. Lehnen Sie die elektronische Gesundheitskarte bitte nicht generell ab. Unterstützen Sie bitte die Anträge 97 und 35 nicht. Wir haben ansonsten nichts mehr in der Hand.

Ein besonderes Anliegen ist mir die kommende Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung. Da ist etwas passiert, was uns hinterher im Namen der Ärzte sozusagen um die Ohren fliegt. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft will dezidiert eine komplette Patientenakte in dieses Überprüfungssystem einbauen. Da müssen wir aufpassen. Wenn wir das nicht tun, haben wir die elek-

tronische Patientenakte nicht in einigen Jahren oder im Jahr 2020, sondern wir haben sie dann mit der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung eingeführt. Deshalb bitte ich darum, meinen Antrag 38 zu unterstützen, am besten einstimmig. Wenn das, was dort aufgeführt ist, kommt, brauchen wir uns über die elektronische Patientenakte, über Daten usw. nicht mehr zu unterhalten. Dort sind enthalten: Diagnosen, Stillzeit mit ET, Schwangerschaft, Labordaten. Es ist alles zu finden – und dies alles unter dem Oberbegriff der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung.

Ich habe ferner den Antrag 81 gestellt, dass man die Todesfallzahlen überprüft. Ich bitte Sie, auch diesen Antrag zu unterstützen. Es geht darum, dass Daten in der Republik umherschwirren, die Aussagen wie „Mehr Tote durch Arzneimittelunverträglichkeit als durch Verkehrsunfälle“ belegen sollen. Wir haben einfach keine richtigen Statistiken; hier handelt es sich um Hochrechnungen. Wir hätten gern Daten, damit wir sie selber vertreten können.

Ich höre jetzt auf. Wenn es notwendig ist, komme ich noch einmal.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Darauf freuen wir uns schon jetzt. Schönen Dank. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herr Brunngraber, die elektronische Gesundheitskarte betrifft alle Ärzte, insofern auch die Krankenhausärzte. Ich frage mich allerdings, warum der von Ihnen zu Recht zitierte Datenschatz exklusiv bei Ihnen sein soll. Es ist doch wichtig, dass Krankenhausärzte und andere Mitbehandler von diesem Schatz erfahren. Deswegen haben Sie ihn ja wohl auch so genannt. Deswegen ist es auch wichtig, dass wir die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nicht komplett ablehnen.

Ich möchte jetzt noch auf die Anträge 35 und 97 eingehen. Sie enthalten im Grunde genommen falsche Aussagen; Herr Professor Kahlke, ich muss das leider so sagen. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird ja nicht allein durch die Speicherung sensibler Patientendaten in zentralen Rechnern schwer beschädigt oder sogar zerstört, sondern nur dann, wenn diese Daten dort nicht sicher sind und der Patient keine Hoheit über diese Daten hat.

(Vereinzelt Beifall)

Es ist auch nicht richtig, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte keinen belegten medizinischen Nutzen bringt. Wir alle arbeiten mit dem elektronischen Datenaustausch und wissen, dass es sehr viel schneller geht und dass es auf diese Weise sehr viel leichter ist, den Zugang zu diesen Daten im Sinne des Patienten und der besseren Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Insofern ist es nicht korrekt. Damit kann ich nicht gut leben.

Es ist auch nicht richtig, dass die Handhabung der Praxisabläufe oder die Handhabung in den Kliniken erschwert wird; man muss es nur gut organisieren. Das ist alles machbar.

Es ist natürlich nicht in Ordnung, wenn die Kosten dieser milliardenschweren Entwicklung auf die Patienten und die Ärzte abgeladen werden. Da gebe ich Ihnen recht. Aber die Forderung kann doch nicht sein, das Kind mit dem Bade auszuschütten, sondern die Forderung muss lauten, an diesen Punkten nachzubessern. Das kommt auch in verschiedenen Anträgen zum Ausdruck. Man muss deutlich sagen, dass man eine saubere Kosten-Nutzen-Analyse braucht. Hier muss man ehrlich sein. Dazu muss man die Politik immer wieder auffordern; das wissen wir.

Man muss auch sagen, dass hier mit deutscher Gründlichkeit ein Projekt viel zu komplex aufgezogen wird. Es geht einfacher. Dass so etwas öfter an die Wand fährt, kennen wir mittlerweile von den DRGs.

Es gilt, die Politik auf den Boden der Tatsachen zurückzuführen. Es ist selbstverständlich unsere Pflicht als Ärzte, auf die Probleme hinzuweisen, statt uns zu verweigern, daran mitzuarbeiten, dass unsere Interessen und die Patienteninteressen in dieses Projekt einfließen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Gitter. – Der nächste Redner ist der Präsident der Ärztekammer Berlin, Herr Kollege Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das politische Projekt „elektronischer Arztausweis“ und „elektronische Gesundheitskarte“ ist ein Desaster. Wenn man ein Beispiel dafür braucht, was man tun muss, damit ein solches Projekt scheitern muss, liegt hier ein Paradebeispiel vor. Die Ziele sind nicht klar, die Nebeninteressen sind nicht klar, die Kosten sind nicht klar, Risiken und Nebenwirkungen werden nicht geprüft. Es wird mit großer Macht und

mit großer Euphorie einfach gewaltsam in den Markt gepresst. Dieses Projekt ist de facto bereits gescheitert.

(Beifall)

Die Telematik als solche, der Austausch von Informationen und Daten über patientenmedizinische Dinge, ist im ärztlichen Alltag bereits Realität. Ich glaube, wir müssen ganz sauber trennen: das politische Projekt auf der einen Seite und die konkrete Anwendung neuer Instrumente und neuer Verfahren in der Hand der Ärzte auf der anderen Seite. Ich möchte an Sie appellieren, die Anträge 2, 3 und 31 zu unterstützen. Die Telematik funktioniert dann, wenn sie in ärztlicher Hand ist, wenn eine kontrollierte Umsetzung erfolgt, wenn in einigen Bereichen exemplarisch geschaut wird, wo der Nutzen liegt, wo Risiken und Nebenwirkungen liegen. Wenn alle Voraussetzungen geklärt sind, kann man vielleicht an die Umsetzung gehen, vorher nicht.

Ich danke Herrn Kollegen Bartmann für seine subtile und kluge Arbeit in diesem Bereich. Unterstützen Sie also bitte die Anträge 2, 3 und 31. Damit würden Sie übrigens auch anerkennen, dass es einen gewissen Lernprozess gegeben hat. Diejenigen, die die Äußerungen der verfassten Ärzteschaft in den letzten Jahren verfolgt haben, haben sicherlich registriert, dass die Euphorie etwas abgenommen hat. Vor drei Jahren gab es noch einen Beschluss, dass man die möglichen Mehrkosten durch den elektronischen Arztausweis gegebenenfalls durch eine Erhöhung der Kammerbeiträge refinanzieren müsse. Das hat sich Gott sei Dank geändert. Sie finden alle Hinweise auf Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen in den Anträgen 2, 3 und 31.

Ebenfalls möchte ich Sie bitten, den Antrag 35 abzulehnen oder Nichtbefassung zu beschließen. Wir können uns der Realität nicht verweigern. Wir dürfen nicht sagen „So nicht!“, denn dann sind wir draußen. Wir müssen sagen, es muss anders, es muss besser gemacht werden. Ich bitte Sie, den Antrag 97 an den Vorstand zu überweisen. Der Inhalt ist richtig, aber die Forderung auf Aussetzung halte ich nicht für richtig.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Jonitz. Das ist also ernst gemeint: Nichtbefassung? Das ist ein richtiger Geschäftsordnungsantrag? – Gut. Betrifft das den Antrag 97 oder den Antrag 35? – Also: Nichtbefassung hinsichtlich des Antrags 35. Das ist eine Steilvorlage für Herrn Kahlke. – Als nächste Rednerin bitte Frau Haus aus Nordrhein.

Haus, Nordrhein: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf den Antrag 65 hinweisen, der im Grunde genommen alle Bedenken enthält, die eben geäußert wurden und die ich jetzt nicht noch einmal im Einzelnen aufführen möchte. Dieser Antrag gelangt allerdings angesichts der Bedenken zu einem anderen Ergebnis. Er fordert nicht: „keine elektronische Gesundheitskarte“, sondern er sagt, dass das Projekt, wie es bisher durchgeführt wurde, gestoppt werden sollte. Ich denke, das macht auch Sinn.

Natürlich können wir uns dem Fortschritt nicht verweigern. Aber ich finde, es ist nicht unsere Aufgabe, uns mit technischen Details auseinanderzusetzen, ob die Karte sicher ist oder nicht. Ich denke, wir müssen als Ärzte grundsätzlich politisch darauf hinweisen, dass hier eine große Gefahr für die Sicherheit der Daten unserer Patienten besteht. Angesichts dessen, was zu Beginn des Ärztetages diskutiert wurde, welche Aufgaben wir Ärzte eigentlich haben, ist es ganz wichtig, dass wir unsere Sorgen laut aussprechen. Wenn wir in der gematik mitmachen und versuchen, Verbesserungen zu erreichen, wird das viel zu wenig gehört. Herr Jonitz hat eben zu Recht darauf hingewiesen, dass gar nicht laut gesagt wird, in welche Richtung es gehen soll. Wir haben unsere Befürchtungen. Alles das läuft irgendwie im Verborgenen.

Angesichts der massiven Attacken auf die Datensicherheit durch die von Herrn Schäuble vor zwei Tagen gemachten Vorschläge wissen wir, dass wir nicht auf Datensicherheit zählen können. Es ist unsere politische Aufgabe, in unserem Bereich, für den wir zuständig sind, auf die Datensicherheit für unsere Patienten hinzuweisen. Deshalb bitte ich Sie, dem Antrag 65 zuzustimmen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank.

Da nunmehr ziemlich alle Kolleginnen und Kollegen eingetroffen sind, möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich in Ihrer aller Namen bei Herrn Dr. Windhorst und seiner Kammer für den gestrigen Abend sehr, sehr herzlich zu bedanken und zu bestätigen, dass wir viel Freude hatten und gut beköstigt worden sind. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Der nächste Redner ist Herr Professor Kahlke aus Hamburg. Bitte schön.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch ich danke Herrn Bartmann für die einführenden Erklärungen und dafür,

dass er die Zweifel nicht ausgespart hat. Ich danke auch Frau Groß, dass sie hier einige Dinge klargestellt hat.

Besonders danken möchte ich aber denjenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich in den letzten Monaten in unserer Gesellschaft – nicht nur innerhalb der Ärzteschaft – so engagiert um dieses Thema gekümmert haben. Das ist in erster Linie die IPPNW. Wenn Sie unseren Antrag lesen, sehen Sie, dass viele unserer Forderungen von der IPPNW stammen. Es ist übrigens fast wortgleich der Antrag, mit dem die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg vor ein paar Wochen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte abgelehnt hat.

Ich muss Herrn Jonitz leider deutlich sagen: Am wenigsten hilfreich ist der Antrag, sich mit einem so zusammenfassenden Projekt wie dem Antrag 35 nicht zu befassen. Wir müssen über alle Bedenken nachdenken, die gesagt und geschrieben wurden. Es ist ja erstens nicht ganz klar, was geschieht, wenn das Projekt der elektronischen Gesundheitskarte so umgesetzt wird. Man weiß nicht einmal, welche Details wirklich schon durchschaubar sind, von den Kosten ganz zu schweigen.

Wir müssen überlegen: Welchen Einbruch in unser ärztliches Handeln bedeutet dieses Projekt? Wir werden doch gewissermaßen gezwungen, uns wegen der EDV-technischen Herausforderungen mehr mit einem Datenkörper zu befassen als mit dem physischen Körper des Patienten, für den wir doch eigentlich da sind.

(Vereinzelt Beifall)

Unser Instrument in der Arzt-Patient-Begegnung ist die Sprache. Man kann sie nicht digitalisieren. Jeder Angriff auf diese Art unseres Umgehens mit den Patienten ist ein Stück Kulturverlust ärztlichen Handelns und Entscheidens.

So wie jetzt die Vorlage hinsichtlich der Gesundheitskarte aussieht, ist sie für mich und, wie ich denke, für viele andere auch nicht akzeptabel. Wenn sich tatsächlich herausstellt, dass die Situation sich ganz anders darstellen wird, kann man darüber reden. Aber so, wie die Gesundheitskarte im Augenblick dargestellt wird, halte ich sie für nicht annehmbar. Deshalb bitte ich, je nach Verlauf der Diskussion den Antrag 35 anzunehmen.

Vielen Dank fürs Zuhören.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kahlke. – Der Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung – es geht ja nur um die abstim-

mungsmäßige Nichtbefassung; dass wir uns damit befassen, können wir ja nicht mehr zurücknehmen – hinsichtlich des Antrags 35 ist zurückgezogen. Wir werden uns also im Rahmen der Abstimmung mit diesem Antrag beschäftigen. Er wird an der Stelle abgestimmt, an der wir uns grundsätzlich entscheiden, welche Richtung wir einschlagen. Herr Kahlke hat ja gerade in seinem Beitrag eigentlich auch einen ganz kleinen Schwenk in Richtung des Antrags 65 und des Antrags 97 gemacht, wenn ich das richtig verstanden habe.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Schäfer von der Ärztekammer Hamburg.

Schäfer, Hamburg: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann es ganz kurz machen. Herr Bartmann, manchmal ist die Wortwahl entlarvend. Angesichts Ihres Hinweises, dass die Verschlüsselung die Daten zu Hieroglyphen macht, sollten wir nicht vergessen, dass die Hieroglyphen inzwischen entschlüsselt sind. Wir wissen, was auf den Papyri steht.

Ich möchte die Hinweise hinsichtlich der Kostenfrage bei der Eintreibung der Praxisgebühr unterstützen. Erinnern Sie sich bitte daran, mit welcher Chuzpe die Politik seinerzeit von uns verlangte, dass wir 130 Euro Gerichtskosten übernehmen sollten, um für die Krankenkassen 10 Euro einzutreiben. Eine entsprechende Kostenträgerschaft erwarte ich bei der politischen Regelung hinsichtlich der elektronischen Gesundheitskarte. Deswegen habe ich ganz große Bauchschmerzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Kollege Schäfer. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Heinz aus Rheinland-Pfalz.

Dr. Heinz, Rheinland-Pfalz: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Völlig abgesehen von den Kosten und der Praktikabilität erfordert die Einführung dieser Karte ja einen enormen Vertrauensvorschuss auch gegenüber den Mächtigen in diesem Staat. Ich weiß nicht, woher wir im Moment dieses Vertrauen nehmen sollen.

(Beifall)

Wir sind in der gesamten Ärzteschaft in einer abartigen Situation. Wir waren vier Tage lang total artig. Ich denke, es ist an der Zeit, einmal ein Signal zu setzen und zu erklären: Wir haben kein Vertrauen und können das im Moment nicht tun.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Der Ärztetag sublimiert ein bisschen die Situation, die wir im Alltag spüren, und macht sie auf die Art und Weise deutlich, die wir zur Verfügung haben, nämlich die Verabschiedung von Anträgen und den entsprechenden Texten. Ich glaube, dass sich da jede Kollegin und jeder Kollege wiederfinden kann. Das ist unsere Aufgabe. Sonst wären Sie mit uns unzufrieden. Ich hoffe, dass das nicht so ist.

Der nächste Redner ist Herr Kollege Dehnst aus Westfalen-Lippe.

Dr. Dehnst, Westfalen-Lippe: Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir erleben hier eine Diskussion, die sich in aller Breite kritisch mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auseinandersetzt. Wir erkennen ein bisschen eine Polarisierung: Auf der einen Seite drücken uns die Kosten, drückt uns die Datensicherheit. Die Diskussion wird detailliert, teils diffus geführt. Ich möchte die Gedanken aufgreifen, die bereits Frau Groß, Frau Gitter und Herr Jonitz ins Feld geführt haben. Ich möchte Sie aufrufen, nicht aus einem dumpfen oder dummen Gefühl heraus zu entscheiden, nicht emotional den Ausstieg zu beschließen und uns damit quasi ins Abseits zu stellen. Dann haben wir nämlich eine Chance vertan, hier mitzugestalten.

Ich möchte Sie stattdessen auffordern, die Entscheidung nach der Evaluation des Modellprojekts zu treffen, wenn sich unsere Befürchtungen gegebenenfalls bewahrheitet haben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Dehnst. – Jetzt bitte Herr Kollege Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, die Vielzahl der Anträge und die Emotionen, die hier hochkommen, zeigen, um welch empfindliches und sensibles Thema es geht, mit welchen komplexen Auswirkungen – nicht nur geldlicher Art – wir es zu tun haben. Von daher bin ich es eigentlich leid, dass wir nur über einzelne Anträge und Pünktchen bestimmen und uns mit der Thematik nicht sachgerecht beispielsweise im Rahmen eines eigenen Tagesordnungspunkts auseinandersetzen können.

(Beifall)

Deshalb bitte ich Sie, dem Antrag 110 zuzustimmen, dass auf dem kommenden Deutschen Ärztetag über die Auswirkungen der Telematik und der elektronischen Kommunikation auf das Arzt-Patient-Verhältnis im Rahmen eines eigenen Tagesordnungspunkts beraten wird. Lassen Sie uns das mit entsprechenden Fachleuten beleuchten.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Scholz. – Jetzt Frau Kollegin Wahl, Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Dr. Wahl, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte zunächst, obwohl das nicht meine Art ist, dem Kollegen Bartmann für den wirklich ganz hervorragenden Einführungsvortrag danken. Ich muss ehrlich sagen: Ich habe im Laufe der heutigen Sitzung noch kein Argument gehört, das irgendetwas von dem, was Herr Bartmann gesagt hat, entkräftet. Eigentlich könnten wir die Debatte beenden.

Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen, von dieser Fundamentalkritik Abstand zu nehmen. Glauben Sie doch bitte nicht, dass unsere Zustimmung zu diesem Projekt nötig ist. Schauen Sie einmal ins Gesetzbuch. Ich glaube, Gesetze brauchen unsere Zustimmung nur dann, wenn sie sich auf der parlamentarischen Ebene bewegen, später nicht mehr. Es steht seit vier Jahren im Gesetzbuch. Es ist also wirklich nicht nötig, immer wieder in dieselben Rituale zu verfallen und immer wieder aufeinander einzuprügeln.

Vor allen Dingen finde ich es etwas seltsam, wenn man die Problematik der Telematik und der elektronischen Gesundheitskarte in Verbindung bringt mit dem Lauschangriff. Das ist ein bisschen abseitig. Das finde ich nicht ganz passend.

Viele der hier aufgeworfenen Fragen wurden bereits häufig beantwortet. Ich habe das Gefühl: Die Antworten auf die Fragen werden nicht gehört; vielleicht will mancher sie auch gar nicht hören.

Ein kurzes Wort zur aktuellen Situation in Baden-Württemberg. Ich möchte mich zu dem äußern, was vor zwei Tagen in Beziehung auf unseren Test gesagt wurde. Baden-Württemberg beginnt in den nächsten Tagen in Heilbronn mit der Testphase. Entgegen dem, was neulich gesagt wurde, findet diese Testphase

statt. Wir haben dazu eine genügend große Zahl von Ärzten. Es haben nämlich 14 Ärzte den Vertrag unterschrieben. Sie können hoffentlich unbehelligt in die Testphase eintreten. Es gibt den Beschluss unserer Vertreterversammlung, den Test durchzuführen, dass eine Evaluation begleitend durchgeführt wird. Nach der Evaluation werden wir uns ein neues Bild machen, ob wir weiterhin mitmachen oder ob wir Kritik anbringen oder ob wir noch etwas verändern können. Wenn wir uns ausklinken, sind wir außen vor und haben keinerlei Einflussmöglichkeiten.

Ich bitte Sie, die Diskussion wieder auf die sachliche Ebene zurückzuführen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Wahl. – Als nächster Redner Herr Kollege Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich denke nicht, dass es bei den gehörten Beiträgen in erster Linie um eine Fundamentalkritik geht, wie Frau Wahl gerade gesagt hat, sondern es geht um eine Auseinandersetzung unter ganz verschiedenen Aspekten. Das Gebiet ist so komplex und so groß, dass man gar keine Fundamentalkritik üben kann. Wir tun gut daran, es in Einzelpunkte aufzudröseln, um ein besseres Verständnis zu gewinnen.

Herr Bartmann hat in seinem Einführungsvortrag sehr gut beschrieben, was man mit der elektronischen Gesundheitskarte machen kann. Ich glaube, damit haben die meisten von uns kein Problem. Ich glaube, es ist nicht unser Hauptproblem, was man auf dieser Karte speichern und was man auf ihr löschen kann. Ich habe auch kein Problem, Frau Gitter, einen USB-Stick mit meinen wertvollen Informationen über meine Patienten mit ins Krankenhaus zu geben. Es gibt Medien, die wir mitgeben können.

Für mich liegt das Hauptproblem bei der ganzen Diskussion darin, dass es eine Serverlösung geben soll, einen Server, der irgendwo steht, der angeblich sicher ist, der von jenen genutzt werden soll, die Zugriff auf die Patientendaten haben wollen. Das ist mein Hauptproblem. In dem Vortrag von Herrn Bartmann tauchte in einem kleinen Nebensatz auf, dass das Rezept auf der Karte in die Apotheke getragen werden kann, dass es aber auch auf einen Server gelegt wird, wo es der Apotheker selber abrufen kann. Das ist der Einstieg in die Serverlösung, das ist der Einstieg in etwas, was wir eigentlich nicht wollen und nicht brauchen.

Jedem, der sich ganz unvoreingenommen mit Serverlösungen beschäftigt, möchte ich einen Begriff mitgeben, den er einmal mit einem Computerexperten besprechen kann. Es gibt bei jedem Server Backdoors. Ich habe langsam gelernt, was Backdoors sind. Ich empfehle jedem, sich damit zu beschäftigen. Jeder Server, der angeblich sicher ist, hat Einstiegsmöglichkeiten, die genutzt werden können. Ich würde jeden Computerhacker beauftragen, einen solchen Server zu knacken, wenn es denn einen solchen gibt, um darzustellen, dass das möglich ist.

Ich denke, der Begriff „sicher“ ist in diesem Zusammenhang nicht in Ordnung. Er ist nicht reell. Wir sollten ihn lieber nicht verwenden.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Als nächste Rednerin noch einmal Frau Dr. Groß.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Ich habe vorhin vergessen, Ihnen einen eigenen Antrag vorzustellen. Er ist noch nicht umgedruckt; bis jetzt kenne ich auch die Antragsnummer nicht. Ich habe in diesem Antrag gefordert, dass es bis hierhin geht und noch nicht weiter. Es geht darum, dass die Evaluation unabhängig durchgeführt werden muss. Wir möchten gern, dass die Bundesärztekammer dafür steht, dass es zusätzlich eine unabhängige Evaluation gibt, nach deren Durchführung wir uns entscheiden können, ob wir weitermachen oder nicht. Ich denke, diese Chance müssen wir nutzen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist der Antrag 111.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Ich möchte noch etwas zu anderen Anträgen sagen. Ich habe gehört, dass meine Ausführungen hinsichtlich der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung nicht ganz verständlich waren. Das ist eine jener freiwilligen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte, die in der Öffentlichkeit unglaublich publiziert und beworben wird, die auch von Teilen der Ärzteschaft unterstützt wird. Das ist richtig, und es ist nichts dagegen zu sagen. Es ist allerdings etwas dagegen zu sagen, dass durch diese Hintertür eine elektronische Patientenakte jetzt eingeführt wird und wir hinterher nicht sagen können, das sei ohne uns Ärzte geschehen. Es ist ein ärztliches Gremium, das diese Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung einführt. Wir haben hinterher überhaupt

keine Berechtigung, zu erklären, das hätten wir nicht getan. Das haben dann Ärzte gemacht, und das müssen wir ablehnen.

(Vereinzelt Beifall)

Im Antrag 34 gehe ich auf den Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte bei den Ärzten ein. Das gilt für die niedergelassenen Ärzte genauso wie für die Krankenhausärzte. Die Sensibilität bei den Krankenhausärzten ist inzwischen vorhanden. In einem meiner Anträge findet sich der Hinweis, dass sichergestellt werden muss, dass die Krankenhausverwaltungen keinen Einblick in die Diagnosen erhalten. Das geschieht jetzt allerdings schon. Vielleicht kann man das zurückschrauben. Dieser Passus ist in einem meiner Anträge enthalten.

Ich empfehle Ihnen nochmals, die Anträge 34, 111, 81 und 38 anzunehmen, ebenfalls den Antrag, der die Forderung nach evaluierten Daten enthält.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt gibt es einen Antrag zur Geschäftsordnung. Herr Schimanke, bitte.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Frau Groß hat uns eben eindeutig gezeigt, dass wir in die Phase der Wiederholungen kommen. Ich glaube, es sind alle Anträge hinreichend erläutert. Die Positionen sind klar. Ich denke, wir können die Debatte beenden. Ich stelle den Antrag auf Schluss der Debatte.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Gibt es eine Gegenrede? – Bitte, Herr Lange.

Lange, Niedersachsen: Ich glaube, wir wären ausgesprochen schlecht beraten, an dieser Stelle die Debatte abzubrechen. Egal was der Ärztetag beschließen wird, wir werden es als Delegierte in unseren Bezirken vertreten müssen. Das Thema ist mit so vielen Emotionen besetzt, dass wir ein solches Signal nicht nach außen senden dürfen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Einer hat dafür, einer hat dagegengesprochen. Wer ist für Schluss der Debatte? – Wer ist dagegen? – Das Zweite ist die Mehrheit. Damit ist der Antrag auf Schluss der Debatte abgelehnt. Wir setzen die Debatte fort. Jetzt hat Herr Wagenknecht das Wort. Bitte schön.

Wagenknecht, Niedersachsen: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Um nicht alles zu wiederholen, fasse ich mich sehr kurz. Ich habe nicht den Eindruck, dass sich die deutsche Ärzteschaft hinsichtlich dieses Themas artig verhält. Die gemeinsame Erklärung, die die Bundesärztekammer Anfang Mai dieses Jahres zusammen mit allen ärztlichen Berufsverbänden abgegeben hat, verbalisiert alles, was in unseren Köpfen und in unseren Bäuchen grummelt, in einer Deutlichkeit, wie man sie selten zuvor erlebt hat.

Ich glaube, dass alle mit dem Vorstandsantrag 3 gut leben können. Dort ist unsere Kritik enthalten, dort ist unsere Sorge niedergelegt. Die Anforderungen, wie so etwas sinnvoll durchgesetzt werden kann, sind dort niedergelegt. Dem ist kaum etwas hinzuzufügen.

Das wichtigste Argument für uns alle muss sein: Wer das Bier bestellt hat, soll auch bitte schön die Zeche zahlen. Ich glaube, dass die jungen Kollegen, für die ich öfter spreche, obwohl ich auch nicht mehr ganz so jung bin und seit über 20 Jahren meine Approbation hinter mir habe, die in den Universitäten nachwachsen, mit Telematik und Elektronik sehr viel vertrauter sind, als wir es in unseren Praxen und teilweise auch noch in den Krankenhäusern sind. Ich glaube, wir müssen auch diesen Kollegen ein Signal geben, dass wir uns mit der Thematik intensiv auseinandergesetzt haben, dass wir Vor- und Nachteile heftig diskutiert haben und dass wir zu dem klaren Ergebnis kommen, dass wir, wenn unsere Bedingungen erfüllt worden sind, mit einer vernünftigen elektronischen Lösung dieser Art leben können. Wir werden sie dann auch einsetzen können, weil sie praktikabel ist.

Ich muss zugeben: Ich bin noch immer misstrauisch, ob es gelingt, diese Forderungen durchzusetzen. Ich wünsche es mir sehr. Ich hoffe, dass wir dem Antrag 3 zustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Wagenknecht. – Als nächster Redner Herr Kollege Windhorst, den ich nicht vorzustellen brauche.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben recht: Es gibt immer dann eine heftige Unsicherheitsphase, wenn von außen mit Begriffen wie „Lauschangriff“ gedroht wird und wenn es Drohgebärden in der Richtung gibt: Wenn ihr es nicht tut, dann machen wir es von oben, dann seid ihr draußen. Dann wird man kribbelig und denkt: Diese Freiwilligkeit und diese Selbstverwaltung haben dicke Pferdefüße. Der Teufel sitzt nicht im Detail, sondern der Mensch, mit dem wir sprechen, hat Pferdefüße.

Ich bitte Sie, das, was Kollege Bartmann gesagt hat, zu beherzigen. Es geht um den Heilberufeausweis, es geht um die Situation, dass es derzeit schon Insellösungen gibt, wie beim Rhön-Klinikum, wie bei der Bundesknappschaft, wie bei den Ärztenetzen. Dort wird ein „Heilberufeausweis“ instrumentalisiert, der aber gar nicht die Signaturstärke hat und die Spezifikationsmöglichkeiten. Das ist schon Fakt. Das Handwerkszeug von morgen ist meiner Meinung nach sicherlich der Heilberufeausweis, und zwar zunächst einmal für Ärzte.

Über die elektronische Gesundheitskarte sprechen wir erst dann, wenn wir weitere Details kennen und wenn die Modellversuche in sieben Gebieten abgeschlossen sind, wenn alles evaluiert wurde. Mehr geht zunächst einmal überhaupt nicht.

Ich bin sehr stolz darauf, dass sich die Bundesärztekammer als oberste Institution so geäußert hat, wie es in den Anträgen 2 und 3 steht. Der Antrag 31 geht in eine ähnliche Richtung. Diese Anträge möchte ich unterstützen.

Ich empfehle Ihnen dringend die Lektüre des Antrags 110 – ich weiß nicht, ob er bereits verteilt wurde –, der den Vorstand der Bundesärztekammer auffordert, auf dem 111. Deutschen Ärztetag auf jeden Fall einen eigenen Tagesordnungspunkt für dieses sensible und schwierige Thema vorzusehen. Das ist zwar kurzfristig, aber wir müssen uns damit immer weiter beschäftigen, weil uns das System anderenfalls kaputtmacht. Das können wir nicht akzeptieren.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Nunmehr Herr Kollege Tegethoff aus Berlin.

Dr. Tegethoff, Berlin: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte kurz zu folgendem Punkt Stellung nehmen. Der Kollege Brunngraber hat die Krankenhausärzte zur Unterstützung aufgefordert. Ich bin Krankenhausarzt. Ich bin an einer großen Klinik tätig. Wir haben sehr viel mit elektronischer Dokumentation zu tun. Von daher bin ich mit dem Thema vertraut.

Entgegen der sehr guten Darstellung von Herrn Bartmann bin ich gegen die Bewertung, dass die Serverlösung gut ist. Ein Server ist nie sicher; das haben wir schon mehrfach gehört. Das haben wir eben auch von Herrn Steininger gehört.

(Beifall)

Ich erinnere an die große Sicherheit, die uns im Zusammenhang mit der Maut und mit Toll Collect versprochen wurde. Es hieß, die Mautdaten würden nur zur Abrechnung erfasst. Aber jetzt sollen sie auch zur Erfassung von Mördern und dergleichen dienen. Genauso kann es bei der Gesundheitskarte kommen. Die Datenhoheit liegt beim Patienten. Ich fordere Sie auf: Beteiligung an der Gesundheitskarte – ja, Serverlösung – auf gar keinen Fall. Für die Sicherheit sind wir verantwortlich, und dafür müssen wir politisch arbeiten.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Kolleginnen und Kollegen! Ich habe vieles gesagt, aber einiges habe ich auch nicht gesagt. Es wird nur gedacht, dass ich das vielleicht gesagt haben könnte. Zur Serverlösung habe ich mich überhaupt nicht geäußert, denn der Server ist nicht Gegenstand des Gesetzes. Der Server ist eine Lösung, die sich herauskristallisiert hat, weil das ursprüngliche Modell, das Flensburger Modell, gezeigt hat, dass der Chip und die sonstigen Datenspeichermöglichkeiten, die physisch beim Patienten verbleiben können, nur begrenzte Datenmengen aufnehmen können, sodass eine anderweitige Lagerung erfolgen muss.

Den meisten wird es nicht bewusst sein: Wenn Sie eine E-Mail von A nach B schicken, liegt diese Mail auch erst einmal eine ganze Zeit auf einem Server, bei dem Provider, bis sie dort abgeholt wird. Natürlich bietet jeder Server auch eine Einfallstür für Angriffe. Ich habe darauf hingewiesen: Die Daten, die auf diesem Server liegen, sind nicht zu entschlüsseln. Einer der Redner hat das Pentagon angesprochen. Mit dieser Gesundheitskarte dürften Sie theoretisch

nicht in die USA einreisen, weil der Schlüssel für intelligente Geheimdienste nicht annähernd zu knacken ist. Die Grenze der Entschlüsselbarkeit liegt zurzeit bei 34 Bit = 2^{34} bei der asymmetrischen Verschlüsselung. Diese Verschlüsselung hier hat 128 Bit. Natürlich kann man alles infrage stellen. Das ist exponentiell und nicht additiv.

Der Server ist immer eine Lösung, die angreifbar ist. Man muss aber auch erst einmal mit den Daten, die auf dem Server liegen, etwas anfangen können. Die Probleme sind uns alle bewusst. Es liegt uns sehr am Herzen – das ging doch auch aus meinem Vortrag hervor –, dass die Datensicherheit nicht gefährdet wird. Wenn sich herausstellen sollte, dass das auch nur annähernd der Fall ist, ist das Projekt für uns gestorben.

Wir sollten also nicht mit Spekulationen arbeiten. Wir sollten zunächst auf der vorhandenen Datenbasis arbeiten. Eine abschließende Beurteilung werde ich vielleicht nachher noch abgeben.

Ein Server ist angreifbar, aber man muss mit den Daten auf dem Server auch etwas anfangen können. Das scheint im Moment bei der Verschlüsselung über die Gesundheitskarte nicht der Fall zu sein.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bartmann. – Der nächste Redner ist Herr Brunngraber. Bitte schön.

Dr. Brunngraber, Niedersachsen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seit Beginn meiner ärztlichen Ausbildung kenne ich das Argument von oben, dass wir zu emotional seien, dass wir unsachlich seien, dass wir erst einmal objektiv werden sollten. Die ärztliche Arbeit ist aber nicht aus der nackten Objektivität heraus zu leisten, sondern aus einer gereiften und erwachsen gewordenen Integration von subjektiven und objektiven Persönlichkeitsanteilen. Es ist ein Killerargument, dass wir zu emotional sind, dass wir hochfahren. Das sollte eigentlich unter anständigen Kollegen gar nicht mehr gebracht werden.

Es wird argumentiert, wir könnten uns dem Fortschritt nicht verweigern. Ich sage nur: Turmbau zu Babel. Wir kennen die Leute nicht, die gesagt haben: Wir wollen ihn nicht bauen. Ich denke, das Argument, wir könnten uns dem Fortschritt nicht verweigern, wäre das absolute Insolvenzargument der Ärzteschaft.

Die nicht ärztlichen Player in diesem Spiel argumentieren immer damit: Auch eure Ärzte haben dies hier TÜV-geprüft, ihr könnt es mitmachen, eure Ärzte sagen Ja dazu. Das ist die historische Verantwortung.

Zu meinem Vorredner möchte ich sagen: Sie haben hier – das ist ja ins Protokoll aufgenommen worden – eine Garantie gehört hinsichtlich 32 und 128 Bit. Ich möchte in zehn Jahren das Protokoll hervorholen und schauen, was von dieser – wenn es haltbar wäre – erfreulichen Garantie noch zu halten ist. Das kann überhaupt keiner halten; entschuldigen Sie bitte. Schecks müssen gedeckt sein.

(Beifall)

Zur Einflussnahme: Auch Liechtenstein konnte sich am Irakkrieg beteiligen, um sich auch bei der NATO-Planung Einfluss zu sichern. Welche Selbstüberheblichkeit der momentan mit dem Rücken an der Wand stehenden Ärzteschaft ist dieses hier! Wenn das im Gesetz steht, gibt es für uns keine andere Möglichkeit, als zivilen Ungehorsam auszuüben. Es ist doch unglaublich, das als Fundamentalopposition hinzustellen. Wenn wir bei innerärztlichen Konflikten anderer Meinung sind – Sterbehilfe usw. –, dann gibt es sicherlich die Frage von Pragmatismus und Fundamentalopposition. Aber hier geht es um das Verhältnis der Ärzteschaft nach außen. Das ist Außenpolitik, keine Fundamentalgeschichte. Wir sind dabei, zentrale Anteile ärztlicher Interessen zu verraten.

Wir haben vor Kurzem ein sehr anrührendes Zitat von Astrid Lindgren gehört. Ich möchte als jemand, der nicht nur Arzt ist, sondern auch Kulturgüter zu sich nimmt, Folgendes sagen. Angesichts der demografischen Situation hier im Saal gehe ich davon aus, dass viele den Film „Rosemary's Baby“ kennen, bei dem die zukünftige Mutter nicht weiß, dass ihr ein Teufelsbaby in den Bauch gepflanzt wurde. Sie soll eine normale Schwangerschaft durchziehen. Ich bitte Sie bei diesem Projekt um die Amniozentese. Wir müssen schauen, was uns in der Praxis implantiert wird.

Die Klinikärzte verstehen nicht unsere realen Sorgen unter dem Kostenaspekt, wenn das auch nicht zentral ist. Ich bitte die Klinikärzte: Seien Sie gute Kolleginnen und Kollegen, gute Schwestern und Brüder auch der Niedergelassenen. Akzeptieren Sie mit einem gewissen Vertrauensvorschuss auch unsere Aspekte. Wir sind uneigennützige treuhänderische Verwalter der Geheimnisse unserer Patienten. In der Klinik herrscht eine andere Situation. Wir müssen zusammenarbeiten. Wir schätzen Sie auch sehr. Von meinen 30 Berufsjahren war ich zehn Jahre Krankenhausarzt. Ich bitte die Klinikärzte, unsere besonderen und dennoch identischen Probleme auch in diesem Zusammenhang zu verstehen und diesen Tagesordnungspunkt nicht vielleicht unter „ferner liefen“ abzuhandeln.

Ich denke, hier geht es um ein solch wichtiges Zukunftsthema, dass ich die Bitte an den Vorstand habe, dieses Thema nicht endgültig von der Tagesordnung der deutschen Ärzteschaft abzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es ist ja bei diesem Thema völlig unmöglich, zu sagen, der 110. Deutsche Ärztetag habe sich letztmalig mit der Elektronik im Gesundheitswesen befasst. Das ist erst der Anfang.

(Beifall)

Das Wort hat nun Frau Dr. Wenker, die Präsidentin der Landesärztekammer Niedersachsen. Bitte schön.

Dr. Wenker, Vorstand der Bundesärztekammer: Sehr geehrter Herr Präsident Hoppe! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die elektronische Gesundheitskarte kommt, ob mit oder ohne uns. Viele meiner Vorredner haben – dafür habe ich großes Verständnis – ihre überaus berechtigten Sorgen und Forderungen an dieses Telematik-Projekt geäußert; berechtigte Sorgen vor allem – so habe ich es der Diskussion entnommen – wegen unkalkulierbarer Eingriffe in eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung und eines fraglos hohen Zeitaufwands in der Anwendung. Eine berechtigte Forderung lautet auch: Die Datenhoheit muss weiterhin beim Patienten liegen, dieses Projekt muss einen erkennbaren Nutzen für die Patientenbehandlung haben, und es muss eine umfassende und vollständige Vergütung der Telematik-bedingten Kosten geben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es gibt nur eine Möglichkeit, wie die Ärzteschaft ihre berechtigten Forderungen und Sorgen in dieses Projekt einbringen kann: Wir müssen weiter mit im Boot bleiben, sonst berauben wir uns selbst der Einflussnahme. In diesem Sinne hat die Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen vor einigen Wochen mit großer Mehrheit eine Resolution verabschiedet: elektronische Gesundheitskarte – ja, aber mit konstruktiv-kritischer Begleitung und kontinuierlicher Bewertung der Modellprojekte.

Ich appelliere an Sie, hier und heute der Realität ins Auge zu sehen: Das Projekt kommt, besser mit als ohne unseren Sachverstand. Unterstützen Sie bitte den Antrag 3 des Vorstands der Bundesärztekammer.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Frau Kollegin Wenker. – Die nächste Rednerin ist Frau Kollegin Ende aus Hessen.

Dr. Ende, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zu keiner Frage auf Deutschen Ärztetagen habe ich jemals so viele Zuschriften und Anrufe von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erhalten wie zur Frage der elektronischen Gesundheitskarte. Diese Kolleginnen und Kollegen haben mir explizit den Auftrag gegeben, dafür zu sorgen, dass zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der offenen Fragen, die unter anderem im Antrag 35 wiederzufinden sind, die elektronische Gesundheitskarte abgelehnt wird. Von daher bin ich sehr dankbar, dass der Antrag auf Nichtbefassung oder Nichtabstimmung zurückgenommen wurde. Dafür hätten diese Kolleginnen und Kollegen sicherlich auch kein Verständnis gehabt.

Ich freue mich, dass es so viele Menschen hier gibt, die plötzlich so viel Vertrauen in den Dialog mit der Politik haben. Vor einigen Tagen hat sich das für mich noch völlig anders angehört. Meine Erfahrungen der letzten Jahre sind auch andere.

(Beifall)

Toll, dass Sie denken, dass ausgerechnet in der Frage der elektronischen Gesundheitskarte die Politik fröhlich sein wird, wenn wir sagen: So, wie ihr es machen wollt, gefällt es uns nicht.

Natürlich werden sie sich das anhören, wenn sie uns mit im Boot haben, und werden dann erklären: Wir haben das abgewogen, es sprach halt zu viel dagegen. Von daher denke ich, dass wir in dieser Frage ganz klar nicht fromme Wünsche gegenüber der Politik äußern sollten, sondern klar auf den Tisch legen sollten: So machen wir es nicht mit.

Ich glaube, dass wir, wenn wir solche Anträge wie den Antrag 35, die deutlich machen, wozu wir im Moment nicht bereit sind, verabschieden, im Interesse unserer Kolleginnen und Kollegen und im Interesse unserer Patienten eher in einen Dialog miteinander kommen.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Frau Kollegin Ende. – Jetzt bitte Herr Pickerodt aus Berlin.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin Herrn Jonitz sehr dankbar, dass er seinen Antrag auf Nichtbefassung zurückgezogen hat. Das erspart mir eine Bemerkung über die Qualität solcher Anträge

bei so wichtigen Dingen. Wir Klinikärzte sind ja durchaus involviert in die Frage der Datenspeicherung und der Datensicherheit. Selbstverständlich sind alle Klinikinformationssysteme geschützt. Wir müssen unsere PIN eingeben, bevor wir an irgendwelche Daten kommen.

Erstaunlicherweise erscheinen diese Eingaben aber flugs auf irgendwelchen Arztbriefen. Sie alle kennen die Arztbriefe von Patienten, die über Intensivstationen von Kliniken gelaufen sind. Die erste Seite ist voll von Diagnosen, die zum Teil falsch, zum Teil irrelevant sind. Sie wissen, wie schnell ein Patient aufgrund eines Eingabefehlers eines nicht mehr feststellbaren Arztes zum Alkoholiker gestempelt werden kann. Das geht dann durch die ganze Stadt durch Arztbriefe an niedergelassene Kollegen usw.

Herr Tegethoff hat völlig zu Recht auf die Sicherheit unserer eigenen Verarbeitung der Daten hingewiesen. Wir entscheiden natürlich auch über das, was wir eingeben. Da sind wir, wie ich ehrlich sagen muss, nicht sehr gut.

Ich denke, die Konsequenz daraus ist das, was Frau Dr. Groß hier gesagt hat: bis hierher und nicht weiter. Ich meine, wir brauchen eine Evaluation des Derzeitigen. Ich stimme auch Herrn Windhorst zu: Wir müssen auf dem nächsten Deutschen Ärztetag dieses Thema wieder aufgreifen. Dann sind wir vielleicht schlauer und können grundsätzliche Entscheidungen treffen. Ich halte ein Moratorium an dieser Stelle für notwendig und bitte Sie, dementsprechend abzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte noch einmal Herr Kahlke aus Hamburg.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich denke, die vielen Argumente, die hier vorgetragen wurden, sind schon sehr wichtig. Wir wären schlechte Demokraten und schlechte Antragsteller, wenn wir das nicht berücksichtigten.

Ich glaube aber, eines müssen wir klarstellen – so habe ich bisher die Voten auch verstanden –: So wie uns das Projekt jetzt bekannt gemacht wurde, wie es jetzt vorgestellt ist, ist es – ich hoffe, da stimmen Sie mit mir und den anderen Antragstellern überein – nicht annehmbar. Hier fiel bereits der Begriff Moratorium. Der nächste Deutsche Ärztetag wird gar nicht darum herumkommen, sich damit zu befassen.

Ich habe zu unserem Antrag 35 folgenden Vorschlag. Ich habe das noch nicht mit den Mitantragstellern absprechen können, könnte mir aber vorstellen, dass wir da einer Meinung sind. Ich lese Ihnen den letzten Absatz in der geänderten Fassung vor:

> *Im Interesse eines verantwortungsbewussten ärztlichen Entscheidens und Handelns für die Patientinnen und Patienten und zum Schutz ihrer Daten lehnt der 110. Deutsche Ärztetag die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgestellten Form ab und fordert die Einrichtung eines TOP auf dem 111. DÄT, um die Einflüsse der Telematik auf unsere ärztliche Berufstätigkeit zu behandeln.*

Ich bitte die Mitantragsteller und alle, die hinter diesem Antrag stehen, das zu akzeptieren. Wichtig dabei ist, dass die in der bisherigen Form vorgestellte elektronische Gesundheitskarte von diesem Ärztetag so nicht angenommen werden kann. Aber in einem Jahr ist sie vielleicht tatsächlich brauchbar, wenn wir die Situation mit unserem Sachverstand, unseren Empfehlungen und Forderungen verändert haben.

Ich würde es gern neu formulieren. Ich hoffe auf Zustimmung der Mitantragsteller. Die jetzige Form muss abgelehnt werden. Wir sollten aber sehr wohl offen sein für Verbesserungen, die wir auf dem nächsten Deutschen Ärztetag behandeln können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön, Herr Kahlke. Ich glaube, das können wir so gleich mit vortragen und auch abstimmen. Auf die spezielle Formulierung kommt es ja nicht an. Sie wollen, dass das in der vorliegenden Form nicht goutiert wird und sich der nächste Deutsche Ärztetag damit noch einmal beschäftigt. Dann wollen wir einen Vorschlag machen, der in der Szene weiterberaten wird. Ich glaube, so ist das zu verstehen. In dieser Form können wir auch darüber abstimmen. Es ist dann auch noch immer der weitestgehende Antrag im Rahmen derer, die sich mit der derzeitigen Entwicklung nicht einverstanden erklären können. Aber es ist keine Totalablehnung mehr. Das ist der Unterschied.

Der nächste Redner ist Rudolf Henke vom Vorstand der Bundesärztekammer. Bitte.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Mir ist nach dem, was Herr Kahlke vorgetragen hat, am Ende nicht klar: Worin besteht der Unterschied zum Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer?

(Vereinzelt Beifall)

Wenn Herr Kahlke das wirklich so haben will, kann man dem Antrag der Bundesärztekammer zustimmen. Ich vermute, er sucht letztlich danach, dass in die Öffentlichkeit getragen wird: Unsere prinzipielle Kritik ist angenommen worden.

Ein Kollege, der den Antrag von Herrn Kahlke wahrscheinlich befürwortet, hat hier gesagt: Das, was Herr Bartmann hier hinsichtlich von 34 und 128 Bit gesagt hat, wird in zehn Jahren völlig anders sein. Entweder gibt es eine ergebnisoffene Prüfung, für die wir die Kriterien aufstellen, die wir aus dem ärztlichen Ethos entwickeln, oder wir sagen, dass wir eh wissen, dass diese Kriterien unter keinen Umständen erfüllt werden können. Dann kann es aber keine ergebnisoffene Prüfung sein, sondern dann muss man mit Herrn Kahlke und seinem ursprünglichen Antrag sagen: Wir lehnen es prinzipiell ab. Welche Folge hat es, wenn man das tut? Den größten Applaus werden Sie dafür nicht von „Big Pharma“ erhalten, sondern von „Big IT“. „Big IT“ wartet nämlich darauf, dass wir uns aus diesem Projekt prinzipiell in jeglicher Mitwirkung verabschieden. Das ist unsere Verantwortung.

(Beifall)

Wir haben die Verantwortung, dass die Kriterien, die wir aus dem ärztlichen Ethos entwickeln, in den Debatten präsent bleiben. Deswegen kann man nicht sagen: ohne mich, ich habe damit nichts zu tun, ich will da nicht kontaminiert werden. Das hätte nicht zur Folge, dass das Projekt beendet wird, dass es politisch abgeschossen wird. Die Große Koalition hat leider Gottes mit den vorhandenen Mehrheiten alle politischen Möglichkeiten, dieses Projekt fortzusetzen. Sie hat leider nicht die Größe, die beispielsweise die österreichische Regierung bei der dortigen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gezeigt hat, indem sie das eher als ein demütiges Projekt angegangen ist, bei dem es nur um Krankenhausberichte, Laborbefunde, bildgebende Diagnostik und Arzneimittel geht.

Wenn wir uns jetzt mit einem prinzipiellen Nein verabschieden, klatscht sich die „Big IT“-Industrie auf die Schenkel, weil sie dann die Gestaltung dieses Projekts allein in die Hände bekommt. Das ist unsere Verantwortung. Deshalb stimmen Sie dem Antrag des Vorstands bitte zu, nicht aber dem Antrag von Herrn Kahlke, auch nicht in der geänderten Fassung.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Rudolf Henke. – Als nächste Rednerin Gräfin Vitzthum aus Baden-Württemberg.

Dr. Gräfin Vitzthum, Baden-Württemberg: Meine Damen und Herren! Ich habe mich noch einmal auf die Rednerliste setzen lassen, weil ich doch sehr erstaunt war, wie unsere verehrte Präsidentin, Frau Dr. Wahl, ausgeführt hat, wie fein das in Heilbronn alles läuft. Meine Sicht ist eine andere. In Heilbronn haben wir eine hohe MEDI-Organisation und MEDI-Verbindlichkeit; dort sitzen unsere besten Computerspezialisten. Wir waren immer zur Zusammenarbeit bereit. Wir haben immer gedacht, bei diesem hohen Organisationsgrad und dieser MEDI-Verbindlichkeit bekommen wir das hin.

Im November des vergangenen Jahres haben wir auf einer Sitzung der Landesärztekammer die zentralen Forderungen artikuliert, nämlich: Datensicherheit – also keine zentrale Serverlösung –, Haftung und Bezahlung der Investitionen. Wir haben bereits damals einen ganz erheblichen Druck vonseiten der Aufsicht, die ja immer dabeisitzt, erfahren müssen, auch vonseiten unserer Führung. Ich kann es leider nicht anders ausdrücken. Ich weiß nicht, wie Frau Dr. Wahl auf die Zahl 14 kommt. Mir ist hinsichtlich der Kollegen, die mitmachen wollen, die Zahl 6 bekannt. Es gibt in Heilbronn zusammen mit dem Landkreis insgesamt 16 000 Ärzte. Es wollen aber nur sechs Ärzte mitmachen.

Es sind von der Politik keine Signale gekommen, unsere zentralen Forderungen zu realisieren. Im Gegenteil, jetzt kam ein Brief von der Sozialministerin, ein persönlicher Brief, der Druck auf uns ausübt, dieses Projekt durchzuführen, anderenfalls bekämen wir gewisse Restriktionen.

Wir haben heute die einmalige Möglichkeit, zusammen ein deutliches politisches Zeichen zu setzen: nein beim gegenwärtigen Stand, nicht nein zum gesamten Projekt. Herr Professor Hoppe, das wäre auch ein Anfang unseres Freiheitskampfes.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. – Wir hören als nächsten Redner Herrn Kollegen Dreyer aus Nordrhein.

Dreyer, Nordrhein: Lieber Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Auch ich glaube ganz fest, dass wir die elektronische Gesundheitskarte auf gar keinen Fall verhindern können und wollen. Es geht hier schließlich um ein Milliardengeschäft. Ich habe zu diesem Thema den Antrag 112 gestellt. Ich möchte darauf drängen, dass wir verhindern, dass es uns ähnlich ergeht wie bei der elektronischen Steuererklärung, wo die Firma Microsoft sehr großzügig bedacht wurde. Wir müssen darauf achten, dass die elektronische Gesundheitskarte plattformübergreifend, also auch mit anderen Betriebssystemen verwendbar ist. Wir müssen, nachdem wir ja nach neuesten Entwicklungen eine Berufsgruppe sind, die man möglichst abhören kann, darauf achten, dass wenigstens unsere elektronischen Daten vor einem Angriff durch den sogenannten Bundestrojaner geschützt werden. Ich bitte darum, das auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Ruhe zu debattieren.

Danke.

(Beifall)

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

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich glaube, wir sind uns zum großen Teil einig, dass die elektronische Gesundheitskarte kommt und wir bei der Fortentwicklung des Projekts dabei sein müssen, um die Entwicklung in die richtige Bahn zu lenken. Um dabei sein zu können, brauchen wir eine möglichst breite Akzeptanz in der Ärzteschaft. Ein entscheidender Punkt in dieser Beziehung ist die Frage, ob eine zentrale Speicherung auf einem Server erfolgt oder ob es um eine Speicherung geht, die man mit nach Hause nehmen kann.

Ich habe hier ein Memorystick mit 1 GB, also relativ klein. Es passt in jede Hosentasche. Heute gibt es Speichermedien, die auf Fingernagelgröße tausendmal die Festplattenkapazitäten von vor 20 Jahren umfassen. Da leuchtet es mir nicht ein, dass es technisch nicht möglich sein soll, eine dezentrale Lösung zu finden, damit man relativ kleine Datenmengen, wie sie im Zusammenhang mit der Gesundheitskarte anfallen, mitnehmen kann. Es kann sehr wohl sein, dass es bei der derzeit geplanten Struktur von der Hardwarearchitektur her nicht möglich ist. Dann muss man überlegen, ob man die Chipkarte wirklich in der geplanten Form realisieren sollte oder ob man nicht einen Speicherchip integriert, wodurch die Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft wesentlich größer würde, weil dann viele nachvollziehbare Sorgen beseitigt wären.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke, Herr Köhne. – Der nächste Redner ist Herr Kollege Hermann aus Bremen.

Dr. Hermann, Bremen: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte einige Dinge klarstellen. Telematik, Arztausweis und Gesundheitskarte sind hier zu einem Brei zusammengerührt worden. Das möchte ich auseinanderdröseln. Telematik bedeutet das Übertragen von Gesundheitsdaten auf elektronischem Wege. Das tun ja bereits viele von uns. Das ist gut so und keinen großen Streit wert. Um es sicherer zu gestalten, benötigt man einen elektronischen Arztausweis. Das ist der Arztausweis, den Sie jetzt in der Tasche tragen und so gern verlieren, in elektronischer Form. Das ist nicht besonders strittig, damit auch nicht der Antrag 2 des Vorstands.

Der dritte Punkt ist die Gesundheitskarte, die neue Qualitäten aufweist. Über sie können und sollten wir trefflich streiten. Das ist aber eine ganz andere Sache. Die Arztkarte ist notwendig, um die Telematik überhaupt durchführen zu können. Die elektronische Gesundheitskarte kann, muss aber nicht als Ergänzung hinzukommen.

Unstrittig ist, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Gesetz steht. Frau Wahl, da habe ich eine ganz andere Auffassung von Demokratie: Auch wenn es im Gesetz steht, können wir es natürlich in Bausch und Bogen ablehnen. Wenn wir dies tun, würden wir uns auch nicht jede Möglichkeit der Teilnahme verbauen. Ich denke, die Delegierten haben das Recht, ihrem Bauchgefühl zu folgen und das zu tun.

(Beifall)

Ich denke, der Hauptkritikpunkt sind – insbesondere aus der Sicht der Niedergelassenen – die Kosten der elektronischen Gesundheitskarte. Die Kosten der Telematik und der Arztkarte sind eher gering. Die Kosten für die Gesundheitskarte werden unendlich hoch sein. Toll Collect und Galileo als Projekte ähnlicher Art lassen grüßen.

Die Subventionierung von EDV-Unternehmen aus dem immer irgendwie budgetierten Gesamteinkommen der Ärzte kann nicht in unserem Interesse sein. Dies scheint aber fest eingeplant zu sein. Wir sollten also deutlich machen, dass wir überhaupt keine zusätzlichen Kosten für die Einführung dieser Gesundheitskarte übernehmen wollen. Dahin geht auch mein Antrag, im Antrag 31 den letzten

Halbsatz zu streichen. Wir wollen für diese Sache überhaupt keine Kosten übernehmen.

Ich oute mich hier gern als krasser Gegner der elektronischen Gesundheitskarte. Aber, meine Damen und Herren, ich finde alle meine objektiven Bedenken im Antrag des Vorstands formuliert. Deswegen kann ich auch als Hauptbedenkenträger Sie nur auffordern, den Vorstandsantrag dennoch zu unterstützen.

Danke sehr.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt Herr Kollege Lange aus Niedersachsen.

Lange, Niedersachsen: Verehrtes Präsidium! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte Ihr Augenmerk auf das Thema der Datensicherheit lenken. Ich glaube, es ist völlig irrelevant, mit wie viel KB der Schlüssel angelegt ist. Es geht eher um das Problem der zukünftigen Gesetzeslage, die wir heute noch nicht beeinflussen können, wer wann auf diese Daten wird zugreifen können. Wenn wir eine ungünstige historische Entwicklung befürchten, könnte da ein Datenfriedhof, der kein Friedhof mehr ist, entstehen, der Schreckliches wieder denkbar machen könnte.

Egal, wie wir heute entscheiden werden, wir werden uns unter Garantie auf zukünftigen Ärztetagen mit diesem Thema immer wieder auseinandersetzen. Begleiten Sie also das Ganze bitte kritisch.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Jetzt Herr Steininger aus Hessen.

Dr. Steininger, Hessen: Ich möchte an die Ausführungen der Vorredner anschließen und darauf hinweisen, dass es überhaupt nicht das Anliegen des Ärztetages ist, das ganze Thema abzugeben und nicht mehr mitzureden. Ich sehe auch nicht die von Herrn Henke angeführte Gefahr, dass wir, wenn wir uns heute nicht für den Vorstandsantrag, aber für den Antrag 35 entscheiden, gar keine Chancen mehr haben, dass dann alles ohne uns läuft.

Ich finde es sowieso ganz beeindruckend, dass immer wieder von hier oben die Bemerkung kommt: Wenn wir dem, was der Vorstand vorschlägt, nicht folgen, haben wir gar keine Chance mehr, dann wird alles ohne uns laufen. Ich möchte auch hier gern Widerstand zeigen, und zwar an einer ganz bestimmten Stelle, nämlich dort, wo Patientendaten aus der Hand des Patienten an einen Server weggegeben werden. Das ist der Knackpunkt. Das möchte ich ausgeschlossen haben. Ich kann jedem Vorstandsantrag zustimmen, der das ausschließt.

Herr Bartmann hat in seinem ersten Beitrag erwähnt, dass ein elektronisches Rezept über einen Server läuft, dass dies Inhalt des Projekts ist, das derzeit läuft. Da setzt meine Kritik an. Das möchte ich nicht unterstützen; da ist die Grenze.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt bitte Herr Bartsch.

Dr. Bartsch, Sachsen: Ich leite in Sachsen die Arbeitsgruppe „Einführung des elektronischen Arztausweises“. Das ist etwas ganz anderes. Das wurde von einigen Vorrednern bereits ausgeführt. Es werden immer wieder elektronische Arztausweise und elektronische Gesundheitskarte durcheinandergebracht. Wir haben in Sachsen die besondere Situation, dass wir an dem Projekt der Erforschung und der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte schon seit längerer Zeit beteiligt sind. Wir haben 25 Ärzte, nicht bloß 6 oder 14.

Wir haben praktische Erfahrungen gesammelt. Wir haben selbst die Bedenken, die hier vorgetragen wurden. Wir haben sie aber in dieses Projekt mit einfließen lassen. Wir können erforschen, ob es tatsächlich den Tagesablauf in der Praxis verändert. Wir werden das alles in der Realität überprüfen und verweigern uns nicht mit einer Fundamentalopposition. Wir wissen also, worüber wir reden.

Alle haben Bedenken gegen die Einführung von Unbekanntem, vor allem dann, wenn dadurch fundamental in den Praxisablauf eingegriffen wird. Das ist aber in der Forschung mit berücksichtigt. Wir werden uns nicht von dem, was in dem Antrag vorgesehen ist, abbringen lassen, dass wir nämlich alles mit bedenken. Ich glaube, das ist auf jeder zukünftigen Vorstandssitzung und auf jedem zukünftigen Deutschen Ärztetag ein Tagesordnungspunkt. Wir in Sachsen haben dieses Thema seit Jahren jeden Monat auf unserer Vorstandssitzung auf dem Tisch. Wir werden die jeweils vorhandenen Gegebenheiten berücksichtigen und entsprechende Anpassungen verlangen.

Ich bitte Sie, den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zu unterstützen, damit wir weiterarbeiten können und nicht alles bereits im Vorfeld ablehnen.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Bartsch. – Als nächster Redner bitte Herr Kollege Clever aus Baden-Württemberg.

Dr. Clever, Baden-Württemberg: Sehr verehrtes Präsidium! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Damit die Informationen auch korrekt sind: In Heilbronn, dem baden-württembergischen Testgebiet, haben sich 14 niedergelassene Kolleginnen und Kollegen schriftlich bereit erklärt, am Testversuch der 10 000 teilzunehmen, ebenso wie 32 Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik. Die Heilberufeausweise dazu sollen am 30. Mai 2007 ausgegeben werden.

Ich wollte das nur korrigieren, weil das anders dargestellt wurde. Die Gespräche von Politikern signalisieren, dass die Meinung der Ärzteschaft hier sehr wohl registriert wird. Ich sehe, dass wie bei den Testversuchen in der kritischen Teilnahme unsere Chance liegt.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Herr Eyrich hat sich noch zu Wort gemeldet.

Dr. Eyrich, Bayern: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die elektronische Gesundheitskarte wird kommen. Wir können uns auf den Kopf stellen und mit den Ohren wackeln, sie wird dennoch kommen. Die Politik will sie haben und die IT-Lobby möchte sich das Geschäft nicht entgehen lassen. Unsere Kritik und unsere Anregungen werden von der Politik vielleicht beachtet, aber wohl eher nicht umgesetzt.

Welches Signal an die Politik wird wohl eher gehört und ist wohl auch medienwirksamer? Die Mitarbeit der Ärzteschaft zu signalisieren, so nach dem Motto „Ja, aber“ oder eine deutliche Ablehnung? Was wird wohl morgen in der Zeitung stehen: die deutliche Ablehnung oder unser „Ja, aber“? Ich bitte Sie, die elek-

tronische Gesundheitskarte deutlich abzulehnen. Nur dann haben wir eine Chance, dass man uns überhaupt zuhört und dass vielleicht etwas geändert wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Das Schlusswort hat Herr Kollege Bartmann.

Dr. Bartmann, Vorstand der Bundesärztekammer: Das war ein anstrengender, aber auch fast erwarteter Verlauf der Debatte. Ich sehe meine Erwartungen, die ich in meinem Vortrag geäußert habe, nur teilweise erfüllt. Ich hatte ja versucht, den aktuellen Stand, was also bereits Beschlusslage ist, wiederzugeben. Ich habe mir bewusst Aussagen dazu versagt, wie man sich den weiteren Fortgang vorstellen kann. Natürlich kann man sich in zukünftigen Visionen ergehen. Wir können heute keine neuen technologischen Lösungen finden. Wir müssen daran allerdings mitarbeiten. Dass als Ergebnis der Memorystick herauskommt, ist ja möglich. Ich bin Rudolf Henke sehr dankbar, weil er als geübter Parlamentsredner sehr viel präziser und sehr viel genauer wiedergegeben hat, um was es geht. Herr Steininger, ich muss Ihnen leider widersprechen: Wenn wir sagen, wir machen nicht mit, lacht sich die IT-Industrie ins Fäustchen. Dort wartet man darauf, dass man uns als Störfaktor bezeichnen kann, der bisher verhindert hat, dass alles glatt durch die Instanzen geht.

Teilweise wurde hier verbalisiert: Jetzt sind wir vier Tage brav gewesen, nun müssen wir ein politisches Signal setzen. Das Projekt elektronische Gesundheitskarte ist nicht der geeignete Anlass, sich störrisch zu zeigen. Ich möchte auch Herrn Eyrich widersprechen: Ich meine, in unserem Vorstandsantrag steht sehr deutlich, wo unsere Bedenken liegen. Ich sehe nicht viel, was über diesen Antrag hinausgeht und zu einer kompletten Ablehnung führen könnte. Wir evaluieren nach den Testversuchen und entscheiden dann, ob wir an diesem Projekt überhaupt weiter mitarbeiten. Es ist im Vorstandsantrag doch mehrfach ausgeführt, dass von dieser Evaluation abhängig ist, ob wir uns diesem Projekt weiterhin anschließen können.

Ich möchte den Antrag 110 auf jeden Fall unterstützen. Lassen Sie uns bitte die Zeit, dass wir in Ulm noch immer als Teilnehmer an diesem Projekt differenziert berichten können, wie wir uns das weitere Vorgehen vorstellen. Wir sollten nicht allein als politisches Signal erklären: Jetzt zeigen wir endlich einmal der Politik, wo es langgeht.

Eine ganz persönliche Erklärung am Rande: Die meisten von Ihnen wissen eventuell nicht, dass ich Flensburger bin. Ich bin Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, arbeite aber in Flensburg. Es ist kein Zufall, dass die Flensburger Kollegen seit 1999 an diesem Projekt der Vernetzung über die elektronische Gesundheitskarte arbeiten. Es ist kein Zufall, dass die Blaupause, die § 291 a zugrunde liegt, dem ziemlich nahekommt, was die Flensburger vier Jahre lang durchgeführt haben. Ich war Zeitzeuge, als 2002 Ulla Schmidt Gesundheitsministerin war und keiner glaubte – außer ihr selbst –, dass sie es auch im nächsten Jahr noch sein würde, und zwar nicht wegen ihrer Person, sondern wegen der Partei, der sie angehört.

Mittlerweile hat das Ganze eine eigene Dynamik entwickelt, auch dadurch, dass Erkenntnisse gewonnen wurden. Es wäre völlig falsch, den Eindruck zu erwecken, das sei etwas, was von der Politik allen übergestülpt wird. Es ist kein Zufall, dass die Flensburger das gemacht haben, denn in Dänemark und Schweden läuft das Ganze zur großen Zufriedenheit der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sowohl in der Praxis als auch in der Klinik. Manche von Ihnen haben vielleicht die Meldung gelesen, dass durch die elektronische Vernetzung eine Zeitersparnis in der Praxis von 30 Stunden zu verzeichnen sei. Dass man dort schon so weit ist, hat den Grund, dass das Grundvertrauen der dort tätigen Ärzte in den Staat größer ist als bei uns. Auch der Datenschutz ist einfach nicht so anspruchsvoll. In Dänemark kann man über die persönliche Identifikationsnummer Echtdaten abfragen. Niemand hat sich Gedanken darüber gemacht, dass Missbrauch mit diesen Daten getrieben werden könnte. Ähnlich ist es in Schweden.

Ich muss allerdings sagen: Wir sind sehr spät in diese Entwicklung eingestiegen. Schweden hat 1983, als die Informationstechnologie gerade im Kommen war, damit begonnen und hat vor drei Jahren die elektronische Rezeptur eingeführt, und zwar mit derzeit 80 Prozent Beteiligung. Man muss auch darauf schauen, wie sich die Situation dort, wo es bereits praktiziert wird, darstellt.

Der Unterschied zu uns ist der bei uns sehr hohe Anspruch an den Datenschutz. Der Datenschutz erfordert bei uns die elektronische Gesundheitskarte mit diesem Schlüssel. Man muss sagen, was man will und was man nicht will. Die Gesundheitskarte als Werkzeug ist sicher gut, aber wenn das Projekt als solches in die falsche Richtung ginge, würden wir das zu verhindern wissen.

Deshalb bitte ich Sie: Geben Sie uns die Chance, lehnen Sie die Anträge 35 und 97 ab, weil dadurch tatsächlich ein Cut erfolgte, und unterstützen Sie unseren Vorstandsantrag. Alle anderen Anträge sind als Ergänzung sehr wertvoll. Unterstützen Sie vor allem den Antrag 110 von Herrn Scholz, dass wir diese Thematik auf dem nächsten Deutschen Ärztetag nicht unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ behandeln, sondern als eigenen zentralen Tagesordnungspunkt. Bitte geben Sie uns diese Chance.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

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

Dann treten wir in die Abstimmung ein. Als Vorstand haben wir nach der Satzung sowieso das Recht, die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages zu bestimmen. Die Beschlüsse, die der Deutsche Ärztetag bereits getroffen hat, sind natürlich besonders wertvoll, weil wir daran erkennen können, wo die Prioritäten liegen. Auf früheren Ärztetagen wurden bereits so viele Tagesordnungspunkte beschlossen, die abgehandelt werden sollen, dass wir den nächstjährigen Ärztetag in Ulm um mindestens einen Tag verlängern müssten, um das alles abzuarbeiten. Insofern müssen wir doch wieder Prioritäten setzen. Aber dieses Thema ist bestimmt besonders relevant; daran gibt es überhaupt keinen Zweifel.

Ich glaube, über den **Antrag V-2** können wir jetzt abstimmen, weil es sich da um den elektronischen Arztausweis handelt, nicht um die elektronische Gesundheitskarte. Dazu liegt kein Änderungsantrag und auch kein Geschäftsordnungsantrag vor. Deswegen frage ich: Wer stimmt dem Antrag V-2 zu, der sich mit dem elektronischen Arztausweis beschäftigt? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Dann gibt es die beiden von Herrn Bartmann bereits erwähnten Anträge sowie den Antrag 65 von Frau Haus und Herrn Stagge aus Nordrhein:

> *Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der Gesundheitskarte in der derzeit geplanten Form ab. Er fordert die Politik auf, das Projekt unter Beachtung der Bedingungen der Ärzteschaft völlig neu zu konzipieren.*

Ich meine, dieser Antrag gehört in dieselbe Gruppe wie die Anträge 35 und 97, also keine generelle Ablehnung, aber doch eine sehr weitgehende Neuorientierung bei der Beschäftigung mit dieser Karte.

Der weitestgehende Antrag ist der Antrag von Herrn Kahlke, auch in der veränderten Form. Da möchte ich Sie darauf aufmerksam machen – das hat Herr Kahlke hier ausgeführt und jetzt auch schriftlich vorgelegt –, dass der letzte Satz folgendermaßen lauten soll.

(Zuruf)

– Das ist der Antrag 35. Das ist soeben handschriftlich hier angekommen. So schnell geht das Umdrucken ja auch nicht. Das ist die Elektronik, wissen Sie.

(Heiterkeit)

Deswegen müssen wir gelegentlich die Augen benutzen.

Der letzte Absatz soll folgendermaßen lauten:

> *Im Interesse … lehnt der 110. Deutsche Ärztetag die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgestellten Form ab und fordert die Einrichtung eines TOP auf dem 111. DÄT, um die Einflüsse der Telematik auf unsere ärztliche Berufstätigkeit zu behandeln.*

Das ist der Antrag, der in dieser Form vom Antragsteller verändert worden ist, weshalb wir über die Änderung nicht abstimmen müssen. Der Antrag ist also in diesem Sinne verändert worden.

Zunächst stimmen wir über die Anträge auf Vorstandsüberweisung zu den Anträgen 35, 97 und 65 ab. Dann gibt es den Antrag, wenn das geschieht, das auf jeden Fall auszuzählen. Das können wir gern tun.

Wer möchte den **Antrag V-35** in der geänderten Fassung an den Vorstand überweisen? Bitte zählen. – Wer möchte nicht überweisen? – Enthaltungen? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist nicht an den Vorstand überwiesen, weil 137 dagegen und nur 71 dafür waren. Damit stimmen wir über den Antrag inhaltlich ab. Wer möchte den Antrag 35 annehmen? Wir zählen wieder aus. – Wer ist gegen den Antrag 35? Wer findet ihn nicht so gut, dass man ihm zustimmen sollte? – Gibt es Enthaltungen? – Einige. Dann ist der Antrag mit 111 : 94 **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Beifall)

Ich frage Herrn Dr. Schneider aus dem Saarland, ob er seinen **Antrag V-97** nach wie vor abgestimmt haben möchte oder ob er nicht der Meinung ist, dass sich der Antragsinhalt in dem Antrag von Herrn Kahlke, den wir gerade angenommen haben, wiederfindet.

(Zuruf: Erledigt!)

– **Erledigt.**

Ich frage auch Frau Haus und Herrn Stagge: Sind auch Sie mit der Abstimmung über den Antrag 35 so zufrieden, dass damit der **Antrag V-65** erledigt ist?

(Zuruf)

– Es soll abgestimmt werden. Gut. Dann stelle ich den Antrag 65 zur Abstimmung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der Gesundheitskarte in der derzeit geplanten Form ab. Er fordert die Politik auf, das Projekt unter Beachtung der Bedingungen der Ärzteschaft völlig neu zu konzipieren.

(Zuruf)

– Ein Geschäftsordnungsantrag. Bitte schön.

Dr. Keller, Berlin: Antrag 35 ist eindeutig. Das ist das, was in der Presse stehen wird und in der Presse stehen soll. Ich möchte das nicht verwässert haben. Wenn die Antragsteller ihren Antrag nicht zurückziehen wollen, verstehe ich das natürlich. Aber ich als Abstimmende möchte gern eine klare Situation.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Was bedeutet das denn? Stellen Sie den Antrag auf Nichtbefassung im Sinne einer Abstimmung?

Dr. Keller, Berlin: Das hatte ich anfangs wohl zu leise gesagt: Ich stelle den Antrag auf Nichtbefassung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Jetzt ist es klar. Möchte jemand dagegensprechen? – Bitte schön, Frau Haus, Sie möchten dagegensprechen.

Haus, Nordrhein: Wenn wir den Antrag 65 annehmen, würden wir die derzeitige Form der elektronischen Gesundheitskarte zwar ablehnen, aber auch signalisieren, dass wir uns eine andere Konzeption vorstellen können. Ich finde die Ablehnung genauso eindeutig wie beim Antrag 35. Ich meine aber, mit der Annahme des Antrags 65 kämen das Mitdenken und die Zukunftsorientierung besser zum Ausdruck.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Dann frage ich jetzt: Wer möchte sich mit dem Antrag 65 abstimmungsmäßig nicht befassen? – Wer möchte sich mit dem Antrag befassen? – Das ist die Mehrheit. Ich frage: Wer möchte dem Antrag 65 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wir müssen noch

einmal zählen. Ich frage nochmals: Wer möchte dem Antrag 65 inhaltlich zustimmen? – Wer ist gegen die Annahme des Antrags 65? – Enthaltungen? – Dann ist der Antrag mit 118 : 76 Stimmen **angenommen.**

Damit sind alle Anträge außer den Anträgen 81, 110 und 112 nicht mehr abzustimmen, weil sie durch die Annahme der Anträge 35 und 65 praktisch obsolet geworden sind.

Dann rufe ich den **Antrag V-81** auf. Frau Groß hat den Antrag begründet. Wer möchte dem Antrag 81 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist eindeutig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-110:**

> *Die Bundesärztekammer soll auf dem kommenden Deutschen Ärztetag einen eigenen Tagesordnungspunkt zum Thema benennen: „Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Arzt-Patient-Verhältnis“.*

Das ist eine Ausweitung des Themas auf die Interaktion Patient-Arzt. Es geht also nicht um das rein Formelle, sondern auch um das, was Frau Groß in ihrer Magisterarbeit ausgearbeitet hat. Diese Arbeit ist lesenswert; ich möchte sie Ihnen empfehlen.

(Zuruf)

– Es gibt den Antrag auf Überweisung an den Vorstand. Wer möchte den Antrag 110 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag an den Vorstand überwiesen.

(Zuruf)

– Nein? Dann frage ich noch einmal: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Er ist nicht überwiesen. Ich frage also: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-112.** Haben Sie den Antrag vorliegen? Herr Dreyer hat dargestellt, dass er gern möchte, dass alle Systeme verwendbar sind und nicht ein System bevorzugt wird. Wir wollen ja eine Gesundheitskarte, allerdings unter uns genehmen Bedingungen. Dafür brauchen wir die Maschinen. Es sollen alle Maschinen verwendbar sein, nicht nur eine bestimmte Sorte, damit nicht nur eine Firma gefördert wird.

(Beifall – Zuruf)

– Herr Pickerodt möchte den Antrag an den Vorstand überweisen. Dieser Geschäftsordnungsantrag geht vor. Wer möchte überweisen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 112 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag klar **angenommen.**

Damit ist dieser Teil des Tagesordnungspunkts V abgeschlossen.

Frau Groß hat ums Wort gebeten. Möchten Sie eine persönliche Erklärung abgeben? – Bitte schön, eine persönliche Erklärung.

Dr. Groß M. A., Nordrhein: Eine persönliche Erklärung. Es geht mir noch einmal um die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung, wo wir nun keinen Einfluss mehr auf den Beschluss haben. Ich bitte die Bundesärztekammer – das ist mir wichtig –, auch ohne Beschluss darauf hinzuwirken, dass es nicht passiert, dass eine Kommission der Ärzteschaft sozusagen vorarbeitet, auch wenn wir jetzt die elektronische Gesundheitskarte erst einmal abgelehnt haben. Passen Sie bitte auf. Darum bitte ich den Vorstand der Bundesärztekammer ganz herzlich.

Danke schön.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank.

Bevor wir weitermachen, gibt es ein angenehmes Intermezzo. Der Präsident unserer gastgebenden Kammer möchte eine Herzensangelegenheit von ihm und der Kammer Westfalen-Lippe realisieren. Dazu unterbrechen wir die Beratungen des Tagesordnungspunkts V. Herr Windhorst möchte einen Gast begrüßen. Bitte schön.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich darf Ihnen Frau Wiengarten vorstellen. Sie ist die Schatzmeisterin des Vereins „Herzenswünsche“, der sich um schwer kranke Kinder kümmert, für den ich geworben habe und für den Sie gespendet haben. Ich darf mich ganz herzlich für die Spenden bedanken. Ich bedanke mich auch herzlich für die Leichtigkeit und die Großzügigkeit, mit der Sie sich zu dieser Spende entschlossen haben. Ich darf an diesen Verein einen Scheck in Höhe von 4 600 Euro überreichen. Ganz herzlichen Dank!

(Beifall)

Sie haben den zu Beginn dieses Ärztetages bereits erwähnten Herzenswunsch möglich gemacht. Darüber hinaus ist auch noch etwas übrig geblieben. Frau Wiengarten wird kurz dazu Stellung nehmen.

Wiengarten: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin total überrascht, einen Scheck über diese große Summe heute in Empfang nehmen zu dürfen. Ganz herzlichen Dank für Ihr Engagement, für Ihre Spenden! Diese Summe geht an einen kleinen Jungen, der zehn Jahre alt ist, der im letzten Jahr an Krebs erkrankte und mittlerweile Gott sei Dank in Langzeittherapie ist. Wir wollen mit ihm ins Legoland fahren. Sein größter Wunsch ist es, einmal in die Produktion zu schauen. Er möchte gern Legokonstrukteur werden. Mit diesem Herzenswunsch haben wir ihn das ganze Jahr über bei Besuchen in Kliniken begleitet und haben ihm damit immer wieder Mut gemacht. Wir sind froh, dass wir nun Anfang September mit ihm nach Dänemark fahren können.

Die Spende ist so groß, dass wir auch noch anderen Kindern Herzenswünsche erfüllen können. Unser Verein ist bundesweit tätig. Wir haben zurzeit 248 versprochene Wünsche, die wir noch erfüllen müssen. Ich denke, mit Ihrer Hilfe geht der eine oder andere Wunsch auch noch in Erfüllung. Dafür danke ich Ihnen ganz herzlich im Namen des „Herzenswünsche“-Teams.

(Beifall)

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Noch einmal Dank an Sie und an alle, die mitgeholfen haben, die Spenden zu sammeln. Dank auch an die Bundesärztekammer, die die Aktion logistisch unterstützt hat.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, auch dem Präsidenten der Landesärztekammer Westfalen-Lippe und seinem Team für die Möglichkeit, die wir natürlich voll unterstützt haben.

Jetzt gibt es einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Dr. Schimanke. Bitte.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vor uns liegen noch eine Vielzahl von Anträgen, die alle wichtige Anliegen behandeln. Es wäre sehr schade, wenn sie, wie ich es schon erlebt habe, alle en bloc an den Vorstand überwiesen würden. Noch

schlimmer wäre es, wenn sie wegen nicht mehr vorhandener Beschlussfähigkeit nicht mehr behandelt werden können.

Ich schlage daher vor, dass wir für die weiteren Themenkomplexe das Verfahren praktizieren, dass einer dafür spricht, einer dagegen und danach die Abstimmung erfolgt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Auf vergangenen Ärztetagen haben wir es so gemacht, dass wir den Antrag aufgerufen und dann gefragt haben, ob jemand gegen den Antrag sprechen will. Wenn es niemanden gab, der gegen den Antrag sprechen wollte, haben wir die Abstimmung durchgeführt. Sprach jemand dagegen, hatte der Antragsteller oder jemand, der ihn vertritt, das Recht, den Antrag zu verteidigen.

Wenn Sie einverstanden sind, stimmen wir zunächst darüber ab, ob diese Methode praktiziert werden soll. Anderenfalls erfolgen bei jedem Antrag Rede und Gegenrede. Das braucht etwas mehr Zeit. Wer ist dafür, dass wir bei jedem Antrag fragen, ob jemand gegen den Antrag sprechen will, und dass wir, wenn das nicht der Fall ist, sofort abstimmen? – Wer ist dagegen? – Ich glaube, das ist klar die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann praktizieren wir dieses Verfahren.

Diejenigen, die schon eine Wortmeldung abgegeben haben, mögen sich schnell nach hier vorn begeben, wenn der entsprechende Antrag aufgerufen wird.

Wir kommen zum **Antrag V-5.** Gibt es eine Gegenrede? – Keine. Wer nimmt den Antrag 5 an? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag 5 **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-18** mit dem Titel „Kliniken sind keine Warenhäuser“. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 18 zu? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Auch dieser Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-32.** Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Bitte.

Prof. Dr. Paravicini, Westfalen-Lippe: Der Antrag von Herrn Henke und anderen enthält einige inhaltliche Fehler, auf die ich hier hinweisen möchte. Es wird eine ordnungsgemäße Eingruppierung insbesondere der Oberärztinnen und Oberärzte gefordert, die auch von meiner Seite – insofern ist die Schnittstelle zwi-

schen den Antragstellern und mir sehr groß – nachhaltig unterstützt wird. Aus Arbeitgebersicht allerdings ist diese Eingruppierung leider korrekt, da das Tarifwerk unbefriedigend verhandelt wurde.

(Widerspruch)

Es müssen medizinische Verantwortungen in Teilbereichen vom Krankenhausträger ausdrücklich übertragen worden sein. Dieses „vom Krankenhausträger“ und „ausdrücklich übertragen worden sein“ fehlt leider auch in dem Antrag. Insofern kann derzeit gar nicht anders vorgegangen werden, als vorgegangen wird,

(Zurufe)

wobei ich sagen möchte, dass auch ich vehement dafür eintrete, dass die Oberärzte durchgängig in Tarifgruppe 3 eingestuft werden.

Die Sache auf die Weiterbildung abzuwälzen, ist problematisch, da die Weiterbildung Sache des Leitenden Arztes ist. Diesem ist sie nach Weiterbildungsrecht zuerkannt. Selbstverständlich wird Weiterbildung von allen Oberärztinnen und Oberärzten in den Kliniken durchgeführt. Das unterstütze ich auch nachhaltig.

Der Antrag ist in dieser Form mit dem Weiterbildungsrecht nicht vereinbar. Deshalb bitte ich darum, ihm nicht zuzustimmen bzw. ihn zu ändern.

Danke schön.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Die Gegenrede ist erfolgt. Jetzt wird Herr Henke den Antrag verteidigen. Bitte.

Henke, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Ich bin meinem Vorredner ausgesprochen dankbar dafür, dass er diese Gegenargumentation hier vorgetragen hat, weil das in der Tat die Gegenargumentation ist, die beispielsweise von einem Teil der Krankenhäuser so vertreten wird, auch von den Arbeitgebern, die so handeln, leider auch – das ist ja unser Problem; deshalb auch die Behandlung dieses Antrags – vom Verband der Leitenden Krankenhausärzte, wie es von seinem Vorsitzenden im Verbandsblatt, der Krankenhaus-Umschau, publiziert worden ist.

Wie ist die tatsächliche Lage? Die tatsächliche Lage in den Tarifverhandlungen war so: Die Arbeitgeberseite hat gesagt: Für uns ist es das Ziel, dass Oberarzt nur jemand ist, der nach Abschluss der Tarifverträge ausdrücklich durch eine dann erfolgende Trägerentscheidung mit dem Etikett „Oberarzt“ versehen wird. Das war die Ursprungsargumentation der Arbeitgeber in den Tarifverhandlungen. Das ist die Position, die eben dargestellt wurde.

Die Position des Marburger Bunds in den Tarifverhandlungen war: Für uns ist – neben vielen anderen Eigenschaften – Oberarzt jeder, der Aufsicht über andere Kolleginnen und Kollegen hat und andere Kolleginnen und Kollegen anleitet.

Über diese weit auseinanderklaffenden Positionen gab es keinen Konsens. Der Konsens ist im Vertragstext als Kompromiss dargestellt worden. Er knüpft an die ärztlichen Funktionen an. Nun muss man wissen, dass jede ärztliche Funktion, die rechtmäßig in einem Krankenhaus ausgeübt wird, natürlich immer ausdrücklich vom Arbeitgeber übertragen werden muss. Nur: Wie der Arbeitgeber sie überträgt, das ist ein Verfahren, das auch durch stillschweigende Duldung der Erfüllung dieser Aufgaben geschehen kann.

Wahr ist eines: Wenn die Chefärzte in den vergangenen Jahrzehnten klugerweise immer ihre Träger eingebunden hätten, wenn sie gesagt haben „Du bist ab jetzt Oberarzt“, dann hätten wir das ganze Problem nicht. Der Tarif ist eindeutig so, dass es auf die medizinische Verantwortung in Teilbereichen ankommt. Die Übertragung muss tatsächlich erfolgt sein. Wenn sie tatsächlich erfolgt ist, dann muss sich das der Arbeitgeber zurechnen lassen und kann nicht durch eine Verweigerung der schriftlichen Erklärung diese tarifliche Eingruppierung umgehen.

Deswegen bitte ich Sie sehr herzlich, der Argumentation meines Vorredners dadurch zu widersprechen, dass Sie diesem Antrag zustimmen.

Schönen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag 32.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag nicht an den Vorstand überwiesen. Wir stimmen inhaltlich über ihn ab. Wer möchte dem Antrag 32 zustimmen? – Wer ist dage-

gen? – Das Erste war die eindeutige Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

(Beifall)

Bevor wir über den Antrag 59 abstimmen können, müssen wir über den **Antrag V-59 a,** den Änderungsantrag, abstimmen. Von Herrn Köhne aus Nordrhein wird beantragt, in der zweiten Zeile die Worte „wieder mehr“ zu streichen, sodass der Text des Antrags 59 dann lautet:

> *Der Patient und die medizinische Qualität der Behandlung müssen auch nach der DRG-Reform trotz aller betriebswirtschaftlichen Erwägungen im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit stehen.*

Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir über den Änderungsantrag ab. Wer möchte die beiden Worte „wieder mehr“ streichen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Damit ist der Änderungsantrag **angenommen.**

Wir stimmen jetzt über den **Antrag V-59** in der geänderten Fassung ab. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer möchte gegen den Antrag stimmen? – Enthaltungen? – Der Antrag ist klar **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag V-88** von Herrn Professor Knichwitz:

> *Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, verbindliche Regelungen zu schaffen, die zusätzliche finanzielle Mittel für die ärztliche Fort- und Weiterbildung freistellen.*

Wer spricht dagegen? – Niemand. Dann stimmen wir ab. Wer ist für den Antrag 88? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Damit ist der Komplex „Krankenhaus“ abgeschlossen. Wir kommen zu den Anträgen „Prävention“; das sind die Anträge 6 und 7. Sie stammen beide vom Vorstand der Bundesärztekammer. Wir behandeln zunächst den **Antrag V-6.** Gibt es hier den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 6 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-7.** Wird eine Gegenrede gewünscht? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist auch dieser Antrag einstimmig **angenommen.** Das ist sehr wichtig. Vielen Dank.

Nun kommen wir zum Themenkomplex „PKV“. Das betrifft den **Antrag V-8** vom Vorstand. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nein. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen damit zum Themenbereich „GOÄ“ mit den Anträgen 9 und 17. Ich rufe zunächst den **Antrag V-9** auf. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Einer. Wer enthält sich? – Der Antrag ist fast einstimmig **angenommen,** aber nicht ganz.

Wir kommen zum **Antrag V-17** von Herrn Lutz aus Bayern. Wer möchte dagegensprechen? – Niemand. Wer stimmt dem Antrag 17 von Herrn Lutz zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen und eine Gegenstimme. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Thema „Vergütung“: Das sind die Anträge 25, 113, 41, 49 und 66. Ich rufe zunächst den **Antrag V-25** auf.

(Zuruf)

– Herr Köhne zur Geschäftsordnung.

Dr. Köhne, Nordrhein: Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrter Deutscher Ärztetag! Ich möchte Sie bitten, sich mit diesem Antrag nicht zu befassen. Hier werden sehr detaillierte Tarifforderungen aufgestellt, die zum Teil vielleicht fragwürdig sind. Ob man wirklich jeden Arzt am Institut als Oberarzt einordnen soll, ist eine sehr komplexe Frage, die wir den Gremien überlassen sollten, deren Aufgabe das hauptsächlich ist. Deshalb sollten wir uns damit nicht detailliert befassen. Wir sollten die Nichtbefassung beschließen.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Der Antragsteller ist Herr Professor Schulze, der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Er wird den Antrag verteidigen. Bitte.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben große Freude, dass mit Nachdruck, Verhandlungsgeschick und durch den Streik seitens des Marburger Bunds sehr viel erreicht wurde, nämlich die Tarifautonomie der Ärzte. Es gibt Gewinner, und es gibt ein paar Nachzügler und Verlierer.

Ich habe mir die Situation für drei Ärztegruppen angeschaut. Zunächst einmal ist festzustellen, dass der unselige Ostabschlag weiter im Raum ist. Das führt zu der Abwanderungsbewegung. Wir müssen ihn dringend abschaffen, damit ein Gleichklang der Vergütungsmodalitäten vorhanden ist. Anderenfalls wandern die Kolleginnen und Kollegen weiter ab.

Die Ärzte an den Hochschulen, die in den medizinischen Basisfächern die frühere Vorklinik bestritten haben, werden jedenfalls in Sachsen – ich höre, das ist auch in anderen Ländern der Fall – nach TV-L bezahlt, im Gegensatz zu den rein klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die nach dem TV-A bezahlt werden. Erstere verdienen bis zu 1 000 Euro weniger. Das führt zu einer weiteren Ausdünnung der Kollegenschaft in den medizinischen Basisfächern, die bekanntermaßen für Lehre und Forschung zuständig sind.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in einem beklagenswerten personellen Zustand. Er blutet aus, weil die Kollegen in diesem Bereich wie Verwaltungsangestellte bezahlt werden. Es ist auch dort ein Exodus bzw. kein Nachwuchs vorhanden.

Es gibt also noch viel zu tun. Wir müssen nachdrücklich bei Bund, Ländern und Kommunen und bei den Hochschulen daran arbeiten. Ich denke, das ist eine spezifische Aufgabe der Ärztekammern. Wir können nicht sagen, wir lassen das einfach den Marburger Bund machen. Die Kammern haben den Auftrag, sich um diese Kollegen zu kümmern, natürlich in einem engen Schulterschluss mit dem Marburger Bund.

(Beifall)

Ich habe das mit Herrn Montgomery abgestimmt. Ich glaube, das sind legitime Verpflichtungen der Ärztekammern, sich um die Kollegenschaft zu kümmern. Wir haben Freude über das Erreichte, aber es ist noch eine Menge zu tun. Der Medizinbetrieb in Klinik und Praxis blutet weiter aus, wenn wir uns nicht dieser Probleme bei den wichtigsten Gruppierungen, die ich gerade genannt habe, annehmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Jan Schulze. – Wir stimmen zunächst über den Antrag von Herrn Köhne ab, sich mit dem Antrag 25 abstimmungsmäßig nicht zu befassen. Wer möchte diesem Geschäftsordnungsantrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag abgelehnt. Wir beschäftigen uns also mit dem Antrag und stimmen

über ihn ab. Wer möchte dem Antrag 25 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-113.** Haben Sie den Antrag auf Ihren Plätzen? – Gut. Dann brauche ich ihn nicht vorzulesen. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 113 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-41.** Gibt es eine Gegenrede zu dem Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 41 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag bei einzelnen Gegenstimmen klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-49** von Vizepräsidentin Goesmann betreffend die MFAs, wie sie heute heißen. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer möchte nicht zustimmen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Dann ist der Antrag bei einer Gegenstimme und einigen Enthaltungen **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-66** von Herrn Bodendieck aus Sachsen. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 66 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Niemand. Enthält sich jemand? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Themenkomplex „gesetzliche Krankenversicherung". Das betrifft die Anträge 20, 24, 37, 44, 84 (neu) und 93.

Ich rufe zunächst den **Antrag V-20** auf. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-24** von Frau Professor Braun. Er betrifft dasselbe Thema. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag bei einigen Enthaltungen ohne Gegenstimmen **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-37** von Herrn Dr. Pilz.

(Zuruf)

– Es ist Überweisung des Antrags an den Vorstand beantragt. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 37 an den Vorstand der Bundesärztekammer überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-44.** Es geht um Kassenanfragen zum Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Nein. Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war klar die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-84 (neu)** auf. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 84 (neu) zu? – Ist jemand dagegen? – Einzelne Gegenstimmen. Enthält sich jemand? – Einzelne Enthaltungen. Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Schließlich kommen wir zum **Antrag V-93.** Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen damit zu dem Themenkomplex „persönliche Leistungserbringung“ mit den Anträgen 10, 55, 72 und 101.

Wir kommen zunächst zum **Antrag V-10** vom Vorstand. Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

(Beifall)

Damit kommen wir zum **Antrag V-55.** Frau Dr. Goesmann möchte gegen den Antrag sprechen. Bitte.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich spreche insofern dagegen, als bereits geschieht, was in dem Antrag gefordert wird. Sowohl die Rechtsabteilung von KBV und Bundesärztekammer als auch die Fachberufegremien sind dabei, genau das zu überarbeiten: Was sind delegierbare Leistungen? Wie werden sie abgegrenzt? Wie können wir sie an verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen zur Durchführung weitergeben? Das ist in Arbeit und soll auf dem nächsten Deutschen Ärztetag vorgelegt werden. Insofern können Sie das gern an den Vorstand überweisen. Aber es ist auch schon in Arbeit.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Herr Bodendieck verteidigt seinen Antrag. Bitte.

Bodendieck, Sachsen: Sehr geehrte Frau Dr. Goesmann, das ist sehr schön; davon wissen wir. Es geht mir ganz einfach darum, dass das schnellstmöglich diskutiert wird. Es sind eminente Verständigungsschwierigkeiten aufgetreten.

Wir brauchen schnellstmöglich eine Stellungnahme in Überarbeitung der Stellungnahme aus 1988. Wir sind dankbar dafür, dass Sie daran bereits arbeiten, aber es muss schnellstmöglich passieren.

(Vizepräsidentin Goesmann: Wann denn? Morgen?)

– „Schnellstmöglich“ heißt: nicht in einem Jahr.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist ein sogenannter Turboantrag.

(Heiterkeit)

Einer hat dafür, einer hat dagegengesprochen. Wer stimmt dem Antrag 55 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.** Wenn wir den Antrag an den Vorstand überwiesen hätten, hätten wir uns im Vorstand damit beschäftigen müssen, ob wir den Turbo selber einschalten. Jetzt ist er schon an.

Wir kommen zum **Antrag V-72.** Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Einen Geschäftsordnungsantrag höre ich auch nicht. Wer ist für den Antrag 72? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-101.** Gibt es dazu eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 101 zustimmen? – Wer ist nicht dafür, dass wir annehmen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar ohne Gegenstimmen **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum Thema „Qualitätssicherung“. Das betrifft den **Antrag V-13** vom Vorstand. Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand. Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

Wir kommen jetzt zu dem Kapitel „Ausbildung zum Arzt“. Das betrifft die Anträge 21, 23, 28, 30, 69, 80, 86, 98 und 109.

Ich rufe zunächst den **Antrag V-21** auf. Es geht um die Umsetzung der Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages zur Vergütung im Praktischen Jahr. Es gibt eine Diskussion über die Frage, ob der Ausdruck „Vergütung“ richtig ist. Es handelt sich formal eigentlich um eine Ausbildungsbeihilfe. Eine Vergütung wäre eine Vergütung von geleisteter Arbeit. Das ist beim Studentenstatus rechtlich manchmal ein bisschen schwierig. Deshalb wäre der Ausdruck „Ausbildungsbeihilfe“ günstiger.

(Zuruf)

– Ist es akzeptiert? – Gut. Dann schreiben wir statt „Vergütung“ „Ausbildungsbeihilfe“. Vielen Dank, dass Sie dazu bereit sind. Dann haben wir keine Probleme mit dem studentischen Status.

Möchte jemand gegen den Antrag 21 sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 21 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **in der geänderten Fassung angenommen.**

(Vereinzelt Beifall)

Wir kommen nun zum **Antrag V-23.** Wer spricht dagegen? – Keine Wortmeldung. Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Einzelne Gegenstimmen, aber klar **angenommen.**

Beim **Antrag V-28** geht es um die Förderung der Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten. Das ist ein Thema seit den frühen 70er-Jahren. Es geht langsam vorwärts. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 28 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Der **Antrag V-30** betrifft eine höhere Flexibilität im Praktischen Jahr. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 30 zu? – Ist jemand dagegen? – Wer enthält sich? – Einige Enthaltungen. Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-69** von Herrn Lindhorst aus Hessen. Auch dort kommt der Begriff „Vergütung“ vor. Sind Sie stattdessen mit dem Begriff „Ausbildungsbeihilfe“ einverstanden? – Gut. Möchte jemand gegen den Antrag das Wort ergreifen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-80** auf.

(Zuruf: Vorstandsüberweisung! – Widerspruch)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Gibt es eine Gegenrede? – Bitte schön, Herr Kollege Merchel aus Westfalen-Lippe.

Merchel, Westfalen-Lippe: Wir haben viel zur Förderung der Allgemeinmedizin beschlossen; das ist auch in Ordnung. Wir haben im Praktischen Jahr drei Teile und haben eben gesagt: Es muss flexibilisiert sein. Die meisten machen heute ihr Praktisches Jahr im Ausland. Wenn man vier Teile schafft, wird das Ganze unhandlich. Ich denke, das ist nicht notwendig.

(Beifall)

Die Studenten sind im Kurs für Allgemeinmedizin in den Praxen tätig. Die Studenten kennen die Praxis also. Wir müssen das nicht komplizierter als nötig machen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Frau Goesmann verteidigt den Antrag.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich möchte für den Antrag sprechen, weil er aus der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin stammt.

(Zurufe)

– Ich musste ihn hier ja einbringen. Wenn die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin diesen Wunsch an den Ärztetag herantragen will, ist es meine Aufgabe als Vorsitzende, den Antrag hier einzubringen. Das ist aber nicht von uns ausgedacht, sondern die Idee, das Praktische Jahr zu vierteln und einen Pflichtteil in Allgemeinmedizin einzuführen, stammt von einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die im letzten Jahr ein dickes Papier zur Förderung der Allgemeinmedizin in Deutschland erarbeitet hat.

Eine Idee, wie man am besten hausärztlichen Nachwuchs gewinnen könnte, war, dass man sagt: Wenn man einen Pflichtanteil Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr schafft, dann werden die Studierenden sehr früh pflichtgemäß und in längerer Zeit an die hausärztliche Medizin herangeführt und können das in aller Breite kennenlernen. Dann gewinnt man vielleicht mehr Nachwuchs.

Insofern greifen wir eine Idee des Gesetzgebers auf und wollen sie unterstützen, damit die Approbationsordnung endlich umgesetzt wird und es dort hineinkommt. Das ist also schon lange angedacht. Wir möchten das als Akademie unterstützt haben.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Im Vorstand zuständig für die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin und für Hochschulfragen ist Herr Professor Schulze. In dieser Funktion darf ich ihm das Wort geben.

Prof. Dr. habil. Schulze, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte den Antrag von Frau Goesmann und Herrn Kaplan nachdrücklich unterstützen. Er vollzieht eigentlich nur einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von

2005/2006 zur Stärkung der Allgemeinmedizin. Wie Sie alle wissen, ist an den Hochschulen die Allgemeinmedizin immer noch in einem Aschenbrödeldasein. Es gibt nur wenige dieser Lehrstühle. Es gibt viele Bemühungen mit akademischen Lehrpraxen und Lehrkrankenhäusern, die diese Ausbildung tradiert realisieren. Wir sollten diesen Antrag hier beschließen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Es ist die Überweisung des Antrags an den Vorstand beantragt worden. Ich frage jetzt: Wer möchte den Antrag 80 an den Vorstand überweisen? – Wer ist gegen die Überweisung? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist nicht überwiesen. Wir stimmen materiell über diesen Antrag ab. Wer ist für den Antrag 80? – Wer ist dagegen? – Das müssen wir zählen. Das ist unklar. Ich frage also noch einmal: Wer möchte dem Antrag 80 zustimmen? – Wer möchte den Antrag ablehnen? – Jetzt bitte noch die Enthaltungen. – Es konnten sich nur 75 für den Antrag erwärmen, 105 haben das nicht getan.

(Beifall)

Daraus schließe ich, dass der Antrag **abgelehnt** worden ist. Wir gucken mal weiter.

Wir kommen zum **Antrag V-86** von Herrn Stagge und Herrn Professor Bertram aus der Ärztekammer Nordrhein. Es geht um den Bologna-Prozess. Gibt es eine Wortmeldung gegen diesen Antrag? – Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 86 zu? – Ist jemand dagegen? – Zwei Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-98** von Frau Frei aus Westfalen-Lippe. Es geht um das Studium während der Wartesemester für ein Medizinstudium. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 98 zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-109.** Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 109 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Bei zwei Gegenstimmen klar **angenommen.**

Wir kommen zum nächsten Komplex, der Weiterbildung. Hier geht es um die Anträge 46, 64, 47, 50, 60, 63, 73, 74, 75, 76 (neu), 77, 79, 45 und 100.

Unser Rechtssachverständiger Herr Dr. Nösser macht mich darauf aufmerksam: Wenn der Antrag 46 angenommen würde, wäre der Antrag 64 de facto mit angenommen, weil er darin schon untergebracht ist.

Ich rufe zunächst einmal den **Antrag V-46** auf.

(Zuruf)

– Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Trotzdem frage ich nach dem Wunsch nach einer Gegenrede. – Bitte, Herr Jonitz.

Dr. Jonitz, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich bin gegen die Vorstandsüberweisung und für die Annahme dieses Antrags. Das Thema Weiterbildung ist eine Kernaufgabe der Kammern. Es ist ein Kernthema der Glaubwürdigkeit der Kammern gegenüber den Mitgliedern. Die Mitglieder haben einen Anspruch darauf, dass wir schauen, was bei der Weiterbildung herauskommt. Zahlreiche Kammern beweisen, dass das personell und technisch machbar ist.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Möchte jemand für den Antrag sprechen?

N. N.: Ich möchte gegen den Antrag sprechen. Man kann gar nicht gegen das sein, was der Antrag will. Aber man sollte dagegen sein, wie es geschehen soll. Es wird erklärt, dass einige Landesärztekammern bereits mit der Evaluierung begonnen haben. Ich glaube, wir sollten diese zarten Pflänzchen nicht dadurch stören, dass wir zentralistisch irgendetwas überstülpen, sondern wir sollten diese Pflänzchen erst einmal wachsen lassen und schauen, was aus ihnen wird. Wen es interessiert: Ich habe hier etwas vorbereitet. Ich meine, wir sollten in einen Ideenwettbewerb eintreten. Jede Kammer hat eine eigene Infrastruktur und eigene Ressourcen. Jede Landesärztekammer sollte für sich versuchen, das Problem zu regeln. Wenn wir in zwei Jahren sehen, dass es verschiedene Modelle gibt, die sich bewährt haben, dann können wir es zusammentragen. Dafür ist, so meine ich, jetzt der falsche Zeitpunkt.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Dann warten wir, bis sich die Pflänzchen so entwickelt haben, dass man die Früchte sehen kann. Wir haben jetzt verstanden, um was es geht. Es geht zunächst einmal um die Überweisung an den Vorstand. Wer möchte den Antrag 46 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Beim **Antrag V-64** sind Sie sicher einverstanden, dass wir ihn auch gleich überweisen.

(Widerspruch)

– Herr Lindhorst meint, dass der Antrag etwas anderes beinhaltet. Dann frage ich zunächst einmal: Gibt es eine Gegenrede zum Antrag 64? – Herr Montgomery, bitte.

Vizepräsident Dr. Montgomery: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich verstehe den Wunsch des Antragstellers. Ich halte ihn im Kern für berechtigt. Wir tun so etwas bereits. Ich verstehe nur nicht von der deutschen Sprache her, was es bedeutet, eine Evaluation der Qualität der Weiterbildung „vorzumerken“ und die Ergebnisse zu veröffentlichen. Was ich vorgemerkt habe, hat noch keine Ergebnisse und kann logischerweise auch nicht veröffentlicht werden. Entweder muss das Wort ausgetauscht werden oder man muss darauf hinweisen, dass die Ärztekammern Hamburg und Bremen die Weiterbildung bereits nach einem Schweizer Modell evaluiert haben, dass sie dies extern in der Schweiz haben durchführen lassen und in vier Wochen die Fortbildungsbeauftragten aller Landesärztekammern nach Berlin einladen werden, damit ihnen dort die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt werden können.

Ich glaube, Sie sind am besten beraten, wenn Sie den Antrag an den Vorstand überweisen. Das möchte ich beantragen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Dazu bitte Herr Lindhorst.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Lieber Monti, natürlich heißt es „vorzunehmen“ und nicht „vorzumerken“. Dem kann man ja ganz leicht abhelfen.

Ich finde es sehr positiv, dass die Ärztekammern Hamburg und Bremen dieses Thema angepackt haben – herzlichen Glückwunsch dazu! – und dass uns die Ergebnisse vorgestellt werden. Super, genau das müssen wir tun! Aber genau

deshalb, weil auch jede Kammer im Zweifelsfall ihren eigenen Weg gehen kann, wie wir gehört haben, müssen wir die Evaluation vornehmen. Wir müssen darüber reden. Jede Landesärztekammer sollte dazu aufgefordert werden, sich endlich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und tatsächlich zu überprüfen, ob die Anschuldigungen der Ärzteschaft gegen ihre Kammern stimmen oder nicht, dass die Qualität der Weiterbildung zurzeit verkommen ist. Ich denke, diesem Thema müssen wir uns stellen, weil es eine Kernaufgabe darstellt.

Vielen Dank.

(Beifall – Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist schon angekommen. – Wer ist für die Überweisung des Antrags 64 an den Vorstand? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die klare Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen** und wird dort sorgfältig weiter in die Arbeit einbezogen.

Wir kommen zum **Antrag V-47.** Gibt es hier eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 47 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Einzelne. Die Mehrheit war dafür. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-50** auf. Eine Stellungnahme durch Herrn Dr. Koch. Bitte schön.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Dieser Antrag fordert halbjährliche Gespräche im Rahmen der Weiterbildung und eine zeitnahe Meldung gegenüber den Landesärztekammern. Das wird damit begründet, dass die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung geforderten Gespräche nicht regelmäßig dokumentiert werden.

Meine Damen und Herren, wir haben in der (Muster-)Weiterbildungsordnung geschrieben, dass mindestens jährliche Gespräche vorgeschrieben sind. Wir haben Logbücher entwickelt, in welche diese Gespräche eingetragen werden können. Ich denke, man kann noch gar nicht exakt beurteilen, nachdem in den meisten Landesärztekammern die Weiterbildungsordnung erst anderthalb Jahre in Kraft ist, wie die Anwendung und Umsetzung aussieht. Jedenfalls jetzt schon eine Verschulung, einen neuen bürokratischen Aufwand zu entwickeln, halte ich nicht für gerechtfertigt. Ich darf Sie herzlich bitten, den Antrag in dieser Form abzulehnen. Der nächste Antrag fordert einen Abbau der Bürokratie. Wenn wir den Antrag 50 annähmen, wäre das ein glatter Widerspruch.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Vielleicht erlauben Sie mir folgende Ergänzung: Je mehr wir die Weiterbildung den Usancen des Studiums anpassen, desto stärker ist die Gefahr, dass die Weiterbildung so sehr integraler Bestandteil des Arztwerdens wird, dass die Approbation hinter die Weiterbildung verlegt wird. Das wollen wir doch auch nicht. Dies nur als kleine Nebenbemerkung.

(Beifall)

Ich frage, ob Herr Lipp den Antrag verteidigen möchte. – Bitte.

Dr. Lipp, Sachsen: Ich möchte nur eine Erklärung geben. Der Antrag kommt aus den Reihen der Weiterbildungsassistenten. Sie haben uns beauftragt, das hier einzubringen. Sie haben natürlich recht: Wenn wir nach anderthalb Jahren noch gar nicht evaluieren können, wie die Ergebnisse aussehen, sollten wir den Antrag zwei Jahre zurückstellen. Dann können wir sehen, ob es eventuell erforderlich wird.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Soll ich das so verstehen, dass Sie den Antrag auf diesem Ärztetag zurückziehen und auf dem 112. Deutschen Ärztetag damit erneut kommen?

(Dr. Lipp, Sachsen: Zurückziehen!)

– Danke schön. Dann ist der Antrag also **zurückgezogen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag V-60** hinsichtlich der Entbürokratisierung der ärztlichen Weiterbildung. Möchte jemand dagegensprechen? – Bitte, Herr Lindhorst.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Wir haben gerade von Herrn Lipp gehört, dass die Wahrnehmung draußen sich von der Wahrnehmung hier sehr unterscheidet. Aus der Sicht der Landesärztekammern und aus der Sicht vieler Weiterbildungsbefugter ist klar: Es ist ein bisschen mehr Bürokratie entstanden, wie ich behaupte, nicht viel mehr. Die Weiterzubildenden erkennen, dass ihnen die Inhalte der Weiterbildung in großem Umfang aus vielerlei Gründen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden. Wenn das tatsächlich so ist und der deutsche Facharzt unter dem Strich international nichts mehr wert ist – wer die europäischen Examina kennt, weiß, dass der deutsche Facharzt einen erheblichen Nachbesserungsbedarf speziell in den operativen Fächern hat –, muss man sich fragen,

ob der Ruf nach der völligen Entbürokratisierung an den richtigen Stellen erfolgt.

Ich persönlich muss sagen: Aus den Protesten der Ärzte an den Universitätskliniken und aus den Protesten der Fachgesellschaften wird klar, dass es draußen eine dramatische Entwicklung gibt. Wenn wir hier nicht mehr den Nerv haben, dem entgegenzutreten – ich sehe im Moment leider nichts anderes als Dokumentation –, dann schaffen wir uns selbst die Probleme der Zukunft. Wir sind dann nicht mehr nötig.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank, Herr Lindhorst. – Dazu bitte Herr Gadomski als Antragsteller.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Im Hinblick auf die Beweggründe für diesen Antrag möchte ich auf den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit verweisen, der auf dem 108. Deutschen Ärztetag in Berlin einstimmig verabschiedet wurde. Darin heißt es, dass eine nachhaltige Entbürokratisierung im Gesundheitswesen nicht beim Streichen oder dem Zusammenführen des einen oder anderen Formulars stehen bleiben kann, sondern eines grundsätzlichen Umdenkens in der Datenerhebung und Datenverwaltung im Gesundheitswesen bedarf. In dem Antrag wird darauf eingegangen, was notwendig ist, was allerdings notwendig, aber zu aufwendig ist, was zu kompliziert ist, was überflüssig ist, was doppelt ist, was es bereits gibt.

Der Deutsche Ärztetag hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Forderungen auch für die ärztlichen Körperschaften gelten sollten. Unter dem Eindruck dieser Beschlusslage bitte ich Sie, meinem Antrag auf Entbürokratisierung der ärztlichen Weiterbildung zuzustimmen.

Der 106. Deutsche Ärztetag hat mit der Verabschiedung der geltenden (Muster-)Weiterbildungsordnung sehr zur Verschlankung der Weiterbildung beigetragen, aber gleichzeitig durch die Einführung zusätzlicher Regelungen neue bürokratische Hemmnisse geschaffen, so beispielsweise die Regelungen der §§ 5 und 8 der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Hier ist vor allem das sogenannte Weiterbildungsprogramm zu nennen. Hier soll, verteilt über die Mindestweiterbildungszeit, ein Programm erstellt werden, aus dem die Assistenten erkennen können, welche Inhalte zu welchem Zeitpunkt an dieser Weiterbildungsstätte vermittelt oder erworben werden können.

Der Denkansatz war nicht schlecht, dem Assistenten so was wie einen Stundenplan an die Hand zu geben, der ihn in die Lage versetzen soll, die Vermitt-

lung von Weiterbildungsinhalten gegebenenfalls einzufordern. Aber gerade das ist ja das Tückische: Vieles von dem, was – einzeln betrachtet – durchaus sinnvoll erscheint, trägt in seiner Summe zur Bürokratisierung bei und nimmt uns letztendlich in Klinik und Praxis die Luft zum Atmen.

Über das Zulassungsverfahren der Krankenhausabteilung oder der Praxis als Weiterbildungsstätte besitzen wir eh detaillierte Kenntnisse über personelle, räumliche und apparative Ausstattung der jeweiligen Einrichtung. Dem Antrag auf Erstellung einer persönlichen Weiterbildungsbefugnis des Leitenden Arztes oder des Praxisinhabers ist ein Leistungsspektrum beigefügt, welches Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten aufgrund des Patientenguts ermittelt. Anhand dieser Angaben wird der zeitliche Umfang der Weiterbildungsbefugnis bemessen.

Der zusätzliche Aufwand, diese Inhalte auch noch in einen zeitlichen Rahmen einzufügen und ein Weiterbildungsprogramm zu erstellen, stellt eine Doppelerfassung von Weiterbildungsinhalten dar, der sich in der täglichen Praxis als zusätzlicher bürokratischer Aufwand darstellt, dessen Nutzen sehr zweifelhaft ist.

Aus diesen Gründen bitte ich Sie: Stimmen Sie meinem Antrag zu, und beauftragen Sie die Weiterbildungsgremien, die (Muster-)Weiterbildungsordnung nach solchen bürokratischen Hemmnissen zu durchforsten und geeignete Vorschläge zur Verbesserung vorzulegen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Wir stimmen jetzt über den Antrag 60 ab. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-63.** Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Bitte sehr, Frau Keller aus Berlin.

Dr. Keller, Berlin: Der Antrag 63 ist sicherlich gut gemeint. Aber nach den praktischen Erfahrungen, die man so hat, möchte ich doch massivste Bedenken anmelden, dass Teilzeitstellen mit weniger als 50 Prozent einfach nur weniger als 50 Prozent Bezahlung bedeuten. Wahrscheinlich sind damit massiv unbezahlte Überstunden verbunden. Ich kenne keine Frau, die eine Teilzeitstelle hat und nicht darüber klagt, dass sie wesentlich mehr arbeitet, als sie müsste. In der Patientenversorgung kann man auch sehr schlecht Nein sagen, wenn das verlangt wird. Von daher möchte ich doch größte Bedenken anmelden.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Möchte eine der Antragstellerinnen den Antrag verteidigen oder begründen?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag 63 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-73.** Dazu hat Herr Koch als Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer das Wort. Bitte schön.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! So sehr ich das Anliegen dieses Antrags verstehe, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass seine Verwirklichung bedeuten würde, in den Kammern einen riesigen Verwaltungsaufwand aufzubauen, mit einer Meldepflicht, wer gerade in welcher Klinik in welcher Weiterbildung ist, wann er die Klinik verlässt, wie viele dort wirklich weitergebildet werden können. Ich denke, dass der Aufwand, der dadurch entsteht, nicht gerechtfertigt ist. Darauf wollte ich nur hinweisen.

(Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank, Herr Koch. – Möchte Herr Lindhorst dazu das Wort ergreifen? – Bitte.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Lieber Herr Koch, wir kennen uns bei dieser Diskussion schon lange. Ich muss sagen: Unter dem Strich ist es wirklich schade, dass man dem Ansinnen vieler draußen, unseres Nachwuchses, überhaupt keine Rechnung trägt. In den operativen Fächern gibt es glasklar die Klage, dass die Verhältnisse nicht stimmen. Wir wissen bereits aus Zeiten, als noch mehr weitergebildet wurde, dass die Zahlen nicht stimmen. Die Ärztekammer Nordrhein hat das dokumentiert, die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat dies dokumentiert. Wir wissen es also, tun aber nichts.

Entschuldigung, aber ich weiß nicht, wer sich da noch wundert, dass der eigene Nachwuchs ins Ausland geht. Die relativ simplen Instrumente, die uns hier als Bürokratiehengste bis zum geht nicht mehr aufgebläht vorgestellt werden, die es aber gar nicht sind, sind plötzlich die Entschuldigung dafür, dass wir das alles nicht leisten können. In diesem Land kann ich jeden Nachwuchs verstehen, der sofort geht.

Danke.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. – Einer hat dafür, einer dagegengesprochen. Wir stimmen zunächst über den Überweisungsantrag, der gestellt wurde, ab.

(Zuruf)

– Eine Gegenrede gegen die Überweisung. Bitte, Frau Gitter.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Damen und Herren! Ich möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen, weil ich den Antrag gern ablehnen möchte. Der Vorschlag von Herrn Lindhorst bedeutet im Prinzip: In Zeiten, in denen die Kliniken und gerade die Chirurgen ihren Nachwuchs suchen, erfolgt eine unnötige Kontingentierung von Weiterbildungsstellen. Da gibt es so viele Unwägbarkeiten. Was machen die Leute? Ich weiß nicht, ob Ihnen bekannt ist, Herr Lindhorst, dass die Kammern, wenn sie eine Befugnis erteilen, natürlich schauen, ob Eingriffe in genügend großer Zahl durchgeführt werden, ob das Spektrum der geforderten Eingriffe auch abgebildet wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Wir haben jetzt alle Argumente gehört. Wir stimmen zunächst über den Überweisungsantrag zum Antrag 73 ab. Wer möchte für die Überweisung des Antrags 73 an den Vorstand stimmen? – Wer ist dagegen? – Letzteres ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Dann stimmen wir materiell über den Antrag ab. Wer möchte den Antrag 73 befürworten? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag V-74.** Dazu noch einmal Herr Koch. Bitte.

(Zuruf: Antrag zur Geschäftsordnung!)

– Ich habe Herrn Koch schon aufgerufen. Wenn er gesprochen hat, behandeln wir den Antrag zur Geschäftsordnung.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Seid 1976 gibt es nahezu auf jedem Deutschen Ärztetag den Antrag, die Weiterbildungszeiten an die europäischen Mindestweiterbildungszeiten anzupassen. Wie sind diese entstanden? Anfang der 70er-Jahre wurden zum ersten Mal von der EU – damals noch mit sechs Mitgliedern – solche Mindestweiterbildungszeiten gefunden. Sie richteten sich nach den einfachsten Regeln der einzelnen Länder aus. Es ging im Wesentlichen um Italien, wo es ganz geringe Weiterbildungszeiten ohne Inhalte gab. Danach wurden die europäischen Mindestweiterbildungszeiten festgelegt.

Wenn wir uns auf diese Zeiten zurückziehen, heißt das: Wir begeben uns qualitativ auf das europäische Mindestmaß. Ich frage Sie, ob wir das wirklich wollen.

(Vereinzelt Beifall)

Wir hatten den Antrag vor zwei Jahren schon einmal. Wir haben uns in der Ständigen Konferenz und im Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ im Dezember 2005 damit ausführlich befasst. Wir kamen zu dem Schluss, dass es keinen Sinn macht, auf Weiterbildungszeiten zu gehen, und zwar auch deswegen, weil es viele andere Länder in der EU gibt, die noch viel längere Weiterbildungszeiten haben als wir. Die Mindestweiterbildungszeiten der EU haben nur sehr wenige Länder, nahezu keine. So dauert zum Beispiel im United Kingdom die Weiterbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe sieben Jahre, die Weiterbildung zu vielen Fachärzten in Österreich sechs Jahre. Das sind deutlich längere Weiterbildungszeiten als bei uns.

Das erwähne ich deswegen, weil immer argumentiert wird: Wir müssen für die deutschen Kollegen die Möglichkeit schaffen, im europäischen Ausland keinen Wettbewerbsnachteil durch zu geringe Weiterbildungszeiten im europäischen Ausland zu erleiden, weil die anderen Länder längere Zeiten als wir haben. Dieses Argument sticht also nicht.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich mit dieser Problematik nochmals im April des vergangenen Jahres befasst sowie auf einer Klausursitzung im Juni des vergangenen Jahres. Wir kamen immer wieder zu demselben Ergebnis, dass es keinen Sinn macht, auf die Mindestweiterbildungszeiten zurückzugehen, weil diese eine deutliche Minderung der Qualität in unserer Weiterbildung darstellen würden.

Ich darf Sie deswegen bitten, diesen Antrag diesmal endgültig abzulehnen. Ich hoffe, dass er im nächsten Jahr nicht erneut gestellt wird.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Bevor Herr Lindhorst das Recht hat, den Antrag zu verteidigen, hat sich Herr Pickerodt zur Geschäftsordnung gemeldet. Bitte schön.

Dr. Pickerodt, Berlin: Herr Präsident! Sie haben zu Recht darauf hingewiesen, dass wir nicht Aus- und Weiterbildung verwechseln sollten. Seien Sie bitte auch so freundlich, die Antragsteller darauf hinzuweisen, dass wir uns schon vor einigen Jahren mit dem Begriff Weiterbildungsbefugnis einverstanden erklärt haben und das Wort „Ermächtigung“, das historisch belastet ist, in Zukunft bei solchen Anträgen nicht verwenden sollten.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Sie haben völlig recht. Vielen Dank für den Hinweis. Das sollten wir sofort tun. Das ist der gültige Begriff dafür. – Jetzt bitte Herr Scholz aus Hessen.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Natürlich ist es als Youngster relativ schwierig, gegen Herrn Koch zu sprechen. Aber machen wir uns bitte die Situation vor Ort klar. Es geht uns nicht darum, dass wir alle auf die entsprechende Mindestzeit senken wollen. In den vergangenen Tagen war die EU-Kompatibilität das Hauptargument dafür, etwas einzuführen. Jetzt wird gesagt: Nein, wir brauchen nicht EU-kompatibel zu sein. Das finde ich keine stringente Logik.

(Vereinzelt Beifall)

Natürlich wollen wir die Qualität beibehalten. Aber die Zeit ist nicht das alleinige Kriterium für die entsprechende Qualität. Wir bitten Sie, das nicht immer nur negativ zu bescheiden. Natürlich gibt es auch diejenigen, die länger ausbilden. Es gibt aber auch viele, die das in kürzerer Zeit schaffen. Man muss irgendwann einmal auch die Inländerbenachteiligung abschaffen.

Danke.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. – Damit kommen wir zur Abstimmung über den Antrag 74. Wer möchte dem Antrag 74 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das ist die Mehrheit. Wer enthält sich? – Einige. Dann ist der Antrag mit klarer Mehrheit **abgelehnt.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-75.** Hier geht es wieder um einen Auftrag für den nächsten Deutschen Ärztetag. Ich habe bereits gesagt: Bei der Menge des Geforderten könnten wir für den Ärztetag eine zweite Woche vorsehen.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wir haben ja sowieso den Tagesordnungspunkt Weiterbildung und den Bericht über die Weiterbildung. Das kann zumindest teilweise dort mit erledigt werden. Spricht jemand gegen den Antrag auf Vorstandsüberweisung? – Bitte, Frau Gitter aus Bremen.

Dr. Gitter, Bremen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben es bereits erwähnt: Die Weiterbildung ist per Beschluss Thema auf jedem Deutschen Ärztetag. Wir haben vorhin bei den Anträgen hinsichtlich der Evaluation die Vorstandsüberweisung beschlossen. Wenn evaluiert wird – zwei Ärztekammern und Helios haben das ja vorgemacht –, wird es Berichte darüber geben. Dann ist die Forderung eigentlich erfüllt. Dann kann man das mit Qualität füllen. Ich finde, dann ist der richtige Zeitpunkt, sich Gedanken zu machen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wer möchte den Antrag verteidigen? – Bitte, Herr Lindhorst.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Liebe Mitglieder! Da ich Chirurg bin, bin ich leidensfähig, würde Theo Windhorst als Präsident der gastgebenden Kammer sagen. An dieser Stelle mag er es vielleicht nicht so gerne hören, weil wir über andere Themen reden.

Vom Qualitätsbeauftragten des Rhön-Klinikums wurde in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen erläutert, dass man am Thema Weiterbildung nicht interessiert ist. Das erinnert mich übrigens an heute. Wie kommt das?

Herr Professor Hansis, der uns dezidiert erklärt hat, dass er allen alles überlässt und mal schaut, was passiert, er müsse sich darum nicht kümmern, steht mit seiner Haltung im glatten Gegensatz zu dem anderen großen Privatisierer, der Gruppe Helios. Ich weiß nicht, ob es der Ärzteschaft guttut, diese Themen, da Ihnen auf der Straße bei den Ärzteprotesten nicht nur die Gehaltsforderungen, sondern auch die Arbeitsbedingungen um die Ohren gehauen wurden, die glasklaren Forderungen, die auf der Straße artikuliert wurden, mit Nichtbefassung, Vorstandsüberweisung oder Ablehnung zu bescheiden. Ich kann das nicht verstehen, zumindest nicht bei den Vertretern des Marburger Bunds, einschließlich des Vorstands der Bundesärztekammer. Mir fehlt das Verständnis, wie Sie Ihr Mandat bekommen haben, wenn ich berücksichtige, was auf der Straße klar und deutlich artikuliert wird.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Zum Antrag 75 hat einer dafür, einer dagegengesprochen. Ein Geschäftsordnungsantrag liegt nicht vor. Ich frage also: Wer möchte dem Antrag 75 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das zählen wir aus. Wir sind uns einig, dass man es so nicht entscheiden kann. Die Beteiligung ist nicht überschwänglich. Ich frage also noch einmal: Wer möchte den Antrag 75 befürworten? – Wer ist dagegen? – Jetzt ist der Antrag **angenommen.** Herr Dr. Koch wird das mit in die Berichterstattung beim nächsten Mal aufnehmen. Vielleicht kann man es auch gleich bei der Eröffnungsansprache behandeln, weil die Versorgungsrealitäten ja auch Auswirkungen auf die Weiterbildung haben. Das Thema Weiterbildung müsste ja auch für die große Politik von hoher Bedeutung und hohem Interesse sein.

Wir kommen zum **Antrag V-76 (neu).** Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Herr Dr. Koch, bitte.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin auch Weiterbildungsbefugter für Innere Medizin und Endokrinologie. Die meisten Kolleginnen und Kollegen wollen nicht nach der Mindestweiterbildungszeit die entsprechende Prüfung ablegen. Sie warten noch ein halbes Jahr oder ein ganzes Jahr, bis sie zur Prüfung gehen, warum auch immer. Wir haben unbefristete Verträge; das mag der Grund sein.

Ich sehe also nicht ein, warum wir hier solche Schwierigkeiten aufbauen sollten. Was heißt eigentlich: „nur unter besonderen Bedingungen“? Wer definiert das? Was ist das? Es gibt also doch viele Fragen. Das würde ja auch dazu führen, dass wir wieder vieles verkomplizieren. Irgendwann kommen wir dazu, dass wir immer weniger Kolleginnen und Kollegen haben, die die Weiterbildung als Wei-

terbildungsbefugte durchführen wollen, weil wir in ein Schulungssystem übergehen.

Ich bitte Sie, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen, damit wir die sinnvollen Dinge in den Weiterbildungsgremien abarbeiten und überlegen, wo man sinnvollerweise eine Anpassung vornehmen kann. In dieser abstrakten Form, wie es im Antrag steht, wird es nicht machbar sein.

Überweisen Sie den Antrag bitte an den Vorstand, damit wir uns dort damit befassen können.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Sind die Antragsteller damit möglicherweise vielleicht auch zufrieden? Möchte dazu jemand sprechen? – Bitte schön, Herr Jäger aus Schleswig-Holstein.

Dr. Jäger, Schleswig-Holstein: Ich spreche mich dafür aus, über den Antrag abzustimmen. Ich kann den Antrag gut verstehen. Man kann sicherlich darüber reden, wenn die Weiterbildungszeit um ein halbes Jahr oder ein Jahr überschritten wird. Man sollte dennoch darüber reden; denn die Realität ist, dass auch dann, wenn ausreichend Weiterbildungsinhalte oder genügend Eingriffe vorhanden sind, es so abläuft – das ist jedenfalls in unserer Klinik so –, dass der Oberarzt mit dem PJler operiert, weil der Stationsarzt seine Station machen muss. Die Zahl der Eingriffe sagt nichts darüber aus, was tatsächlich geschieht.

Das alles Dominierende ist die Ökonomie. In unserer Inneren Abteilung ist es so, dass der Herr Professor eine Koriphäe für Sonografie und Gastroenterologie ist. Er schreibt Bücher, und seine Studenten müssen durch Deutschland fahren, um Kurse zu absolvieren. Im Nachtdienst kommen internistische Assistenten zu mir als Chirurgen und fragen mich, ob ich für sie einmal einen Ultraschall machen könne, denn das beherrschten sie nicht. So wird die Weiterbildung der Assistenten abgelehnt, weil man sich aus ökonomischen Gründen die Weiterbildung nicht leisten kann.

Insofern halte ich diesen Vorschlag für sehr gut, weil man damit die Weiterbilder in Zugzwang bringt, darzulegen, wieso das an ihrem Haus nicht geschieht. Herr Dr. Koch, ich meine, wir können gern auf diejenigen Weiterbilder verzichten, die sich dieser Pflicht nicht stellen. Sie müssten sogar aktiv entfernt werden.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Das war eine Gegenrede.

(Zuruf)

– Der Überweisungsantrag geht nur abstimmungsmäßig vor, gegenüber dem materiellen Abstimmungsprozess. Die Wortwechsel dürfen vorher stattfinden. – Bitte, Herr Lindhorst.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Im gewissen Umfang verstehe ich die Argumentation von Herrn Koch. Ich will auch gar nicht in Abrede stellen, dass für 10 oder 20 Prozent – ohne das beweisen zu können – zutrifft, dass sie sich unter einem laufenden Arbeitsvertrag eine neue Stelle suchen. Sie haben Angst, durch die Prüfung zu fallen und dann auf der Straße zu stehen. Das trifft auch in besonderen Konstellationen besonders auf die Frauen zu.

Warum steht dort „nur unter besonderen Bedingungen“? Der Grund ist, dass eine Flexibilität zwischen Chef und Angestellten möglich sein soll. Sonst müsste das dort apodiktisch mit einer anderen Erläuterung stehen. Es ist durchaus verantwortlich darüber nachgedacht worden, welche Lösungswege wir beschreiten können.

Ich wundere mich, warum der deutsche Nachwuchs in Länder wie die Schweiz und den angloamerikanischen Bereich geht, wo alles strukturiert ist – wir haben ja gerade gelernt, dass wir auf solche Weiterbildungsstrukturprogramme verzichten sollten –, und meint, dort sei die Qualität besser.

(Vereinzelt Beifall)

Ich weiß, dass viele deutsche Ordinarien erklären, ein gut 30-jähriger Amerikaner in ähnlicher Position habe keine Qualität. Natürlich ist man mit 30 Jahren noch kein fertiger Chirurg oder Internist. Die Internisten haben ja nur eine dreijährige Weiterbildung; aber das ist ein ganz anderes Thema.

Diese Leute sind in ein lernendes und kollegiales System eingebunden. Genau das ist bei uns verloren gegangen. Diese Schande der deutschen Ärzteschaft gegenüber ihrem eigenen Nachwuchs – Herr Montgomery, um es Ihnen so deutlich zu sagen – wird nicht angepackt. Das ist eine Sauerei! Sagen Sie das bitte den Leuten auf der Straße, falls diese Ihnen jemals noch bei einer Demonstration folgen, wenn Sie solche Wege gehen. Entschuldigung, ich finde das schlimm.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der ist ja immer sehr streng!

(Heiterkeit)

Dazu bitte noch einmal Herr Dr. Koch.

Dr. Koch, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das Problem, das der Kollege hinsichtlich der Sonografie gerade vorgetragen hat, kann man mit diesem Antrag nicht lösen. Hier handelt es sich um ein Problem der Länge der Weiterbildungsbefugnis. Dann muss ich eben die Weiterbildungsbefugnis der Kammer entsprechend kürzen, wenn nicht alles in der richtigen Zeit abgeleistet werden kann. Aber mit diesem Antrag ist es nicht zu lösen.

Wenn Sie sich nicht entschließen können, diesen Antrag an den Vorstand zu überweisen, muss ich Sie allerdings ganz herzlich bitten, diesen Antrag abzulehnen. Wir können hier nicht durch einen Spontanantrag grundsätzliche Dinge der Weiterbildungsordnung einfach ad hoc ändern, die auch noch Auswirkungen auf die Heilberufegesetze der Kammern haben. Dort steht es teilweise anders, als hier gefordert wird. Entweder überweisen Sie den Antrag an den Vorstand oder Sie lehnen ihn ab. Eine andere Lösung kann es nicht geben. Anderenfalls wäre der Antrag Makulatur. Hier einen Antrag zu beschließen, der nicht umsetzbar ist, macht keinen Sinn.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Wir treten in die Abstimmungsprozedur ein. Wer möchte den Antrag 76 (neu) an den Vorstand überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Das Erste war klar die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen** und wird in den Beratungspool der Weiterbildungsgremien eingespeist.

Jetzt frage ich Sie, möchten Sie noch eine Pause machen?

(Zurufe: Nein!)

– Nicht; das ist gut. Wir auch nicht.

Jetzt rufe ich den **Antrag V-77** auf. Gibt es dazu eine Gegenrede? – Herr Dr. Mitrenga, bitte schön.

Dr. Mitrenga, Nordrhein: Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zunächst eine Information: Die Hauptversammlung des Marburger Bunds hat sich bereits mit diesem Antrag beschäftigt und beschlossen, dass man sich mit ihm nicht beschäftigen will.

Jetzt zum Inhalt. Wenn Sie diesem Antrag zustimmten, würden Sie einen „Weiterbildungseingriff“ beschließen. Es gibt keinen Eingriff zum Zwecke der Weiterbildung, jetzt nicht und nie. Es darf ihn auch nicht geben.

(Beifall)

Gänsefüßchen nutzen da gar nichts. Es kann keinen „Weiterbildungseingriff“ auch im Operationen- und Prozedurenkatalog geben. Wenn etwas anderes gemeint sein sollte, beispielsweise dass es im Rahmen der DRGs Zuschläge für Kliniken geben soll, die die Weiterbildung durchführen, dann ist das ein anderes Thema. Wir haben den AiP gerade abgeschafft. Jetzt führen wir ihn eigentlich als AiW wieder ein. Das greift ins Tarifrecht ein, es greift auch in ein Stück ärztliche Ethik ein, denn wir haben es in Deutschland noch nie gemacht, einen Menschen zu einem Eingriff zu überreden, weil wir noch Weiterbildungseingriffe brauchen. Damit fangen wir lieber auch gar nicht erst an.

Jetzt noch ein Wort zu dem heftigen Herrn Lindhorst. Herr Lindhorst, ich finde es nicht fair, dass Sie, wenn Sie auf der Hauptversammlung des Marburger Bunds unterliegen, wenn Sie in der Ständigen Kommission unterliegen, als Überraschungsangriff mit vielen Anträgen auf den Ärztetag kommen, wo die Kollegen die diffizilen Vorbesprechungen und Inhalte nicht kennen. Ich meine, das ist nicht redlich.

(Beifall)

Lehnen Sie diesen Antrag ab, denn wir befassen uns durch meine Rede bereits damit. Mir wäre es noch lieber, wir hätten uns damit nicht befasst.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. – Jetzt eine Gegenrede.

Dr. Schimanke, Mecklenburg-Vorpommern: Ich kann dieses Anliegen ganz gut verstehen. Das ist in dem Antrag mit „Weiterbildungseingriff“ sicherlich sehr kurz formuliert. Das bedarf wahrscheinlich einer Präzisierung. Das kann nur eine Zusatzklassifikation sein. Ich bin Chirurg. Eigentlich sind alle Eingriffe, bei

denen ich assistiere, Weiterbildungseingriffe, selbst diejenigen, die ich selbst durchführe. Das möchte ich aber nicht so klassifiziert haben wollen. Es ist nun einmal so: Wenn der Assistent operiert, dauert es länger. Es erfordert mehr Ressourcen, weil einmal eine Schraube fehlverbraucht wird und dergleichen. Das wird letztlich nirgendwo erfasst. Eine Zusatzklassifikation könnte hier sehr hilfreich sein. Vielleicht kann man den Antrag in diesem Sinne präzisieren.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Aber die Gefahr ist groß, dass es missverstanden wird. – Wir stimmen jetzt ab. Ich nehme an, jeder hat verstanden, um was es geht. Einen Geschäftsordnungsantrag habe ich nicht gehört. Wer möchte dem Antrag 77 zustimmen? – Wer möchte ihm nicht zustimmen? – Das sind viel mehr. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **abgelehnt.**

Wir kommen zum **Antrag V-79** von Herrn Dr. Bertram aus Thüringen. Möchte jemand eine Gegenrede halten? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-45.** Gibt es da eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag 45 zustimmen?

(Zuruf)

– Ich habe schon gefragt, ob Sie dem Antrag zustimmen wollen. Wer möchte ihn denn ablehnen? – Es beschäftigen sich nur ganz wenige damit. Sollen wir lieber noch einmal neu anfangen und die Vorstandsüberweisung überlegen? Dann können wir uns damit befassen und Ihnen beim nächsten Mal einen guten Vorschlag machen. Sollen wir das so machen? – Gut. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-100.** Es geht um Migrationsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in Europa. Gibt es Wünsche nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit ist das Thema „Weiterbildung“ abgehandelt. Wir kommen zum Themenkomplex „Fachberufe im Gesundheitswesen“. Dazu liegen die Anträge 12, 57, 58, 82 und 11 vor.

Wir kommen zunächst zum **Antrag V-12** vom Vorstand. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-57** von Herrn Professor Bach und Herrn Bodendieck aus Sachsen. Es geht um die medizinischen Assistenzberufe. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. – Hier oben wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer stimmt der Vorstandsüberweisung zu? – Das sind viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-58** bezüglich eines Modellprojekts Gemeindeschwester, auch „Schwester Agnes“ genannt. Wer möchte gegen den Antrag sprechen? – Niemand.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dieser Antrag geht vor. Wer möchte den Antrag 58 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen, dass er überwiesen wird? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag klar **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-82.** Da bittet Frau Dr. Goesmann ums Wort. Bitte sehr.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Meine Damen und Herren! Ich schlage Vorstandsüberweisung vor, weil das, was der Antrag fordert, längst in Arbeit ist. Die Fachberufegremien der Bundesärztekammer haben einen ganzen Strauß von Fortbildungsmodulen für die Medizinischen Fachangestellten in Arbeit. Die Gesundheitsberatung gehört dazu. Es gibt ein Modul Ernährungsberatung, es gibt ein Modul Prävention im Bereich der Kinder und Jugendlichen, ein Modul Prävention für Erwachsene, ein Modul Patientenkoordinierung und diverse andere Module. Sie alle weisen einen Anteil auch hinsichtlich von Verwaltungsaufgaben auf. Das führt zur Arztfachhelferin. Das ist ein besonderes Qualifikationsniveau und muss mit einer Prüfung abgeschlossen werden.

Wir haben diesen Strauß an Modulen deswegen entwickelt, weil sicherlich auch in künftigen Tarifvertragsverhandlungen für die Bezahlung von Medizinischen Fachangestellten solche Qualifikationen eine große Rolle spielen werden. Die Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich werden ihre Arztfachhelferinnen und Arzthelferinnen sicher besser bezahlen, wenn sie solche Module durchlaufen haben. Diese Module sind in Arbeit und werden demnächst fertiggestellt. Zum Teil sind sie bereits fertiggestellt. Sie müssen sie nur Ihren Medizinischen Fachangestellten anbieten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Möchte die Antragstellerin oder sonst jemand das Wort für den Antrag ergreifen? – Bitte, Herr Crusius.

Dr. Crusius, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich möchte für den Antrag sprechen. Sie sind das Hohe Haus, und wenn Sie so etwas wollen und wenn es schon in Arbeit ist, dann gibt es keinen Grund, es nicht zu beschließen. Logischer als logisch kann man nicht sein.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 82 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Viele Enthaltungen. Der Antrag ist mit Mehrheit **angenommen.**

Jetzt rufe ich den **Antrag V-11** des Vorstands auf. Der Betreff lautet:

> *Beteiligung der Freien Berufe am Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland (2007 - 2010)*

Gibt es jemanden, der gegen diesen Antrag sprechen möchte? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Viele. Wer ist dagegen? – Weniger. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen nunmehr zu dem Themenkomplex „Flexible Arbeitszeit und Kinderbetreuung“. Hier geht es um die Anträge 62, 51, 52, 53, 61 und 85.

Wir kommen zunächst zum **Antrag V-62.** Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Dann kommt der **Antrag V-51.** Er passt dazu. Auch dieser Antrag müsste positiv beschieden werden. Wer nimmt den Antrag an? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-52** auf. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer ist für den Antrag 52? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag V-53.** Möchte jemand dagegensprechen? – Dann frage ich: Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-61.** Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Bitte, Herr Kalz aus Brandenburg.

Dr. Kalz, Brandenburg: Sehr verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, den beiden Anträgen 61 und 85 in der vorliegenden Form nicht zuzustimmen oder sie zumindest an den Vorstand zu überweisen. Die bisher angenommenen Anträge bezogen sich auf eine Humanisierung der ärztlichen Tätigkeit. Die beiden Anträge 61 und 85 orientieren aber sehr stark auf eine absolute Freisetzung der Arbeitskraft, hier auch von Müttern mit kleinen Kindern. Wir haben einen halben Tag über Kindeswohl und Kinderschutz gesprochen, und Sie haben einem Antrag zugestimmt, der darauf abzielt, Kinderpsychiater in die Kleinkindfremdbetreuung aufzunehmen, also deren Kenntnisse dort mit zu berücksichtigen, weil die Antragsteller der Meinung waren, dass die Ergebnisse der Bindungsforschung bei Kleinkindern nicht hinreichend berücksichtigt werden. Dieser Antrag steht zu den beiden hier vorliegenden Anträgen in direktem Gegensatz.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Sieht das jemand von den Antragstellerinnen und Antragstellern anders und möchte das hier begründen? – Bitte, Frau Ende.

Dr. Ende, Hessen: Die Bindungsforschung ist eines meiner Spezialgebiete, mit denen ich mich lange Jahre beschäftigt habe. Trotzdem bitte ich Sie sehr, diesen Anträgen zuzustimmen. Ich sehe sie nicht in Widerspruch zu dem, was wir zur Kinder- und Jugendgesundheit gesagt haben.

(Beifall)

Es geht hier darum, Wahlmöglichkeiten zu schaffen. Das ist eine gesellschaftliche Diskussion, die wir im Moment führen. Wir sollten sie fair und solidarisch auch mit den Müttern und den Kolleginnen und Kollegen führen, die diese Wahlmöglichkeiten brauchen und haben wollen. Um nicht mehr und nicht weniger geht es.

Ich denke, dass diese Kolleginnen und Kollegen mit ihrer Bindung zu den Kindern sehr verantwortlich umgehen können. Wir sollten ihnen nicht etwas anderes unterstellen. Ich denke, wir sollten uns auch für eine Qualität solcher Einrichtungen einsetzen. Damit können wir diesen Müttern und Vätern etwas Gutes tun. Wir sollten denjenigen, die variable Arbeitszeiten mit entsprechenden Betreuungsangeboten brauchen, nicht grundsätzlich absprechen, ebenfalls gute Mütter und Väter sein zu können. Genau das würde unseren Beschlüssen zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit, die wir gefasst haben, widersprechen. Ich bitte Sie, diesen Anträgen zuzustimmen

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. – Es gibt jetzt einen Geschäftsordnungsantrag von Herrn Kollegen Hermann aus Bremen. Bitte schön.

Dr. Hermann, Bremen: Wenn von den Antragstellern noch jemand da wäre, könnten sie es ja selber ändern. Als niedergelassener Arzt bin ich ebenfalls Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Ich fühle mich jetzt nicht so ganz intensiv aufgefordert, einen Betriebskindergarten in meiner Praxis einzurichten. Wenn in dem Antrag einfach von Krankenhäusern die Rede wäre, könnte man ihm zustimmen. In dieser Form aber bitte ich um Vorstandsüberweisung.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Dieser Antrag ist ja bereits gestellt worden. Ich frage also: Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir über den Antrag 61 ab. Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte ihn nicht überweisen? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Dasselbe gilt für den **Antrag V-85.** Wer möchte diesen Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Auch dieser Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen nunmehr zu dem Themenkomplex „Asylbewerber“. Hier geht es um die Anträge 14 und 54.

Ich rufe zunächst den **Antrag V-14** vom Vorstand auf. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt dem Antrag 14 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-54.** Gibt es da den Wunsch nach einer Gegenrede? – Nicht. Dann stimmen wir ab. Wer möchte dem Antrag 54 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Einige Gegenstimmen. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zu unserem letzten Komplex „Verschiedene Aspekte der ärztlichen Berufsausübung“. Hier gibt es eine große Reihe von Anträgen.

Wir kommen zunächst zum **Antrag V-4.** Es geht um die Ächtung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933.

(Zuruf)

– Es gibt einen Geschäftsordnungsantrag. Bitte schön.

Dr. Müller, Mecklenburg-Vorpommern: Ich möchte eine persönliche Erklärung abgeben, nicht weil ich das beim letzten Ärztetag auch getan habe und auf diesem Ärztetag noch nicht gesprochen habe, sondern weil ich Folgendes erklären will. Ich fühle mich in der Gesellschaft meiner hessischen Kollegen äußerst wohl. Warum sage ich das? Sie werden das nicht gleich verstehen. Ich finde die Art und Weise, wie man eben mit Herrn Lindhorst umgegangen ist, nicht so ganz fair, Herr Mitrenga. Wenn man einem Delegierten unterstellt, dass er diese Plattform hier benutzt, um seine Interessen, die er anderweitig nicht durchsetzen konnte, kundzutun, dann finde ich das nicht ganz redlich. Wir sind hier als Delegierte. Ich bin die Delegierte Anke Müller und bin auch Mitglied des BDA. Mir muss doch wohl zustehen, genauso wie Herrn Lindhorst auch, eine persönliche Meinung zu haben. Da kann man ihm nicht irgendwelche Unredlichkeiten unterstellen. Ich denke, wir sollten ein bisschen fair miteinander umgehen. Den guten Ton sollten wir wohl wahren, auch wenn wir hier schon ein bisschen dezimiert sind.

Nebenbei bemerkt: Es wäre ganz gut, wenn Mecklenburg beim nächsten Ärztetag vielleicht wieder eine extra Sitzreihe hätte. Wie gesagt: Das hat nichts damit zu tun, dass ich etwa nicht gern neben den Hessen säße.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ich hatte damit gerechnet, dass Sie zu diesem Antrag sprechen und dazu einen Geschäftsordnungsantrag stellen. Wir nehmen das als persönliche Erklärung und tun das hinter den ganzen Antragsbereich, den wir jetzt noch abzuarbeiten haben.

Gibt es zum Antrag 4 eine Gegenrede oder einen Geschäftsordnungsantrag? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab. Wer möchte dem Antrag 4 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Nein. Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.** So ist das auch in Ordnung. Vielen Dank.

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-15.** Es geht um den Gesundheitsschutz des Ersthelfers, beispielsweise bei Blutprobenentnahmen und dergleichen mehr. Gibt es eine Gegenrede oder einen Geschäftsordnungsantrag? – Nicht. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag 15 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Enthält sich jemand? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

Nun kommen wir zum **Antrag V-27** mit dem Titel „Kein Lauschangriff auf Ärzte“. Gibt es hier eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wir stimmen ab. Wer ist für den Antrag 27? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-29.** Auch hier geht es um den Lauschangriff. Gibt es eine Gegenrede? – Nein. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-36** auf: Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt den Antrag 36 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-40.** Es geht um die Verlässlichkeit der Information. Möchte jemand den Antrag 40 durch eine Gegenrede bekämpfen?

(Dr. Josten, Nordrhein: Den könnte man noch verbessern!)

– Sie wollen den Antrag doch nicht ablehnen. Er hat eine gute Chance; wenn jemand dagegenspricht, wird er wahrscheinlich angenommen.

(Dr. Josten, Nordrhein: Ich möchte nur etwas begründen!
Man könnte ihn noch verbessern!)

– Das machen wir beim nächsten Mal. Lassen wir das jetzt lieber so abstimmen, sonst gibt es noch ein Durcheinander. Wer stimmt dem Antrag 40 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.** Die Verbesserungsmöglichkeiten bestehen ja ständig. Das ist ja alles dynamisch.

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-42.** Es geht um Blitzlampen und Lasergeräte. Gibt es eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte den Antrag 42 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Zum Antrag 43 gibt es den **Antrag V-43 a.** Entsprechend dem Änderungsantrag soll der Titel des Antrags wie folgt geändert werden:

> *Keine Geschlechtsbestimmung vor Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem ohne medizinische Indikation*

Der erste Satz des Antrags 43 soll wie folgt ergänzt werden:

> *… neuer Labortests zur Geschlechtsbestimmung ohne ärztliche Indikation vor …*

Möchte jemand gegen den Änderungsantrag 43 a sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte dem Änderungsantrag 43 a zustimmen? –

Wer ist dagegen? – Das Erste war die Mehrheit. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen damit zum **Antrag V-43** in der geänderten Fassung. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem geänderten Antrag 43 zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir kommen nun zum **Antrag V-48.** Es geht um die Empfehlungen des Vorstands der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Dieses Thema hat uns hier schon mehrfach beschäftigt. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Das ist die Mehrheit. Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-56** auf.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Aber zuvor frage ich, ob jemand gegen den Antrag sprechen möchte. – Das ist nicht der Fall. Der Überweisungsantrag geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Ich rufe den **Antrag V-71** von Herrn Dr. Lindhorst auf: Doping bei Sportwettkämpfen. Gibt es eine Gegenrede zu dem Antrag? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte zustimmen? – Wer ist dagegen? – Das sind weniger. Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-67.** Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Ich rufe den **Antrag V-68** auf: Industrialisierung des Arztberufs. Hier wird der Name desjenigen genannt, den ich bei der Eröffnungsveranstaltung als „Klinikmanager“ tituliert habe. Aber das macht ja nichts. Gibt es den Wunsch nach einer Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist einstimmig **angenommen.**

(Beifall)

Das wird Herrn Pföhler irritieren.

Wir kommen zum **Antrag V-108** von Herrn Dr. Tegethoff: Keine Industrialisierung ärztlicher Tätigkeiten. Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann stimmen wir ab. Wer ist dafür? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-83:** Bürokratieabbau. Die Philosophie, die dahintersteckt, lautet: Es gibt kein größeres Leid als das, das man sich selbst antut. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Wer stimmt zu? – Wer ist dagegen? – Enthaltungen? – Einzelne. Der Antrag ist **angenommen.**

Damit kommen wir zum **Antrag V-114:** Einrichtung eines WLAN auf Ärztetagen. Das kostet Geld.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Das müssen wir erst prüfen, weil es ja nicht ganz billig ist. Zunächst frage ich: Möchte jemand dagegensprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag 114 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das sind weniger. Wer möchte sich enthalten?

(Widerspruch)

– Das Erste war klar die Mehrheit. Das haben eine größere Menge Augen gesehen. Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Ich rufe den **Antrag V-87** auf: Internet-Verfügbarkeit während des Deutschen Ärztetages. Möchte jemand dagegensprechen? – Herr Fuchs.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Einrichtung eines WLAN bedeutet, dass wir einen Dienstleister finden müssen, der einen mobilen Hotspot einrichtet, inklusive eines notwendigen Authentifizierungsverfahrens; nur das würde einen sicheren Betrieb gewährleisten.

Wir haben das schon einmal geprüft, weil diese Anfrage bereits auf einem früheren Ärztetag an uns herangetragen wurde. Es war nicht möglich, einen Dienstleister zu finden, der das für vier Tage aufbaut. Wir wollen das Ganze aber gern noch einmal prüfen, obwohl man auch untersuchen müsste – das geht heute technisch –, Sie durch Mobilfunkkarten oder durch einen entsprechenden Support zu unterstützen. So einfach wird es nicht, und es ist vor allem auch kostenwirksam. Insofern bitte ich Sie, entweder mit einem Prüfauftrag einverstanden zu sein oder den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Hier könnten wir es nur überweisen.

(Zuruf: Ohne Strom geht das nicht! –

Weiterer Zuruf: Vorstandsüberweisung!)

– Dass es nicht ohne Strom geht, ist schon klar. Das wissen wir auch. Ich habe bei diesem Thema immer Angst, dass sich die Delegierten vom Internet ablenken lassen, weil man damit ja auch etwas anderes aufrufen kann.

(Beifall)

Wir stimmen jetzt über den Antrag auf Überweisung an den Vorstand ab. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Viele. Wer möchte das nicht? – Weniger. Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Wir fahren mit dem **Antrag V-89** fort. Dazu gibt es den Antrag auf Vorstandsüberweisung. Gibt es eine Gegenrede? – Bitte, Frau Goesmann.

Vizepräsidentin Dr. Goesmann: Ich möchte begründen, warum wir vom Vorstand aus die Überweisung an den Vorstand erbitten. Wir möchten dieses Thema zunächst in unser Patientenforum geben. Wir haben ja regelmäßig große Veranstaltungen mit wesentlichen Vertretern der verschiedenen Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen in Berlin. Wir wollen mit diesen Gremien immer konstruktiv zusammenarbeiten. Wir würden gern die Art der Zusammenarbeit und die Frage, wie das mit den 22 Standorten funktionieren soll, zunächst im Patientenforum beraten.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Möchte jemand für den Antrag sprechen? – Bitte schön.

N. N.: Ich möchte dafür sprechen, dass der Antrag positiv verabschiedet wird. Hintergrund ist, dass sich ein Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer sehr eindeutig gegen diese unabhängige Patientenberatung ausgesprochen hat, und zwar in einer Presseerklärung vom Februar. Das halte ich für untragbar.

Der zweite Punkt ist, dass die Bayerische Landesärztekammer im Rahmen von Risk Management schon seit Jahren mit Patientenberatungsstellen konstruktiv zusammenarbeitet. Ich finde es geboten, dass die Standesvertretungen mit diesen Beratungsstellen konstruktiv zusammenarbeiten. Ich glaube, nur das bringt uns weiter.

Was Frau Goesmann gesagt hat, ist ein Weg, aber, ich denke, es stünde dem Ärztetag gut an, dazu eine klare Stellungnahme abzugeben.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Der Überweisungsantrag geht vor. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag 89 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte nicht überweisen? – Das ist die Minderheit. Wer möchte sich enthalten? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-90:** Keine Verschärfung von Gesundheitspatenten. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 90 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Nunmehr kommen wir zum **Antrag V-91:** Pharmaindustrie – mein Essen zahl ich selbst (MEZIS). Stichwort: Chappi-Fortbildung. Gibt es eine Gegenrede? – Nein. Wer stimmt dem Antrag 91 zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **angenommen.**

Jetzt kommt der **Antrag V-94:** Für den Erhalt der ambulanten ärztlich psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin. Gibt es da eine Gegenrede? – Keine Gegenrede.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. – Herr Dr. Lorenzen möchte gegen die Vorstandsüberweisung sprechen. Bitte schön.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bitte Sie, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, weil die Zeit knapp ist. Wenn es an den Vorstand überwiesen ist, werden wir im nächsten Jahr vielleicht etwas davon hören. Ich denke, es ist wichtig, an diesem Punkt zu sagen, dass die spezifisch ärztliche Psychotherapie und Psychosomatik, die auch Sprechstunden abhält usw., im Augenblick durch Pauschalisierungen infrage gestellt wird. Wir brauchen als Ärzte, die ärztlich und psychotherapeutisch tätig sind, Unterstützung durch den Deutschen Ärztetag. Deshalb bitte ich Sie, den Antrag nicht an den Vorstand zu überweisen, sondern hier abzustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Ich frage zunächst einmal: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Das sind nicht so viele. Wer möchte nicht überweisen? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Viele. Wer möchte nicht zustimmen? – Weniger. Dann ist der Antrag **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-95.** Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Aber zunächst frage ich, ob jemand inhaltlich gegen den Antrag sprechen möchte. – Das ist nicht der Fall. Möchte jemand gegen die Vorstandsüberweisung sprechen? – Bitte, Herr Dr. Lorenzen.

Dr. Lorenzen, Baden-Württemberg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Dieses Thema ist deswegen von Bedeutung und sollte hier abgestimmt werden, weil die in der Substitution tätigen Ärzte durch die BtMVV dermaßen gemaßregelt und gefährdet sind, dass es Maßnahmen geben muss, um diese Arbeit legal durchführen zu können. Legal im Sinne des Gesetzes bedeutet nicht: medizinisch richtig. An dieser Stelle ist es dringend wichtig, eine Stellungnahme auch des Ärztetages an die Bundesregierung zu geben, dass hier eine Änderung erfolgen muss.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Ich frage zunächst einmal: Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das ist die Mehrheit. Dann frage ich: Wer stimmt dem Antrag 95 inhaltlich zu? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen jetzt zum **Antrag V-96 a** von Herrn Dr. Ramm. Er möchte den Antrag 96 im letzten Satz des dritten Absatzes ändern. Können Sie das bitte gerade erklären? Der Antrag 96 hat ja nur zwei Absätze.

Dr. Ramm, Hamburg: Ich habe mich verzählt, es ist natürlich der zweite Absatz.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dann wird es viel leichter. Der letzte Satz des zweiten Absatzes soll also lauten:

> *Ziel ist die Schaffung einer strukturell verankerten effizienten und öffentlichkeitswirksamen Interessenvertretung im Sinne der Patienten.*

Möchte jemand eine Gegenrede halten? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte dem Änderungsantrag 96 a zustimmen? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **angenommen.**

Wir kommen damit zur Abstimmung über den **Antrag V-96** in der geänderten Fassung. Wer möchte dazu eine Gegenrede halten? – Niemand. Dann stimmen wir ab. Wer möchte dem Antrag 96 in der jetzigen Fassung zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **in der geänderten Fassung angenommen.**

Wir fahren fort mit dem **Antrag V-99:**

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Satzungsänderung für § 5 (2) dahin gehend vorzubereiten, dass bereits im zweiten Wahlgang eine Stichwahl zwischen den zwei Kandidaten mit den höchsten Stimmzahlen aus dem ersten Wahlgang stattfindet.*

Gibt es dazu eine Gegenrede? – Bitte schön, Herr Merchel.

Merchel, Westfalen-Lippe: Natürlich haben die Wahlen gestern lange gedauert. Vor allem waren die Pausen zwischen den Wahlgängen lang. Hätten wir zwischendurch gegessen, wäre es gut gewesen. Ich denke, es ist eine schöne Sache und entspricht einer großen demokratischen Qualität, wenn man auch noch einen dritten Wahlgang hat. Das sollten wir nicht allein aus Zeitgründen abschneiden.

(Beifall)

Zeit sparen könnten wir durch elektronische Hilfen und Ähnliches. Wir sollten aber diesen Eingriff in die Satzung nicht vornehmen. Wir sollten uns das nicht nehmen lassen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Möchte einer der Antragsteller den Antrag verteidigen? – Bitte, Herr Peters.

Dr. Peters, Rheinland-Pfalz: Wir haben erfahren, dass kein einziger der zweiten Wahlgänge etwas bewegt hat. Ich gebe zu bedenken, dass die Franzosen ihren Staatspräsidenten auch in zwei Wahlgängen wählen. Ich glaube, Frankreich ist

ein genauso demokratisches Land wie Deutschland. Ich bitte Sie, dem Antrag zu entsprechen.

(Beifall – Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Es gibt jetzt einen Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung. Gibt es einen Geschäftsordnungsantrag zum Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung?

(Zuruf)

– Das wollen wir lieber nicht tun. Die Beschlussfähigkeit ist so lange unbestritten, wie es keinen offiziellen Antrag gibt, die Beschlussfähigkeit festzustellen. Wenn Sie das tun möchten, müssen Sie das offiziell beantragen. Dann stellen wir die Beschlussfähigkeit fest.

(Zurufe)

Lange, Niedersachsen: Ich lasse mich auch von Buhrufen nicht abhalten. Wenn so etwas entschieden wird, muss das Gremium beschlussfähig sein. Ich stelle daher den Antrag auf Feststellung der Beschlussfähigkeit.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das muss jetzt festgestellt werden; das ist gar keine Frage. Wenn wir beschlussunfähig sind, ist der Rest der Anträge obsolet. Ich bitte jetzt darum, die Beschlussfähigkeit festzustellen und auch alle Ersatzdelegierten mitzuzählen. Ich bitte alle Damen und Herren Delegierten, die noch draußen sind, sich hier in den Saal zu begeben. Dann wird gezählt.

Ich bitte jetzt die Zähler auf ihre Plätze. Ich bitte die Damen und Herren Delegierten, den Arm zu erheben, damit nicht andere, die zufällig mit dazwischensitzen, mitgezählt werden.

Beim ersten Anlauf sind schon 159 Delegierte zusammen. Das ist dicke Beschlussfähigkeit.

(Beifall)

Wir brauchen nicht einmal die Ersatzdelegierten, die hier oben auf dem Podium sitzen, mitzuzählen. Es ist alles in Ordnung. Vielen Dank, dass Sie so geduldig sind und bis zum Ende des Ärztetages zugegen sind und den Ärztetag nicht sprengen. Es ist uns auch schon einmal passiert, dass wir abbrechen mussten, weil nicht mehr genügend Delegierte anwesend waren.

Wir kehren zurück zu dem Antrag auf abstimmungsmäßige Nichtbefassung mit dem Antrag 99. Dieser Geschäftsordnungsantrag geht vor. Gibt es zu diesem Geschäftsordnungsantrag noch eine Wortmeldung? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte sich mit dem Antrag 99 abstimmungsmäßig nicht befassen? – Viele. Wer möchte sich gern mit dem Antrag befassen? – Weniger. Damit ist **Nichtbefassung** beschlossen.

Wir hätten übrigens die Satzung heute nicht geändert; das ist ja eine Prozedur, die sehr kompliziert ist. Aber wir fangen es jetzt auch gar nicht erst an.

Ich rufe den **Antrag V-102** auf. Da geht es um die Ansprache unserer verehrten Bundesgesundheitsministerin. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen? – Das ist nicht der Fall. Einen Geschäftsordnungsantrag gibt es auch nicht. Ich frage also: Wer möchte dem Antrag 102 zustimmen? – Ist jemand dagegen? – Einzelne. Enthält sich jemand? – Der Antrag ist mit klarer Mehrheit **angenommen.**

(Beifall)

Wir kommen zum **Antrag V-103:** Aufnahme eines ethischen Kodex zur Ablehnung der Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie in die (Muster-)Berufsordnung. Gibt es da eine Gegenrede? – Das ist nicht der Fall. Es gibt aber einen Überweisungsantrag. Möchte dazu jemand Stellung nehmen? – Bitte, Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg.

Dr. Wolter, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bitte Sie, diesen Antrag, der sehr gut ist, an den Vorstand zu überweisen, weil wir an der Berufsordnung arbeiten. Wenn wir hier einen solchen fest vorgeschlagenen Text beschließen, würde die Berufsordnung in toto etwas durcheinanderkommen. Wenn Sie das nicht wollen, schlage ich vor, dass Sie nur den ersten Satz als Arbeitsauftrag an den Vorstand beschließen und den Rest des Antragstextes mit in die Begründung aufnehmen. Dann können wir das für die gesamte Industrie abarbeiten.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Gibt es weitere Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Dann frage ich: Wer möchte den Antrag 103 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-104:** Befreiung der Medikamente von der Mehrwertsteuer. Früher haben wir die Halbierung wie bei Lebensmitteln, Zeitschriften

usw. gefordert. Der Antrag hier geht viel weiter. Gibt es eine Gegenrede? – Bitte, Herr Kahlke.

Prof. Dr. Kahlke, Hamburg: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich möchte den Ärztetag nicht aufhalten; vielleicht gibt es auch Unmut. Ich frage mich bei diesem Antrag allerdings: Wer hat etwas von der Mehrwertsteuerbefreiung? Die Patienten doch eigentlich nicht. Warum dann dieser Antrag? Ich finde ihn von mir aus nicht unterstützenswert. Das ist der Grund, weshalb ich jetzt dagegengeredet habe.

Danke.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke. Für den Antrag spricht jetzt Herr Dr. Scholz aus Hessen. Bitte.

PD Dr. Scholz, Hessen: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, die momentane fiskalische Situation versetzt uns Ärztinnen und Ärzte in eine ausgezeichnete Lage, hier eine Forderung zu erheben, bei der man von der Gegenseite schlecht antworten kann, der Säckel sei leer. Sie müssen bedenken: Ihre ärztliche Tätigkeit ist auch von der Mehrwertsteuer befreit. Ihre Tätigkeit, mit der Sie etwas verordnen, löst eine mehrwertsteuerpflichtige Tätigkeit aus. Das ist bar jeder Logik.

Die Reduzierung oder Befreiung von der Mehrwertsteuer soll sozial Schwächeren helfen. Bei einer entsprechenden Senkung kann man eventuell auch die Zuzahlung sparen. Wenn wir solche riesigen Mengen an Geld einsparen, kann man entweder die Budgets entlasten oder den Druck mindern, die Beiträge zu erhöhen. Ich bitte Sie, Rückendeckung zu geben, dass wir sagen: Es kann nicht sein, dass wir in Europa eine solche Ausnahme darstellen.

Wenn es Ihnen gelingt, mich davon zu überzeugen, dass es richtig ist, dass der „Playboy“ einem reduzierten Mehrwertsteuersatz unterliegt, die Medikamente aber nicht, ziehe ich den Antrag zurück.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke sehr. Wir stimmen über den Antrag materiell ab. Wer möchte dem Antrag zustimmen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist klar **angenommen.**

Wir kommen zum **Antrag V-105:** Rubrik: „Schleichende Rationierung“ im Deutschen Ärzteblatt. Der Antrag stammt von Herrn Dr. Jonitz. Möchte jemand gegen den Antrag sprechen?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Niemand möchte eine Gegenrede halten. Der Antrag auf Vorstandsüberweisung geht vor. Wer möchte den Antrag an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Wir kommen zum **Antrag V-106.** Da geht es um ein elektronisches Wahlverfahren. Auch das kostet Geld. Herr Professor Fuchs wird uns über die finanziellen Konsequenzen aufklären.

Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Ein nahezu gleichlautender Antrag wurde vom 106. Deutschen Ärztetag an den Vorstand überwiesen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich mit dem Thema ausführlich befasst. Wir haben mehrere Angebote eingeholt. Die komplette Technik würde bei Kauf bei dem einen Angebot 50 000 Euro kosten, bei dem anderen Angebot nahezu 60 000 Euro. Der Vorstand hat beschlossen, dass dieses Anliegen nicht weiter verfolgt werden soll. Wir haben uns auch davon leiten lassen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung damals einen solchen Versuch gemacht hat, der kläglich gescheitert ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verzichtet mittlerweile auf diese Technik.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein probiert worden. So richtig begeistert waren wir zu dem Zeitpunkt alle nicht. – Dazu bitte Herr Dr. Schade.

Dr. Schade, Baden-Württemberg: Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im Unterschied zu den hier genannten Zahlen und Erfahrungen haben wir in den letzten Jahren bei unseren Vertreterversammlungen in Baden-Württemberg sehr gute Erfahrungen gesammelt. Die Kosten beliefen sich beim Leasingverfahren zwischen 4 000 und 5 000 Euro. Mittlerweile sind vier Jahre ins Land gegangen. Die Technik ist weiter fortgeschritten. Die Geräte sind sicherer und kleiner geworden. Die Kosten sind erheblich gesunken.

Ich fordere den Vorstand ja auch nur auf, das erneut zu überprüfen und bei relativ günstigen Verhältnissen ein elektronisches Wahlverfahren bereitzustellen.

Es müsste dann vom Deutschen Ärztetag entschieden werden, ob es angewandt werden darf. Ich spreche also für den Antrag.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Wenn das ein Prüfauftrag sein sollte, wäre es das Beste, man würde den Antrag an den Vorstand überweisen. Dann würden wir uns dieser Prüfung wieder nähern.

Wir stimmen jetzt erst einmal über den Überweisungsantrag ab. Wer möchte dem zustimmen?

(Zuruf)

– Sie möchten gegen den Antrag auf Überweisung sprechen?

N. N.: Herr Professor Hoppe, ich möchte deshalb dagegensprechen, weil das kein Auftrag an Sie ist, sondern es steht in dem Antrag: Es soll bereitgestellt werden. Dort steht ja ebenfalls: nur alle vier Jahre, wenn Wahlen anstehen. Wir möchten ja nicht allgemein das Verfahren ändern. Das Verfahren, das wir gestern erlebt haben, ist zu zeitaufwendig. Die 5 000 Euro sind bezahlbar. Die Technik hat sich bei uns als völlig sicher herausgestellt.

Herzlichen Dank.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Der Antrag lautet:

> *Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei kommenden Wahlen auf Deutschen Ärztetagen ein elektronisches Wahlverfahren bereitzustellen.*

Das ist kein Prüfauftrag, sondern eine klare Vorschrift. Wir müssten auch eine Satzungsänderung durchführen, weil die elektronische Abstimmung eine geheime schriftliche Abstimmung in diesem Sinne nicht ersetzt.

Wenn Sie uns das zum Prüfen geben, prüfen wir alle Aspekte der heutigen Zeit. Das machen wir gern. Wir haben auf dem Deutschen Ärztetag jedes Jahr eine etwas unterschiedliche Zusammensetzung der Delegiertenschaft. Es muss das entsprechende Verfahren geprüft werden, wie die Identifikation gesichert werden kann, dass nur derjenige den Abstimmungsapparat bedient, der dazu auch tatsächlich berechtigt ist. Ich würde heute nicht einfach beschließen, dass das

geschehen soll, sondern dass das geprüft werden soll. Der Prüfauftrag würde lauten, dass Sie den Vorstand der Bundesärztekammer bitten, zu prüfen, wie es sich ermöglichen lässt, bei kommenden Wahlen auf Deutschen Ärztetagen ein elektronisches Wahlverfahren bereitzustellen. Dann ist es ein Prüfauftrag. Wie es jetzt formuliert ist, ist es ein Beschluss.

(Zuruf)

– So etwas Aufregendes ist das doch nicht. Bitte.

PD Dr. Lindhorst, Hessen: Ich stelle jetzt den Antrag, dass es geprüft wird, bevor wir uns hier in der Diskussion verzetteln. Ich habe die Bitte, dass zehn Delegierte das verkürzte Verfahren unterstützen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Dem müssen zehn abstimmungsberechtigte Delegierte zustimmen, dass der Antrag als Prüfauftrag verstanden wird. Dann können wir darüber abstimmen. Dann prüfen wir das auch richtig gerne.

Wer stimmt dem Antrag 106 im Sinne eines Prüfauftrags zu? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist der Antrag **in der geänderten Fassung angenommen.** Dann prüfen wir.

Wir fahren mit dem **Antrag V-107** fort. Dieser Antrag ist haushaltsrelevant. Ich mache auf Folgendes aufmerksam – das wollte ich eigentlich schon zu einem früheren Zeitpunkt sagen –: Vergleichbare Institutionen, die das entsprechende Anforderungsprofil erfüllen, das am Dienstagnachmittag von manchen Rednern für richtig gehalten wurde, haben einen Etat von 12 Millionen Euro nur für diesen Zweck. Wir haben 15 Millionen Euro für alles. Wir müssen ordentlich etwas drauflegen, wenn wir einen solchen Effekt erreichen wollen. Das geht nicht mit Rücklagen. Das können wir so schnell unseren Kammern nicht zumuten. Ich sage von vornherein: Hier bitte keine Überforderung. Das ist eine Menge Geld, die wir da brauchen.

Ich finde, dafür, dass wir so wenig Geld dafür brauchen, haben wir einen Riesenerfolg. Das sollten wir unserer Presseabteilung auch einmal bescheinigen, die tatsächlich eine fantastische Öffentlichkeitsarbeit betreibt.

(Beifall)

Der Antrag ist also finanzrelevant.

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Das ist eine gute Idee. Gibt es Wünsche zu einer Gegenrede? – Bitte, Herr König.

Dr. König, Hessen: Seit vielen Jahren, Herr Präsident, höre ich immer wieder, dass es am Geld scheitern soll, unsere Patienten zu informieren. Die „Apotheken Umschau“ hat eine Gesamtauflage von 8,8 Millionen. Dort wird in einer Art und Weise gegen uns gearbeitet, dass wir als Bundesärztekammer dagegenhalten und unsere Patienten in der Praxis mit einer Stimme informieren sollten.

Ich weiß, dass auch einige vom Vorstand dagegen waren, als ich gesagt habe, „medizin heute“ muss fortbestehen. Wir hatten damals eine Auflage von 290 000. Das waren für jede Arztpraxis zwei Exemplare. Das Wartezimmer ist die Informationsquelle, nicht wir, die wir die Patienten doch untersuchen sollen.

Hier möchten wir gern Unterstützung bekommen. Das sollte man nicht an den Vorstand überweisen, sondern hier sollte der Beschluss zur Umsetzung erfolgen.

Vielen Dank.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Vielen Dank. Wir haben Ihnen ja auch berichtet, dass wir ein ganz konkretes Projekt in der Pipeline haben. Das haben wir am Dienstag öffentlich gesagt und die Ministerin hat es gehört. Wir wollen genau diese Aufgabe mit den modernsten medialen Methoden erfüllen. Das geht weit über das hinaus, was „medizin heute“ je bieten konnte. Ich glaube, deshalb ist das Wiederaufleben der Idee von „medizin heute“ nicht das Gelbe vom Ei. Wir wollen bei unserem neuen Projekt nicht nur Printmedien, sondern auch elektronische Medien einsetzen. Ich glaube, da sind wir auf dem richtigen Weg. Nur „medizin heute“ wieder beizulegen, ist doch eine Nummer zu klein.

(Beifall)

Der Antrag ist gut gemeint; das gebe ich zu.

Gibt es dazu weitere Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall. Gibt es dazu einen Geschäftsordnungsantrag?

(Zuruf)

– Es wird Vorstandsüberweisung beantragt. Dann könnten wir diesen Antrag zu der Ideensammlung hinzupacken. Wer möchte den Antrag 107 an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Nun kommen wir zum **Antrag V-115:** Förderung der automatischen externen Defibrillatoren (AED). Dazu Herr Dr. Gadomski als Vorsitzender des Ausschusses „Notfall-/Katastrophenmedizin“.

San.-Rat Dr. Gadomski, Vorstand der Bundesärztekammer: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen, und zwar aus folgendem Grund. Es wird gefordert, die Basisanimation verpflichtend herauszunehmen. Ich glaube, das ist ein Missverständnis. Die Bundesärztekammer fordert weiterhin – das wird auch zukünftig so sein –, dass diejenigen Personen, die an den AED ausgebildet werden, die Basisreanimation dazulernen. Natürlich ist es so, dass diese Geräte in öffentlichen Einrichtungen stehen, auf Flughäfen und Bahnhöfen. Dann kommt der sogenannte Public Access zum Zuge. Hier ist es so, dass jeder zugreifen kann. Wir empfehlen, dass Personen, die sich sowieso ausbilden, auch diese Basisreanimation erlernen. Natürlich werden auch Personen mit diesem Gerät zu tun haben, die keine Basisreanimation erlernt haben. Es wird also nichts verhindert.

Deswegen ist nicht nachvollziehbar, wenn im letzten Satz des Antrags steht, dass die Empfehlungen der Bundesärztekammer dieser Anwendung entgegenstehen. Ich bitte Sie, diesen Antrag abzulehnen.

(Zuruf)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Möchte jemand dafür sprechen? Dieses Recht existiert ja noch. Anschließend werden wir über die Überweisung abstimmen. Bitte schön.

Dr. Graudenz, Westfalen-Lippe: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Mein Wunsch geht ausschließlich dahin, dass überprüft wird, was die Bundesärztekammer in ihrer Pressemitteilung geäußert hat, nämlich dass die AED-Geräte nur von solchen Personen eingesetzt werden sollen, die diesen Ausbildungsstand haben. Wenn in einem Raum ein solches Gerät hängt und ich dort liege, möchte ich durchaus, dass auch ein Laie, der bisher noch keine Erfahrung damit hat, das bei mir einsetzt. Diese Chance ist immer noch größer als beim Nichtstun.

(Beifall)

Möglicherweise lässt er die Finger davon, wenn er eine solche Empfehlung gelesen hat, weil er sich dann sagt: Wenn ich das mache, bekomme ich eventuell forensische Probleme.

Ausbildung und Fortbildung also in jedem Falle ja, Basisreanimation in jedem Falle ja. Ich bin nicht von der Industrie und sehe deren Optimismus durchaus genauso kritisch wie Sie. Aber nichts zu tun, ist allemal schlechter, als dass jemand etwas tut, was er bisher noch nicht gelernt hat.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Das ist eine schwierige Frage. Es gibt ja Fälle, in denen die Erste Hilfe eher zum Sterben beigetragen hat, wenn Herzmassagen versucht wurden und die Mägen leer gedrückt wurden, sodass die Leute erstickt sind. Das gibt es.

Es ist Vorstandsüberweisung beantragt. Wer möchte sich geschäftsordnungsmäßig zur Überweisung äußern? – Niemand. Wer möchte den Antrag 115 an den Vorstand überweisen? – Wer möchte das nicht? – Das Erste war die Mehrheit. Enthaltungen? – Dann ist der Antrag **an den Vorstand überwiesen.**

Es gibt, nachdem der Überweisungsantrag positiv entschieden wurde, die Bitte, noch einmal den **Antrag V-40** aufzurufen. Herr Josten war ja nach hier geeilt. Es war keine klassische Gegenrede, die er halten wollte. Er wollte den Antrag verändern. Dem könnten wir zustimmen, indem wir eine zweite Lesung durchführen. Der Grund dafür ist, dass der Antrag offensichtlich Fehler enthält, die man so nicht stehen lassen kann, die möglicherweise für den öffentlichen Ruf des Deutschen Ärztetages bedenklich sind. Deshalb bitte ich Sie, einer zweiten Lesung zuzustimmen.

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Ich stelle den Antrag auf zweite Lesung. Die Zahlen sind falsch. Die Sache an sich ist richtig. Wir müssen uns darum kümmern. Ich bitte um Vorstandsüberweisung. Herr Josten kann es begründen.

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wer ist damit einverstanden, dass wir zum Antrag 40 eine zweite Lesung durchführen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Das nötige Quorum ist zustande gekommen. Damit ist die zweite Lesung eröffnet. Herr Windhorst hat gerade gegen den ursprünglich gestellten Antrag gesprochen. Herr Josten möchte für den Antrag sprechen, möchte ihn aber so verändern, dass er richtig gängig wird. Bitte schön, Herr Josten.

Dr. Josten, Nordrhein: Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Ich danke für die Möglichkeit, dies zu präzisieren. Irren ist menschlich, und auch Experten können irren. Ich habe den Eindruck: Hier haben Experten geirrt.

Die Angabe eines Messfehlers – wir gebrauchen das in der Medizin weniger – ist in der Technik keine Angabe von Mangel, sondern von Güte, von Qualität. Jeder Wasser- und jeder Stromzähler hat das. Leider haben deutsche und andere Studien diese Möglichkeit, die Messfehlerbreite anzugeben, nicht. Dies können wir aber nicht unter dem letzten Tagesordnungspunkt eines Deutschen Ärztetages an letzter Stelle klären. Deshalb bitte ich Sie, den Antrag an den Vorstand zu überweisen.

(Vereinzelt Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Danke schön. Gibt es eine Gegenrede zur Vorstandsüberweisung? – Das ist nicht der Fall. Wer möchte den Antrag 40 in der zweiten Lesung an den Vorstand überweisen? – Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Der Antrag ist **an den Vorstand überwiesen.**

Damit haben wir den Tagesordnungspunkt V abgehandelt. Frau Dr. Ende hat zu diesem Tagesordnungspunkt noch eine persönliche Erklärung angekündigt, die wir jetzt hören werden.

Dr. Ende, Hessen: Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte die Gelegenheit nutzen, im Namen der Psychiater, Psychotherapeuten und psychosomatisch tätigen Ärzte und, wie ich denke, auch vieler anderer Kolleginnen und Kollegen Frau Dr. Bühren besonders für die Zusammenarbeit zu danken, dafür, dass sie unsere Themen im Vorstand der Bundesärztekammer sehr befördert hat, insbesondere auch mit der Behandlung des Schwerpunktthemas auf dem vorjährigen Deutschen Ärztetag, wovon wir draußen in unserer alltäglichen Arbeit noch immer zehren.

Mit diesem Dank verbinde ich die Hoffnung, dass im Vorstand der Bundesärztekammer diese Anliegen und Themen weiterhin entsprechend gefördert werden. Wir werden das als Fachverbände sehr kritisch beobachten und auch in dieser Sache immer wieder an Sie herantreten.

Noch einmal herzlichen Dank an Frau Bühren.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Schönen Dank. Ich hätte das gestern noch getan, aber Frau Bühren ist nicht mehr lange hiergeblieben. Deswegen wollte ich eine andere Gelegenheit nutzen, um ihr das zu sagen. Ich werde ihr auch einen Brief schreiben. Wir nehmen das gern zu Protokoll und schließen uns diesem Dank gern an. Wir werden versuchen, diesem Anliegen, das sie im Vorstand immer besonders gepflegt hat, wie in der Vergangenheit voll gerecht zu werden. Vielen Dank, dass Sie uns daran noch einmal erinnert haben.

Damit können wir zu **Tagesordnungspunkt X** kommen:

Wahl des Tagungsortes für den 112. Deutschen Ärztetag 2009

Ich darf den Präsidenten der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Herrn Kollegen Hessenauer, bitten, uns zu berichten, wo und wann der Deutsche Ärztetag 2009 nach seinem Wunsch stattfinden möge. Dazu wird auch ein Film eingespielt.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat diese Prüfung auftragsgemäß bereits durchgeführt und sich die Situation in Mainz angeschaut. Er hat festgestellt, dass Mainz geeignet ist. Wir werden jetzt noch näher informiert. Bitte.

Prof. Dr. Hessenauer, Vorstand der Bundesärztekammer: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sie haben diesen kurzen Film über Mainz gesehen. Es gibt wenig hinzuzufügen. Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz möchte Sie gern für das Jahr 2009 nach Mainz einladen. Wir werden uns bemühen, genauso gute Gastgeber zu sein wie die Kollegen aus Westfalen-Lippe dieses Jahr hier.

Es gibt noch eine kleine Anmerkung: Wir werden es wahrscheinlich nicht schaffen, dass wir als Maître de Plaisir einen richtigen Professor haben. Von dieser Stelle aus auch an Herrn Kollegen Knichwitz und alle, die im Hintergrund gewirkt haben, ein ganz herzliches Dankeschön. Wir werden versuchen, es in Mainz genauso zu machen.

(Beifall)

Präsident Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe: Wir bedanken uns für die Einladung. Ich nehme an, Sie sind alle einverstanden, dass wir uns im Jahr 2009 in Mainz zum Ärztetag versammeln – zum ersten Mal wieder seit 1971, als zum letzten Mal ein Deutscher Ärztetag in Mainz tagte. – Gegenstimmen gibt es nicht, oder? – Enthaltungen? – Nein. Dann ist das so beschlossen.

Das war jetzt etwas diktatorisch. Wir stimmen richtig ab. Wer ist für Mainz?

(Zuruf: Vorstandsüberweisung! – Heiterkeit)

Wer ist dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist Mainz beschlossen. Gratulation! Wir freuen uns auf den Besuch in Mainz, Frieder Hessenauer. Herzlichen Dank.

(Beifall)

Herzlichen Dank, lieber Theo Windhorst für die Einladung nach Westfalen-Lippe.

(Beifall)

Herzlichen Dank an den Vorstand und die Geschäftsführung der Kammer. Stellvertretend für alle bedanken wir uns bei Frau Weis und Herrn Schiwotz.

(Beifall)

Dank an die Stadt Münster, die uns eine sehr freundliche Gastgeberin war; das muss man wirklich sagen. Münster ist eine schöne, eine lebendige Stadt. Vielen Dank für diese Gastfreundschaft und das wundervolle Rahmenprogramm.

(Beifall)

Ich darf Ihnen, meine Damen und Herren Delegierten, recht herzlich danken für Ihre Mitarbeit bei diesen anstrengenden Beratungen und für die guten Beschlüsse, die wir gefasst haben. Es war ein Ärztetag mit hoher Qualität; da bin ich ganz sicher. Man wird uns nicht nachsagen, dass wir uns selbst widersprochen haben. Wir haben sorgfältig überlegt, was wir abstimmen. Vielen herzlichen Dank dafür.

Dank Herrn Rüdiger Weber, unserem Stenografen, für seine mühevolle Arbeit, von dem wir einen Wortbericht bekommen werden.

(Beifall)

Ich darf zwei Persönlichkeiten besonders herzlich danken, und zwar einmal Frau Diplom-Kaufmann Renate Hess. Frau Hess ist seit 37 Jahren in der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, und sie wird zum Februar des nächsten Jahres aus den Diensten der Bundesärztekammer ausscheiden und in den Ruhestand gehen. Frau Hess hat uns in diesen 37 Jahren äußerst wertvolle Arbeit an verschiedenen Stellen geleistet, besonders auch bei den Fragen der ambulanten und der stationären Versorgung – mehr bei der ambulanten Versorgung –, bei der Betreuung der Akademien und bei der Betreuung des Themas Gebührenordnung. Sie ist heute nicht hier. Wir sollten ihr sehr herzlich

danken. Wir werden ihr, wenn Sie damit einverstanden sind, den Dank weitergeben. Ich glaube, Sie kennen sie alle. Herzlichen Dank, Renate Hess.

(Beifall)

Ich danke, wie jedes Jahr, allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die hinter den Kulissen zum Gelingen unseres Ärztetages beigetragen haben. Besonders danke ich in diesem Jahr, weil er zum 30. Mal bei einem Ärztetag dabei ist, Herrn Quambusch. Ich bitte Herrn Quambusch auf die Bühne.

(Beifall)

Herr Quambusch, ein echter Kölner, ist mit Mann und Maus und Pferden von Köln nach Brandenburg umgezogen. Das war eine schöne Aktion. Das müssen Sie sich einmal schildern lassen, wie er die Ponys vom Bergischen Kreis nach Berlin geschafft hat.

Jetzt gibt es noch Blumen von Theo Windhorst für seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

(Beifall)

Dank an die Techniker der Firma evenco und Helliwood, die uns zum elften Mal bei einem Ärztetag unterstützt haben. Schließlich auch Dank an Frau Dr. Becker und Frau Thoms, die die organisatorische Hauptarbeit geleistet haben. Sie bekommen einen Blumenstrauß.

(Beifall)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, auf Wiedersehen bis zum 111. Deutschen Ärztetag vom 20. bis 23. Mai 2008 in Ulm. Ich schließe den 110. Deutschen Ärztetag in Münster und wünsche Ihnen eine gute und vor allem gesunde Heimfahrt und ein schönes Wochenende. Wir sehen uns im nächsten Jahr, so Gott will, alle wieder.

Auf Wiedersehen!